



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA REPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE SALON-DE PROVENCE (département des Bouches-du-Rhône)

Exercices 2012 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 15 mai 2019.

TABLE DES MATIÈRES

1	UNE RESTRUCTURATION SOUHAITEE MAIS NON ABOUTIE.....	6
1.1	Un bâti vétuste	6
1.2	Une implication des élus pour acquérir un terrain et reconstruire le CHS	9
1.3	Des difficultés de financement, des options de partenariats non tranchées	10
2	UNE GOUVERNANCE RECEMMENT RENOUVELEE	12
3	UNE ACTIVITE EN PROGRESSION RALENTIE	13
3.1	Une capacité totale stable, des variations significatives par service.....	13
3.2	Une activité d'hospitalisation complète majoritairement issue des urgences, en progression ralentie en fin de période	15
3.3	Une activité d'hospitalisation en ambulatoire à accroître fortement	17
3.4	Une activité externe en diminution en 2016 et 2017	18
3.5	Des parts de marché en léger retrait en fin de période.....	19
4	UNE FIABILITE DES COMPTES LARGEMENT PERFECTIBLE	19
5	UNE SITUATION FINANCIERE DEGRADEE	27
5.1	Les produits.....	27
5.2	Les charges.....	32
5.3	Une marge brute faible qui ne permet pas d'envisager un investissement lourd.....	37
5.4	Des résultats déficitaires	39
5.5	Des investissements pénalisés par la situation financière et l'absence de visibilité globale.....	40
5.6	La capacité d'autofinancement	41
5.7	Un endettement marqué par la sortie d'un emprunt structuré.....	42
6	UN PLAN D' ACTIONS POUR REVENIR À L'EQUILIBRE INSUFFISANT EN 2017, UN CREF NON EFFECTIF EN 2018	45
6.1	Un plan d'actions demandé par l'ARS début 2017	45
6.2	Le contrat de retour à l'équilibre en phase d'élaboration fin 2018.....	46
7	UNE GESTION DE LA COMMANDE PUBLIQUE À AMELIORER SUR PLUSIEURS POINTS	47
7.1	Le marché d'aménagement de l'accueil des urgences	47
7.2	Le marché d'intérim médical	49
7.3	Le marché de prestations de service de sécurité	49
7.4	Une délégation de service public concernant la gestion des parkings	50
	ANNEXES	60

SYNTHÈSE

(1) Situé au nord du département des Bouches-du-Rhône, le centre hospitalier de Salon-de-Provence (CHS) compte 359 lits et places relevant du domaine sanitaire et médico-social. Membre de la communauté hospitalière de territoire du pays provençal créée en 2011, il a été depuis 2016 intégré au groupement hospitalier de territoire couvrant l'ensemble du département.

(2) L'établissement se caractérise depuis de nombreuses années par un bâti vétuste, souffrant de multiples non conformités et saturé. Pour remédier à cette situation, il a engagé une réflexion sur sa restructuration, celle-ci incluant sa reconstruction. Si l'idée est fortement soutenue par les représentants politiques locaux qui s'organisent pour acquérir un terrain, elle n'a pu à ce jour se concrétiser. Le centre hospitalier n'étant pas en mesure de supporter seul la charge financière correspondant à son projet, des coopérations ont été et sont envisagées avec le secteur privé (la clinique du Dr Vignoli) et public (le CH du Pays d'Aix). La nature et le périmètre de ces partenariats demeurent toutefois encore à définir.

(3) Faute de trajectoire claire précisant notamment les conséquences de ces partenariats sur l'offre de soins qu'il propose, le centre hospitalier de Salon entretient un bâti dégradé et limite ses projets d'investissement. Cette absence de visibilité sur son devenir se conjugue à une situation financière dégradée qui accentue la fragilité de l'établissement. Fin 2017, le déficit du budget principal s'élevait à - 4,7 M€, soit plus de 6 % des produits. Le taux de marge brute qui doit permettre de couvrir les investissements passés (charges financières et amortissements) et une partie des investissements à venir, était de 1,3 % des produits alors qu'il devrait se situer à 8 %. L'amélioration fin 2018 mentionnée par l'ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre sera à confirmer.

(4) Plusieurs facteurs expliquent cette situation au-delà des mesures qui se sont appliquées au CHS comme aux autres établissements publics de santé : le tassement de l'activité en fin de période et une diminution des recettes générées par celle-ci, un recours à l'intérim médical important et coûteux, une gestion des ressources humaines avantageuse et non conforme à la réglementation sur différents points et la renégociation d'un emprunt structuré indexé sur la parité Euro - Franc Suisse.

(5) Au regard de cette situation financière dégradée, l'agence régionale de santé a demandé à l'établissement d'élaborer un plan d'actions début 2017. À la fin de cette même année, le niveau du déficit précité imposait un engagement plus formel avec l'élaboration d'un contrat de retour à l'équilibre financier. Fin 2018, celui-ci n'était toujours pas signé. Si le CHS a commencé à travailler sur certains axes, il lui reste des marges de manœuvre à utiliser, notamment en matière de gestion des ressources humaines.

(6) D'autres efforts sont également à réaliser pour améliorer la gestion de la commande publique. La chambre a ainsi relevé une absence de marché alors que celui-ci était nécessaire, un examen des offres sur un périmètre erroné (examen des seules tranches fermes sans inclure les tranches optionnelles) ainsi qu'une passation et exécution d'une délégation de service public marquées par plusieurs irrégularités.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Renégocier l'accord local sur le temps de travail.

Recommandation n° 2 : Professionnaliser la commande publique.

INTRODUCTION

(7) La chambre a inscrit à son programme 2018 l'examen des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Salon-de-Provence, à compter de l'année 2012.

(8) Par lettre en date du 28 juin 2018, le président de la chambre a informé M. Jean-Yves Le Quellec, ordonnateur en fonctions, de l'ouverture de la procédure et de la composition de l'équipe de contrôle. Par lettres du 12 juillet 2018, M. Vincent PrévotEAU, ordonnateur du centre hospitalier du 22 novembre 2011 au 1^{er} octobre 2017, et Mme Delpuech, qui a assuré l'intérim de la direction de l'établissement du 2 octobre 2017 au 14 janvier 2018, ont été destinataires de ces mêmes informations.

(9) Les entretiens de fin de contrôle se sont tenus le 27 novembre 2018, avec M. Le Quellec, ordonnateur en fonctions, le 29 novembre 2018 avec Mme Delpuech puis avec M. PrévotEAU, anciens ordonnateurs.

(10) Après avoir entendu la rapporteure, la chambre a, le 15 janvier 2019, arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été notifiées à l'ordonnateur en fonctions ainsi que, pour les parties concernant leur gestion, aux anciens ordonnateurs par courriers du 29 janvier 2019. Des extraits ont été communiqués aux tiers concernés, par courriers du 29 janvier 2019.

(11) Après avoir entendu la rapporteure, la chambre a, le 15 mai 2019, arrêté ses observations définitives et les recommandations auxquelles elles donnent lieu.

(12) À ce stade de la procédure, le rapport d'observations définitives conserve un caractère confidentiel et n'est donc pas communicable.

1 UNE RESTRUCTURATION SOUHAITEE MAIS NON ABOUTIE

(13) Le centre hospitalier de Salon-de-Provence (CHS) est un établissement public de santé de 359 lits et places¹ desservant un bassin² de population de 155 000 habitants. Les services de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique), financés à l'activité, représentent 66 % de la capacité totale.

(14) Fin 2017, le CHS était doté d'un budget principal de 78 M€ et de trois budgets annexes³ totalisant un montant agrégé de 6,6 M€. Il employait à cette même date 960 équivalents temps plein (ETP).

(15) L'établissement s'inscrit dans une zone qui compte plusieurs hôpitaux : les centres hospitaliers de Cavaillon et Avignon au nord, Arles, Nîmes et Martigues à l'ouest et au sud, Pertuis, Aix-en-Provence, Vitrolles et Marseille à l'est et au sud. Des coopérations ont été instaurées avec certains d'entre eux notamment via deux dispositifs qui se sont succédés : les communautés hospitalières de territoire⁴ et les groupements hospitaliers de territoire⁵ (GHT). En décembre 2011, le CHS a ainsi rejoint la communauté hospitalière de territoire du pays provençal réunissant les centres hospitaliers du Pays d'Aix, de Digne-les-Bains, de Manosque, de Pertuis et de Salon-de-Provence. Le 1^{er} juillet 2016, l'établissement a intégré le GHT des Bouches-du-Rhône qui regroupe 13 établissements⁶.

1.1 Un bâti vétuste

(16) L'établissement compte onze bâtiments construits à des époques différentes s'étalant de 1909 (Pavillon 1903), 1947 (Pavillon Anne Dauphin), 1975 (Pavillon Arnoux), ... à 2006 pour le plus récent, le centre de gérontologie. Ce bâti souffre non seulement d'une inadaptation architecturale rendant difficile le développement des prises

¹ Depuis décembre 2016, le directeur du CHS assure la direction commune constituée entre le centre hospitalier et l'établissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de La Fare-Les-Oliviers dans une logique d'approfondissement des coopérations déjà existantes et de renforcement de la filière gériatrique.

² Projet d'établissement 2012 - 2017 du centre hospitalier de Salon-de-Provence.

³ Un établissement pour personnes âgées dépendantes (3,5 M€ en 2017), une unité de soins de longue durée (2,1 M€) et un centre d'accueil médico-social précoce (1 M€).

⁴ Les communautés hospitalières de territoire (CHT) ont été instaurées par l'article 22 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. « Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire ».

⁵ Les groupements hospitaliers de territoires (GHT) ont été créés par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Ils visent à « permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Les GHT assurent la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ».

⁶ Assistance publique des hôpitaux de Marseille, centre hospitalier intercommunal d'Aix-Pertuis, centre hospitalier d'Allauch, Centre hospitalier d'Arles, Centre hospitalier d'Aubagne, Centre hospitalier de La Ciotat, centre gérontologique départemental (Marseille), Centre hospitalier Edouard Toulouse, Centre hospitalier de Martigues, Centre hospitalier Montperrin, Hôpitaux portes de Camargue, Centre hospitalier de Salon-de-Provence, Centre hospitalier Valvert.

en charge ambulatoires par exemple mais aussi, et surtout, de nombreuses non-conformités techniques posant des problèmes de sécurité et de qualité d'accueil des patients.

(17) Ce constat rend nécessaire des restructurations lourdes et, pour les réaliser, la libération de locaux. L'emprise déjà largement occupée (à hauteur de 33 %), conjuguée à la forte déclivité du site, limite d'autant les possibilités de reconfiguration mais aussi d'extension sur place. La réflexion a donc englobé la reconstruction sur un autre site. Le sujet n'est pas récent puisqu'il était rappelé lors de la séance du conseil de surveillance du 17 février 2012 que l'externalisation de l'établissement était évoquée depuis 1997.

Graphique n° 1 : Plan masse du centre hospitalier de Salon-de-Provence



Source : *Projet d'établissement 2012 - 2017 du centre hospitalier*

(18) Un projet de restructuration se doit d'être sous-tendu par un projet d'établissement. Celui-ci définit, sur une période de cinq années, les orientations stratégiques de tout centre hospitalier dans différents domaines tels que le soin, la gestion des ressources humaines, les systèmes d'information, la qualité et la gestion des risques, le management, la communication, la gestion du patrimoine. Il s'accompagne d'un projet de financement.

(19) Le projet d'établissement doit être cohérent avec les priorités régionales définies en matière de réponse aux besoins de santé, mais aussi avec l'offre de soins existante autour du centre hospitalier et l'évolution des techniques de soins. Le volet financier doit permettre de valider la soutenabilité financière des projets. Les plus structurants sont repris dans un contrat signé avec l'agence régionale de santé (ARS), le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

(20) En 2012, le centre hospitalier de Salon a élaboré son projet d'établissement pour les cinq années suivantes. Le projet architectural, partie intégrante de ce document, était centré sur la restructuration du CHS. Il proposait trois scénarios :

- Le premier consistait en « *la réalisation des mises en conformité indispensables à la poursuite de l'activité* » ;
- Le deuxième incluait des améliorations fonctionnelles et se déclinait en deux options, la première qui conservait le bâtiment 1903 et démolissait le bâtiment Anne dauphin, la seconde qui démolissait les deux bâtiments ;

- Le troisième scénario prévoyait la reconstruction du centre hospitalier sur un nouveau site avec plusieurs avantages :
 - « La réalisation d'un équipement parfaitement fonctionnel ;
 - Une bonne accessibilité (dessertes, stationnement 500 places) ;
 - L'absence de nuisances et de perte d'activité pendant le chantier ;
 - Le renouvellement de l'image du Centre Hospitalier ;
 - Un calendrier prévisionnel aux délais inférieurs aux scénarios de mises en conformité, restructurations et /ou constructions réalisées sur le site actuel ».

(21) Le terrain à prévoir était estimé à environ quatre hectares et le coût prévisionnel se situait entre 114 et 130 M€ toutes dépenses confondues. Le projet architectural prenait en compte la valorisation du site existant entre 10 et 16 M€ (l'avis des domaines réalisé fin 2014 estimait la valeur du bien à 9,8 M€ HT).

(22) En juillet 2012, l'établissement signait avec l'ARS son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La restructuration n'était pas abordée dans la partie consacrée aux objectifs stratégiques. Dans l'annexe recueillant les projets d'investissement majeurs, aucun projet n'apparaissait. Un commentaire précisait néanmoins que le bâtiment accueillant les services de médecine et chirurgie avait été construit « dans les années 1970 et n'avait fait l'objet que de peu d'investissements depuis se révélant de fait :

- « Inadapté : importance des chambres à deux lits, insuffisance des douches, radiologie implantée au 2ème étage, ... ;
- Vétuste : des investissements massifs sont nécessaires pour la remise aux normes (sécurité incendie, réseaux aérauliques, électricité, ...) ;
- Insuffisant pour accueillir les besoins en hospitalisation (court séjour gériatrique notamment) ;
- Les services de SSR et de soins palliatifs sont par ailleurs encore à ce jour situés dans le bâtiment 1903, le plus ancien du site, qui fait l'objet d'un avis défavorable de la commission de sécurité (...);
- Dans le cadre du projet d'établissement 2012 – 2017, le centre hospitalier va lancer une consultation pour l'élaboration d'une étude technique et financière suivant deux scénarii :
 - Faisabilité et coût d'une restructuration sur site ;
 - Coût d'une reconstruction hors site.

(...)

Quels que soient les choix retenus, la réalisation d'investissements importants est conditionnée par la recherche de l'équilibre des comptes d'exploitation ».

(23) Le 25 janvier 2013 le projet d'établissement était présenté au conseil de surveillance. À cette occasion, l'adoption du projet architectural officialisait le choix du scénario de reconstruction.

(24) Le 21 mars 2013, l'ARS sollicitait par courrier des compléments d'information.

(25) Lors du conseil de surveillance du 28 mars 2013, le CHS indiquait qu'il allait procéder au lancement d'une consultation pour sélectionner un programmiste chargé de l'accompagner dans l'élaboration d'un avant-projet et d'un programme technique détaillé. 100 000 € ont été mandatés au titre du pré-programme et programme technique détaillé.

1.2 Une implication des élus pour acquérir un terrain et reconstruire le CHS

(26) Malgré l'absence de validation explicite de l'ARS, les élus ont pris l'initiative d'acquérir un terrain pour permettre la reconstruction du CHS. Le 31 mai 2013, le maire, président du conseil de surveillance, annonçait la mise à disposition d'un terrain de cinq à six hectares par la mairie. Le 27 juin 2013, le député de la 8^{ème} circonscription des Bouches-du-Rhône faisait part au directeur de son intervention auprès de la Ministre de la santé pour soutenir le projet de nouvel hôpital. Quelques mois plus tard, le 4 octobre 2013, le conseil municipal de la commune de Salon-de-Provence votait une motion de soutien à la reconstruction du centre hospitalier.

(27) Le 2 septembre 2013 était signée une convention entre la mairie de Salon-de-Provence et le centre hospitalier pour mener une étude relative au terrain sur lequel pourrait être construit le nouvel établissement.

(28) Le 16 décembre 2013, la communauté d'agglomération Salon - Etang de Berre - Durance adoptait une motion en faveur de la reconstruction de l'hôpital de Salon-de-Provence.

(29) Le 20 décembre 2013, les représentants de l'établissement (direction, président du conseil de surveillance) ainsi que le directeur général de l'ARS étaient reçus par le chef de cabinet de Mme la Ministre de la santé. Le président du conseil de surveillance précisait alors : « *Il est demandé que le dossier soit étoffé par un programme car il peut être porté et probablement accepté d'après ce qu'ils ont pu comprendre entre les lignes* ».

(30) Le 30 juin 2014, suite aux élections municipales, le nouveau maire était élu à la présidence du conseil de surveillance. L'implication de la municipalité est demeurée importante avec le vote d'une subvention pour effectuer des études et « détecter » des terrains susceptibles d'accueillir le nouveau CHS. Les premières études ayant abouti, le propriétaire a été mis en relation avec les services de l'hôpital pour avancer sur « *la faisabilité, la surface et le prix* ».

