

REPONSE DE

M. Elie REGENT

Ancien ordonnateur

CRTC ANTILLES-GUYANE DEPOSE AU GREFFE LE 04/09/2025
N° du contrôle : 0152

Baie-Mahault, le 2 septembre 2025

Elie REGENT ancien directeur
Du Centre Hospitalier de Capesterre Belle Eau
2, lotissement EPI – Moudong Sud
97122 Baie-Mahault

À l'attention de Monsieur le Président de la Chambre Régionale des Comptes de la Guadeloupe
Parc d'activités La Providence – Kann'Ope – Bât.
D CS 18111 – 97181 LES ABYMES

**Objet : Réponse au rapport définitif d'observations concernant le contrôle
des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier de Capesterre Belle Eau**

Reference du dossier : 2025-000963

Monsieur le président de la chambre,

J'accuse bonne réception du rapport définitif d'observations concernant le contrôle de la gestion et des comptes du centre hospitalier de Capesterre Belle Eau pour la période courant de 2021 à 2024. Je vous prie de trouver ci-dessous les réponses qu'elles appellent de ma part.

Comme je l'ai fait précédemment pour le rapport provisoire, je procèderai en deux parties en ayant le souci d'apporter la clarification sur des points d'information qui me paraissent devoir être rectifiés avant d'exposer les réponses spécifiques définitives au rapport en précisant les engagements déjà mis en œuvre ou encore prévus avant mon départ.

I. Observations générales

I-1 Points à préciser

Au premier paragraphe du rapport, deuxième phrase, il n'est pas exact d'indiquer qu'initialement l'activité du Centre hospitalier de Capesterre Belle Eau s'exerçait principalement dans le secteur médico-social. L'hôpital n'ayant commencé une activité médico-sociale qu'à partir de 2009 avec l'ouverture de son accueil de jour et qu'en 2017 après son déménagement sur le nouveau site construit, pour une activité d'EHPAD, même si l'arrêté de création date de 2007. Il conviendra de consulter l'arrêté portant création EHPAD 2007-390/PREF/CG/DSDS-P/DTL/TEHPA-PH du 21 mars 2007).

Avant ces évolutions, l'hôpital de Capesterre Belle Eau bénéficiait des autorisations pour les activités sanitaires suivantes : « médecine – Hospitalisation à Domicile - Soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée ». À la suite du refus du renouvellement de ses autorisations de médecine en 2013 contre laquelle, le Conseil de Surveillance s'était opposé, et d'hospitalisation à domicile en 2014 pour des raisons de politique de réduction de lits de médecine par l'ARS, son activité est demeurée principalement sanitaire par le maintien de ses activités de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée. Ce n'est qu'à la faveur du transfert de ses activités sur le nouveau site en 2017 que l'activité médico-sociale s'est étoffée avec l'ouverture de son EHPAD « Nou Gran Moun », budget annexe nomenclature E complétant ainsi son activité d'accueil de jour ouverte en 2009.

II. Réponses spécifiques aux observations

Chapitre I : l'activité du CHCBE d'abord orientée vers la gériatrie

1.1 une offre sanitaire qui s'est récemment étoffée

Il faut bien se rendre compte que si l'offre sanitaire du CHCBE **s'est de nouveau étoffée**, après avoir subi un démembrement en 2013 et 2014, c'est principalement grâce aux efforts entrepris sur ses organisations de travail et à la mobilisation de l'ensemble de sa communauté hospitalière qui avait bien compris les enjeux et le rôle de cet établissement dans le système de santé local en particulier pour la prise en charge des aînés. C'est donc à juste titre que les autorisations de médecine, d'imagerie et la labélisation ont été tout récemment obtenues en 2023. Cependant, contre toute attente la décision de placement sous administration provisoire du CHCBE en 2024 arrive en contradiction totale avec la trajectoire progressive et régulière de cet établissement.

1.2.2 Le CHCBE propose une prise en charge majoritairement gériatrique

Ce constat est juste même si cette situation étant donné l'histoire de cet établissement, a plutôt été subie. Les équipes du CHCBE avaient parfaitement bien compris qu'il y avait là, la possibilité de participer plus qu'activement à l'offre de soins hospitalière grâce à la prise en charge des personnes âgées. C'est d'ailleurs pourquoi la décision de refus d'augmenter le nombre de lits d'USLD par l'ARS en n'accédant pas à la demande de l'hôpital pour porter le nombre de lits de cette activité de 15 à 30 lits n'a jamais été comprise alors que la vocation de l'établissement devait lui permettre de privilégier la prise en charge des aînés.

En ma qualité d'ancien directeur chef d'établissement du CHCBE, je me réjouis que les demandes visant à augmenter le nombre de lits dans les activités sanitaires pour lesquelles l'ARS avait déjà été sollicitée par mes soins, soient reprises par l'administratrice provisoire qui aura sans doute plus de chance de les obtenir dans l'intérêt plus qu'utile à la population de cet établissement.

Je tiens tout de même à préciser pour la manifestation de la vérité, que l'augmentation du nombre de lits de médecine n'est pas nouvelle, puisque ce projet avait déjà fait l'objet d'un travail avec la présidente de CME qui pouvait récupérer des lits et réarmer un service de médecine après la fin des travaux des vestiaires prévue dans le plan de charge pour 2024. Cette augmentation des capacités d'accueil en médecine avait d'ailleurs été intégrée dans le plan de redressement 2025 – 2027 remis à l'Agence qui la refusé au motif que les dépenses sont insincères et que les mesures présentées sont insuffisantes pour redresser durablement la situation de l'établissement. Les perspectives d'accroissement d'activités et de recettes ne pouvaient passer que par l'évolution des capacités en médecine ; activité tarifée T2A 100%. Quant à l'augmentation du programme capacitaire en SMR, l'autorisation acquise, n'a jamais interdit au CHCBE d'en augmenter le nombre. Cependant, cette activité tarifée seulement 10% jusqu'à sa réforme intervenue en 2024 au moment où elle a été tarifée 50%, ne pouvait pas connaître une augmentation capacitaire avant cette réforme au risque de plonger davantage l'établissement dans les difficultés financières.

Dans ce même chapitre, il n'est pas exact de dire que le CHCBE n'a demandé à l'ARS que le renouvellement des autorisations pour les mentions SMR polyvalent et gériatrie. En réalité, l'Agence par décision lors des renouvellements tacites des autorisations de soins de suite et de réadaptation, n'a accordé de facto au CHCBE qu'une autorisation sur le SMR polyvalent faisant disparaître les mentions spécialisées à savoir gériatrique, système nerveux et digestif. Pour retrouver la mention spécialisée en gériatrie le CHCBE a dû, solliciter à la suite de la réforme des autorisations une nouvelle autorisation en gériatrie.

1.3 L'activité médico-sociale répond aux besoins territoriaux

Il est surprenant que dans ses observations, la chambre classe l'activité d'USLD comme une activité médico-sociale. Cette dernière est pourtant une activité hospitalière depuis sa création alors qu'aucune réforme de cette activité ne soit intervenue pour en modifier son classement.

