



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES RÉPONSES

GROUPE HOSPITALIER DE LA RÉGION DE MULHOUSE SUD ALSACE (Département du Haut-Rhin)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre les 21 et 22 septembre 2021

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	4
RAPPELS DU DROIT	6
RECOMMANDATIONS	7
1. LA PROCÉDURE ET LE CHAMP DU CONTRÔLE	8
2. PRÉSENTATION DU GHRMSA	8
2.1 L'historique du GHRMSA.....	9
2.2 Les contraintes et difficultés du GHRMSA	9
2.2.1 La problématique de l'attractivité médicale	10
2.2.2 Le contexte concurrentiel local.....	10
2.2.3 La crise sanitaire liée au Covid-19	11
3. LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)	11
3.1 Les instances, le projet médical et le projet de soins partagé du GHT	12
3.2 Les fonctions mutualisées	13
3.3 La contribution financière du GHRMSA au GHT	14
4. LES CONVENTIONS DE PARTENARIAT	15
4.1 Les hospices universitaires de Strasbourg (HUS).....	15
4.2 Les conventions avec le centre hospitalier de Colmar	15
4.3 La clinique des trois frontières et le groupement de coopération sanitaire (GCS) des trois frontières.....	16
4.3.1 Le cadre juridique applicable au groupement de coopération sanitaire (GCS) érigé en établissement de santé	16
4.3.2 Le contexte et l'évolution de cette coopération.....	16
4.3.3 Les contributions financières du GHRMSA	18
4.3.4 Les risques financiers pour le GHRMSA	19
4.3.5 Conclusion.....	19
5. L'ÉVOLUTION CAPACITAIRE ET L'ACTIVITÉ	20
5.1 La zone d'attractivité.....	20
5.2 L'évolution capacitaire	20
5.3 L'analyse de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)	21
5.3.1 Les taux d'occupation	21
5.3.2 L'analyse des parts de marché MCO	22
5.3.3 Les séjours	22
5.3.4 La performance de l'activité et la durée moyenne de séjour.....	24
6. LE DÉPARTEMENT DE L'INFORMATION MÉDICALE (DIM)	24
7. L'ANALYSE DE LA CONCURRENCE ET DE LA COMPLÉMENTARITÉ PUBLIC- PRIVÉ.....	25
7.1 Le contexte national	25
7.2 Les objectifs et la méthodologie.....	26
7.3 La pertinence des actes.....	26
7.4 L'analyse des agrégats d'activité	26
7.5 L'analyse des coûts engagés.....	29
7.6 Les moyens mis en œuvre pour l'activité	29
7.7 La politique médicale.....	30
7.8 La complémentarité public-privé dans la crise Covid-19	30
7.9 Conclusion.....	31

8.	LA CERTIFICATION ET LA POLITIQUE QUALITÉ	32
8.1	La certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)	32
8.2	La politique qualité et gestion des risques	32
9.	LA STRATÉGIE	33
9.1	Les outils de contractualisation	33
9.1.1	Le CPOM 2015-2017	33
9.1.2	Le CPOM 2018-2023	33
9.2	La stratégie de l'établissement et son projet d'établissement	34
9.3	L'organisation, la contractualisation et le pilotage des pôles d'activité	34
9.3.1	L'organisation en pôles	35
9.3.2	Les contrats de pôles	35
9.3.3	Le pilotage des pôles	36
10.	LA FIABILITÉ DES COMPTES	37
10.1	La certification des comptes	37
10.2	La dématérialisation et les conventions partenariales	37
10.3	Le suivi du patrimoine de l'établissement	38
10.3.1	L'inventaire physique et comptable, l'état de l'actif	38
10.3.2	Le rattachement des charges et des produits	39
10.4	Les reports de charges	39
10.5	Les charges et produits constatés d'avance	39
10.6	Les provisions	39
11.	L'ANALYSE FINANCIÈRE	42
11.1	Les opérations de fusion	42
11.2	Présentation financière générale	43
11.3	Le pilotage budgétaire et financier	44
11.4	L'évolution des charges et produits Budget principal (H)	44
11.5	Les produits du budget H	44
11.5.1	Les produits versés par l'assurance maladie (AM)	45
11.5.2	Les autres produits de l'activité hospitalière	45
11.5.3	Les autres produits	46
11.6	Les charges budget H	46
11.6.1	L'évolution des charges par titres	46
11.6.2	Les charges en personnel	47
11.6.3	Les charges à caractère médical	47
11.6.4	Les charges à caractère hôtelier et général	47
11.6.5	Les charges d'amortissement, de provisions, dépréciations financières, et exceptionnelles	48
11.7	L'analyse financière des EHPAD (Budget E2)	48
11.7.1	Les produits	48
11.7.2	Les charges	49
11.7.3	Les résultats	49
11.8	L'analyse des soldes intermédiaires de gestion (SIG)	49
11.8.1	L'analyse de la marge brute	51
11.8.2	L'analyse de la capacité d'auto financement	51
11.8.3	Le renouvellement des immobilisations	52
11.9	L'endettement et la capacité de remboursement de l'établissement	52
11.9.1	Les caractéristiques de la dette	52
11.9.2	Les ratios de la dette	53
11.10	L'analyse bilancielle	54
11.10.1	Le fonds de roulement	55
11.10.2	Le besoin en fonds de roulement	55
11.10.3	La dégradation de la trésorerie	56

11.11	Le contrat de performance.....	56
11.12	Conclusion.....	57
12.	LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)...	58
12.1	Le cadre de l'enquête	58
12.2	Les données départementales du Haut-Rhin.....	58
12.3	Du projet d'établissement au projet personnalisé.....	59
12.3.1	Le positionnement des EHPAD Emile Muller et Hasenrain	59
12.3.2	Le positionnement de l'EHPAD de Cernay.....	61
12.3.3	Le projet régional de santé (PRS) et le schéma départemental de l'autonomie (SDA).....	62
12.3.4	La contractualisation.....	62
12.3.5	La politique gériatrique.....	63
12.3.6	Les coopérations	63
12.4	Le cadre du projet personnalisé.....	63
12.4.1	L'admission et l'accueil	64
12.4.2	La fin de la prise en charge.....	65
12.4.3	Le dossier patient informatisé	66
12.5	Les caractéristiques des ressources des EHPAD	66
12.5.1	La convergence tarifaire	67
12.5.2	Les tarifs hébergement	67
12.5.3	L'analyse ciblée des dépenses d'exploitation.....	68
12.6	Les ressources humaines en EHPAD.....	68
12.6.1	L'évolution des effectifs.....	69
12.6.2	La répartition des effectifs par fonction	70
12.6.3	Les fonctions dites cardinales	71
12.6.4	L'organisation et coordination	72
12.6.5	La formation et la qualification des personnels.....	75
12.7	Le résident et la qualité de prise en charge	75
12.7.1	Les évaluations internes et externes.....	75
12.7.2	Le traitement des plaintes et réclamations.....	76
12.7.3	Les évènements indésirables graves	76
12.7.4	Le contrôle de la satisfaction des usagers	77
12.7.5	Les bonnes pratiques de prise en charge et la prévention	77
12.7.6	La participation à la vie de l'établissement.....	78
12.8	La gestion de la pandémie Covid-19.....	78
12.8.1	La mesure de l'impact de la crise sur les résidents et les personnels	79
12.8.2	La préparation et la réaction face à la crise sanitaire	79
12.8.3	Les conséquences financières de la crise.....	80
12.9	Conclusion.....	81
	ANNEXE 1 : Le groupement hospitalier du territoire (GHT)	82
	ANNEXE 2 : Coopérations et partenariats	83
	ANNEXE 3 : Évolution capacitaire et activité	84
	ANNEXE 4 : Enquête nationale : Concurrence et complémentarité public privé	85
	ANNEXE 5 : Fiabilité des comptes	86
	ANNEXE 6 : Analyse financière.....	87
	ANNEXE 7 : Enquête nationale EHPAD	94

SYNTHÈSE

Le groupe hospitalier de la région de Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA) est un établissement public de santé d'une capacité de 2 578 lits et places, disposant de 6 222 agents dont 901 personnels médicaux. Il est situé au sud du département du Haut-Rhin et dessert un bassin de population de 475 000 habitants.

Il est engagé dans plusieurs partenariats. Le groupement hospitalier de territoire (GHT) de Haute-Alsace dont il est l'établissement support, en est le plus important.

Il déploie aussi une partie de son activité au sein du groupement de coopération sanitaire des trois frontières (GCS3F) à Saint-Louis. Ses engagements au sein de cette structure présentent des risques financiers et la chambre relève en outre une complexité juridique, un manque de transparence ainsi qu'une irrégularité des flux financiers entre les deux structures.

Deux fusions en 2015 et 2017 avec plusieurs établissements hospitaliers et médico-sociaux ont permis au GHRMSA d'augmenter sa capacité de 29 %. Toutefois, ces opérations ont été insuffisamment accompagnées financièrement, contribuant à aggraver ses difficultés. En outre, elles ne lui ont pas permis de répondre au manque d'attractivité médicale et à la forte concurrence du secteur hospitalier privé.

Son activité s'effrite progressivement. Il perd des parts de marché en médecine et en chirurgie malgré le virage ambulatoire pris et ne bénéficie pas des effets de l'élargissement de son périmètre. Seule son activité d'obstétrique est dynamique et atteste d'un positionnement favorable dans l'offre de soins. La baisse du nombre de séjours est plus marquée en chirurgie.

Son positionnement concurrentiel, étudié au travers des activités d'endoscopies digestives, révèle qu'il n'est pas en capacité de concurrencer, même faiblement, le secteur privé. Il perd ainsi de précieuses parts de marché dont les déterminants sont à rechercher dans son positionnement sur des activités économiquement moins avantageuses, l'insuffisance de l'attractivité et les contraintes de la permanence des soins.

Le GHRMSA présente un déficit cumulé de 62,7 M€. Les processus de fusion de 2015 et 2017 y ont lourdement contribué. Cette situation résulte d'une insuffisance de ses ressources face à des charges incompressibles au regard de la multiplicité des activités et des structures. La capacité d'autofinancement est très altérée et limite le financement des investissements courants. L'endettement tend à se réduire en l'absence de nouveaux emprunts mais reste néanmoins élevé.

La dégradation de la situation financière de l'établissement a conduit à l'élaboration en 2017 d'un contrat de performance qui n'a pas abouti, faute de consensus sur le périmètre et les objectifs.

La chambre relève l'inquiétante dégradation financière du GHRMSA dans un contexte de crise sanitaire qui amplifie ses difficultés. Elle demande à l'établissement de s'inscrire dans une stratégie visant à restructurer son offre de soins, favoriser l'attractivité médicale et améliorer sa performance de gestion.

La chambre a examiné la prise en charge des résidents des EHPAD de Mulhouse (site Emile Muller et Hasenrain) et de Cernay, sous l'angle de la médicalisation, de l'individualisation de l'accompagnement et de la prévention. Les conditions d'hébergement des sites mulhousiens sont particulièrement vétustes et inadaptées à un accueil conforme aux recommandations actuelles. Les conditions de travail y sont par ailleurs difficiles. La chambre engage l'établissement à mettre en œuvre des mesures correctrices immédiates et à finaliser le projet de reconstruction.

L'accompagnement individualisé repose sur les outils issus de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Leur complète mise en œuvre n'est pas établie en

raison de leur hétérogénéité. La continuité de la prise en charge des résidents est affectée par l'absentéisme pour les sites de Mulhouse et par un fort taux de rotation des personnels pour l'EHPAD de Cernay. Ces difficultés sont accentuées par un recrutement complexe en personnel qualifié. Au regard d'une démographie professionnelle peu favorable dans certains métiers soignants, l'établissement a mis en place des modalités de recrutement et de fidélisation attractives et débute la mise en œuvre d'un plan de qualité de vie au travail afin de compléter ce dispositif.

L'ampleur de la crise sanitaire liée au Covid-19 a été très importante au GHRMSA. Les EHPAD y ont été confrontés tôt et ont su anticiper les mesures nécessaires à la protection des résidents et des salariés. La faible mortalité atteste de la cohérence des dispositions prises grâce à un environnement à dominante sanitaire. Les outils de préparation à la crise ont facilité l'adaptation des structures aux conditions de crise. Les impacts financiers estimatifs entre mars et mai 2020 sont importants (725 103 €). Les ressources financières des EHPAD sont également affectées par le mécanisme de convergence tarifaire qui conduit à diminuer les dotations. Ce contexte financier défavorable est d'autant plus préoccupant au regard de la dégradation des conditions d'accueil.

RAPPELS DU DROIT

N° 1 : Réunir les instances de gouvernance du groupement hospitalier de territoire Haute-Alsace dont il est l'établissement support, conformément aux dispositions de la convention constitutive et du règlement intérieur du GHT.....	12
N° 2 : Cesser l'enregistrement dans les comptes du GHRMSA des produits et charges fictives qui sont destinés au GCS des trois frontières conformément aux dispositions de l'article L. 6133-8 du CSP et de l'instruction comptable M21.....	18
N° 3 : Constituer les provisions pour renouvellement des immobilisations conformément aux prescriptions de l'instruction M21 et reprendre les provisions injustifiées.....	41
N° 4 : Procéder à la reprise des provisions non conformes aux dispositions de l'instruction comptable M21 au titre de l'intéressement des pôles.	42
N° 5 : Mettre en œuvre des mesures correctives en matière de qualité de l'hébergement et de sécurité des personnes conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).....	61
N° 6 : Procéder aux évaluations internes et externes conformément aux dispositions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et des articles L. 312-1 et L. 312-8 du CASF.	76

RECOMMANDATIONS

N° 1 : Fiabiliser le processus de codage et revoir le positionnement du département de l'information médicale pour améliorer la qualité du codage.....	25
N° 2 : Produire des coûts par groupe homogène de malades et mettre en place un suivi des taux d'utilisation de ses équipements.	30
N° 3 : Formaliser une politique qualité et gestion des risques.	33
N° 4 : Optimiser l'utilisation des outils et interfaces existants et se doter d'un outil prospectif afin d'améliorer le pilotage budgétaire et financier.	44
N° 5 : Mettre en œuvre une stratégie de redressement financier reposant sur des mesures structurelles de réorganisation de l'activité de soins, d'amélioration de l'attractivité médicale et d'économies de gestion.	58
N° 6 : Après avoir sécurisé son financement, finaliser le projet de reconstruction des EHPAD Emile Muller et Hasenrain.....	61

1. LA PROCÉDURE ET LE CHAMP DU CONTRÔLE

Le contrôle des comptes et de la gestion du groupe hospitalier de la région de Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA) porte sur les exercices 2016 et suivants.

La lettre portant engagement de la procédure a été adressée le 9 janvier 2020 à l'ordonnateur en fonction et aux anciens ordonnateurs.

L'instruction a été interrompue du 16 mars 2020 au 1^{er} juillet 2020 en raison de l'état d'urgence sanitaire et de l'ampleur de la crise ayant affectée le GHRMSA.

L'entretien de fin de contrôle, prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, a eu lieu le 11 décembre 2020 avec l'ordonnateur en fonction et les 11 et 14 décembre 2020 avec les ordonnateurs précédents.

Le 3 mai 2021, le rapport d'observations provisoires de la chambre a été communiqué à l'ordonnateur en fonction et pour partie à ses prédécesseurs. En outre, des extraits ont été transmis à plusieurs personnes mises en cause.

Après examen des réponses reçues la chambre a adopté, lors de ses séances des 21 et 22 septembre 2021, le présent rapport d'observations définitives.

2. PRÉSENTATION DU GHRMSA

Le GHRMSA est un centre hospitalier public situé dans le sud du département du Haut-Rhin, à 45 km des Hospices Civils de Colmar et à 115 km des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Il couvre les besoins de santé d'un territoire de 475 664 habitants, représentant près de 62 % de la population du département du Haut-Rhin.

D'un point de vue sociodémographique, ce territoire est très contrasté, comprenant :

- une zone urbaine avec la ville de Mulhouse, dont la population est défavorisée, particulièrement marquée par une fragilité sociale et demandeuse d'un accès facilité à des soins de qualité ;
- des zones rurales (Altkirch, Thann) ;
- une zone péri urbaine en forte expansion démographique (Saint-Louis) à proximité de la Suisse et de l'Allemagne.

Reconnu comme étant le plus important centre hospitalier non universitaire en France, le GHRMSA dispose de 6 222 personnels dont 5 321 non médicaux et 901 personnels médicaux (y compris internes et médecins à diplôme étranger). Son budget 2019 est de 484,1 M€.

Au 31 décembre 2019, il dispose d'une capacité d'accueil de 2 578 lits et places répartis de la manière suivante :

- médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : 1 027 lits et places ;
- psychiatrie : 143 lits et places ;
- médico-social¹ et soins de suite et de réadaptation : 1 408 lits et places.

Il est implanté sur neuf sites au sein du territoire du groupement hospitalier de territoire (GHT) numéro 12 (Sud Alsace) dont il est l'établissement support.

¹ Unité de soins de longue durée (USLD), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et maison d'accueil spécialisée (MAS).

Figure 1 : Couverture géographique du GHRMSA (en bleu)



Source : données GHRMSA

2.1 L'historique du GHRMSA

Le GHRMSA a vu le jour le 1^{er} janvier 2015. Il est né de la fusion de plusieurs établissements répartis sur différents sites :

- le centre hospitalier de Mulhouse ;
- le centre hospitalier de Cernay ;
- le centre hospitalier de Thann ;
- l'EHPAD de Bitschwiller-lès-Thann.

Le 1^{er} janvier 2017, il a étendu son influence sur son territoire avec la fusion des établissements suivants :

- le centre hospitalier d'Altkirch ;
- le centre hospitalier de Sierentz ;
- l'EHPAD de Rixheim.

Ces regroupements constituent un enjeu majeur en matière de réorganisation de l'offre de soins territoriale. Les objectifs retenus lors de ces fusions intègrent l'arrêt de la dispersion des moyens humains et financiers, le recentrage des moyens techniques et des compétences spécialisées, ainsi que le développement de la proximité et de la coordination des parcours patients dans des filières de soins identifiées.

En 2017, le GHRMSA a débuté la restructuration de son offre de soins avec le développement de l'activité ambulatoire et la fermeture des urgences de Thann et leur transformation en centre de soins non programmés. En novembre 2019, il a transformé les maternités de Thann et d'Altkirch en centres périnataux de proximité (CPP).

2.2 Les contraintes et difficultés du GHRMSA

Depuis 2016, l'établissement a connu trois changements successifs d'ordonnateurs. Il est confronté à des difficultés d'attractivité et à une forte concurrence locale. La crise liée au Covid-19 n'a fait qu'amplifier ses difficultés.

2.2.1 La problématique de l'attractivité médicale

Le GHRMSA est confronté depuis plusieurs années à une démographie médicale défavorable principalement liée à un manque d'attractivité. Le vaste périmètre de l'établissement post-fusion encore non stabilisé est un facteur discriminant pour le recrutement médical. De fait, la constitution d'équipes territoriales n'est pas totalement aboutie.

Le contexte national déficitaire dans certaines spécialités (urgences, réanimation et anesthésie, radiologie, gynécologie et obstétrique) accentue les difficultés de recrutement dans des zones déjà sous tension.

La forte densité hospitalière dans les départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin contribue également à un émiettement de la démographie médicale. Le GHRMSA est éloigné de la faculté de médecine de Strasbourg, principal vecteur de formation des médecins, ce qui constitue une difficulté supplémentaire.

De plus, la concurrence, du fait de meilleures rémunérations médicales et des conditions d'exercice plus favorables, avec le secteur privé et la proximité de la Suisse, constituent un handicap pour l'établissement qui se retrouve confronté à une fuite du personnel médical.

L'ordonnateur fait part de difficultés de recrutement sur l'ensemble des spécialités. Il souligne qu'au 26 mai 2021, 91,45 postes de médecins seniors vacants sont vacants, sur un effectif de 463,93, soit 19,71%. Il indique avoir pris des mesures pour accompagner les médecins et dynamiser le processus de recrutement, notamment grâce aux filières professionnelles. Des recrutements, notamment de médecins juniors, ont déjà été réalisés et d'autres sont prévus pour le mois de novembre 2021. Il souligne enfin que le projet d'établissement 2021-2025 comprend un chapitre complet sur l'attractivité.

2.2.2 Le contexte concurrentiel local

Le Pôle Sanitaire Privé Mulhousien (PSPM) du Diaconat est un établissement privé à but non lucratif géré par la Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse. Le PSPM est issu du regroupement opéré en 2011, de deux cliniques mulhousiennes. Avec 465 lits et places (dont 89 en ambulatoire) et plus de 1 000 salariés, il est un acteur économique important au sein de la ville de Mulhouse.

Un projet médical commun a été mis en œuvre pour organiser la répartition des activités médicales et chirurgicales entre les deux sites (Diaconat Fonderie et Diaconat Roosevelt). Cet établissement de santé, en forte croissance, est en concurrence directe avec le GHRMSA. Ses parts de marché² de chirurgie ambulatoire dans sa zone d'attractivité (plus de 50 %) progressent depuis 2015 comparativement à celles du GHRMSA qui n'évoluent pas.

Son attractivité médicale est importante car malgré son statut privé non lucratif, il a fait le choix d'une échelle tarifaire identique à celle du secteur privé lucratif dite « Ex objectif quantifié national ». Celle-ci lui permet de proposer aux praticiens un exercice libéral flexible et diversifié.

² Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en chirurgie ambulatoire. La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours de chirurgie ambulatoire/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de chirurgie les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement.

2.2.3 La crise sanitaire liée au Covid-19³

La pandémie liée au Covid-19 a durement touché la France début 2020 et plus particulièrement la région Grand Est. Principal foyer épidémique, le Haut-Rhin et surtout Mulhouse et ses environs ont été frappés dès février⁴. Devant l'afflux majeur de cas, il a dû procéder le 7 mars à des adaptations importantes de son offre de soins, en redimensionnant ses structures internes et en déclenchant son plan blanc.

Ces mesures ont permis d'atteindre mi-mars plus de 150 lits dédiés. Afin de renforcer le dispositif, le service de santé des armées (SSA) a positionné un élément mobile de réanimation complétant l'offre de réanimation et permettant d'atteindre début avril, 500 lits dédiés au Covid-19 (dont 80 lits de réanimation). En outre, le GHRMSA a procédé à des transferts de patients vers d'autres établissements nationaux et internationaux.

Entre début mars et mi-juin, le GHRMSA⁵ a accueilli près de 2 000 patients atteints du Covid-19 dont plus de 350 en réanimation. Au plus fort de la crise le SAMU a reçu plus de 2 000 appels par jour soit quatre fois plus que la normale. Plus de 300 transferts par voie aérienne, ferroviaire et terrestre en France et à l'étranger ont été réalisés.

Le bilan humain de cette crise au sein de l'établissement à l'issue de la première vague épidémique est de 600 décès et plus de 1 000 professionnels de santé positifs au Covid-19. L'apport et le soutien d'autres structures de soins (militaires, publiques, privées et internationales) ont cependant permis d'adapter la réponse à l'afflux massif de patients.

À partir de l'été 2020, la reprise des activités programmées a été difficile, la fatigue très présente et le recrutement en personnel complexe. Cette crise d'une ampleur et d'une soudaineté jamais connue, a contraint le GHRMSA à des réorganisations massives dans un environnement instable.

Le contexte d'incertitude lié à la reprise épidémique rend difficile le retour à un fonctionnement normal.

3. LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)

Conformément aux dispositions de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique (CSP), le GHT a pour objectif de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Les établissements membres élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Conformément aux dispositions des articles R. 6132-15 à 19 du CSP, le GHT dispose de fonctions mutualisées. Il n'a pas de personnalité morale et c'est l'établissement support qui en assure le secrétariat, et pour le compte des établissements parties, la gestion du système d'information hospitalier (SIH), du département de l'information médicale (DIM), des achats et de la coordination des instituts de formation et plans de formation continue.

Le GHT Haute-Alsace

Le GHT n° 12 de Haute-Alsace couvre un bassin de population de près de 485 000 personnes. Il a pour particularité de ne regrouper que trois établissements : le GHRMSA (qui en est l'établissement support), le centre hospitalier (CH) de Rouffach spécialisé en psychiatrie et le CH de Pfaffstätt (en direction commune avec le CH de Rouffach).

³ Covid-19 : acronyme anglo-saxon signifiant coronavirus disease 2019 (maladie du coronavirus).

⁴ Le 2 mars, les services de réanimation du GHRMSA accueillaient leur premier patient Covid-19.

⁵ Source : données 2020 GHRMSA synthèse post Covid-19 chiffres IGAS.

Il a été créé le 28 juin 2016 par convention constitutive pour une durée de dix ans renouvelable par tacite reconduction, approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

La densité⁶ de l'offre de soins est très importante sur ce territoire et se caractérise par une concurrence forte entre les secteurs public et privé. Les taux de fuite sur ce GHT sont faibles (11 %) et n'ont pas évolué depuis 2013 à l'exception de la chirurgie (en hospitalisation complète et en ambulatoire) (+ 1,5 %).

Le secteur privé qui a rationalisé son offre de soins, dispose de parts de marché en chirurgie (en hospitalisation complète et en ambulatoire) élevées (43 %), alors que celles du GHT 12 ne sont que de 36,6 %. À l'inverse, les parts de marché du GHT en médecine sont plus élevées (63,7 %) que celles du secteur privé.

3.1 Les instances, le projet médical et le projet de soins partagé du GHT

Le GHT dispose d'instances communes de gouvernance, d'un projet médical partagé (PMP) et d'un projet de soins partagé (PSP). Les orientations stratégiques du PMP sont rappelées dans la convention constitutive du GHT.

Les instances

Le GHT Haute-Alsace a adopté son règlement intérieur en janvier 2017 sans qu'il mentionne le comité territorial des élus. L'avis des différentes instances des établissements membres a bien été recueilli mais le règlement intérieur n'a pas été signé par les différents ordonnateurs. Ce document est en cours de révision pour corriger ces points.

Le comité territorial des élus est l'instance chargée d'évaluer les actions mises en œuvre par le GHT. Il ne s'est réuni qu'une seule fois (en 2018) et n'exerce pas ses prérogatives. L'ordonnateur souligne que cette instance ne s'est pas réunie formellement en raison d'une mobilisation régulière des élus sur des questions prioritaires et connexes concernant l'offre de soins sur le territoire. Il indique cependant que le comité des élus s'est réuni à nouveau le 25 juin 2021.

Le rythme de réunion de plusieurs instances est insuffisant. La chambre prend note de l'engagement de l'ordonnateur du GHRMSA, en sa qualité d'établissement support, de les réunir conformément à la réglementation et au règlement intérieur.

Rappel du droit n° 1 : Réunir les instances de gouvernance du groupement hospitalier de territoire Haute-Alsace dont il est l'établissement support, conformément aux dispositions de la convention constitutive et du règlement intérieur du GHT.

Le projet médical et de soins du GHT

Le PMP est structuré par filière et parcours de soins avec une gradation permettant l'accès à une offre de soins de référence et de recours. Il repose sur la complémentarité, l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la sécurité des soins.

Les services du GHT sont dispersés sur neuf sites, générant des doublons. A titre illustratif, certaines activités chirurgicales sont programmées sur trois sites peu éloignés sans qu'il soit possible d'établir que la proximité réponde aux objectifs fixés au PMP. Les filières de

⁶ Source : Mission d'analyse stratégique et prospective sur l'évolution de l'offre et des coopérations entre offreurs de soins ARS Grand Est Décembre 2016.

soins apparaissent insuffisamment structurées alors même que la démographie médicale est défavorable.

Le volet chirurgie du PMP ne comporte pas de lignes directrices⁷ claires sur les orientations de cette filière. Ce seul volet apparaît trop vague et insuffisamment structuré pour dégager des axes d'évolution dans un contexte fortement concurrentiel. À titre illustratif, l'objectif de mutualisation d'équipes médicales territoriales n'est pas mentionné. Il convient toutefois de noter que la chirurgie ne s'exerce que dans les services du GHRMSA. À ce titre, le projet d'établissement 2021-2025 du GHRMSA fixe des orientations en matière d'organisation de la chirurgie sur le territoire.

3.2 Les fonctions mutualisées

Les fonctions achats, département de l'information médicale (DIM) et système d'information hospitalier (SIH) sont structurées et disposent d'un organigramme.

Le DIM de territoire se structure progressivement avec pour objectif la construction d'une cellule d'identitovigilance⁸ et d'un référentiel communs en septembre 2021 et le recrutement d'un médecin coordonnateur d'identitovigilance en décembre 2021.

Le schéma directeur du système d'information

Le GHT dispose d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui a été validé en comité stratégique le 28 juin 2019. Ce projet, d'un montant de 15,6 M€⁹, a fait l'objet d'un dossier de demande de financement HOP'EN¹⁰. Le GHRMSA en qualité d'établissement support a perçu, à ce titre, un financement de 112 500 € en 2019.

Ce SDSI constate l'hétérogénéité des dispositifs entre établissements. L'ordonnateur explique qu'il n'a pas d'ambition de convergence et qu'il travaille à la mise en place d'un serveur de rapprochement d'identité patient territorial (plateforme d'échange).

La fonction achats

La fonction mutualisée achats est structurée au sein de l'établissement support. Elle est pilotée par une direction fonctionnelle dédiée, avec un contrôle de gestion, un coordonnateur des marchés et un conseiller performance. Un comité de pilotage associant les différents acteurs se réunit trimestriellement.

L'établissement support assure la définition des besoins et l'expertise juridique des marchés pour le compte des établissements membres. L'exécution des marchés est réalisée par ces derniers. Le GHT ne dispose pas de marché d'intérim médical et non médical mais d'une convention cadre conclue avec plusieurs prestataires. À la faveur du contrôle, l'ordonnateur indique avoir réalisé une mise en concurrence formalisée par un accord-cadre conclu le 20 avril 2021.

⁷ PMP page 111 : « Les établissements membres du groupement hospitalier de Territoire s'orientent donc ensemble vers l'amélioration des filières, en particulier pour celles dans lesquelles l'offre qu'ils proposent n'est pas suffisante, dans le respect des choix des patients ».

⁸ L'identitovigilance est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'utilisateur afin de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge.

⁹ Cf. annexe 1.

¹⁰ Le programme HOP'EN (Hôpital Numérique Ouvert sur son Environnement) est une feuille de route stratégique pour les SI hospitaliers. Il porte une vision centrée sur les usages. Il se décline dans un ensemble de leviers opérationnels complémentaires et des financements dédiés permettant aux établissements de santé d'atteindre un socle de maturité.

La stratégie d'achats s'appuie sur des objectifs d'amélioration de la performance économique des achats, de maîtrise des risques, de satisfaction aux préoccupations sociales et environnementales tout en garantissant le respect des principes fondamentaux de l'achat public et des règles éthiques.

Le GHT dispose d'une cartographie des achats et de plans d'actions achats territoriaux (PAAT) annuels favorisant la recherche de la performance et des gains d'efficacité. En octobre 2020, le taux de couverture des achats par des marchés est d'environ 90 %.

Les établissements membres adhèrent à des groupements d'achats (alimentation, hygiène et incontinence, pharmacie groupement UNIHA¹¹) et à des marchés d'allotissement géographiques concernant les petits travaux. Les relations préexistantes et les différentes fusions ont facilité l'émergence de processus d'achats mutualisés. La convergence des marchés et la standardisation des articles (commission d'harmonisation associant l'encadrement administratif et médical) ont été réalisées dans ce cadre.

La formation continue

L'achat de formation est piloté par la direction des ressources humaines de l'établissement support. Les achats sont réalisés pour le compte des établissements membres auprès de l'OPCA¹² de la fonction publique hospitalière ainsi qu'auprès du groupement d'achat RHESA¹³. Ce point n'appelle pas d'observations.

3.3 La contribution financière du GHRMSA au GHT

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 6 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition de la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, le GHRMSA participe financièrement aux activités codifiées aux I, II, III de l'article L. 6132-3 du CSP.

Le comité stratégique du GHT 12 a décidé le 15 décembre 2016 d'appliquer les taux de contribution prévisionnels suivants :

- GHRMSA 81,5 % ;
- CH Rouffach 15,4 % ;
- CH Pfastatt 3,1 %.

Tableau 1 : Contribution du GHRMSA au GHT

En €	2016	2017	2018	2019
Montant total budget GHT	0	15 350	1 566 243	1 413 836
Contribution GHT GHRMSA	0	12 510	1 158 271	1 158 836
Participation GHRMSA en %	0	81,50	73,95	81,96

Source : données GHRMSA

En 2017, les charges financières du GHT ont concerné essentiellement le système d'information (SI) et le département de l'information médicale (DIM). Pour l'exercice 2018, la structuration de la fonction achats (mise à disposition des personnels) et la poursuite des travaux du SI ont contribué à l'augmentation des charges.

¹¹ Union des hôpitaux pour les achats (UNIHA) est une coopérative d'acheteurs hospitaliers publics français.

¹² Organisme paritaire collecteur agréé par le ministère de la santé.

¹³ Le réseau d'acheteurs hospitaliers est un groupement d'intérêt public ayant pour objectif d'appuyer la mutualisation et la professionnalisation des achats du secteur de la santé public et privé. Un accord cadre national est porté par ce groupement pour la formation.

En 2018, le taux de participation du GHRMSA (73,95 %) est inférieur au prévisionnel car le GHT a bénéficié d'une subvention du fonds d'intervention régional (FIR) de 150 000 €.

En 2019, les charges se stabilisent, sauf pour les mises à disposition des personnels qui augmentent de 32 791 €. Cette augmentation de charges correspond à l'imputation aux établissements parties du temps du médecin DIM dédié au GHT.

4. LES CONVENTIONS DE PARTENARIAT

Le GHRMSA dispose d'un environnement conventionnel important qui appelle un meilleur suivi dans ses modalités opérationnelles en particulier sur le respect des échéances et évaluations des conventions.

Certains dispositifs ne sont pas réellement opérationnels et il conviendrait de remettre à plat certains partenariats (par exemple, les hospices universitaires de Strasbourg, le CH de Colmar), notamment au regard de l'expérience de la crise liée au Covid-19.

L'ordonnateur indique que ce point est un des axes du projet médico-soignant du projet d'établissement 2021-2025 pour renforcer la coopération territoriale et que des actions ont été entreprises depuis avril 2021 concernant une mise à jour du tableau de suivi des conventions et la mise en place d'un nouveau circuit d'instruction des conventions (centralisation, classement, diffusion, suivi...).

4.1 Les hospices universitaires de Strasbourg (HUS)

Le GHRMSA dispose depuis novembre 2018 d'une convention d'association avec les HUS, et les GHT de la région Alsace. Celle-ci vise à compléter les dispositifs existants en matière d'égalité d'accès aux soins de recours et de favoriser l'accès aux protocoles de recherche et d'innovation.

Son périmètre est large et intègre les logiques de filières de soins, de concertation médicale inter établissements et de partage de temps médical. Les missions d'enseignement et de formation, tout comme la gestion de la démographie médicale¹⁴, y prennent une large place.

Selon l'ordonnateur, cette convention est peu opérationnelle dans les faits alors qu'elle constitue un levier important de recrutement et de coopération médicale, principale difficulté du GHRMSA. La chambre invite le GHRMSA à redéfinir avec ses partenaires des actions concrètes et évaluables dans des délais courts. Elle prend acte des travaux en cours pour renforcer les collaborations entre établissements.

4.2 Les conventions avec le centre hospitalier de Colmar

L'établissement dispose de plusieurs conventions relatives aux activités de soins avec le CH de Colmar (grossesses à risque, livraison lait maternel, post réanimation et réanimation SMUR) afin d'assurer la continuité et la complémentarité des différentes activités à l'échelle départementale.

La convention « urgentistes » de septembre 2019 a permis de compenser la problématique de la crise aux urgences du GHRMSA par l'apport ponctuel de ressources médicales. Son examen montre sa caducité et des dispositions non réglementaires en matière

¹⁴ Règles partagées de publication des postes vacants, harmonisation du temps de travail, limitation des coûts d'intérim.

statutaire et de rémunération. Une nouvelle convention conforme à la réglementation est en voie de signature.

