



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

Le Président

NOISIEL, le 13 JANV 2012

N°/G/162/12-0017 B

N° 11-0297 R

RECOMMANDE AVEC A.R.

Monsieur le Directeur,

Je vous ai adressé, par lettre du 14 novembre 2011, le rapport d'observations définitives concernant la gestion de votre établissement pour les années 2006 et suivantes, que la chambre a arrêté, après contradiction, dans sa séance du 18 octobre 2011.

Ce rapport a également été adressé à votre prédécesseur M. Jean-Pierre MAZUR, pour ce qui le concerne, ainsi qu'à Monsieur le Préfet de Police, président du conseil de surveillance de cet établissement.

Aucune réponse n'est parvenue à la chambre à l'issue du délai d'un mois qui était imparti. La procédure est désormais close et vous trouverez ci-joint le rapport, qui est également transmis au président du conseil de surveillance de votre établissement.

Ainsi que je l'indique à ce dernier, ce rapport doit être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, en application de l'article L.243-5 du code des juridictions financières. Il doit être inscrit à son ordre du jour, être annexé à la convocation adressée à chacun des membres du conseil et donner lieu à un débat.

P.J : 1

Monsieur le Directeur
du centre d'accueil et de soins hospitaliers
de Nanterre
403, avenue de la République
92014 –NANTERRE Cédex

A compter de la date de cette réunion, que je demande au président du conseil de surveillance de me faire connaître, la communication du rapport, à toute personne en faisant la demande, est de droit. J'en transmets par ailleurs, en vertu de l'article R.241-23 du code précité, une copie au préfet des HAUTS-DE-SEINE, au directeur régional des finances publiques d'Ile-de-France et du département de Paris, ainsi qu'au directeur général de l'Agence régionale de santé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Jean-Yves BERTUCCI



**Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France**

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH)
de Nanterre (92)

*_*_*

Exercices 2006 et suivants

*_*_*

Le Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre est un établissement de santé spécifique, qui accueillait à l'origine des détenus et dépendait de la préfecture de police de Paris. Le préfet de police demeure président du conseil de surveillance de l'hôpital.

Les produits d'exploitation de cet établissement s'élevaient à 120 M€¹ en 2009, dont 90 M€ pour le budget principal.

Sa situation financière s'est dégradée au cours de la période sous revue, avec une aggravation au cours des exercices 2008 et 2009. Le résultat d'exploitation de l'établissement est déficitaire à partir de 2008. Cela résulte d'une stagnation des recettes, notamment d'activité, qui révèle que le financement par la tarification à l'activité (T2A) lui est défavorable. La tendance s'accroît, en raison de l'accueil de patients qui relèvent pour 4 % d'entre eux de la très grande précarité et de l'exclusion.

Ces difficultés ont été plus ou moins compensées par les aides accordées par la tutelle, à hauteur de 20 M€ entre 2005 et 2010.

A la suite des précédentes observations de la chambre, la pratique des reports de charge a été abandonnée. Toutefois, la fiabilité des comptes est altérée par un défaut de provisions au titre des créances irrécouvrables et des comptes épargne temps qui représentent pour le CASH une charge potentielle de 12 M€

Trois plans de retour à l'équilibre se sont succédé au cours de la période examinée, sans toutefois parvenir à rétablir la situation financière. Aucun contrat de retour à l'équilibre financier n'a été signé avec la tutelle, à l'exception d'un avenant financier figurant au contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), en 2009.

L'activité de court séjour fléchit en fin de période, surtout en chirurgie ; celle des consultations connaît la même tendance. En ce domaine, la dispersion des sites est, en outre, un facteur de surcoût important.

Les activités financées en dotation globale, psychiatrie et soins de suite, sont en décroissance. L'activité de l'établissement pour personnes âgées dépendantes apparaît structurellement déficitaire.

La coopération avec l'hôpital Louis-Mourier de Colombes (Assistance publique – Hôpitaux de Paris), sous forme de syndicat inter-hospitalier (SIH), se réduit à une simple répartition des autorisations, sans véritable partage des moyens et des flux de patients, sauf au niveau de la fédération médicale des urgences et de l'activité des soins de suites. Sa transformation en groupement de coopération sanitaire (GCS) est appelée à refonder profondément les relations entre les deux établissements et à résoudre certaines de leurs difficultés. La prise en charge des patients relevant de situations sociales très précaires représente cependant un problème que le nouveau dispositif ne pourra régler facilement.

Les précédentes recommandations de la chambre sur la gestion du personnel n'ont été que partiellement mises en œuvre, ce qui témoigne des pesanteurs prévalant dans ce domaine.

¹ M€: millions d'euros

Rappel de la procédure

Le contrôle du CASH de Nanterre a été inscrit au programme 2010 de la chambre régionale des comptes d'Ile-de-France. La lettre d'ouverture du contrôle a été adressée au directeur en fonction, M. Philippe THOMAS, le 12 juillet 2010, ainsi qu'à M. GAUDIN, préfet de police de Paris, en sa qualité de président du conseil de surveillance du CASH. M. Jean-Pierre MAZUR, ordonnateur ayant dirigé l'établissement entre 2005 et 2009, a été informé par lettre en date du 10 janvier 2011.

L'entretien préalable avec M. THOMAS a eu lieu le 1^{er} mars 2011 et, le même jour, par téléphone, avec M. MAZUR.

Dans sa séance du 8 avril 2011, la chambre a émis les observations provisoires portant sur les exercices 2006 et suivants.

Dans sa séance du 18 octobre 2011, la chambre a examiné les réponses apportées par Mme Chantal LACOMBE, directrice du CASH par délégation, par le préfet de police de Paris, président du conseil de surveillance du CASH de Nanterre, par la directrice générale de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), par le président du conseil général et le préfet du département des Hauts-de-Seine.

Elle a formulé, à titre définitif, les observations rapportées ci-après.

1. Présentation générale de l'établissement

Un établissement public au statut spécifique pour des raisons historiques

Vaste établissement construit au début des années 1870, « *la maison départementale de Nanterre* », budget annexe de la préfecture de police de Paris, était à l'origine un lieu de détention destiné à accueillir les vagabonds, les mendiants et « *malheureux de Paris* ».

L'établissement s'est humanisé à partir de 1930, s'éloignant de sa vocation carcérale grâce au développement de sa mission de soins, à la notoriété de certains praticiens² et à son ouverture sur les communes voisines. Aujourd'hui, 90 % des patients sont des habitants de Nanterre ou de communes et départements limitrophes.

Néanmoins, le CASH demeure un établissement public à caractère social et sanitaire de la ville de Paris, faisant exception à la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui a opéré une séparation des secteurs sanitaire et social. L'hôpital qui représente ainsi une catégorie juridique à lui tout seul comprend trois secteurs : le secteur sanitaire constitué par l'hôpital Max Fourestier, le secteur médico-social représenté par l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et enfin un secteur social avec une dizaine de structures ; les plus importantes sont le centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans abri (CHAPSA) et deux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

Ces dernières activités limitent le développement de l'accueil d'un public de proximité, comme en témoigne le taux de fuite important de la zone (64,9 % en 2008).