En ce qui concerne la révision de la capacité de l'EHPAD, celle-ci procède d'une demande de l'établissement et non d'une décision unilatérale des autorités de tarification telle que semble la présenter la chambre dans ses observations. Les motivations évoquées par le CHCBE sont bien :

- Palier aux difficultés de la monte en charge trop lente du taux de remplissage,
- Une relocalisation de son service d'USLD dans une résidence non occupée située dans l'EHPAD, -
- La création d'un service de médecine devant être installée dans les locaux occupés dans le secteur hospitalier par le service d'USLD, en vue de l'obtention de la labélisation en qualité d'hôpital de proximité.

Enfin, affirmer que la capacité de l'USLD (15 lits) serait suffisante pour répondre au besoin de médicalisation et de surveillance continue tout autant des résidents de l'EHPAD que des personnes âgées du bassin d'implantation me paraît manquer d'objectivité alors même que la chambre dresse un constat fondé sur des sources statistiques Insee qualifiant la zone géographique du CHCBE très affectée par le vieillissement de la population.

Chapitre II : La gestion Medico-économique et administrative à améliorer

2.1 la gouvernance Medico économique manque d'efficience

2.1.1 Le CHCBE n'est pas organisé en pôle d'activités

Il est en effet tout à fait juste d'indiquer les avantages à s'organiser en pôle d'activité, et j'en conviens puisque c'est une disposition législative. Cependant, cette organisation principalement pour les établissements mono activité n'est pas aisée à mettre en place. L'objectif recherché en établissant des pôles sont plus ou moins de trois ordres : la mutualisation, le partage d'information, la gestion de proximité. Or, en situation d'établissement mono activité la marge d'initiative est mince voire inexistante.

Il faut tout de même rappeler qu'initialement, l'organisation en pôle n'est pas applicable aux hôpitaux locaux et ce, en application de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et du décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 : « les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux sont organisés en pôles d'activité, créés par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement » L'hôpital de Capesterre Belle Eau jusqu'en 2009 était un hôpital local.

S'il est vrai que la loi HPST a redéfini les différentes catégories d'établissement en supprimant celles des hôpitaux locaux, la constitution de pôle ne va pas de soi quand un établissement ne dispose que d'un seul service hospitalier en l'occurrence depuis 2014 pour le CHCBE soit un service de soins de suite et de réadaptation. (Voir plus haut le passage sur la suppression des activités de médecine et d'Hospitalisation à domicile)

La situation du CHCBE n'a véritablement changée qu'à partir d'avril 2023 avec l'autorisation et la mise en œuvre de l'activité de médecine pérenne et octobre 2023 avec l'installation de son service d'imagerie et la création de sa pharmacie à usage interne en avril 2024.

En réalité, mettre en place des pôles d'actives présuppose une diversité de services plus ou moins cohérents et l'installation des instances de pilotage et des ressources administratives d'assistance auprès des médecins, des moyens dont ne dispose pas le CHCBE.

En raison des difficultés sus indiquées, il a été arrêté au sein du CHCBE en concertation avec le corps médical, de faire application de la dérogation prévue à l'article L6146-1-2 : *Par dérogation aux articles L. 6146-1 et L. 6146-1-1, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'un établissement public de santé peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et la dispensation des soins, conformément au projet médical d'établissement approuvé par le directoire.* C'est ce choix qui a été fait dès l'installation des nouvelles activités. Des chefs de services ont donc été nommés en privilégiant une organisation médicale par services au nombre de trois : médecine – Soins médicaux et de réadaptation – Imagerie. Cette décision ayant été prise après avis de la commission médicale d'établissement. La consultation du PV de la CME peut aisément le prouver.

La commission médicale d'établissement a bien été saisie et c'est à la suite de la consultation de cette instance que les chefs de service et les services ont été entérinés. S'agissant de la consultation du Comité social d'établissement, elle aurait également été possible, si les partenaires sociaux qui y sont représentés acceptaient de siéger. Or, sur la période Covid-19 2020 – 2023 les instances du personnel de la plupart des établissements publics de santé sur le territoire de la Guadeloupe n'ont pas fonctionné en raison de la détérioration du contexte social. Plus précisément, les élections professionnelles se sont déroulées le 8 décembre 2022. Pour le CHCBE, le syndicat majoritaire sorti des urnes a été l'UTS/UGTG. Depuis les résultats, toutes les tentatives visant à installer le CSE se sont soldées par un échec en raison d'une stratégie clairement assumée par cette organisation syndicale qui consistait à réclamer une indemnisation en raison des suspensions pour non-vaccination qui leur avaient été infligées en respect de la loi. Ainsi, toutes les tentatives ont échoué par suite de techniques d'envahissement du CSE par des énergumènes extérieurs à l'établissement. Ce n'est que le 30 octobre 2023 qu'un CSE a enfin pu se tenir, suivi d'une seconde séance le 19 décembre 2023.

J'ai souhaité produire des éléments de preuve à ce sujet pour étayer mes propos, cependant, l'administratrice sollicitée par mes soins m'a interdit l'accès de l'établissement suivant en cela, les instructions que lui avait données, directeur général de l'ARS par lettre du 18 juillet 2024.

Enfin, en matière d'organisation en pôle, la Cour des Comptes reconnaît elle-même dans son rapport sur l'organisation de l'hôpital page 137 au chapitre rationalité et taille critique, la diversité des situations :

« 2 – Rationalité et taille critique. Le résultat a effectivement la diversité que laissait prévoir la somme de contingences locales à concilier, la pluralité des logiques médicales ou fonctionnelles possibles pour les regroupements de services, mais aussi la richesse même des finalités assignées à l'exercice par voie de circulaire de la tutelle. Le tableau final -ou provisoire dans de nombreux établissements (par exemple à Libourne ou Pau) - ne paraît pas inspiré par le seul déterminisme scientifique, ce qui n'est pas aussi préjudiciable qu'on l'a dit, l'important étant que le regroupement permette concrètement des gains d'efficacité et d'efficience. Tous les types de découpages ne peuvent cependant laisser espérer les mêmes

avantages : certains sont propices à la mutualisation des moyens, d'autres à la coopération des professionnels, d'autres enfin sont plus bénéfiques au confort du malade. Certains n'annoncent aucun progrès particulier, ne pouvant pas même être expliqués rationnellement. Une partie d'entre eux doivent leur périmètre à de pures considérations relationnelles, mais c'était inévitable. Au total, il est difficile de présumer des bénéfices concrets que ce découpage apportera, du fait même de cette diversité : l'appréciation devra attendre de les voir à l'œuvre. Sur le plan quantitatif, les pôles sont en moyenne trois fois moins nombreux que les services qui les ont constitués. Mais là encore, la moyenne recouvre une grande disparité (Wissembourg compte 7 pôles pour 11 services, le CHU de Lille 40 pour 100 services, quand le CHU de Poitiers n'a que 13 pôles pour 70 services et le CH Loire Vendée Océan 9 pour 53) ; cela laisse entendre que dans bien des cas on n'a pas nécessairement atteint une masse critique en termes de mutualisation des ressources, ni suffisamment simplifié ou évité de complexifier les organigrammes. Au demeurant, l'exercice ne pouvait aller bien loin dans les petits hôpitaux (par exemple Romorantin-Lanthenay, Chinon, Langres) ... »

En raison du passage à la T2A par suite de l'autorisation de son activité de médecine obtenue en avril 2023, le CHCBE a affecté une attachée d'administration hospitalière auprès du responsable en charge du service financier et des admissions pour assurer le contrôle de gestion afin de mieux assurer l'analyse micro économique de toutes ses activités et en particulier celles génératrices de recettes. Il faut également rappeler que jusqu'à l'obtention de son activité de médecine, le CHCBE n'était concerné pour son activité de soins de suite et de réadaptation par la tarification à l'activité, qu'à hauteur de 10%. Une réforme de cette modalité de financement visant à l'étendre jusqu'à 50% est entrée en vigueur à partir de l'exercice 2024.