(31) Le maire également président de l'agglomération⁷ a souhaité regrouper autour du projet de reconstruction de l'hôpital les 17 communes membres, le syndicat d'agglomération nouvelle ouest Provence et le département. En décembre 2015, le conseil communautaire de l'agglomération prenait une délibération de principe pour accompagner la mise en œuvre du projet. Sur la base d'une participation des 17 communes membres à hauteur de 10 € par habitant et d'une participation de l'agglomération à hauteur du même montant, la délibération portait sur 2 817 580 €. Le conseil communautaire sollicitait alors les communes membres pour qu'elles délibèrent avec le même objectif.

⁷ La communauté d'agglomération Agglomération Provence est un établissement public de coopération intercommunale qui regroupe 17 communes : Alleins, Lançon-Provence, Aurons, Mallemort, La Barben, Pélissanne, Berre l'Etang, Rognac, Charleval, Saint-Chamas, Eyguières, Salon-de-Provence, La Fare-Les-Oliviers, Sénas, Lamanon, Velaux, Vernègues.

1.3 Des difficultés de financement, des options de partenariats non tranchées

(32) Lors de la séance du conseil de surveillance de juin 2014, le directeur indiquait que l'ARS était en train d'instruire le pré-programme. L'ARS soulignait « *une réelle dynamique d'optimisation, conforme à l'esprit du COPERMO* » et concluait que « *ce projet sera[it] soutenu* ».

(33) Fin 2014, suite à une nouvelle rencontre avec l'ARS, le président du conseil de surveillance parvenait à deux conclusions, la pertinence du projet chiffré à 105 M€ et la difficulté de le financer.

(34) Fin 2015, la question du financement du projet (110 M€) demeurait posée, l'établissement tout comme l'Etat ne pouvant l'assurer seul. Des partenaires étaient donc à rechercher : les collectivités précédemment évoquées mais aussi un partenaire privé qui avait sollicité le centre hospitalier courant 2015, la clinique du Dr Vignoli.

La clinique du Dr Vignoli

La clinique du Dr Vignoli de Salon-de-Provence a ouvert ses portes en 1927 en centre-ville. Etablissement de santé privé à but lucratif, cette clinique dispose d'une unité de chirurgie ambulatoire et d'hospitalisation complète, d'un service de radiologie ainsi que d'un pôle cancérologie. Elle compte 19 lits de chirurgie en hospitalisation complète, 40 places en chirurgie ambulatoire et comptabilise environ 7 000 patients chaque année. Son offre de soins se concentre sur des spécialités de chirurgie générale, orthopédique et traumatologique, vasculaire, viscérale et digestive, ORL, ophtalmologie, cardiologie, gastro-entérologie et hépatologie, pneumologie, urologie et stomatologie.

En 1996, la clinique a rejoint Ramsay Générale de Santé qui l'a cédée au groupe Almaviva Santé fin 2016.

Créé en 2007, Almaviva Santé est le premier groupe hospitalier privé en Provence-Alpes-Côte d'Azur et le sixième de France avec 25 établissements implantés en PACA et en Ile-de-France. En région PACA, Almaviva Santé regroupe 17 établissements.

(35) Le partenariat avec la clinique du Dr Vignoli consistait à l'époque à construire un pôle de santé public - privé dans lequel seraient mutualisées certaines fonctions sans modifier le périmètre d'activité de chacun des deux établissements. Le 7 décembre 2015, le conseil de surveillance du CHS émettait un avis favorable à des échanges avec le groupe Ramsay et la clinique du Dr Vignoli.

(36) Lors de la séance du conseil de surveillance du 23 juin 2017, une information était faite sur le partenariat. La clinique avait entre-temps été rachetée par le groupe Almaviva. La question du contenu du projet aujourd'hui porté par la clinique demeure posée.

(37) Avec la mise en œuvre du nouveau projet régional de santé, un autre partenariat, avec le CH du Pays d'Aix, a été mis en avant. Or, en termes de flux de patients, le CH du Pays d'Aix n'est pas le premier établissement vers lequel s'orientent les patients de Salon-de-Provence lorsqu'ils ne vont pas au CHS. En médecine et en chirurgie (hospitalisation complète) ils privilégient l'AP-HM (Assistance Publique Hôpitaux de Marseille) tous sites confondus, en obstétrique, ils s'orientent sur le CH de Martigues avant d'aller sur le CH du Pays d'Aix.

Tableau n° 1 : Parts de marché sur la zone d'attractivité du CHS en 2017

<i>Médecine</i>	
<i>Établissements</i>	Parts de marché
<i>CH de Salon</i>	45,4
<i>Clinique du Dr Vignoli</i>	8,3
<i>CH du Pays d'Aix</i>	6,1
<i>Clinique de l'étang de l'olivier</i>	6
<i>APHM Timone adultes</i>	4,5
<i>APHM Hôpital nord</i>	4,1
<i>Institut Paoli Calmettes</i>	3,3
<i>Polyclinique Clairval</i>	2,1
<i>CH de Martigues</i>	1,9
<i>APHM Hôpital de la Conception</i>	1,7
<i>Hôpital Saint Joseph</i>	1,6
<i>APHM Timone Enfants</i>	1,6

<i>Chirurgie</i>	
<i>Établissements</i>	Parts de marché
<i>CH de Salon</i>	29,1
<i>Clinique du Dr Vignoli</i>	9,4
<i>Clinique de l'étang de l'olivier</i>	5,7
<i>CH du Pays d'Aix</i>	5,6
<i>Polyclinique Clairval</i>	5,6
<i>APHM Hôpital nord</i>	5
<i>APHM Timone adultes</i>	3,4
<i>Clinique AXIUM</i>	2,8
<i>Clinique de Vitrolles</i>	2,6
<i>APHM Hôpital de la Conception</i>	2,6
<i>Polyclinique du Parc Rambot</i>	2,6
<i>Clinique Juge</i>	2,3

<i>Obstétrique</i>	
<i>Établissements</i>	Parts de marché
<i>CH de Salon</i>	64,4
<i>Etoile Maternité catholique</i>	10,4
<i>CH de Martigues</i>	8,7
<i>CH du Pays d'Aix</i>	5
<i>Clinique de Vitrolles</i>	3
<i>APHM Hôpital nord</i>	2,6
<i>APHM Hôpital de la Conception</i>	1
<i>Hôpital Saint-Joseph</i>	0,7
<i>CHC Cavaillon-Lauris</i>	0,7
<i>CH d'Arles</i>	0,5
<i>CH Avignon</i>	0,5
<i>Clinique Beauregard</i>	0,4

Source : Hospidiag

(38) En novembre 2018, le partenariat public - privé était mis en attente et celui avec le CH du Pays d'Aix n'avait pas avancé faute de ligne directrice claire donnée au CHS. Cette absence de projet de restructuration conjuguée à l'état dégradé du site et de la situation financière n'est pas sans conséquences. L'établissement doit consacrer une part importante de son enveloppe d'investissement (enveloppe réduite) à l'entretien d'un bâti vétuste. Les contraintes financières et foncières limitent les possibilités d'évolution de l'offre de soins du CHS et son adaptation aux options qui seront retenues dans son futur projet médical.

Sans adaptation, l'établissement se trouve exposé au risque d'une dynamique d'activité amoindrie, d'une valorisation de l'activité en retrait compromettant les possibilités de retour à l'équilibre et la capacité à porter un projet de restructuration financièrement coûteux.

(39) Malgré cette absence totale de visibilité, la démarche d'acquisition du terrain se poursuit avec l'autorisation accordée par le Préfet de constituer un syndicat intercommunal à vocation unique (SIVU) pour permettre l'achat du terrain. Selon l'article 2 du projet de convention constitutive, le terrain acquis serait cédé à l'entité en charge de la construction du futur centre hospitalier pour l'euro symbolique. Pour l'investissement, les dix-huit communes membres participeraient à hauteur de 10 € par habitant selon le critère de la population municipale INSEE en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018.

2 UNE GOUVERNANCE RECEMMENT RENOUVELEE

(40) Ce contexte de projet non défini et de difficultés financières accrues en fin de période (cf. *infra*) s'est accompagné fin 2017 - début 2018 d'un renouvellement des principaux acteurs en charge de la gouvernance dans un climat de tension.

(41) En octobre 2017, le chef d'établissement nommé fin 2011 a quitté le centre hospitalier pour prendre ses fonctions dans un autre établissement. Pendant la période d'intérim (octobre 2017 – janvier 2018) assurée par la directrice des ressources humaines, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME) puis l'ensemble des membres de cette instance ont démissionné de leurs fonctions invoquant :

- Des délais de traitement des dossiers par la direction jugés trop longs ;
- Des fermetures de lits visant à réduire les coûts qui auraient aussi diminué les recettes et creusé le déficit ;
- Une interrogation sur la quotité de temps de travail du directeur des affaires financières dans une période de contrat de retour à l'équilibre financier. Celui-ci était en effet présent un jour par semaine sur l'établissement du fait de sa mise à disposition d'une autre entité.

(42) À son arrivée, en janvier 2018, le chef d'établissement n'avait donc pas d'instance représentant les praticiens (les élections de la nouvelle CME ont eu lieu en mars 2018) et son équipe de direction était en phase de renouvellement avec le départ du directeur en charge des achats, système d'information et des travaux (remplacé en avril 2018) et celui de la directrice des ressources humaines (remplacée en juin 2018). Un poste de directeur des affaires financières a par ailleurs été mis à la vacance par avis modificatif paru au journal officiel du 19 septembre 2018.

(43) La gouvernance s'inscrit à présent dans un cadre plus favorable pour aborder les sujets majeurs de l'établissement au premier titre desquels figure la restauration de l'équilibre budgétaire et des possibilités d'investissement.

3 UNE ACTIVITE EN PROGRESSION RALENTIE

3.1 Une capacité totale stable, des variations significatives par service

(44) Entre 2012 et 2017, le nombre total de lits et places est resté relativement stable se situant entre 358 et 370. En 2017, l'établissement comptait 359 lits et places. Ces modestes évolutions sur la capacité totale masquent différentes variations parfois significatives concernant principalement les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) tarifées à l'activité (cf. annexe 1).

(45) Sur la période, le CHS a ainsi créé une unité de court séjour gériatrique de 10 puis 16 lits, accru la capacité de son service de rhumatologie (de 8 à 14 lits) et réduit sensiblement le nombre de lits de plusieurs services. La pneumologie est passée de 28 à 18 lits, l'endocrinologie de 25 à 14 lits, la chirurgie viscérale de 21 à 17 lits, la chirurgie orthopédique de 20 à 14 lits, la gynécologie – obstétrique qui comptait 32 lits a été répartie en 21 lits d'obstétrique, 3 lits de chirurgie gynécologique et 2 lits de gynécologie sociale (interruption volontaire de grossesse).

(46) Hors MCO, l'activité de soins de suite et réadaptation a vu son nombre de lits passer de 16 à 20.

(47) Les taux d'occupation globalisés à l'échelle de l'établissement se situent entre 90,6 % et 94,1 %, l'année 2017 étant en retrait par rapport aux trois années précédentes (cf. détail en annexe 2).

Tableau n° 2 : Taux d'occupation

2012	2013	2014	2015	2016	2017
90,6	92,42	93,09	93,3	94,1	93

Source : Rapports d'activité du centre hospitalier

Le taux d'occupation

Le taux d'occupation d'un service se calcule en rapportant le nombre de journées réalisées au nombre de « journées lits » exploitables (un lit exploitable pendant une année entière équivaut à 365 « journées lits » exploitables). Sont neutralisées les journées indisponibles pour raison de travaux, désinfection, fermetures pour congés.

La fiche 2 - 5 du recueil de fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière élaboré par la direction générale de l'offre de soins, définit comme valeurs cibles nationales des taux d'occupation de 95 % en médecine et chirurgie et 85 % en obstétrique.

Ces valeurs cibles sont retenues par le COPERMO lors de l'examen d'un projet d'investissement visant à reconstruire ou construire un établissement. Lorsqu'au regard de l'environnement de l'établissement actuel et futur, ces cibles peuvent être respectées, elles contribuent à garantir que l'établissement est correctement dimensionné, que les effectifs définis pour son fonctionnement sont correctement mobilisés.

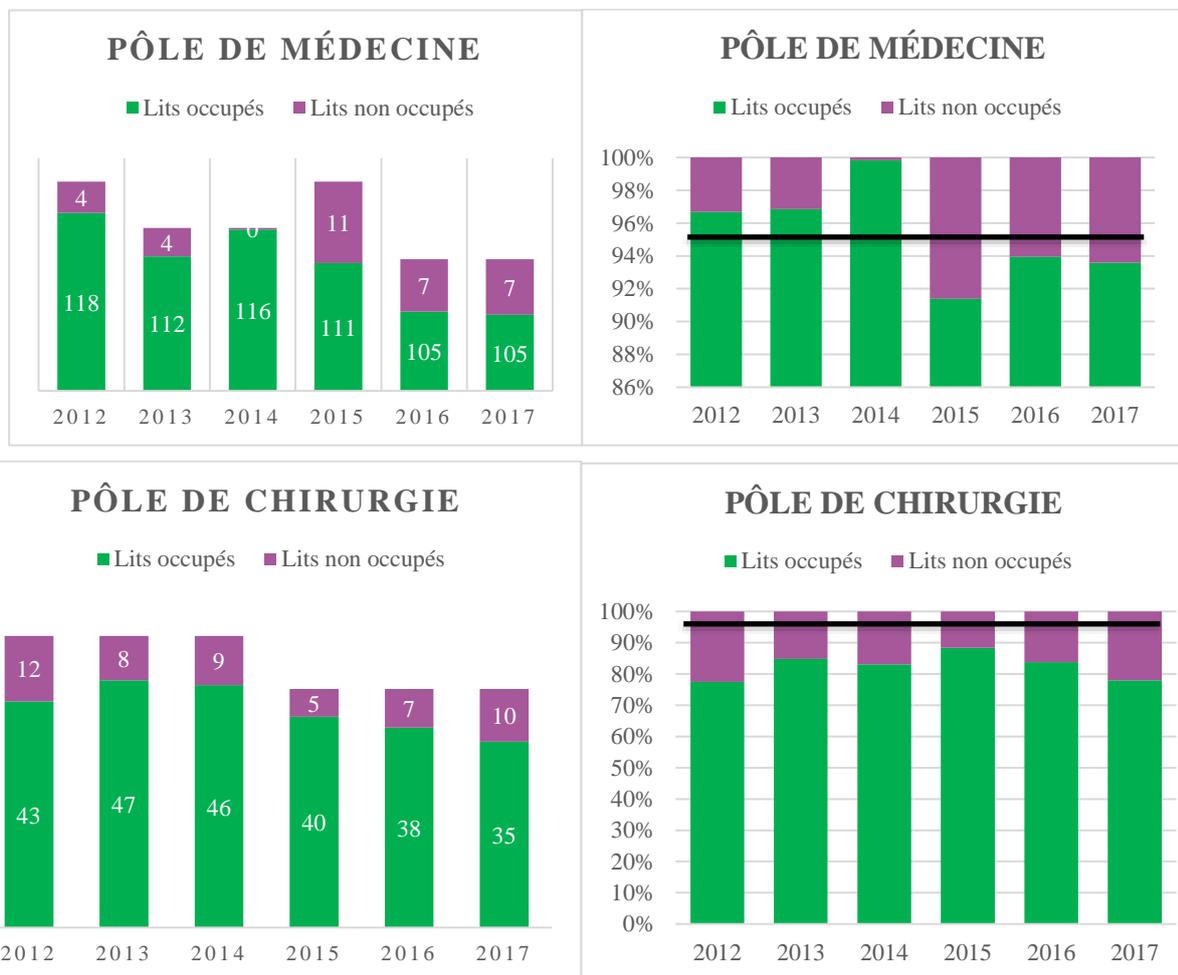
Ces valeurs sont à croiser avec d'autres indicateurs tels que les durées moyennes de séjours. Un établissement qui aurait des taux d'occupation élevés mais des durées de séjours dépassant largement les durées de séjour de référence non seulement n'en retirerait aucun avantage mais serait pénalisé dans un contexte de tarification à l'activité.

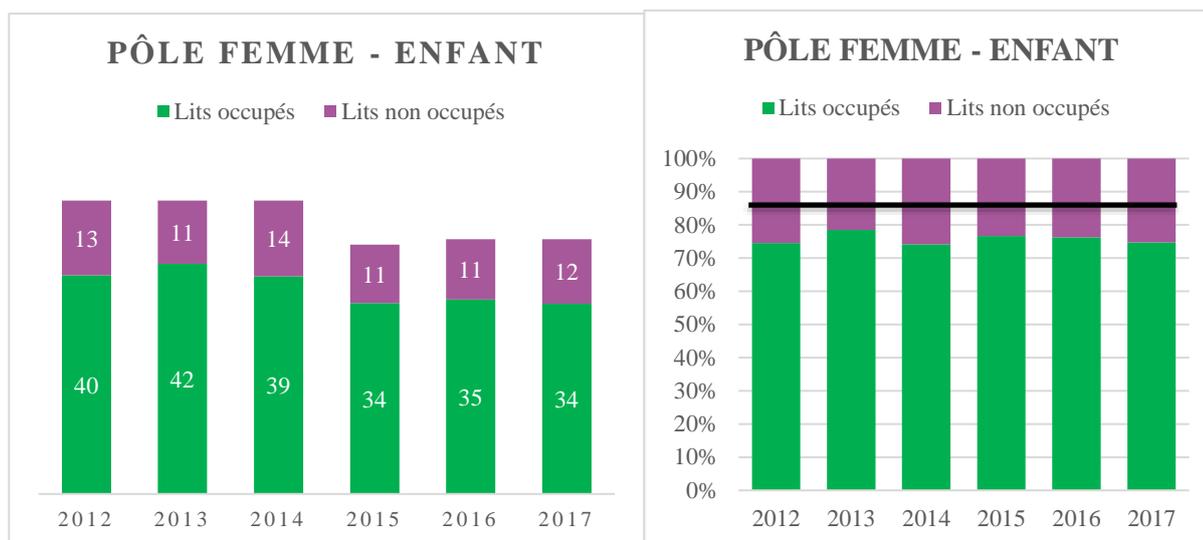
(48) En ne considérant que l'activité de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique), les taux d'occupation sont plus faibles, se situant entre 87,35 % (en 2012) et 91,7 % (en 2016). Il était de 90,4 % en 2017.