² Comme le professeur Marc Iselin, chirurgien de la main ou le docteur Max Fourestier, pneumologue renommé

Un environnement fortement concurrentiel

Outre la proximité géographique de Paris, le territoire de santé 92-3 -Hauts-de-Seine nord-, auquel appartient le CASH, présente une forte densité d'établissements de santé, publics ou privés, dont certains sont réputés, comme l'hôpital américain de Neuilly.

L'image du CASH reste, en outre, fortement marquée par sa mission historique d'accueil de patients socialement en grande difficulté.

L'hôpital se situe néanmoins sur un territoire en plein développement démographique et économique, à proximité de l'université Paris X-Nanterre et du pôle de la Défense.

2. Situation financière de l'établissement

Lors de son précédent contrôle, portant sur les exercices 1998-2002, la chambre notait que la situation financière de l'établissement était préoccupante. Les discussions préalables à la conclusion d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), considéré comme seul moyen à court terme de passer le cap de la réforme du passage à la T2A, avaient été reportées au premier trimestre 2005.

Au cours de la période sous revue, le CASH de Nanterre n'est pas parvenu à rétablir sa situation financière, qui connaît, au contraire, une détérioration inquiétante au cours des exercices 2000 à 2009.

2.1. Un déficit d'exploitation qui s'aggrave

2.1.1. Une situation difficile fin 2009

Compte de résultat consolidé

<i>en milliers d'euros</i>	2005	2006	2007	2008	2009
Résultat d'exploitation	2 516	439	1 133	-1 367	-5 237
Résultat financier	-1 792	-1 897	-2 197	-2 161	-1 148
Résultat courant	723	-1 458	-1 063	230	-6 685
Résultat exceptionnel	782	-1 013	-497	2 613	1 175
Bénéfice ou perte	1 506	-2 471	-1 561	-0,915	-5 510

Source : comptes de gestion

Le résultat d'exploitation global se dégrade nettement au cours des exercices 2005 à 2009. Il devient déficitaire à partir de 2008 et s'aggrave en 2009. Le résultat comptable consolidé s'amointrit dès 2006, en raison des résultats financiers, fortement négatifs, notamment en 2007 et 2008.

En milliers d'euros	2005	2006	2007	2008	2009
Produits d'exploitation	112 333	116 277	113 489	120 650	120 443
Charges d'exploitation	109 816	115 838	112 356	122 017	125 680
Résultat d'exploitation	2 516	439	1 133	-1 367	-5 237

Les difficultés de l'exploitation résultent surtout d'une stagnation des produits qui n'augmentent que de 7,2 % au cours de la période sous revue, alors que la progression des charges est de 15,8 %. Cet « effet de ciseau » est d'autant plus préoccupant qu'il s'accroît en 2009 avec une réduction des produits.

2.1.2. Une activité hospitalière fortement pénalisée par le passage à la T2A

Compte de résultat principal

Charges (M€)	2005	2006	2007	2008	2009
Titre 1	57,837	61,844	59,147	60,518	60,893
Titre 2	6,651	6,312	6,623	7,066	6,774
Titre 3	13,503	14,202	12,519	18,204	18,189
Titre 4	8,96	12,629	11,359	9,566	10,727
Total Charges	86,953	94,986	89,648	95,354	96,585
Excédent	1,441	-	-	-	-
Produits (M€)	2005	2006	2007	2008	2009
Titre 1	62,615	67,023	61,841	64,847	61,953
Titre 2	7,575	7,596	8,343	8,256	6,824
Titre 3	18,563	17,534	18,202	20,050	21,970
Total Produits	88,754	92,154	88,386	93,153	90,748
Déficit	-	-2,832	-1,262	- 2,201	-5,836

Source : comptes de gestion

A l'exception de l'année 2005, l'activité hospitalière est constamment déficitaire. Cette tendance s'aggrave en fin de période. En 2006, le résultat, déficitaire de 2,8 M€ représente 3 % du total des produits du compte de résultat principal, et se situe au-delà du seuil de 2 % fixé par la réglementation pour donner lieu à un plan de retour à l'équilibre financier. Ce ratio atteint 6,4 % en 2009.

Cette situation résulte d'une atonie des produits, qui ne progressent que de 2,2 % sur la période, et dont le niveau, fin 2009, demeure inférieur à celui de 2006. Le montant des produits versés par l'assurance maladie (titre 1) diminue de 1 % sur la période (- 0,6 M€) et de 4,4 % entre 2008 et 2009 (- 2,9 M€).

Cette tendance est concomitante à la mise en place progressive, à compter de 2005, du mode de financement des établissements de santé à l'activité, qui devient un handicap pour le CASH.

Titre 1	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dotation globale	57,271					
Tarifification des séjours		8,756	10,117	16,223	33,611	30,662
Dotation annuelle complémentaire		31,24	26,575	17,558	0	0
Total financement des séjours		39,996	36,692	33,781	33,611	30,662

La diminution régulière des recettes liées à la valorisation des séjours, résultant de la diminution progressive de la dotation annuelle complémentaire (DAC) et de la montée en charge de la tarification à l'activité, démontrent l'inadaptation de l'établissement au système de tarification T2A. La disparition du financement en dotation globale s'accompagne d'une baisse de l'activité, comme le révèle la chute des produits tirés de la tarification des séjours entre 2008 et 2009.

Les autres produits du titre 1 varient en fonction des aides exceptionnelles de l'agence régionale de l'hospitalisation, intégrées dans les dotations globales, notamment en 2006 et de modifications réglementaires survenues en 2007 pour les tarifications des séjours.

Les produits du titre 2 « autres produits de la tarification hospitalière », versés par les mutuelles au titre des tiers payants et par les patients au titre des forfaits journaliers, diminuent de près de 10 % (- 0,7 M€), avec également une forte chute de 17 % entre 2008 et 2009 (- 1,4 M€), confirmant les difficultés de l'activité. Seuls les produits du titre 3 progressent (+ 18 %).

En tout état de cause, l'évolution des recettes, caractérisée par une nette décélération entre 2006 et 2009, est insuffisante pour couvrir la progression, pourtant modérée, des dépenses à l'ordre de 11 % sur la période 2005 à 2009.

Les dépenses du titre 1 augmentent de façon raisonnable (+ 5 %) et celles du titre 2 enregistrent une progression modérée et régulière (+ 1,8 %). La croissance des dépenses du titre 3 est, en revanche, importante (+ 34 %), avec une hausse significative entre 2007 et 2008, due à une charge de 3,4 M€ destinée à apurer des créances irrécouvrables.

2.1.3. Des prévisions pessimistes pour 2010

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2010 a été présenté avec un résultat déficitaire de 10,5 M€ soit près du double de celui de l'exercice précédent. Cette prévision a été établie en tenant compte d'un plan d'action 2010-2015, dont certaines mesures sont d'ores et déjà mises en œuvre.

La maîtrise des dépenses, qui n'augmentent que de 0,3 %, ne suffit pas à rétablir la situation financière. En effet, les produits diminuent de 5 %, notamment ceux du titre 1 (- 4 %). La diminution des recettes de titre 3 s'explique par l'absence, en 2010, de cessions d'actifs, celles-ci ayant apporté une ressource exceptionnelle de 0,2 M€ à l'hôpital en 2009, et par une reprise des dotations aux amortissements et provisions, dont le montant s'élevait à 1,6 M€ en 2009.