2.1.2 Des taux d'occupation insuffisants qui témoignent d'un manque d'organisation et de pilotage

2.1.2.1 les taux d'occupation sont difficiles à objectiver pour les activités médico-sociales

A ce propos,

Cette observation suivante de la chambre est surprenante : « *les autorités de tarifications ne disposent pas de données fiables.....* ». La transmission des budgets en l'occurrence les comptes de résultat prévisionnel annexe (CRPA) valant état prévisionnel des charges et des produits (EPCP) pour les activités suivantes : (EHPAD – ACCUEIL DE JOUR et USLD) sont accompagnés de façon systématique, des tableaux indiquant les indicateurs d'activités au 31 octobre de chaque année. Le CHCBE concède toutefois de légers retards pour la transmission de l'EPRD depuis 2021 en raison de difficultés de recrutement d'un cadre A pour son service financier, procédure qui a mis du temps à être opérée pour un recrutement en janvier 2022. A cela j'ajoute, l'adaptation de ce dernier dans un contexte de difficultés sociales et financières (gestion de la pandémie Covid-19, suivi en COREVAT, suivi et exécution du plan de redressement et évolution du programme capacitaire notamment : la mise en œuvre de nouvelles activités : médecine, imagerie, pharmacie en quelques mois sans oublier la labélisation de l'établissement avec pour conséquence l'adaptation à la réglementation qui l'accompagne.

En ce qui concerne la facturation des résidents de l'EHPAD elle est systématique et transmise aux services compétents du Conseil Départemental pour ceux des résidents qui bénéficient d'une autorisation d'admission à l'aide sociale. A ce propos, un travail, important a été mené avec la Trésorerie hospitalière et le service tarification du Conseil Départemental par suite de l'intervention de la DGFIP sur la notion de désintéressement qui, a clarifié définitivement les modalités de la facturation concernant du reste l'ensemble des établissements hébergeant des bénéficiaires au titre de l'aide sociale à l'hébergement. Le règlement de l'aide social départemental a été adapté à cette nouvelle situation.

La relocalisation de l'Accueil de jour au sein du service de soins de longue durée, procède d'une décision collégiale visant pendant la période de la pandémie Covid-19 à mieux gérer les déplacements et à assurer la qualité de l'accueil et la sécurité de la prise en charge des accueillis, dans un espace sécurisé au sein duquel les précautions nécessaires répondant aux contraintes de la gestion du Covid-19 étaient possibles. Le choix de cette unité s'imposait de lui-même grâce au périmètre de sécurité existant avec contrôle d'accès et clôture sécurisée. Ce dispositif est demeuré en place après l'épisode du Covid-19, parce que cette unité d'accueil de jour devait être installée dans des locaux neufs construits à proximité conformes en tous points au CASF et aux recommandations de la HAS. Une pré visite ARS ayant eu lieu sans donner lieu à des observations défavorables

Le Pôle d'activités de soins adapte (PASA), inauguré en janvier 2024, allait effectivement ouvrir ses portes au **mois d'Aout 2024** mais l'installation de l'administration provisoire semble avoir remis en cause cette ouverture. Plusieurs réunions préparatoires avec les équipes en charge de cette nouvelle activité se sont tenues sur l'organisation du travail qui a été présentée aux instances de consultation (principalement au CSE pour les organisations de travail). Je rappelle que j'ai été empêché de me rendre dans l'établissement afin de procéder aux recherches des pièces complémentaires permettant de fournir des éléments de preuves nécessaires.

Comme pour le PASA, les travaux préparatoires sur l'organisation de cette nouvelle activité avaient également été tenus avec les agents devant y être affectés, le coordinateur ainsi que le médecin référent. La présentation des organisations de travail a également fait l'objet d'une présentation aux instances de consultation (CME – CSE – SMIRT). Par ailleurs, je suis surpris que l'administration provisoire puisse contester l'appréciation médicale et celle des équipes de soins concernant le choix des résidents pouvant y être admis.

En ce qui concerne la sécurisation de l'espace, l'UHR a été installée dans une unité existante déjà sécurisée avec (contrôle d'accès, clôture périphérique, et agents dédiés). Bien entendu, il est toujours possible de faire plus ou mieux pour la sécurisation de l'espace. Néanmoins, il faut absolument préserver la liberté d'aller et venir des résidents, ce à quoi, je me suis attaché.

Enfin, sur ces activités médico-sociales, je confirme que des listes d'attente existent bien et sont tenues par l'assistante de service social affectée à l'EHPAD.

2.1.2.2 Les taux d'occupation en médecine et en SMR doivent augmenter

L'arrêté autorisant l'activité de médecine au CHCBE n'est pas motivée dans ses considérants par l'obligation exclusive de répondre au besoin de lits d'aval du CHU et du CHBT. Cela n'a pas empêché le CHCBE d'avoir un lien fort avec ces deux établissements. Pendant la période Covid-19 lors des différentes phases de la gestion de la pandémie par le système hospitalier, le CHCBE a été mobilisé principalement pour répondre aux besoins de ces deux établissements grâce à une autorisation de médecine provisoire. Sur ce point, il a répondu parfaitement aux attentes. Le CHCBE est et restera un établissement d'aval pour les hôpitaux de court séjour aigu sur son offre de soins en service de soins médicaux et de réadaptation.

Par ailleurs, en ce qui concerne la nécessité d'augmenter le taux d'occupation, il est évident que les conditions de travail offertes aux équipes médicales et soignantes globalement depuis 2017 et plus spécifiquement à partir de 2023, ainsi que la qualité des équipements, doivent permettre aux professionnels de répondre aux attentes de l'institution.

2.1.3 Un manque de rigueur dans la détermination de la stratégie du secteur médico-social

L'absence du projet d'établissement est un fait incontestable, mais son cœur central que sont le projet médical et le projet de soins infirmiers existent et ont défini l'activité essentielle de cet établissement public de santé de 2020 – 2024 ; son renouvellement était en chantier avant mon départ. Le non renouvellement des autres sous projets ne procède pas de la volonté de ne pas les adopter mais d'un contexte de crise connu dans le système hospitalier depuis 2020 avec l'apparition du virus Covid-19 et son lot de difficultés sociales et politiques principalement en Guadeloupe. Même si le CHCBE s'était bien engagé à remettre au premier semestre 2020 les autres sous projets (projet de gestion, Démarche qualité, social, technique etc... cela ne devenait plus une priorité devant la situation particulière ci-dessus décrite, levée en 2023. Cette observation de la chambre permettra d'accomplir cette obligation, surtout que la réflexion sur ce sujet est déjà lancée dans l'établissement.