(49) Les taux d'occupation de plusieurs services sont en-deçà des valeurs cibles nationales, soit 95 % en médecine et chirurgie et 85 % en obstétrique. En 2017, les taux d'occupation des services de pneumologie, rhumatologie, pédiatrie et néonatalogie étaient ainsi inférieurs à 90 %. L'ensemble des services d'hospitalisation complète de chirurgie présentaient des taux d'occupation inférieurs à 86 %.

(50) Les capacités ayant été modifiées au cours de la période sous revue, les taux d'occupation ont été rapprochés du nombre de lits. Toute chose égale par ailleurs, la baisse du nombre de lits dans les pôles de médecine, chirurgie et obstétrique aurait mécaniquement dû s'accompagner d'une hausse du taux d'occupation. Les graphiques ci-après montrent qu'il n'en a pas été ainsi. La situation de l'établissement s'est même dégradée au regard des taux d'occupation cibles précités.

Graphique n° 2 : Capacité et taux d'occupation des pôles de médecine, chirurgie et femme – enfant





Source : Rapports d'activité

— Taux d'occupation cible

3.2 Une activité d'hospitalisation complète majoritairement issue des urgences, en progression ralentie en fin de période

L'activité d'hospitalisation dans un contexte de tarification à l'activité

Depuis 2008, les établissements publics de santé proposant une offre de soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont, pour ces services, rémunérés en fonction de l'activité qu'ils réalisent. À chaque séjour hospitalier de patient correspond un tarif appelé GHS (groupe homogène de séjours). Les GHS sont définis chaque année au niveau national. Ils ont vocation à rémunérer, pour une durée de séjour donnée, les moyens mobilisés par l'établissement pour réaliser les soins nécessaires au patient.

Dans le cadre de sa mission de service public, un centre hospitalier accueille l'ensemble des patients qui nécessitent des soins d'hospitalisation dans la limite de sa capacité en lits. Les patients sont hospitalisés soit dans le cadre d'une urgence, soit dans le cadre d'une hospitalisation programmée (le médecin traitant (de ville) adresse son patient à un confrère hospitalier pour une intervention par exemple). La part des hospitalisations programmées traduit, entre autre, la qualité des relations que l'établissement entretient avec la médecine de ville. Pour ces séjours, sauf complication, l'établissement dispose d'une visibilité sur la durée de l'hospitalisation, d'une plus grande facilité pour dimensionner les moyens nécessaires à son activité.

(51) L'activité du centre hospitalier, mesurée en nombre d'entrées, a globalement progressé de 17 %, soit 3 879 entrées de plus en 2017 par rapport à 2012, tous services confondus. Pour les services de médecine, chirurgie et obstétrique tarifés à l'activité, l'augmentation entre 2012 et 2017 est de 18,4 %. Selon l'ancien ordonnateur, cette augmentation d'activité est liée aux orientations du projet d'établissement alors mis en œuvre et aux évolutions capacitaires. La progression constatée entre ces deux seules années masque toutefois une progression moindre depuis 2015 et même une diminution en 2017 (- 2,2 %).

Tableau n° 3 : Évolution du nombre d'entrées

Entrées	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol. 2017/2012
MCO	20 109	21 859	22 800	24 276	24 346	23 803	18,4 %
SSR	266	259	280	285	336	305	14,7 %
EHPAD – USLD – Accueil de jour Alzheimer	2 068	2 024	2 046	2 081	2 446	2 214	7,1 %
TOTAL	22 443	24 142	25 126	26 642	27 128	26 322	17,3 %

Source : Rapports d'activité du CHS

(52) La plus grande partie des entrées dans les unités d'hospitalisation proviennent des urgences. Durant la période examinée, le nombre de séjours en provenance des urgences a régulièrement progressé, après avoir marqué un repli ponctuel en 2013, pour atteindre 63,1 % en 2017 selon les données Hospidiag. Ce taux situe l'établissement parmi ceux ayant les taux les plus élevés. Il est donc en situation de fragilité sur les hospitalisations programmées.

(53) Les durées moyennes de séjours sont supérieures aux durées de référence en obstétrique.

Les durées moyennes de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) se calcule en rapportant le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) au nombre de séjours (pour cette pathologie). Les hospitalisations de moins de 24 heures sont exclues de ce calcul.

A chaque séjour l'hôpital perçoit de l'assurance maladie un montant (tarif) défini au niveau national qui est destiné à couvrir les charges mobilisées pour une durée « moyenne » de séjour elle-même définie au niveau national. Ainsi, toute durée de séjour plus longue au sein de l'établissement le conduit à supporter des charges non couvertes par le tarif alloué. Un établissement a donc un intérêt financier à optimiser ses durées de séjour.

L'indice de performance de la durée moyenne de Séjour (IP DMS) est un indicateur qui permet de synthétiser la « sur » ou « sous » performance de l'organisation médicale de l'établissement. Il doit être le plus proche de 1 tout en se situant en deçà de 1.

(54) En fin de période, les IPDMS des secteurs de médecine et chirurgie étaient inférieurs à 1. Pour expliquer l'IPDMS d'obstétrique supérieur à 1 durant toute la période examinée, l'établissement met en avant différentes raisons :

- L'insuffisance de structures d'aval nécessaires dans certaines situations ;
- Le souhait des pédiatres de conserver les enfants 4 jours ;
- La prise en charge de patientes présentant des difficultés sociales ou des pathologies psychiatriques.

Tableau n° 4 : IPDMS

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Médecine (hors ambulatoire)</i>	0,897	0,915	0,935	0,983	0,994	0,974
<i>Chirurgie (hors ambulatoire)</i>	1,063	0,99	1,028	1,046	1,008	0,994
<i>Obstétrique (hors ambulatoire)</i>	1,095	1,079	1,063	1,067	1,041	1,062

Source : Hospidiag

3.3 Une activité d'hospitalisation en ambulatoire à accroître fortement

L'activité ambulatoire

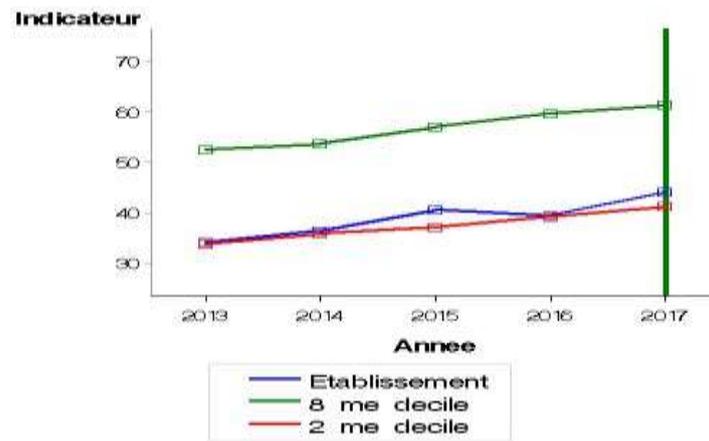
L'activité de médecine ou de chirurgie ambulatoire correspond à une activité d'hospitalisation de moins de 12 heures, sans nuitée. La chirurgie ambulatoire permet la réalisation d'interventions programmées, au sein d'un bloc opératoire conformes aux conditions de sécurité réglementaires, sous une anesthésie adaptée, suivie d'une surveillance postopératoire.

La France accusant un certain retard dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, un plan spécifique de développement a été défini pour atteindre un taux global national de 66,2 % à horizon 2020. Le développement de la chirurgie vise plusieurs objectifs : un moindre risque d'infections contractées à l'hôpital du fait d'une durée de séjour courte, une satisfaction accrue des patients, un moindre coût pour les établissements, les séjours ambulatoires se substituant aux séjours en hospitalisation complète.

Pour déterminer le taux de chirurgie ambulatoire d'un établissement, il convient de rapporter le nombre de séjours ambulatoires au nombre total de séjours de chirurgie. Il convient de préciser qu'en 2015, un changement de méthode de calcul est intervenu. Le nouveau périmètre, plus large, a eu pour effet d'accroître le taux de chirurgie ambulatoire à compter de cette année.

(55) Le taux de chirurgie ambulatoire calculé sur la base du nouveau périmètre défini en 2015, était en 2017 de 44,16 %. Si ce taux marque une progression après une baisse en 2016 (39,48 %), il situe malgré tout l'établissement parmi les moins performants de sa catégorie. Au regard de la cible à atteindre, soit 66,2 % en 2020, une progression soutenue de l'activité ambulatoire est nécessaire.

Graphique n° 3 : Taux de chirurgie ambulatoire du CHS et des établissements de sa catégorie juridique (centre hospitalier)



Source : Hospidiag

3.4 Une activité externe en diminution en 2016 et 2017

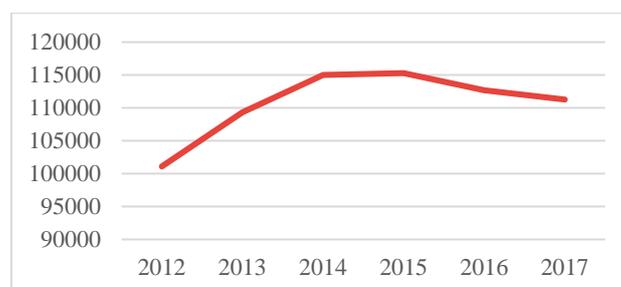
(56) Entre 2012 et 2017, les consultations externes ont globalement augmenté de 10 % pour atteindre 111 263 consultations (cf. annexe 3).

(57) L'activité externe des urgences correspond à des passages non suivis d'hospitalisation, les forfaits ATU (accueil et traitement des urgences). Durant la période examinée, leur nombre a progressé de 10,8 % pour atteindre 31 610 passages en 2017.

(58) Quelle que soit l'année considérée, hors urgences, le plus gros volume de consultations externes est réalisé par le service de gynécologie - obstétrique (13 676 consultations en 2017). D'autres disciplines correspondant à un nombre de consultations moindre ont toutefois vu leur activité externe augmenter significativement. La pneumologie est ainsi passée de 758 à 1805 consultations entre 2012 et 2017. Ces mêmes années, le service de neurologie réalisait respectivement 34 et 84 consultations.

(59) Cette hausse entre deux dates masque une diminution de l'activité externe en fin de période. À partir de 2015, plusieurs disciplines voient leur nombre de consultations externes se réduire telles que la pneumologie (- 26 %), la stomatothérapie (- 41 %), la rhumatologie (- 29 %), l'hématologie (- 22 %), les laboratoires (- 54 %), la radiologie (- 24 %).

Graphique n° 4 : Évolution des consultations externes



Source : Centre hospitalier

3.5 Des parts de marché en léger retrait en fin de période

(60) En médecine, le CHS est le premier offreur de soins sur sa zone d'attractivité⁸, loin devant la clinique du Dr Vignoli qui détient la deuxième position avec 8,3 % des parts de marché. En chirurgie (hospitalisation complète), l'écart entre les deux établissements est plus resserré, le centre hospitalier de Salon détenant 29,1 % des parts de marché et la clinique du Dr Vignoli 9,4 %. En chirurgie ambulatoire, le positionnement du CHS est nettement défavorable, la clinique totalisant 40,4 % des parts de marché alors que le centre hospitalier n'en a que 9,6 %. En obstétrique, l'établissement dispose d'un positionnement fort avec 64,4 % des parts de marché, la deuxième position étant tenue par la maternité catholique de l'Etoile⁹ avec 10,4 % des parts de marché.

Tableau n° 5 : Parts de marché sur la zone d'attractivité

Libellé	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Part de marché globale en médecine	44,2	45.8	45.2	47.3	46	45.4
Part de marché en chirurgie (hospit. complète)	26	28.8	28.6	28.7	29.5	29.1
Part de marché en obstétrique	66,1	65	66.5	66.8	62.5	64.4
Part de marché en chirurgie ambulatoire	10	10.2	10	11.2	9.7	9.6
Part de marché en hospitalisation en cancérologie (hors séances)	26,4	28	28.5	30.2	29.1	28
Part de marché en séances de chimiothérapie	31,4	38.1	41.9	44.7	42.4	38.9

Source : Hospidiag

4 UNE FIABILITE DES COMPTES LARGEMENT PERFECTIBLE

4.1.1 Les comptes de dépenses et recettes à régulariser

(61) L'instruction budgétaire et comptable M 21 dispose : « *Les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif* ». Ces comptes doivent donc présenter un solde nul à la clôture de l'exercice afin de ne pas fausser le résultat.

⁸ « La définition de la zone d'attractivité retenue est la suivante : 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 médicaux/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de médecine, les localités dont le cumul des séjours représente 80% de l'activité de l'établissement. » (Source : Hospidiag).

⁹ Établissement situé à Aix-en-Provence proposant une activité de maternité, néonatalogie et chirurgie de la femme.

(62) Durant la période examinée, des soldes élevés ont été constatés sur les comptes de recettes et dépenses à régulariser sur plusieurs exercices et notamment en 2017. Le comptable qui a pris ses fonctions en 2017 a précisé que le problème rencontré en recettes provenait des mutuelles effectuant des virements bancaires sans transmission d'un flux informatique d'émargement. Aucune information n'étant par ailleurs transmise concernant la référence des titres acquittés, les montants sont comptabilisés en compte d'attente.

(63) En dépenses, il s'agit de régularisation de flux Noémie¹⁰.

Tableau n° 6 : Soldes des comptes de recettes et dépenses à régulariser (en €)

Comptes	2012	2013	2014	2015	2016	2017
C/ 4718 - Autres recettes à régulariser	139 491,48	46 584,35	76 535,07	181 541,45	65 441,25	153 083,96
C/ 4728 - Autres dépenses à régulariser	107,53	47 318,77	1 292,30	19,05	58 027,60	145 013,61

Source : Comptes financiers 2012-2017

(64) La chambre invite l'établissement à travailler avec le comptable sur les moyens susceptibles de faciliter chaque année le recouvrement des titres.

4.1.2 Les amortissements

(65) Les durées d'amortissements retenues par le centre hospitalier sont conformes avec celles préconisées par l'instruction budgétaire et comptable M21 à l'exception des durées concernant les bâtiments. La chambre constate que l'établissement a, en l'espèce, retenu deux durées, une inférieure et l'autre supérieure aux durées de l'instruction budgétaire et comptable. Compte tenu des enjeux que représentent les amortissements des bâtiments, la chambre invite l'établissement à se rapprocher des durées préconisées et à préciser à quel type d'opération s'applique chacune des deux durées.

Tableau n° 7 : Durées d'amortissement (en années)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	M21
Bâtiments	15 et 35	20 à 30					
Mobilier	7	7	7	7	7	7	10
Matériel	7	7	7	7	7	7	
Matériel biomédical	4, 5, 7	4, 5, 7	4, 5, 7	4, 5, 7	4, 5, 7	4, 5, 7	4 à 5
Matériel informatique	1	1	2	2	2	2	2 à 3
Outillage	7	7	7	7	7	7	
Automobiles et matériels roulants	3 et 5	4 à 5					
Matériel de bureau	5	5	5	5	5	5	5 à 10
Agencements et installations	7 et 10	10 à 20					
Logiciels	2 à 3	2 à 3	2 à 3	2 à 3	2 à 3	2 à 3	

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

¹⁰ Noémie (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) permet un retour des informations de paiement des prestations liquidées par les organismes de base des régimes obligatoires de Protection Sociale de l'Assurance Maladie.

4.1.3 Les provisions

(66) La fiche comptable n° 6 complétant le guide de fiabilisation des comptes rappelle que « *les financements reçus par un établissement public de santé, quelle que soit leur nature ou leur origine, ne peuvent jamais être mis en réserve budgétaire au moyen d'une provision* » à l'exception des provisions réglementées suivies au compte 142.

(67) Le montant des provisions a connu des variations significatives entre 2012 et 2017. Cette année-là, l'ensemble des provisions correspondaient à un montant de 3 345 738,56 €.