2.1.4. Des aides régulières accordées par la tutelle

Les aides exceptionnelles de la tutelle s'élèvent à près de 20 M€ sur la période. 15 M€ ont contribué à combler le déficit structurel de l'hôpital et 5 M€ ont été consacrés à l'apurement des créances admises en non-valeur.

Aides NR	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Intitulé	aide exceptionnelle fin d'exercice	Avance et soutien exceptionnels anticipation CREF	soutien financier hors CREF	-annexe 4.4 CPOM -apurement ANV	aide à la clôture campagne 2009	apurement ANV
Montant	3,1M€	7,5M€	2,3M€	1M€+2,5M€	1,1M€	2,5M€

Source : notifications de dotations de l'ARH/ARS

Retraité de ces aides non reconductibles, le résultat du CASH est, en effet, structurellement déficitaire. Le montant du déficit cumulé entre 2005 et 2010 avoisine les 40 M€

en M€	2005	2006	2007	2008	2009	2010	cumulé
Bénéfice ou perte (non retraité)	1, 5	-2, 4	-1, 5	-0, 9	-5, 8	-10,5	-19,6
Aides exceptionnelles	3,1	7, 5	2, 3	3, 5	1,1	2, 5	
Déficit structurel	1,6	9,9	3,8	4,4	6,9	13	39,6

Selon le directeur, il est prévu, en accord avec la direction générale des finances publiques et l'agence régionale de santé, de ramener le déficit cumulé non retraité de 19,6 M€ à 7,8 M€ par un prélèvement sur les réserves³ d'un montant de 12 M€

³ Compte 10685 – réserves de trésorerie

2.1.5. Les surcoûts liés à la précarité du public accueilli

Le CASH reçoit des financements au titre d'une mission d'intérêt générale (MIG) « précarité », calculée à partir d'une base, transmise par l'assurance maladie, recensant les personnes ayant bénéficié de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME) au cours de l'exercice N-2.

Ce calcul ne prend donc pas en compte les patients accueillis au CASH relevant de la très grande précarité, personnes sans abri, sans papiers ou sans identité reconnue, qui ne relèvent ni de l'aide médicale d'Etat ni, *a fortiori*, de la CMU. Les personnes accueillies au CHAPSA n'ont, par exemple, pas à justifier d'une identité.

En 2010, 83 dossiers non facturables transmis au département de l'information médicale (DIM) concernaient des personnes sans aucune couverture sociale.

2.1.6. Les budgets annexes

Les budgets annexes, aux résultats globalement excédentaires, ne remboursent qu'une partie des charges supportées par le budget principal.

Le budget annexe le plus important est constitué par le centre d'hébergement et d'assistance pour personnes sans abri (CHAPSA – 10 M€), suivi de l'EHPAD, des deux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS - 9,5 M€), puis des deux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) rattachés au CHAPSA et aux CHRS. Le montant des recettes de fonctionnement des six autres budgets annexes est inférieur à 1 M€

A compter de 2008, les résultats nets, tous budgets annexes confondus, sont excédentaires, de 1,3 M€ en 2008, et de 0,144 M€ en 2009.

Non remboursement des charges indirectes/budget H	Dettes à fin 2007	Montant non remboursé 2008	Total dette à fin 2008	Montant non remboursé 2009	Total dette à fin 2009
TOTAL	7 917 618	101 136	7 976 209	252 850	8 229 060

Source : direction financière du CASH

Ainsi, en 2008, la dette globale des budgets annexes vis-à-vis du principal représente un montant de 0,10 M€ réparti entre trois budgets annexes, et 0,25 M€ en 2009, montant dû quasi exclusivement par le CHAPSA. Selon le directeur, la dette sociale se stabilise en 2010, à l'exception du CHAPSA.

Cette situation traduit cependant une nette amélioration au regard des pratiques précédentes, qui conduisaient à faire supporter au budget général un montant beaucoup plus élevé de charges indues, comme indiqué ci-dessous :

	2000	2001	2002
Montant non remboursé/budget:	3 069 239,55€	2 547 491,35€	1 292 915,22€

Au total, fin 2009, le CASH mettait en évidence une dette sociale, constituée depuis une dizaine d'années, évaluée à 8,2 M€

2.2. La situation patrimoniale

2.2.1. La capacité d'autofinancement (CAF)

Affectation de la Capacité d'Autofinancement (en K€)	2006	2007	2008	2009
CAF BRUTE	7 102	8 138	7 189	2 874
Remboursement des dettes financières (-)	2 379	2 526	2 421	2 506
CAF NETTE	4 723	5 612	4 768	368
Investissements (-)	7 570	8 702	13 084	11 862
Besoin de financement des investissements	2 847	3 090	8 316	11 494
Ressources				
Emprunts et dettes assimilées	1 023	3 817	6 096	15 010
Subventions d'investissement	2 015	2 445	1 228	5 808
Autres ressources		5	200	0,2
Total financement investissement	10 142	14 405	14 514	18 090
Variation du fonds de roulement	193	3 179	6 119	3 723
Taux d'emprunt sur les investissements	13,53%	43,87%	46,59%	126,54%

La capacité d'autofinancement brute diminue fortement, en fin de période, en raison de la dégradation du résultat. Elle entraîne celle, à due concurrence, de la CAF nette, dès lors que le remboursement de la dette financière varie peu.

L'autofinancement ne permettant pas de couvrir le financement de l'investissement, le CASH doit avoir recours à l'emprunt.

2.2.2. Les valeurs du bilan

Les indicateurs d'analyse du bilan évoluent dans l'ensemble positivement lors de la période sous revue. La trésorerie est positive en 2009. Cette situation est conjoncturelle et découle notamment de l'augmentation du fonds de roulement d'investissement (FRI) due à l'emprunt, de la stabilisation du fonds de roulement d'exploitation (FRE) consécutive au remboursement de la créance de l'article 58, et de la diminution du besoin en fonds de roulement (BFR) résultant de l'allongement des délais de paiement des fournisseurs.

Ainsi, le fonds de roulement net global (FRNG) qui est passé de 11,9 à 21,8 M€ entre 2007 et 2009, représente 52 jours de charges courantes en 2008 et 61 jours en 2009, situant le CASH au-dessus de la médiane des établissements comparables (35 jours).

Le FRI passe de 6 à 17 M€ au cours de la période, en raison d'un emprunt de 15 M€ fin 2009, mais aussi du poids des amortissements (+ 16 M€). Les actifs stables progressent de 24 M€, dont 20 M€ pour les constructions.

Le FRE est invariable, en dépit d'une diminution des financements stables d'exploitation, due au déficit d'exploitation de l'exercice 2009, s'ajoutant au report à nouveau déficitaire et le portant à 8,9 M€ En effet, les actifs « quasi immobilisés » diminuent à due concurrence, en raison du remboursement de la créance de l'article 58 au cours de l'exercice 2008.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) s'améliore entre 2007 et 2009, puisqu'il passe de 24,5 à 17,4 M€ et représente 79,5 jours de charges courantes en 2008 et 60,52 jours en 2009. Cependant, la performance relative de l'établissement dans ce domaine reste médiocre, puisque la médiane des établissements de la strate établit le BFR à 31,5 jours.