4.3 La clinique des trois frontières et le groupement de coopération sanitaire (GCS) des trois frontières

La nouvelle clinique des trois frontières est l'établissement de premier recours en médecine et chirurgie de la région de Saint-Louis. Située à la frontière avec l'Allemagne et la Suisse, elle assure la couverture d'un bassin de population de près de 96 000 habitants¹⁵.

Cet établissement regroupe deux structures juridiques différentes :

- le pôle public géré en propre par le GHRMSA pour les activités d'urgence et de soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- le GCS établissement de santé de droit privé « les trois frontières » (GCS3F) pour les activités de médecine et chirurgie.

4.3.1 Le cadre juridique applicable au groupement de coopération sanitaire (GCS) érigé en établissement de santé

Le GCS est un outil de coopération qui permet d'associer des établissements de santé publics et privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a refondu le dispositif juridique des GCS. Cette loi en distingue désormais deux grandes catégories en fonction de leur objet : le GCS de moyens et le GCS érigé en établissement de santé.

Le GCS de moyens est la forme de droit commun. Il permet à ses membres de mutualiser leurs moyens (humains, équipements, immobiliers, SI) afin de faciliter, développer ou améliorer leurs activités. Lorsque l'objet du GCS est d'être titulaire d'autorisations de soins et de les exploiter, il est érigé en établissement de santé.

L'article L. 6133-7 du CSP dispose en effet que « *Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.* ». L'article R. 6133-17-II et III du CSP (ex article R. 6133-12-I applicable en 2014) précise que cette décision doit notamment approuver la convention constitutive du groupement, énoncer les différentes autorisations d'activités délivrées et déterminer l'échelle tarifaire applicable au groupement.

4.3.2 Le contexte et l'évolution de cette coopération

En 2011, la société par actions simplifiées (SAS) « Polyclinique des trois frontières » (GCS3F), seul établissement de santé du secteur, a été confrontée à d'importantes difficultés économiques. En l'absence de partenariat satisfaisant et afin de maintenir une offre de soins sur le territoire, l'unique solution a été, sous l'impulsion de l'ARS, de conclure un accord avec

¹⁵ Uniquement l'aire urbaine partie française.

le CH de Mulhouse reposant sur la transformation de la Polyclinique en GCS « établissement de santé ».

Le GCS établissement de santé « Polyclinique des trois frontières » a été créé par convention constitutive le 21 novembre 2013 associant pour 80 % des parts sociales le CH de Mulhouse et pour 20 % la SAS. Le directeur du CH de Mulhouse en est l'administrateur. Constitué en GCS de droit privé appliquant l'échelle tarifaire du secteur privé, il a pour objectif la reprise de l'ensemble des autorisations de soins exploitées préalablement par la SAS. Les autorisations de soins ont été confirmées par le directeur général de l'ARS.

Dans son article 7.2, la convention prévoit que : « *les membres conviennent de ce que leurs éventuelles contributions aux charges du groupement (non couvertes par les financements extérieurs dont bénéficie le groupement pour ses activités sanitaires) seront calculées de la manière suivante : à la charge du CH de Mulhouse : 95 %, à la charge de la SAS : 5 %* ». L'article 11 précise qu'« *à l'égard des tiers, les membres sont tenus des dettes du groupement sur leur patrimoine propre à hauteur de 95 % pour le centre hospitalier de Mulhouse et de 5 % pour la SAS* ».

Ces deux dispositions démontrent le poids excessif et manifestement déséquilibré des droits sociaux détenus par le CH de Mulhouse (80 %) tout comme sa participation aux charges et aux dettes du groupement (95 %). Ce déséquilibre lui a fait endosser un risque financier majeur au regard de la fragilité de la structure. Ce d'autant plus que le GCS a été fortement déficitaire dès la première année en raison de la fermeture de la maternité (février à octobre 2014) du fait d'une insuffisance de couverture médicale.

Le déficit s'est accentué en 2015 et 2016 en raison d'une baisse d'activité conséquente. Les difficultés d'attractivité de la clinique et les dysfonctionnements organisationnels internes se sont aggravés malgré l'appui opérationnel¹⁶ du GHRMSA.

En septembre 2016, la situation financière très dégradée de la polyclinique a conduit l'administrateur du GCS à lancer une procédure d'alerte conformément aux dispositions de l'article L. 612-3 du code de commerce. Face à la mise en liquidation judiciaire de la SAS Polyclinique des trois frontières, second membre du GCS, et l'impossibilité du GHRMSA d'assumer les risques financiers ou une reprise d'exploitation, un nouveau modèle économique a été élaboré sous l'égide de l'ARS en concertation avec les élus.

La solution retenue a été de créer une nouvelle structure SAS financièrement solide dans laquelle les parts de la polyclinique sont cédées en totalité au profit de la CSLA (clinique de Saint-Louis agglomération). Elle est constituée de trois actionnaires, une société d'économie mixte d'investissement et deux sociétés d'exercice libéral.

Le protocole a été homologué par ordonnance du tribunal de grande instance de Mulhouse le 5 juillet 2018. Un avenant à la convention constitutive du GCS3F portant admission de la CSLA en lieu et place de la SAS Polyclinique des 3 frontières et rééquilibrage des participations a été ensuite signé lors de l'assemblée générale du GCS le 18 octobre 2018. Le GHRMSA détient à présent 50 % des parts du GCS des trois frontières et la CLSA 50 %.

En sus et pour complexifier un montage déjà peu lisible¹⁷ et toujours sous l'impulsion de l'ARS, il a été créé le 26 octobre 2018 à l'intérieur même du GCS de droit privé, un GCS de moyens dédié à l'activité de médecine afin de pouvoir soumettre celle-ci à la tarification publique. Le GHRMSA y détient 51 % des parts, le GCS3F 49 %.

¹⁶ Reprise temporaire de l'activité d'oncologie par le GHRMSA au départ du spécialiste de la clinique en juin 2016, soutien à la permanence des soins et à certaines consultations.

¹⁷ Cf. annexe 2.

4.3.3 Les contributions financières du GHRMSA

En vue de permettre la continuité de l'offre de soins sur le territoire de Saint-Louis et accompagner la refondation de l'activité et de la gouvernance du GCS, l'ARS assure régulièrement la notification et le versement d'aides financières au GHRMSA qui sert d'intermédiaire pour le GCS3F.

De 2017 à 2018 le GHRMSA a reversé au GCS les fonds notifiés dès leur perception, sur demande de l'ARS soucieuse des risques de rupture de trésorerie imminente du GCS. En 2019, les déséquilibres financiers se sont amplifiés et ont été signalés à l'ARS par l'ordonnateur du GHRMSA. Depuis, les reversements ne sont plus systématiques mais s'effectuent sur demande du GCS en fonction des besoins.

Les flux financiers perçus par le GHRMSA sont enregistrés en produits au compte 731¹⁸ « produits à la charge de l'assurance maladie » puis en charges sur le compte 652 « contribution au groupement de coopération sanitaire ». Ces écritures comptables ne sont pas conformes à l'instruction comptable M21.

Le volume global des aides s'élève à 15,3 M€ entre 2017 et fin octobre 2020.

L'ARS explique que les flux financiers transitent par le GHRMSA pour permettre un versement plus rapide des fonds. Une fois ceux-ci versés, le GCS3F dispose alors d'un « droit de tirage » sur le GHRMSA, en fonction de ses besoins. Elle précise que ce montage permet au GHRMSA de conserver une visibilité sur la trésorerie du GCS.

Ce mode de financement n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du CSP. Le GCS3F bénéficie des autorisations d'activité de soins en sa qualité d'établissement de santé. Il dispose d'un numéro d'identification au fichier national des établissements de santé (FINESS). À ce titre il est donc financé selon les règles applicables aux établissements de santé prévues aux articles L. 162-22 et L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. De fait, le GHRMSA, en assurant la perception et le reversement de fonds destinés au GCS3F, lui sert de trésorier. La chambre souligne l'irrégularité de ces flux financiers.

Tableau 2 : Détail des financements versés par l'ARS par typologie de fonds

Montant en €	2017	2018	2019	2020 (situation à fin octobre)	Total général
AC ¹⁹				2 500 000	2 500 000
AC-SSR			2 000 000		2 000 000
DAF-PSY ²⁰	1 200 000				1 200 000
FIR-DOS ²¹	3 100 000	3 500 000	3 000 000		9 600 000
Total général	4 300 000	3 500 000	5 000 000	2 500 000	15 300 000

Source : comptes financiers GHRMSA et retraitement CRC - données à fin octobre 2020

Rappel du droit n° 2 : Cesser l'enregistrement dans les comptes du GHRMSA des produits et charges fictives qui sont destinés au GCS des trois frontières conformément aux dispositions de l'article L. 6133-8 du CSP et de l'instruction comptable M21.

¹⁸ Le compte 731 enregistre, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, plusieurs types de produits dus par l'assurance maladie. Lorsque les financements attribués au titre des dotations MIGAC ont pour objet de financer des dépenses d'exploitation, ils sont imputés aux subdivisions appropriées du compte 73118 « Dotations missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) » (comptes 731181 « Dotation missions d'intérêt général (MIG) » et 731182 « Dotation d'aide à la contractualisation (AC) »).

¹⁹ Aide à la contractualisation.

²⁰ Dotation annuelle de fonctionnement en psychiatrie.

²¹ Fonds d'intervention régional - direction de l'offre de soins.

4.3.4 Les risques financiers pour le GHRMSA

Au 18 novembre 2020, le GHRMSA détient plusieurs créances du GCS pour un montant total de 4 656 218 € se décomposant comme suit :

- créances loyers : 1 302 099 € ;
- mise à disposition des personnels et charges diverses : 268 891 € ;
- amortissements des immobilisations : 210 350 € ;
- remboursement de prestations inter établissements²² : 1 417 048 € ;
- créance de 2015 et avance remboursable 2016 : 1 457 830 €.

Ces créances sont remboursables selon un calendrier conventionnel non respecté. Un moratoire signé le 30 juillet 2019 prévoit un remboursement en novembre 2020. L'ordonnateur a indiqué qu'au regard de la dégradation financière du GCS, cette dette ne pourrait pas être soldée comme prévue.

Le bail locatif commercial conclu jusqu'en 2022 entre le GHRMSA et la SEMDIC au titre de l'occupation des locaux est refacturé en partie au GCS pour les activités qui le concernent. Dans l'hypothèse d'une cessation d'activité de ce dernier, sa disparition ferait alors porter au seul GHRMSA une charge exorbitante de plus d'un million d'euros.

Selon l'ordonnateur, les estimations de pertes financières cumulées en novembre 2020 pourraient atteindre un montant de 6 346 212 € se décomposant comme suit :

- créances : 4 656 218 € ;
- bail loyer : 1 003 958 € ;
- immobilisations : 361 036 € ;
- recettes en déduction prestations inter établissements : 325 000 €.

Compte tenu des dispositions de l'article 11 de la convention constitutive du 18 octobre 2018 et dans l'hypothèse d'une liquidation du GCS3F, ces créances seraient considérées comme irrécouvrables à passer comptablement en admission en non-valeur. Cette charge viendrait alors alourdir le passif du GHRMSA.

L'ARS, dans son courrier du 7 octobre 2020, indique avoir débuté un audit de la situation du GCS avec l'appui du GHRMSA afin « *d'apprécier les conditions dans lesquelles le GCS3F serait en mesure de répondre à ses besoins tout en garantissant sa viabilité financière* » et « *d'envisager les autres scénarii de portage de l'offre* ».

L'ordonnateur souligne l'embarras de cette situation pour le moins atypique et générant des risques majeurs. Il précise attendre les conclusions de l'audit pour engager les actions nécessaires en concertation avec l'ARS et les élus du territoire.

4.3.5 Conclusion

La chambre constate le manque de transparence, la complexité juridique et l'opacité du dispositif mis en place. Elle relève les déséquilibres des charges respectives et les risques afférents et appelle le GHRMSA à se saisir de ces problématiques dans les meilleurs délais.

²² Frais médicaux, hospitalisations, consultations externes, médicaments.

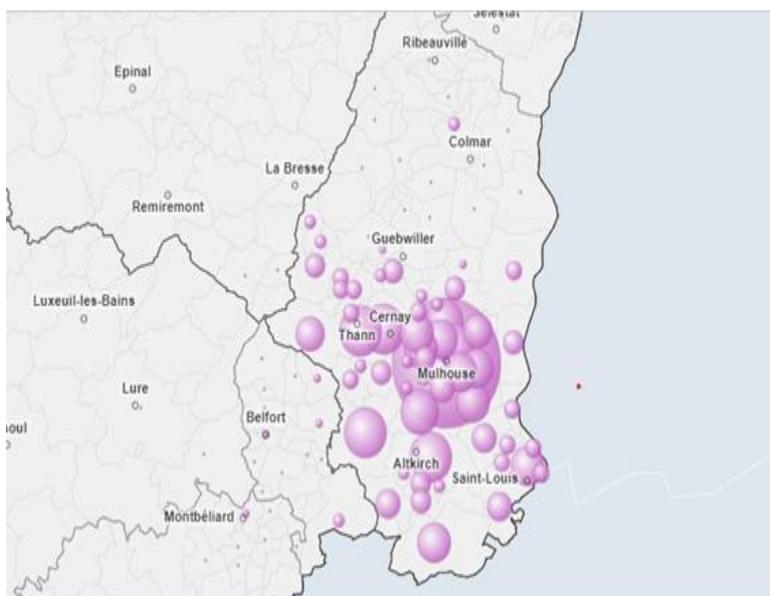
5. L'ÉVOLUTION CAPACITAIRE ET L'ACTIVITÉ

L'analyse de l'activité a été réalisée à périmètre constant post fusion de 2017 à 2019.

5.1 La zone d'attractivité

La zone d'attractivité du GHRMSA est centrée en grande partie sur Mulhouse et sa périphérie proche. Elle s'étend également à l'ouest sur les secteurs de Thann et Cernay, au sud dans le Sundgau autour d'Altkirch et sur la zone frontalière de Saint-Louis.

Figure 2 : Zone d'attractivité



Source : Hospidiag ATIH santé, nombre des séjours PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique au lieu de résidence

5.2 L'évolution capacitaire

En 2019, la capacité d'accueil du GHRMSA est de 2 578 lits et places²³ répartis de la manière suivante :

- 40 % en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;
- 41 % en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unité de soins de longue durée (USLD) ;
- 13 % en soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- 5,5 % en psychiatrie ;
- 0,5 % en maison d'accueil spécialisée (MAS).

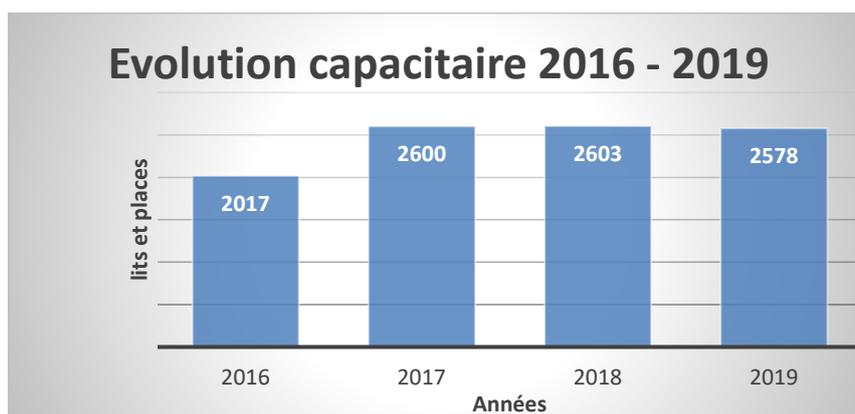
Lors de la fusion 2016 - 2017 les capacités d'accueil ont augmenté de 29 %. Les EHPAD en sont les principaux bénéficiaires avec un doublement des places, suivi par le SSR (+ 21 %) et l'USLD (15 %). Le secteur MCO augmente de 7 % (médecine + 8 %, et chirurgie + 6 %).

²³ Cf. tableau 1 de l'annexe 3 et figure 3.

Sur la période 2017 à 2019, l'établissement a réduit de 3 % ses capacités d'accueil en MCO. L'obstétrique diminue de 21 % en raison de la fermeture des maternités de Thann et Altkirch et leur transformation en CPP. Les urgences gagnent quatre places en zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) et le SSR a augmenté ses lits et places de 4 %.

En 2018, Le GHRMSA a augmenté ses capacités d'accueil en chirurgie ambulatoire de cinq places, en obstétrique de quatre places et en SSR de six places, confirmant le virage ambulatoire pris par l'établissement.

Figure 3 : Évolution capacitaire



Source : données GHRMSA retraitement CRC Grand Est

5.3 L'analyse de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

5.3.1 Les taux d'occupation

Entre 2017 et 2019, le taux global d'occupation s'améliore de 3 % grâce à l'activité de médecine (+ 3%) et d'obstétrique (+ 18 %). Le taux d'occupation en chirurgie est en baisse de 1 %.

En 2019, ces taux d'occupation sont supérieurs aux taux régionaux (TR) en chirurgie (TR 91,2 %) mais en deçà en médecine (TR 88 %) et en obstétrique (TR 61,8 %). Ces tendances se confirment en comparaison aux taux nationaux pour la médecine et la chirurgie (source DREES²⁴ 2017).

Tableau 3 : Taux d'occupation en hospitalisation complète

Taux d'occupation en % ²⁵	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Taux d'occupation/utilisation des lits en médecine (hors ambulatoire)	75,2	75,2	76,9	77,6	3 %
Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)	81,3	93	99,2	92,3	- 1 %
Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)	48	50,3	57,9	59,2	18 %
Taux global annuel	73,4	76,2	79,4	78,6	3 %

Source : outil d'analyse Hospidiag ATIH santé et données établissement

²⁴ DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques ; Ministère des solidarités et de la santé

²⁵ Calcul du taux d'occupation : numérateur source Diamant/dénominateur journées exploitables statistiques annuelles établissement

5.3.2 L'analyse des parts de marché MCO

L'analyse des parts de marché 2017-2019 du GHRMSA sur sa zone d'attractivité²⁶ montre un effritement progressif en médecine (- 3 %), en cancérologie (- 2 %), ainsi qu'en hospitalisation complète de chirurgie (- 3 %). Le processus de fusion a logiquement élargi la zone d'attractivité sans que le GHRMSA bénéficie d'une amélioration de ses parts de marché.

La chirurgie ambulatoire perd 1 % de parts de marché malgré l'augmentation capacitaire dans ce domaine. Le contexte concurrentiel local et les problématiques de recrutement médical expliquent cet infléchissement.

L'obstétrique poursuit son développement avec une progression de 10 % sur la période grâce au nouveau pôle mère-enfant et à la faible concurrence locale. L'augmentation des parts de marché de cette activité atteste d'un positionnement favorable de l'établissement dans sa zone d'attractivité.

Tableau 4 : Analyse des parts de marché de l'établissement

Parts marché établissement (en %)	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	55	53,6	53,3	52,1	- 3 %
Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	43,3	42,2	41,6	40,9	- 3 %
Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	68,3	67,4	73,7	73,9	10 %
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	34,1	33	32,7	32,8	- 1 %
Part de marché en Hosp cancérologie sur la zone d'attractivité	60,5	58,5	57,2	57,6	- 2 %
Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	87,4	87,4	88,3	86,8	- 1 %

Source : outil d'analyse Hospidiag ATIH santé

5.3.3 Les séjours

L'établissement réalise en 2019 une activité globale de 61 950 séjours (résumés de sortie anonymisés²⁷) en recul de 2 % par rapport à 2016 et qui se décomposent en :

- 41 300 séjours en hospitalisation complète MCO soit 67 % de l'activité totale ;
- 20 650 séjours en ambulatoire soit 33 % de l'activité totale.

Tableau 5 : Évolution des résumés de sortie anonymisés (en nombre de RSA)

RSA	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Nombre de RSA de médecine (HC)	28635	28339	28476	27899	- 1,55 %
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	10425	9913	9471	8645	- 12,79 %
Dont provenance urgences	NC	40 %	43,4 %	43,5 %	8,75 %
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	4578	4456	4917	4756	6,73 %
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	10702	10455	10207	11028	5,48 %
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	7253	7666	7797	7936	3,52 %
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	1633	1564	1710	1686	7,80 %

Source : outil d'analyse Hospidiag ATIH santé

²⁶ Zone d'attractivité : nombre de séjours PMSI au lieu de résidence des patients

²⁷ Toute hospitalisation, avec ou sans hébergement, dans le secteur MCO d'un établissement de santé, fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou de plusieurs résumés d'unité médicale (RUM). Un RSS doit être produit chaque fois qu'un malade a quitté le secteur d'hospitalisation MCO d'une entité juridique hospitalière. L'anonymisation du RSS a pour résultat la production d'un résumé de sortie anonymisé (RSA) qui est transmis, en même temps que le fichier de chaînage anonyme et les fichiers de facturation, à l'ARS dont dépend l'établissement.

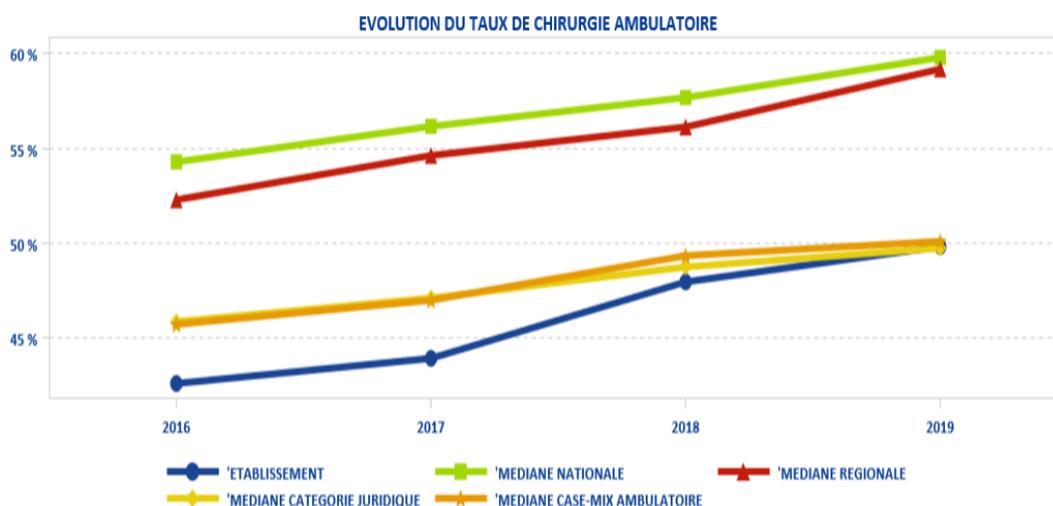
Entre 2017 et 2019, l'analyse de l'activité (en nombre de RSA) en hospitalisation complète montre une faible diminution en médecine (- 1,6 %). La baisse est beaucoup plus marquée pour la chirurgie en hospitalisation complète (- 12,8 %), en raison de la transformation des lits et places en chirurgie ambulatoire et du départ du chirurgien ORL de l'établissement. L'obstétrique (hospitalisation complète) progresse de près de 6,7 % entre 2017 et 2019. Cette activité s'érode légèrement entre 2018 et 2019 (- 3 %) malgré l'ouverture du nouveau pôle mère enfant.

La part de chirurgie en provenance des urgences est élevée et ne cesse de progresser entre 2017 et 2018 (+ 3,4 %) et entre 2018 et 2019 (+ 3,5 %). Cette progression dénote une faiblesse de l'activité chirurgicale programmée. Elle est illustrative des difficultés d'attractivité de l'établissement et de la faiblesse de la filière chirurgie du PMP. L'ordonnateur souligne la forte sollicitation du GHRMSA qui assure la couverture des urgences chirurgicales sur son territoire en l'absence d'autres dispositifs de permanence des soins. Cette activité en provenance des urgences impacte l'activité de chirurgie en hospitalisation complète programmée.

Celle exercée en ambulatoire progresse (cf. figure 4), pour rejoindre la médiane des hôpitaux de même typologie²⁸ en 2019.

L'ordonnateur souligne la difficulté de développer les activités ambulatoires en raison du manque de ressources médicales et de la concurrence locale majoritairement portée par le PSPM. Il précise que le taux de chirurgie ambulatoire, calculé sur les 18 gestes marqueurs²⁹, est de 87,7 % en 2019, ce qui le place parmi les établissements les plus performants de sa catégorie et dans la médiane des établissements de même typologie.

Figure 4 : Évolution du taux d'évolution de l'activité de chirurgie ambulatoire



Source : Scan santé données hospitalières 2019 Visuchir

²⁸ La typologie est exprimée en fonction de l'activité réalisée par l'établissement. Il s'agit donc d'établissement ayant une activité comparable.

²⁹ Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire et choisies à dire d'expert. Ce sont des procédures chirurgicales d'un niveau de technicité ou de complexité proche.

5.3.4 La performance de l'activité et la durée moyenne de séjour

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) permet de comparer la durée moyenne de séjour (DMS) de l'établissement à celle standardisée de son case mix³⁰, à laquelle sont appliquées les DMS de référence de chaque groupe homogène de malades (GHM). Cet indice³¹ est un des indicateurs qui permet de mesurer l'efficacité médicale et de montrer d'éventuels dysfonctionnements liés à l'activité.

En 2017, l'établissement s'est engagé dans un programme de parcours patients avec comme éléments clés la réduction capacitaire en hospitalisation complète, la création d'une cellule de gestion des flux patients et une coordination des parcours complexes. L'objectif était d'améliorer certains indicateurs dont l'IP-DMS. Malgré ces mesures, il est constaté en 2018 une dégradation en médecine et chirurgie, seul l'IP-DMS d'obstétrique restant stable.

L'IP-DMS doit être le plus proche possible de 1. Le tableau ci-dessous montre une amélioration en 2019, laissant supposer que les mesures prises ont été efficaces. Cette tendance reste à confirmer malgré un exercice 2020 fortement marqué par la crise sanitaire.

Tableau 6 : Indice de performance de la durée moyenne de séjour

IP DMS	2016	2017	2018	2019
Médecine	1,09	1	1,02	1
Chirurgie	1,08	1,01	1,05	1
Obstétrique	1,02	0,96	0,96	0,94

Source : outil d'analyse Hospidiag ATIH santé et données établissement

6. LE DÉPARTEMENT DE L'INFORMATION MÉDICALE (DIM)

Conformément aux dispositions de l'article L. 6113-7 du CSP, les établissements de santé doivent procéder à l'analyse de leur activité au moyen des systèmes d'information. Au GHRMSA, le codage de l'activité est professionnalisé et décentralisé dans les pôles d'activités cliniques. Les techniciens d'information médicale (TIM), qui relèvent de l'autorité du médecin directeur de l'information médicale, codent l'activité médicale (diagnostic et comorbidités) qui est ensuite vérifiée par un TIM dédié aux contrôles de cohérence et par le médecin du DIM. Toutefois, une certaine partie du codage est encore réalisée par des médecins cliniciens.

La décentralisation du codage est décrite par le médecin du DIM comme une source de difficulté du fait de l'isolement des TIM dans les pôles, ce qui engendre une dispersion des informations et une hétérogénéité des modalités de codage, même s'il observe des progrès ces dernières années. Cette dispersion du codage est illustrée par les audits réalisés dans le cadre des procédures LAMDA³². Ils révèlent des marges de progression dans l'exhaustivité du recueil d'information lors du codage. Ainsi, l'établissement procède chaque année à un recodage externe. En 2017, le montant des rattrapages de facturation est particulièrement

³⁰ Anglicisme désignant l'éventail des cas traités, décrit par le classement en groupes homogènes de malades (GHM) des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée. Plus le degré de gravité des cas est élevé, plus l'indice de *case mix* est élevé.

³¹ L'IP-DMS doit être le plus proche possible de 1 ou en deçà. Un IP-DMS supérieur à 1 traduit des DMS trop longues, ce qui est financièrement pénalisant pour l'établissement car son activité est rémunérée selon une durée type d'hospitalisation correspondant au cas traité et non selon la durée effective du séjour.

³² Procédure réglementaire stricte soumise à approbation de l'ARS permettant d'envoyer à l'assurance maladie, durant une période de deux années des informations médicales relatives à l'activité de l'année N. L'établissement de santé peut ainsi envoyer des séjours non codés de l'année N mais aussi renvoyer des séjours recodés après un contrôle qualité codage ou facture interne.

élevé, s'élevant à 2,5 M€. La diminution depuis 2018 de ces produits exceptionnels issus de cette procédure illustre une amélioration.

Tableau 7 : Montant des produits exceptionnels procédure LAMDA

En €	2016	2017	2018	2019
c/ 7722 (procédure lamda)	83 602	2 528 504	920 767	508 396

Source : comptes financiers GHRMSA retraitement CRC

Une autre source de difficulté réside dans la diversité des supports de l'information médicale (dossier patient informatisé, dossier patient papier) qui rend le recueil plus complexe et chronophage et peut générer de la perte d'information. À titre illustratif, le codage reste fondé sur un dossier patient papier dans plusieurs services de l'établissement (réanimation médicale et chirurgie, maternité et pédiatrie). Une informatisation des dossiers patients est prévue à l'échéance de 2022 mais elle ne concernera que les services de réanimation et les blocs opératoires (et non l'ensemble des activités).

L'ordonnateur indique que le codage s'améliore mais relève que les liens fonctionnels sont encore insuffisants par manque de transversalité avec le contrôle de gestion et les chefs de pôle. La création récente d'un collège de l'information médicale est décrite comme un point positif. L'absence de SDSI et une utilisation hétérogène du dossier patient constituent des obstacles à la qualité du codage.

L'issue de la première vague épidémique semble être également un accélérateur de réforme avec une forte volonté institutionnelle de centralisation des TIM. Des voies d'amélioration existent et sont identifiées par les acteurs au sein de l'hôpital (démocratisation du dossier patient informatisée, promotion des bons usages du codage, partage de l'information médicale...) sans qu'elles ne soient à ce jour réellement abouties.

La chambre souligne l'importance du codage dans un contexte de financement à l'activité. La dispersion de l'information médicale est une source de risque en termes d'exhaustivité et de fiabilité du codage. Cela se traduit par des pertes de recettes pour l'hôpital et le pénalisent donc financièrement. Elle recommande au GHRMSA de revoir son processus de codage et la place du DIM au sein de celui-ci pour en améliorer la qualité.

Recommandation n° 1 : Fiabiliser le processus de codage et revoir le positionnement du département de l'information médicale pour améliorer la qualité du codage.

7. L'ANALYSE DE LA CONCURRENCE ET DE LA COMPLÉMENTARITÉ PUBLIC-PRIVÉ

Ce point s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale visant à analyser les déterminants de la concurrence entre secteur hospitalier public et privé et à en identifier les complémentarités. Cette analyse concerne deux groupes homogènes de malades (endoscopies digestives et explorations nocturnes) et porte sur l'exercice 2018.

7.1 Le contexte national

Entre 2014 et 2019, le nombre total de séjours toutes activités confondues a augmenté dans le public et dans le privé (2,8 millions de séjours). Les cliniques privées affichent la plus forte progression (+ 11,9 %) soit 1,49 million de séjours, alors que pour le secteur public, la hausse est plus modérée (+ 9,1 %) avec 1,32 million de séjours.

L'analyse préparatoire nationale portant sur les 10 principaux groupes homogènes de malades³³ (GHM) issue de l'agence technique de l'information hospitalière³⁴ (ATIH) pour l'exercice 2018 montre quelques particularités. Le secteur public est positionné sur des spécialités où le secteur privé (lucratif et non lucratif) dispose de volumes de séjours très importants. In fine, ces premiers éléments font ressortir des niveaux de concurrence très hétérogènes selon les typologies d'activités entre secteur privé et public.

7.2 Les objectifs et la méthodologie

Dans le cadre du contrôle du GHRMSA, l'objectif est d'analyser les facteurs d'attractivité et de vulnérabilité pouvant expliquer la concurrence entre l'établissement et le secteur privé pour l'année 2018 en analysant deux GHM potentiellement concurrentiels : endoscopies digestives et explorations nocturnes³⁵.

7.3 La pertinence des actes

Le GHRMSA ne dispose pas d'étude de pertinence des actes pour ces GHM. L'ordonnateur indique que le GHRMSA participe à l'étude nationale des coûts³⁶ (ENC) depuis 2021 et sera en mesure de produire ces données en 2022.

7.4 L'analyse des agrégats d'activité

Le GHM retenu « endoscopies digestives » intègre plusieurs codifications (sous racines) :

- GHM 06K04J endoscopie digestive diagnostique et anesthésie en ambulatoire ;
- GHM 06K05J séjour comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire ;
- GHM 06K02Z endoscopie digestive thérapeutique et anesthésie, séjour de moins de deux jours.

Le GHM explorations nocturnes ne retient qu'une seule codification :

- GHM 23K02Z explorations nocturnes et apparentées, séjours de moins de deux jours.

Selon les données transmises par l'ordonnateur, il n'existe pas de niveau de sévérité³⁷ pour ces GHM.

³³ Un groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique. Il constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO. Chaque séjour est intégré dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standardisé (RSS) de chaque patient.

³⁴ L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale. L'agence est chargée de la collecte et l'analyse des données des établissements de santé ; la gestion technique des dispositifs de financement des établissements et la réalisation d'études sur les coûts des établissements dont notamment l'étude nationale des coûts (ENC).

³⁵ Cf. annexe 4 tableau 1.

³⁶ L'ENC permet de collecter les coûts d'un échantillon d'établissements de santé privés et publics ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique. À partir de ces données, un référentiel national de coûts est construit par GHM et par secteur de financement. Ce référentiel permet aux établissements de situer leurs propres coûts. Il est également utilisé pour déterminer les tarifs hospitaliers au niveau national.

³⁷ Pour chaque racine de GHM, on distingue quatre niveaux de sévérité en fonction de la lourdeur des cas, qui est déterminée par les diagnostics associés appelés CMA (comorbidités associés).

Les taux de recours

Les taux de recours mesurent la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée rapportée à la population domiciliée dans cette zone. La zone géographique est ici celle du territoire de santé de Mulhouse.

L'indice national donne le rapport entre le taux de recours standardisé (TRs) du territoire de santé et le taux de recours national. Si l'indice est supérieur à 1, le taux d'hospitalisation standardisé du territoire de santé est considéré comme plus important que le taux national.

L'indice régional donne le rapport entre le taux de recours standardisé (TRs) du territoire de santé et le TRs régional. Si l'indice est supérieur à 1, le taux d'hospitalisation standardisé du territoire de santé est considéré comme plus important que le taux régional.

Les taux de recours standardisés³⁸ pour les GHM endoscopies digestives et pour le GHM endoscopies digestives thérapeutique (06K02Z) indiquent une consommation de soins peu élevée. Les indices nationaux et régionaux toutes racines de ces GHM sont inférieurs à 1 signifiant que le taux d'hospitalisation pour ces GHM sont moins importants dans le territoire de santé du GHRMSA.

Le taux de recours standardisé du GHM exploration nocturnes est de 2,42 séjours pour 1 000 habitants. Sa comparaison aux indices montre qu'il est quasi équivalent au niveau national et très proche du niveau régional en matière de taux d'hospitalisation.

Tableau 8 : Taux de recours standardisés

	TRs/1 000 hab. GHRMSA	indice national	indice régional
Endoscopies digestives GHM 06K04J et 06K05J	11,24	0,71	0,72
Endoscopies digestives GHM 06K02Z	6,94	0,82	0,91
Explorations nocturnes et apparentées GHM 23K02Z	2,42	0,99	0,95

Source : données Scansanté ATIH retraitement CRC

Les taux d'attractivité et de fuite

Le GHRMSA a un taux de fuite³⁹ très important (79,1 %) pour les GHM endoscopies digestives (toutes racines de GHM confondues) et un taux d'attractivité⁴⁰ faible (7,2 %). Le GHM explorations nocturnes affiche un taux de fuite bas (près de 27 %) avec un taux d'attractivité qui reste faible.

Ces indicateurs sont révélateurs de la faiblesse de l'attractivité du GHRMSA sur les GHM « endoscopies digestives ». Le positionnement de l'établissement est meilleur sur les explorations nocturnes. L'ordonnateur explique que l'activité d'endoscopie digestive est extrêmement concurrentielle à la différence des explorations du sommeil moins rentables financièrement.