Tableau n° 8 : Soldes des comptes de provisions (en €)

Comptes	2012	2013	2014	2015	2016	2017
c/142	166 000,00	146 000,00	146 000,00	146 000,00	146 000,00	146 000,00
c/ 1518	121 350,86	121 350,86	201 350,86	331 350,86	36 618,86	36 618,86
c/ 152		466 421,00	762 760,00	1 024 760,00	603 093,00	281 426,00
c/153 (c/ 143)	971 933,46	1 121 933,46	1 131 442,56	897 568,96	550 668,00	2 085 250,93
c/ 1572	868488,03	868 488,03	868 488,03	410965,04	365807,04	365807,04
c/158	65 709,00	65 709,00	65 709,00	65 709,00	65 709,00	65 709,00
c/49 - Dépréciation comptes de tiers	300 000,00	500 000,00	500 000,00	461 433,05	370 062,05	364 926,73
TOTAL	2 493 481,35	3 289 902,35	3 675 750,45	3 337 786,91	2 137 957,95	3 345 738,56

Source : Comptes financiers 2012-2017

Compte 142 « Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations »

(68) Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, « *La constitution d'une provision réglementée pour renouvellement des immobilisations au moyen des ressources propres de l'établissement est exclue.../Cette provision réglementée 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* ».

(69) Au centre hospitalier, le montant provisionné en 2011 pour des travaux au centre d'action médico-social précoce a fait l'objet d'une reprise en 2013 (20 000 €). La chambre constate que ce mouvement n'a pas été tracé dans l'état F0 prévu à cet effet dans le compte financier 2013.

(70) Fin 2017, le solde du compte 142 s'élevait à 146 000 € correspondant, selon l'établissement, à trois dotations : 45 000 € en 2009, 51 000 € en 2010 et 50 000 € en 2011 pour la réalisation de travaux à l'institut de formation en soins infirmiers (budget annexe C). Le CHS n'a toutefois pas été en mesure de produire les documents justifiant de l'origine des crédits provisionnés (notification de crédits par l'agence régionale de santé). Le budget annexe C ayant au surplus été supprimé, la provision doit être reprise.

(71) Selon la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, le compte 142 aurait été soldé à la clôture de l'exercice 2018.

Compte 1518 « Autres provisions pour risques »

(72) Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, ces provisions sont constituées pour couvrir des indemnités de licenciement, des remboursements d'indus à la caisse d'assurance maladie, des amendes et pénalités, des redressements fiscaux et des redressements de cotisations de sécurité sociale.

(73) L'état IC1 du compte financier 2013 fait état d'une dotation de 80 000 € en lien avec un contrôle T2A. En 2016, 294 732 € ont été repris pour faire suite aux conséquences du contrôle T2A. Le reliquat étant devenu sans objet, il aurait dû être également repris.

Compte 152 « Provision pour risques et charges sur emprunts »

(74) La circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1B/2013/276 du 25 juillet 2013 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable à compter de l'exercice 2013 pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale a prévu la création d'un compte 152 « Provision pour risques et charges sur emprunts », afin de comptabiliser le provisionnement des emprunts structurés. L'annexe 1 de la circulaire renvoie sur ce point à l'avis du CNoCP n° 2012-04 du 3 juillet 2012 sur la comptabilisation des dettes financières et des instruments dérivés des entités à comptabilité publique relevant du code général des collectivités territoriales, du code de l'action sociale et des familles, du code de la santé publique et du code de la construction et de l'habitation, prévoit le provisionnement d'un risque pour certains types de contrats d'emprunt et mentionne une circulaire ultérieure. L'instruction budgétaire et comptable M21 parue au journal officiel du 8 juillet 2014, celle applicable à compter du 1^{er} janvier 2017 renvoie de la même façon à un « *texte dédié* ».

(75) Le CHS a constitué en 2013 une provision au compte 152 au titre du risque présenté par deux contrats : l'emprunt structuré Euro / Franc Suisse souscrit en février 2007 et l'emprunt ex BFT indexé sur différentiel d'inflation.

- Emprunt ex BFT indexé sur différentiel d'inflation

(76) En 2013, au titre de ce contrat, l'établissement a déterminé la provision comme suit : 1 % du capital restant dû au 31 décembre 2013 (1 642 105,40 euros), soit 16 421 €. En 2014, une provision complémentaire de 43 339 €¹¹ a été comptabilisée.

(77) Pour déterminer le montant de cette provision, le CHS a indiqué s'être référé à la fiche n° 12 provision pour risques sur emprunts de la DGFIP¹² qui s'inscrit dans la démarche de fiabilisation des comptes des EPS. Cette fiche n'a pas de caractère officiel à ce jour.

(78) L'établissement l'ayant toutefois pris en référence, il aurait dû ajuster la provision initiale de 16 421 € à la hausse et comptabiliser une provision complémentaire de 26 918 €¹³ en 2014 et non de 43 339 €. La fiche précitée prévoit en effet qu'« à la clôture de chaque exercice suivant le premier provisionnement d'un emprunt complexe, le montant de la provision ainsi constituée sera ajusté en fonction de la nouvelle évaluation du risque. » Ce document précise également que « le calcul de la provision s'effectue à chaque clôture d'exercice ». Sur ce point, le centre hospitalier a indiqué que sa situation financière ne lui avait pas permis la réalisation de nouvelles provisions sur les exercices ultérieurs.

¹¹ Avec un taux structuré évalué par l'établissement à 6,789 % pour un CRD de 1 515 789,60 euros au 31 décembre 2014, la provision a été évaluée de la manière suivante : (Taux structuré - Taux de référence) * CRD = (6,789% - 3,93%) * 1 515 789,60 euros = 43 336,42 euros.

¹² Soit un taux de référence de 3,93 % et un taux structuré évalué par l'établissement à 4,93 % au 31 décembre 2013.

¹³ 43 339 euros (provision 2014 à comptabiliser) - 16 421 euros (provision 2013 comptabilisée) = 26 918 euros.

Tableau n° 9 : Provision constituée au titre de l'emprunt ex BFT

En €	Dotation	Reprise	Montant en fin d'exercice
2012			
2013	16 421		16 421
2014	43 339		59 760
2015			59 760
2016			59 760
2017			59 760

Source : Comptes financiers

(79) Le CHS n'a donc provisionné que partiellement le risque de taux auquel il est exposé ne respectant pas les principes de prudence et d'image fidèle qui s'imposent.

- Emprunt Euro / Franc Suisse

(80) Dans le cadre de l'action contentieuse initiée fin 2012 à l'encontre de DEXIA pour obtenir la nullité de ce contrat, l'établissement a cessé de régler les échéances d'intérêts tout en provisionnant une partie des sommes en question. Les dotations ont ainsi été fonction des possibilités budgétaires des budgets annexes concernés. Au vu de la nature du risque couvert, ces écritures auraient dû être enregistrées au compte 158 « Autres provisions pour charges » et non au compte 152 « Provision pour risques et charges sur emprunts ».

(81) S'agissant du risque de taux qu'il aurait été amené à supporter jusqu'à la maturité du prêt, l'établissement n'a procédé à aucune évaluation telle que prévue par la fiche n° 12 qu'il a pris en référence.

Tableau n° 10 : Provision constituée au titre de l'emprunt Euro / Franc Suisse

En €	Dotation	Reprise	Montant en fin d'exercice
2012			
2013	450 000		450 000
2014	253 000		703 000
2015	262 000		965 000
2016		421 667	543 333
2017		321 667	221 666

Source : Comptes financiers

(82) S'agissant des informations données sur ces provisions dans les comptes financiers, celles-ci sont des plus succinctes. À titre d'exemple, en 2014, l'état PF1 précise que les provisions pour risques et charges financières sont déterminées « à partir du calcul des taux d'intérêts anticipés des contrats à risques. Deux contrats entrent dans ce dispositif. » L'état IC1 qui doit permettre de justifier la constitution, la reprise ou le maintien au passif d'une provision, n'est pas renseigné.

(83) Une première reprise a été opérée en 2016 à hauteur de 421 667 €. En 2017, 321 667 € ont été repris. Selon l'établissement, la provision a été soldée en 2018 avec le paiement de la dernière tranche des impayés sur trois ans.

Compte 153 (compte 143 jusqu'en janvier 2014) « Provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps »

(84) Le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 (article 11-1) prévoit la constitution d'un « passif pour chaque jour épargné » renvoyant à un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique pour la définition des conditions de mise en œuvre. Ce mode de valorisation est retenu dans les deux arrêtés datés du 17 avril 2014 parus au journal officiel du 30 avril 2014.

(85) Le nombre de jours provisionnés et repris a évolué comme suit de 2012 à 2017 :

Tableau n° 11 : Mouvements sur le compte de provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (en €)

Années	Reprise	Dotation
2012	0	400 000
2013	0	150 000
2014	4 373,43	13 882,53
2015	242 686,71	8 813,11
2016	349 627,92	2 726,96
2017	38 560,70	1 573 143,63

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

(86) Jusqu'en 2017, le CHS a sous-provisionné sur la base d'un « arbitrage entre les différentes dépenses au regard du contexte budgétaire de l'établissement ». Ce dernier a précisé que cette insuffisante dotation du compte 153 « n'a jamais été dissimulé[e] aux instances puisque le taux de provisionnement figure dans le bilan social ». Les différents bilans sociaux retracent effectivement une couverture du risque variant entre 31 % (en 2016) et 97 % (en 2017). Cette information faite aux instances sur le taux de provisionnement ne peut exonérer l'établissement du respect de la réglementation concernant cette provision réglementée.

(87) Si en 2017, la provision atteignant 2 085 250,93 € est conforme aux jours inscrits dans les CET (cf. annexe 4), la chambre relève un sous-provisionnement manifeste durant plusieurs années qui a majoré l'excédent ou minoré le déficit.

Compte 1572 « Provisions pour gros entretien ou grandes réparations »

(88) L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit : « Pour être traitée comme provision pour gros entretien ou grandes révisions (PGE), la provision correspondante doit être destinée à couvrir des charges d'exploitation très importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement. Les petites dépenses courantes d'entretien sont exclues de ce dispositif ». Il est par ailleurs nécessaire qu'un plan pluriannuel d'entretien identifie les travaux concernés.

(89) En 2015, une reprise de 457 522,99 € est effectuée. Selon l'état IC1 du compte financier, ce montant a été consacré à des « travaux gaz cuisine ». En 2016, selon ce même état, 45 158 € ont été repris. Fin 2017, la provision s'élevait à 365 807,04 €.

(90) Aucun des différents mouvements intervenus en dotation et en reprise n'a reposé sur un plan pluriannuel d'entretien, ce document ayant été mis à l'étude par le nouveau directeur en charge de ce secteur. L'établissement a précisé avoir décidé de reprendre la provision sur deux exercices pour financer des travaux de remise en état de l'infrastructure des bâtiments afin de prolonger la durée de vie de ces derniers dans l'attente d'un éventuel déménagement. La chambre souligne le non-respect de la réglementation à trois titres : l'absence de plan pluriannuel d'entretien, le financement de travaux dont la nature ne s'inscrit pas dans le cadre de la provision figurant au compte 1572 et la reprise d'une provision non justifiée sur plusieurs exercices.

Compte 158 « *Autres provisions pour charges* »

(91) L'ordonnateur a indiqué que le montant de 65 709 € provisionné sur ce compte correspondait à des provisions antérieures à 2010 et qu'il n'était pas en mesure d'en communiquer l'origine. Une reprise de cette provision est donc à opérer.

(92) Selon la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, le compte 158 aurait été soldé à la clôture de l'exercice 2018.

Compte 491 « *Dépréciation des comptes de redevables* »

(93) Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la perte doit être constatée en comptabilité par son admission en non-valeur par décision du directeur. L'admission en non-valeur se traduit par la constatation d'une charge qui peut être financée en tout ou partie par une reprise de la provision constituée au C/491. Le défaut de mandatement des pertes sur créances irrécouvrables fausse le résultat de l'exercice en sous-estimant les charges d'exploitation. Le maintien d'un stock de non-valeur au bilan affecte pour sa part la sincérité des comptes (actif fictif).

(94) En 2012, le centre hospitalier a indiqué avoir constitué une provision de 300 000 € correspondant au montant « *des titres vieux de plus de dix ans toujours non recouverts¹⁴* ». La provision a donc été tardivement constituée. Cette même année, l'établissement admettait en non-valeur 216 509,96 € sans reprise sur provision.

(95) En 2013, la provision a été abondée de 200 000 € sans explication. 300 402 € ont été admis en non-valeur sans reprise sur provision.

(96) En 2014, 84 786 € ont été admis en non-valeur sans reprise sur provision.

(97) À compter de 2015, l'établissement a repris sur la provision à due concurrence du montant admis en non-valeur : 38 566,95 € en 2015, 91 371 € en 2016 et 5 135,32 € en 2017. À cette date 364 927 € demeuraient provisionnés.

(98) Le centre hospitalier a indiqué avoir provisionné en début de la période sous revue pour apurer les créances irrécouvrables mais ne pas avoir eu d'échanges périodiques sur le sujet depuis 2014 contrairement à ce que prévoit l'engagement partenarial. À défaut de visibilité, il a cessé de provisionner.

(99) La chambre rappelle que la provision est destinée à couvrir le montant des admissions en non-valeur et que la bonne pratique consiste à reprendre à hauteur du montant mandaté sur le compte 654. Elle souligne par ailleurs que le montant de provision ne se détermine pas par une dotation à hauteur du montant correspondant à chaque reprise mais par une appréciation du risque. La chambre invite enfin le CHS à poursuivre la démarche qu'il a reprise avec le nouveau trésorier.

¹⁴ Etat I2 du compte financier 2012.

(100) Selon la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, les créances les plus anciennes auraient été admises en non-valeur au titre de l'exercice 2018 et la provision aurait été reconstituée pour poursuivre le travail initié.

4.1.4 Les remboursements des budgets annexes au budget principal

(101) L'article R. 6145-12 du code de la santé publique prévoit que : « ... *Aucun de ces comptes de résultat annexes ne peut recevoir de subvention d'équilibre du compte de résultat principal...* ».

Tableau n° 12 : Remboursement des budgets annexes au budget principal (en €)

2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 621 592,15	1 243 111,76	1 217 406,73	1 234 602,63	1 268 445,00	1 395 921,57

Source : Comptes financiers 2012-2017

(102) Le CHS a précisé les modalités de remboursement des budgets annexes au budget principal. Ces remboursements ne sont toutefois pas exhaustifs. Ils devraient en 2017 être majoré de 420 410 €.

(103) Les agents affectés sur le pool de remplacement sont en effet rémunérés par le budget principal et pas par les budgets annexes qui bénéficient des remplacements selon le document « *Situation financière et plan d'actions* ». La mesure prévue au plan d'actions 2017 (plan visant à restaurer l'équilibre du budget principal) consistant à accroître le niveau de remboursement des budgets annexes au budget principal n'a donc pas été mise en œuvre (cf. point 6.1).

(104) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur a précisé que la rémunération des agents du pool de remplacement sur le budget principal résultait d'une « *orientation volontariste* » de soutien au centre de gérontologie et à la prise en charge des personnes âgées mais également de la nécessité de réaliser sur ce budget la provision des intérêts dont l'établissement avait suspendu le paiement du fait du contentieux sur l'emprunt toxique. La chambre souligne que cette décision était contraire à la correcte affectation des charges afférentes à chacun des budgets.

(105) L'ordonnateur en fonctions, en réponse au rapport provisoire de la chambre, a précisé que la mise à plat du protocole d'aménagement du temps de travail inscrit dans les objectifs du CREF devrait avoir pour effet d'accroître mécaniquement les effectifs disponibles et de diminuer, voire de supprimer, le recours au pool de remplacement.

5 UNE SITUATION FINANCIERE DEGRADEE

(106) Le centre hospitalier de Salon-de-Provence compte un budget principal et trois budgets annexes (EHPAD¹⁵, USLD¹⁶ et CAMSP¹⁷). Au vu de la proportion représentée par le budget principal (92 % du montant agrégé des produits de l'établissement en 2017), l'analyse a porté sur ce budget à l'exception de la partie relative à la dette et notamment la désensibilisation de l'emprunt structuré Euro / Franc Suisse.

5.1 Les produits

(107) Entre 2012 et 2017, les produits du budget principal de l'établissement ont globalement progressé de 8,3 M€, soit une augmentation de près de 12 %. Retraitée des remboursements de personnels mis à disposition du groupement de coopération sanitaire du Pays d'Aix (GCS PA) qui émargent sur le titre 3 des produits, la progression est moindre, 7,1 M€, soit + 10 %. Il convient également de relever que l'augmentation a eu lieu entre 2012 et 2015, les recettes stagnant depuis lors.

Tableau n° 13 : Évolution des produits du budget principal

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017/2012
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	56 019 486	57 422 013	59 496 560	61 969 588	61 981 471	61 894 764	10,49 %
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	5 680 972	6 509 797	6 183 376	6 201 142	6 049 739	5 614 983	-1,16 %
Titre 3 - Autres produits	7 939 004	10 805 798	11 992 980	10 350 077	10 579 082	10 472 424	31,91 %
TOTAL	69 639 462	74 737 609	77 672 916	78 520 807	78 610 292	77 982 171	11,98 %
TOTAL retraité des mises à disposition de personnels du GCS PA	69 639 462	73 763 183	76 563 437	77 379 334	77 372 323	76 710 871	10,20 %

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

5.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie - Titre 1

(108) Entre 2012 et 2017, les produits versés par l'assurance maladie ont globalement connu une progression de 5 875 277 €, soit + 10,49 %.

¹⁵ Établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes.