Le niveau élevé du BFR s'explique par le montant des créances d'exploitation qui est supérieur à celui des dettes de même nature. A ce titre, l'amélioration observée en fin de période résulte autant d'un accroissement du montant des dettes (+ 1,8 M€), en particulier vis-à-vis des fournisseurs, que de l'amélioration du recouvrement des créances constatée sur les caisses de sécurité sociale et les tiers payants.

La trésorerie de l'établissement, est, pour la première fois, positive en 2009. Rapportée au nombre de jours de charges courantes, elle passe de -28 jours en 2006 à 13,6 jours en 2009. Ainsi, le CASH se situe au-dessus de la médiane des établissements comparables, qui est de quatre jours en 2009.

2.2.3. L'investissement

Hormis la construction d'un nouveau bloc opératoire, le CASH investit peu au cours de la période. La progression des immobilisations corporelles nettes (+ 4 %), est en moyenne de 11,2 M€ par an au cours des trois derniers exercices, c'est-à-dire inférieure à celle de la période 2004-2006, qui était de 14,8 M€par an.

Ce ralentissement de l'investissement est confirmé par la diminution du taux de renouvellement des immobilisations. Le rapport entre les investissements de l'exercice et l'actif immobilisé brut est de 5,79 % en 2008 et de 5 % en 2009, contre 6,47 % pour la médiane des établissements d'un budget supérieur à 70 M€

Le taux de vétusté des équipements, qui rapporte l'amortissement des équipements aux actifs bruts concernés, s'améliore en 2009 en passant à 86 %, alors qu'il était de 89,3 % en 2008. Il n'en demeure pas moins que cet indicateur reste proche de la médiane des établissements de même catégorie (87,07 %).

2.2.4. L'endettement

L'endettement du CASH augmente sur la période et place l'établissement au-dessus de la médiane des établissements de même catégorie, notamment en ce qui concerne la durée apparente de la dette.

Le montant total des dettes financières enregistre une forte hausse (23,4 %) entre 2008 et 2009, avec un encours de 65,9 M€en fin de période.

Malgré un remboursement régulier, la durée apparente de la dette, calculée en rapportant le total de l'encours de la dette à l'autofinancement, s'est très fortement dégradée, passant de 7,43 ans en 2008 à 22,9 ans en 2009, alors que la médiane était de 4,8 ans en 2009.

L'indépendance financière de l'établissement se détériore. Elle atteint 46,5 % en 2009, et situe l'établissement à un niveau légèrement inférieur à la médiane (44,76 %).

2.3. Fiabilité des comptes

Au cours de la période sous revue, le CASH respecte mieux le principe d'indépendance des exercices, en abandonnant progressivement la pratique des reports de charges. De même, il comptabilise de manière rigoureuse les éléments de son patrimoine. Néanmoins, la fiabilité des comptes de l'hôpital est altérée par l'absence de provisions, qui représente pour le CASH une charge potentielle de 12 M€

2.3.1. Le principe d'indépendance des exercices dont le respect s'améliore

Une diminution régulière et notable des reports de charges

Comme cela transparaît à travers l'évolution du solde du compte 672 « charges sur exercices antérieurs », le CASH a nettement corrigé la pratique des reports de charges qui prévalait au cours de la période précédente.

Budget consolidé (en M€)	2005	2006	2007	2008	2009
Charges sur exercices antérieurs	2,423	2,039	1,119	0,326	0,626
Charges de fonctionnement N-1		103,768	109,034	106,344	115,617
Taux de report		1,96%	1,03%	0,31%	0,54%

Néanmoins, l'établissement n'atteint pas encore les seuils préconisés par les autorités de tutelle ; le taux de charges sur exercice antérieur par rapport aux charges de fonctionnement reste supérieur au seuil de 0,2 % considéré comme limite, avec une légère remontée en fin de période.

Selon le directeur, la situation s'est normalisée en 2010, avec un taux de 0,16%.

Les recettes et dépenses à classer

Les comptes d'attente de recettes et de dépenses à classer ont vocation à être apurés en fin d'exercice. C'est le cas au CASH, où les sommes en cause sont nulles ou résiduelles en 2007 et en 2008. Néanmoins, cet effort d'apurement a faibli au cours de l'exercice 2009.

Le rattachement des charges et des produits

Les montants élevés inscrits aux comptes de rattachement des charges révèlent les difficultés de mandatement du CASH.

Le rattachement des charges engagées non mandatées

Rattachement s : factures	2006 (M€)	2007 (M€)	2008 (M€)	2009 (M€)
C/408	1,756	3,171	4,111	4,492
C/60+C/61+C/62	31,406	28,844	34,881	39,552
Taux	5,6%	11,0%	11,8%	11,4%

Source : comptes financiers

Le rattachement des charges engagées non mandatées concerne normalement les commandes passées en fin d'exercice, et ne pouvant donc donner lieu à réception de la facture avant la clôture de cet exercice. Est traditionnellement considéré comme acceptable un taux de rattachement correspondant à un douzième des dépenses sur factures de l'année, soit 5 à 10 % de leur montant.

Au CASH, le taux de rattachement satisfait cette dernière norme en 2006 pour la dépasser légèrement ensuite. L'examen de l'état de développement du solde du compte 408 pour l'exercice 2008 révèle que certaines factures concernent des prestations ou livraisons datant des mois de septembre et octobre. Ceci témoigne d'un allongement des délais de mandatement.

Les charges de personnel rattachées, inscrites au solde du compte 428-6 « personnel - charges à payer », oscillent entre 2 et 3 M€ et concernent principalement, outre la prime de service, les régularisations de modifications statutaires auprès des organismes sociaux et fiscaux. Leur montant a tendance à augmenter au cours des deux derniers exercices, traduisant là encore la durée excessive des délais de mandatement.

Toutefois, le directeur indique que le taux de rattachement des charges s'est amélioré en 2010, pour n'être que de 10,3 %.

Le rattachement des produits liés à l'activité

Le montant des produits rattachés diminue fortement au cours de la période examinée, et devient nul en 2009. Le comptable indique que l'établissement a engagé des efforts en ce domaine. En 2010, le rattachement des produits a été effectué.

2.3.2. Le principe de prudence et les provisions

Le CASH ne respecte pas le principe de prudence, en s'abstenant de constituer des provisions pour financer les créances irrécouvrables et les comptes épargne temps.

Un solde de créances irrécouvrables non financé

L'établissement admet chaque année des créances jugées irrécouvrables en non-valeur, pour des montants variables, compris entre 0,1 et 2,1 M€

En raison d'un apurement aléatoire de ces dernières, un stock de créances irrécouvrables oscillant autour de 10 M€ s'est accumulé au bilan et pèse de façon permanente sur la fiabilité des comptes. Selon le directeur, le montant du solde a été ramené à 6,6 M€ en fin d'année 2010, compte tenu de l'octroi d'une aide exceptionnelle de 2,5 M€ et de l'absence d'admission en non-valeur au cours de l'exercice.

Ces éléments amènent à reconsidérer le résultat, d'autant qu'aucune provision n'a été constituée au cours de la période.