2.1.4. Des matériels d'imagerie nombreux mais insuffisamment utilisés

Tout d'abord, je ne peux que contester cette appréciation de la chambre. Le CHCBE possède des matériels d'imagerie en nombre suffisant pour assurer son activité.

En ce qui concerne l'adhésion au PACS régional, elle n'a pas été possible pour les raisons suivantes :

La mise en place d'un système d'imagerie médicale au centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau, le choix d'un PACS (Picture Archiving and Communication System) et d'un RIS (Radiology Information System) était crucial et comme avant toute décision qui allait nécessiter un engagement financier, les autres établissements de santé en Guadeloupe ont été consultés pour évaluer l'architecture de leurs systèmes et recueillir leurs retours sur le PACS régional IMAG. Il ressort de façon unanime un coût exorbitant,

Pour le CHCBE la proposition tarifaire s'élevait alors à 12 000 € par mois, soit 144 000 € par an. Cette somme était colossale pour notre établissement, déjà confronté à des difficultés financières.

A titre d'autre exemple : Pour le CHBT (Centre Hospitalier de Basse-Terre) Le pack régional représentait une dépense annuelle de plus de 200 000 €. Initialement utilisateur du pack régional, cet établissement a d'ailleurs résilié son contrat et choisi la solution EDL.

A cela viennent se greffer des problématiques techniques principalement des temps de réponse trop longs générant du mécontentement.

Il est important de noter que le Centre Hospitalier de Marie-Galante et le Centre Hospitalier Maurice Selbonne partagent exactement la même architecture que notre établissement.

Après consultation du **directeur du Grades**, il a été fortement conseillé au CHCBE d'opter pour une autre solution : le PACS et le RIS d'EVOLUCARE tout en gardant à l'idée le PACS régional en tant que système de sauvegarde.

Enfin, à court terme, il était également prévu de nous raccorder aux infrastructures du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) une fois que l'établissement support aurait été en capacité de faire des propositions concrètes aux autres établissements parties.

Par ailleurs, les travaux d'aménagement d'installation du scanner se sont élevés à 369 600,00 euros soit 38,50% du montant total inscrit dans l'engagement contractuel signé avec l'ARS. Ce n'est pas une estimation comme le prétend la chambre puisque c'est bien ce montant qui a fait l'objet d'une demande de remboursement à la CDC. (Lettre de demande de remboursement du CHCBE peut être consultée à cet effet). Les paiements effectifs peuvent être attestés par le service financier de l'établissement et par la trésorerie hospitalière.

Quant au fait que le bâtiment abritant le scanner ait été construit sans permis, cela relève d'une information totalement fautive. Sur ce point, les contrôleurs de la chambre ont été trompés. Il ne s'agit pas de construction nouvelle, mais d'un aménagement d'un espace existant depuis la construction du nouvel hôpital qui, initialement desservait un circuit d'ambulance par un contournement. Cet espace, en raison de sa proximité avec les services d'hospitalisation a été choisi et aménagé pour recevoir le scanner. Pour respecter les conditions techniques de fonctionnement, il a été nécessaire d'ériger une façade de - de 20m². Selon l'architecte qui a suivi les travaux d'aménagement, cela ne nécessitait aucunement un permis de construire.

En revanche, cet architecte avait bien été missionné pour assurer la maîtrise d'œuvre du bâtiment qui devait être construit dans le prolongement de l'espace scanner pour installer le pôle d'activité de soins immédiats (PASI) ainsi qu'une IRM que le CHCBE était en capacité d'acquérir puisque son autorisation le lui permettait. Tout cela, validée au projet médical et sur lequel, l'ARS était parfaitement informé. Dans ce cadre-là, Il a toujours été prévu de déposer pour cette nouvelle construction, un permis de construire. Le projet qui soutenait la réalisation de ce nouveau bâtiment consistait en l'installation d'une zone de consultations médicales dites non programmées (consultations externes) n'ayant pas besoin d'autorisation puisque ne relevant pas du régime des autorisations. Enfin, le permis de construire initial de l'établissement pourra très facilement être remis à la chambre, si elle en fait la demande à ceux aujourd'hui en charge de l'établissement et qui ont accès aux archives.

Pour le suivi des recettes de l'activité d'imagerie, en réalité, la facturation est actuellement effectuée manuellement. Une partie du processus a été automatisée afin d'éviter le risque d'erreur par une double saisie. La facturation manuelle a toujours eu cours depuis le début de l'activité d'imagerie. Il est important de noter que la mise en place du flux B2 vers la caisse d'Assurance maladie a été simplement retardée principalement à cause de la difficulté à obtenir un interlocuteur. A ce jour, les interfaces avec le dispositif du CHCBE (RIS et PACS) sont installés et parfaitement fonctionnels.

2.1.4.2 le système mobile de radiologie et les échographes ne sont que très partiellement utilisés

Le CHCBE a fait l'acquisition d'équipements d'imagerie de proximité pour répondre aux projets définis dans son projet médical. Il a financé sur des fonds FEDER l'acquisition d'une radiologie mobile, d'un scanner, d'un échographe et d'un électromyographe. Ces équipements mis à la disposition des professionnels qui y ont été dûment formés, sont tous assortis d'un contrat de maintenance.

En ce qui concerne spécifiquement les échographes, le CHCBE en possède en effet 4 dont 1 très largement amorti et prévu à être sorti du parc d'équipement en raison de son obsolescence programmée + de 10 ans. Il devait être remplacé par un échographe portable et l'échographe Eden, ce dernier non plébiscité par les radiologues pour les examens les plus fréquents qu'ils étaient amenés à réaliser au quotidien. Ces équipements devaient principalement servir à la couverture de l'activité de consultation gynécologique/obstétrique dans le cadre du projet à venir concernant l'Espace santé et bien être de la femme. Ce projet avait tout son sens d'autant que le CHCBE avait à la demande de l'ARS, mis en place une procédure d'acquisition d'un mammographe pour compléter son offre envers ce public spécifique.

Enfin, le dernier échographe, choisi sur la demande des radiologues pour satisfaire à la qualité des images rendues et par conséquent impactant directement la qualité des interprétations par rapport aux différents examens les plus fréquemment réalisés, a fait l'objet d'un contrat de location qu'il sera aisé de retrouver au service économique.