³⁸ Les taux de recours sont standardisés par sexe et par tranche d'âge. Il s'agit d'appliquer le taux brut de chaque classe d'âge et sexe du territoire à la population de la même classe d'âge du niveau national afin d'obtenir un nombre de séjours attendu pour la classe d'âge et sexe. La somme des séjours attendus pour l'ensemble des classes d'âge et des deux sexes est ensuite divisée par la population totale nationale pour obtenir le taux standardisé du territoire.

³⁹ Nombre de séjours réalisés hors du GHRMSA pour les patients du territoire divisé par le nombre de séjours pour les patients du territoire.

⁴⁰ Nombre de séjours réalisés au GHRMSA pour les patients hors du territoire divisé par le nombre de séjours réalisés dans l'établissement.

Tableau 9 : Taux d'attractivité et de fuite

	Taux d'attractivité	Taux de fuite
Endoscopies digestives	7,2 %	79,2 %
Explorations nocturnes et apparentées	8,1 %	26,9 %

Source : données GHRMSA département de l'information médicale

Les séjours

Le secteur privé non lucratif très présent à Mulhouse ainsi qu'à Colmar a un positionnement dominant pour les GHM d'endoscopies digestives avec des parts de séjours majoritaires dans les trois GHM en raison du caractère très concurrentiel de cette activité. Le pôle de santé privé mulhousien est un acteur concurrentiel pour le GHRMSA. Il produit 74,6 % des séjours en endoscopies sur Mulhouse alors que le GHRMSA (toutes racines de GHM confondues) n'en produit que 25,4 %.

De manière plus large, le territoire de Colmar présente un profil similaire au GHRMSA avec une forte activité du pôle de santé centre Alsace. Ce dernier produit la majorité des séjours en endoscopies laissant de très faibles parts de séjours au CH de Colmar.

Les parts de séjours en explorations nocturnes sont majoritaires dans le secteur public. Le GHRMSA en produit 53,6 % complété par un établissement membre du même GHT. Ces deux établissements publics produisent 76,9 % des séjours pour ce GHM.

Cette situation, certes peu concurrentielle entre établissements publics, apparaît dénuée de fondements alors qu'ils sont partenaires au sein du même GHT. L'exploitation d'un plateau technique unique serait plus cohérente et permettrait une optimisation des moyens.

L'analyse par les parts de séjours est illustrative d'une forme de distorsion concurrentielle entre le privé non lucratif et le public. Sans préjugé des facteurs d'attractivité, un des points d'attention se porte sur les tarifs des GHM (échelle tarifaire publique et échelle tarifaire privé / cf. tableaux 2 et 3 annexe 4). L'effet prix est éclairant avec des montants en endoscopies digestives qui sont très nettement plus favorables que ceux des explorations nocturnes. Cela peut expliquer pour partie les orientations vers des activités plus favorables économiquement.

Tableau 10 : Nombres de séjours par établissements publics et privés de santé

en nombre de séjours	Endoscopies digestives			Explorations nocturnes
	GHM 06K04J	GHM 06K05J	GHM 06K02Z	GHM 23K02Z
GHRMSA	1 127	26	847	943
Etablissement public A	549	19	584	192
Etablissement public B				410
Etablissement privé C	2 060	30	1 243	213
Etablissement privé D	3 579	281	2 016	0
Etablissement privé E	661	NS	637	0
Total	7 976	356	5 327	1 758

Source : données Scansanté ATIH

Tableau 11 : Parts de séjours par établissements publics et privés

en % parts de séjours	Endoscopies digestives			Explorations nocturnes
	GHM 06K04J	GHM 06K05J	GHM 06K02Z	GHM 23K02Z
GHRMSA	14,1 %	7,3 %	15,9 %	53,6 %
Etablissement public A	6,9 %	5,3 %	11,0 %	10,9 %
Etablissement public B				23,3 %
Etablissement privé C	25,8 %	8,4 %	23,3 %	12,1 %
Etablissement privé D	44,9 %	78,9 %	37,8 %	
Etablissement privé E	8,3 %	NS	12,0 %	

Source : données Scansanté ATIH retraitement CRC

7.5 L'analyse des coûts engagés

Le GHRMSA n'a pas été en mesure de produire les coûts par GHM. Il n'a donc pas été possible d'analyser par coût complet le poids moyen de chaque GHM au regard de l'activité produite. L'ordonnateur indique qu'il sera en mesure de produire ces coûts dès lors qu'il aura intégré l'ENC en 2021.

7.6 Les moyens mis en œuvre pour l'activité

En 2018, l'activité d'endoscopie digestive du GHRMSA est réalisée sur trois sites différents (Mulhouse, Altkirch et Thann). Les temps dédiés à cette activité au bloc opératoire représentent 279 créneaux de 7 H et 59,5 créneaux de 6 H. L'activité au plateau technique d'endoscopies fonctionne sur des créneaux du lundi au vendredi (Mulhouse), deux demi-journées à Altkirch et trois demi-journées à Thann. Les actes en endoscopie digestive sont réalisés majoritairement en secteur public (75 %). L'activité libérale des praticiens hospitaliers ne représente qu'1 % des consultations et 25 % des actes de ces GHM.

En 2018, selon l'ordonnateur, le taux moyen d'utilisation des salles et blocs dédiés à cette activité à Altkirch n'est pas disponible. Les taux d'occupation des sites de Mulhouse sont insuffisamment fiabilisés et n'ont pu être exploités dans cette enquête.

Chaque créneau au bloc opératoire correspond à l'utilisation d'une salle d'opération. Malgré l'absence de coût moyen par GHM produit par le GHRMSA et en l'absence de marqueurs de sévérité des patients, l'encadrement en ressources humaines⁴¹ par actes est très important au regard de l'activité déployée. La chambre relève que cette méconnaissance des coûts par activité est un élément péjoratif et dommageable pour l'établissement.

Tableau 12 : Parts des actes réalisés en endoscopies digestives au GHRMSA

	activité secteur libéral	activité en secteur public
Actes plateau technique	0 %	100 %
Actes BLOC	25 %	75 %
Consultations	1 %	99 %

Source : données GHRMSA retraitement CRC

⁴¹ 0,50 ETP de médecin anesthésiste, 1 ETP de gastro entérologue, 1 ETP d'infirmier anesthésiste (IADE), 2 ETP d'aides-soignants sauf pour Thann et Altkirch, 2 ETP d'infirmiers

L'activité d'explorations nocturnes se déroule sur le site de Mulhouse, dans quatre salles dédiées et une salle de surveillance. Trois infirmières diplômées d'État (IDE) sont affectées à cette activité. Les plages horaires dédiées sont de 20 H à 7 H du lundi au vendredi.

En 2018, 943 séjours d'explorations nocturnes ont été réalisés. Rapporté aux créneaux disponibles en année pleine, le taux moyen d'utilisation est de 90 %. Le positionnement du GHRMSA sur ce GHM s'inscrit dans un paysage dénué de concurrence sur le territoire mulhousien. Économiquement peu attractive, cette activité répond pourtant pleinement aux missions de service public.

Recommandation n° 2 : Produire des coûts par groupe homogène de malades et mettre en place un suivi des taux d'utilisation de ses équipements.

7.7 La politique médicale

L'encadrement médical pour les spécialités dédiées aux GHM étudiés est adapté aux besoins de l'établissement. Selon l'ordonnateur en fonction jusqu'en juin 2018, l'absence prolongée du chef de service de gastro-entérologie a contribué à la faible activité en endoscopies digestives.

Les médecins exerçant au GHRMSA sont majoritairement des praticiens hospitaliers statutaires salariés. Les médecins exerçant dans le secteur privé non lucratif mulhousien sont pour la plupart des praticiens libéraux. Les modes d'exercice et de rémunération sont très différents entre secteur public et privé. La rémunération à l'acte apparaît plus avantageuse pour les médecins libéraux exerçant en secteur privé non lucratif.

Néanmoins il n'est pas établi que le choix du mode d'exercice et les différences d'émoluments soient un déterminant majeur dans le champ faiblement concurrentiel des GHM étudiés. Le déficit d'attractivité médicale ne peut, non plus, être considéré comme un déterminant de la faiblesse de l'activité en endoscopies digestives au GHRMSA. Pour autant, la contrainte de la permanence des soins dans le secteur public est un facteur discriminant qui ne favorise pas les recrutements. En novembre 2020, le GHRMSA a défini des axes stratégiques en matière d'attractivité, d'anticipation et d'accompagnement. L'ordonnateur précise que la problématique de l'attractivité et du recrutement figure dans les orientations du projet d'établissement 2021 - 2025.

7.8 La complémentarité public-privé dans la crise Covid-19

À l'échelon national, en mai 2020, les premières données relatives à la complémentarité public-privé font ressortir un nombre de séjours beaucoup plus élevé en secteur public avec un ratio établissement plus important que pour le secteur privé non lucratif⁴² (cf. tableau 13).

Tableau 13 : Comparatif des séjours Covid-19 public - privé

Établissement	Nb Étab	Nb séjours	Nb séjours passage en réa	Ratio séjours Covid-19/Étab
Public	388	55 753	5 678	144
Privé Non lucratif	264	17 119	1 385	65
GHRMSA	9	1 874	301	208

Source : données nationales Cour des comptes et données GHRMSA retraitement CRC

⁴² Le secteur privé non lucratif regroupe ici les données issues des établissements à but non lucratif (EBNL) et les établissements ex objectif quantifié national (ex OQN).

Durant la première vague épidémique (février à juin 2020), le GHRMSA a ouvert 500 lits dédiés au Covid-19 dont 80 lits de réanimation. En matière de complémentarité, l'établissement a transféré 45 patients Covid-19 vers les structures privées lucratives et non lucratives régionales. Il a accueilli 16 patients en provenance des structures privées. Ces données ne tiennent pas compte des transferts inter régions et internationaux.

Sur le plan des ressources humaines le GHRMSA a bénéficié des renforts en personnels en provenance de l'ensemble des établissements de la fondation du Diaconat dont un apport médical à hauteur de 0,40 ETP. Cette complémentarité a porté principalement sur des ressources spécialisées. Le PSPM a fourni 51 % de l'ensemble des personnels mis à disposition tout en accueillant 34 patients dans ses structures (Roosevelt et Fonderie).

La complémentarité public-privé a joué son rôle tant sur le plan des transferts et de l'accueil que dans les apports en ressources humaines.

Tableau 14 : Complémentarité accueil et transfert patients Covid-19

Établissement	ville	accueil	transfert
Diaconat Roosevelt	Mulhouse	6	24
Diaconat Fonderie	Mulhouse	3	10
Clinique St Damien	Mulhouse	1	4
Polyclinique Gentilly	Nancy	2	3
Clinique Rhena	Strasbourg	1	2
Clinique des trois frontières	Saint Louis	2	1
Clinique Solisana	Guebwiller	1	
Clinique St Anne	Strasbourg		1
Total		16	45

Source : données département de l'information médicale GHRMSA

Tableau 15 : Complémentarité RH

Provenance renfort dans le cadre des mises à disposition	nb d'agents	montant facturé fin novembre 2020	nb d'établissements	% IDE et infirmiers spécialisés	% autres (AS, aide à la personne, AMP)
Établissements privés dont Diaconat	74	24 922 €	13	78	22

Source : données RH GHRMSA

7.9 Conclusion

Sur les activités examinées, le GHRMSA, plus important établissement du territoire de santé de Mulhouse, n'est pas en capacité de concurrencer même faiblement le secteur privé non lucratif. Il n'est actuellement pas en mesure de surmonter les difficultés de recrutement médical, d'où son positionnement sur des parts de marchés économiquement moins avantageuses lui faisant perdre de précieuses marges.

8. LA CERTIFICATION ET LA POLITIQUE QUALITÉ

8.1 La certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)

La procédure de certification prévue aux articles L. 6113-3 du CSP et R. 161-74 du code de la sécurité sociale est mise en œuvre par la HAS. Elle a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés. Elle revêt un caractère obligatoire. La décision de certification est délivrée par la commission de certification⁴³ de la HAS au regard des éléments recueillis lors de la visite des experts visiteurs et après une phase contradictoire.

La visite de certification des experts HAS réalisée en 2015 au GHRMSA s'est soldée par une non certification en raison de nombreuses défaillances relatives au management de la qualité et des risques, et de problématiques graves touchant à la sécurité des soins.

Une nouvelle visite de certification a été réalisée en décembre 2018 sans que l'établissement n'obtienne une certification. La HAS a décidé le 7 mai 2019 de surseoir à statuer à la certification de l'établissement avec visite de suivi dans un délai de 6 mois du fait du maintien de deux réserves⁴⁴ majeures, déjà formulées en 2015, et ce malgré plusieurs mesures correctives.

Un nouveau compte qualité suivi d'une visite des experts en décembre 2019 a permis de lever la dernière réserve existante. Le GHRMSA a été certifié niveau C le 1er juillet 2020. Cette certification était assortie de deux obligations d'amélioration portant sur le management de la prise en charge médicamenteuse du patient et le management de la prise en charge du patient en endoscopie.

Dans le cadre du suivi de cette décision, l'établissement a produit un compte qualité supplémentaire au regard duquel la HAS a levé les obligations existantes. Depuis le 27 avril 2021, l'établissement est certifié niveau B. L'ordonnateur souligne la difficulté de l'établissement à déployer, en sa qualité d'établissement support du GHT, une démarche qualité commune au sein du GHT en vue d'une certification commune en 2022.

8.2 La politique qualité et gestion des risques

Le GHRMSA est le produit de fusions successives avec sept établissements qui ne possédaient pas une démarche et des outils qualité communs. Dans ce contexte, le GHRMSA a rencontré des difficultés pour structurer une politique de management de la qualité et de la sécurité des soins

Il ne dispose pas à ce jour d'une politique de qualité et gestion des risques formalisée mais dispose d'un programme pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PACQSS). Le pilotage opérationnel en est assuré par la direction qualité et par un comité de pilotage associant les membres de la direction et de la commission médicale d'établissement (CME). Les objectifs qualité sont déclinés dans les contrats de pôle et sont

⁴³ Les niveaux de certification sont les suivants :

- certification A délivrée pour 6 ans ;
- certification B avec recommandations d'amélioration délivrée pour 4 ans ;
- certification C avec obligations d'améliorations délivrée pour 2 ans à 4 ans ;
- niveau D Sursis à statuer pas de certification sans éléments de preuves d'améliorations des écarts constatés ;
- niveau E Non certification.

⁴⁴ Ces deux réserves concernaient le management de la prise en charge du patient au bloc opératoire et le management de la prise en charge du patient en salles de naissance. Les maternités de Thann et Altkirch ayant été transformées le 4 novembre 2019 en deux centres de périnatalité de proximité, la réserve sur la non-conformité de la prise en charge des patients en salles de naissance a été de facto supprimée.

suivis par la direction qualité, qui accompagne les services dans la gestion documentaire via un logiciel dédié à la qualité.

Le PACQSS est actualisé régulièrement, mais il souffre d'une absence d'indicateurs précis pour certaines actions. L'absence de politique qualité et gestion des risques et d'indicateurs précis de pilotage nuisent à la performance de l'action en matière de sécurité des soins.

L'ordonnateur informe avoir défini de nouveaux indicateurs de pilotage qui seront intégrés dans les futurs contrats de pôle. Il précise également que le nouveau projet d'établissement comprend un volet spécifique « qualité » dont l'une des orientations est de consolider la démarche qualité et la gestion des risques par l'élaboration d'une politique formalisée et portée par le projet d'établissement.

Recommandation n° 3 : Formaliser une politique qualité et gestion des risques.
--

9. LA STRATÉGIE

9.1 Les outils de contractualisation

Conformément aux dispositions de l'article L. 6114-1 du CSP, le contrat pluri annuel d'objectif et de moyens (CPOM) définit les orientations stratégiques de l'établissement, sur la base du projet régional de santé. C'est un outil stratégique contraignant qui repose sur un dialogue de gestion au moins annuel avec l'autorité de tutelle.

Les objectifs du CPOM sont assortis d'indicateurs de performance. L'établissement en assure un pilotage annuel. Lorsque ceux-ci ne sont pas publiés ou non atteints, l'ARS peut décider de pénalités financières. Inversement, lorsque les engagements sont respectés, voire dépassés, une contrepartie financière peut être attribuée à l'établissement.

9.1.1 Le CPOM 2015-2017

Le GHRMSA a signé le 11 décembre 2014 un CPOM avec l'ARS. Celui-ci, d'une durée de deux ans, est assorti d'annexes d'autorisations et de pilotage de l'activité. Les engagements contractuels ont fait l'objet de nombreux avenants portant sur les orientations stratégiques au regard du projet régional de santé et les financements afférents.

En 2016, Ce CPOM a fait l'objet, conformément à son article 3, d'une évaluation. Seuls 27 des 99 indicateurs fixés ont été atteints. La densité du contrat (4 items et 17 objectifs) apparaît très ambitieuse et peu réaliste au regard des possibilités de l'établissement dans un contexte de fusion.

9.1.2 Le CPOM 2018-2023

La formalisation du CPOM 2018-2023 ne s'est pas appuyée sur une évaluation du précédent CPOM. Le nouveau contrat, signé le 19 décembre 2018, prévoit les dispositions applicables en matière d'offre de soins, de permanence des soins et détaille les ressources dans l'attente d'une harmonisation des objectifs sur l'ensemble de la région Grand Est.

Ce contrat a fait l'objet en 2019 de plusieurs avenants portant sur l'affectation de ressources au titre du fonds d'intervention régional⁴⁵ et du dispositif des missions d'intérêt général (MIG)⁴⁶. Le GHRMSA a bénéficié également d'un financement au titre du contrat local d'amélioration des conditions de travail.

Ce contrat ne dispose d'aucune lisibilité au-delà de 2019. L'article 3 précise qu'une négociation relative aux orientations stratégiques sera conduite suite à la révision du projet régional de santé (PRS) prévue au dernier semestre 2019. Cette absence d'objectifs et d'évaluation n'est pas de nature à clarifier l'utilisation des aides financières perçues, ni la mise en cohérence du futur projet d'établissement et la contractualisation d'un plan de performance.

La chambre relève qu'au-delà de l'année 2019, le CPOM ne dispose pas de dispositions contractuelles, ce qui le rend de fait ineffectif.

9.2 La stratégie de l'établissement et son projet d'établissement

La stratégie d'un établissement repose sur des orientations à long terme et un périmètre déterminé. Elle vise à définir correctement le positionnement de l'organisation dans son environnement. Elle tient compte des besoins identifiés et du contexte concurrentiel.

Le GHRMSA développe ses activités sur un large territoire qui comprend toute la partie sud du département du Haut-Rhin. Les processus de fusion de 2015 et plus encore ceux de 2017 auraient dû le conduire, en lien avec les élus et les tutelles, à une réflexion stratégique sur l'offre territoriale de soins. À ce jour, cela n'est pas réellement établi. L'ordonnateur indique que la stratégie relative à l'offre territoriale de soins est en cours de formalisation dans le cadre du nouveau projet d'établissement.

Le projet d'établissement est un document portant une réflexion stratégique prospective. Il doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

L'article L. 6143-2 du CSP modifié par l'ordonnance n° 2018-21 du 17 janvier 2018 - art. 1 prévoit que le projet d'établissement définit, sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il est établi pour une durée maximale de cinq ans et peut être révisé avant ce terme.

Depuis 2014, le GHRMSA ne disposait plus de projet d'établissement. Le projet médical avait été actualisé au rythme des fusions (2015 et 2017) mais l'architecture générale du projet d'établissement était devenue obsolète.

Il a fait appel en septembre 2019 à un accompagnement pour élaborer un nouveau projet d'établissement. Celui-ci a été adopté par ses instances entre fin juin et début juillet 2021 et couvre la période 2021-2025.

9.3 L'organisation, la contractualisation et le pilotage des pôles d'activité

Selon les dispositions de l'article L. 6146-1 du CSP, chaque établissement définit librement son organisation interne sur la base du projet médical et après avis du président de la CME. Le principe de l'organisation en pôles s'impose à tous les établissements de santé sauf dérogation du directeur général de l'ARS. Chaque pôle dispose d'un chef de pôle nommé par le directeur sur proposition du président de la CME et d'un cadre de pôle.

⁴⁵ Éducation thérapeutique du patient, cellule d'urgence médico psychologique pour attentats de Strasbourg.

⁴⁶ Réduction des risques en quartier « mineurs » à la maison d'arrêt de Mulhouse.

Le directeur signe avec chaque chef de pôle un contrat précisant les objectifs et les moyens du pôle. Celui-ci précise le rôle du chef de pôle dans la gestion prévisionnelle des effectifs médicaux et non médicaux, les profils de poste médicaux, les recrutements et affectations des personnels, le plan de formation, la gestion des tableaux de service et l'organisation de la continuité des soins.

Au GHRMSA, les chefs de pôle ont été prolongés dans leur fonction pour une durée d'un an à compter du 21 janvier 2020 dans l'attente du renouvellement des membres de la CME. Les décisions de prolongation n'appellent pas d'observations.

9.3.1 L'organisation en pôles

Le GHRMSA dispose de 23 pôles d'activités cliniques et médico techniques. Le nombre de pôle apparaît manifestement excessif comparativement à ce qui est généralement constaté pour cette catégorie d'établissement. Comparativement, un CHU de la région Grand Est de taille et d'activités comparables (2 389 lits et places MCO) dispose de 14 pôles d'activité.

Cette multiplicité des pôles est illustrative d'une dispersion des activités sans réelle cohérence d'ensemble au regard du périmètre du GHRMSA et en l'absence de projet médical. Cela induit de fait un fonctionnement en « silo⁴⁷ » et génère nécessairement de la complexité dans le suivi de l'activité et le dialogue de gestion. Ce point est corroboré par un rapport externe⁴⁸ de 2019 qui préconise de revoir le nombre de pôles afin de mieux organiser les filières de prise en charge.

Ce constat est également partagé par l'ancien ordonnateur en poste entre 2017 et 2018 qui décrit une difficulté institutionnelle à dépasser les clivages internes pour organiser le fonctionnement dans des meilleures conditions.

La chambre prend acte de la diminution du nombre de pôles portant celui-ci à 12 dans le cadre de la nouvelle organisation définie dans le projet d'établissement 2021-2025.

9.3.2 Les contrats de pôles

Les contrats des pôles d'activité cliniques et médico-techniques initiaux (2013) ont perduré durant les cycles de fusion. Renouvelés en 2018 à l'appui d'un bilan d'activité 2017, ils portent sur les projets du pôle, les objectifs d'activité et de recettes ainsi que les objectifs qualité et ressources humaines. Ils ont été conclus pour une durée d'un an.

En 2019, ils ont été prorogés d'un an jusqu'en 2020. Cette disposition n'est pas conforme au IV de l'article R. 6146-8 du CSP qui prévoit une durée de quatre ans. Ces derniers contrats disposent d'items et d'indicateurs de gestion produits trimestriellement par les directions fonctionnelles (ressources humaines, qualité, affaires financières et contrôle de gestion).

En 2020, la récurrence des épisodes de crise sanitaire n'a pas permis d'élaborer de nouveaux contrats. Le nouveau projet d'établissement devrait, selon l'ordonnateur, permettre de formaliser de nouveaux contrats de pôle en 2021.

Les chefs de pôles ne disposent pas de délégation contrairement aux dispositions du III de l'article R. 6146-8 précité ni aucune mention relative au rôle du chef de pôle. L'ordonnateur souligne cependant que les chefs de pôle gèrent « en propre » leurs enveloppes

⁴⁷ Le fonctionnement en silos consiste à ce que chaque service travaille dans leurs spécialités sans se soucier des autres.

⁴⁸ Rapport d'audit prise de fonction de l'actuel ordonnateur.

de formation et les heures supplémentaires dédiées à leur pôle. Ils disposent également de tableau de bord de gestion partagés avec les directeurs référents.

En 2020, la récurrence des épisodes de crise sanitaire n'a pas permis la conception de nouveaux contrats. Selon l'ordonnateur, le nouveau projet d'établissement permettra de formaliser de nouveaux contrats de pôle en 2021.

9.3.3 Le pilotage des pôles

En 2016, Le GHRMSA a fait le choix d'abandonner la méthode des coûts complets tels que construits dans les comptes de résultat d'exploitation analytique (CREA) qui restituent l'ensemble des charges, directes et indirectes, y-compris celles qui ne sont pas directement pilotables par les pôles.

Il a retenu la méthode des taux de marge sur coûts discrétionnaires (TMCD) qui intègre les recettes des pôles et les charges dites discrétionnaires (directes et semi-directes⁴⁹) sur lesquelles le décideur (chef de pôle) peut agir. Cette méthode permet d'identifier les effets leviers ou les actions à la main des chefs de pôle afin de faciliter le dialogue de gestion interne.

Ce dialogue de gestion entre directions et chefs de pôle sur la base des TMCD est effectif et s'échelonne de juillet à septembre. Cependant, la complexité de ces tableaux et leur caractère annuel (édition des TCMD en N+1) contraignent les chefs de pôles à un exercice d'acculturation de gestion et d'identification chronophage des coûts sur lesquels ils peuvent éventuellement exercer un arbitrage avec une année de décalage.

L'ordonnateur informe que le déploiement de tableaux de bord standardisés reprenant les indicateurs de chaque contrat de pôle est effectif depuis septembre 2021. Ce nouvel outil vise à faciliter le pilotage et le dialogue annuel entre la direction et les chefs de pôles.

L'analyse des TMCD montre des déséquilibres financiers⁵⁰ importants et récurrents pour les pôles :

- maternité-gynécologie (MAGYC) : 2018 (- 1,9 M€) ; 2019 (- 2 M€) ;
- médecine intensive : 2018 (- 0,5 M€) ; 2019 (- 0,8 M€) ;
- anesthésie ambulatoire, bloc opératoire et réanimation chirurgicale (AMBRE) : 2018 (- 2,8 M€) ; 2019 (- 3,3 M€) ;
- pédiatrie : 2018 (- 3,1 M€) ; 2019 (- 2,2 M€) ;
- psychiatrie et santé mentale : 2018 (- 0,2 M€) ; 2019 (- 0,4 M€) ;
- cœur, poumons et vaisseaux (CPV) : 2018 (- 1,3 M€) ; 2019 (- 1,4 M€) ;
- biologie : 2018 et 2019 (- 3,5 M€) ;
- imagerie : 2018 (- 3,5 M€) ; 2019 (- 2,5 M€).

En 2018 et 2019, il apparaît de nouveaux déséquilibres au niveau des pôles imagerie et biologie. En imagerie, la situation difficile de 2018 (- 3,5 M€) tend à s'améliorer en 2019 mais reste très déficitaire (- 2,5 M€). En 2019 le déficit du pôle de biologie est important (- 3,5 M€), il est porté par les secteurs génétique, biologie moléculaire et les services inter-laboratoires.

Les déséquilibres portent principalement sur la fluctuation des niveaux d'activité et sur les dépenses en personnels médical et non médical. Les pôles de médecine intensive et AMBRE sont affectés par les coûts importants de réanimation et d'anesthésie. Les activités de chirurgie ambulatoire restent, pour leur part, déficitaires. Le pôle MAGYC est fortement

⁴⁹ Charges directes et semi-directes : personnels, charges à caractère médical, charges à caractère hôtelier, charges dites semi-directes calculée en prix de cession interne (laboratoires, imagerie, explorations fonctionnelles).

⁵⁰ Le déséquilibre financier d'un TMCD se définit comme l'écart négatif entre la marge du pôle et la marge attendue à l'échelle institutionnelle de telle sorte que les recettes du pôle couvrent à minima les charges directes.

affecté par l'activité hors Mulhouse (Altkirch et Thann). La fermeture de leurs maternités et leur transformation en centre de périnatalité de proximité fin 2019 devraient permettre une meilleure maîtrise financière de ce pôle.

L'ordonnateur indique que l'établissement mène plusieurs actions pour remédier à ces déséquilibres :

- un travail sur l'exhaustivité du codage des séjours et des actes permettant de récupérer 700 000 € de recettes ;
- une analyse des consommations d'acte de biologie et d'imagerie s'avérant supérieurs à la moyenne nationale (référence ENC). Ce travail sur la juste prescription a été lancé au niveau du pôle de biologie actuellement avec la pédiatrie, mais l'imagerie n'a pas encore été investiguée.

La chambre invite l'établissement à poursuivre les travaux d'amélioration du pilotage médico-économique des pôles cliniques et médico-techniques.

10. LA FIABILITÉ DES COMPTES

Les comptes sont examinés au regard des principes d'indépendance des exercices, de régularité, de fidélité, et de sincérité de l'image donnée par l'information financière produite⁵¹. Ces contrôles permettent de s'assurer que les pratiques comptables sont conformes à la réglementation et que le résultat et la situation du bilan ne sont pas faussés.

10.1 La certification des comptes

Conformément aux dispositions du décret n° 2013-1239 définissant les établissements publics de santé soumis à la certification des comptes et au décret n° 2013-1238 relatif aux modalités de certification des comptes des établissements publics de santé⁵², le GHRMSA est soumis à certification de ses comptes depuis 2014. Ses comptes sont certifiés⁵³ sans réserves sur l'ensemble de la période contrôlée. En 2017, le certificateur a porté une attention particulière aux opérations de reprise et à l'ajustement des valeurs d'actifs des établissements absorbés par le GHRMSA.

La certification annuelle de l'établissement porte sur l'audit du contrôle interne et des comptes de l'établissement. Les contrôles portent sur la fiabilité des actifs, le suivi des provisions et l'exhaustivité des recettes⁵⁴ qui fait l'objet d'une analyse approfondie en raison des enjeux financiers conséquents.

L'examen des rapports et lettres d'affirmation du commissaire aux comptes n'appelle pas d'observation à l'exception des provisions pour intéressement des pôles qualifiées d'anomalies non significatives.

10.2 La dématérialisation et les conventions partenariales

La loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe), dans son article 108, a fixé au 1^{er} janvier 2019 la date à laquelle

⁵¹ Principes de la comptabilité hospitalière énoncés au tome 1 de l'instruction codificatrice n° 07-004-M21 du 16 janvier 2007.

⁵² Décrets du 23 décembre 2013.

⁵³ Rapports de certification 2016, 2017, 2018, 2019.

⁵⁴ La justesse de la valorisation des données PMSI, la qualité du SIH et l'étude de la chaîne de facturation sont ainsi examinées pour apprécier l'exhaustivité de la recette.

devait être achevée la dématérialisation complète des pièces à transmettre au comptable public.

L'établissement a signé le 1^{er} mars 2018 une convention partenariale avec la trésorerie afin de moderniser et optimiser la chaîne comptable et financière entre l'ordonnateur et le comptable. Le processus de dématérialisation des pièces comptables devait s'achever mi 2018, mais ce chantier n'a pas été jugé prioritaire par l'établissement au regard des opérations de fusions. Les travaux⁵⁵ de dématérialisation ont repris en 2019 avec pour objectifs de moderniser l'organisation de la chaîne de facturation, d'optimiser la liquidation et de mettre en place de nouveaux outils informatiques.

En septembre 2020⁵⁶, les outils informatiques nécessaires ont été mis en place et un centre facturier a été créé pour assurer la liquidation de l'ensemble des recettes et des dépenses hors pharmacie. La dématérialisation des bordereaux, mandats, titres et pièces justificatives est effective depuis octobre 2020⁵⁷ avec néanmoins quelques ajustements⁵⁸ à réaliser. La chambre invite l'établissement à terminer le processus de dématérialisation totale de la chaîne comptable.

10.3 Le suivi du patrimoine de l'établissement

10.3.1 L'inventaire physique et comptable, l'état de l'actif

Les obligations de l'ordonnateur en matière de suivi de l'inventaire sont précisées dans le tome 3, chapitre 2, article 5 de l'instruction comptable M21. L'inventaire comptable tenu par l'ordonnateur doit être rapproché régulièrement de l'état de l'actif du comptable.

Le comptable a fourni un état de l'actif au 31 décembre 2019 en cohérence avec le compte financier. La valeur brute totale des immobilisations corporelles et incorporelles⁵⁹ de l'inventaire comptable de l'ordonnateur d'un montant de 668,5 M€ concorde avec celle de l'état de l'actif du comptable. Les travaux d'optimisation et de fiabilisation de l'inventaire mené par le GHRMSA ont permis, en 2019, la mise au rebut d'actifs pour un montant de près de 6 M€ ainsi que la formalisation d'un référentiel de l'ensemble des procédures d'entrée, suivi et sorties des actifs de son patrimoine.

Le suivi des immobilisations financières (comptes 26 et 27) n'était pas intégré au logiciel de gestion de l'établissement. L'ordonnateur a pris en compte la nécessité de régulariser, les intégrations des comptes 26 et 27 ont été effectuées sur l'exercice 2020. Seules les immobilisations en cours (compte 23) conservent un suivi distinct par la direction des travaux.

La chambre relève l'important travail de fiabilisation réalisé par l'établissement depuis 2017 et l'invite à poursuivre ces travaux.

⁵⁵ Le pilotage des travaux a été réalisé par un comité projet piloté par la direction des finances avec l'appui d'un audit externe (état des lieux de la chaîne de facturation).

⁵⁶ Double écran, chorus pro, signature électronique.

⁵⁷ Sauf les pièces justificatives relatives à la paie qui ont été dématérialisées au mois de novembre 2020.

⁵⁸ Paramétrage des outils, volumétrie et rejet de certaines pièces justificatives.

⁵⁹ Comptes 20 et 21.

10.3.2 Le rattachement des charges et des produits

Le GHRMSA affiche un taux de rattachement des charges satisfaisant tout en utilisant le mécanisme de la journée complémentaire⁶⁰.

Le rattachement des produits liés « aux séjours à cheval⁶¹ » ainsi que celui des autres produits est conforme aux dispositions de l'instruction comptable M21.

Ce point n'appelle pas d'observations.

10.4 Les reports de charges

Les taux de report⁶² de charges sont faibles, l'utilisation de ce compte par l'établissement est conforme aux prescriptions de l'instruction comptable précitée.

10.5 Les charges et produits constatés d'avance

Les montants de charges et produits constatés d'avance inscrits n'appellent pas d'observations. L'utilisation par l'établissement du compte 48 est conforme aux prescriptions de la M21.

10.6 Les provisions

Les établissements publics de santé sont tenus de constituer les provisions suivantes :

- les provisions réglementées, comptabilisées en application d'une obligation législative ou réglementaire (provisions pour renouvellement des immobilisations, provisions pour risques pour propre assureur) ;
- les provisions pour risques et charges qui doivent être constatées lorsque trois conditions sont réunies : s'il existe à la clôture de l'exercice une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement envers un tiers ; s'il est probable ou certain à la date d'établissement des comptes qu'elle provoquera une sortie de ressources au bénéfice de tiers sans contrepartie équivalente de celui-ci ; si cette sortie de ressources peut être estimée de manière fiable.

Une provision doit être reprise intégralement quand l'établissement n'a plus d'obligations, ou quand il n'est plus probable que cette obligation entraînera une sortie de ressources sans contrepartie au moins équivalente de la part du tiers ; ou bien partiellement, en cas d'évaluation à la baisse du risque existant à la clôture de l'exercice.

⁶⁰ Période d'un mois maximum (jusqu'au 31 janvier n+1) qui prolonge la date de clôture de l'exercice budgétaire des établissements publics fixée au 31 décembre (n) mise à profit par l'ordonnateur pour émettre les mandats correspondant aux dépenses de fonctionnement ayant donné lieu à service fait avant le 31 décembre de l'année (n) mais dont les factures ne sont pas encore parvenues dans le service à cette date et qui ne seront reçues qu'à partir du 1^{er} janvier (n+1). Cette période est également mise à profit par l'ordonnateur pour passer les écritures d'ordre de fin d'exercice comme les dotations aux amortissements et aux provisions, les opérations de variation des stocks et les opérations de rattachement des produits et des charges à l'exercice. On appelle cette période " journée complémentaire " car tous les mandats correspondant à des opérations répondant aux caractéristiques décrites ci-dessus et émis au cours de cette période du mois de janvier (n+1) dans le cadre de la journée complémentaire portent la date du 31 décembre (n).