Des comptes épargne temps non provisionnés

De même, l'hôpital n'a constitué aucune provision pour couvrir les comptes épargne temps (CET), alors que leur comptabilisation à la fin de l'exercice 2009 fait apparaître une charge potentielle pour l'hôpital de plus de 2 M€

En effet, fin décembre 2009, le montant inscrit aux CET pour le personnel non médical s'élevait à 4 704 jours épargnés, soit 684 871 €. Le personnel médical totalisait 4 520 jours, soit une valorisation de 1 394 962 €

Les autres comptes de provision peu ou pas mouvementés.

Le compte de provision pour charges à répartir a vocation à répartir sur plusieurs exercices des dépenses prévisibles, qui, étant donné leur nature ou leur importance, ne sauraient être supportées par le seul exercice au cours duquel elles sont engagées. Le solde devrait donc augmenter régulièrement pour permettre de supporter la dépense, puis être réduit ou annulé, une fois la charge connue.

Pour le CASH, ce compte est crédité pour un montant de 0,579 M€, inchangé sur toute la période.

2.3.3. La comptabilisation du patrimoine

La comptabilisation du patrimoine est rigoureuse.

En fin d'exercice 2005, l'état de l'actif produit par le comptable correspond parfaitement à la balance générale des comptes. L'état de l'actif 2010, selon les services du comptable, est le reflet d'une parfaite adéquation entre son fichier des immobilisations⁴ et le document transmis par l'ordonnateur.

Il en est de même pour les amortissements : malgré ses difficultés financières, le CASH respecte les durées d'amortissement recommandées par l'instruction comptable M21.

Les écritures comptables relatives aux dotations aux amortissements sont équilibrées.

Les comptes d'immobilisations en cours ont été mouvementés sur la période pour des montants très significatifs. La quasi-totalité des immobilisations en cours en 2005 (15,226 M€) a fait l'objet d'une opération d'ordre budgétaire au compte 21 en 2006 et 2008. En revanche, 11,588 M€ d'avances et acomptes versés sur immobilisations corporelles enregistrés en 2008 commencent à être apurés dès 2009.

⁴Cependant, il n'a pas été possible de vérifier sur place les méthodes d'inventaire et la qualité des procédures. On ne peut donc attester à ce stade que les documents correspondent à la réalité physique du patrimoine

⁶Les données fournies par le DIM concernent l'ensemble des séjours effectués par les patients hospitalisés au CASH, quelle que soit la nature de leur prise en charge, alors que les données du site e-PMSI ne recensent que les séjours des assurés sociaux.

3. L'activité

3.1. L'hospitalisation de court séjour

L'activité de court séjour fléchit en fin de période, surtout en chirurgie.

Selon les données administratives, l'activité se maintient en obstétrique et en médecine. En revanche, la situation est préoccupante en chirurgie, malgré l'ouverture, le 1^{er} juin 2009, d'un nouveau bloc opératoire comprenant sept salles d'opération, 10 chambres de chirurgie ambulatoire et un centre d'endoscopie digestive et bronchique.

Alors que 25 lits de chirurgie en hospitalisation complète ont été fermés en 2008, le taux d'occupation est moyen. La durée moyenne de séjour a néanmoins tendance à s'améliorer.

L'activité de chirurgie ambulatoire augmente en 2007, mais l'ouverture de cinq places supplémentaires en 2009 n'apporte qu'un surcroît d'activité de 6 %.

Chirurgie ambulatoire	2006	2007	2008	2009
Places	5	5	5	10
Venues	1269	1559	1518	1611

En année pleine sur 2010, cette activité aurait toutefois doublé, selon le directeur.

Les données case-mix montrent une nette diminution, entre 2009 et 2010, des séjours de médecine et de chirurgie. Le nombre total de séjours varie peu au cours des deux derniers exercices, mais les données, issues des case-mix adressés par le DIM, sont majorées par rapport à celles du site PARHTAGE, utilisé pour la période 2006-2008⁵.

	2006	2007	2008	2009	2010
Médecine	7 491	7 494	7 658	6 068	5 705
Chirurgie	3 052	3 313	3 466	2 889*	2 820*
Obstétrique	2 177	2 265	2 305	2 080	2 279
Total séjours	12 720	13 072	13 429	13 542	13 630

Source : PARHTAGE pour 2006-2008 ; case-mix produit par le DIM pour 2009-2010

* chiffres excluant les césariennes, qui sont comptabilisées en séjours d'obstétrique

3.2. Les consultations

Localisée sur 11 sites incluant le secteur social, l'activité de consultation connaît une baisse importante en fin de période (- 14 %).

La dispersion des sites serait un important facteur de surcoût pour l'hôpital. La moitié du déficit serait imputable à cette situation.

3.3. Les activités financées en dotation globale

Que ce soit en psychiatrie ou en soins de suite, l'activité est peu dynamique au cours de la période sous revue.

La psychiatrie, en hospitalisation complète, connaît une chute significative et régulière, de 54 % sur la période, avec un taux d'occupation inférieur à 80 % en 2009.

L'augmentation des capacités en soins de suites de 42 % n'a pas entraîné d'augmentation significative de l'activité, avec pour conséquence logique un taux d'occupation qui n'est pas optimal. La durée moyenne de séjour est, en outre, plutôt longue, un peu supérieure à 35 jours, alors que la DMS moyenne en soins de suites était de 32,7 jours en 2009.

3.4. L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

L'activité de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes apparaît structurellement déficitaire, en raison d'une stagnation de sa fréquentation.

En nombre de journées, l'activité décline sur la période pour se stabiliser en 2009. Le taux d'occupation est de l'ordre de 85 %, alors que l'objectif fixé par les départements est de l'ordre de 95 à 98 %.

Le recrutement est en majorité interne, 40 % seulement des résidents venant de l'extérieur. Le public accueilli qui était précédemment en soins, se trouve fréquemment en situation d'exclusion ou de grande précarité, réduisant d'autant l'offre de places aux pensionnaires externes à l'établissement.

Toutefois, selon le directeur, la situation s'est améliorée en 2010, avec un taux d'occupation atteignant 93 % et un taux de recrutement extérieur de 71 %.

	2006	2007	2008	2009
Total Charges		4 512 821	9 581 826	9 857 901
Total Produits		4 361 321	9 981 713	9 593 341
Excédent			+ 399 887	
Déficit		- 151 500		- 264 559

Source : comptes de gestion

L'activité est déficitaire. Le résultat de 2008 de l'EHPAD est excédentaire, en raison d'une reprise de provisions de l'ordre de 648 000 €

En outre, si cette structure a bien remboursé au budget principal la totalité des dépenses imputées en 2008 et 2009, elle présente à son égard une dette cumulée de 1,8 M€ fin 2009.

Selon le plan d'action fixé à cette structure, un des objectifs consistait en la réoccupation de 50 lits.

Toutefois, les besoins en lits d'EHPAD du département des Hauts-de-Seine sont satisfaits, le taux d'équipement (90 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans) étant supérieur au taux régional (88).

La chambre constate que, pour assurer le devenir de cet établissement, une réflexion est engagée par les parties prenantes.

Concernant une unité de 24 lits individualisée située au rez-de-chaussée, le CASH a défini trois pistes : une maison d'accueil spécialisée pour patients atteints du syndrome de Korsakoff, une unité d'EHPAD accueillant des travailleurs immigrés vieillissants, ou un foyer d'accueil médicalisé. L'agence régionale de santé serait plus favorable à la création d'une maison de retraite « classique » rendant la réalisation des projets précédents très hypothétique.