¹⁶ Unités de soins de longue durée.

¹⁷ Centre d'action médico-sociale précoce.

(109) Près de la moitié de cette évolution résulte d'une augmentation de la valorisation des séjours d'hospitalisation qui représente 41,4 M€ en 2017. Deux phases se sont succédées entre 2012 et 2017, une augmentation des recettes jusqu'en 2014 puis une diminution (- 1,7 % entre 2014 et 2017). Durant cette deuxième partie de période, la moindre progression de l'activité et sa diminution en 2017 se sont conjuguées avec une baisse des tarifs des séjours décidée nationalement. L'année 2016 est à isoler du fait des modalités particulières de prise en charge des patients porteurs de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRE). Les mesures d'isolement requises ont conduit à neutraliser une vingtaine de lits pendant environ deux mois générant une perte de recettes de l'ordre de 100 000 €.

Tableau n° 14 : Recettes issues de la facturation des séjours d'hospitalisation (en €)

Compte	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
731111	38 746 760	40 691 627	42 075 652	41 892 064	41 440 116	41 369 072	6,8 %

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

(110) Une hausse des recettes est également observée sur les molécules (+ 0,3 M€) et dispositifs médicaux (- 0,03 M€) remboursés en sus de la valorisation des séjours. À compter de 2016, à l'instar des séjours, une diminution de la valorisation est observée.

Tableau n° 15 : Recettes issues du remboursement des molécules et dispositifs médicaux figurant sur la liste en sus (en €)

Comptes	Libellés	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
73112	Molécules onéreuses facturées en sus des séjours	3 059 844	3 409 256	3 771 965	3 779 239	3 537 037	3 372 311	10,2 %
73113	Dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	479 866	416 640	478 427	555 212	492 388	445 966	-7,1 %

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

(111) La dotation annuelle de financement (DAF), qui finance l'activité de soins de suite et réadaptation, a augmenté durant la période de 1,3 % après neutralisation des crédits non reconductibles octroyés sur cette dotation au titre de soutien budgétaire, soit 0,3 M€ en phase 3 de la campagne budgétaire 2012.

(112) La progression capacitaire (passage de 16 à 20 lits) s'est effectuée à moyens constants, le CHS étant considéré comme surdoté dans cette discipline.

(113) En 2017, a débuté la mise en œuvre du nouveau modèle de financement des soins de suite et de réadaptation prévu par l'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et par le décret en Conseil d'Etat relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation du 6 avril 2017 pris pour son application.

(114) L'instruction n° DGOS/R1/2017/223 du 10 juillet 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé de soins de suite et de réadaptation a précisé : « L'année 2017 engage la mise en œuvre progressive de la dotation modulée à l'activité. Du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, les établissements de SSR bénéficient ainsi d'un financement combinant les anciennes et les nouvelles modalités :

- Un financement fondé à 90 % sur les anciennes modalités, en dotation annuelle de financement ou en PJ et forfaits associés ;
- Un financement fondé à 10% sur les nouvelles modalités, par le biais de la part activité de la dotation modulée à l'activité (DMA) ».

(115) La prise en compte de l'activité s'est traduite pour le CHS par une stabilité des crédits.

Tableau n° 16 : Dotation annuelle de financement (en €)

Comptes	Libellé	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
731151	Part dotation modulée à l'activité						20 663	
731152	Part socle dotation modulée à l'activité						162 159	
73117	DAF SSR	2 324 108	2 028 323	2 034 611	2 028 555	2 046 300	1 867 906	
	TOTAL SSR	2 324 108	2 028 323	2 034 611	2 028 555	2 046 300	2 050 728	-12%
	Crédits non reconductibles	300 000						
	TOTAL	2 024 108	2 028 323	2 034 611	2 028 555	2 046 300	2 050 728	1,3%

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

(116) Les recettes des consultations et actes externes ont connu la même tendance que les recettes d'hospitalisation : une progression puis une diminution. L'exercice 2015 est marquée par une très forte baisse suite à une erreur d'imputation (sur le compte H73126 « forfaits techniques et assimilés » (compte relevant également du titre 1) suite à un problème de paramétrage du logiciel de facturation). Le montant des recettes des consultations et actes externes a été cette année-là de 4 334 239 €.

Tableau n° 17 : Consultations et actes externes (en €)

Comptes	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
73121	4 044 738	4 278 120	4 287 491	2 159 011*	4 434 912	4 358 621	7,8 %

Source : Comptes financiers 2012 - 2017 * erreur d'imputation : montant réel de la recette : 4 334 239 €.

(117) Le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation a connu deux évolutions, la première à la hausse entre 2012 et 2015 (+ 25 084 €), la seconde à la baisse entre 2015 et 2017 (- 64 363 €). L'évolution du nombre de passages non suivis d'hospitalisation conditionne celle du forfait annuel urgences (FAU) déterminé à partir des passages de l'année n-1. Les recettes du FAU ont ainsi progressé dans un premier temps passant de 2 M€ en 2012 à 2,3 M€ en 2016 avant de diminuer en 2017.

Tableau n° 18 : Recettes liées aux passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (en €)

Compte	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
73122	668 483	683 138	693 096	693 566	622 442	629 204	- 6%

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

Tableau n° 19 : Évolution des recettes liées au forfait annuel Urgences (en €)

Compte	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
731141	1 982 699	2 154 351	2 326 003	2 326 003	2 334 694	2 295 453	16%

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

(118) En conclusion, malgré les différentes précautions de lecture précitées, la période 2012 - 2017 est marquée par deux phases, une progression jusqu'en 2015 puis une diminution jusqu'à aujourd'hui de la valorisation de l'activité d'hospitalisation, d'urgence et de consultations externes. Les remboursements des molécules et dispositifs médicaux figurant sur la liste en sus ont suivi la même tendance. Si l'évolution globale est favorable sur le titre 1 des produits, une réelle vigilance est requise au vu de la diminution observée les dernières années sous revue.

5.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière - Titre 2

(119) Les produits de titre 2 ont accusé une légère baisse de 0,065 M€, soit - 1,16 % durant la période sous revue.

(120) En 2017, la recette des tickets modérateurs d'hospitalisation a accusé une diminution de plus de 18 %, soit - 552 357 €. Celle-ci a en partie été compensée par une hausse des recettes issues des tickets modérateurs de l'activité externe (+ 330 842 €).

Tableau n° 20 : Ticket modérateur hospitalisation et activité externe (en €)

Comptes	Libellé	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
7321 et 7322	Ticket modérateur hospitalisation	3 013 623	3 567 912	3 164 214	3 238 173	3 339 152	2 786 795	- 7,5 %
7324	Consultations externes dont ticket modérateur	1 113 004	1 189 580	1 348 487	1 181 575	1 058 685	1 389 527	24,8 %

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

(121) Les tarifs journaliers de prestations (TJP) servent de base au calcul du ticket modérateur à la charge du patient ou de sa mutuelle.

(122) Il revient au directeur de l'établissement de proposer les différents TJP calculés selon des modalités précisées par le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé puis l'article R. 6145-22 du code de la santé publique. Aux termes de l'article R. 6145-29 du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS arrête les tarifs.

(123) L'établissement a produit pour chacune des années sous revue les calculs des différents tarifs journaliers de prestations ainsi que les arrêtés tarifaires correspondants (cf. annexe 5).

(124) Ces documents appellent deux observations.

(125) D'une part, il existe sur plusieurs années des discordances entre les montants calculés et les tarifs arrêtés.

(126) D'autre part, l'établissement n'ayant pas calculé ses tarifs conformément à la réglementation, mais défini ceux-ci comme des variables d'ajustement suite à la mise en place de la tarification à l'activité, il doit mettre en œuvre des mesures correctives en application des directives du ministère de la santé. À titre d'exemple, le tarif des spécialités coûteuses calculé sur la base de la comptabilité 2015 est de 1 282 €, soit un écart de 1 069 € (45 %) par rapport au tarif pratiqué par le CHS. En appliquant une décote de 3 % par tranche de 15 % telle que demandée par l'ARS, une réfaction de 9 % a été opérée sur le tarif 2016 pour déterminer le tarif 2017, soit 2 139 €.

(127) La poursuite de la démarche entreprise pour rétablir des tarifs journaliers de prestations conformes aux calculs réglementaires pourra, sans hausse significative d'activité, occasionner une baisse sensible des recettes de titre 2.

(128) Selon la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, la démarche de mise en conformité des tarifs journaliers de prestations aurait été poursuivie lors de l'élaboration de l'EPRD 2019 avec un calcul conforme à la réglementation. Les propositions tarifaires de l'établissement auraient été validées par l'ARS.

5.1.3 Les autres produits - Titre 3

(129) Les autres produits regroupent les produits subsidiaires à l'activité hospitalière. Ils ont augmenté entre 2012 et 2017, passant de 7,9 M€ à 10,5 M€, soit + 2,6 M€.

(130) Sur la période examinée, le CHS a bénéficié d'un produit de cession en 2013 pour 618 800 €. Cette même année a débuté le remboursement des frais de personnels de l'institut de formation en soins infirmiers et l'institut de formation des aides-soignants, mis à disposition du groupement de coopération sanitaire du Pays d'Aix. Le compte 7084 ouvert au Grand Livre a ainsi été crédité de 974 425,58 € en 2013. En 2017, 1 271 299,55 € étaient remboursés au CHS. En regard de cette recette, il existe une dépense imputée sur le titre 1 des dépenses de personnel. Le même principe s'applique aux rétrocessions. La recette significative constatée en titre 3 des produits (3,6 M€ en 2017) trouve sa contrepartie dans la dépense réalisée sur le titre 2 des charges.

Tableau n° 21 : Mise à disposition de personnels facturée (en €)

Comptes	2012	2013	2014	2015	2016	2017
7084	-	974 426	1 109 479	1 141 473	1 237 969	1 271 300

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

Tableau n° 22 : Rétrocessions de médicaments (en €)

Compte	2012	2013	2014	2015	2016	2017
7071	2 236 180,43	1 982 802,37	3 405 974,87	3 163 946,24	3 177 680,65	3 622 109,85

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

5.2 Les charges

(131) Durant la période sous revue, les charges du budget principal ont progressé de 13 M€ soit + 18,6 % pour atteindre 82,7 M€ en 2017. Cette augmentation résulte pour 72 % de l'évolution des charges de personnel. À la différence des produits, elles progressent de manière continue sur la période.

Tableau n° 23 : Évolution des charges du budget principal (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2017/2012
Titre 1 - Charges de personnel	45 941 594	49 309 545	51 524 687	52 502 741	53 070 289	55 230 574	20,22 %
Titre 2 - Charges à caractère médical	11 918 423	12 801 233	14 553 116	14 265 325	14 586 772	14 506 953	21,72 %
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	7 272 813	7 679 695	7 068 621	7 402 714	6 845 114	6 810 312	- 6,36 %
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	4 556 946	4 656 329	4 599 595	4 755 211	4 976 649	6 120 326	34,31 %
TOTAL	69 689 775	74 446 801	77 746 019	78 925 991	79 478 823	82 668 166	18,62 %

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

5.2.1 Les charges de personnel - Titre 1

(132) Les charges de titre 1 ont progressé de plus de 20 % entre 2012 et 2017, soit + 9,3 M€. A une première période de hausse entre 2012 et 2014 s'est ajoutée une progression marquée entre 2016 et 2017 (+ 2,2 M€).

(133) Pour le personnel non médical, la suppression du budget annexe correspondant aux instituts de formation en début de période a conduit à affecter leurs personnels sur le budget principal pour une mise à disposition du GCS PA. Les charges de titre 1 ont donc été majorées de près de 1 M€ (les produits de titre 3 ont progressé du même montant). Les années suivantes, l'augmentation des taux de cotisations patronales, les dépenses d'intérim, les reclassements catégoriels (catégories B et C en 2013, nouvelle grille indiciaire de certains personnels paramédicaux à compter du 1^{er} juillet 2015, la revalorisation du point d'indice en 2017, ...), se sont conjugués aux recrutements effectués pour expliquer l'évolution des dépenses.

(134) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur a indiqué que la progression des effectifs constatée avait été induite par l'augmentation d'activité observée entre 2012 et 2014 en précisant que l'évolution du titre 1 était restée sur la période conforme aux orientations du plan triennal d'économie¹⁸.

Tableau n° 24 : Évolution des effectifs non médicaux

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017/2012
ETP	802,4	829,69	845,12	856,2	861,04	859,09	7 %
dont ETP IFSI et IFAS	13,73	13,14	14,09	14,89	15,83	15,46	

Source : CHS

(135) Pour le personnel médical, les recrutements expliquent une partie de l'évolution des dépenses.

Tableau n° 25 : Évolution des effectifs médicaux (en ETP)

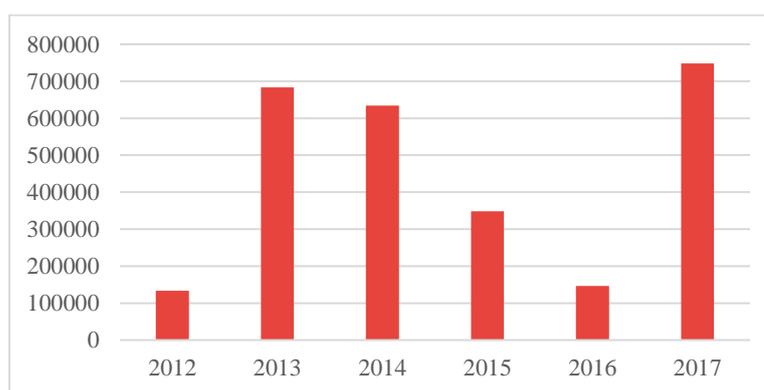
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017/2012
93,87	97,88	99,95	99,99	100,77	100,93	7,5 %

Source : CHS

(136) À l'instar des personnels non médicaux, les taux de cotisation patronales applicables au personnel médical ont progressé (cf. annexe 6). Les montants versés au titre de la permanence des soins se sont également notablement accrus. Les dépenses de temps de travail additionnel sont ainsi passées de 73 064 € en 2012 à 264 935 € en 2013.

(137) Le recours à l'intérim médical, significatif certaines années, a de façon plus ponctuelle contribué à l'accroissement des dépenses de titre 1.

Graphique n° 5 : Dépenses d'intérim (en €)



Source : CHS

¹⁸ Dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité, le Gouvernement engagé en avril 2014 a visé à mettre en œuvre un plan d'économies de 50 milliards d'euros sur trois ans, dont 10 milliards d'euros d'économies sur les dépenses de l'assurance maladie. Il s'est articulé autour de quatre axes :

- Concrétiser le « virage ambulatoire » et mieux adapter les prises en charge en établissement et en ville ;
- Accroître l'efficacité de la dépense hospitalière ;
- Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques ;
- Améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital.

(138) Le niveau d'intérim particulièrement élevé en 2017 explique une grande partie de l'évolution constatée entre 2016 et 2017, soit + 2,2 M€. Déduction faite de cette dépense, une progression des charges de personnel de plus de 1 M€ est intervenue, à effectifs constants. Le rapport financier évoque seulement une évolution « *sur la rémunération, autres charges du personnel et charges sociales afférentes. La progression est surtout sur le personnel médical et les charges sociales continuent d'évoluer à un rythme plus rapide que les rémunérations* ». La progression constatée aurait justifié une explication plus précise dans les documents produits en clôture d'exercice.

(139) Sur le titre 1, des marges de manœuvre existent si l'on considère les modalités de gestion des ressources humaines parfois très avantageuses et non réglementaires retenues sur plusieurs points durant la période examinée.

Un temps de travail du personnel non médical non conforme à la réglementation

(140) L'établissement doit encore se mettre en conformité avec la réglementation afférente au temps de travail et aux modalités de compensation et rémunération des astreintes non médicales. Sur le premier point, le CHS pourrait récupérer l'équivalent de plus de 20 ETP. Rapporté au coût moyen d'un agent non médical, le respect de la réglementation sur le temps de travail pourrait représenter, sur la base du coût moyen d'un agent non médical, près de 1 M€.

Tableau n° 26 : Évaluation de la perte de temps travaillé (année 2017)

	Heures réglementaires	Heures travaillées / an au CH	Écart / obligations annuelles (en h)	ETP 2017	Perte horaire 2017	Perte en ETP 2017
Agents en repos fixe	1 607	1 589	18	243,41	4381,38	2,72
Agents en repos variable (> 10 Dim et JF < 20 Dim et JF)	1 582	1 547	35	200	7000	4,42
Agents en repos variable (> 20 Dim et JF)	1 568	1 533	35	274,43	9605,05	6,12
Agents travaillant de nuit	1 476	1 392*	84	123	10 332	7**
Total						20,26

Source : CHS

* Heures effectuées en moyenne par an

** Le temps de travail est inférieur au temps de travail réglementaire. Il s'y ajoute une erreur de paramétrage du logiciel de paye

Des modalités de compensation des astreintes non médicales largement non justifiées

(141) L'établissement rémunère ou fait récupérer les temps d'astreinte selon la règle du tiers. Les conditions de compensation ou d'indemnisation des astreintes à domicile sont fixées par le décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 modifié, relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans la fonction publique hospitalière. La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile et l'indemnisation horaire « *correspond au quart d'une somme déterminée en prenant pour base le traitement indiciaire brut annuel de l'agent concerné au moment de l'astreinte dans la limite de l'indice brut 638 augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1 820* ».