⁶¹ Le rattachement des produits liés aux « séjour à cheval » correspond à la comptabilisation sur l'exercice N de la fraction des séjours commencés avant le 31 décembre N et achevés après le 1^{er} janvier N+1.

⁶² Enregistre les charges sur exercices antérieurs qui n'ont pas pu faire l'objet d'un rattachement à l'exercice auquel elles se rapportent.

Le tableau ci-dessous retrace les provisions constituées par le GHRMSA durant la période sous contrôle.

Tableau 16 : Solde des provisions 2016-2019 - budget consolidé en euros

Soldes des comptes au 31/12	2016	2017	2018	2019
Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations c/142	40 517 794	43 750 712	42 606 756	41 431 887
Provisions pour litiges c/151	22 101 835	24 235 543	1 281 812	1 538 708
Provisions pour gros entretien / grandes révisions c/157	1 200 000	1 497 398	1 497 398	1 391 851
Autres provisions pour charges c/158	1 036 156	1 603 152	1 587 168	1 660 020
Provisions pour CET	15 567 505	17 556 872	16 624 760	20 758 617
Provisions pour dépréciation des comptes de tiers c/491	1 750 450	1 937 678	1 652 354	1 873 204
Total	82 173 740	90 581 356	65 250 247	68 654 286

Source : comptes financiers du GHRMSA

10.6.1.1 Les provisions règlementées

L'instruction M21 indique que la provision pour renouvellement des immobilisations est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie. Les surcoûts correspondent aux coûts nouveaux liés au projet d'investissement en termes de charges financières et d'amortissement.

En 2016 et 2017, les dotations sont composées essentiellement de fonds provenant de l'ARS destinés au projet de construction en cours du pôle Femme Mère Enfant (FME) (2,5 M€ annuel).

Le GHRMSA inscrit depuis 2017, à la demande du conseil départemental du Haut-Rhin⁶³, une provision annuelle de 149 000 € destinée à limiter l'impact financier à venir sur les projets de restructuration des EHPAD de Mulhouse. À la faveur du contrôle, une modification des règles de comptabilisation a été proposée visant à inscrire cette somme au compte 10687 « Réserve de compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité ». Le provisionnement ou la mise en réserve ne sont pas conformes aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21. En outre, la provision annuelle de 149 000 € est financée par le prix de journée de l'ensemble des résidents des EHPAD du GHRMSA. Elle conduit donc à faire supporter par les résidents actuels, les charges futures d'un service dont ils ne bénéficient pas.

⁶³ Le conseil départemental précise dans un courrier du 4 avril 2017 que « c'est lors des calculs préalables à la fixation des prix de journées des sites concernés par un projet architectural que sera étudiée l'utilisation de cette provision ».

Tableau 17 : Provisions pour renouvellement des immobilisations - budget consolidé

Compte 142 en €	2016	2017	2018	2019
Balance d'entrée du compte au 01/01	38 991 187	40 517 794	43 750 712	42 606 756
Dotation de l'année	2 814 249	4 648 738	149 000	149 000
Reprise sur provision de l'année	1 287 642	1 415 821	1 292 956	1 323 869
Solde du compte au 31/12	40 517 794	43 750 712	42 606 756	41 431 887

Source : comptes financiers du GHRMSA

Rappel du droit n° 3 : Constituer les provisions pour renouvellement des immobilisations conformément aux prescriptions de l'instruction M21 et reprendre les provisions injustifiées.

10.6.1.2 Les provisions pour risques et charges

Les provisions pour litiges (compte 151)

Les provisions pour contentieux lié au régime local Alsace-Moselle

L'Alsace et la Moselle bénéficient d'un régime d'assurance maladie différent de celui du reste de la France : le régime local d'Alsace-Moselle⁶⁴. En 2008, lors du passage à la tarification à l'activité, le ticket modérateur des assurés du régime local était calculé sur le groupe homogène de séjour (GHS) alors que pour les autres régimes⁶⁵, il était fondé sur le tarif journalier de prestation (TJP), plus favorable. De ce fait, la valorisation des séjours des assurés locaux était inférieure à celle des assurés du régime général.

Le GHRMSA facturait cet écart à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Haut-Rhin qui refusait de payer. A compter du 1^{er} juillet 2016⁶⁶, l'assurance maladie a aligné la valorisation des séjours des assurés locaux sur celle des assurés du régime général. Cette reconnaissance n'est pas rétroactive et ne s'applique pas aux séjours facturés avant le 1^{er} juillet 2016.

Le GHRMSA s'est alors rapproché de la CPAM afin de mettre un terme à ce différend. Un protocole transactionnel⁶⁷ a été signé entre les deux parties le 5 juin 2018 en vertu duquel le régime local s'engage à verser à l'établissement la somme de 2 610 000 € à titre global, forfaitaire et définitif. Le manque à gagner résultant de ce contentieux, estimé à 23 944 771 €, a conduit le GHRMSA à provisionner chaque année et cela jusqu'en 2016⁶⁸. La conclusion du protocole en 2018 a permis à l'établissement de reprendre la provision antérieurement constituée de 23,9 M€ afin de compenser les pertes.

⁶⁴ L'Alsace et la Moselle ont conservé le régime mis en place lorsqu'elles étaient annexées par l'Allemagne.

⁶⁵ Il résulte des dispositions de l'article 33.II de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, qu'à titre dérogatoire et pour une durée limitée dans le temps, l'assiette de liquidation du ticket modérateur n'est pas constituée par les tarifs du GHS mais par les tarifs journaliers de prestation (TJP).

⁶⁶ La fiche d'information CNAMTS du 13 juillet 2016 applicable à partir du 1^{er} juillet 2016 a donné consigne de retenir les TJP comme assiette de liquidation de la prestation prise en charge par le régime local.

⁶⁷ Ce règlement met un terme à toute contestation relative aux frais d'hospitalisation pour la période antérieure au 1^{er} juillet 2016.

⁶⁸ Exercice au cours duquel 4,6 M€ ont été provisionnés au titre du contentieux lié au régime local Alsace-Moselle.

Les autres provisions pour litiges

Les autres provisions pour litiges constituées afin de couvrir un risque probable ou certain sont, sur la période de contrôle, conformes aux dispositions de l'instruction comptable M21 et n'appellent pas d'observations.

Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET)

Conformément aux dispositions de l'article 11-1 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne temps dans la fonction publique hospitalière et de l'arrêté du 20 décembre 2018 modifiant les dispositions de l'arrêté du 17 avril 2014, le GHRMSA a constitué des provisions pour CET. L'examen des régularisations liées aux fusions et la constitution de ces provisions n'appelle pas d'observations.

Les autres provisions pour charges (compte 158)

L'article R. 6146-8 du CSP prévoit la possibilité de mentionner dans les contrats de pôles un intéressement aux résultats de gestion. Le GHRMSA a intégré cette mesure dans les contrats signés en 2013 afin d'inciter les pôles à améliorer leurs résultats. Des provisions ont été ainsi constituées de 2012 à 2014 pour un montant global de 1,2 M€.

Depuis fin 2018, le solde de ces provisions est de 643 890,64 €⁶⁹ et ce dispositif d'intéressement est suspendu, car les règles d'attribution ne sont effectivement plus adaptées aux évolutions de l'établissement. Les nouveaux contrats de pôles signés en 2019, ne prévoient plus de mesures d'intéressement.

La constitution de provisions destinées au financement de l'intéressement des pôles n'est pas conforme aux règles de l'instruction comptable M21 en raison de l'absence de dispositions applicables au cas d'espèce.

Rappel du droit n° 4 : Procéder à la reprise des provisions non conformes aux dispositions de l'instruction comptable M21 au titre de l'intéressement des pôles.

Les provisions pour dépréciation des créances sur les redevables (compte 491) et admissions en non-valeur (compte 654)

Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à la constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à la minorer. La méthode statistique utilisée par le GHRMSA, décrite dans l'état PF1 du compte financier, est conforme aux prescriptions de l'instruction M21. L'examen du compte 654 n'appelle pas d'observations.

11. L'ANALYSE FINANCIÈRE

11.1 Les opérations de fusion

Dans un contexte de fusion particulièrement soutenu, l'établissement a réduit son volume d'investissements afin de diminuer sa dette et pouvoir absorber les situations financières souvent déficitaires des établissements fusionnés. Cela s'est traduit par l'arrêt du plan d'investissement de 300 M€ mené depuis 2007 à l'issue des opérations de

⁶⁹ Cf. annexe 5 tableau 2.

restructuration, entre 2015 et 2018, de la psychiatrie (20 M€) et des blocs opératoires (10 M€), et la construction d'un bâtiment pôle mère-enfant (72 M€).

Au 1^{er} janvier 2017, les opérations de fusion ont conduit à la création d'un budget unique E2 pour la majorité des établissements pour personnes âgées dépendantes⁷⁰ (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD). Les EHPAD de Rixheim (budget E6) et Sierentz (E7) ont été intégrés sous forme de budgets annexes indépendants car ils bénéficient de modalités de tarification différentes en l'absence de pharmacie à usage intérieur.

Le GHRMSA a intégré les passifs des établissements fusionnés et a procédé à des corrections comptables afin de satisfaire aux règles de la comptabilité hospitalière. L'ARS a notifié et versé courant 2017 une aide exceptionnelle de 2 393 513 € afin d'accompagner l'établissement dans ces opérations de fusion.

11.2 Présentation financière générale

Le GHRMSA dispose d'un budget principal et dix budgets annexes⁷¹ pour un total de produits 2019 de 484 177 211 €. L'activité MCO représente la majeure partie du volume budgétaire avec près de 88 % du total des produits pour l'année 2019.

L'analyse des charges et des produits porte uniquement sur le budget principal (H) et le budget EHPAD (E2), soit au total 93,8 % du budget consolidé. L'examen des résultats, des soldes intermédiaires de gestion et du bilan porte sur la totalité du budget consolidé. Par souci de cohérence, les taux d'évolution retenus dans l'analyse sont calculés à périmètre constant post fusion soit de 2017 à 2019.

Entre 2016 et 2019, les résultats consolidés⁷², aides incluses, du GHRMSA se sont dégradés. Les déficits sont principalement portés par le budget principal. En 2019, la dégradation importante constatée est liée à une augmentation des charges de prestations externes liée à l'externalisation de plusieurs fonctions logistiques.

La dotation non affectée (DNA), constituée de biens mobiliers et immobiliers, est déficitaire à compter de 2018 en raison d'une sous exploitation de logements vétustes réservés aux personnels. La chambre rappelle que le budget annexe de la DNA ne doit pas être déficitaire, et invite l'établissement à rétablir l'équilibre financier sans tarder.

Ainsi, les déficits cumulés du GHRMSA s'aggravent de 13,8 M€ entre 2017 et 2019 en raison notamment de la reprise des déficits des établissements intégrés au 1^{er} janvier 2017 (8 391 042 €). La chambre relève le caractère préoccupant de cette dégradation financière entre 2016 (- 32,1 M€) et 2019 (- 62,7 M€) à périmètre non constant et fortement marqué par le processus de fusion. Ainsi, le déficit cumulé atteint près de 63 M€ fin 2019.

Tableau 18 : Évolution du déficit cumulé du GHRMSA avec fusion

en €	2016	2017	2018	2019
Report à nouveau déficitaire	- 32 580 040	- 49 895 559	- 54 219 488	- 63 482 967
Report à nouveau excédentaire	382 577	1 005 399	527 254	749 757
déficit cumulé	- 32 197 463	- 48 890 160	- 53 692 234	- 62 733 210

Source : retraitement comptes financiers GHRMSA CRC Grand Est

⁷⁰ Altkirch, Mulhouse, Thann, Cernay, Bischwiller les Thann (Budget EHPAD commun E2), Mulhouse, Cernay et Altkirch (Budget commun unité de soins de longue durée B1).

⁷⁰ Cf. annexe 6 tableau 1.

⁷² Cf. annexe 6 tableau 2.

11.3 Le pilotage budgétaire et financier

La construction de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) annuel fait l'objet d'une note de cadrage. Il intègre les propositions issues du dialogue de gestion avec les pôles soumis à la direction. La procédure de concertation et avis des instances et transmission sont conformes à la réglementation en vigueur.

Le pilotage budgétaire et financier est assuré par la direction des affaires financières (DAF). Pour ce faire, elle dispose d'un calendrier de cadrage semestriel et de tableaux de bord mensuels de suivi. Ils sont constitués sur la base d'un traitement provisoire de la balance au mois précédent avec une estimation des écarts en regard des prévisions. La situation financière fait l'objet d'une présentation régulière aux instances de l'établissement (directoire, CTE, CME, conseil de surveillance).

Les outils déployés par la DAF sont insuffisamment performants, il n'existe pas d'interface informatique permettant un pilotage simultané des produits et des charges et elle ne dispose pas d'outil permettant un pilotage stratégique et prospectif mensuel facilitant la décision. Cela nuit à la fluidité de l'information et entache vraisemblablement le champ décisionnel.

La chambre prend acte des travaux engagés depuis mars 2021, par la direction des services financiers, afin de rationaliser les outils existants.

Recommandation n° 4 : Optimiser l'utilisation des outils et interfaces existants et se doter d'un outil prospectif afin d'améliorer le pilotage budgétaire et financier.

11.4 L'évolution des charges et produits Budget principal (H)

Entre 2017 et 2019, les produits du budget principal augmentent de 2,1 %. Cette hausse est particulièrement importante entre 2017 et 2018 (+ 26 M€) en raison de l'apurement du contentieux avec le régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle (24 M€). L'évolution des charges apparaît difficilement contenue.

Entre 2017 et 2019, le versement de 12,8 M€ d'aides à destination de GCS des trois frontières constitue à la fois des produits et des charges ayant transité sur les comptes du GHRMSA sans fondement réglementaire.

Tableau 19 : Évolution des charges et produits du Budget H

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Total des produits du budget H	380 662 911	426 100 352	452 520 122	434 972 358	2,1 %
Total des charges du budget H	385 576 705	431 811 248	457 673 112	441 461 848	2,2 %
Résultat budget principal	- 4 913 795	- 5 710 895	- 5 152 990	- 6 489 489	- 13,6 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

11.5 Les produits du budget H

Les produits versés par l'assurance maladie représentent 78,2 % du total. Ils comprennent 12,8 M€ qui ne sont pas des produits réels mais reversés au GCS.

Tableau 20 : Évolution par titre Budget principal

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	297 318 766	328 529 852	331 417 695	340 153 165	3,5 %
Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière	22 661 362	24 035 562	23 561 157	22 929 457	- 4,6 %
Titre 3 : autres produits	60 682 782	73 534 939	97 541 270	71 889 736	- 2,2 %
Total des produits	380 662 911	426 100 352	452 520 122	434 972 358	2,1 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

11.5.1 Les produits versés par l'assurance maladie (AM)

En 2016, les produits versés par l'AM augmentent⁷³ malgré une activité qui diminue et un effet prix négatif. La dynamique des produits est essentiellement portée par la dotation annuelle de financement SSR (augmentation capacitaire) et les consultations et actes externes.

De 2017 à 2019⁷⁴, les produits liés à l'activité hospitalière (tarification des séjours) augmentent (1,3 %) au regard de la montée en charge de l'activité ambulatoire (+ 11,8 %). Malgré une activité atone en 2018, les produits progressent de 0,76%. En 2019, on retrouve une faible progression du financement de l'activité (0,8 %) malgré le recul de la valorisation des séjours (0,7 %). Les médicaments facturés en sus et dispositifs médicaux sont dynamiques du fait de l'activité ambulatoire.

Les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) diminuent de 1,7 %, alors que les ressources au titre du fonds d'intervention régional progressent de 3,4 %. Un recodage de l'activité (procédure Lamda) permet d'abonder le titre 1 sur les différents exercices (particulièrement en 2017).

11.5.2 Les autres produits de l'activité hospitalière

En 2016, le volume des produits est principalement porté⁷⁵ par l'application des nouvelles règles du régime local Alsace-Moselle dont la mise en œuvre s'élève à plus de 2 M€ en année pleine.

Entre 2017 et 2019, les produits d'activité d'hospitalisation non complète sont dynamiques reflétant l'augmentation de l'activité ambulatoire. A contrario, les séjours en hospitalisation complète diminuent. L'évolution des forfaits repose sur l'augmentation de 18 € à 20 € du forfait journalier. Les prestations au profit d'un autre établissement diminuent corrélativement à la baisse des sollicitations du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et des prélèvements d'organes.

⁷³ Cf. annexe 6 tableau 3.

⁷⁴ Le changement de comptabilisation (titre 3 vers titre 1) du fonds d'intervention régional (FIR) depuis 2015 vient abonder d'autant les produits de ce titre (12,9 M€ pour 2016, 12,8 en 2017 13,2 M€ pour 2018 et 12,9 en 2019). Le changement de calcul de remboursement et d'imputation des recettes provenant du régime Alsace-Moselle (passage de 100 % de remboursement au titre 1 à un passage du montant du ticket modérateur au titre 2 en 2017) est également un élément de variabilité à prendre en compte.

⁷⁵ Cf. annexe 6 tableau 4.

Malgré une augmentation des prestations liées aux conventions internationales (36 %), les prestations délivrées aux patients étrangers diminuent, du fait d'une modification d'imputation des recettes de l'aide médicale d'État (AME) au titre 1. La forte diminution des produits à la charge de l'État (détenus) s'explique également par une modification d'imputation de recettes au titre 1.

Sur les prestations internationales, l'hôpital est confronté à des difficultés de recouvrement. Les conventions internationales sont difficiles à mettre en œuvre voire inexistantes. Afin de sécuriser le processus de recouvrement, l'établissement a mis en place différentes actions : développement du paiement sur place, paiement par avance des séjours programmés des patients non assurés sociaux, procédure d'alerte pour signaler les patients mauvais payeur et prise de l'empreinte de la carte bancaire prévue en 2022 dans le cadre du projet DIAPASON.

11.5.3 Les autres produits

Ce titre diminue de 2,2 %⁷⁶ entre 2017 et 2019 du fait de la diminution des rétrocessions de médicaments (35,3 %) en raison de la mise en disponibilité de certaines molécules en officine de ville et à la gratuité de certains traitements pour des thérapeutiques particulières. Cette baisse est cependant limitée par l'augmentation des remboursements de charges de personnel en 2019 (1,77 M€) et des remboursements des budgets annexes (+ 68,2 %) qui augmentent après fusion en 2017 de plus de 5 M€.

L'augmentation de la variation des stocks s'explique par un stockage de produits très onéreux destinés au traitement de pathologies complexes. Les reprises sur amortissements et provisions augmentent significativement en 2018 (24 M€) suite à l'apurement du contentieux avec le régime local Alsace Moselle.

11.6 Les charges budget H

11.6.1 L'évolution des charges par titres

Sous la période 2017-2019, les charges augmentent de 2,2 %. Cette progression est principalement portée par les charges à caractère hôtelier et général qui apparaissent difficilement maîtrisées. Celles-ci comprennent le reversement à hauteur de 12,8 M€ au GCS.

Tableau 21 : Évolution par titre des charges du budget H

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Titre 1 : charges de personnel	238 775 196	266 427 029	268 139 841	270 066 173	1,4 %
Titre 2 : charges à caractère médical	86 902 163	95 785 266	93 164 934	95 259 978	- 0,5 %
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	28 224 437	39 826 169	41 618 644	46 006 746	15,5 %
Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	31 674 910	29 772 784	54 749 693	30 128 950	1,2 %
Total des charges	385 576 705	431 811 248	457 673 112	441 461 848	2,2 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

⁷⁶ Cf. annexe 6 tableau 5.

11.6.2 Les charges en personnel

Les opérations de fusion contribuent à la hausse importante des charges de personnel entre 2016 et 2017 (+ 27,6 M€). Elles augmentent de 1,4 % entre 2017 et 2019⁷⁷.

L'établissement a mené en 2017 un vaste plan de refondation des ressources humaines avec 17 mesures de gestion ayant conduit à la suppression de 105 équivalents temps plein de personnels non médicaux, le passage de 2 000 agents à 7 H 30 de travail quotidien et la limitation à 15 jours de récupération du temps de travail (RTT). Les évolutions de la masse salariale, hors contexte de fusion, sont contenues.

Les difficultés d'attractivité médicale et paramédicale⁷⁸ se traduisent par l'augmentation de près de 5 % du poste rémunération extérieure (intérim médical et remplacements). La grave crise des urgences traversée par l'établissement en 2018 et 2019 n'a fait qu'amplifier la hausse de ces dépenses.

11.6.3 Les charges à caractère médical

Les charges à caractère médical représentent 21,6 % du total des dépenses de l'établissement en 2019. Entre 2017 et 2019 ces charges diminuent de 0,5 %⁷⁹.

Les variations de stocks sont en progression de plus de 5 %. L'ordonnateur explique cette évolution par la nécessité de disposer d'un volume suffisant de médicaments disponibles en permanence pour certaines pathologies.

Le poste sous-traitance générale progresse fortement (12,4 %) du fait notamment d'une augmentation des dépenses liées aux prestations médicales extérieures⁸⁰ (examens de laboratoire + 25,6 %) et aux redevances des urgentistes⁸¹ (accroissement de 16,7 %). Les locations à caractère médical progressent fortement entre 2018 et 2019 du fait de la mise en location de certains équipements médicaux.

Les fournitures de petit matériel médical et médico-technique progressent de près de 5 %. L'ordonnateur explique cette évolution par les coûts importants liés aux dispositifs médicaux stériles, aux fournitures de laboratoire et aux petits matériels médicaux.

11.6.4 Les charges à caractère hôtelier et général

Les charges à caractère hôtelier et général représentent 10,4 % des dépenses de l'établissement en 2019. Elles augmentent de 15,5 % entre 2017 et 2019⁸².

Les services extérieurs augmentent de 13,7 % du fait des évolutions de périmètre des locations et entretien des locaux ainsi que de la contractualisation de la maintenance du chauffage. Les autres services extérieurs progressent de 28,1 % en raison d'une externalisation importante de certaines fonctions (entretien des espaces extérieurs, linge, parc automobile, mise en service pôle Femme-mère-enfant). L'augmentation du périmètre du GHRMSA à partir de 2017 a également des conséquences sur les charges de transport interne.

⁷⁷ Cf. annexe 6 tableau 6.

⁷⁸ Les difficultés d'attractivité sont principalement liées à la proximité frontalière, aux écarts salariaux public-privé et aux meilleures conditions de travail en Suisse et Allemagne.

⁷⁹ Cf. annexe 6 tableau 7.

⁸⁰ Les charges liées aux examens de laboratoires et pharmacie du GCS des trois frontières ont augmenté de 40,6 % entre 2017 et 2019.

⁸¹ L'emploi de gré à gré d'urgentistes afin de compléter la permanence des soins au GCS des trois frontières a augmenté de 23,3 % au GCS des trois frontières entre 2017 et 2019.

⁸² Cf. annexe 6 tableau 8.

L'évolution des autres charges est corrélée à l'augmentation de la contribution au GHT, à une hausse de l'activité des radiologues et à l'apurement de créances anciennes post-fusion.

11.6.5 Les charges d'amortissement, de provisions, dépréciations financières, et exceptionnelles

En 2017, les charges exceptionnelles augmentent⁸³ du fait d'annulations de titres et de charges sur exercices antérieurs (ajustement post fusion). En 2018, les annulations de titres consécutives au dénouement du contentieux avec le régime Alsace-Moselle expliquent l'augmentation des charges exceptionnelles sur cet exercice.

Les charges financières diminuent entre 2017 et 2019 corrélativement à la diminution de la charge de la dette. En 2019, les charges d'amortissement, de provisions, dépréciations financières, et exceptionnelles représentent 6,8 % des charges d'exploitation. Elles augmentent entre 2017 à 2019 de 1,2 % du fait de l'évolution des dotations aux amortissements et provisions.

11.7 L'analyse financière des EHPAD (Budget E2)

Les EHPAD d'Altkirch, Mulhouse, Thann, Cernay, Bischwiller-lès-Thann ont fusionné dans un seul budget annexe dénommé E2 au 1^{er} janvier 2017. Le périmètre de ce budget a évolué en 2019 avec l'intégration de l'EHPAD de Sierentz. Pour ces raisons, l'analyse ne comporte pas de taux d'évolution en raison d'un périmètre non constant.

11.7.1 Les produits

Les produits afférents aux soins (titre 1) évoluent⁸⁴ au rythme des fusions et intégrations, augmentant de plus de 6 M€ entre 2016 et 2017 puis de près de 2,4 M€ entre 2018 et 2019.

En 2019, l'établissement a bénéficié de crédits non reconductibles (création d'un pôle d'activité et de soins adaptés à Cernay 15 950 € et projet prévention⁸⁵ 14 400 €). Il a bénéficié également de crédits compensatoires à hauteur de 45 971 € au titre des effets négatifs du mécanisme de convergence. La fermeture de 40 places à l'EHPAD Emile Muller à Mulhouse n'a pas affecté la dotation soins qui a été maintenue à l'identique des places autorisées.

Les produits du titre 2 (dépendance) et 3 (hébergement) sont également affectés par les opérations de fusion. La tendance 2018-2019 est à la baisse en raison d'un affaiblissement de l'activité réalisée (- 4 785 journées).

Les autres produits augmentent entre 2018 et 2019 sous l'effet du versement de différentes subventions (restructuration de l'EHPAD de Cernay, amélioration des conditions de travail) ainsi que par la vente d'une maison (142 000 €).

⁸³ Cf. annexe 6 tableau 9.

⁸⁴ Cf. annexe 6 tableau 10.

⁸⁵ Crédits dédiés à l'activité physique des personnes âgées.

11.7.2 Les charges

Les charges de personnel⁸⁶ sont affectées par l'absentéisme et les difficultés de recrutement. En 2019, l'établissement a pris des mesures en modifiant les modalités de recrutement et de fidélisation (contrat à durée indéterminé et stagiairisations⁸⁷ directes). Cette même année, les charges du personnel médical évoluent du fait d'une révision des imputations comptables des ressources médicales selon les budgets. Les autres charges sont affectées par le passage de l'EHPAD de Sierentz en dotation globale⁸⁸ (paiement de professionnels de santé libéraux 93 166 €).

Les charges à caractère médical augmentent en raison des prestations de laboratoires imputables à l'établissement en raison du passage en dotation globale en 2019 de l'EHPAD de Sierentz.

Les charges à caractère hôtelier et général augmentent entre 2018 et 2019 du fait de l'intégration de Sierentz, des évolutions des denrées alimentaires et des produits d'incontinence (56 225 €). Les prestations nettoyage, linge et déchets externalisés évoluent également fortement.

Les charges du titre 4 évoluent sur la période de contrôle du fait de l'annulation des dossiers en attente de validation d'aide sociale par le département et de rémissions de titres (erreur de facturation) sur exercices antérieurs à hauteur de 192 906 €.

11.7.3 Les résultats

Les résultats du Budget E se dégradent à partir de l'exercice 2018 en raison de baisses d'activité liées à la fermeture de 40 lits sur le site Emile Muller, aux travaux de restructuration de Cernay et à des charges exceptionnelles qui augmentent en 2019.

Tableau 22 : Résultat Budget E

En €	2016	2017	2018	2019
Total des produits	7 083 217	22 562 227	22 405 442	28 767 063
Total des charges	6 872 242	22 373 024	22 585 867	29 255 297
Résultat	210 975	189 203	- 180 425	- 488 234

Source : comptes financiers du GHRMSA

11.8 L'analyse des soldes intermédiaires de gestion (SIG)

Marge brute et capacité d'autofinancement sont deux soldes intermédiaires de gestion complémentaires qui permettent d'analyser les capacités de l'hôpital à financer ses investissements et à couvrir le remboursement de sa dette. Leur analyse sur le seul budget principal n'est donc pas significative et doit être effectuée à partir des comptes consolidés.

L'analyse des SIG du GHRMSA montre que les deux principaux agrégats (marge brute et capacité d'autofinancement), non retraités des aides reçues, évoluent respectivement de 8,1 % et 12,4 % entre 2017 et 2019. Les caractéristiques de ces agrégats varient de manière

⁸⁶ Cf. annexe 6 tableau 11.

⁸⁷ La stagiairisation est la période probatoire destinée à vérifier l'aptitude du fonctionnaire à exercer ses fonctions. À la fin d'une période déterminée (généralement un an) l'agent a vocation à être titularisé.

⁸⁸ Le passage en dotation globale inclut la rémunération des praticiens libéraux intervenants au sein de l'EHPAD.

très importante en 2017 et 2018 en raison du processus de fusion et de charges exceptionnelles affectant la capacité d'autofinancement (CAF) en 2018.

Tableau 23 : Soldes intermédiaires de gestion consolidés

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Produits de l'activité hospitalière	307 012 642	337 271 588	340 863 582	349 181 478	3,5 %
+ Dotations et produits de tarification des budgets annexes	31 378 313	50 432 483	50 544 332	50 461 866	0,1 %
= Produits de l'activité (a)	338 390 956	387 704 070	391 407 914	399 643 344	3,1 %
+ Produits annexes (b)	9 968 607	11 120 022	11 534 852	13 329 422	19,9 %
+ Prestations services, tvx, études, divers (c)	563 726	519 832	544 668	380 674	- 26,8 %
+ Ventes de marchandises (d)	19 844 662	22 454 711	16 694 904	14 577 393	- 35,1 %
<i>Dont rétrocession de médicaments</i>	19 770 267	22 363 842	16 627 692	14 465 958	- 35,3 %
<i>Dont autres ventes de marchandises</i>	74 395	90 869	67 212	111 435	22,6 %
+ Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité (e)	17 480 063	17 424 133	18 115 596	17 951 305	3,0 %
= Chiffre d'affaires (a+b+c+d+e)	386 248 015	439 222 768	438 297 934	445 882 138	1,5 %
+ Production immobilisée	218 734	242 812	195 786	199 277	- 17,9 %
= Produits d'exploitation	386 466 748	439 465 580	438 493 720	446 081 415	1,5 %
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	3 449 350	4 518 013	5 219 038	5 014 600	11,0 %
= Production propre	383 017 398	434 947 566	433 274 681	441 066 815	1,4 %
- Achats	87 339 110	99 259 482	95 488 114	98 005 671	- 1,3 %
- Services extérieurs	12 711 828	13 423 745	13 873 224	15 251 264	13,6 %
- Autres services extérieurs	14 352 924	19 705 396	20 639 107	22 365 986	13,5 %
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	428 930	655 152	554 411	600 739	- 8,3 %
+ Transferts de charges d'exploitation	0	0	0	180 000	
= Valeur ajoutée	268 184 606	301 903 792	302 719 825	305 023 156	1,0 %
+ Autres subventions	1 626 852	1 541 669	1 451 688	1 365 471	- 11,4 %
- Charges totales de personnel*	261 152 565	302 423 572	305 076 651	305 449 569	1,0 %
+ Remboursement de frais entre budgets	8 458 556	13 599 629	14 218 840	14 271 419	4,9 %
= Résultat économique brut	17 117 449	14 621 517	13 313 703	15 210 477	4,0 %
+ Autres produits de gestion	10 579 169	10 885 114	12 178 187	13 391 753	23,0 %
- Autres charges de gestion	1 654 324	6 705 988	7 038 372	8 271 298	23,3 %
= Marge brute d'exploitation	26 042 294	18 800 643	18 453 518	20 330 932	8,1 %
<i>en % des produits courants de fonctionnement</i>	<i>6,53 %</i>	<i>4,16 %</i>	<i>4,08 %</i>	<i>4,41 %</i>	<i>6,0 %</i>
- Frais financiers nets réels	2 733 138	3 785 599	3 739 298	3 579 805	- 5,4 %
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	2 367 262	6 125 011	9 629 257	5 224 586	- 14,7 %
- Charges exceptionnelles réelles	3 534 005	5 282 139	30 218 464	4 152 615	- 21,4 %
= Capacité d'autofinancement brute	22 142 413	15 857 917	- 5 874 987	17 823 098	12,4 %
<i>en % du total des produits</i>	<i>5,37 %</i>	<i>3,33 %</i>	<i>- 1,17 %</i>	<i>3,69 %</i>	<i>10,8 %</i>

Source : logiciel ANAFI

11.8.1 L'analyse de la marge brute

La marge brute est égale aux produits courants de fonctionnement moins les charges courantes de fonctionnement. Elle se distingue de l'excédent brut d'exploitation (EBE), lequel ne prend pas en compte les autres charges et autres produits de gestion courante. Le calcul de la marge brute permet ainsi à l'établissement de savoir s'il est en capacité de rembourser ses emprunts, de renouveler ses actifs et de couvrir les risques liés à l'exploitation.

L'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé définit la marge brute d'exploitation tous budgets confondus comme « l'indicateur principal de la performance économique des établissements » et recommande de viser l'atteinte d'un taux de marge brute de 8 % des produits courants hors aides financières [...]. »

Sur l'ensemble de la période, cet objectif de taux de marge brute n'est pas atteint. Après une dégradation en 2017, il se stabilise en 2018 corrélativement aux opérations de fusion pour repartir légèrement à la hausse. Fin 2019, ce taux n'est que de 4,4 %, loin de l'objectif recommandé. L'addition des aides exceptionnelles ne permet pas non plus d'atteindre ce seuil.

La marge brute doit permettre de couvrir le service de la dette et couvrir le renouvellement des investissements courant. Après déduction des aides exceptionnelles versées à l'établissement, la marge brute non aidée est insuffisante pour assurer la couverture du service de la dette et la couverture des investissements courants.

La faiblesse de la marge brute est un facteur particulièrement préoccupant au regard de l'endettement de l'établissement et du taux de vétusté de ses équipements (77 % en 2019).

Tableau 24 : Marge brute non aidée

en €	2016	2017	2018	2019
Marge brute	26 042 294	18 800 643	18 453 518	20 330 932
<i>en % des produits courants</i>	6,5 %	4,2 %	4,1 %	4,4 %
Aides exceptionnelles	7 873 136	6 643 685	3 962 856	7 537 845
Marge Brute non aidée (MBNA)	18 169 158	12 156 958	14 490 662	12 793 087
<i>en % des produits courants</i>	4,6 %	2,7 %	3,2 %	2,8 %
Total service de la dette	21 130 803	14 573 857	14 859 967	14 373 152
<i>Taux de couverture du service de la dette par la marge brute</i>	123 %	129 %	124 %	141 %
Taux de couverture de la dette par MBNA	86 %	83 %	98 %	89 %

Source : logiciel ANAFI, données établissement et retraitement CRC

11.8.2 L'analyse de la capacité d'auto financement

La capacité d'autofinancement (CAF) résulte de la différence entre les produits de fonctionnement encaissables et les charges de fonctionnement décaissables. Elle intègre, contrairement à la marge brute, le résultat financier ainsi que les résultats exceptionnels. Elle doit être suffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts à échoir au cours de l'exercice et financer une partie des investissements.

Sur la période de contrôle, la CAF de l'établissement permet le remboursement de la dette en capital excepté en 2018. Le règlement du contentieux avec la caisse Alsace-Moselle a conduit à une reprise de provision importante, qui impacte fortement la CAF cette année-là.

La CAF nette retrouve un meilleur niveau à compter de 2019 sous l'effet de l'amélioration de la CAF brute.

La faiblesse de la CAF est préoccupante au regard des possibilités d'autofinancement des investissements de l'établissement et fait peser des risques élevés en matière de renouvellement des immobilisations.

L'ordonnateur souligne qu'il partage l'analyse de la chambre sur la fragilité induite par les fusions et les conséquences de celles-ci sur la structure patrimoniale de l'établissement.

Tableau 25 : CAF nette

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
CAF brute consolidée	22 142 413	15 857 917	- 5 874 987	17 823 098	12,4 %
Remboursement de la dette en capital	18 269 247	10 647 564	10 980 377	10 639 978	- 0,1 %
CAF nette du remboursement du capital	3 873 166	5 210 353	-16 855 364	7 183 120	

Source : logiciel ANAFI et comptes financiers du GHRMSA

11.8.3 Le renouvellement des immobilisations

Le taux de renouvellement des immobilisations est le rapport entre le montant des investissements réalisés sur l'exercice et le total de l'actif immobilisé. Ce ratio traduit le rythme des investissements de l'hôpital.