Selon le directeur, cette solution aurait dû être récemment retenue. Elle devrait se finaliser dès l'achèvement des travaux de rénovation correspondants.

4. Gouvernance

4.1. Les relations avec la tutelle

- **Le CPOM**

Après avoir pointé les faiblesses de l'établissement (petite taille des unités et des services, manque de visibilité pour les patients et les médecins adresseurs), le CPOM, signé le 30 mars 2007, se fondait surtout sur un développement de l'activité.

Le développement de la chirurgie, l'élargissement du recrutement des médecins de spécialité, par le biais d'un approfondissement des partenariats, et le renforcement des coopérations en général, en constituaient les principaux objectifs stratégiques.

La chambre constate que ces objectifs n'ont pas été atteints à la date du présent contrôle.

- **Des plans de retour à l'équilibre financier itératifs, tardifs et peu appliqués, un CREF reporté**

Trois plans de retour à l'équilibre se sont succédé au cours de la période examinée, impuissants, pour les deux premiers, à rétablir la situation financière de l'établissement. Aucun contrat de retour à l'équilibre financier n'a été signé avec la tutelle, si ce n'est un avenant financier au CPOM, en 2009.

- Compte tenu de la dégradation financière constatée en 2005, la tutelle a demandé à l'établissement, en 2006, d'établir un plan de retour à l'équilibre financier (PREF).

Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) qui devait accompagner ce plan n'a jamais été signé, les négociations menées avec l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France n'ayant pas abouti.

- A l'issue d'une mission d'appui des conseillers généraux des établissements de santé, un projet de « maîtrise de retour à l'équilibre financier » a été validé par l'ARH et le CASH le 4 mars 2009, sous forme d'un avenant financier au CPOM.

Le plan d'action élaboré par l'établissement prévoyait des mesures d'économie sur le personnel et la maîtrise de l'intérim, la réduction de 40 % du montant des créances admises en non-valeur, l'augmentation des recettes d'activité de 3,5 M€ à l'horizon 2011, l'optimisation des recettes de titre 2, l'augmentation des recettes de titre 3 et l'élaboration d'un plan de remboursement de la dette des budgets sociaux et médico-sociaux au budget principal, sur la base du travail mené par les services de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) en charge du secteur social de l'établissement.

Ces mesures étaient censées générer une économie passant de 2 M€ en 2008 à 6 M€ en 2011.

Globalement, les préconisations concernant les ressources humaines ont été mises en œuvre, comme en témoigne l'économie réalisée sur les dépenses de titre 1 en 2007⁶. En revanche, d'autres actions n'ont pas été réalisées, telles le regroupement des consultations, les suppressions de gardes et la maîtrise du temps médical (charte, tableaux de bords).

Certaines ont été appliquées *a minima*, comme la réduction des admissions en non-valeur ou le redimensionnement des services administratifs, logistiques et techniques.

En l'absence de production de rapports d'activité par le DIM depuis 2002, l'amélioration du codage ne peut guère être évaluée.

En tout état de cause, les actions menées n'ont pas permis de rétablir l'équilibre financier. Les mesures concernant l'augmentation de l'activité ont échoué, empêchant toute optimisation des recettes.

Ainsi, les recettes du titre 1 ont diminué de 4,5% (1,8 M€) entre 2009 et 2010, celles du titre 3 de 9 % (2 M€). Seules les recettes du titre 2 ont augmenté de 0,4 M€ soit de 6,9 %.

▪ Un plan de retour à l'équilibre budgétaire 2010-2015, adopté en juillet 2010, dans l'attente de la création du futur groupement de coopération sanitaire (GCS) avec l'hôpital Louis-Mourier, reprend une partie des mesures précédentes, en vue de réaliser une économie potentielle de 10 M€ en 2015, à recettes d'hospitalisation constantes.

PREB	2011	2012	2013	2014	2015
Réoccupation 50 lits EHPAD	550 000	550 000	550 000	550 000	550 000
Gardes et astreintes	550 400	550 400	550 400	550 400	550 400
Diabéto	2 569 700	2 569 700	2 569 700	2 569 700	2 569 700
Regroupement consult.		2 500 000	3 200 000	4 000 000	5 000 000
Supp. 1poste urgences	65 000	65000	65000	65000	65000
Sous traitance repas	300 000	300000	300000	300000	300000
Supp. 50 ETP	830 924	1 196 376	1 642 798	1 896 773	1 947 469
Total	4 316 024	7 181 476	8 327 898	9 381 873	10 432 569

Certains objectifs étaient en passe d'être réalisés, telle la suppression des quatre gardes et astreintes, prévue au 1^{er} octobre 2010.

4.2. La coopération inter-hospitalière

Un syndicat inter-hospitalier (SIH) gère, depuis 2002, les activités des urgences et de chirurgie, ainsi que les soins de suite, le scanner et l'imagerie à résonance magnétique (IRM), du CASH et de l'hôpital Louis-Mourier de Colombes (AP-HP), établissements distants d'à peine deux kilomètres, tous deux en difficulté financière et en perte d'activité.

⁷ - 2,6 M€ par rapport à 2006, effort maintenu lors des exercices suivants, puisque le montant des dépenses de personnel en 2009 reste inférieur à celui de 2006.

- **La chirurgie**

Par le biais d'une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) créée en 2004, la chirurgie digestive et viscérale a été regroupée à Louis-Mourier, tandis que la chirurgie orthopédique et spécialisée était réservée au CASH, permettant notamment la suppression d'une garde au CASH et le maintien d'une seule garde à Louis Mourier.

Bien qu'un comité opérationnel de chirurgie se réunisse régulièrement, pour échanger sur les pratiques professionnelles et gérer d'éventuelles difficultés, le fonctionnement de cette fédération ne donne pas satisfaction au CASH. Il est reproché aux chirurgiens de l'hôpital Louis-Mourier de ne pas se déplacer auprès des patients du CASH hospitalisés en gastro-entérologie et de ne pas ré-adresser les patients qu'ils ont opérés, comme il était initialement prévu. L'hôpital Louis-Mourier estime que le CASH ne lui adresse pas de patients à opérer. Par ailleurs, un chirurgien viscéral est resté à la charge de l'hôpital de Nanterre, faisant peser sur l'établissement une charge de 67 000 € par an, en l'absence d'activité donnant lieu à des recettes correspondantes.

La fédération a néanmoins correspondu à un développement de la chirurgie urologique du CASH et à une augmentation de son activité en orthopédie (+ 12 % en 2005), qui se poursuit de façon régulière (+ 21 % quatre ans plus tard). La progression de l'activité d'oto-rhinolaryngologie - stomatologie est moins nette, et celle d'ophtalmologie décalée, mais de + 25 % sur la période, comme indiqué ci-dessous :

	2004	2005	2006	2007	2008
Uro	303	413	405	506	435
Orthopédie	829	931	964	966	1005
ORL-stomato	642	672	658	647	746
Ophtalmo	481	403	419	615	602

Source : PARHTAGE

Selon la présidente de la commission médicale d'établissement, ces tendances favorables ne proviennent pas d'une récupération des activités de l'hôpital Louis-Mourier, qui ne comportait pas d'activité de chirurgie spécialisée avant 2004.