2.1.4.3 le système de radio panoramique dentaire est en panne privant également l'établissement de recettes

Depuis 2018, le CHCBE a acquis des équipements pour installer son cabinet dentaire pour un montant total de 89 760,13 euros TTC, L'ensemble des équipements installés au cabinet dentaire sont couverts par un contrat de maintenance. Une intervention préventive annuelle et corrective sur demande. Si une pièce est défectueuse, il appartient à l'établissement en lien avec le titulaire du contrat de procéder à son remplacement. Par ailleurs, depuis son ouverture en 2019, ce cabinet a toujours fait l'objet d'une convention avec des professionnels de ville qui

assuraient l'activité dentaire pour les usagers externes. Ils étaient redevables sur le montant de leur activité soit d'un loyer, soit d'une redevance. Cette forme de coopération a évolué à partir de juin 2024 vers une coopération sur la base de contrat de travail faisant de cette activité une activité interne à l'hôpital. Les contrôleurs de la chambre pourraient utilement se rapprocher des responsables financiers et du système d'information pour mieux comprendre la problématique de l'absence de passerelle qu'elle évoque dans son observation. Je ne saurais y répondre n'ayant plus la charge de cet établissement depuis juillet 2024.

2.2 Des dysfonctionnement administratifs pouvant conduire à des préjudices financiers pour l'établissement

2.2.1. Une gestion immobilière défaillante

2.2.1.1. La mise à disposition de deux biens immobiliers au profit de la commune de Capesterre Belle Eau

Les constats de la chambre concernant l'occupation des villas par la municipalité de Capesterre Belle Eau sont réels. Je réfute cependant l'idée que ces villas aient été mises à disposition de la municipalité. Le CHCBE n'a à aucun moment pris une telle décision en faveur de la municipalité. Au contraire, sollicité par le maire, le CHCBE a redirigé la municipalité vers le Conseil Départemental qui avait déjà introduit une demande de cession de ces locaux au titre de l'aide qu'il avait apporté au CHCBE pour sa construction, demande qu'il a réitéré à la suite de ma réponse. A son tour, le Conseil de Surveillance du CHCBE a été saisi pour avis, accordant la cession à titre gracieux. La régularisation des actes de cession était en cours de finalisation. Je confirme par conséquent n'avoir pas été informé d'un accord d'installation dans lesdits locaux entre le Conseil Départemental et la municipalité. Cette installation est plus que surprenante.

2.2.1.2 La mise à disposition irrégulière de locaux dans l'hôpital au profit du Conseil Départemental et du CHBT

La chambre dans ses observations met en évidence une mise à disposition irrégulière de locaux au sein de l'hôpital au profit du Conseil Départemental au motif d'absence de convention et d'avis du conseil de Surveillance. Cette mise à disposition a bien fait l'objet d'une demande des services du Conseil Départemental au titre de l'aide importante qu'il a apporté au CHCBE dans sa démarche de construction en particulier de son EHPAD. Cette question a bien été débattue au sein du Conseil de Surveillance dans sa séance du 21 mars 2017 sans que celui-ci ne s'y soit opposé. La procédure entamée en suite, dès lors que le CHCBE avait reçu la délibération du Conseil Départemental autorisant la présidente de l'époque à signer une convention de mise à disposition s'est poursuivie par la transmission par mes soins, d'un projet de mise à disposition qui était à la date de la cessation de mes fonctions de directeur du CHCBE, encore à la signature des services du Conseil Départemental. En ce qui concerne la (PMI) une

convention d'origine existe bien depuis 2006 et était également en cours de révision notamment pour la désignation d'un médecin référent, malheureusement décédé depuis. Ce dossier est donc en cours. La convention entre le CHCBE et le CHBT sur l'activité déportée du CHBT relative aux consultations de gynécologie a également été signée par mes soins, le CHBT pourra sans doute produire une copie de celle-ci, même si elle n'a pas été révisée lors de l'installation du CHCBE sur son nouveau site.

2.2.1.3 Suivi lacunaire des mises à disposition du domaine public hospitalier à des tiers privés

Comme il a pu le faire pour d'autres tiers, le CHCBE a loué un local pour une association sur la base d'une convention et procédé à l'émission de titres de recettes transmises en trésorerie pour recouvrement correspondant aux différents loyers. L'observation de la chambre est juste sur le manque à gagner pour l'hôpital cependant, Il semble que nous soyons là, face à une association, qui malgré les relances du trésor public, n'a pas satisfait au règlement de sa dette vis-à-vis du CHCBE. Une convention passée avec le trésor public doit pourtant aider à la récupération des créances des lors que le titrage des sommes concernées est effectif.

En ce qui concerne l'AUDRA, les dernières discussions après la réalisation de travaux effectués par cette dernière en vue de faire évoluer son activité, m'ont conduit à fixer le nouveau loyer dès que le CHCBE avait pu prendre possession des locaux R+1 du nouveau bâtiment construit. Ce nouveau loyer faisant suite à une proposition du directeur de l'AUDRA qui n'a pas été retenu par mes soins.

2.2.2 Des choix de gestion en matière de ressources humaines irréguliers et coûteux

2.2.2.1 Des primes et des indemnités versées induisant caractérisant un manque de vigilance

2.2.2.1.1 Le montant de la prime de résultat du chef d'établissement a excédé le plafond réglementaire

La chambre appelle à plus de vigilance dans l'application des textes en l'occurrence s'agissant du bon niveau de bénéfice du régime indemnitaire et cela ne peut qu'être souligné pour la bonne utilisation des deniers publics. Cependant, en ce qui concerne l'attribution du montant qui m'a été versé, il n'y a pas eu d'erreur de la part de mon autorité de tutelle qui s'est conformée au texte attribuant au directeur nommé sur un établissement inscrit sur la liste des établissements publics de santé donnant accès à l'échelon fonctionnel, prévue à l'article 2 de l'arrêté du 8 février 2013.....fixant la liste des établissements, le montant de prime correspondant à l'échelon fonctionnel. Le directeur en charge d'un établissement concerné par cette inscription ***bénéficie des avantages indemnitaires liés à l'échelon fonctionnel*** du statut des directeurs d'établissement sanitaire et social dont la direction permet l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe...).

L'appréciation de la chambre sur ce point de réglementation paraît contraire à la position officielle donnée par le Centre National de Gestion en charge de la gestion statutaire des directeurs d'établissement sanitaire et social qui précise dans les réponses aux questions les plus fréquemment posées par les membres des corps de direction (DH-D3S-DS) la règle à suivre en la matière à la page 11 au chapitre 5 PFR ET EMPLOI/ECHELON FONCTIONNEL : « Cotation des D3S.

A la question : ***sur quels cotations et montants de référence se base-t-on pour attribuer la PFR des directeurs a la tête d'un établissement « échelon fonctionnel » ou « emploi fonctionnel » alors qu'ils ne remplissent pas les conditions pour les avoir ?***

La réponse : « les cotations et montants de référence à appliquer pour un personnel de direction affecte, soit sur un emploi fonctionnel figurant sur la liste des emplois fonctionnels et publiée sur le site du CNG (DH et D3S), soit sur un établissement ouvrant l'accès à un échelon fonctionnel fixe par arrêté (D3S), alors que ce même personnel de direction ne remplit pas les conditions statutaires, sont ceux relatifs à l'emploi et non au grade »

En définitive, il n'y a pas lieu d'atteindre statutairement l'échelon fonctionnel pour bénéficier des avantages indemnitaires liés à l'échelon fonctionnel des lors que les conditions d'emploi fonctionnel sont remplies. L'attention du directeur général de l'ARS avait été attirée sur ce point de réglementation qui en a convenu depuis 2013.