Après une hausse en 2017 portée par les opérations de fusion, le taux de renouvellement se dégrade entre 2017 et 2019 et passe de 5,4 % à 2,3 % sous les effets d'une situation financière difficile.

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

11.9.1 Les caractéristiques de la dette

À la clôture de l'exercice 2019, le capital restant dû par l'établissement s'élève à 142,5 M€ contre 158,2 M€ en 2017, soit un désendettement de 9,9 % à périmètre constant post fusion. La reprise de dette des établissements fusionnés en 2017 (22,5 M€) a augmenté l'encours de dette du GHRMSA de 20,3 % à l'ouverture de l'exercice comptable.

Au 31 décembre 2019, l'établissement rembourse 73 emprunts souscrits auprès de 25 établissements bancaires :

- 55 emprunts en euros (compte 1641) pour un capital restant dû de 139,72 M€ ;
- 2 emprunts à long terme renouvelables (compte 1644) pour un capital restant dû de 1,9 M€ ;
- 16 autres emprunts divers (comptes 1677, 1678 et 1681) pour un capital restant dû total de 0,91 M€.

L'encours de dette du GHRMSA apparaît sans risque au regard des critères de la charte de bonne conduite car les emprunts souscrits au 31 décembre 2019 sont classés en

1A⁸⁹ (72 contrats) ou 1B⁹⁰ (1 contrat). De plus, 77,3 % de l'encours de dette est constitué d'emprunts à taux fixe.

En 2016, l'établissement a procédé au remboursement d'un contrat à long terme renouvelable (CLTR) de 10 M€. Corrigé de cette somme, le capital remboursé hors fusion en 2016 s'élève à 8,3 M€ et 9,6 M€ après intégration d'Altkirch, Sierentz et Rixheim.

L'établissement a engagé en 2013 la construction d'un pôle Femme-mère-enfant estimé à 72 M€. Il a souscrit, en 2016 et 2017, deux emprunts d'un montant global de 23 M€⁹¹ pour compléter l'insuffisance de capacité d'autofinancement de cette opération.

Sur la période de contrôle, l'établissement a engagé des négociations en 2018 et 2020 avec plusieurs établissements bancaires afin de renégocier sa dette sans qu'aucune de ces démarches ne se concrétise en raison des difficultés financières de l'établissement.

Tableau 26 : Encours de la dette de l'établissement (montants en euros)

Année	2016 ⁹²	2017	2018	2019
Encours de la dette (€)	110 209 528	158 155 577	153 189 595	142 544 675

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 27 : Poids de la dette

En €	2016 ⁹³	2017	2018	2019
Capital remboursé	18 269 247	10 647 564	10 980 377	10 639 978
Intérêts	2 861 556	3 926 293	3 879 590	3 733 174
Charge annuelle de la dette	21 130 803	14 573 857	14 859 967	14 373 152

Source : comptes financiers du GHRMSA

11.9.2 Les ratios de la dette

Les dispositions de l'article D. 6145-70 du CSP prévoient que le recours à l'emprunt des établissements de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS :

- le ratio d'indépendance financière qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède 10 ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues est supérieur à 30 %.

Ces critères sont calculés à partir du compte financier du dernier exercice clos de l'établissement. À la clôture comptable de l'exercice 2017 la situation financière du GHRMSA présentait deux des trois caractéristiques précitées (durée apparente de dette de 10 ans, encours de dette supérieur à 30 % du total des produits). En conséquence, l'établissement a

⁸⁹ Indices de la zone euro et taux simples ou variables.

⁹⁰ Indices de la zone euro - barrière simple pas d'effet de levier. Un emprunt à barrière est un emprunt classique assorti d'une option dans lequel le taux est conditionné par la fluctuation de l'indice sous-jacent par rapport à un seuil fixé à l'avance (la barrière).

⁹¹ Emprunts souscrits auprès de la Banque postale en 2016 (15 M€) et Crédit agricole en 2017 (8 M€).

⁹² Encours de la dette au 31/12/2016 de l'établissement avant fusion (l'encours de la dette au 31/12/2016 intégrant les établissements fusionnés s'élève à 132 753 341 €).

⁹³ Dette du GHRMSA avant fusion.

reçu le 13 décembre 2018 un courrier de l'ARS l'informant que tout nouveau recours à l'emprunt était subordonné à autorisation préalable.

L'établissement a néanmoins procédé à la souscription sans autorisation préalable le 14 décembre d'un prêt de 6 M€. L'ordonnateur souligne avoir reçu un courriel autorisant ce prêt sans accord préalable. En 2019, l'établissement n'a pas sollicité d'autorisation.

Toujours soumis au régime d'autorisation en 2020, le GHRMSA a obtenu l'accord du directeur de l'ARS pour un recours à l'emprunt de 12 M€. L'établissement n'a cependant pas mobilisé de nouvel emprunt sur l'exercice 2020.

Tableau 28 : Indicateurs d'endettement

	2016 ⁹⁴	2017	2018	2019
Indépendance financière (en %) (encours de dette / capitaux permanents)	41,3	46,3	49,7	48,2
Durée apparente de la dette (en année) (encours de dette / CAF brute consolidée)	5,0	10,0	10,09 ⁹⁵	8,5
Encours de dette / produits de toutes les activités - c/7087 (en %)	27,5	34,3	31,4	30,5

Source : tableaux de bord des indicateurs financiers - DGFIP

En 2019, la durée résiduelle de l'encours de dette de l'établissement est de 26 ans. Cette durée est supérieure à la moyenne nationale des établissements publics de santé (EPS) (16,2 années)⁹⁶.

Au regard de l'ensemble de ces ratios, le GHRMSA doit poursuivre son désendettement et reconstituer son autofinancement. Ces efforts sont d'autant plus nécessaires s'il souhaite réaliser de nouveaux investissements.

L'ordonnateur indique que l'établissement pourrait bénéficier du mécanisme de reprise de la dette des hôpitaux (rapport IGF-IGAS avril 2020) qui devrait être mis en œuvre fin 2021. Il ajoute que l'hôpital poursuit sa politique de réorganisation des filières médicales mais que, néanmoins, ces mesures à elles seules, ne suffiront pas à absorber la dette constituée.

La chambre souligne que le GHRMSA a absorbé la dette des établissements fusionnés sans en avoir les moyens. Le développement futur de l'hôpital impose que soient poursuivis les travaux de réorganisation des filières médicales et que des mesures de redressement soient prises.

11.10 L'analyse bilancielle

Une structure financière équilibrée se caractérise par un fonds de roulement net global (FRNG) positif, les ressources stables devant couvrir les emplois durables mais aussi les besoins de financement dégagés par le fonctionnement courant, appelés « besoin en fonds de roulement » (BFR). Le BFR résulte du décalage entre le paiement des dépenses et l'encaissement des recettes.

⁹⁴ Hors fusion.

⁹⁵ Durée apparente de la dette après retraitement de la CAF en raison de l'incidence comptable de la résolution du contentieux relatif au régime local d'Alsace-Moselle qui a fortement impacté la CAF (ratio non retraité : - 21,4).

⁹⁶ Rapport conjoint de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales sur l'évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise, avril 2020, p17.

11.10.1 Le fonds de roulement

Le fonds de roulement (FR) résulte de la différence entre les ressources à long terme (fonds propres, amortissements et dépréciations, provisions et dettes à moyen et long terme) et les emplois à long terme issus du cycle d'investissement (immobilisations...).

Après avoir fortement augmenté en 2017 en raison des opérations de fusion, le FR ne cesse de se dégrader. Cette diminution s'explique par une baisse significative des ressources stables (- 14,8 %) alors que l'actif immobilisé diminue peu (- 1,2 %). Les résultats négatifs successifs ainsi que les reports déficitaires qui en résultent grèvent de manière conséquente les ressources stables de l'établissement.

En 2019, le FR couvre à peine le besoin en fonds de roulement et permet seulement de financer 17 jours de charges courantes de fonctionnement. Ce rapport illustre la fragilité des marges financières dont dispose l'établissement pour couvrir ses besoins courants et financer ses investissements.

Tableau 29 : Fonds de roulement

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
+ Apports, réserves et reports	68 500 402	82 418 812	78 654 207	72 030 456	- 12,6 %
+ Résultat de l'exercice	- 3 763 467	- 4 749 090	- 3 183 336	- 5 817 462	
= Fonds propres	64 736 935	77 669 722	75 470 871	66 212 994	- 14,8 %
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	8 587 299	13 538 260	13 538 630	15 009 611	10,9 %
+ Provisions réglementées	56 085 299	61 307 584	59 231 515	62 190 503	1,4 %
= Fonds propres élargis	129 409 533	152 515 566	148 241 016	143 413 108	- 6,0 %
+ Dettes financières	110 816 469	158 908 565	153 930 550	143 273 764	- 9,8 %
= Ressources stables (a)	240 226 002	311 424 131	302 171 566	286 686 872	- 7,9 %
+ Immobilisations d'exploitation	212 148 744	266 862 398	274 817 575	263 957 420	- 1,1 %
+ Immobilisations financières	1 913 985	1 645 105	1 372 748	1 367 430	- 16,9 %
= Actif immobilisé (b)	214 062 730	268 507 503	276 190 323	265 324 850	- 1,2 %
Fonds de roulement (a-b=c)	26 163 273	42 916 627	25 981 243	21 362 022	- 50,2 %
<i>en Nbre de jours de charges courantes</i>	25	35	21	17	- 51,2 %

Source : logiciel ANAFI

11.10.2 Le besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement (BFR) correspond à la différence entre l'actif circulant (besoins immédiats de financement pour alimenter le cycle d'exploitation) et le passif circulant (dettes fournisseurs, dettes sociales et fiscales et avances reçues). La différence permet d'obtenir le besoin en financement engendré par l'activité.

Sur la période de contrôle le BFR est élevé⁹⁷ à l'exception de l'année 2018 où il baisse sensiblement sous l'effet conjugué d'une baisse des créances d'exploitation de l'établissement (caisse pivot et hospitalisé) et d'une hausse des dettes fournisseurs.

En 2019, le BFR s'établit à 17 jours de charges courantes à un niveau équivalent à 2017. La situation reste cependant préoccupante et résulte de créances redevables et

⁹⁷ Cf. annexe 6 tableau 12.

comptes rattachés particulièrement élevés (près de 70 M€) malgré une amélioration du taux de recouvrement.

Les délais globaux de paiement de l'établissement dépassent le seuil réglementaire des 50 jours fixé à l'article R. 2192-11 du code de la commande publique sur l'ensemble de la période malgré une amélioration en 2019. L'ordonnateur n'a pas été en mesure de l'expliquer. Cette situation non conforme expose l'établissement à un risque de paiement d'intérêts moratoires. L'ordonnateur indique que la création du centre facturier en septembre 2020 devrait permettre de réduire les délais globaux de paiement en limitant le nombre de rejets de mandats. Il ajoute que la direction des affaires financières a mis en place des indicateurs de suivi des taux de rejet des mandats.

11.10.3 La dégradation de la trésorerie

À compter de 2018, la trésorerie du GHRMSA se dégrade fortement sous les effets conjugués d'une contraction du fonds de roulement et d'une augmentation du BFR. Fin 2019, le niveau de trésorerie est au plus bas.

Afin de couvrir ses besoins de trésorerie, le GHRMSA a recours à des lignes de trésorerie dont l'enveloppe annuelle globale est de 5 à 25 M€. L'examen des contrats permet de constater que l'établissement n'a pas de frais en cas de non utilisation de ces lignes et que les coûts de tirage sont faibles.

Alors que la situation financière est très dégradée, le programme d'investissement se poursuit sans financement de long terme, et sur les seuls fonds propres, conduisant à dégrader d'avantage la trésorerie.

Tableau 30 : Coût annuel des lignes de trésorerie

En €	2016	2017	2018	2019
Montant du tirage	25 000 000	5 000 000	5 000 000	14 000 000
Coût annuel	33 575,17	979,45	458,33	2 610,83

Source : données GHRMSA

Tableau 31 : Trésorerie budget consolidé

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Fonds de roulement (a)	26 163 273	42 916 627	25 981 243	21 362 022	- 50,20 %
Besoin en fonds de roulement net global* (b)	17 376 779	20 603 830	10 365 127	21 280 476	3,30 %
Trésorerie nette	8 786 494	22 312 797	15 616 116	81 546	- 99,60 %
en Nbre de jours de charges courantes	8	18	13	0	

Source : logiciel ANAFI

11.11 Le contrat de performance

En cas de situation financière dégradée, ce qui est le cas pour le GHRMSA, le directeur propose à l'ARS un plan de redressement de l'équilibre financier qui se décline dans un contrat

de performance⁹⁸ par avenant au CPOM⁹⁹. En 2016, l'ARS a engagé une démarche de contractualisation d'un contrat de performance. Fin 2017, celui-ci n'était toujours pas abouti. Néanmoins, courant 2017, le GHRMSA a formalisé un plan stratégique interne visant à augmenter l'attractivité et l'activité, améliorer la qualité et adapter la gouvernance. Cela s'est traduit par un vaste plan de restructuration (refondation de la politique RH, externalisations...).

En 2018, l'établissement a eu recours, sous l'égide de l'ARS, à une mission d'analyse relative à l'efficacité médico économique en vue de la formalisation du contrat de performance. Il ressort du rapport d'analyse quatre axes stratégiques et 15 pistes d'actions portant sur la structuration de l'offre de soins territoriale, l'attractivité médicale, la performance de gestion et l'équilibre financier. En octobre 2018, le conseil de surveillance a eu la primauté des conclusions de ce rapport qui a suscité de nombreux échanges attestant de la complexité et la sensibilité des élus sur les thématiques abordées.

Depuis, Le GHRMSA dispose d'orientations sans que des choix stratégiques clairs ne soient arrêtés. Malgré tout, certaines actions ont été mises en œuvre, telle que la transformation des maternités de Thann et Altkirch en centre de périnatalité de proximité en novembre 2019.

L'ordonnateur décrit une évolution complexe avec plusieurs changements d'ordonnateurs. La concertation avec les élus et les tutelles se poursuit sans pour autant qu'il y ait l'émergence d'une stratégie partagée. Les enjeux de l'offre territoriale de soins, d'attractivité et de performance sont au cœur des réflexions de l'établissement. Dans l'attente, et dans un contexte actuel de crise sanitaire, la politique générale de l'établissement et les adaptations organisationnelles s'en trouvent affectées et de nombreuses interrogations subsistent quant aux évolutions réglementaires à venir.

11.12 Conclusion

La situation financière du GHRMSA est particulièrement préoccupante. Elle se caractérise par un déficit cumulé qui ne cesse de s'aggraver, près de trois ans après la dernière opération de fusion. Cette situation résulte d'une faiblesse de ses ressources structurelles conjuguées à des charges incompressibles au regard de la multiplicité des activités et des structures. Les SIG montrent une capacité d'autofinancement très dégradée.

Son niveau d'endettement est dans les seuils d'alerte et ne laisse que très peu de latitude pour financer les investissements. Le fonds de roulement est insuffisant pour financer un besoin en fonds de roulement alourdi de nombreux impayés. L'ordonnateur indique qu'il a débuté un état des lieux afin de définir une stratégie d'optimisation budgétaire et financière à moyen terme.

Même si l'ordonnateur considère que les différents volets du projet d'établissement 2021-2025 devraient permettre d'accompagner sa stratégie de redressement financier, la chambre relève l'inquiétante dégradation financière du GHRMSA dans un contexte de crise sanitaire qui amplifie ses difficultés. L'établissement doit mettre en œuvre une stratégie visant à restructurer son offre de soins, favoriser l'attractivité médicale et améliorer la performance de gestion.

⁹⁸ Le contrat de performance (CP) prévoit un audit complet de la situation et des leviers pour garantir le service public hospitalier de proximité en prenant en compte l'offre de soins et son évolution, les problématiques du territoire, les capacités de recrutement (attractivité) et les modalités de retour à l'équilibre financier.

⁹⁹ Cet avenant permet de bénéficier de financements complémentaires transitoires destinés à accompagner l'établissement dans son redressement financier.

Recommandation n° 5 : Mettre en œuvre une stratégie de redressement financier reposant sur des mesures structurelles de réorganisation de l'activité de soins, d'amélioration de l'attractivité médicale et d'économies de gestion.

12. LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

12.1 Le cadre de l'enquête

L'enquête « prise en charge de résidents en EHPAD : médicalisation, accompagnement et prévention individuelle et collective » porte sur les progrès en matière d'organisation, d'amélioration de la qualité des soins et de prévention au regard des complications liées à la dépendance dans les EHPAD.

Son périmètre concerne les EHPAD des sites de Mulhouse (EHPAD Emile Muller et Hasenrain) et de Cernay soit 225 lits installés au 1^{er} janvier 2020. Ces entités sont toutes rattachées juridiquement au GHRMSA. Le pôle d'activité et de soins adaptés (PASA de 14 places) de l'EHPAD de Cernay n'est pas intégré dans ce contrôle en raison de son ouverture récente (octobre 2019) et de son activité parcellaire du fait de la crise sanitaire.

Par souci de clarté, il est précisé la différence entre la gériatrie qui est la médecine des personnes âgées, et la gérontologie qui désigne l'étude du vieillissement dans toutes ses dimensions, notamment sociale, économique, démographique, psychologique, anthropologique, culturelle, médicale et autres. La gériatrie est donc une des composantes de la gérontologie.

12.2 Les données départementales du Haut-Rhin

Selon les données démographiques du Haut-Rhin de 2018, la population de ce département est vieillissante (8 % ont plus de 75 ans) mais en-deçà de l'ensemble de l'Hexagone (10 %) pour la même tranche d'âge. L'augmentation attendue à l'horizon 2030 fait état d'une hausse de 37 % des personnes âgées de plus de 75 ans dans le département.

Les personnes âgées et dépendantes sont principalement concentrées sur les territoires de Mulhouse et Colmar ainsi que dans la vallée de Thann. En 2017, le taux de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement était de 8,2 % dans le Haut-Rhin. Ce taux est inférieur à celui de la région Grand Est (14 %). En 2018, la part des plus de 85 ans représente 67 % des résidents en EHPAD alors que la part des 75-85 ans n'est que de 23 %.

En 2018, le coût moyen annuel départemental à la place des EHPAD publics adossés à un établissement sanitaire s'élève à 19 936 € (19 109 € pour un EHPAD public autonome et 21 431 € pour un EHPAD privé non lucratif).

12.3 Du projet d'établissement au projet personnalisé

12.3.1 Le positionnement des EHPAD Emile Muller et Hasenrain

Les EHPAD Emile Muller¹⁰⁰ (77 lits et places) et Hasenrain (80 lits et places) sont situés au sein du GHRMSA sur deux sites distincts. Ces deux structures sont habilitées à l'aide sociale¹⁰¹. Le secteur public et privé concurrentiel est dense dans l'agglomération mulhousienne (pas moins de 12 EHPAD).

Par arrêté conjoint CD 68/ARS n° 2017-1050 du 6 avril 2017, les autorisations d'activité des sites Emile Muller (dénommé Moenschberg) et Hasenrain ont été renouvelées conformément aux dispositions de l'article L. 313-1 du CASF. Le coût moyen à la place est estimé par l'établissement à 14 632 € en 2019 soit 26,6 % de moins que le coût moyen départemental.

Les capacités d'accueil des EHPAD de Mulhouse sont de 157 lits et places autorisées. Elles ont diminué de 27 % suite à la fermeture en juillet 2019 d'un secteur particulièrement vétuste sur le site Emile Muller. Dans ces avis du 13 et 14 août 2018, la commission de sécurité a rendu un avis favorable sous réserve d'exécution, dans un délai de deux mois, d'un certain nombre de prescriptions obligatoires.

Les résidents accueillis au sein de ces structures sont majoritairement des personnes âgées à très faibles revenus, pour la plupart en situation de précarité sociale et souvent non acceptées dans d'autres structures et n'ayant bien souvent pas d'autres choix. Ce point est illustré par la forte proportion de bénéficiaires de l'aide sociale (40 % en 2019).

Les taux d'occupation en forte baisse sont vraisemblablement corrélés aux mauvaises conditions d'hébergement avec une diminution majeure en 2018 et une faible reprise en 2019. Ces taux sont bien inférieurs au taux médian national¹⁰² de 2018 (96,4 %). Ces EHPAD ne disposent pas de liste d'attente d'admission.

Les groupes iso-ressources moyen pondérés (GMP) des EHPAD de Mulhouse sont réalisés par structure puis fusionnés en un seul GMP et du pathos moyen pondéré¹⁰³ (PMP) globalisé au sein du budget E2. Il en est de même pour le calcul du PMP. Ils ont été respectivement validés par les autorités de tutelle à 717 points (Emile Muller) et 228 points (Hasenrain). Comparativement aux valeurs médianes nationales relevées par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) en juin 2018 (GMP à 709 et PMP à 203), le GMP de ces EHPAD est proche alors que le PMP apparaît significativement plus élevé sans qu'il soit possible d'en différencier l'origine compte tenu de la fusion des structures.

L'âge moyen des résidents, à l'entrée en EHPAD, est de 82,8 ans¹⁰⁴. La durée moyenne de séjour tend à augmenter et se situe au-delà de la médiane nationale (794,2 jours). Les mouvements (entrées et sorties) n'appellent pas d'observations, il n'y a pas d'augmentation

¹⁰⁰ Cf. annexe 7 tableau 1.

¹⁰¹ L'habilitation à l'aide sociale permet aux établissements d'accueillir des personnes dont les ressources propres ou familiales sont insuffisantes pour la couverture des frais d'hébergement. La prise en charge est alors assurée totalement ou partiellement par le département. En contrepartie, c'est le département qui valide annuellement le tarif hébergement.

¹⁰² Source ANAP Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social premiers enseignements Juin 2018.

¹⁰³ L'évaluation des besoins en soins requis est opérée à l'aide du référentiel PATHOS ; cet outil évalue, à partir de situations cliniques observées, les soins médicotéchniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Cette analyse transversale donne lieu à une cotation de ces besoins sous forme de points PATHOS, qui permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins, dit « pathos moyen pondéré » (PMP).

¹⁰⁴ Cf. annexe 7 tableau 2.

significative du nombre de décès au 1^{er} octobre 2020 malgré la sévérité de la crise liée au Covid-19 qui a affecté l'établissement.

Les visites effectuées sur le site Emile Muller montrent une dégradation très importante des conditions d'accueil et d'hébergement ainsi qu'une altération manifeste des règles de sécurité des soins. Les trois pavillons de ce site sont distants de plusieurs mètres et demandent au personnel soignant un passage systématique avec les chariots de soins à l'extérieur quelles que soient les conditions climatiques. La vétusté des locaux (surface des chambres d'environ 10 m², absence de douche dans les chambres, portes ne permettant pas le passage d'un lit, impossibilité de manœuvre d'un brancard dans les dégagements...) apparaît incompatible avec les recommandations actuelles en matière d'hébergement. La sécurité des résidents n'apparaît pas garantie en l'absence de dispositif de prévention des risques liés à la proximité immédiate d'une route à fort passage. Ce constat est relevé par les comptes rendus de visite pré CPOM de l'ARS des sites Emile Muller et Hasenrain (visite novembre 2018) adressés début 2019 à l'établissement.

Il en ressort que les conditions structurelles d'accueil du site Emile Muller sont qualifiées par l'ARS de « *vétustes [...] totalement inadaptées et [...] les plus difficiles du département* ». Il est précisé que : « *le profil des résidents accueillis [...] ne justifie pas les conditions indignes¹⁰⁵ d'hébergement* ». Il est relevé des conditions de prise en charge dégradées, des glissements de tâches, des insuffisances dans l'individualisation de l'accompagnement.

La situation de l'EHPAD Emile Muller est particulièrement inquiétante au regard de la dégradation majeure de la qualité d'hébergement, des conditions de prise en charge des personnes âgées et des conditions de travail des personnels. L'ARS n'a pas manqué de souligner que : « *Les équipes jonglent sans cesse avec des locaux inadaptés bien loin d'une quelconque qualité de vie au travail* », relevant, au passage, l'absence de moyen de téléphonie entre pavillons, une organisation des soins indifférenciée, des difficultés d'accès des brancards douche et lève malade dans les chambres, sans pour autant inviter l'établissement à accélérer l'élaboration d'un projet de reconstruction.

Le projet de reconstruction (2010-2016) contenu dans la convention tripartite 2009-2013 n'a pas vu le jour en raison d'un arbitrage défavorable au profit du pôle Femme-mère-enfant. Ce projet initial a été validé par le conseil départemental du Haut-Rhin qui demande à l'établissement de provisionner en vue d'une reconstruction. Il y était également fait le constat d'un nombre significatif de personnes âgées sans autre solution d'hébergement et relevant de l'aide sociale. Par ailleurs, aucun procès-verbal de visite de diagnostic du conseil départemental n'a été retrouvé.

À la faveur du contrôle, le GHRMSA a relancé le travail de formalisation d'un projet unique de reconstruction pour les EHPAD de Mulhouse. Ce projet a été transmis à l'ARS et à la CeA le 21 juin 2021.

L'institut national de recherche et de sécurité (INRS) et l'assurance maladie ont publié un guide conjoint « conception et rénovation des EHPAD » qui édicte les bonnes pratiques sans pour autant s'appuyer sur des normes établies. L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle édicte également des recommandations applicables aux constructions neuves des EHPAD notamment en ce qui relève des espaces privés (surface de 16 à 20 m² pour une chambre à un lit). Ces recommandations illustrent l'écart entre un hébergement calibré pour un confort et une qualité des prestations recommandées et une situation de délabrement de l'hébergement au GHRMSA.

¹⁰⁵ Dignité : droit codifié à l'article 16 du code civil « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ».

Situé sur un autre site, l'EHPAD Hasenrain se caractérise par une unité de lieu et est peu comparable en terme de vétusté. Cependant, l'ARS, tout comme la chambre, relève un délaissement dans l'entretien des locaux (tringles de rideau cassées, rideaux décrépis).

L'ordonnateur souligne qu'il a procédé en 2019 à la fermeture de 40 lits. Il est conscient de cette dégradation et met en avant l'absence de projet et des difficultés financières importantes. Deux ans après le dernier constat, ni les tutelles ni l'ordonnateur n'ont pris de dispositions majeures en terme de réhabilitation et de projet.

Le département du Haut-Rhin indique qu'il a, par courrier en date du 18 juin 2019 adressé à la direction de l'établissement, réaffirmé sa volonté de le soutenir financièrement dans son projet de réhabilitation des EHPAD de Mulhouse.

La chambre souligne les risques en matière de sécurité et d'hébergement pour les personnes âgées qui seraient de nature à mettre en jeu la responsabilité civile et pénale des autorités de tutelle. Elle invite l'établissement et les parties prenantes à se réunir à brève échéance dans le cadre du CPOM pour finaliser le projet de reconstruction et sécuriser son financement.

Rappel du droit n° 5 : Mettre en œuvre des mesures correctives en matière de qualité de l'hébergement et de sécurité des personnes conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Recommandation n° 6 : Après avoir sécurisé son financement, finaliser le projet de reconstruction des EHPAD Emile Muller et Hasenrain.

12.3.2 Le positionnement de l'EHPAD de Cernay

Le territoire de Cernay se situe dans la vallée de Thann dans une zone rurale située à 18 km de Mulhouse. Dans les EHPAD de ce territoire, 63 % des résidents ont plus de 85 ans. Les GIR 1 et 2 représentent 68 % des résidents. Ex hôpital local, l'EHPAD se situe au sein de la commune de Cernay et dispose d'une capacité d'accueil autorisée de 108 lits et places. Cet EHPAD se compose de deux bâtiments, les Hérons (28 lits) et les Cigognes (80 lits)¹⁰⁶.

Cet établissement a fusionné avec le GHRMSA en 2015. Il fait l'objet d'une importante opération de restructuration et reconstruction de 6,1 M€ en voie d'achèvement. L'EHPAD apparaît morcelé en raison des multiples contraintes organisationnelles durant les travaux. Les locaux d'accueil et d'hébergement sont conformes aux attentes actuelles.

Par arrêté conjoint CD 68/ARS n° 2017-1050 du 6 avril 2017, l'autorisation d'activité de l'EHPAD de Cernay a été renouvelée conformément aux dispositions de l'article L. 313-1 du CASF.

En 2019, les résidents accueillis dans la structure sont majoritairement des personnes âgées de l'aire urbaine Thann - Cernay (96 %) souvent à faibles revenus. Les bénéficiaires de l'aide sociale représentent 20,4 % des résidents. L'âge moyen des résidents à l'entrée en EHPAD, est de 85,7 ans, il est significativement plus élevé qu'à Mulhouse. En 2019, la durée moyenne de séjour retrouve un niveau quasi équivalent à 2016 (différence de 64 jours). Le nombre de décès au 1^{er} octobre 2020 n'a pas augmenté de manière significative malgré la sévérité de la crise liée au Covid-19.

¹⁰⁶ Cf. annexe 7 tableaux 3 et 4.

L'activité régresse de 10 % entre 2016 et 2019 consécutivement aux opérations de travaux (déménagements successifs, désagréments, fermeture de 10 lits en mai 2019). Corrélativement le taux d'occupation chute en 2019 à 90,8 % sous l'effet conjugué des conséquences évoquées supra et d'une concurrence locale avec un EHPAD privé sur le même territoire.

Le GMP de l'EHPAD de Cernay est globalisé et a été validé par les autorités de tutelle à 717 points. Il en est de même pour le PMP validé à 228 points. Ces valeurs sont supérieures aux médianes nationales relevées par l'ANAP en juin 2018 qui sont un GMP à 709 et un PMP à 203.

12.3.3 Le projet régional de santé (PRS) et le schéma départemental de l'autonomie (SDA)

Les objectifs¹⁰⁷ médico-sociaux (volet personnes âgées) du PRS¹⁰⁸ 2018-2028 de l'ARS Grand Est fondent le socle de la politique régionale de santé en faveur des personnes âgées pour répondre aux enjeux du vieillissement de la population de la région (projection 2030, + 25 % des plus de 65 ans). Conformément à l'article L. 312-4 du CASF, le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOMS SDA 68) 2018-2023 du Haut-Rhin s'articule en cohérence avec le PRS. Il est établi pour une période de cinq ans. Il est l'instrument de planification gérontologique du département.

Le SDA du département du Haut-Rhin s'appuie sur une analyse territoriale constatant l'accentuation du vieillissement de la population et nécessitant une adaptation de l'offre de soins. La politique définie aux axes 5 et 6 du SDA¹⁰⁹ répond à cet enjeu. L'analyse montre une forte concentration de population vieillissante dans l'agglomération de Mulhouse et certaines communes de la vallée de Thann.

Les EHPAD de Mulhouse et de Cernay sont positionnés dans ces zones à forte densité et leurs capacités d'accueil semblent suffisantes. Les orientations du GHRMSA en matière de politique gériatrique, d'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement demeurent peu lisibles par manque de formalisation des parcours au regard des objectifs du PRS et du SDA. Seule la filière gériatrique du GHT fixe aujourd'hui un cadre qu'il conviendrait d'investir durablement pour redonner de la cohérence à l'offre de l'établissement. Le projet d'établissement 2021-2025 comporte de nouvelles orientations en matière d'offre de soins gériatriques et d'accompagnement.

12.3.4 La contractualisation

Les EHPAD de Mulhouse disposent d'une convention tripartite qui est caduque depuis fin décembre 2013. Celle de l'EHPAD de Cernay est caduque depuis fin décembre 2014.

Conformément aux dispositions (V ter A) de l'article L 313-12 du CASF, les autorités de tutelle doivent recourir obligatoirement à un CPOM afin de mettre en cohérence les objectifs

¹⁰⁷ Les objectifs du PRS : prévention de la perte d'autonomie, diminution du recours inadapté aux urgences, diminution du nombre de ré-hospitalisations non programmées, coordination des acteurs et des interventions en faveur du maintien à domicile, mise en œuvre de l'organisation territoriale des plans d'accompagnement à domicile, améliorer l'accès des aidants à une offre de service adaptée et structurer l'offre en réponse aux parcours de la personne âgée.

¹⁰⁸ PRS : Le projet régional de santé est l'outil stratégique unifié de la politique régionale de santé. Il intègre un ensemble de démarches stratégiques en faveur de la santé et englobe tous les champs de compétences : la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires (médecine de ville) et le secteur médico-social.

¹⁰⁹ Ces axes portent sur l'évolution des établissements et sur les logiques de parcours.

de l'établissement avec les orientations des politiques publiques. Il doit être conclu à compter du 1^{er} janvier 2017 pour une durée de cinq ans.

Les EHPAD de Mulhouse et Cernay ne disposent pas à ce jour d'un CPOM. Les négociations autour de cette contractualisation datent de 2017 et ont fait l'objet d'une évaluation préparatoire¹¹⁰ par le GHRMSA. L'absence d'objectifs contractualisés en matière de prise en charge des personnes âgées demeure regrettable plus de six ans après le terme des conventions tripartites.

Les autorités de tutelle font état d'un retard majeur, amplifié par la crise sanitaire. L'ARS a fait état, en novembre 2020 à l'établissement, d'un report des négociations au second semestre 2021, les autorités ayant jusqu'au 31 décembre 2021 pour conclure un CPOM.

12.3.5 La politique gériatrique

L'établissement a initié une démarche de projet autour de cinq thématiques portant sur l'information et les données, la communication, l'orientation gériatrique, les parcours ville hôpital, et la télémédecine. Pilotée par un bureau de coordination gériatrique réunissant les quatre pôles de gériatrie de l'établissement, cette démarche a pour objectif d'organiser une filière gériatrique et d'harmoniser les organisations et les pratiques.

L'ordonnateur indique que la politique gériatrique fait l'objet d'un volet spécifique du projet d'établissement 2021-2025.

12.3.6 Les coopérations

L'EHPAD de Cernay dispose d'un cadre conventionnel large avec plusieurs partenaires. Ses coopérations visent tant les activités récréatives et d'animation (Aneries d'Uffholtz, atelier de Glory), les activités à caractère œcuménique (CARITAS) que les supports à l'activité de soin et d'accompagnement (JALMAV fin de vie, Hospitalisation à domicile, psychiatrie, soins palliatifs et douleur).

Les EHPAD de Mulhouse disposent d'un cadre coopératif sensiblement identique. Ils disposent d'une convention partenariale à visée d'animation (APAM et CFAS) ainsi que d'une convention interne visant à répondre aux problématiques gériatriques en psychiatrie.

Ces coopérations viennent compléter l'offre de service et de soins nécessaire à l'accompagnement des résidents, en particulier pour l'EHPAD de Cernay distant de 18 kms.

12.4 Le cadre du projet personnalisé

Les dispositions de l'article L. 311-3 du CASF garantissent l'exercice des droits et libertés à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico sociaux. En ce sens, il doit être assuré un accompagnement individualisé de qualité, favorisant l'autonomie de la personne et adapté à ses besoins tout en respectant son consentement éclairé.

¹¹⁰ Ce document illustre les enjeux de l'établissement tant sur la démarche de restructuration de l'offre médico-sociale que sur un hypothétique projet de reconstruction des sites mulhousiens.

12.4.1 L'admission et l'accueil

Les demandes d'admission en EHPAD sont réalisées majoritairement grâce au logiciel national Via Trajectoire¹¹¹. Les demandes sont traitées « au fil de l'eau » au sein d'une commission d'admission¹¹² par EHPAD qui se réunit hebdomadairement. Il n'existe pas de critères formalisés d'admission. L'ordonnateur explique que la commission d'admission est souveraine pour apprécier l'orientation et l'admission au regard des éléments du dossier, des places disponibles et du profil du demandeur. Il précise que la collégialité est un gage de transparence. Les réponses aux demandes d'admission sont réalisées directement dans le logiciel Via Trajectoire, le cadre du service prend également attache téléphoniquement avec le demandeur. Une visite de pré-admission peut être réalisée à la demande. Elle est assurée sur rendez-vous par le cadre de santé ou la cadre de pôle.

Les livrets d'accueil des EHPAD Emile Muller, Hasenrain et Cernay sont identiques à celui du GHRMSA et ne comportent aucune mention en matière d'admission et d'accueil en EHPAD. Les EHPAD de Mulhouse disposent d'un document de 2013 relatif aux modalités d'accueil en EHPAD et d'une liste de contrôle à l'admission de la personne âgée (procédure interne 2018). L'EHPAD de Cernay ne dispose pas de procédure d'accueil mais d'un logigramme commun pré-admission/admission EHPAD/unité de soins de longue durée de novembre 2015.