- **Les urgences**

L'autorisation commune d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) « à deux portes d'entrée » a été donnée dans le cadre de la FMIH des urgences de la boucle nord du 92 (Louis-Mourier et Max Fourestier). Elle a été élargie aux urgences pédiatriques en 2005, et renouvelée en 2007.

Cette organisation a permis de supprimer les redondances entre les deux sites et de les spécialiser progressivement ; en effet, l'accueil et le traitement des urgences de chirurgie digestive et générale se font à Louis-Mourier, alors que les urgences d'orthopédie, d'urologie et des spécialités chirurgicales sont assurées par le CASH.

Cet agencement bipolaire fonctionne convenablement, et les échanges au sein du comité opérationnel des urgences qui se réunit tous les mois sont jugés effectifs et constructifs. La spécialisation est de mieux en mieux connue des services « *adresseurs* » et du public. Les urgences orthopédiques et urologiques de Louis-Mourier sont bien redirigées sur le CASH.

- **Bilan général du SIH et réflexion sur la création d'un GCS**

Le SIH ne fonctionne pas en conformité avec la réglementation en vigueur. Le conseil d'administration ne se réunit pas. Le SIH ne produit pas de comptes financiers, comme le prévoient les règles de la comptabilité publique. Il constitue un simple partage d'autorisation, dont la mise en œuvre est performante aux urgences et dans le service de soins de suite et de réadaptation (SSR), mais reste très insuffisante dans les services de chirurgie.

La transformation du SIH en GCS, à l'horizon 2012, est appelée à refonder profondément les relations entre les deux établissements et à résoudre une partie de leurs difficultés financières et de leurs baisses d'activité.

L'autorité de tutelle a demandé aux deux établissements de poser rapidement les bases d'évolution des fédérations et du SIH pour mettre en place cette nouvelle coopération.

Bien que l'équipe de direction du CASH se soit mise à la disposition de la direction générale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) dès le 6 avril 2009, le processus n'a guère avancé. En juillet 2010, sur les sept groupes de travail constitués, seul le groupe médico-technique s'était réuni, à l'initiative du CASH. Ce dernier avait rendu compte de l'avancée des travaux. L'agence régionale de santé (ARS) a donc repris le pilotage du projet, début 2011, en vue d'établir un cahier des charges adapté pour la fin de l'année 2011.

A l'issue d'un protocole d'accord signé le 13 mai 2011 entre l'ARS, l'AP-HP et la préfecture de police, neuf groupes de travail doivent proposer une utilisation optimale des infrastructures en spécialisant les deux sites, à échéance de fin 2011. La chirurgie interventionnelle et la réanimation devraient être regroupées à Louis Mourier, et la chirurgie ambulatoire au CASH. Les deux sites conserveraient leur service d'urgence et leur maternité.

Les difficultés du projet et la lenteur de sa réalisation proviennent, en partie, des particularités liées au statut de l'hôpital Louis-Mourier, mais surtout de la crainte d'une disparition des services de court séjour du CASH et des contraintes liées à l'accueil inconditionnel de nombreux patients en situation de grande précarité, par des services « classiques ». La préfecture de police de Paris, très concernée par ce public, se montre sur ce point particulièrement attentive à l'évolution du processus et au devenir du CASH.

4.3. La mise en place des pôles

Les six pôles regroupant les différents services n'ont qu'une existence formelle, dès lors qu'aucun contrat de pôle n'a été signé.

Les projets de contrat de pôles, initiés en 2006, ont connu une pause, à la demande du corps médical, en raison de la situation financière dégradée de l'établissement et des plans successifs de retour à l'équilibre. Malgré les nouvelles réunions de pôle avec la direction et le DIM, les pôles ne fonctionnaient toujours pas en février 2010.

Bien que le plan d'actions 2010-2015 prévoie la recombinaison des pôles et la signature des contrats de pôles, cette question n'apparaît plus primordiale pour la direction, dans le cadre de la création du futur GCS et des réorganisations profondes qu'elle devrait susciter.

Ces retards successifs apparaissent regrettables. La contractualisation aurait permis une responsabilisation des chefs de pôle, utile dans un contexte de PREF. Par ailleurs, le projet de GCS, initié début 2009, ne devrait pas aboutir avant 2012, laissant le CASH sans gouvernance médico-économique pendant une longue période.

5. Le personnel

5.1. Effectifs et rémunérations

5.1.1. Le personnel médical

Si les effectifs et la masse salariale du personnel médical sont relativement maîtrisés, le CASH a peu progressé dans sa connaissance du temps de travail effectivement réalisé.

Les effectifs du personnel médical sont stables sur la période.

En conséquence, le montant total des rémunérations du personnel médical varie peu. Il augmente de 4 % sur la période. Toutefois, la chambre recommande que la situation du chirurgien viscéral resté à la charge de l'hôpital de Nanterre et sans activité identifiée soit examinée en vue d'une meilleure adéquation des moyens aux missions.

En revanche, le montant total des rémunérations pour les gardes a augmenté de 25 % entre 2005 et 2009.

Au 1^{er} février 2010, les actions prévues par le premier plan de retour à l'équilibre, visant à « *faire évoluer les médecins sur la nécessaire maîtrise du temps médical (CET et temps additionnel)* », à la rédaction d'une charte du temps médical et à la conception de tableaux de bord de suivi des temps médicaux, n'ont pas été réalisées.

Malgré une note interne du 28 mai 2008 informant la communauté médicale des règles relatives à la gestion du temps médical et la mise en place, le 1^{er} janvier 2008, de tableaux de service informatisés, prévisionnels et définitifs, que les chefs de service doivent adresser au bureau des affaires médicales, l'administration rencontre toujours des difficultés à évaluer le temps médical, et notamment à obtenir les tableaux de présence.

La rédaction d'une charte du temps médical et l'élaboration des tableaux de bord ont été de nouveau préconisées dans le cadre du dernier plan d'actions.

5.1.2. Le personnel non médical

Les effectifs et les rémunérations

L'effectif global de personnel non médical diminue de 4 % au cours de la période sous revue, passant de 1 497 à 1 438 équivalents temps plein (ETP), et la masse salariale de 0,6 % entre 2006 et 2009.

La maîtrise des effectifs et de la masse salariale du personnel non médical témoigne de la vigilance du CASH en matière de gestion des ressources humaines, dans le cadre des PREF.

5.2. Le suivi des recommandations formulées par la chambre lors du précédent contrôle

5.2.1. Les mises à disposition

Lors de son précédent contrôle, la chambre relevait la mise à disposition irrégulière de deux directeurs auprès du ministère de la santé, et la mise à disposition, également irrégulière, du 1^{er} septembre 1998 au 1^{er} janvier 2004, d'un attaché de direction au profit de l'association gestionnaire de l'hôpital nord 92 de Villeneuve-la-Garenne, en qualité de chef d'établissement.

Trois agents demeuraient mis à disposition lors de l'instruction du présent rapport : deux directeurs, l'un auprès de la direction générale de la santé, l'autre auprès du centre national de gestion, et un agent d'administration hospitalière, auprès d'une association.