2.2.2.1.2 L'établissement n'a pas respecté la réglementation relative aux gardes de direction

L'observation de la chambre se basant sur les documents transmis, pour souligner que l'ancien directeur n'a pas effectué de garde tout en bénéficiant de l'indemnité compensatrice de logement, peut être contestée pour plusieurs raisons :

De toute évidence, le document dont il s'agit correspond au tableau d'astreinte administrative établi mensuellement par le directeur, en l'occurrence par l'ancien ordonnateur. L'attribution du logement de fonction, est statutaire pour l'ensemble des corps de direction et en particulier pour ceux occupant la fonction de chef d'établissement. La contrepartie qui consiste en la participation aux gardes de direction est systématique réalisée des lors que le directeur n'est pas empêché pour des raisons réglementaires (absences signalées à l'autorité de tutelle et désignation d'un intérimaire). Il sera systématiquement sollicité par ses collaborateurs si besoin puisque cela relève de sa responsabilité de représentant légal de l'établissement. C'est cette lecture qui a cours dans la plupart des établissements publics de santé. Il suffit pour s'en convaincre de vérifier les tableaux d'astreinte administrative des établissements publics de santé et d'y constater la non-présence des chefs d'établissement.

Les dispositions du premier paragraphe de l'article 2 du décret n°2013-347 du 23 avril 2013 citées ci-après : « Art. 2.-I. — Les fonctionnaires occupant d'une part les emplois des corps et des statuts fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée et d'autre part les fonctions d'administrateur provisoire dans le cadre de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique bénéficient de concessions de logement par nécessité absolue de service. Ces concessions sont attribuées en contrepartie de la

participation de ces personnels aux gardes de direction et des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public qui leur sont dévolues... », n'imposent à aucun moment au chef d'établissement de s'inscrire à un tableau de garde. En effet, l'astreinte fait partie intégrante de sa charge permanente, dont la contrepartie est déjà incluse. Enfin, il faut noter que la concession de logement n'est pas accordée que sur le seul motif de la réalisation de l'astreinte, c'est une disposition liée au statut des directeurs d'établissements publics de sante qui influence directement les cotations de la part fixe de la prime de fonction et de résultat selon qu'ils sont logés ou pas. Pour ma part, bénéficiant d'une indemnité compensatrice de logement, la cotation de ma part fixe a été réduite de moitié conformément à la réglementation alors qu'elle ne l'aurait pas été si je ne bénéficiais pas d'une indemnité compensatrice de logement.

L'inscription au tableau constitue plutôt une obligation stipulée dans le deuxième paragraphe de l'article 2 notamment pour ceux des catégories de fonctionnaires spécifiquement listées, que le directeur admet au tableau d'astreinte administrative. « II. — *Les fonctionnaires occupant les emplois ou appartenant aux corps mentionnés ci-après, astreints à des gardes de direction ou techniques, en vertu d'un tableau établi, dans chaque établissement, par le directeur ou, le cas échéant, par l'autorité compétente pour les établissements non dotés de la personnalité morale, bénéficient également de concessions de logement par nécessité absolue de service lorsqu'ils assurent un nombre annuel minimum de journées de garde fixé par un arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique :*

— ingénieurs ;

— cadres socio-éducatifs

;

— cadres de santé ;

— attachés d'administration hospitalière ;

— responsables des centres maternels, de pouponnières et de crèches ;

— techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ;

— maîtrise ouvrière de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ;

— personnels ouvriers de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ;

— agents techniques spécialisés de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. »

En conclusion, même si ce n'est pas mon cas, la contrepartie de l'indemnité compensatrice de logement ne serait pas liée uniquement qu'à la réalisation des astreintes administratives mais aussi et surtout aux sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public

qui sont dévolues au directeur chef d'établissement. Sur ce point, je ne me suis jamais trompé puisque j'ai régulièrement rappelé à mes équipes l'attention particulière et les obligations qui étaient les leur en situation d'administrateur de garde tout en leur rappelant l'obligation d'en référer au chef d'établissement en cas de besoin. Les éléments de preuve peuvent être fournis pour attester de ces rappels.

2.2.2.1.3. Des avancements d'échelons irréguliers

L'observation de la chambre est particulièrement inquiétante si la décision prise par le directeur seul habilité à signer les contrats de travail, n'a pas été traduite dans le système informatique par les agents en charge du protocole de paie. A titre personnel, je pense qu'il ne peut s'agir que d'une erreur qui n'a pas été vue à temps. Pour autant, la trésorerie destinataire des contrats de travail au moins pour les nouveaux arrivants, exerce pourtant son contrôle sur la régularité formelle du mandat afin de s'assurer que celui-ci ne comporte pas d'erreurs matérielles ou de contradiction entre les pièces. Dans une telle situation, il eut été possible d'en être informé par le comptable public de ce qui ne peut être au mieux qu'une erreur. Néanmoins, cette situation mérite d'être tirée au clair.

2.2.2.2. La réglementation relative aux astreintes n'est pas respectée

2.2.2.2.1 les astreintes techniques

La chambre très justement souligne, que l'effectif dont dispose le CHCBE principalement pour son service informatique est insuffisant et ne permet pas d'assurer les astreintes dans le respect des dispositions réglementaires et invite à une mutualisation avec un établissement en proximité. Cette solution devra être encore mise à l'étude davantage que je ne l'ai faite, j'émet des réserves néanmoins sur son succès. Les données informatiques étant relativement sensibles même si les agents du public sont soumis au secret professionnel, le partage des codes d'accès avec des agents d'autres établissements n'est pas aisé et questionne la responsabilité pénale de tous ceux qui interviendrait dans le processus d'une astreinte informatique en cas de fuite de données, d'intrusion malveillante dans des espaces non autorisés etc... De plus, se pose également la question de la formation au dispositif technique propre à chaque établissement, de la connaissance des systèmes applicatifs qui sont en règle générale différents les uns des autres et de la maîtrise sur des systèmes informatiques et téléphoniques souvent nombreux et différents d'un établissement à l'autre. Une des pistes eut été la mise en route formelle dans le cadre du GHT de l'unicité des systèmes informatiques de l'ensemble des établissements partie au GHT avec décision formelle d'une équipe informatique itinérante pouvant assurer les gardes ou astreintes pour le compte de l'ensemble des établissements appartenant au GHT et par conséquent, formées aux interventions. Cette responsabilité échoit en priorité à l'établissement support en charge de ce dossier.