Chacun des EHPAD de Mulhouse et de Cernay dispose de son propre contrat de séjour et de son règlement de fonctionnement qui n'ont pas été actualisés depuis 2012 pour le premier et 2013 pour le second.

À la faveur du contrôle de la chambre, un livret d'accueil spécifique aux EHPAD est en projet. La première étape de sa mise en place consiste en l'harmonisation des contrats de séjours et du règlement de fonctionnement. Ces documents ont été validés par le directoire du 28 juin 2021.

La chambre invite l'établissement à poursuivre l'harmonisation des procédures d'admission.

12.4.1.1 Le contrat de séjour

Les dispositions de l'article L. 311-4 du CASF définissent le cadre du contrat de séjour. Il est conclu entre l'usager et l'établissement et est producteur de droits, les engageant réciproquement. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement en a amélioré les conditions¹¹³ de conclusion.

Avant leur harmonisation récente, à la suite du contrôle (validation le 28 juin 2021, voir supra), les contrats de séjour n'étaient pas mis à jour (EHPAD de Cernay, version du 27 mai 2011 et version non datée pour ceux de Mulhouse) et leurs contenus étaient parfois incomplets (grille tarifaire datant de 2018, mentions rectifiées manuellement). L'absence d'annexe sur la liberté d'aller et venir prévue à l'article R 331-0-5 du CASF avait été relevée.

¹¹¹ Le logiciel trajectoire est le résultat d'un projet collaboratif qui associe les ARS, les conseils départementaux et les professionnels de santé. Il permet l'orientation des personnes âgées vers les EHPAD.

¹¹² Composition : médecin coordonnateur, secrétaire administrative, cadre de santé et de pôle, attaché de pôle, assistante sociale.

¹¹³ Possibilité pour l'usager de se faire accompagner par une personne de confiance, recherche de consentement, recherche de compréhension, règles renforcées de présence de la personne de confiance.

12.4.1.2 Le projet de vie personnalisé

S'inscrivant dans le droit fil de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le projet personnalisé vient prioritairement renforcer le droit de la personne accueillie à l'élaboration de son projet d'accompagnement et témoigner de la prise en compte des attentes et besoins de la personne. Il doit induire l'individualisation et la singularité de chaque accompagnement. Son élaboration fait l'objet d'une fiche repère de la HAS¹¹⁴.

L'élaboration d'un projet de vie personnalisé est inscrit au contrat de séjour des résidents des EHPAD de Mulhouse et Cernay. Le ratio de projet personnalisé en cours ou finalisé est de 84 % et près de la moitié des contrats (51 %) sont actualisés dans l'année. Le recueil des habitudes de vie est globalement bien respecté dans ces projets. Les dates d'élaboration sont parfois éloignées de la date d'entrée mais difficilement interprétables en raison d'une actualisation automatique des données du dossier patient. La validation du projet par le résident ou la personne de confiance n'apparaît pas systématiquement réalisée.

En matière d'individualisation de prise en charge, les objectifs formalisés sont souvent communs à l'ensemble des résidents¹¹⁵. L'ordonnateur relève que les objectifs sont centrés sur les habitudes de vie car les résidents n'expriment que très peu leurs souhaits. Il précise que l'individualisation confère bien souvent à de la stimulation et au maintien du lien social. Il concède ponctuellement des difficultés dans la formalisation des objectifs du projet de vie et dans leur appropriation par les équipes. Selon l'ordonnateur, une procédure spécifique à la formalisation du projet de vie est en cours de validation.

L'EHPAD de Cernay dispose d'un document accessible aisément dénommé « individualisation de la vie quotidienne » qui reprend les habitudes de vie par résident et s'inscrit comme un repère pour les équipes soignantes. Il n'est pas partagé avec les EHPAD de Mulhouse. Ce document pourrait avoir vocation à être généralisé. L'ordonnateur indique que ce projet entre dans le champ de la politique gériatrique commune qui a été intégré dans le volet gériatrique du projet d'établissement.

Si la notion de référent apparaît bien respectée, le turn-over et l'absentéisme des personnels peuvent être considérés comme des facteurs défavorables en matière de qualité et de suivi des projets personnalisés.

12.4.2 La fin de la prise en charge

En 2019, les décès représentent 60 % des sorties dans les EHPAD de Mulhouse et 71 % dans l'EHPAD de Cernay. Les établissements disposent de procédures relatives à la fin de vie (charte et protocole religion) et au décès.

Les autres sorties concernent pour la plupart des hospitalisations, ainsi que quelques retours à domicile ou changement d'EHPAD. Les documents en vue d'une sortie sont répertoriés dans une procédure intégrée au dossier de soin informatisé.

L'ordonnateur souligne un effet de « sas » pour les EHPAD de Mulhouse avec des résidents qui s'orientent vers d'autres structures dès qu'ils le peuvent.

¹¹⁴ Fiche repère de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico sociaux repris par l'HAS.

¹¹⁵ Maintien du lien social, maintien de l'estime de soi, s'occuper, se divertir.

12.4.3 Le dossier patient informatisé

Le GHRMSA dispose d'un dossier patient informatisé (DPI) unique pour tout l'établissement. Ce DPI non spécifique aux EHPAD apparaît peu adapté aux particularités de la gérontologie. Son accessibilité est peu efficace avec des temps de connexions longs et une ergonomie peu didactique.

Le DPI est composé de plusieurs onglets et d'accès sécurisés selon la catégorie socioprofessionnelle. Il est principalement renseigné par les médecins, les infirmiers diplômés d'État (IDE) et les aides soignant(e)s. Les agents disposent d'un document de référence dossier patient qui répertorie les références documentaires accessibles sur le logiciel interne qualité. Les agents disposent également d'un guide de bonnes pratiques du DPI en date d'octobre 2018 intégrant les différents items y compris ceux relatifs à la sortie du résident.

Les prescriptions médicales sont insuffisamment réalisées sur le DPI par les médecins libéraux (EHPAD de Cernay). Ces derniers prescrivent souvent sous format papier et le médecin coordonnateur procède à la saisie de la prescription sur le DPI. Ce procédé n'est pas en cohérence avec les recommandations des bonnes pratiques de prescription édictées par la HAS (support de prescription non homogénéisé). L'ordonnateur souligne la difficulté d'adhésion des prescripteurs libéraux aux modalités fonctionnelles du DPI malgré la formation reçue. Il n'existe pas d'interconnexion sécurisée entre les cabinets libéraux et le DPI de l'établissement. L'ordonnateur indique qu'une solution informatique est en cours de mise en œuvre par la direction des systèmes d'information.

Le déploiement du dossier médical partagé¹¹⁶ (DMP) interrompu par la crise sanitaire a été réactivé. Il est prévu, à terme, une alimentation automatisée du DMP par certaines informations du DPI.

12.5 Les caractéristiques des ressources des EHPAD

La caractéristique du budget des EHPAD s'appuie sur une tarification ternaire avec trois sections (soins, dépendance et hébergement). Les modalités de calcul des dotations résultent d'équations tarifaires¹¹⁷ fondées sur le GMP et le PMP. Les EHPAD de Mulhouse et de Cernay sont soumis à l'option tarifaire globale avec pharmacie à usage intérieur (PUI).

L'application des nouvelles modalités de tarification soins et dépendance issues de la loi du 28 décembre 2015 a entraîné d'importantes évolutions des montants de financement antérieurement accordés à chaque établissement. Afin de limiter l'impact de ces évolutions, susceptibles de menacer l'équilibre financier des structures concernées, un dispositif progressif de convergence tarifaire¹¹⁸ a été mis en œuvre, sur une période transitoire de sept ans s'étalant de 2017 à 2023. L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a réduit de deux ans cette période de convergence pour la partie « soins », la convergence tarifaire devant s'achever en 2021.

¹¹⁶ Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé.

¹¹⁷ Calcul dotation globale dépendance : $GMP \times \text{valeur du point départemental} \times \text{capacité de l'EHPAD}$; Calcul GMP soins = $GMP + (2,59 \times PMP)$; Calcul dotation soins : $GMP \text{ soins} \times \text{valeur du point} \times \text{capacité de l'EHPAD}$.

¹¹⁸ Cf. article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 pour le soin et article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 pour la dépendance.

12.5.1 La convergence tarifaire

Les dotations soins

Les dotations soins sont fixées par l'ARS. Elles couvrent les besoins en soins des résidents sur la base d'une évaluation médicale réalisée sur la base d'un référentiel national¹¹⁹ permettant de valoriser financièrement la charge en soins.

Le mécanisme de convergence tarifaire est mis en œuvre depuis 2017. Il étale sur cinq ans, l'application d'un tarif de référence¹²⁰ à partir de la situation départementale des dotations en 2016. Les EHPAD de Mulhouse et Cernay sont affectés par une convergence négative qui diminue progressivement le montant annuel de la dotation soins.

Sur la période 2017 à 2019, la perte financière pour le GHRMSA est de 246 145 €¹²¹ pour une cible de convergence négative de 455 948 € sur cinq ans soit 4,87 % du montant de la dotation initiale. Ces montants sont cependant à relativiser du fait du maintien en intégralité de la dotation soins 2019 malgré la fermeture de 40 lits du site Emile Muller. Les effets de ce mécanisme se font déjà sentir et vont s'amplifier dans un contexte dégradé alors même que les conditions de prise en charge sont altérées.

La dotation dépendance

Les dotations dépendance sont fixées par le département sur la base d'une évaluation réalisée sur la base d'un référentiel GIR national permettant de valoriser la charge en dépendance.

Le mécanisme de convergence tarifaire relatif à la dépendance piloté par le département s'étale jusqu'en 2023. Il procède d'une convergence du point GIR de l'établissement avec le tarif du point GIR départemental. Ce mécanisme est mis en œuvre depuis 2018 pour le GHRMSA et entraîne une perte financière de 78 374 €¹²² entre 2018 et 2019.

À l'identique de la dotation soins, la fermeture de 40 lits d'EHPAD sur le site d'Emile Muller n'a pas affecté la dotation dépendance, le département l'ayant maintenu intégralement. Néanmoins, ce mécanisme se poursuit dans un contexte difficile, altérant un peu plus les capacités financières des EHPAD.

12.5.2 Les tarifs hébergement

Les tarifications hébergement sont arrêtées annuellement par le département à l'issue d'un dialogue avec le GHRMSA. Cette tarification comporte le tarif hébergement et une part dépendance. La tarification 2019-2020 montre, selon les modalités d'hébergement, des augmentations comprises entre 0,4 % (Cernay les Hérons) et 1 % (Mulhouse Emile Muller)¹²³.

Le niveau de tarification du site Emile Muller est très inférieur (49,77 €) à celui des autres EHPAD (écart de près de 20 €) entraînant de fortes contraintes en matière de couverture financière des prestations d'accueil, d'entretien, d'animation et de restauration. Cette faiblesse est un handicap qui pourrait peser sur la viabilité d'un projet de reconstruction des EHPAD. Les conséquences d'un rattrapage sur le tarif hébergement génèreraient à l'issue d'une reconstruction un écart très important.

¹¹⁹ Outil référentiel PATHOS.

¹²⁰ La convergence tarifaire situe l'établissement par rapport à une dotation plafond soins ou une cible départementale dépendance.

¹²¹ Cf. annexe 7 tableau 5.

¹²² Cf. annexe 7 tableau 6.

¹²³ Cf. annexe 7 tableaux 7 et 8.

12.5.3 L'analyse ciblée des dépenses d'exploitation

L'analyse des dépenses d'exploitation 2017-2019¹²⁴ des EHPAD de Mulhouse et Cernay n'a pu être intégralement réalisée en raison des difficultés de l'établissement à les individualiser par EHPAD¹²⁵. L'analyse porte uniquement sur les charges de médicaments et de produits d'incontinence car ces EHPAD disposent d'une PUI.

12.5.3.1 Les charges d'exploitation de médicaments (soins)

Les charges de médicaments portent sur la section tarifaire soins. Elles diminuent de près de 39 % pour les EHPAD de Mulhouse sous les effets de la fermeture de 40 lits en 2019, d'un effet volume (-11 000 €) et d'un effet prix (- 17 000 €) liées à des coûts moindres sur certaines molécules et l'arrêt de certaines prescriptions en 2018.

Pour l'EHPAD de Cernay, on observe une tendance inverse avec une augmentation de près de 7 % consécutive à un effet prix (+ 2 000 € pour des traitements spécifiques) et une augmentation des consommations en fluides médicaux (oxygène). L'augmentation de plus de 23 % des charges liées à l'intervention du pharmacien est consécutive à une amplification du temps de préparateur en pharmacie (+ 0,13 ETP) pour la sécurisation du circuit du médicament.

Les charges liées aux médicaments sont correctement maîtrisées. Néanmoins, dans les EHPAD de Mulhouse, une attention particulière doit être portée sur la sécurisation du circuit du médicament (absence de préparation par la pharmacie). L'ordonnateur indique qu'un projet de robotisation de la préparation des médicaments pour les secteurs d'hébergement (EHPAD USLD) est prévu par le projet d'établissement 2021-2025.

12.5.3.2 Les charges d'exploitation des produits d'incontinence (dépendance)

Les consommations de produits d'incontinence sont corrélées au niveau de dépendance et aux mesures internes en matière d'accompagnement et de soins des résidents.

Pour les EHPAD de Mulhouse, on observe une augmentation de 11,9 % consécutive à un effet volume en raison de la variabilité régulière du niveau de dépendance (+ 5 000 €) et un effet prix (- 2 000 €).

Pour l'EHPAD de Cernay, l'augmentation est plus importante (17 %) sous les effets variables du niveau de dépendance qui induit un effet volume (+ 3 000 €) et d'un effet prix pour des raisons identiques à Mulhouse.

Les charges liées aux produits d'incontinence font l'objet d'un suivi par un groupe de travail avec l'appui d'un logiciel dédié produit par le fournisseur. Les équipes bénéficient de formations ponctuelles et une révision des planifications de changes des résidents est effectuée régulièrement.

12.6 Les ressources humaines en EHPAD

Les EHPAD de Mulhouse et Cernay représentent près de 30,8 % des lits et places autorisés d'EHPAD au GHRMSA et mobilisent d'importants moyens humains, particulièrement

¹²⁴ Cf. annexe 7 tableaux 9 et 10.

¹²⁵ Comptabilité analytique EHPAD par unité fonctionnelle.

en personnels soignants. Ils bénéficient des fonctions supports du GHRMSA (hôtellerie, informatique, services techniques et administratifs).

La politique des ressources humaines pour les EHPAD est confrontée à de multiples enjeux au rang desquels le recrutement, la fidélisation du personnel, la lutte contre l'absentéisme et la qualité de vie au travail sont essentiels. L'analyse concerne les fonctions de soins, principales ressources en matière de prise en charge des résidents.

12.6.1 L'évolution des effectifs

L'évolution des effectifs de l'EHPAD Emile Muller et Hasenrain

Le GHRMSA utilise les effectifs cibles de l'EHPAD déterminés par la convention tripartite 2009 - 2013 fixés à 106,38 équivalent temps plein¹²⁶ (ETP). Cette base reste aujourd'hui une référence pour l'établissement sans qu'elle soit réellement respectée. Sur l'ensemble de la période, l'EHPAD n'a jamais atteint la cible de 106,38 ETP. Au 31 décembre 2019, l'effectif global de la structure était de 92,4 ETP, soit 14 ETP en-dessous de la cible de la convention tripartite.

L'analyse détaillée des effectifs entre 2016 et 2019 montre une réduction de 11 ETP¹²⁷. La diminution a été importante en 2017 (- 4,5 ETP). Cette dynamique s'est poursuivie en 2018 (- 2,96 ETP) et en 2019 (- 3,52 ETP). Les réductions ont concerné essentiellement le personnel soignant (aide-soignant, IDE, agent de service hospitalier (ASH)). Le recours aux contrats à durée déterminée concerne essentiellement les ASH. Ils sont stables sur la période (12 % en 2016, 12,79 % en 2019).

Cette diminution de plus de 10 % des effectifs cible à volume capacitaire constant entre 2016 et mi 2019 apparaît difficilement compatible avec une amélioration continue de la qualité de prise en charge dans un contexte architecturalement très dégradé et des conditions de travail manifestement difficiles.

L'ordonnateur l'explique par un redimensionnement des effectifs au regard d'un projet de restructuration et de la fermeture de 40 lits en mai 2019. Il précise que ce travail a été réalisé en tenant compte des contraintes architecturales, des ratios soins au lit et des GMP et PMP validés.

La fonction ASH fait l'objet d'un distinguo entre l'entretien et le soin. La catégorie ASH dédiée aux soins est sans fondement réglementaire et constitue une réponse insatisfaisante à certaines difficultés de taux de rotation des personnels. Cette irrégularité peut être préjudiciable aux objectifs de qualité de prise en charge. Elle constitue néanmoins un élément d'économies financières¹²⁸. L'ordonnateur explique mettre en place des formations pour ces personnels.

Le taux de rotation¹²⁹ des personnels s'avère très hétérogène sur la période, illustrant les difficultés de stabilité du personnel au regard des contraintes qui pèsent sur les conditions de travail. Le fort taux de 2017 est compatible avec la suppression des postes et le plan d'économies interne RH. En 2019, l'établissement affiche un taux de rotation de 7,57 % inférieur au taux national médian de 9,3 %¹³⁰.

¹²⁶ La notion d'équivalent temps plein, correspond à une activité exercée sur la base d'un temps plein soit à hauteur de la durée légale.

¹²⁷ Cf. annexe 7 tableaux 11 et 12.

¹²⁸ Différence moyenne ASH/AS au 1^{er} échelon 100 € brut mensuel.

¹²⁹ Mode de calcul : nombre d'entrée + nombre de sortie/effectifs au 31/12 N-1.

¹³⁰ ANAP juin 2018 -Tableau de bord de la performance dans le secteur médicosocial - données 2016.

L'évolution des effectifs de l'EHPAD de Cernay

De la même manière que pour les EHPAD mulhousiens, l'EHPAD de Cernay utilise les effectifs cibles de l'EHPAD déterminés par la convention tripartite 2011-2015 fixé à 60,7 ETP. Il dispose d'effectifs supérieurs aux effectifs cibles sur l'ensemble de la période. En 2016, l'effectif global est de 64,88 ETP¹³¹, en 2019 de 65,8 ETP. Les effectifs globaux toutes fonctions confondus varient sur les fonctions administratives (+ 0,50 ETP) et sur la fonction AS (+ 3,33 ETP). L'objectif de sécurisation du circuit du médicament se retrouve dans l'augmentation du temps (+ 0,13 ETP) du préparateur en pharmacie (préparation des piluliers).

L'analyse du recours aux contrats à durée déterminée¹³² (CDD) montre une forte progression en 2018 (9,34 %) suivi d'une légère diminution en 2019 (5,99 %). Selon l'ordonnateur, la compensation de l'absentéisme explique ces évolutions.

Comme pour les EHPAD de Mulhouse, l'établissement a recours à des fonction ASH dites soins sans qu'il existe un fondement réglementaire. Cette irrégularité peut être préjudiciable aux objectifs de qualité de prise en charge. L'ordonnateur explique que le positionnement de cet EHPAD dans son environnement ne favorise pas les recrutements de personnels qualifiés.

Le taux de rotation du personnel soignant est en constante progression depuis 2017. En 2019, Il est largement supérieur à la médiane nationale de 9,3 %¹³³.

12.6.2 La répartition des effectifs par fonction

L'encadrement en soins à l'EHPAD Emile Muller et Hasenrain

Selon les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) recueillies sur les personnels dans les EHPAD du secteur public, les effectifs paramédicaux représentent en moyenne un peu plus d'un tiers des effectifs, soit 32,6 ETP pour 100 personnes âgées en 2015.

Les taux d'encadrement¹³⁴ des EHPAD de Mulhouse¹³⁵ sont supérieurs aux taux moyens relevés en 2015 par la DREES à l'exception de la catégorie ASH. Cette analyse est à nuancer au regard des contraintes organisationnelles liées à l'environnement dégradé.

Les taux d'encadrement des AS sont stables malgré la baisse significative des effectifs en raison de la fermeture des 40 lits du site Emile Muller. L'analyse de la catégorie ASH ne peut être considérée comme réellement significative en l'absence de distinction entre les ASH affectées aux tâches d'entretien et celles affectées auprès des résidents.

L'encadrement en soins à l'EHPAD de Cernay

Les taux d'encadrement¹³⁶ pour l'EHPAD de Cernay sont supérieurs aux taux moyens relevés en 2015 par la DREES notamment pour la catégorie AS (+ 6 ETP).

Le taux d'encadrement des IDE et AS est stable sur la période à l'exception des ASH qui augmente entre 2016 et 2019 (+ 3 ETP). Cependant l'analyse de la catégorie ASH ne peut

¹³¹ Cf. annexe 7 tableaux 13 et 14.

¹³² Taux de recours aux CDD : Part de CDD/total des effectifs.

¹³³ ANAP juin 2018 -Tableau de bord de la performance dans le secteur médicosocial - données 2016.

¹³⁴ Taux d'encadrement : ratio par catégorie socio professionnelle/100 résidents.

¹³⁵ Cf. annexe 7 tableaux 15 et 16.

¹³⁶ Cf. annexe 7 tableaux 17 et 18.

être considérée comme réellement significative en l'absence de distinction entre les ASH affectées aux tâches d'entretien et celles affectées auprès des résidents.

Le temps soignant disponible auprès des résidents n'a pas évolué sur la période, les capacités d'accueil et les taux d'occupation de l'établissement étant restés stables.

12.6.3 Les fonctions dites cardinales

12.6.3.1 Le médecin coordonnateur

Conformément aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF, les EHPAD Emile Muller, Hasenrain et Cernay disposent d'un médecin coordonnateur. La norme réglementaire pour ces structures est de 0,6 ETP. Dans les EHPAD mulhousiens, l'ordonnateur relève la difficulté d'identifier clairement le temps de présence du médecin coordonnateur dans un EHPAD adossé à un hôpital. Il souligne qu'un médecin salarié du GHRMSA a été désigné médecin coordonnateur et que son temps dédié à ces fonctions serait de 0,6 ETP. Le temps de présence du médecin coordonnateur à l'EHPAD de Cernay est de 0,5 ETP et s'avère en deçà des obligations réglementaires.

Ses missions principales¹³⁷ sont de veiller à la qualité des soins, participer à l'encadrement technique des professionnels de santé, assurer une fonction de coordination gériatrique à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et de contrôler l'état de santé et le niveau de dépendance des personnes accueillies.

Les médecins coordonnateurs des EHPAD mulhousiens et Cernay sont impliqués dans ces missions et de manière plus large dans la prise en charge des soins des résidents au quotidien, ils participent également aux commissions d'admission. Cependant, il est relevé une difficulté dans le libre choix du médecin traitant et dans la coordination avec les médecins libéraux intervenant auprès des résidents de Cernay.

En s'appuyant sur des médecins salariés du GHRMSA comme médecin coordonnateur, les EHPAD d'Emile Muller et Cernay bénéficient sur site d'un temps médical dédié. Cette particularité leur permet également de garantir le suivi des projets au sein des structures.

12.6.3.2 L'encadrement infirmier

Les EHPAD disposent de cadres de santé ou d'infirmier(ère) diplômé d'État (IDE) « faisant fonction » exerçant des missions d'organisation managériale, de conduite de projets, et de coordination. Ils sont sous la responsabilité des cadres supérieurs de santé de pôle. La fonction d'infirmier coordonnateur n'existe pas en tant que tel.

La politique institutionnelle du GHRMSA en matière d'encadrement infirmier fait également appel à des IDE ayant un projet de formation de cadre de santé (infirmier référent puis faisant fonction) mis en situation d'encadrement. À l'issue d'une période d'acculturation, ils sont incités à préparer le concours d'entrée en institut de formation des cadres de santé.

L'implication de l'encadrement infirmier dans les EHPAD contrôlés est effective dans la participation aux projets institutionnels, l'animation des équipes, la gestion des plannings, l'évaluation des personnels et de leurs besoins en formation. Il est à l'interface avec les familles, les résidents et les équipes de soins. L'ordonnateur ne relève pas de difficultés à ce niveau de responsabilité.

¹³⁷ Les missions du médecin coordonnateur sont définies à l'article D. 312-158 du CASF.

12.6.3.3 Les équipes de soins du quotidien et intervenants complémentaires

La répartition et le détail des activités des différents acteurs des équipes de soins sont répertoriés dans des fiches de tâches dédiées. Les EHPAD mulhousiens et Cernay recourent à l'emploi d'ASH dit « soins » évoqués supra. Cette fonction inexistante juridiquement bénéficie néanmoins d'un parcours de formation à l'institut de formation d'aides-soignants (IFAS) afin de leur garantir un socle minimum de connaissances et savoir-faire. Bien que bénéficiant de cette formation de base, cette catégorie professionnelle ne dispose pas des qualifications requises pour effectuer des soins aux résidents.

L'ordonnateur précise que certaines fonctions sont difficilement couvertes en raison d'un déficit en recrutement (ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute). Les tensions sur ces métiers sont fortes et contraignent l'établissement à des solutions ponctuelles et alternatives par du recours à des praticiens libéraux.

12.6.4 L'organisation et coordination

12.6.4.1 La politique RH

L'établissement a produit un document de travail dénommé projet social 2021 - 2025, lignes de gestion. Celles-ci ont vocation à s'intégrer dans le futur projet d'établissement. Elles identifient quatre axes (attractivité et fidélisation, politique sociale, qualité de vie au travail et développement durable) visant à structurer une politique RH institutionnelle mais non spécifique au secteur EHPAD.

12.6.4.2 Les cycles de travail

Depuis 2017, le temps de travail des agents des EHPAD de Mulhouse et de Cernay est fixé à 7 H 30. Les sites Emile Muller et Hasenrain disposent de trois cycles de travail différenciés¹³⁸. L'EHPAD de Cernay dispose de deux cycles de travail¹³⁹. Ces cycles sont fixés pour une durée de 12 ou 14 semaines. Ils sont élaborés par l'encadrement au regard des exigences réglementaires, des nécessités de service et des souhaits des agents. Ils sont construits avec les équipes soignantes. L'avis du médecin du travail et de l'ergonome sont requis.

Les cycles de travail sont examinés en commission des horaires en concertation avec les partenaires sociaux. Leur mise en place fait systématiquement l'objet d'une phase d'expérimentation longue. L'appui ponctuel d'un consultant externe peut être requis pour la construction des cycles de travail complexes. L'ordonnateur souligne qu'il pratique une évaluation et un contrôle à priori et à posteriori sur les horaires, la gestion des plannings et le pilotage global des données.

L'évaluation des cycles de travail prend en compte leurs conséquences sur la qualité de prise en charge. Les choix opérés par l'établissement en matière d'élaboration et d'évaluation des cycles de travail sont fondés sur une adéquation des nécessités de l'accompagnement et de la prise en charge du résident, avec une dimension interactive de co-construction avec les professionnels de santé. L'ordonnateur relève que si ce dispositif est chronophage, il représente cependant un atout majeur dans les équilibres recherchés en gestion des ressources humaines.

¹³⁸ Deux cycles IDE, AS/ASH Hasenrain et un cycle IDE/AS/ASH Emile Muller.

¹³⁹ Un cycle AS/ASH les cigognes et un cycle AS/ASH postes aménagés.

12.6.4.3 La permanence des soins (PDS) et les transmissions

La PDS médicale est assurée grâce à une ligne d'astreinte médicale 24/24 pour les EHPAD mulhousiens et de Cernay. En matière de PDS soignante, les effectifs de nuit ne disposent pas d'une présence IDE au sein des EHPAD. Cependant, durant la première vague épidémique, les équipes ont été renforcées avec la présence d'une IDE voire d'une AS afin de compléter le dispositif. La PDS médicale a été un facteur sécurisant pour les équipes de soins dans ce contexte sous tension.

Les EHPAD de Mulhouse peuvent, en dehors du contexte de crise et au besoin, avoir recours ponctuellement à une IDE issue de l'unité de soins de longue durée (site du Hasenrain). Pour Cernay, il en va de même grâce à la proximité du service de soins de suite et de réadaptation. Une astreinte IDE de nuit a été mise en place à l'échelle du territoire de l'agglomération mulhousienne. L'ordonnateur indique que celle-ci est effective depuis le 2 novembre 2020 au sein du GHRMSA et ne concerne pour le moment que les EHPAD non annexés à un secteur sanitaire.

Les temps de transmissions sont limités (15 à 30 mn) entre chaque changement d'équipe soignante quel que soit l'EHPAD. Des transmissions ciblées sont consignées dans le DPI et partagées avec l'équipe prenant son service.

12.6.4.4 L'absentéisme et la politique de remplacement

En 2016, la médiane du taux d'absentéisme en France pour l'ensemble des établissements médico-sociaux était de 8,8 %, il était de 10 % pour la catégorie EHPAD. En 2019, pour les EHPAD de Mulhouse elle est de 11,41 % et de 10,64 % pour l'EHPAD de Cernay, toutes deux légèrement supérieures à cette donnée statistique nationale.

L'analyse de l'absentéisme par jours d'absence par ETP des EHPAD de Mulhouse montre une tendance à la baisse jusqu'en 2018 suivi d'une forte hausse en 2019¹⁴⁰. Les absences supérieures à six jours en sont les responsables. Elles représentent 66,5 % de l'absentéisme en 2016 et 77,6 % en 2019. La maladie ordinaire en est la principale cause identifiée et touche majoritairement la catégorie des 41-55 ans.

L'analyse de l'absentéisme par jours d'absence par ETP de l'EHPAD de Cernay montre une tendance à la baisse sur la période malgré une hausse significative en 2018¹⁴¹. A l'identique des EHPAD de Mulhouse, ce sont les absences supérieures à six jours qui portent majoritairement l'absentéisme. En 2016, le poids de cette catégorie d'absence sur le nombre total de jours d'absences est de 71 %, il est de 59,6 % en 2019. De manière similaire, la maladie ordinaire en est le principal facteur explicatif et touche la même catégorie d'âge que pour Mulhouse.

Le profil de la pyramide des âges pour Mulhouse et Cernay montre que c'est dans la tranche d'âge des 41-55 ans que les effectifs sont les plus nombreux. C'est une catégorie d'agents pour la plupart expérimentés, travaillant dans des environnements à forte pénibilité auprès des résidents.

En 2019, le GHRMSA a fait réaliser un audit sur les secteurs gériatriques afin de dresser un état des lieux. La conclusion pour les EHPAD de Mulhouse indique la présence de « *troubles psycho-sociaux probables pouvant être endigués afin d'améliorer la qualité de vie au travail et diminuer l'absentéisme* ». L'établissement s'est saisi de cette problématique et a mis en place un plan qualité de vie au travail (cf. infra).

¹⁴⁰ Cf. annexe 7 tableau 19.

¹⁴¹ Cf. annexe 7 tableau 20.

L'ordonnateur souligne la difficulté de maîtrise de cette typologie d'absentéisme malgré les mesures en cours. Les conséquences de cet absentéisme sont difficiles à appréhender en matière de qualité de prise en charge des résidents mais l'absence momentanée d'agents confirmés est un facteur péjoratif.

L'absentéisme, durant la première vague épidémique en mars 2020, a fort logiquement augmenté à Mulhouse (+ 50 %) tout comme à Cernay (+ 58 %). Il est lié aux conséquences directes (contaminations) et indirectes de cette crise.

La politique de remplacement s'articule autour d'une gestion interne (logiciel dédié de volontariat) permettant à des agents d'autres services d'effectuer des remplacements en EHPAD. Les absences dites « longues » font l'objet d'un remplacement par un groupe interne au GHRMSA pour une durée d'un mois. Ces dispositifs sont complétés par du recrutement en contrat à durée déterminée si besoin. Le recours à l'intérim est peu usité. Il représente 19 jours de remplacement entre 2018 et 2019 soit 6 812 €.

12.6.4.5 La qualité de vie au travail

La politique de qualité de vie au travail (QVT) fait l'objet d'une démarche globale au sein du GHRMSA. Elle repose sur trois axes (santé et sécurité au travail, organisations et bien-être au travail) visant à la rendre plus lisible. Cette politique est pilotée par un comité interne (DRH, comité hygiène et sécurité du travail, comité de pilotage ...) et s'appuie sur plusieurs outils dont un plan d'action spécifiquement dédié à la gériatrie. Le pôle de gériatrie est partie prenante dans l'élaboration et le pilotage.

Les actions proposées sont en faveur du développement d'une politique RH¹⁴² propre aux EHPAD, d'une culture gériatrique et d'une amélioration des conditions de travail¹⁴³. L'analyse de l'absentéisme et les conditions de travail particulièrement dégradées au sein des EHPAD de Mulhouse illustrent la nécessité d'une mise en œuvre effective de ce plan QVT.

Le plan QVT propre au secteur de la gériatrie a été présenté en CTE le 17 février 2020. L'ordonnateur souligne que ce plan d'action est récent et que la crise liée au Covid-19 a rendu difficile sa mise en œuvre effective. Toutefois, des actions ont pu déjà être mises en place dès 2020 et en 2021, telles que des ateliers de co-développement pour l'encadrement des secteurs d'hébergement ainsi qu'une formation « Être acteur de sa propre QVT » à destination des soignants. La réunion du COPIL du 22 juin 2021 a permis d'actualiser le plan QVT, d'affiner le calendrier de mise en œuvre et de désigner partiellement les pilotes.

12.6.4.6 Le recrutement et la fidélisation

Les EHPAD d'Emile Muller, Hasenrain et Cernay souffrent d'un manque d'attractivité de certaines professions paramédicales (IDE, AS, ASH et kinésithérapeutes) du fait de la proximité de l'Allemagne et de la Suisse où les rémunérations et conditions de travail y sont plus avantageuses. Le recrutement se heurte également au manque de qualification initiale sur certaines postes (ASH), à un périmètre de mobilité restreint de certains personnels¹⁴⁴ (Cernay) et plus rarement à des problématiques vaccinales n'autorisant pas le recrutement.

¹⁴² Mesures de politique RH proposées : politique de remplacement sur le secteur médico-social, politique de prévention des accidents de travail, fidélisation, attractivité, développement des compétences.

¹⁴³ Mesures proposées : définition et harmonisation du contenu du travail, identification des temps de pause, réunions d'équipes.

¹⁴⁴ Personnel sans permis, se déplaçant à pied.

Face à ces contraintes, le GHRMSA développe des dispositifs incitatifs à l'emploi et la fidélisation comme la stagiairisation des AS dès le recrutement, la signature de contrats d'allocation d'études¹⁴⁵ avec les étudiants infirmiers ou bien le tutorat des IDE récemment diplômés. Le GHRMSA privilégie autant que possible le recrutement d'ASH diplômées (BAC ST2S¹⁴⁶) qui possèdent ainsi un socle de connaissances et un projet de carrière.

Il a également mis en place des actions de formation et de promotion professionnelle qui contribuent à la fidélisation des équipes et au développement de leurs compétences. À titre illustratif, il a mis en place une formation intitulée « AS passerelle » permettant aux ASH d'intégrer, sur dossier, un parcours de formation qualifiant de six mois en institut de formation en contrepartie d'un engagement à servir au sein de l'établissement.

L'établissement met en œuvre des dispositifs cohérents à même de compenser les difficultés de recrutement sans qu'il lui soit possible d'être réellement « concurrentiel » face aux pays voisins et dans un contexte national dégradé sur certaines qualifications.

12.6.5 La formation et la qualification des personnels

Les plans de formation des personnels des EHPAD Emile Muller, Hasenrain et Cernay sont intégrés à celui du GHRMSA. Ce plan est élaboré tous les deux ans. Le plan 2018-2019 prévoit des enveloppes budgétaires de 65 000 € pour l'EHPAD d'Emile Muller-Hasenrain et 23 000 € pour Cernay (pôle de Cernay Thann et Bischwiller). L'enveloppe du plan 2020-2021 augmente légèrement pour Cernay (+ 7000 €) en raison de sa consommation complète en 2019.