Cette indemnisation peut, à titre exceptionnel, dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels, être portée au tiers de la somme évoquée ci-dessus, « *lorsque le degré des contraintes de continuité de service (...) est particulièrement élevé dans le secteur et pour les personnels concernés* ». Au CHS, ce mode de compensation au tiers qui devrait être l'exception est la règle (cf. annexe 7). La rémunération au tiers a représenté un surcoût de l'ordre de 30 000 € par an pour l'établissement.

Le paiement de parts variables à des praticiens cliniciens sans vérification de l'atteinte effective de leurs objectifs

(142) Le CHS est confronté à des difficultés de recrutement qui se traduisent par un recours accru à l'intérim (cf. *supra*) mais aussi la signature de plusieurs contrats de cliniciens. Ces contrats permettent pour les secteurs connaissant des difficultés de recrutement avérées, de recruter des praticiens sur la base d'une rémunération comprenant une partie fixe et une partie variable. Cette deuxième partie a vocation à être modulée selon le niveau d'atteinte des résultats prévus pour chacune des années du contrat. Une évaluation annuelle est ainsi requise. Au sein du CHS, plusieurs praticiens cliniciens ont été recrutés. Ils ont bénéficié de la part variable maximale sans aucune évaluation. En 2017, la somme des parts variables versées à six praticiens cliniciens a représenté 296 765,63 €. À l'occasion de l'instruction, le chef d'établissement a adressé un courrier aux chefs de pôles concernés début septembre 2018 demandant l'application de cette disposition réglementaire.

(143) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur a reconnu une absence d'évaluation formalisée. Selon cette même réponse, une évaluation aurait été demandée aux chefs de pôles, une vérification du temps de travail et de l'activité des praticiens concernés aurait été opérée. Aucun document n'a toutefois été produit à la chambre pour l'étayer.

L'octroi d'une aide au stationnement pour 20 agents alors que le parking du personnel est gratuit

(144) À l'occasion de l'étude de la délégation de service public relative à la gestion de son parking, l'établissement a indiqué que le stationnement pour le personnel avait toujours été gratuit. Dans ces conditions, la chambre ne s'explique pas la participation aux frais de stationnement en ville à hauteur de 20 € par mois pour vingt agents (apparemment les vingt premiers agents intéressés qui se sont manifestés) à compter de 2010. La somme totale à l'échelle de l'établissement est certes modeste mais elle n'est pas justifiée par un véritable besoin. Le CHS a arrêté le versement de cette aide à la faveur de l'instruction en septembre 2018.

L'octroi de jours de congé « bonus » pour les agents partant à la retraite

(145) L'établissement a supprimé à compter de début 2018, le « congé bonus¹⁹ » qui était octroyé aux agents partant à la retraite les années précédentes.

¹⁹ Pour les personnels de jour, si le départ intervenait entre le 1er janvier et le 31 mars, 6 jours ouvrés de congés étaient accordés quelle que soit la date de départ sur la période. Les agents faisant valoir leurs droits à retraite après le 31 mars bénéficiaient des jours de congé suivants :

- Du 1er avril au 30 juin : 13 jours ouvrés ;
- Du 1er juillet au 30 septembre : 20 jours ouvrés ;
- Du 1 octobre au 31 décembre : 27 jours ouvrés ;

Pour les personnels de nuit, lorsque le départ avait lieu entre le 1er janvier et le 31 mars, 4,5 nuits ouvrées de congé étaient accordées, quelle que soit la date de départ sur la période. Pour les départs en retraite postérieurs au 31 mars, les agents bénéficiaient des congés « bonus » suivants :

- Du 1er avril au 30 juin : 9,5 nuits ;
- Du 1er juillet au 30 septembre : 14,5 nuits ;
- Du 1 octobre au 31 décembre : 19,5 nuits.

Tableau n° 27 : Jours de « congé bonus » octroyés aux agents partant à la retraite

Année	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Jours Bonus	108	153	136	147	78	138

Source : Centre hospitalier

(146) Au vu des irrégularités constatées dans le domaine des ressources humaines et notamment celles se rapportant au temps de travail, la chambre recommande à l'établissement de renégocier son accord local sur le temps de travail.

Recommandation n° 1 : Renégocier l'accord local sur le temps de travail.

5.2.2 Les charges à caractère médical - Titre 2

(147) Entre 2012 et 2017, les charges de titre 2 ont progressé de 2,6 M€, soit + 21,7 %, sous l'effet principal de la hausse des dépenses de médicaments (+ 1,6 M€). Ainsi que cela a été indiqué *supra*, une recette est à constater en regard d'une partie de ces achats du fait de l'activité de rétrocession de médicaments.

Tableau n° 28 : Spécialités pharmaceutiques avec AMM²⁰ (en €)

Compte	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
60211	2 411 162	2 262 199	3 502 837	3 326 501	3 799 028	4 009 077	66,3 %

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

(148) Parmi les autres hausses, on peut relever celle des dépenses de produits sanguins (c/60215) passant de 509 106,84 € en 2012 à 733 725,06 € en 2017 ou des dispositifs médicaux stériles (c/60223) passant de 671 390,61 € en 2012 à 923 811,09 € en 2017.

5.2.3 Les charges à caractère hôtelier et général - Titre 3

(149) Les charges de titre 3 ont diminué de 0,46 M€, soit - 6,36 % entre 2012 et 2017. Au cours de la période examinée, deux années sont marquées par une hausse : 2013 et 2015. En 2013, le CHS a supporté une charge supplémentaire liée à la panne du groupe électrogène. En 2015, l'établissement a réalisé des travaux en reprenant sur la provision constituée au compte 1572 (cf. partie relative aux provisions).

(150) La baisse sur l'ensemble de la période résulte notamment de l'adhésion à de nouveaux groupements de commandes dans le cadre du programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables) et à une nouvelle organisation et gestion des stocks, le magasin s'étant substitué aux services pour gérer leurs stocks limitant l'immobilisation financière des réserves et la surconsommation.

²⁰ Autorisation de mise sur le marché.

5.2.4 Les charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles - Titre 4

(151) Les charges de titre 4 progressent de 1,6 M€, soit + 34,3 %, sous l'effet principal de la hausse des provisions dont 1,5 M€ sur le compte 153 en 2017.

5.3 Une marge brute faible qui ne permet pas d'envisager un investissement lourd

(152) Les soldes intermédiaires de gestion du budget principal ont connu une dégradation sur la période contrôlée qui résulte des facteurs explicités précédemment :

- Un tassement des recettes issues de l'activité ;
- Une progression des charges de personnel. Le tableau *infra* qui couvre les années 2013 à 2017 comprend sur toute la période les effectifs issus de l'IFSI et mis à disposition du GCS du pays d'Aix ;
- Une stabilité des charges financières et des dotations aux amortissements cumulées ;
- La progression des provisions en fin de période dont celle correspondant aux jours placés en compte épargne temps.

Tableau n° 29 : Soldes intermédiaires de gestion du budget principal (en €)

Soldes	2013	2014	2015	2016	2017
Produits de la tarification à l'activité (A)	49 624 510	51 468 440	51 411 135	50 790 263	50 466 927
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (B)	6 509 797	6 183 376	6 201 142	6 049 738	5 614 983
Sous-total variable selon l'activité (A + B)	56 134 307	57 651 816	57 612 277	56 840 002	56 081 911
Produits du financement des activités de SSR	-	-	-	-	183 942
MIGAC ET FIR	6 041 863	6 124 467	6 203 893	6 810 213	6 913 191
Forfaits annuels	2 154 351	2 326 003	2 326 003	2 334 694	2 462 796
Dotation annuelle de financement	2 028 323	2 034 611	2 028 555	2 046 300	1 867 906
Ventes de marchandises	1 982 802	3 405 974	3 164 327	3 177 680	3 622 896
Autres produits	2 546 343	2 683 670	2 724 834	2 850 604	3 024 886
Produits bruts d'exploitation	70 887 990	74 226 542	74 059 891	74 059 495	74 157 529
Consommations en provenance de tiers	13 753 018	14 985 790	14 887 577	14 955 012	14 837 886
Charges externes	5 331 324	5 474 054	5 707 614	5 349 084	5 409 235
- Consommations intermédiaires	19 084 342	20 459 844	20 595 191	20 304 096	20 247 121
VALEUR AJOUTEE	51 803 647	53 766 698	53 464 699	53 755 398	53 910 408
+ Subventions d'exploitation	19 514	33 242	40 755	24 024	29 098
- Impôts et taxes	3 284	2 740	3 090	3 406	3 208
- Charges de personnel (en net)	48 578 898	50 626 806	51 532 631	52 129 836	54 374 977
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	3 240 978	3 170 393	1 969 733	1 646 179	- 438 678
+ Autres produits de gestion courante	1 052 876	1 289 391	1 147 558	1 240 924	1 256 216
- Autres charges de gestion courante	355 566	141 125	94 289	136 086	64 021
MARGE BRUTE	3 938 287	4 318 659	3 023 002	2 751 018	753 515
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	0	4 373	738 776	780 888	31 696
- Dotations aux amortissements	3 115 539	3 443 585	3 531 229	3 335 332	3 342 758
- Dotations aux provisions et dépréciations	200 000	93 882	138 813	2 726	1 541 944
RESULTAT D'EXPLOITATION	622 748	785 564	91 736	193 847	- 4 099 490
+ Produits financiers	25 445	24 821	9 298	9 834	11 839
- Charges financières	512 932	517 253	494 397	409 296	400 371
RESULTAT COURANT	135 261	293 132	- 393 362	- 205 614	- 4 488 022
+ Produits exceptionnels	983 402	178 638	578 949	566 376	637 280
- Charges exceptionnelles	827 856	544 872	590 770	1 229 293	835 252
RESULTAT EXCEPTIONNEL	155 545	- 366 234	- 11 820	- 662 917	- 197 971
RESULTAT NET	290 807	- 73 102	- 405 183	- 868 531	- 4 685 994

Source : Tableaux de bord financiers des EPS

(153) La marge brute est considérée comme un solde déterminant, notamment dans la gestion des investissements d'un établissement. Elle doit permettre de financer les

investissements passés (amortissements et frais financiers) et une partie des investissements à venir. La marge brute du budget principal du CHS a diminué de plus de 80 % entre 2013 et 2017.

(154) Depuis 2015, que l'on considère le seul budget principal ou l'ensemble des budgets consolidés de l'établissement, la marge brute ne couvre plus les amortissements et les frais financiers. En 2017, ceux-ci représentaient plus de quatre fois la marge brute de l'établissement.

Tableau n° 30 : Poids des amortissements et frais financiers dans la marge brute tous budgets confondus

En %	2015	2016	2017
Poids des amortissements dans la marge brute	108,5	113,9	355,1
Poids des frais financiers dans la marge brute	16,4	239,2	53,5
TOTAL	124,9	353,1	408,6

Source : Tableaux de bord financiers

(155) Selon l'instruction interministérielle N° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé, « Les objectifs d'équilibre financier fixés par les ARS concerneront prioritairement l'atteinte d'un niveau de marge brute d'exploitation calculé hors aides financières. Pour les établissements qui s'engagent dans des projets d'investissements lourds conduisant à un endettement important ou pour les établissements qui présentent d'ores et déjà une charge annuelle de la dette représentant au moins 5 % de leurs produits d'exploitation, il est recommandé de viser l'atteinte d'une marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits hors aides financières ».

(156) Le taux de marge brute de 1,3 % en 2017 situe l'établissement très loin du minimum requis pour prétendre soutenir un investissement de l'ampleur d'une reconstruction.

5.4 Des résultats déficitaires

(157) Après une situation de quasi équilibre puis un léger excédent en 2013, le centre hospitalier est entré en 2013 dans une période de déficit qui n'a cessé de s'accroître jusqu'en 2017 où il a atteint - 4,7 M€, soit 6 % des produits de l'exercice. En neutralisant le caractère exceptionnel de l'ajustement de la provision pour CET (1,6 M€) et le niveau très élevé des dépenses d'intérim médical (0,7 M€), le déficit serait malgré tout en progression (- 2,4 M€ soit 3 % des produits de l'exercice).

Tableau n° 31 : Résultats du budget principal

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Résultats	- 50 313,78	290 807,26	- 73 102,38	- 405 183,32	- 868 531,82	- 4 685 994,06
Résultats rapportés aux produits de l'exercice	- 0,07 %	0,39 %	- 0,09 %	- 0,52 %	- 1,10 %	- 6,01 %

Source : Comptes financiers 2012-2017

(158) Le code de la santé publique définit dans son article D. 6143-39 modifié par le décret n° 2010 - 425 du 29 avril 2010, trois critères de déséquilibre financier. Fin 2017, l'établissement répondait à ceux-ci.

Tableau n° 32 : Critères de déséquilibre financier

Critères	Seuils	Situation du CHS en 2017
Résultat principal déficitaire corrigé des charges et produits sur exercices antérieurs comptabilisés au cours de l'exercice en cours (672 et 772)	Supérieur à 2 % des produits du compte de résultat principal	Déficit représentant 6 % des produits du compte de résultat principal
CAF	Inférieure à 2 % des produits des produits, toutes activités confondues	- 0,25 %
CAF	Insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts	- 211 493,25 € (CAF brute) - 2 042 851,64 € (annuité de la dette) = - 2 254 344,89 € (CAF nette)

Source : CRC

(159) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a fait état d'une nette diminution du déficit entre 2017 et 2018 résultant de la mise en œuvre des mesures de maîtrise des dépenses proposées dans le cadre du CREF mais également d'un travail approfondi sur la qualité du codage sur 2018 et 2017 via la procédure LAMDA (procédure permettant à un centre hospitalier d'envoyer sur la plateforme e-pmsi des séjours non codés de l'année N, mais aussi de renvoyer des séjours recodés après un contrôle qualité du codage). L'établissement a enfin bénéficié d'une réévaluation de l'enveloppe finançant son service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

5.5 Des investissements pénalisés par la situation financière et l'absence de visibilité globale

(160) Durant la période examinée, le montant des investissements a atteint son niveau le plus haut en 2013. Cette année-là se sont achevés les travaux au niveau du service de soins de suite et réadaptation, du bâtiment Arnoux et la plus grande partie des travaux de l'unité de reconstitution des cyostatiques.

(161) Les années les plus récentes correspondent à des niveaux d'investissement moins élevés (1,9 M€ en 2017 et 1 M€ en 2018 selon les estimations établies en octobre). L'absence de visibilité concernant le projet de restructuration et la situation financière dégradée ont pour effet de limiter fortement la capacité à investir. Les investissements sont ciblés, selon la direction, sur l'achèvement des projets déjà engagés tels que la restructuration des urgences, les projets stratégiques revus à la baisse tels que l'unité de chirurgie ambulatoire et des dépenses d'entretien jugées prioritaires (chauffage, ventilation et climatisation, sécurité incendie, ...).

5.6 La capacité d'autofinancement

(162) La période 2012 - 2017 comprend deux phases. Entre 2012 et 2014, la capacité d'autofinancement (CAF) a progressé pour atteindre 3,9 M€. Elle a ensuite diminué pour être négative en 2017 (- 211 493,25 €).

Tableau n° 33 : Capacité d'autofinancement brute tous budgets confondus (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Résultat des comptes de résultat	- 184 609,27	227 482,88	- 152 688,27	- 464 406,46	- 1 429 179,73	- 4 965 778,78
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	4 119 259,72	4 292 105,80	4 104 625,62	4 194 968,47	3 908 531,91	5 477 598,36
- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)	-	20 000,00	4 373,43	738 776,65	1 202 555,92	365 363,02
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)	20 706,44	48 902,81	-	1 874,10	23 526,24	92 482,03
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)	25 888,75	618 800,00	150,00	3 000,00	1 550,00	274 380,00
- Quote-part des subventions d'investissements virée au résultat de l'exercice (C777)	93 541,44	78 402,34	92 602,34	98 202,34	98 202,34	176 051,84
CAF/IAF	3 835 926,70	3 851 289,15	3 854 811,58	2 892 457,12	1 200 570,16	- 211 493,25
- Aides exceptionnelles ARH et ARS	300 000,00					
CAF retraitée	3 535 926,70	3 851 289,15	3 854 811,58	2 892 457,12	1 200 570,16	- 211 493,25

Source : Comptes financiers 2012 -2017

(163) La CAF a couvert le remboursement des annuités d'emprunt en capital jusqu'en 2016. En 2017, la CAF brute négative ne pouvait couvrir l'annuité d'emprunt en capital. La CAF nette s'établissait cette année-là à -2,3 M€.

Tableau n° 34 : CAF nette (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CAF retraitée	3 535 926,7	3 8512 89,15	3 854 811,58	2 892 457,12	1 200 570,16	-211 493,25
Annuité en capital	1 497 788,72	1 578 530,88	1 588 373,08	1 596 775,3	2 032 892,85	2 042 851,64
CAF nette	2 038 137,98	2 272 758,27	2 266 438,5	1 295 681,82	-832 322,69	-2 254 344,89

Source : Comptes financiers 2012 - 2017

(164) Au moment où le CHS poursuit sa réflexion d'une reconstruction à neuf, il ne dispose toutefois d'aucune capacité d'autofinancement pour mener à bien un tel projet.