La chambre constate que ces situations ont été régularisées et que les charges correspondantes ont donné lieu à remboursement.

En effet, selon l'article 49 modifié de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, « *la mise à disposition est possible auprès (...) de l'Etat et de ses établissements publics. (...) La mise à disposition donne lieu à remboursement* ».

L'article 49 précité dispose, par ailleurs, que « *la mise à disposition est possible auprès (...) des entreprises liées à l'établissement de santé employeur en vertu soit d'un contrat soumis au code des marchés publics, soit d'un contrat soumis à l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat ou d'un contrat régi par l'article L. 6148-2 du code de la santé publique, soit d'un contrat de délégation de service public ; des organismes contribuant à la mise en œuvre d'une politique de l'Etat, des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics administratifs, pour l'exercice des seules missions de service public confiées à ces organismes* ». Cette réglementation régularise la mise à disposition de l'agent auprès de l'association « Entraide universitaire ».

5.2.2. L'attribution de logements de fonction pour les cadres de direction exerçant leur fonctions au CASH de Nanterre ou mis à disposition de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

Au 31 décembre 2004, l'établissement prenait en charge au titre de la nécessité de service, le logement de six cadres de direction, ainsi que celui des deux directeurs mis à disposition du ministère de la santé.

La situation de ces deux derniers demeure toujours contestable puisque les intéressés n'assument plus de fonctions hospitalières et ne participent pas aux gardes administratives assurées par les cadres de direction de l'établissement.

5.2.4. Des conditions d'avancement d'échelon inchangées

La chambre constatait, lors de l'examen portant sur la période précédente, que l'établissement pratiquait, en matière de gestion statutaire du personnel, l'avancement d'échelon sous des conditions plus favorables que celles prévues par la réglementation.

Ce système aurait, selon l'ordonnateur, été recommandé par l'autorité de tutelle de l'époque à tous les établissements du département et appliqué par les commissions administratives paritaires (CAP) départementales et locales. Il permet une progression plus rapide de la carrière des agents et entraîne, par voie de conséquence, des surcoûts en matière de dépenses de personnel.

Cette pratique généralisée de l'avancement à durée intermédiaire perdure, alors que son coût est estimé à 0,147 M€ en 2009 et à 0,2 M€ en 2010. Les tentatives répétées de la direction d'y mettre fin, notamment par courrier adressé à la DDASS en septembre 2009, n'ont pas abouti.

5.2.5. Une régularisation des agents relevant de la préfecture de police de Paris qui progresse lentement

Lors du précédent contrôle, la chambre avait relevé des irrégularités dans la mise à disposition du CASH de 77 agents relevant du statut de la préfecture de police de Paris.

La convention en vigueur, du 7 juillet 1994, s'appliquait tant que ces personnels étaient en fonction au CASH, laissant au directeur de très faibles marges de manœuvre. En outre, le CASH rémunérait directement ces personnels, supportant ainsi le coût de l'assujettissement au paiement de la taxe sur les salaires. Enfin, de nouveaux agents avaient été recrutés sous statut de la préfecture de police de Paris et mis à disposition du CASH, contrairement à la loi du 13 janvier 1989.

A la date du 10 janvier 2011, 50 agents relevant du statut de la préfecture de police de Paris étaient mis à disposition du CASH pour y assurer les fonctions de surveillant.

En effet, depuis le dernier contrôle, les agents relevant de ce statut ne sont pas remplacés lors de leurs départs en retraite, à l'exception des agents de sécurité incendie, remplacés par des agents relevant du statut de la fonction publique hospitalière.

Aux termes d'une nouvelle convention signée le 24 décembre 2007, et remplaçant celle de 1994, la préfecture de police prend désormais directement en charge les rémunérations de ces surveillants, qui lui sont ensuite remboursées par le CASH⁸.

Cette convention, considérée par l'hôpital comme contraignante, peut néanmoins être dénoncée par chacune des parties. Si, sur le plan formel, la démarche paraît aisée, la chambre considère que le traitement effectif de cette situation peut s'avérer délicate.

5.2.6. Les personnels intérimaires et de remplacement

La chambre avait souligné que des recrutements d'agents contractuels et de personnels vacataires ne respectaient pas la réglementation.

La réduction du recours à l'intérim

Le CASH a réduit de manière constante et drastique son recours au personnel intérimaire au cours de la période sous revue. Les dépenses d'intérim ont été divisées par 6,7, passant ainsi de 1,6 M€ en 2006 à 0,245 M€ en 2009.

⁸Pour un coût annuel de 1,8 M€ (extrapolé à partir du montant remboursé par le CASH au premier trimestre 2010, qui était de 450 619 €).

La majorité des dépenses d'intérim concerne le personnel soignant non médical et relève du budget principal, à hauteur de plus de 80 %.

La persistance d'un recours élevé à des contractuels à durée déterminée

Le montant des dépenses de personnel non médical de remplacement et son taux par rapport aux dépenses totales de rémunérations font apparaître que 15 % des rémunérations du personnel non médical sont constituées par celles du personnel de remplacement. Cette importante proportion traduit des difficultés dans la gestion des ressources humaines⁹.

Le recrutement d'agents contractuels est variable selon les services. Au cours de l'exercice 2009, il est à la limite supérieure de la normale pour l'activité hospitalière, mais atteint 31% à l'EHPAD et plus de 50 % au CHAPSA. Quant au budget P3, il ne rémunère que des contractuels, dont la très grande majorité en contrat à durée déterminée.

Toutefois, dans le contexte du plan d'action 2010-2015, qui prévoit la suppression de 50 postes, il serait paradoxal de reprocher au CASH cette anomalie dans la gestion de ses ressources humaines. Le non-renouvellement des contrats à durée déterminée pourrait, en effet, laisser des marges de manœuvre au directeur, si les départs en retraite ou les mutations s'avéraient insuffisants pour appliquer ce plan.

Les contractuels à durée indéterminée

Lors du contrôle précédent, la chambre avait relevé que des agents avaient été recrutés par contrats à durée indéterminée pour différents emplois. Certains de ces contrats prévoyaient l'attribution de primes qui ne sont théoriquement attribuées qu'aux agents titulaires.

Le directeur expliquait ces recrutements par la situation de pénurie à laquelle il était confronté. Il déclarait vouloir prendre des mesures rigoureuses en matière de recrutement et appliquer la réglementation en matière d'attribution des primes.

Au cours de la période sous revue, les recrutements en contrat à durée indéterminée ont peu évolué, et représentent toujours environ 6 % du total des rémunérations du personnel non médical.

5.2.7. Les personnels administratifs

L'effectif du personnel administratif diminue de 8,7 % entre 2006 et 2009, davantage que l'effectif global du personnel non médical (-4 %). Le CASH, conformément aux préconisations des deux derniers plans de retour à l'équilibre financier, porte son effort de réduction du personnel sur le personnel administratif, l'objectif étant de passer d'une proportion de 9 % d'administratifs dans le total des effectifs du CASH à un ratio de 6 %.

⁹ En application de l'arrêté du 11 mars 1987, les crédits de rémunération des contractuels de remplacement (compte 641-5) ne doivent pas dépasser 10 % des crédits de rémunération des agents permanents, titulaires et stagiaires, soit le total des comptes 641-1 et 641-3.