L'offre de formation des EHPAD de Mulhouse est dense. L'amélioration de la prise en charge de la dépendance (soins en fin de vie, plaies chroniques et escarres, gestion de l'incontinence) constitue un axe important, plus prégnante que pour Cernay. L'établissement développe également une politique active de qualification professionnelle à travers le parcours de formation dit « master class ». Ce cycle est ouvert sur sélection aux IDE « faisant fonctions » de cadre et leur permet de préparer, grâce à un dispositif de formation interne, l'accès à l'entrée en formation de cadre de santé.

L'établissement met en place des leviers destinés à améliorer les compétences de ses agents. L'offre de formation est large sans qu'il soit possible d'en évaluer la portée sur la qualité de la prise en charge des résidents.

12.7 Le résident et la qualité de prise en charge

12.7.1 Les évaluations internes et externes

Depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont tenus de procéder à des évaluations régulières de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles du secteur social et médico-social. Les dispositions des articles L. 312-1 et L. 312-8 du CASF précisent les établissements et services soumis à l'évaluation et les conditions de mise en œuvre de ces processus.

¹⁴⁵ Dispositif d'allocation d'étude en contrepartie d'un engagement de servir et ainsi fidéliser auprès des EHPAD des jeunes diplômés.

¹⁴⁶ Baccalauréat sciences et techniques sanitaires et sociales.

L'évaluation interne est conduite par l'établissement lui-même en associant les professionnels, les personnes accompagnées et les partenaires. Elle a pour objet l'analyse des processus mis en œuvre, l'organisation et les effets des actions pour les personnes accompagnées. Les champs des évaluations externes et internes sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement et de pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration de la qualité.

Les établissements soumis aux évaluations internes doivent réaliser trois évaluations sur la totalité de l'autorisation délivrée. La durée de droit commun d'une autorisation d'activité étant de 15 ans, l'établissement doit adresser une évaluation tous les cinq ans aux autorités de tutelle ou lors du renouvellement de son CPOM. Les évaluations externes viennent compléter le dispositif avec deux évaluations obligatoires selon les modalités d'une évaluation sept ans après la date de l'autorisation d'activité et d'une évaluation deux ans avant la date de son renouvellement.

Les EHPAD de Mulhouse (Emile Muller et Hasenrain) ont procédé à leur évaluation interne en décembre 2013 tout comme l'EHPAD de Cernay. Leurs évaluations externes ont été réalisées par un prestataire en décembre 2014. Elle mettent en exergue, pour les sites de Mulhouse, la nécessité d'amélioration de la qualité de prise¹⁴⁷ en charge, et l'évaluation de l'efficacité des actions. Le projet architectural est inscrit comme l'axe majeur des actions à mener. Celles de l'EHPAD de Cernay appellent à promouvoir la qualité de vie, à structurer les projets personnalisés et les outils d'accueil du résident.

Ces évaluations auraient dû être renouvelées en 2018 (interne) et 2019 (externe). L'ordonnateur explique que dans le cadre du projet de CPOM, les autorités de tutelle ont demandé de surseoir au renouvellement. Il précise avoir comme objectif de réaliser ces évaluations en 2023 dans le cadre de la mise en œuvre du projet gériatrique d'établissement 2021-2025.

Rappel du droit n° 6 : Procéder aux évaluations internes et externes conformément aux dispositions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et des articles L. 312-1 et L. 312-8 du CASF.

12.7.2 Le traitement des plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations sont traitées par la commission des usagers du GHRMSA. Pour les EHPAD, les plaintes et réclamations sont peu fréquentes et concernent principalement les conditions d'accueil, de vie et d'hébergement. En 2019, l'établissement ne recense qu'une plainte faisant l'objet d'un traitement contentieux et deux réclamations pour les EHPAD de Mulhouse et une seule réclamation pour l'EHPAD de Cernay.

Toutes les plaintes et réclamations sont prises en compte et consignées dans un registre. Elles font l'objet d'une réponse écrite individualisée. Une permanence physique et téléphonique est assurée par la direction des usagers de 8 H à 12 H et de 14 H à 17 H les jours ouvrables.

12.7.3 Les évènements indésirables graves

Il n'a pas été relevé de signalements d'évènements indésirables graves dans les EHPAD de Mulhouse et Cernay sur la période de contrôle.

¹⁴⁷ Concerne l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité du circuit des médicaments, l'optimisation de la prise en charge de la dépendance et des soins d'hygiène.

12.7.4 Le contrôle de la satisfaction des usagers

En 2018, une enquête comportant plusieurs items a été menée par le département du Haut-Rhin pour les EHPAD de Mulhouse et celui de Cernay. L'ordonnateur conteste les résultats de cette enquête en raison de la méthodologie utilisée reposant sur un panel de référence trop faible (cinq à six résidents par site).

Les résultats pour Mulhouse (Hasenrain et Emile Muller) présentent des insatisfactions et points d'amélioration concernant l'accueil du résident, la vétusté des locaux, les déplacements, la vie sociale et la qualité des repas. Les constats déjà évoqués pour les EHPAD de Mulhouse en matière de vétusté de l'hébergement et de manque de sécurité et d'accès aux sanitaires (une seule douche par étage, une douche tous les 15 jours) sont exprimés en tant que facteur altérant la qualité de vie des résidents.

Pour l'EHPAD de Cernay, les avis sont plus satisfaisants avec quelques points d'amélioration sur la qualité de la restauration, la perte de linge personnel ou le manque de sorties. Ces résultats sont corroborés par une enquête interne de 2017 qui pointe une faiblesse dans la proposition d'un projet de vie (taux de satisfaction 38 %).

12.7.5 Les bonnes pratiques de prise en charge et la prévention

Le GHRMSA, en sa qualité d'établissement de santé, dispose d'une structure qualité centralisée et de référents qualité par pôle. Les EHPAD disposent d'un plan d'actions formalisé (Cernay et Mulhouse) piloté par les référents.

La prise en charge du résident fait l'objet de nombreux protocoles de prévention individuelle et de prise en charge dans une acception large touchant principalement le circuit du médicament (assurance qualité médicament, juste prescription chez le sujet âgé...), la nutrition de la personne âgée (complémentation nutritionnelle...), et la bientraitance. L'ensemble des protocoles ainsi que les fiches de déclaration d'évènement indésirable sont disponibles sur le logiciel qualité du GHRMSA.

Les EHPAD disposent également de groupes de travail sur la nutrition, l'incontinence et les chutes chez la personne âgée. Ils ont pour objectif l'amélioration continue des pratiques professionnelles. L'ordonnateur souligne l'investissement des professionnels de santé et de l'encadrement mais relève que la multiplicité des missions et les difficultés en matière RH altèrent parfois l'objectif initial.

Les données statistiques pour les EHPAD de Mulhouse¹⁴⁸ montrent une prévalence¹⁴⁹ du nombre de chutes en diminution (- 141 chutes entre 2016 et 2019), une absence de suicide ou tentative de suicide et un taux de recours aux urgences qui apparaît assez faible (1,9 %) comparativement à la moyenne nationale¹⁵⁰ 2018 (13,5 %). Le taux de recours à l'hospitalisation est de 16,36 % significativement inférieur au taux national 2018 (27,6 %). La proximité immédiate d'un environnement sanitaire et la présence d'équipements facilement disponibles (accès aux fluides médicaux) expliquent ces faibles taux.

Les données statistiques pour l'EHPAD de Cernay¹⁵¹ montrent une prévalence relativement stable des chutes (- 4 chutes entre 2016 et 2019) et une absence de suicide ou tentative de suicide. A contrario, le taux de recours aux urgences augmente significativement (10,3 %) en 2019 sans que l'on puisse en identifier l'origine. Le recours à l'hospitalisation est élevé (36,97 %) supérieur au taux national 2018 (27,6 %). L'éloignement d'une structure

¹⁴⁸ Cf. annexe 7 tableau 22.

¹⁴⁹ Prévalence : nombre de cas atteints d'une maladie ou d'un évènement, recensé dans une population déterminée

¹⁵⁰ Source Resid EHPAD données 2016-2018.

¹⁵¹ Cf. annexe 7 tableau 23.

sanitaire et l'absence de dispositifs médicaux suffisants sur place sont un facteur pouvant expliquer ce phénomène.

Les outils qualité constituent un socle commun, accessible qui doit permettre aux professionnels de santé d'assurer la continuité et la sécurité des prises en charge. L'évaluation de ces dispositifs n'est que partiellement réalisée, faute de ressources internes disponibles pour la réalisation d'audits. Il est envisagé, sur le modèle du patient traceur¹⁵², d'élaborer une démarche interne de résident traceur afin d'améliorer la prise en charge individuelle en identifiant les points de rupture du parcours de la personne âgée dans son environnement.

S'il reste d'indéniables voies d'amélioration, ces EHPAD disposent d'un environnement propice à une amélioration continue de la qualité et au développement d'axes de prévention. Il ressort des échanges avec l'ordonnateur une volonté et un engagement important dans la prise en compte d'une meilleure prise en charge des résidents au quotidien.

12.7.6 La participation à la vie de l'établissement

Les EHPAD de Mulhouse disposent d'un conseil de la vie sociale (CVS) par site. L'EHPAD de Cernay dispose également d'un CVS. Ces conseils dédiés à l'expression et à la participation des usagers et de leurs familles ne fonctionnent pas correctement. Le CVS ne s'est réuni qu'à une seule reprise sur la période de contrôle pour les EHPAD de Mulhouse et Cernay. Ce dernier a réélu son conseil de la vie sociale en janvier 2020 et adopté son règlement interne.

L'ordonnateur souligne la difficulté à réunir les CVS voire à en compléter la composition. La participation des résidents et de leurs familles à la vie de l'établissement n'est pas établie ni conforme aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.

La chambre relève qu'il est dommageable que cette instance ne soit que très partiellement mise en œuvre alors qu'il s'agit d'un volet indispensable à l'expression des usagers. Elle prend cependant acte de la volonté de l'ordonnateur de mettre en place des mesures correctives (élections du CVS de Mulhouse prévues au second semestre 2021, deux réunions du CVS de Cernay programmées en 2021).

12.8 La gestion de la pandémie Covid-19

Les EHPAD de Mulhouse et l'EHPAD de Cernay ont anticipé dès le 24 février 2020, après concertation médicale, les prémices de la crise sanitaire liée au Covid-19. Le 28 février, les EHPAD ont strictement limité les visites, précisé la conduite à tenir pour les personnels et leur protection. Toutes les manifestations internes ont été annulées.

Le 6 mars, une formation interne « coronavirus, se protéger et protéger les autres » a été mise en place, complétée par d'autres mesures (limitation des visites à une seule personne, interdiction des mineurs). L'anticipation et la mobilisation ont été fortes près de 10 jours avant le déclenchement du plan blanc le 7 mars 2020.

L'établissement a complété le dispositif initial par des mesures complémentaires (procédures, équipements de protection individuelle, patient suspect Covid-19, précautions complémentaires...) au fil des évolutions de la crise tout en appliquant les dispositions nationales édictées par le ministère de la santé.

¹⁵² La méthode du patient traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement (Source HAS).

Durant toute cette période et jusqu'à la levée du plan blanc et la reprise d'activité, une cellule de crise interne a piloté les différents dispositifs afférents aux EHPAD avec un support important des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH), de l'équipe mobile de gériatrie et de celle de soins palliatifs.

12.8.1 La mesure de l'impact de la crise sur les résidents et les personnels¹⁵³

Dans les EHPAD de Mulhouse, le taux de cas Covid-19 confirmés des résidents est faible (3,4 % des lits ouverts) tout comme le taux de décès (5,1 %). L'analyse mensuelle montre que durant la période la plus critique (fin février début avril) le nombre de décès est faible pour l'EHPAD Emile Muller et plus élevé pour l'EHPAD de Hasenrain sans qu'il soit possible de les attribuer avec certitude au Covid-19.

L'ordonnateur explique cette faible contagion et mortalité des résidents par une anticipation de la vague épidémique dès fin février avec des mesures fortes et la mise en place d'organisations dédiées. Il précise que l'environnement sanitaire et l'expertise associée (hygiène, équipes mobiles, accès facilité aux flux médicaux, expertise médicale en infectiologie ...) ont été des facteurs déterminants dans la gestion de cette crise en EHPAD.

Concernant l'EHPAD de Cernay, on observe un taux de cas beaucoup plus élevé (11 % des lits installés) sans qu'il soit possible de les attribuer avec certitude au Covid-19. Le taux de décès est en revanche bas (3,7 % des lits installés). L'analyse mensuelle montre que durant la période la plus critique (fin février début avril) le nombre de décès est important sans qu'il soit possible de les attribuer avec certitude au Covid-19. L'ordonnateur explique que l'épidémie a été contenue malgré l'éloignement de la structure et une mobilisation des moyens sanitaires plus concentrés sur Mulhouse. L'EHPAD de Cernay a néanmoins pu bénéficier des ressources du GHRMSA selon ses besoins.

Pour les personnels des EHPAD de Mulhouse, le taux de contamination avec ou sans dépistage (base effectif 2019) s'élève à 22,7 %. Pour l'EHPAD de Cernay, ce taux (base effectif 2019) est de 6,1 %. L'ordonnateur souligne que l'épidémie a touché massivement Mulhouse et son agglomération proche.

L'absentéisme a logiquement fortement augmenté dans les EHPAD de Mulhouse en particulier entre mars et avril. Comparativement à 2019, il augmente de près de 50 % en mars et de 36 % début avril corrélativement au pic épidémique. Pour l'EHPAD de Cernay, il en est de même avec un absentéisme qui augmente de 58 % début mars pour atteindre un pic à 155 % début avril. Cet absentéisme ne peut cependant pas être attribué avec certitude à une contamination au Covid-19.

L'établissement a pourvu au remplacement des personnels absents et renforcé les équipes en raison du confinement des résidents en chambre et de la sectorisation mise en place. Le déploiement des renforts au sein des EHPAD a été complété par des remplacements volontaires internes grâce à un logiciel dédié en fonction des besoins.

12.8.2 La préparation et la réaction face à la crise sanitaire

Le GHRMSA dispose d'outils de gestion de crise (plan blanc, plan bleu, plan local de maîtrise d'une épidémie) qui lui ont permis d'organiser rapidement la réponse à la vague épidémique. Le plan bleu spécifique au secteur médico-social apparaît néanmoins peu adapté au contexte épidémique. Les EHPAD de Mulhouse et de Cernay ont bénéficié des mêmes dispositions que l'ensemble des services du GHRMSA.

¹⁵³ Cf. annexe 7 tableaux 24 à 31.

Les organisations internes se sont adaptées aux contraintes, les équipements de protection individuelle (EPI) ont été attribués aux équipes (masques FFP2 et chirurgicaux) sur les stocks internes permettant d'emblée une bonne protection des personnels. Les tensions sur les EPI ont été fortes en particulier sur les masques et les surblouses. La gestion des masques a fait l'objet d'une coopération renforcée avec le CH de Rouffach. Dans ce contexte, la solidarité des acteurs institutionnels, publics, privés a joué son rôle permettant d'éviter une rupture en EPI.

La capacité des EHPAD à maintenir les résidents atteints du Covid-19 dans leurs hébergements a été possible grâce à une présence médicale importante, à la disponibilité des moyens sanitaires et aux réorganisations internes. Plusieurs protocoles de soins complémentaires dédiés à la gestion des cas Covid-19 ont été mis en œuvre (gêne respiratoire, prélèvements biologiques, décès Covid-19 ...).

La démarche des tests pour les résidents des EHPAD a été identique pour les sites de Mulhouse et de Cernay et de manière générale sur tout le GHRMSA. Elle a reposé sur des critères¹⁵⁴ communs. Il n'a pas été possible de recueillir des données exhaustives sur ce point. Tout au plus, l'ordonnateur relève que la disponibilité du laboratoire interne est un point fort qui a permis de faciliter la mise en place des tests au sein de l'établissement.

La disponibilité des acteurs et la cohésion des équipes ont été des facteurs déterminants dans les processus de prise en charge. Cela a probablement contribué à limiter les conséquences de cette vague épidémique sur la santé des résidents. De manière globale, les conséquences sur la santé des résidents ont été importantes et pas seulement du fait du Covid-19. L'ordonnateur relève des pertes d'autonomie fonctionnelle majeure chez de nombreux résidents du fait de l'isolement, de la rupture des liens sociaux et du confinement dont on ne peut présager l'issue.

12.8.3 Les conséquences financières de la crise

Les conséquences financières de la crise sanitaire apparaissent limitées dans leur appréhension (mars à mai 2020) en raison du contexte épidémique et de la persistance des mesures de crise.

L'analyse des conséquences financières des EHPAD de Mulhouse montre des surcoûts¹⁵⁵ importants principalement sur les dépenses en personnel (64 343 €) et sur les pertes de recettes d'exploitation (250 294 €). Les autres postes de dépenses apparaissent peu impactés. Il apparaît probable que la faiblesse des surcoûts en matériel médical est liée à une médicalisation des services plus importante en amont de la crise.

Pour l'EHPAD de Cernay, les constats sont identiques pour les dépenses en personnel (333 303 €). Les surcoûts¹⁵⁶ sur les fournitures médicales et produits d'entretien (36 830 €) sont plus importants qu'à Mulhouse. Cet EHPAD étant géographiquement plus éloigné, il a bénéficié d'apports hospitaliers moins significatifs. Les pertes d'exploitation (48 774 €) sont moindres probablement en raison des meilleures conditions d'hébergement.

Les premières estimations des conséquences financières de la crise s'élèvent pour les EHPAD concernés par cette enquête à 725 103 €. Ces pertes financières sont importantes, malgré le mécanisme de compensation financière institué, elles vont majorer les difficultés pour les EHPAD de Mulhouse déjà confrontés à une offre d'hébergement dégradée. La

¹⁵⁴ Critères des tests : pour toute admission pendant la crise pour les patients admis en MCO et en SSR ; avant tout transfert lors des modifications d'affectation des secteurs d'activités MCO et SSR dédiés Covid-19 ; pour toute admission en EHPAD ou USLD.

¹⁵⁵ Cf. annexe 7 tableau 32.

¹⁵⁶ Cf. annexe 7 tableau 33.

chambre relève que les évolutions de la crise en cours auront des conséquences préoccupantes pour l'établissement.

12.9 Conclusion

L'enquête sur les progrès en matière d'organisation, de démarche d'amélioration, de la qualité des soins et de prévention au regard des complications liées à la dépendance dans les EHPAD du GHRMSA (Hasenrain, Emile Muller) montre des conditions d'hébergement particulièrement vétustes. La qualité des prestations s'en trouve inévitablement entachée. En l'absence de mesures d'urgence, la situation se dégrade et a contraint l'établissement à la fermeture de 40 lits. A l'inverse, la reconstruction de Cernay doit permettre à terme une meilleure qualité d'hébergement et de prise en charge.

L'absence jusqu'en 2021 de politique gériatrique formalisée, la caducité des évaluations et la non contractualisation avec les tutelles ont nui à la mise en œuvre d'une stratégie gérontologique. La situation financière des EHPAD se dégrade sous les effets conjugués de la convergence tarifaire et des pertes d'exploitation.

Ces EHPAD disposent pourtant d'atouts majeurs grâce à une présence médicale permanente et un accès facilité à des moyens spécialisés. Néanmoins, l'hétérogénéité des outils issus de la loi du 2 janvier 2002 ne permet pas d'établir la complétude de l'individualisation de la prise en charge. Celle-ci est également altérée par l'absentéisme et les taux de rotation des personnels.

Les outils de prévention sont opérants mais demandent à être mieux structurés. La crise liée au Covid-19 a montré que le niveau de préparation et de réaction des structures est bon. La mortalité en EHPAD lors de la crise est faible et les moyens mis en œuvre peuvent être qualifiés d'optimaux. Les conséquences financières restent indicatives en raison de la poursuite de la vague épidémique.

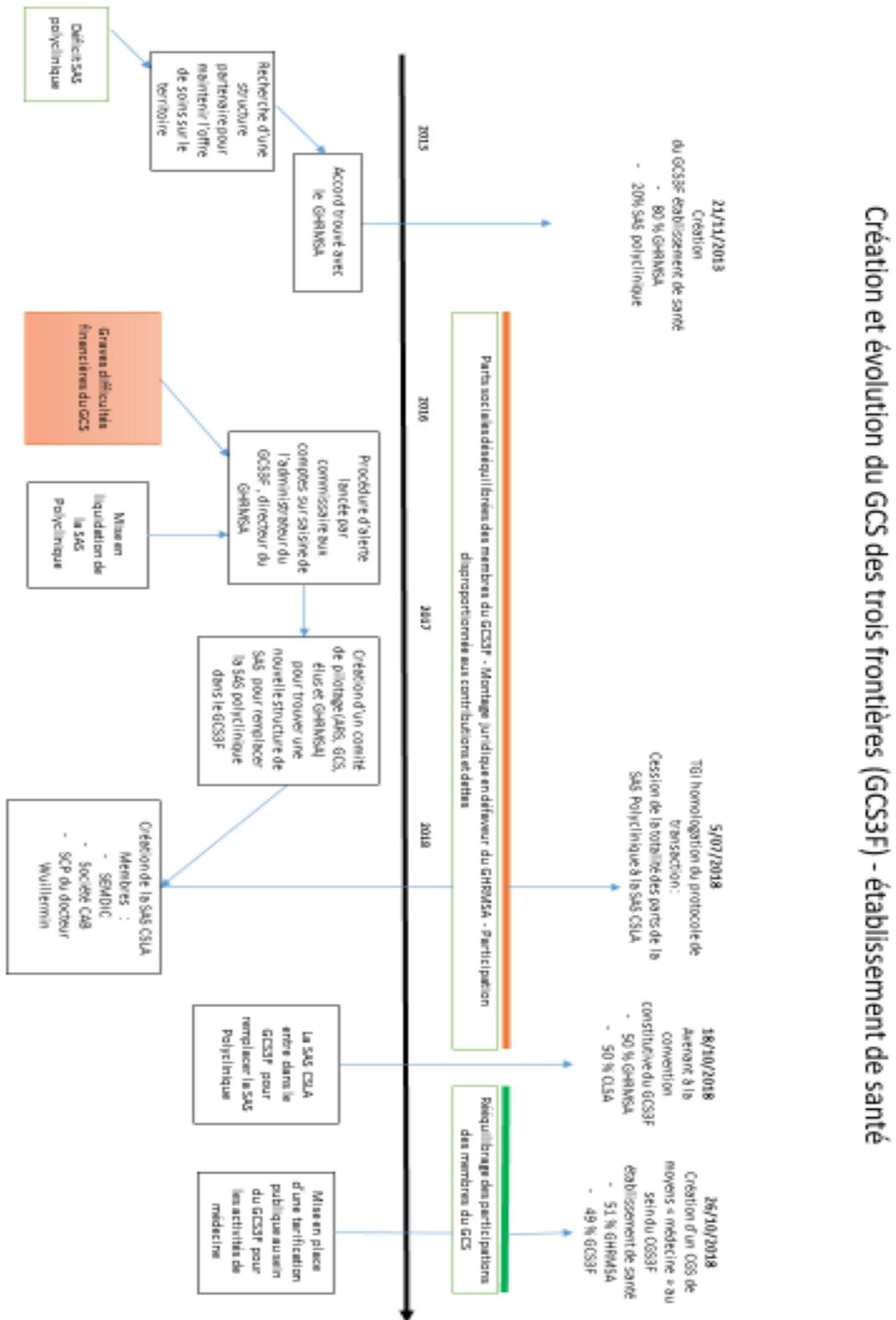
ANNEXE 1 : Le groupement hospitalier du territoire (GHT)

Tableau 1 : Coût estimatif du SDSI du GHT 12

Budget SDSI (en €)	Investissement	Fonctionnement
Production de soins cliniques	1 527 000	296 000
Production de soins médico-techniques	780 000	158 000
Support aux activités de soins	675 000	154 000
Fonctions administratives et support	540 000	105 000
Projets transverses	1 170 000	740 000
Enseignements et formation	20 000	30 000
Sécurité et protection des données	636 000	150 000
Infrastructure technique	5 865 000	2 765 000
Total	11 213 000	4 398 000

Source : données GHRMSA

ANNEXE 2 : Coopérations et partenariats



Source : CRC Grand Est

ANNEXE 3 : Évolution capacitaire et activité

Tableau 1 : Évolution du programme capacitaire du GHRMSA

CAPACITE	2016			2017			Evol 16-17	2018			2019			Evol 17-19
	Lits	Places	Total	Lits	Places	Total	Total en %	Lits	Places	Total	Lits	Places	Total	Total %
Médecine	533	64	597	574	72	646	8	563	72	635	564	72	636	- 2
Chirurgie	209	36	245	205	54	259	6	196	59	255	196	59	255	- 2
Gynéco- obstétrique	96	9	105	96	11	107	2	96	15	111	70	15	85	- 21
Z.S.T.C.D	19		19	19		19	0	23		23	23		23	21
Postes de dialyse	24		24	28		28	17	28		28	28		28	0
Total MCO	881	109	990	922	137	1 059	7	906	146	1 052	881	146	1 027	- 3
Psychiatrie adulte	91	30	121	77	30	107	- 12	75	30	105	75	30	105	- 2
Psychiatrie juvénile	5	33	38	5	33	38	0	5	33	38	5	33	38	0
Total Psychiatrie	96	63	159	82	63	145	- 9	80	63	143	80	63	143	- 1
SSR	224	39	263	275	44	319	21	281	50	331	281	50	331	4
USLD	168		168	193		193	15	193		193	193		193	0
EHPAD	414		414	861		861	108	861		861	861		861	0
MAS	23		23	23		23	0	23		23	23		23	0
Total général	1 806	211	2 017	2 356	244	2 600	29	2 344	259	2 603	2 319	259	2 578	- 1

Source : données GHRMSA

ANNEXE 4 : Enquête nationale : Concurrence et complémentarité public privé

Tableau 1 : Parts de séjours sur cinq GHM dans le Haut-Rhin

	Département	Nbre séjour EPS	Nbre séjour établissement privé lucratif	Nbre séjour établissement privé non lucratif	Total séjour 2018 du département	Mesure de l'intensité de la concurrence: % des séjours EPS sur nombre total séjour département	Moyenne âge EPS	Moyenne âge patients établissement privé lucratif	Moyenne âge patients établissement privé non lucratif
troubles du sommeil	Haut-Rhin	35	0	0	35	100,0%			
	Hopitaux civils de Colmar	3			3		50,7		
	GHRSA	32			32		62,8		
Poses d'un stimulateur cardiaque	Haut-Rhin	85	0	219	304	28,0%			
	Hopitaux civils de Colmar	49			49		80,5		
	GHRSA	36			36		78,8		
	GCS des trois frontières			9	9				78,66
	Fondation du Diaconat			210	210				77,4
Endoscopie digestive	Haut-Rhin	1 677	0	6 300	7 977	21,0%			
	Hopitaux civils de Colmar	550			550		55,7		
	GHRSA	1 127			1 127		56,7		
	GCS des trois frontières			661	661				57,31
	Fondation du Diaconat			5639	5639				56,246
Prothèse de hanche	Haut-Rhin	35	0	21	56	62,5%			
	Hopitaux civils de Colmar	16			16		81,6		
	GHRSA	19			19		79,3		
	GCS des trois frontières			9	9				84,33
	Fondation du Diaconat			12	12				73,41
Explorations nocturnes	Haut-Rhin	1 545	0	214	1 759	87,8%			
	Hopitaux civils de Colmar	192			192		53,8		
	GHRSA	943			943		57,4		
	CH de Rouffach	410			410		49,37		
	Fondation du Diaconat			214	214				62,26

Source : données ATIH retraitées pour des comptes

Tableau 2 : Échelle tarifaire publique 2018

GHS	GHM	LIBELLÉ	TARIF (en euros)
2119	06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	854,36
2121	06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	706,05
2122	06K05J	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire	602,35
7959	23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	501,43

Source : données ATIH 2018

Tableau 3 : Échelle tarifaire privé 2018

GHS	GHM	LIBELLÉ	TARIF (en euros)
2119	06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	473,78
2121	06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	366,49
2122	06K05J	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire	252,40
7959	23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	273,79

Source : données ATIH 2018

ANNEXE 5 : Fiabilité des comptes

Tableau 1 : Provisions pour gros entretien ou grandes révisions

Compte 157 en €	2016	2017	2018	2019
Balance d'entrée du compte au 01/01	30 000	1 200 000	1 497 398	1 497 398
Dotation de l'année	1 200 000	297 398		
Reprise sur provision de l'année	30 000			105 547
Solde du compte au 31/12	1 200 000	1 497 398	1 497 398	1 391 851

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 2 : Les autres provisions pour charges - budget consolidé

Compte 158 en €	2016	2017	2018	2019
Balance d'entrée du compte au 01/01	1 122 071	1 036 156	1 603 152	1 587 168
Dotation de l'année	54 223	795 491		72 852
Reprise sur provision de l'année	140 138	228 495	15 984	
Solde du compte au 31/12	1 036 156	1 603 152	1 587 168	1 660 020

Source : comptes financiers du GHRMSA

ANNEXE 6 : Analyse financière

Tableau 1 : Poids des budgets

Poids des différents budgets 2019	Montant €	Part en %
Total des produits 2019 budget consolidé en €	484 177 211	100 %
Produits Budget principal (H)	425 500 427	87,9 %
Produits Budget USLD (B1)	11 656 585	2,4 %
Produits Budget EHPAD (E2)	28 747 453	5,9 %
Produits Budget EHPAD site de Rixheim (E6)	7 490 855	1,5 %
Produits Budget EHPAD Site de Sierentz (E7)	0	0,0 %
Produits Budget EMOI TC-AVC (P1)	893 591	0,2 %
Produits Budget MAS (P4)	2 281 731	0,5 %
Produits Budget CSAPA (P5)	546 932	0,1 %
Produits Budget Ecoles (C0)	4 941 459	1,0 %
Produits Budget DNA (A)	620 427	0,1 %
Produits Budget GHT (G0)	1 497 751	0,3 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 2 : Résultats tous budgets confondus

En €	2016	2017	2018	2019
Résultat Budget principal (H)	- 4 913 795	- 5 710 895	- 5 152 990	- 6 489 489
Résultat Budget USLD (B1)	217 857	147 047	175 947	29 112
Résultat Budget USLD (B2)	102 815	0	0	0
Résultat Budget (E2)	210 975	189 203	- 180 425	- 488 234
Résultat Budget (E3)	- 45 744	0	0	0
Résultat Budget (E4)	271 914	0	0	0
Résultat Budget (E5)	76 596	0	0	0
Résultat Budget EHPAD site de Rixheim (E6)	0	126 583	39 677	30 028
Résultat Budget EHPAD site de Sierentz (E7)	0	142 367	66 076	0
Résultat Budget EMOI TC-AVC (P1)	96 091	67 702	17 318	- 488
Résultat Budget MAS (P4)	- 55 873	118 273	277 426	180 477
Résultat Budget CSAPA (P5)	17 285	- 17 524	6 911	95 596
Résultat Budget Ecoles (C0)	178 520	169 658	313 400	135 549
Résultat Budget DNA (A)	79 893	3 146	- 53 496	- 251 578
Résultat Budget GHT (G0)	0	0	0	0
Résultat Général	- 3 763 467	- 4 764 440	- 4 490 156	- 6 759 028

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 3 : Produits versés par l'assurance maladie (Titre 1)

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Tarification des séjours	174 614 129	189 164 159	192 328 531	191 710 351	1,3 %
Médicaments facturés en sus des séjours	17 463 583	21 045 426	23 061 701	24 961 336	18,7 %
Dispositifs médicaux facturés en sus des séjours MCO	4 318 679	4 820 666	5 084 163	5 784 179	20 %
Forfaits annuels MCO	6 870 017	8 096 239	7 722 251	7 948 579	- 1,8 %
Produits financement SSR		2 656 948	3 640 055	4 897 590	84,3 %
Dotation annuelle de financement	38 284 487	42 198 832	41 111 139	42 954 551	1,8 %
Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation	19 905 746	19 412 381	16 620 208	19 072 273	- 1,7 %
Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	22 894 640	25 841 375	27 734 377	28 879 153	11,8 %
Fonds d'intervention régional (FIR)	12 883 884	12 765 322	13 194 503	13 203 363	3,4 %
Produits sur exercices antérieurs	83 602	2 528 504	920 767	508 396	- 80 %
Détenus				233 395	
Total titre 1	297 318 766	328 529 852	331 417 695	340 153 165	3,5 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 4 : Autres produits de l'activité hospitalière (Titre 2)

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Produits activité hosp complète	6 786 385	7 570 643	6 207 371	6 266 674	- 17,2 %
Produits activité hosp incomplète	1 019 285	645 694	619 353	792 028	22,7 %
Produits prestations à tarification spécifique	2 739 881	2 531 335	2 622 516	2 620 299	3,5 %
Forfaits journaliers MCO	4 179 923	4 455 144	5 008 878	4 897 630	9,9 %
Forfaits journaliers SSR	1 233 378	1 551 636	1 718 740	1 671 960	7,7 %
Forfaits journaliers PSY	344 507	311 742	357 360	357 450	14,6 %
Prestations soins délivrées aux patients étrangers	4 136 110	5 139 020	5 131 819	4 758 679	- 7,4 %
Prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement	2 172 353	1 691 614	1 824 677	1 564 475	- 7,5 %
Produits à la charge de l'État, collect territ et autres org publics	49 541	138 733	70 443	262	- 99,8 %
Total titre 2	22 661 362	24 035 562	23 561 157	22 929 457	- 4,6 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 5 : Autres produits (Titre 3)

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Remboursement de charges de personnel	1 295 087	1 140 324	1 016 529	2 790 027	144,7 %
Rabais remises et ristournes	54 571	81 147	150 568	80 014	- 1,4 %
Variation des stocks	5 035 774	5 930 289	6 411 504	6 601 890	11,3 %
Ventes de produits fabriqués	10 109 208	11 284 627	11 662 145	13 475 443	19,4 %
Rétrocession de médicaments	19 770 267	22 363 842	16 627 692	14 465 958	- 35,3 %
Remboursement frais des budgets annexes	8 458 556	13 599 629	14 178 069	14 228 906	4,6 %
Production immobilisée	218 734	242 812	195 786	199 277	- 17,9 %
Subventions exploitations	2 254 756	2 173 433	2 085 990	1 998 955	- 8 %
Autres produits de gestion courante	9 491 336	9 717 706	9 703 636	10 963 143	12,8 %
Produits financiers	128 417	140 694	140 292	153 369	9 %
Produits exceptionnels	2 232 931	3 275 903	9 901 428	4 612 979	40,8 %
Reprise sur amortissement et provisions	1 633 145	3 584 534	25 467 631	2 139 774	- 40,3 %
Transferts de charges				180 000	
Total titre 3	60 682 782	73 534 939	97 541 270	71 889 736	- 2,2 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 6 : Dépenses en personnel (Titre 1)

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Charges de personnel	238 775 196	266 427 029	268 139 841	270 066 173	1,4 %
<i>dont rémunération du personnel non médical c/641</i>	<i>117 372 653</i>	<i>131 141 414</i>	<i>133 037 971</i>	<i>134 034 641</i>	2,2 %
<i>dont rémunération du personnel médical c/ 642</i>	<i>35 946 050</i>	<i>40 455 616</i>	<i>41 053 407</i>	<i>42 421 272</i>	4,9 %
<i>dont personnel extérieur à l'établissement c/621</i>	<i>1 120 226</i>	<i>1 213 497</i>	<i>1 376 859</i>	<i>1 530 612</i>	26,1 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 7 : Charges à caractère médical (Titre 2)

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	51 852 989	56 107 594	52 617 890	52 761 604	- 6 %
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	21 134 484	24 101 929	23 878 913	25 210 004	4,6 %
Variations des stocks à caractère médical	3 877 619	4 841 434	4 889 914	5 106 332	5,5 %
Fournitures médicales	1 284 764	1 449 336	1 632 758	1 553 463	7,2 %
Sous traitance générale	2 986 152	3 951 308	4 691 737	4 442 203	12,4 %
Locations à caractère médical	2 462 092	1 438 209	1 640 771	2 514 666	74,9 %
Entretiens et réparations de biens à caractère médical	3 304 063	3 895 454	3 812 951	3 671 706	- 5,7 %
Total titre 2	86 902 163	95 785 266	93 164 934	95 259 978	- 0,5 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 8 : Charges à caractère hôtelier et général (Titre 3)