5.7 Un endettement marqué par la sortie d'un emprunt structuré

5.7.1 L'encours de la dette fin 2017

(165) Fin 2017, l'encours de la dette s'élevait à 24 213 423,53 € réparti sur 22 contrats. Selon la classification Gissler, 20 contrats représentant 92,8 % de l'encours étaient classés A, un contrat représentant 2,5 % de l'encours était classé B et un classé F correspondant à 4,7 % de l'encours.

Les emprunts structurés

Il existe différents types d'emprunts : à taux fixe, à taux variables et les emprunts structurés. Ces derniers ont pour principale caractéristique de comprendre plusieurs périodes auxquelles correspondent des taux différents. Dans un premier temps relativement court, un taux fixe inférieur au taux du marché est appliqué (taux d'intérêt fixe bonifié). Dans un deuxième temps (une période plus longue), le taux d'intérêt est issu d'une formule arithmétique intégrant un ou plusieurs produits dérivés du contrat. Durant cette période, la collectivité assume le risque d'avoir à payer un taux d'intérêt élevé, voire très élevé.

Face à ce niveau de risque important, les établissements bancaires et les collectivités locales ont signé en 2009 une charte de bonne conduite. Elle s'est accompagnée d'une classification des emprunts structurés (dite charte « Gissler ») qui permet de préciser le niveau de risque d'un emprunt en lui attribuant un chiffre et une lettre. Le chiffre (de 1 à 5) traduit la complexité de l'indice servant au calcul des intérêts de l'emprunt et la lettre (de A à E) exprime le degré de complexité de la formule de calcul des intérêts. La catégorie « Hors Charte » (F6) regroupe tous les produits déconseillés par la charte et que les établissements signataires se sont engagés à ne plus commercialiser.

5.7.2 La sortie d'un emprunt structuré

(166) Le centre hospitalier a contracté un emprunt de 3,48 millions d'euros auprès de DEXIA le 1^{er} mars 2007 pour une durée résiduelle de 29 années. Ce prêt visait à refinancer un emprunt initialement souscrit en 2004 à l'occasion de la reconstruction du centre de gérontologie²¹ et qui a fait l'objet de plusieurs réaménagements sur la période (cf. annexe 8).

(167) Cet emprunt était classé hors charte selon la classification Gissler²². Il comprenait une phase à taux fixe au taux bonifié de 3,39 % jusqu'en 2009, une phase structurée indexée sur la parité Euro / Franc Suisse avec barrière désactivante à 1,45 jusqu'en 2031 et une phase à taux variable indexée sur l'EURIBOR 12 mois jusqu'en 2036²³.

(168) La barrière ayant été franchie dès 2010, le centre hospitalier a été amené à renégocier le contrat le 1^{er} mars 2011²⁴ en figeant le taux à 4 % pour les exercices 2011 et 2012 et en modifiant le profil d'amortissement en amortissement progressif²⁵.

(169) Au 31 décembre 2012, cet emprunt représentait 13 % de l'encours²⁶.

(170) Compte tenu de la dégradation de la parité Euro / Franc Suisse, le centre hospitalier a d'abord choisi la voie contentieuse en assignant en octobre 2012 la banque DEXIA devant le tribunal de grande instance de Nanterre afin d'obtenir l'annulation de la formule d'intérêt prévue au contrat. À compter de l'exercice 2013, l'établissement a par ailleurs cessé de payer les intérêts dus au titre du budget EHPAD, tout en provisionnant une partie des frais financiers non payés (cf. tableau *infra*).

Tableau n° 35 : Emprunt n° MPH274688EUR (en €)

Emprunt	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Capital remboursé	72 036	74 917	77 914	81 031	84 272	
CRD au 31/12	2 927 964	2 853 047	2 775 133	2 694 102	2 609 830	
Intérêts impayés		379 078,35	376 078,66	654 583,78	538 681,82	1 948 422,61
Montant provisionné au niveau du budget EHPAD	-	450 000	253 000	262 000	-	965 000

Source : Rapports d'activité 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017.

²¹ L'emprunt initial souscrit en 2004 était de 3,60 millions d'euros. Il concernait les budgets annexes EHPAD et USLD.

²² Rapport d'activité (page 132).

²³ Conseil de surveillance du 31 mars 2016.

²⁴ Emprunt n°MPH274688EUR d'un montant de 3 480 000 €.

²⁵ Sources : Assignation devant le TGI de Nanterre octobre 2012, conseil de surveillance du 31 mars 2016 et rapport d'activité 2012 (page 133).

²⁶ Capital restant dû 2 927 964 € pour un encours de 22 588 868 €. (Source rapport activité 2012).

Dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés

Un dispositif d'accompagnement propre aux établissements publics de santé a été instauré par les instructions interministérielles N°DGOS//PFA/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 du 22 décembre 2014 et N°DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2015/251 du 28 juillet 2015 afin de leur permettre de sécuriser de manière définitive leurs emprunts à risque.

Ce dispositif prévoit la création d'un fonds de soutien doté à hauteur de 400 M€ et cofinancé par l'assurance maladie et le secteur bancaire. Il est destiné à couvrir dans la limite de 75 %, le montant des indemnités de remboursement anticipé (IRA) dues par l'établissement en cas de sortie d'un emprunt toxique. Les seuls emprunts éligibles au dispositif sont les emprunts dits « hors charte » (catégorie « 6F ») conformément à la classification Gissler.

Les EPS pouvant bénéficier de cette aide sont les établissements dont le total des produits est inférieur à 100 M€ selon le compte financier 2013, ce seuil étant porté à 200 M€ pour les établissements ayant des emprunts indexés sur la parité EUR/CHF.

Les aides sont versées aux établissements par les ARS par fraction annuelle sur une période maximale de dix ans.

(171) Étant éligible²⁷ au dispositif de sécurisation des prêts structurés prévu par l'instruction interministérielle du 22 décembre 2014, le CHS a retenu la voie transactionnelle²⁸ afin de sécuriser ce prêt en signant un protocole transactionnel le 26 septembre 2016 avec la société SFIL²⁹.

(172) Ce protocole prévoit le refinancement du prêt toxique d'un montant de 2 609 830,42 € par un prêt d'un même montant, à taux fixe de 3,10 % sur une durée de 19 ans et 3 mois.

(173) Dans la mesure où ce refinancement emporte le remboursement anticipé du contrat initial, le CHS a accepté de payer une indemnité compensatoire dérogatoire liée au remboursement anticipé du prêt dans des conditions particulières. Cette indemnité, fixée à 7 018 000 euros, est près de trois fois supérieure à l'encours³⁰. Elle a été financée par capitalisation à hauteur de 4 575 000 € (souscription de deux nouveaux emprunts à taux fixe pour 2 970 000 € et 1 605 000 €), par autofinancement pour 1 330 000 € et par intégration dans les conditions financières des trois prêts pour 1 113 000 €.

(174) La société SFIL a abandonné la créance de 145 937,35 € qu'elle détenait au titre des intérêts de retard. En contrepartie, le centre hospitalier s'est engagé à payer ces frais financiers, chiffrés à 1 948 422,61 €³¹.

²⁷ Annexe 2 du protocole transactionnel, page 20, Avis d'éligibilité du 20 février 2015.

²⁸ Si le conseil de surveillance s'est d'abord montré favorable à la poursuite du contentieux à l'issue de la séance du 31 mars 2016, il a revu sa position le 6 septembre 2016, suite à la notification du montant des aides accordées par le fonds de soutien et compte tenu de la jurisprudence défavorable.

²⁹ La gestion et le recouvrement des prêts inscrits au bilan de DEXIA ont été cédés le 31 janvier 2013 à la société SFIL (société de financement local), détenue par l'état, la Caisse des dépôts et consignations et la banque postale. Cette cession s'est inscrite dans le cadre du plan de résolution du groupe Dexia mis en place par les États Belges et Français et approuvé par la Commission Européenne le 28 décembre 2012.

³⁰ Encours de 2 609 830,42 € pour une indemnité compensatoire de 7 018 000 € soit 2.69 fois supérieure.

³¹ Le règlement a fait l'objet d'un étalement, à raison de 983 000 euros en 2016 imputé sur le budget EHPAD, 482 711 euros avant le 30 juin 2017 et la soulte avant le 30 juin 2018. Dans la mesure où le CH n'avait provisionné que la moitié des sommes à payer, une reprise de 421 667 euros a été comptabilisée en 2016 (321 667 € en 2017 et le solde en 2018) afin de lisser l'impact sur les trois exercices budgétaires.

(175) Dans le cadre du fonds de soutien précité, le CH de Salon a bénéficié d'une aide de 3,3 M€ de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)³² et de 1 M€ de l'ARS PACA, représentant 61 % de l'indemnité compensatrice dérogatoire.

(176) Au final, le centre hospitalier n'a pas eu d'autre choix que de recourir au fonds de soutien pour sécuriser ce prêt. La jurisprudence a conforté son choix. Dans son arrêt n° 344 du 28 mars 2018 la cour de cassation a débouté la commune de Saint-Leu-la-Forêt de toutes ses demandes à l'encontre de DEXIA.

(177) Si cette solution a permis à l'établissement de réduire son exposition au risque, de sortir du contentieux et de négocier le règlement des intérêts impayés de façon échelonnée, cette sécurisation s'est néanmoins avérée lourde de conséquence pour l'établissement dont la situation financière s'est fortement dégradée³³, réduisant d'autant ses marges de manœuvre. Le CHS a ainsi été obligé de souscrire deux nouveaux emprunts d'un montant total de 4 575 000 € sans aucune contrepartie en termes d'investissement, dégradant son endettement financier déjà très élevé.

(178) Le ratio d'indépendance financière qui mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables est ainsi passé de 54,13 %³⁴ en 2015 à 62,2 % en 2016. Enfin, le remboursement des annuités de ces deux emprunts (chiffrés à 410 250 € jusqu'en 2025 puis 80 250 € jusqu'à 2036³⁵) réduit d'autant ses capacités d'investissement pour les exercices à venir (cf. annexe 9).

(179) Budgétairement, l'aide attribuée dans le cadre du fonds de soutien concerne exclusivement le budget principal³⁶. La chambre relève néanmoins que celle-ci a été comptabilisée, en dépit de la réglementation, sur les budgets annexes USLD et EHPAD, et ce conformément aux directives de l'autorité de tutelle (ARS).

6 UN PLAN D' ACTIONS POUR REVENIR À L'EQUILIBRE INSUFFISANT EN 2017, UN CREF NON EFFECTIF EN 2018

6.1 Un plan d'actions demandé par l'ARS début 2017

(180) Au vu du déficit prévisionnel inscrit dans l'EPRD 2017 transmis mi-décembre 2016 (1,8 M€), l'ARS a demandé à l'établissement par courrier du 17 janvier 2017 d'élaborer dans un délai de deux mois un plan d'actions permettant le redressement de la situation budgétaire.

³² Versée en dix annuités.

³³La trésorerie au 31 décembre s'est dégradée (- 340 219 € en 2015, - 3 999 880 € en 2016 et - 4 492 419 € en 2017), de même que la capacité d'autofinancement (2 892 457 en 2015, 1 200 570 en 2016 et - 211 493,25 en 2017).

³⁴ Le taux de référence au-delà duquel un établissement est considéré en situation de dépendance financière à l'égard des organismes bancaires est de 50 %.

³⁵ Conditions particulières du 28 septembre 2016, tableaux d'amortissement du prêt n° 2 et n° 3.

³⁶ Voir avenant au CPOM fixant les crédits FIR pour 2016 en date du 6 mars 2017, p.6.

(181) Le plan d'actions a consisté en onze mesures relevant de l'établissement et la sollicitation d'une aide de l'ARS au titre du schéma régional d'investissement en santé (SRIS) à laquelle l'ARS n'a pas donné suite.

(182) Les mesures se répartissent entre recettes et dépenses, la plus grande partie concernant les dépenses. Leur mise en œuvre ne semble pas avoir été au cœur des préoccupations de l'établissement si l'on considère la date de réalisation du bilan (octobre 2018), le niveau de réalisation partiel des mesures et l'accroissement du déficit en 2017.

(183) Si la nécessité d'un plan d'actions a bien été évoquée en CME, CTE et conseil de surveillance³⁷, le suivi n'est en revanche pas retracé dans les procès-verbaux postérieurs au mois de mars. Ce n'est qu'en novembre³⁸ et décembre 2017 que le sujet du retour à l'équilibre a de nouveau été abordé pour faire état d'un déficit revu à la hausse et de l'exigence d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) l'année suivante.

(184) S'agissant de la réalisation des mesures (cf. annexe 10), pour la partie relative aux ressources humaines, une économie de 727 023 € a été constatée pour 1 153 400 € attendus. Sur la partie activité, le gain a été de 365 653 € (essentiellement en 2018) pour un gain attendu de 617 000 €. Le volet concernant la gestion de la dette (49 000 €) n'a pas abouti.

6.2 Le contrat de retour à l'équilibre en phase d'élaboration fin 2018

(185) Alors que la situation financière a continué de se dégrader en 2017, le contrat de retour à l'équilibre financier a réellement commencé à être réfléchi lors d'un séminaire réunissant, fin mai 2018, l'équipe de direction, les chefs de pôles, les responsables médicaux d'unités et les principaux cadres de l'établissement. Sur la base d'un état des lieux sur la situation financière, la gestion des ressources humaines, l'activité et ses variations saisonnières, les orientations du projet régional de santé, des pistes ont été définies pour restaurer l'équilibre budgétaire. Elles ont fait l'objet d'une première présentation à l'ARS lors d'une réunion de travail le 25 septembre 2018.

(186) Les propositions de l'établissement s'articulent autour de sept principes directeurs :

- Adapter l'organisation des prises en charge en médecine au profil des patients ;
- Opérer une bascule ambulatoire pour les activités de chirurgie et de médecine ;
- Décloisonner la gestion opérationnelle des flux de patients entre les services, les adresseurs et les urgences ;
- Allouer les ressources en fonction des variations identifiées d'activité ;
- Mieux mutualiser les ressources pour permettre une meilleure gestion des capacités sans pénaliser la qualité de vie au travail ;
- Rechercher les économies par mutualisation au sein du GHT ;
- Valoriser et facturer - aux bonnes personnes - l'activité effectivement réalisée au CH.

(187) Ces principes ont été déclinés en quatre axes de travail correspondant à 23 actions. L'impact des mesures sur les exercices 2018 - 2023 est évalué entre 5,5 M€ et 6,9 M€. Selon ces hypothèses, la marge brute est de 4 % pour l'option basse et 6 % pour l'option haute.

³⁷ CME du 9 février 2017, du 23 mars 2017, CTE du 13 mars 2017, Conseil de surveillance du 24 mars 2017.

³⁸ CME du 16 novembre 2017, CTE du 12 décembre 2017, Conseil de surveillance du 19 décembre 2017.

(188) À ce stade, la chambre ne peut se prononcer sur le caractère réaliste de ce projet. Certaines fiches actions demeurent à préciser, d'autres sont à élaborer notamment sur les fonctions supports.

(189) Il est toutefois observé que la répartition entre dépenses et recettes n'est pas conforme à celle communément attendue (par le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) notamment) soit 70 % de l'effort en dépenses et 30 % en recettes. Dans le cas du CHS, les propositions formulées concernent pour 46 % d'entre elles les dépenses et pour 54 % les recettes.

(190) En novembre 2018, le processus de contractualisation du retour à l'équilibre financier n'était pas achevé, la formalisation du contrat devant vraisemblablement intervenir au cours du premier trimestre 2019.

(191) Quelles que soient les mesures définies, le résultat atteint ne permettra pas d'envisager un investissement d'envergure à échéance du CREF.

7 UNE GESTION DE LA COMMANDE PUBLIQUE À AMELIORER SUR PLUSIEURS POINTS

(192) Le CHS a transmis un « guide de procédure des achats » élaboré en avril 2016 et les guides précédents élaborés en 2012 et 2015.

(193) Malgré l'existence et l'antériorité de ces documents, plusieurs points nécessitent d'être améliorés dans le domaine de la commande publique.

7.1 Le marché d'aménagement de l'accueil des urgences

(194) Le marché passé en 2016 en procédure adaptée a été analysé sur pièces et sur place. Cette consultation appelle différentes remarques.

(195) S'agissant de la passation, la chambre constate :

- Une absence de registre des dépôts. Le document produit mentionnant l'ordre d'arrivée et la liste des pièces produites ne permet pas de s'assurer du respect de la date et heure limites de réception des offres.
- Le non-respect des règles que l'établissement avait lui-même fixées dans son règlement de consultation. Celui-ci prévoyait dans son article 6 : « dans le cas où des erreurs purement matérielles (de multiplication, d'addition ou de report) seraient constatées dans l'offre du candidat, l'entreprise sera invitée à confirmer l'offre rectifiée ; en cas de refus, son offre sera éliminée comme non cohérente ». Des écarts entre le tableau d'enregistrement des pièces et des offres et les tableaux d'analyse des offres ont été identifiés pour le lot n° 1, le lot n° 2, le lot n° 3 et le lot n° 5 sans que l'établissement ne mette en œuvre la disposition précitée. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur, sans contester l'existence des différences précitées,

a indiqué que les montants après négociations étaient corrects, le dépôt d'une seconde offre lors des négociations ayant permis de régulariser les montants sans recourir à l'article 6 du règlement de consultation. La chambre maintient son observation. L'article 6 ayant été considéré comme nécessaire lors de la rédaction du règlement de consultation, il devait s'appliquer dès lors que les conditions de sa mise en œuvre étaient réunies.