2.2.2.2.2 Les astreintes médicales de vaccination

Je prends acte que la chambre rappelle le principe de la « *présence d'un médecin sur les lieux aux heures d'ouverture* » prévu au CSP. Cependant, elle semble faire une mauvaise appréciation de l'intention du CHCBE qui n'a pas préféré indemniser des heures d'astreinte au lieu du système de vacation. Il faut bien comprendre que pour rendre service à la population surtout pour un hôpital de proximité, il faut disposer des ressources médicales suffisantes et il n'est fait mystère pour personne que la démographie médicale plus particulièrement en Guadeloupe est catastrophique. Afin d'assumer sa responsabilité sur cette mission de sante publique, le CHCBE n'avait d'autre choix que d'utiliser le système d'astreinte pour permettre aux médecins intervenant dans ses services d'hospitalisation aux heures de vacation du centre de vaccination, d'intervenir à la demande de l'infirmier grâce à l'utilisation du DECT (téléphone dédié, porté en permanence par le médecin en service). Ainsi, les médecins concernés ont accepté en plus de leurs obligations en service hospitalier, d'assurer la surveillance en cas de besoin de patients nécessitant une intervention médicale. L'hôpital de Capesterre Belle Eau est habilité depuis 2013 pour l'activité de vaccination régulièrement renouvelée. Le dossier de renouvellement soumis à l'ARS en avril 2023 comprenait l'ensemble des informations relatives aux modalités de fonctionnement prévues par le CHCBE. Je ne peux que regretter qu'il n'ait été retourné validé par l'Agence que le 21 mars 2025. Pour autant, chaque année une décision co-signée avec l'Agence permettait au centre de vaccination d'assurer ses missions : conventions 2020 - 2022 - 2023... quant à l'année 2021, le CHCBE a été mobilisé totalement dans le cadre de l'obligation vaccinale.)

2.2.2.2.3 Les frais de déplacement

Dans le cadre de la convention cadre de coopération des établissements du sud Basse-Terre et de la PUI du CHBT, le CHCBE au titre de l'article 7.1 de ladite convention, devait contribuer aux effectifs de cette PUI en affectant trois de ses agents au bon fonctionnement de cette coopération. Ainsi, les agents concernés n'ont pas été mis à disposition selon les termes du décret 88-976 du 13 octobre 1988, mais affectés à leur poste de travail se situant au sein de la pharmacie au CHBT. La convention cadre stipule bien que la charge que représente cette contribution était défalquée des charges que revenait au CHCBE de s'acquitter. Des indemnités kilométriques ont été versées à l'un des agents n'habitant pas à proximité de son lieu d'affectation puisque, nous avons considéré que cet agent devait prendre son poste à partir de sa résidence administrative quand il n'était pas possible de mettre à sa disposition un véhicule de l'établissement. Le versement de ces indemnités kilométriques a été réalisé sur la base d'un ordre de mission permanent et des justificatifs. Depuis le 1^{er} janvier 2024, les indemnités kilométriques ne sont plus servies à cet agent puisque, le CHCBE a ouvert sa PUI en récupérant ses ressources.

2.2.2.2.4 Le coûts des formations

Je confirme à la chambre que les plans de formation des années 2021 – 2022 – 2023 excitent bien et ont fait l'objet de transmission à l'ARS lors du contrôle sur pièces réalisée en 2023. En ce qui concerne la discordance soulignée par la chambre entre les mandatements et le bilan 2023, bien que n'étant pas en possession du compte financier, il est probable que celle-ci soit

liée au fait que les mandatements consécutifs à l'exécution du plan, puissent ne pas concerner les dépenses salariales des agents en formation. Celles-ci sont bien prévues sur le plan prévisionnel, mais n'apparaissent que dans le protocole de paie, et non dans les flux de mandats qui concernent les autres dépenses du plan (couts pédagogique, transports, et frais de mission).

Pour ce qui concerne les consultations de l'instance du personnel soit le CSE, j'ai déjà répondu à la difficulté de consultation soit par l'absence systématique des partenaires sociaux mécontents des décisions liées à la vaccination obligatoire, soit par des manœuvres d'envahissement de personnels extérieurs à l'établissement, empêchant la tenue des CSE dument convoqués. Les partenaires sociaux n'ayant accepté de siéger de nouveau qu'à partir du mois d'octobre 2023.

2.2.2 Des irrégularités dans les délégations de signature

Depuis 2012, mon adjoint M. COMAN assure régulièrement l'intérim de fonction de direction lors de mes absences règlementaires avec information systématique à la fois à l'ARS et aux personnels. En position d'intérim de fonction pour assurer la continuité de la gouvernance de direction, il a pu en effet prendre toutes décisions utiles et nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement. Une seule période précisée par la chambre mérite d'être explicitée plus particulièrement : c'est celle concernant la date du 28 avril 2022 pour la signature d'un bordereau d'encaissement. Sur ce point, il m'est difficile d'apporter une réponse claire sans possibilité de vérification de la pièce incriminée. Je n'exclue pas cependant dans le doute, avoir pu solliciter mon adjoint puisque je présidais à cette date une réunion sur la cuisine à la suite d'une inspection de la DAAF dans les locaux de la cuisine pour ensuite, enchaîner une autre rencontre de travail préparatoire à la constitution d'une CPTS (communauté professionnelle de territoire de santé) pour laquelle, l'hôpital devait se constituer en tant qu'établissement support.

Chapitre 3 Une information financière lacunaire et des comptes non fiables

Les observations de la chambre permettront une meilleure compréhension des process en matière de contrôle interne, sur lesquels le CHCBE par suite du diagnostic réalisé par une équipe d'Ernst et Young en 2022 avait déjà été sensibilisé. Cela s'est traduit par le renforcement du service financier avec l'affectation d'un agent en charge de la comptabilité analytique pour aider à une meilleure compréhension des couts des différents séjours, apporter son expertise au chargé des affaires financières et budgétaires. Ce renforcement des moyens a été doublé par la réorganisation du service des admissions avec augmentation des moyens humains placées sous sa responsabilité et validé par mes soins. Enfin, un travail visant à mieux cartographier les risques avait commencé et méritera d'être poursuivi.

3.1.1 Les délais de transmission de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ne sont pas respectés

La chambre souligne à juste titre les retards de dépôt des différents EPRD. Cependant, le CHCBE qui est un établissement suivi en COREVAT avait tendance à attendre les différentes rencontres de ce suivi, pour certaines organisées en début d'année afin de disposer de

suffisamment d'informations lui permettant de déposer un EPRD réaliste et pouvant assurer une réelle prévision de ses dépenses et de ses recettes.

3.1.3 le compte financier et l'affectation du résultat ne font pas l'objet d'une délibération dans les délais réglementaires

Le rappel et le constat de la chambre sur les dépassements de délais est juste, même si les périodes concernées ont été particulièrement difficiles d'un point de vue de la stabilité des équipes dans le cadre de la gestion sociale du Covid-19. De nombreuses absences ou suspensions ont été à déplorer, et le manque de moyens humains dont dispose le CHCBE constitue un désavantage évident pour le respect des délais. Par exemple, les équipes réduites peinent à finaliser les procédures administratives dans les temps impartis, ce qui entraîne des retards dans la transmission des documents budgétaires et financiers aux autorités de tutelle. Cette sous-dotation affecte également la capacité de l'établissement à assurer une gouvernance rigoureuse, car la surcharge de travail limite le suivi des contrôles internes et la réactivité face aux exigences réglementaires.