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Achats stockés autres approvisionnement	4 753 890	6 159 243	5 348 119	5 422 026	- 12 %
Variations des stocks	595 561	765 096	1 040 374	1 305 172	70,6 %
Achats non stockés matière et fournitures	7 306 265	9 016 487	9 731 094	10 191 674	13 %
Services extérieurs	6 314 314	7 182 808	7 527 041	8 170 661	13,7 %
Autres services extérieurs	7 438 554	9 650 989	10 697 269	12 369 279	28,2 %
Impôts et taxes	271 905	492 332	386 731	410 593	- 16,6 %
Autres charges	1 543 947	6 559 215	6 888 015	8 137 342	24 %
Total titre 3	28 224 437	39 826 169	41 618 644	46 006 746	15,5 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 9 : Charges du Titre 4

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Charges financières	2 480 198	3 318 766	3 290 711	3 163 080	- 4,7 %
Charges exceptionnelles	3 191 474	4 682 529	30 086 824	3 582 346	- 23,5 %
Dotation aux amortissements, aux provisions	26 003 238	21 771 489	21 372 159	23 383 523	7,4 %
Total titre 4	31 674 910	29 772 784	54 749 693	30 128 950	1,2 %

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 10 : Produits du budget E2

Chapitres	PRODUITS	2016	2017	2018	2019
Titre 1	Produits afférents aux soins	3 099 982	9 333 086	9 443 784	11 826 281
736	Tarifs soins	3 099 982	9 333 086	9 443 784	11 826 281
Titre 2	Produits afférents à la dépendance	1 058 291	3 148 767	3 108 915	4 125 442
734	Tarifs dépendance	1 058 291	3 148 767	3 108 915	4 125 442
Titre 3	Produits de l'hébergement	2 840 269	9 431 273	9 264 163	12 178 895
7317	Tarif hébergement	2 824 570	9 326 805	9 118 773	11 988 435
7318	Autres produits des établissements relevant de l'art. L. 312-1 du CASF	15 699	104 468	145 390	190 460
Titre 4	Autres produits	84 676	649 101	588 581	636 445
70	Vente produits fabriqués., prestations services, marchés et produits. activités annexes (sauf 709)		593	40 772	42 539
75	Autres produits de gestion courante	13 498	28 505	24 079	38 797
77	Produits exceptionnels	53 427	339 886	499 373	358 366
	Dont				
775	Produits des cessions d'éléments d'actif		0	142 000	0
777	Quote part de subvention d'investissement virée au résultat de l'exercice	230	82 780	82 339	127 627
78	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	16 135	206 065	7 211	177 134
	Dont				
7815	Reprises sur provisions pour risques et charges	14 248	204 232	5 379	151 208
78742	Reprises sur provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations		1 833	1 833	25 926
RRCS2	Remboursements sur rémunération ou charges sociales ou taxes	1 616	74 052	17 146	19 609
	TOTAL DES PRODUITS	7 083 217	22 562 227	22 405 442	28 767 063

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 11 : Charges du budget E2

Chapitres	CHARGES	2016	2017	2018	2019
Titre 1	Charges de personnel	4 449 560	14 189 261	14 471 736	18 370 896
621	Personnel extérieur à l'établissement			6 148	20 584
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts) (sauf 6319)	252 508	794 104	815 976	1 012 558
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 6339)	159 164	405 337	403 169	502 134
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413, 6415 et 6419)		132 999	29 778	0
6411	Personnel titulaire et stagiaire	2 341 058	6 791 451	6 709 951	8 473 052
6413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	163 550	791 770	951 970	1 541 861
6415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	278 647	1 056 907	1 389 666	1 393 435
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6423, 6425 et 6429)	21 508	21 153	20 294	48 992
6421	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel	94 817	260 470	261 395	317 889
6422	Praticiens contractuels renouvelables de droit		20 733	15 610	37 424
6423	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit		38 493	41 518	34 790
6425	Permanences des soins	1 602	30 695	41 100	36 483
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	1 041 262	3 332 635	3 282 532	4 153 346
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529)	35 948	117 846	130 519	162 366
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	54 511	275 984	244 546	376 456
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	4 985	118 686	127 565	259 526
Titre 2	Charges à caractère médical	229 480	694 214	626 292	869 385
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	66 080	216 281	189 744	254 969
6022	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	20 037	132 009	119 891	146 950
6066	Fournitures médicales	553	1 879	6 693	3 542
6071	Achats de marchandises à caractère médical et pharmaceutique	0	0	0	0
	Variations des stocks à caractère médical (60311, 60321, 60322, 60371)		0	0	0
611	Sous-traitance générale	142 060	256 566	241 538	370 210
6131	Locations à caractère médical		60 244	47 418	62 888
6151	Entretiens et réparations de biens à caractère médical	750	27 234	21 010	30 826
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	1 811 443	5 659 651	5 821 196	7 823 244
602	Achats stockés ; autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022)		243 540	214 656	327 418
606	Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066)	61 506	542 854	581 180	839 733
6072	Achats de marchandises à caractère hôtelier et général	116 382	0	0	0
61	Services extérieurs (sauf 611, 6131, 6151 et 619)	85 696	234 758	262 155	331 748
62	Autres services extérieurs (sauf 621 et 629)	1 525 704	4 578 509	4 701 521	6 252 693
63	Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631, 6319, 633 et 6339)	275	3	1 179	880
65	Autres charges de gestion courante	21 881	59 988	60 505	70 772

Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	381 758	1 829 898	1 666 643	2 191 772
66	Charges financières	74 170	231 069	221 000	211 209
67	Charges exceptionnelles	53 594	260 496	197 270	349 208
	Dont				
675	Valeurs comptables des éléments d'actifs cédés	0	0	11 348	0
68	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	253 995	1 338 334	1 248 373	1 631 355
6811	Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	244 558	1 041 153	1 014 055	1 309 482
6815	Dotations aux provisions pour risques et charges	636	34 115	26 686	130 238
68174	Dotations aux dépréciations des créances	8 800	114 066	58 632	42 635
68742	Dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations		149 000	149 000	149 000
TOTAL DES CHARGES		6 872 242	22 373 024	22 585 867	29 255 297

Source : comptes financiers du GHRMSA

Tableau 12 : Besoin en fonds de roulement

En €	2016	2017	2018	2019	Évol 17/19
Stocks et en-cours (a)	5 035 774	5 930 289	6 411 504	6 601 890	11,3 %
Redevables et comptes rattachés (b)	63 341 926	72 434 162	63 968 334	68 968 902	- 4,8 %
Dettes fournisseurs (c)	23 064 614	30 017 733	35 470 292	29 167 001	- 2,8 %
Besoin en fonds de roulement de gestion (a+b-c=d)	45 313 086	48 346 718	34 909 546	46 403 791	- 4,0 %
Autres dettes et créances (e)	- 3 138 689	246 203	- 19 568 347	- 19 965 103	
Intérêts courus non échus (f)	459 627	652 997	609 695	567 633	- 13,1 %
Provisions pour risques et charges (g)	24 337 991	27 336 093	4 366 378	4 590 579	- 83,2 %
Besoin en fonds de roulement net global (d+e-f-g)	17 376 779	20 603 830	10 365 127	21 280 476	3,3 %
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	17	17	8	17	1,3 %

Source : logiciel ANAFI

ANNEXE 7 : Enquête nationale EHPAD

Tableau 1 : Capacité d'accueil et taux d'occupation (EHPAD E. Muller et Hasenrain)

EHPAD Emile Muller et Hasenrain	2016	2017	2018	2019	Au 01/10/20	Évol 16/20
Nombre de places installées	157	157	157	157	115	- 27 %
Nombre de places autorisées	157	157	157	157	157	0 %
Activité théorique	57 305	57 305	57 305	57 305	41 975	NS
Nombre de journées réalisées	56 323	52 303	45 856	42 800	27 725	NS
Taux d'occupation de l'hébergement permanent	97,96 %	91,26 %	83,80 %	86,40 %	NS	

Source : données GHRMSA

Tableau 2 : Description de l'activité (EHPAD E. Muller et Hasenrain)

Résidents Emile Muller et Hasenrain	2016	2017	2018	2019	Au 01/10/20
GMP mesuré par l'établissement (GMP validé par l'ARS en juillet 2017)	717	717	717	717	717
PMP mesuré par l'établissement (PMP validé par l'ARS en juillet 2017)	228	228	228	228	228
Admissions	57	28	27	24	46
Sorties	63	46	27	43	51
<i>Dont départs</i>	18	20	10	16	20
<i>Dont décès (ayant eu lieu dans l'esms ne sont pas comptabilisés les décès en hosp)</i>	45	26	17	27	31
Hommes au 31/12 de l'année	38	31	36	31	
Femmes au 31/12 de l'année	111	99	92	76	
Âge moyen des résidents au 31/12 de l'année	86,5	86,5	86,4	86,3	
Âge moyen d'entrée sur la base du nb d'admissions de l'année étudiée	83,6	82,9	82,7	82,2	
Durée moyenne de séjour des résidents sortis dans l'année	1211	927	1646	1515	
Nombre de résidents originaires de la commune au 31/12 de l'année	138	121	118	98	
Nombre de résidents originaires du département au 31/12 de l'année	11	9	10	9	
Nombre de résidents originaires de départements extérieurs au 31/12 de l'année	0	0	0	0	
Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale au 31/12 de l'année	39	40	45	42	

Source : données GHRMSA

Tableau 3 : Capacité d'accueil et taux d'occupation (EHPAD de Cernay)

EHPAD CERNAY	2016	2017	2018	2019	Au 01/10/20	Évol 16/19
Nombre de places installées	108	108	108	108	108	0 %
Nombre de places autorisées	108	108	108	108	108	0 %
Activité théorique	38 687	38 687	38 687	38 687	38 687	0 %
Nombre de journées réalisées	37 674	37 396	36 715	34 040	25 816	- 10 %
Taux d'occupation de l'hébergement permanent	95,6 %	94,8 %	93,1 %	90,8 %	NS	
Nombre de places en PASA				14	14	

Source : données GHRMSA

Tableau 4 : Description de l'activité (EHPAD de Cernay)

Résidents - CERNAY	2016	2017	2018	2019	2020
GMP mesuré par l'établissement (GMP validé par l'ARS en juillet 2017)	717	717	717	717	717
PMP mesuré par l'établissement (PMP validé par l'établissement en juillet 2017)	228	228	228	228	228
Admissions	49	61	48	42	35
Sorties	51	62	49	45	31
<i>Dont départs</i>	9	13	17	13	11
<i>Dont décès (ayant eu lieu dans l'ESMS - ne sont pas comptabilisés les décès en hosp)</i>	42	49	32	32	20
Hommes au 31/12 de l'année	22	23	23	28	
Femmes au 31/12 de l'année	79	78	77	70	
Âge moyen des résidents au 31/12 de l'année	85,9	85,9	85,7	85	
Âge moyen d'entrée sur la base du nb d'admissions de l'année étudiée	86,4	86	85,8	84,8	
Durée moyenne de séjour des résidents sortis dans l'année	930	1104	827	994	
Nombre de résidents originaires de la commune au 31/12 de l'année	100	99	97	94	
Nombre de résidents originaires du département au 31/12 de l'année	1	2	3	4	
Nombre de résidents originaires de départements extérieurs au 31/12 de l'année	0	0	0	0	
Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale au 31/12 de l'année	27	28	33	20	

Source : données GHRMSA

Tableau 5 : Convergence tarifaire soins

Convergence tarifaire (en €)	2017	2018	2019
Dernière notification (N-1)	9 353 459	9 332 944	9 257 105
actualisation		152	130
Mesures nouvelles reconductibles	22 987		
Mesures nouvelles non reconductibles		155 001	
Résorption écart plafond	- 43 502	- 75 991	- 126 652
Total dotation soins	9 332 944	9 412 106	9 130 583

Source : retraitement CRC à partir des notifications ARS

Tableau 6 : Convergence tarifaire dépendance

Convergence tarifaire (en €)	2017	2018	2019
Dernière notification (N-1)	5 292 126	5 292 126	5 252 934
Valeur point GIR GHRMSA	7,21	7,30	7,28
Valeur point GIR département	7,00	6,98	6,98
montant convergence	0,00	- 39 192	- 39 182
Total dotation dépendance	5 292 126	5 252 934	5 213 752

Source : retraitement CRC à partir des notifications conseil départemental du Haut-Rhin

Tableau 7 : Grille de tarification applicable au 1^{er} janvier 2020

Sites	Tarif Hébergement	Tarif Dépendance	Tarif Global
EHPAD MULHOUSE - Hasenrain - 1 lit	61,25 €	6,34 €	67,59 €
EHPAD MULHOUSE - Hasenrain - 2 lits	57,60 €	6,34 €	63,94 €
EHPAD MULHOUSE - Muller - 1 lit	42,92 €	6,34 €	49,26 €

Sites	Tarif Hébergement	Tarif Dépendance	Tarif Global
EHPAD CERNAY - Les Hérons - 1 lit	59,61 €	5,83 €	65,44 €
EHPAD CERNAY - Les Hérons - 2 lits	56,23 €	5,83 €	62,06 €
EHPAD CERNAY - Les Cigognes - 1 lit	50,05 €	5,83 €	55,88 €
EHPAD CERNAY - Les Cigognes - 2 lits	46,67 €	5,83 €	52,50 €
EHPAD CERNAY - Les Cigognes - Rénové	55,19 €	5,83 €	61,02 €

Source : données GHRMSA

Tableau 8 : Grille de tarification applicable au 1^{er} mars 2020

Sites	Tarif Hébergement	Tarif Dépendance	Tarif Global
EHPAD MULHOUSE - Hasenrain - 1 lit	61,95 €	6,24 €	68,19 €
EHPAD MULHOUSE - Hasenrain - 2 lits	58,30 €	6,24 €	64,54 €
EHPAD MULHOUSE - Muller - 1 lit	43,63 €	6,24 €	49,77 €

Sites	Tarif Hébergement	Tarif Dépendance	Tarif Global
EHPAD CERNAY - Les Hérons - 1 lit	59,95 €	5,76 €	65,71 €
EHPAD CERNAY - Les Hérons - 2 lits	56,57 €	5,76 €	62,33 €
EHPAD CERNAY - Les Cigognes - 1 lit	50,40 €	5,76 €	56,16 €
EHPAD CERNAY - Les Cigognes - 2 lits	47,02 €	5,76 €	52,78 €
EHPAD CERNAY - Les Cigognes - Rénové	55,58 €	5,76 €	61,34 €

Source : données GHRMSA

Tableau 9 : Charges d'exploitation EHPAD Mulhouse

CHARGES	2016	2017	2018	2019	Évol 17-19
Médicaments [si l'EHPAD a une PUI]	66 080,16	74 415,58	56 946,52	46 188,60	- 37,9 %
Fournitures pour l'incontinence	29 357,12	28 156,01	26 417,58	31 498,53	11,9 %

Source : données financières GHRMSA

Tableau 10 : Charges d'exploitation EHPAD Cernay

CHARGES	2016	2017	2018	2019	Évol 17-19
Médicaments [si l'EHPAD a une PUI]	36 829,50	33 509,02	31 572,26	35 805,34	6,9 %
Fournitures pour l'incontinence	19 446,39	18 249,10	23 481,79	21 353,29	17,0 %
Charges relatives aux interventions de pharmacien [si l'EHPAD a une PUI]	75 773,17	82 081,58	96 346,71	101 069,67	23,13 %

Source : données financières GHRMSA

Tableau 11 : Taux de rotation du personnel soignant de l'EPHAD Hasenrain-Emile Muller

	2016	2017	2018	2019
Taux de rotation (en %)	9,32	13,59	4,14	7,57

Source : données GHRMSA

Tableau 12 : Évolution des effectifs en ETP de l'EHPAD Hasenrain - Emile Muller

Nombre d'agents exprimé en ETP	2016	2017	2018	2019
PERSONNEL DE DIRECTION				
Directeur			0,01	0,10
Médecin-Directeur				
Directeur adjoint, attaché de direction, économiste				
Agent administratif et personnel de bureau	4,19	4,02	3,60	3,77
Autre personnel de direction				
PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX				
Ouvrier Professionnel				
Agent de service général (lingerie, cuisine...)				
Autre personnel des services généraux				
PERSONNEL D'ENCADREMENT				
Cadre infirmier	1,75	1,93	2,00	1,79
Cadre infirmier psychiatrique				
Cadre paramédical non infirmier	0,00	0,00	0,00	0,00
Cadre supérieur de santé	0,25	0,25	0,25	0,19
Cadre infirmier faisant fonction de cadre supérieur de santé				0,10
Cadre socio-éducatif ou autre cadre social				
PERSONNEL ÉDUCATIF, PÉDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION				
Aide médico-psychologique non assistant de soins en gérontologie.				
Aide médico-psychologique assistant de soins en gérontologie				
Assistant de service social	0,34	0,34	0,34	0,34
Animateur social	2,00	2,00	1,94	2,00
Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gérontologie				
Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gérontologie				
Autre personnel éducatif, pédagogique et social				
PERSONNEL MÉDICAL				
Médecin coordonnateur	0,30	0,30	0,30	0,29
Médecin spécialiste en gériatrie	0,80	0,80	0,80	0,80
Médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelle				
Médecin spécialiste en psychiatrie				
Autre spécialiste (interne)	0,57	0,57	0,57	0,57
Médecin titulaire d'un autre diplôme (capacité, DIU...)				
Médecin généraliste				

PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMÉDICAL OU SOIGNANT				
Psychologue	1,50	1,50	1,50	1,21
Infirmier diplômé d'État	16,76	16,27	14,64	14,45
Infirmier psychiatrique				
Masseur-kinésithérapeute	1,00	1,00	1,00	1,00
Orthophoniste				
Orthoptiste				
Ergothérapeute	0,20	0,17	0,20	0,13
Pédicure-podologue	0,58	0,58	0,58	0,58
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	0,44	0,60	0,29	
Diététicien				
Aide-soignant non assistant de soins en gérontologie	46,09	43,56	41,60	40,55
Aide-soignant assistant de soins en gérontologie				
Autre personnel paramédical ou soignant				
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	26,65	25,03	26,34	24,57
ASH soins	distinction non réalisée côté RH	19,54	21,41	19,73
ASH		5,49	4,93	4,84
ENSEMBLE	103,42	98,92	95,96	92,44

Source : données GHRMSA

Tableau 13 : Taux de rotation du personnel soignant de l'EPHAD de Cernay

	2016	2017	2018	2019
Taux de rotation (en%)	6,37	4,05	12,45	20,47

Source : données GHRMSA

Tableau 14 : Évolution des effectifs en ETP de l'EHPAD de Cernay

Nombre d'agents exprimé en ETP	2016	2017	2018	2019
PERSONNEL DE DIRECTION				
Directeur			0,01	0,10
Médecin-Directeur				
Directeur adjoint, attaché de direction, économiste				0,16
Agent administratif et personnel de bureau	0,40	0,40	0,40	0,40
Autre personnel de direction				
PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX				
Ouvrier Professionnel				
Agent de service général (lingerie, cuisine...)	2,21	1,52	0,08	
Autre personnel des services généraux				
PERSONNEL D'ENCADREMENT				
Cadre infirmier	1,50	1,50	1,50	1,50
Cadre infirmier psychiatrique				
Cadre paramédical non infirmier				
Cadre socio-éducatif ou autre cadre social				
PERSONNEL ÉDUCATIF, PÉDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION				
Aide médico-psychologique non assistant de soins en gériatrie.				
Aide médico-psychologique assistant de soins en gériatrie				
Assistant de service social				
Animateur social	1,50	1,50	1,50	1,75
Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gériatrie				
Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gériatrie				
Autre personnel éducatif, pédagogique et social				
PERSONNEL MÉDICAL				
Médecin coordonnateur				
Médecin spécialiste en gériatrie	1,00	0,38	0,38	0,50
Médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelle				
Médecin spécialiste en psychiatrie				
Autre spécialiste = pharmacien	0,40	0,40	0,40	0,40
Médecin titulaire d'un autre diplôme (capacité, DIU...)				
Médecin généraliste				
PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMÉDICAL OU SOIGNANT				
Psychologue	0,40	0,40	0,40	0,40
Infirmier diplômé d'État	8,24	9,10	9,02	8,20
Infirmier psychiatrique				
Masseur-kinésithérapeute				0,20
Orthophoniste				
Orthoptiste				
Ergothérapeute	0,30	0,30	0,30	0,27
Pédicure-podologue				

Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité				
Diététicien				
Aide-soignant non assistant de soins en gériologie	29,74	29,70	30,50	29,38
Aide-soignant assistant de soins en gériologie				
Autre personnel paramédical ou soignant = préparateur en pharmacie	1,06	0,94	1,17	1,19
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	18,13	18,45	21,58	21,46
ASH soins	distinction non réalisée côté RH			15,28
ASH				6,18
ENSEMBLE	64,88	64,59	67,24	65,81

Source : données GHRMSA

Tableau 15 : Taux d'encadrement - EHPAD Emile Muller et Hasenrain

Taux d'encadrement (en ETP pour 100 résidents)	2016		2019	
	Réel	DREES 2015	réel	DREES 2015
IDE	10,68	6,50	10,55	6,50
AS	29,36	21,23	29,6	21,23
ASH	16,97	18,19	17,93	18,19

Source : retraitements CRC

Tableau 16 : Nombre et temps de présence d'AS quotidiennement - EHPAD E. Muller et Hasenrain

	Nombre d'ETP		Nombre d'heures	
	2016	2019	2016	2019
Semaine	28	24	196	168
Week-end	28	24	196	168
Nuit	5	5	50	50

Source : DRH établissement

Tableau 17 : Taux d'encadrement - EHPAD de Cernay

Taux d'encadrement (en ETP pour 100 résidents)	2016		2019	
	Réel	DREES 2015	Réel	DREES 2015
IDE	7,63	6,50	7,59	6,50
AS	27,54	21,23	27,20	21,23
ASH	16,79	18,19	19,87	18,19

Source : retraitements CRC

Tableau 18 : Ratio d'AS présents quotidiennement - EHPAD de Cernay

	Nombre d'ETP		Nombre d'heures	
	2016	2019	2016	2019
Semaine	19	19	133	133
Week-end	19	19	133	133
Nuit	3	3	30	30

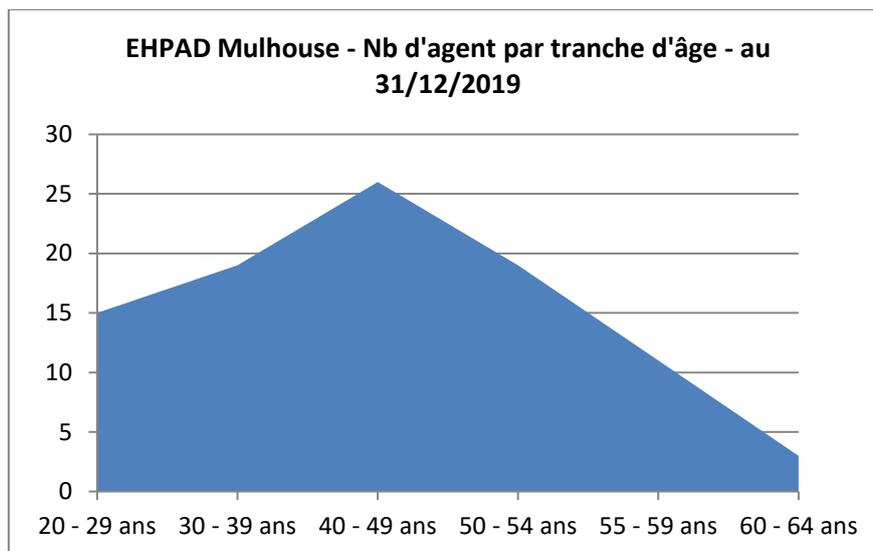
Source : données GHRMSA

Tableau 19 : Absentéisme - EHPAD E. Muller et Hasenrain

	2016	2017	2018	2019
ETP moyen	100,63	97,23	93,22	91,15
CLD/CLM (en jours)	1 253	761	998	669
Absence inf. à 6 j	268	225	157	226
Absence sup à 6 j	3 031	2 885	1 894	3 107
Total jours d'absences	4 552	3 871	3 049	4 002
Taux d'absentéisme (en %)	12,26	10,79	8,86	12,03

Source : bilan annuel DRH GHRMSA

Figure 1 : Pyramide des âges EHPAD Mulhouse



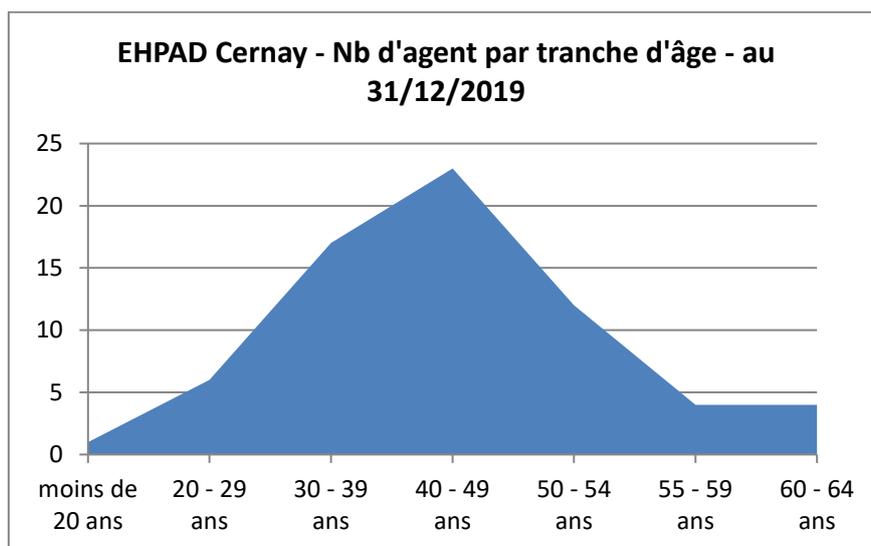
Source : données sociales 2019 DRH GHRMSA

Tableau 20 : Absentéisme EHPAD de Cernay

	2016	2017	2018	2019
ETP moyen	60,23	61,88	65,11	64,29
CLD/CLM (en jours)	504	579	803	944
absence inf. à 6 j	146	144	159	145
absence sup à 6 j	1 592	1 651	1 885	1 499
total jours d'absences	2 242	2 374	2 847	2 514
Taux d'absentéisme	10,01	10,39	11,85	10,89

Source : bilan annuel DRH GHRMSA

Figure 2 : Pyramide des âges EHPAD de Cernay



Source : données sociales 2019 DRH GHRMSA

Tableau 21 : Nombre de jours d'absences annuel par ETP

	2016	2017	2018	2019
EHPAD Mulhouse	45,24	39,81	32,71	43,91
EHPAD Cernay	37,22	38,36	43,73	39,1

Source : données sociales DRH retraitement CRC

Tableau 22 : Bonnes pratiques de prise en charge EHPAD Mulhouse

	2016	2017	2018	2019	2020 (au 14/10)
Prévalence des chutes	355	216	236	214	159
Prévalence du suicide et tentatives de suicide	0	0	0	0	0
Taux de recours aux urgences sans hospitalisation	0,70 %	0,41 %	1,33 %	1,87 %	0,92 %
Taux de recours à l'hospitalisation en court et moyen séjour	10,21 %	10,25 %	12,44 %	16,36 %	4,15 %
Taux de prévalence prescription de psycholeptiques, et benzodiazépines				Benzodiazépines : 30 % Psycholeptiques : 76 %	Benzodiazépines : 39 % Psycholeptiques : 57 %
Taux de prévalence résidents concernés par plus de 10 lignes prescription quotidienne de médicament				28 %	43 %
Taux de vaccination annuel des résidents contre la grippe					
Taux annuel de vaccination contre la grippe des personnels				4,6 %	
Nombre et nature des épidémies déclarées à l'ARS			1 épidémie ERG ¹⁵⁷		

Source : données GHRMSA

¹⁵⁷ ERG : Enterococcus faecium résistant aux glycopeptides, Il s'agit une bactérie multi résistante aux antibiotiques nécessitant des mesures spécifiques fortes et un signalement pour infection associée aux soins à l'ARS.

Tableau 23 : Bonnes pratiques de prises en charge Cernay

	2016	2017	2018	2019	2020 (au 14/10)
Taux de prévalence des chutes	154	170	145	150	149
Prévalence du suicide et des tentatives de suicide depuis 2016	0	0	0	0	0
Taux de recours aux urgences sans hospitalisation des résidents depuis 2016	0,59 %	2,14 %	3,43 %	10,30 %	2,65 %
Taux de recours à l'hospitalisation en court et moyen séjour depuis 2016	24,26 %	40,11 %	34,86 %	36,97 %	17,88 %
Taux de prévalence résidents concernés par la prescription de psycholeptiques, de benzodiazépines				Benzodiazépines : 22 % Psycholeptiques : 65 %	Benzodiazépines : 40 % Psycholeptiques : 67 %
Taux de prévalence résidents concernés par plus de 10 lignes prescription quotidienne de médicament				Date 23/10/2019 48 %	Date 16/10/2020 61 %
Taux de vaccination annuel des résidents contre la grippe					
Taux annuel de vaccination contre la grippe des personnels					
Nombre et nature des épidémies déclarées à l'ARS			1 épidémie ERG		

Source : données GHRMSA

Tableau 24 : Recensement des cas et décès imputés au Covid-19 EHPAD Emile Muller et Hasenrain

Covid-19	Nb de cas probables ou suspectés	Nb de cas confirmés	<i>dont hospitalisés</i>	Nb de décès parmi les cas probables ou suspectés	Nb de décès parmi les cas confirmés	<i>dont à l'hôpital</i>
Résidents	4	4	0	6		1

Source : données de crise Covid-19 GRHMSA

Tableau 25 : Mortalité mensuelle des résidents de l'EHPAD Emile Muller de 2018 à 2020

	Nb de décès total			Nb de décès à l'EHPAD		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Janvier	1	0	0	1	0	0
Février	0	0	2	0	0	2
Mars	3	1	0	3	0	0
Avril	1	1	0	1	0	0
Mai	0	1	1	0	1	0
Juin	1	0	1	1	0	1
Juillet	0	2	0	0	2	0
Août	0	2	1	0	2	1
Septembre	0	1		0	0	
Octobre	1	3		1	2	
Novembre	1	0		1	0	
Décembre	0	0		0	0	

Source : données de crise Covid-19 GRHMSA

Tableau 26 : Mortalité mensuelle des résidents de l'EHPAD du Hasenrain de 2018 à 2020

	Nb de décès total			Nb de décès à l'EHPAD		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Janvier	0	2	4	0	2	4
Février	0	1	1	0	1	1
Mars	3	2	9	3	2	9
Avril	0	0	1	0	0	1
Mai	1	4	0	1	4	0
Juin	1	0	2	0	0	2
Juillet	1	1	5	1	1	5
Août	0	0	3	0	0	3
Septembre	0	0		0	0	
Octobre	1	2		1	2	
Novembre	1	4		1	4	
Décembre	2	4		2	4	

Source : données de crise Covid-19 GRHMSA

Tableau 27 : Recensement des cas et décès imputés au Covid-19 EHPAD de Cernay

Covid-19	Nb de cas probables ou suspects	Nb de cas confirmés	dont hospitalisés	Nb de décès parmi les cas probables ou suspects	Nb de décès parmi les cas confirmés	dont à l'hôpital
Résidents	6	12	0	4		1

Source : données de crise Covid-19 GRHMSA

Tableau 28 : Mortalité mensuelle des résidents de l'EHPAD de Cernay de 2018 à 2020

	Nb décès total			décès à l'EHPAD		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Janvier	0	4	2	0	3	1
Février	9	2	2	9	2	2
Mars	6	1	4	5	1	4
Avril	2	1	5	1	0	3
Mai	2	3	4	2	3	4
Juin	1	1	2	1	1	2
Juillet	3	5	2	3	5	2
Août	2	1	2	1	1	1
Septembre	3	1		3	1	
Octobre	2	6		2	6	
Novembre	3	5		3	5	
Décembre	2	5		2	4	

Source : données de crise Covid-19 GRHMSA

Tableau 29 : Impact Covid-19 personnels au 30/06/2020

Mulhouse	PM	PNM	Agents recensés
Dépistage Covid-19 positif		2	2
Symptômes sans dépistage		19	19
Total	0	21	21

Source : données de crise Covid-19 GRHMSA

Cernay	PM	PNM	Agents recensés
Dépistage Covid-19 positif			0
Symptômes sans dépistage		4	4
Total	0	4	4

Source : données de crise Covid-19 GRHMSA

Tableau 30 : Absentéisme des EHPAD Emile Muller et Hasenrain durant la crise Covid-19

Mois	2019			2020			Évolution	
	ETP moyens	ETP Absence	Taux d'absentéisme	ETP moyens	ETP Absence	Taux d'absentéisme	Écart ETP 2019/2020	Écart absences 2019/2020
03-mars	89,33	8,81	9,86 %	83,69	13,18	15,75 %	- 6,31 %	49,58 %
04-avr	91,45	10,87	11,88 %	83,59	14,75	17,65 %	- 8,59 %	35,79 %
05-mai	93,51	11,61	12,42 %	83,74	10,77	12,86 %	- 10,45 %	- 7,28 %
06-juin	93,94	11,07	11,78 %	84,32	10,4	12,33 %	- 10,24 %	- 6,04 %
Moyenne	92,06	10,59	11,50 %	83,84	12,28	14,64 %	- 8,93 %	15,92 %

Source : GRHMSA DRH\INFOCTRE\Tableaux de bords absentéisme/Absentéisme 2019 2020

Tableau 31 : Absentéisme EHPAD de Cernay durant la crise Covid-19

Mois	2019			2020			Évolution	
	ETP moyens	ETP Absence	Taux d'absentéisme	ETP moyens	ETP Absence	Taux d'absentéisme	Écart ETP 2019/2020	Écart absences 2019/2020
03-mars	62,63	4,01	6,41 %	63,17	6,33	10,02 %	0,86 %	57,73 %
04-avr	62,35	3,88	6,23 %	67,87	9,92	14,61 %	8,85 %	155,33 %
05-mai	63,56	5,55	8,73 %	68,87	6,65	9,65 %	8,34 %	19,85 %
06-juin	63,56	7,62	11,98 %	65,44	7,54	11,52 %	2,95 %	- 1,02 %
Moyenne	63,03	5,27	8,35 %	66,34	7,61	11,47 %	5,25 %	44,51 %

Source : GRHMSA DRH\INFOCTRE\Tableaux de bords absentéisme/Absentéisme 2019 2020

Tableau 32 : Conséquences financières de la crise EHPAD E Muller et Hasenrain (en €)

	Niveau constaté en 2019	Niveau de réalisation anticipé 2020	Surcoût / perte
Achats de fournitures médicales et petits équipements	70 409	72 363	1 954
Achats de produits d'entretien	36 988	26 593	- 10 395
Dépenses de personnels supplémentaires (rémunérations et charges)	4 171 105	4 235 448	64 343
Produits d'hébergement	2 278 881	2 028 587	250 294
Total	6 557 384	6 362 992	306 196

Source : données direction des affaires financières GHRMSA

Tableau 33 : Conséquences financières de la crise EHPAD de Cernay (en €)

	Niveau constaté en 2019	Niveau de réalisation anticipé 2020	Surcoût / perte
Achats de fournitures médicales et petits équipements	71 382	91 983	20 601
Achats de produits d'entretien	36 143	52 372	16 229
Dépenses de personnels supplémentaires (rémunérations et charges)	2 768 230	3 101 533	333 303
Produits d'hébergement	1 829 443	1 878 217	48 774
Total	4 705 198	5 124 105	418 907

Source : données direction des affaires financières GHRMSA



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

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

Chambre régionale des comptes Grand Est

3-5, rue de la Citadelle

57000 METZ

Tél. : 03 54 22 30 49

www.ccomptes.fr/fr/crc-grand-est