3.1.4 l'établissement ne respecte pas la réglementation concernant la procédure budgétaire des budgets médicaux-sociaux

En effet, des règles spécifiques relevant d'une application combinée du CASF et du CSP s'appliquent au CHCBE pour ses opérations budgétaires. A cela, on peut rajouter la complexité de ces réglementations et le manque de visibilité pour l'établissement en raison de l'absence de signature d'un nouveau CPOM depuis celui de 2014 qui n'intégrait pas les engagements financiers. A ce jour, le CHCBE est toujours dans l'attente de la signature de son CPOM médicosocial. La procédure relancée par l'ARS depuis le 19 décembre 2019, pouvait laisser penser que ce dossier CPOM serait réglé dans de meilleurs délais. Le CHCBE a continué à transmettre aux autorités de tarifications ses prévisions budgétaires au 31 octobre de l'année précédant leur mise en application, de sorte que les autorités de tarification pouvaient disposer des éléments leur permettant de fixer les tarifs relevant des sections tarifaires pour lesquelles elles avaient compétence. En l'absence de CPOM médicosocial, le CHCBE ne pensait pas être contraint à la réforme issue de l'article L 313-12 IV ter du CASF. Ce n'est pas faute cependant de ne s'y être pas préparé. Une attachée d'administration hospitalier stagiaire avait eu pour mission à l'occasion de son stage professionnel, encadrée par la responsable des affaires générales de proposer une méthodologie préparant à la négociation à venir avec les autorités de tarification. A ce jour, aucune invitation n'a été adressée au CHCBE pour finaliser son CPOM médicosocial.

Le premier rappel du retard de l'EPCP date de juillet 2023, (lettre de rappel de l'ARS) qui aurait dû susciter une réaction du CHCBE par un envoi de ce document formalisé même en l'absence du CPOM. En ce qui concerne la fixation du tarif hébergement, le CHCBE a signé depuis 2008, une convention avec le Conseil Départemental qui a acté l'aide financière apportée par cette collectivité, qui s'est engagée sur un prix de journée hébergement pendant

la durée de ladite convention, de sorte qu'il dispose de la parfaite connaissance pour suivre l'évolution du tarif. Enfin, chaque année, la procédure contradictoire a toujours été respectée pour la fixation des différents tarifs des sections tarifaires concernées par l'autorité départementale de tarification. La non-contestation des tarifs proposés par l'autorité de tarification à l'établissement, ne signifie pas l'application d'une tarification d'office, mais plutôt un accord sur ce qui est proposé par l'autorité de tarification au stade de la procédure contradictoire. Autant que je me souviens, une tarification d'office a été imposée au CHCBE pour absence de transmission de documents qu'à une seule occasion. Une fixation d'office des tarifs hébergement pour l'EHPAD en respect de la convention a été appliquée.

Je tiens toutefois à rappeler, que j'ai sollicité l'administratrice provisoire pour m'autoriser l'accès à l'établissement et à mes anciens collaborateurs afin de rechercher des éléments de preuve de transmission dont je sais l'existence pour répondre à la chambre. Une fin de recevoir m'a été objectée. (Cf. pièces précédemment citées)

3.1.5 L'établissement ne fournit pas au département, autorité de tarification, les documents obligatoires

Le Conseil de surveillance a toujours délibéré sur l'affectation des résultats qui était soumis à son vote par comptes de résultats, et par sections tarifaires s'agissant des activités médicosociales. Cependant malgré les retards qui ne sont pas contestables, les délibérations relatives à l'affectation des résultats ont toujours néanmoins, été transmises aux autorités de tarification. Je ne suis malheureusement pas en mesure de fournir toutes les preuves de transmission que je voudrais, ma demande simple de me rendre dans l'établissement pour récupérer notamment des bordereaux d'envoi des éléments concernés aux autorités de tarification m'ayant été refusée par l'administratrice provisoire.

Comme il vient d'être dit précédemment, les transmissions ont été faites aux autorités concernées. En ce qui concerne la fixation d'office du tarif hébergement, cette situation ne s'est produite qu'une seule fois, d'autant que l'établissement était clairement engagé avec le Département de la Guadeloupe sur une période de 20 ans dans le cadre de l'aide apportée par cette collectivité, pour l'effort de construction de l'établissement. Cette convention et ses annexes déterminaient les différents prix de journée socle qu'il convenait d'appliquer, sauf situation particulière. Le CHCBE s'est tenu scrupuleusement au respect de cet engagement. La non-réponse qui a pu se produire au cours de la procédure contradictoire, ne remettait pas en cause les dispositions de la convention.

3.2 les comptes ne sont pas fiables et sincères

Je me suis déjà expliqué sur les raisons de l'absence des états réalisés des recettes et des dépenses. Beaucoup d'efforts doivent être engagés pour renforcer la transparence financière, notamment par la mise en place de mécanismes de suivi rigoureux afin de garantir la conformité des documents transmis aux autorités concernées et d'assurer une meilleure prévisibilité budgétaire.

Cependant, la chambre relève que le comptable a produit des rapports financiers 2021 – 2023 sur l'états des dépenses et des recettes. Sauf à me tromper, le compte financier est un compte joint, établi entre l'ordonnateur et le comptable. Le CHCBE a comme toutes les années, travaillé avec le comptable public pour établir tous les comptes financiers présentés au Conseil de surveillance. Quant aux disparitions observées par l'administratrice provisoire, je suis assez dubitatif de cette information d'autant que le responsable budgétaire et financier de l'hôpital est en poste au côté de cette dernière.

3.2.3 une absence de suivi de la subvention de « l'article 50 »

Sur le paragraphe 125

Le CHCBE a effectivement bénéficié des dispositions de l'article 50 de la loi 2020-1576 du 14 décembre 2020. Cependant, l'Agence Régionale de sante n'a attribué cette aide en investissement ni pour accompagner le CHCBE au renouvellement des investissements courants, ni pour consolider financièrement l'établissement par amélioration de son fonds de roulement. Le dispositif retenu pour le CHCBE venait se substituer à l'aide aux remboursements des emprunts (AFD) accordée à l'établissement dans le cadre de sa construction sur la marge régionale depuis 2007 par l'ARH, puis l'ARS d'un montant de 1 974 000,00 euros par an pendant 20 ans. De sorte que le suivi dont il est question dans la convention article 50 est en réalité réalisé depuis 2007. Cette façon de procéder était en réalité pour l'ARS la possibilité de récupérer la somme sur laquelle elle s'était engagée à partir de sa marge régionale. Il n'y a donc pas eu d'investissements nouveaux puisque le montant de l'article 50 pour le CHCBE n'était adossé à aucun projet nouveau, ni à une aide financière particulière. Il n'y a donc aucune opacité quant à l'utilisation réelle des financements. Un dialogue de gestion pourra s'établir au terme de l'accompagnement ARS opéré depuis 2007, sur le solde des crédits de l'article 50 éventuellement restant pouvant faire l'objet d'investissement nouveaux.

Les autres chapitres, n'appellent pas d'observations particulières de ma part.

Je vous souhaite bonne réception, veuillez agréer, monsieur le président, mes salutations distinguées.

Elie REGENT



Ancien ordonnateur