(196) Les négociations conduites durant la passation ne sont par ailleurs pas tracées de façon détaillée dans les rapports d'analyse des offres qui ne comprennent qu'un enchaînement de tableaux sans argumentaire. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a précisé que les négociations avaient fait l'objet d'un courriel de convocation, d'un compte-rendu et que les rapports d'analyse des offres faisaient état d'une analyse avant et après négociations pour la valeur technique. La chambre maintient son observation, le critère de la valeur technique n'étant que l'un des trois critères retenus par le centre hospitalier pour apprécier les offres des candidats.

(197) Une erreur a été relevée dans le rapport d'analyse des offres du lot n° 3 pour lequel les prix pris en compte dans le classement final sont ceux proposés avant et non après négociations. Cette erreur n'a pas eu, au cas présent, de conséquence sur le classement.

(198) Les tableaux récapitulatifs des offres initiales n'ont, pour leur part, pas été mis à jour suite aux négociations.

(199) S'agissant de l'exécution du marché, une évolution des coûts de 10 % est tout d'abord observée entre la signature des actes d'engagement et le mois d'octobre 2018 (la réception devait intervenir avant la fin de l'année 2018).

Tableau n° 36 : Évolution du montant de l'opération (en € TTC)

	Acte d'engagement (en € TTC)	Avenants (en € TTC)
Lot n° 1	240 000,00	26 338,80
Lot n° 2	104 070,00	5 772,00
Lot n° 3	84 101,16	14 021,29
Lot n° 4	41 094,42	3 955,84
Lot n° 5	28 834,61	
Total	498 100,19	50 087,93
		+ 10 % par rapport au montant initial du marché

Source : CRC à partir des actes d'engagement et avenants

(200) Plusieurs avenants ont été passés. Certains trouvent leur origine, selon les documents signés, dans des « demandes d'usagers ». Cette formulation laisse à penser que des modifications sont intervenues après rédaction du cahier des charges, voire après ouverture d'une partie des locaux. L'ordonnateur en fonctions jusqu'à fin 2017 a indiqué qu'il faudrait entendre par « usagers » les professionnels travaillant au sein du service.

(201) Enfin, le planning prévisionnel n'a pas été respecté. Les travaux qui ont débuté le 5 septembre 2016 et qui devaient s'achever le 20 février 2017 n'étaient pas réceptionnés en octobre 2018. L'établissement a expliqué cette dérive des délais par une réflexion insuffisante sur les besoins, un défaut structurel de la gaine d'ascenseur, la maladie et le décès de l'architecte.

7.2 Le marché d'intérim médical

(202) À la lecture du tableau récapitulatif des marchés passés au cours de chacune des années sous revue, il apparaît qu'aucun marché d'intérim n'a été signé avant 2017. Le recours à l'intérim était donc irrégulier avant cette date.

(203) Le cahier des clauses techniques particulières (CCTP) de la consultation lancée en 2016 fait état d'un montant indicatif de 630 441 € en 2014 et de 352 839 € en 2015. Les montants hors taxes (TVA de 20 %) des deux exercices précédant celui d'exécution du marché étaient donc supérieurs au seuil imposant une procédure formalisée. Toutefois, en application de l'avis relatif aux contrats de la commande publique ayant pour objet des services sociaux et autres services spécifiques paru au journal officiel du 27 mars 2016, les services de mise à disposition de personnel infirmier et médical relèvent de services sociaux et autres services spécifiques mentionnés au 1 de l'article 28 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016. Ils peuvent être passés selon la procédure adaptée quelle que soit la valeur estimée du besoin.

(204) La procédure de marché à procédure adaptée qu'il a mise en œuvre est donc régulière. La chambre souligne toutefois un respect récent de la réglementation relative aux marchés publics, aucun marché n'ayant été passé avant celui en cours d'exécution.

7.3 Le marché de prestations de service de sécurité

(205) Le marché a été passé selon la procédure de l'appel d'offres ouvert le 13 novembre 2017. Il comprenait deux lots : une prestation de sûreté anti-malveillance et une prestation de sécurité incendie. Chaque lot incluait une tranche ferme et une ou deux tranches optionnelles. Le règlement de consultation précisait que les deux lots étaient indivisibles et feraient l'objet d'une attribution à un titulaire unique. Le jugement des offres devait être effectué sur la base de deux critères : le prix des prestations pour 55 % et la valeur technique des offres pour 45 %.

(206) La durée d'exécution prévue au cahier des clauses administratives particulières (CCAP) était d'une année pour les tranches fermes renouvelable annuellement par reconduction expresse sans pouvoir excéder quatre années. Pour les tranches optionnelles, le marché devait prendre effet à la date de notification de l'affermissement. La notification de l'affermissement de la tranche optionnelle devait intervenir dans les 24 mois suivant la notification de la tranche ferme du marché.

(207) La chambre relève que l'analyse des offres a été réalisée sur la base des tranches fermes et n'a pas inclus les tranches optionnelles comme cela aurait dû être le cas. L'engagement des candidats porte, en effet, sur l'ensemble des tranches et ne pas analyser la (ou les) tranche(s) conditionnelle(s) remet en cause le périmètre initial de la mise en concurrence.

(208) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a reconnu son erreur tout en minimisant ses conséquences en mettant en avant quatre arguments : une absence de modification substantielle de son besoin, le choix de recourir à la procédure d'appel d'offres qui pose le niveau d'obligation le plus élevé, un classement différent de deux candidats dans l'hypothèse d'une analyse sur la tranche ferme et les tranches conditionnelles mais un attributaire du marché inchangé et la nécessité de distinguer le cas de « *mauvais périmètre d'analyse* » du cas où l'acheteur souhaite abandonner une tranche conditionnelle au moment de l'analyse des offres.

(209) La chambre maintient son observation en précisant qu'elle n'a pas fait état d'une modification substantielle de son besoin, ni fait l'amalgame entre un « *mauvais périmètre d'analyse* » et l'abandon d'une tranche conditionnelle lors de l'analyse des offres. Elle relève par ailleurs que la vérification effectuée par l'établissement a mis en évidence un changement de classement des offres qui aurait pu concerner le soumissionnaire retenu. Enfin, si l'établissement a éprouvé la nécessité de recourir à un appel d'offres, il lui revenait d'en suivre toutes les règles.

(210) L'établissement a affermi les tranches optionnelles du lot n° 1 (prestations de sûreté anti-malveillance) au moment de la notification du marché mettant ainsi en évidence des lacunes dans l'évaluation initiale des besoins. Le CHS a expliqué ne pas être initialement certain d'affermir les tranches optionnelles du fait de sa situation financière. Le « *contexte sécuritaire de l'hôpital* » l'aurait finalement conduit à affermir immédiatement les deux tranches optionnelles du lot n° 1.

(211) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que l'intégralité du besoin de l'établissement avait été décrit dans les pièces contractuelles précisant que « *si ces tranches optionnelles permettent une amélioration de la situation sécuritaire du CH, elles ne lui sont pas strictement indispensables et leur exécution est conditionnée aux impératifs du CH* ». Le cahier des charges reflétait donc le besoin de l'établissement. Une lacune aurait pu être évoquée, selon l'ordonnateur, si le CHS avait fait état de son seul besoin incompressible ou s'il avait inscrit un besoin trop étendu au regard de sa situation budgétaire.

(212) Selon la chambre, l'existence d'une lacune résulte du fait que le besoin potentiel correspondant aux tranches optionnelles est devenu avéré dans un laps de temps court : la période de la passation du marché. Un marché « classique » avec un périmètre correspondant à l'ensemble des tranches aurait sans doute permis de bénéficier d'offres plus avantageuses.

7.4 Une délégation de service public concernant la gestion des parkings

(213) En application de la loi du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques, le CHS a délégué la gestion des parkings (lot n° 1), des télévisions, de la distribution automatique et de la cafétéria presse boutique (lot n° 2). Par délibération du 18 décembre 2014, le conseil de surveillance s'est prononcé en faveur d'une telle procédure et a désigné les cinq membres chargés d'y participer.

(214) Les développements ci-après se rapportent à l'analyse du lot n° 1 (gestion des parkings).

7.4.1 Des documents de consultation reflétant un défaut d'analyse des besoins

(215) Selon le règlement de consultation (RC), le lot n° 1 consiste en la gestion et l'exploitation d'un parking public payant. Il précise deux points :

- « Aucune variante n'est autorisée » (article 2-2) ;
- « Le candidat devra étudier l'extension des places de parking selon deux modalités :
 - Recouvrement du parking médical : cette extension en prolongement du parking public actuel permettrait la création de 30 à 40 places supplémentaires pour les

- usagers ;
- Création d'un parking pour le personnel au sein de la « colline » (parking non payant).

Ces travaux, s'ils sont retenus par le centre hospitalier, seront à la charge du délégataire. Ce dernier indiquera les conséquences sur les tarifs et la redevance ».

(216) Alors que le dossier de consultation regroupe le RC, le CCAP, le CCTP et les cadres de réponse, l'offre remise par les candidats ne comprend, selon le règlement de consultation, que le CCAP, le CCTP (ces deux documents devant être acceptés sans aucune modification), les cadres de réponse et le mémoire technique du candidat.

(217) Or, selon le CCTP, le besoin à satisfaire est défini comme suit :

- « *Gestion des accès, du paiement, du parking, des installations, des barrières, du personnel relatif aux 88 places de parking payant ;*
- *Exploitation, maintien en fonctionnement et en bon état de marche de l'ensemble des installations.*

La présente délégation a également pour objet l'aménagement et la gestion de 10 places de parking supplémentaires payantes à proximité des urgences ». (article 1 du CCTP).

« Il est demandé au concessionnaire de proposer un système pour assurer le contrôle et la gestion de dix places existantes environ à proximité des urgences. Les aménagements et travaux éventuels seront à sa charge ». (article 2 du CCTP).

(218) Les documents constitutifs de l'offre n'incluent donc pas les « *prestations supplémentaires éventuelles* » (les 30 à 40 places supplémentaires pour les usagers et la création d'un parking pour le personnel sur la colline) qui ne figurent que dans le règlement de consultation, ce qui est incohérent.

(219) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur, sans remettre en cause l'existence de l'expression d'un besoin différent entre le règlement de consultation et les documents constitutifs de l'offre, a précisé que le cadre de réponse posait une obligation de résultat permettant au candidat « *de présenter lors de son offre toutes les solutions à même d'aboutir au résultat souhaité sans pour autant être tenu par les prescriptions du CCTP* ». Le cadre de réponse, dernier document dans l'ordre des pièces contractuelles, bien qu'il diffère du CCTP, serait donc le document de référence. Les incohérences existant entre les documents de consultation conduisent la chambre à maintenir son observation.

7.4.2 Un non-respect de la hiérarchie des pièces par l'unique soumissionnaire

(220) La proposition de la société Vinci se présente sous la forme d'une offre de base pouvant intégrer une ou deux options et une « *solution complémentaire* » pouvant également intégrer la (ou les) option(s) proposée(s) en complément de l'offre de base.

(221) L'offre de base (conforme au CCTP) :

- La gestion des parkings actuels + la partie urgences.

(222) Les deux options proposées qui peuvent ou non se cumuler (demandées par le RC mais non prévues au CCTP) :

- Option 1 : extension du parking visiteurs (+ 35 places) ;
- Option 2 : aménagement du parking du personnel (+ 40 places).

(223) Une solution complémentaire (librement proposée par le candidat alors que les variantes n'étaient pas autorisées) :

- L'unification de l'ensemble des parties dédiées aux visiteurs
 - o Option 1 : Des places supplémentaires seront créées pour les visiteurs (structure métallique correspondant à 35 places) et pour le personnel (terrassment de la colline) ;
 - o Option 2 : Des places supplémentaires sont également proposées pour les personnels (40 places gratuites) ;

(224) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la société Indigo (la société Vinci Park est devenue Indigo) a indiqué que la solution complémentaire proposée se limitait à « *une adaptation du sens de circulation dans l'enceinte du centre hospitalier d'une part et à une implantation différente du matériel de péage d'autre part* ». Il s'agissait donc, selon la société, d'une « *proposition d'amélioration* » et non d'une variante.

(225) Le contenu précis de cette solution ne reprenant pas les prescriptions du CCTP, les variantes n'étant par ailleurs pas autorisées selon les termes du RC, la chambre maintient son observation.

(226) Quelle que soit l'option, il était prévu une mutualisation forte avec un centre national de téléopérations, mais également les équipes des parkings gérés par le délégataire pour la commune. Le candidat a proposé l'installation de nouveaux matériels et une relation avec un centre national de téléopérations qui doit assurer le relai « *en cas d'absence ou d'indisponibilité de notre personnel. Il renseignera les usagers, résoudra à distance des problèmes et demandera une intervention immédiate sur site en cas de besoin (équipe du parking Empéri, équipe d'astreinte)* ».

(227) La présence des personnels (sans définir le nombre de ceux-ci) sur site est précisée dans l'offre : elle est effective du lundi au samedi de 10 h à 12 h et de 15 h à 17 h et une supervision 24 h / 24 et 7 jours / 7.

(228) Le candidat indique également que l'équipe actuellement affectée au parking du centre hospitalier sera conservée. Il fait référence à des fonctions sans indication des effectifs correspondants :

*« 1 responsable de site
Agent d'exploitation
Technicien d'exploitation
Agent d'entretien ».*

(229) À la lecture du compte-rendu d'activité 2017, l'équipe en place est composée d'un responsable de site et d'un agent d'exploitation.

(230) Le soumissionnaire, qui gère deux parkings à proximité de celui de l'hôpital (le parking portail Coucou et le parking Empéri) pour le compte de la commune, précise que l'équipe du parking Empéri assurera le renseignement à distance des usagers ayant des questions (report de l'interphonie au niveau du bureau, des bornes, de la caisse vers le parking Emperi si le personnel du CH n'est pas sur place ou indisponible). Le candidat explique que les parkings Empéri et parking Portail Coucou étant peu distants, le personnel présent sur ces parkings peut intervenir.

(231) S'agissant de l'astreinte, il est seulement indiqué qu'il s'agit d'une équipe constituée « *de l'ensemble des agents de Salon de Provence* ». Chaque semaine une personne est d'astreinte de 20 h à 7 h.

(232) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la société Indigo a souligné la mutualisation retenue « *sur l'ensemble des contrats de Salon-de-Provence* », en précisant que « *l'affectation comptable peut effectivement être amenée à varier, les modalités de gestion des charges d'exploitation du service ainsi que leur adaptation relevant du délégataire* ».

(233) Le candidat présente dans sa proposition plusieurs « business plans » correspondant à chacune des offres, solutions et options.

(234) Les chiffres d'affaires sont estimés entre 348 K€ et 351 K€ selon que l'établissement retient (ou non) l'offre de création de places de parking visiteurs supplémentaires.

(235) Le candidat présente une redevance en pourcentage du chiffre d'affaires et un montant cumulé sur la durée de la DSP. La part fixe de 20 000 € est prise en compte, elle est même supérieure à ce montant quelle que soit l'offre, l'option. La part fixe diminue toutefois en fonction des options retenues. Si le CHS retient l'offre de base sans option, la société Vinci estime que la redevance cumulée sera de 1 311 K€. Si le CHS retient l'offre de base et les deux options, le montant cumulé de la redevance est alors estimé à 747 K€.

(236) Les tableaux présentés en annexe de l'offre permettent d'apprécier le montant des produits, des charges, l'excédent brut d'exploitation, le résultat d'exploitation, le résultat avant impôt et le résultat net. Le résultat net est toujours excédentaire.

7.4.3 Une notation de l'offre difficile à objectiver, un choix non affiché

(237) Les critères de jugement des offres étaient pour le lot n° 1 : la qualité de la prestation pour 60 % et le montant de la redevance pour 40 %.

(238) La méthode de notation ne figurait pas dans les documents de consultation mais dans le rapport d'analyse des offres. Elle était identique pour les deux lots, pour la qualité de la prestation et le montant de la redevance. Ces deux critères étaient notés sur 100 comme suit :

Tableau n° 37 : Modalités de notation des critères

Notes	Appréciations
100	Excellent
80	Très satisfaisant
60	Satisfaisant
40	Moyen
20	Médiocre
0	Mauvais

Source : Rapport d'analyse des offres

(239) La société Vinci (seul candidat à avoir déposé une offre) obtient 80 / 100 au titre de la qualité de la prestation et 80 / 100 au titre du montant de la redevance.

(240) Le rapport d'analyse des offres, avant négociations, ne permet pas de savoir ce qui a motivé la note de 80 sur chacun des deux critères. Dans l'hypothèse où deux candidats auraient présenté une offre, l'objectivation de la notation aurait été impossible.

(241) Le rapport d'analyse des offres, après négociations, ne permet pas davantage de le comprendre. Le changement entre l'offre avant et après négociations semble être la prise en compte de l'extension de l'enclos visiteurs à compter du dernier trimestre 2016. Il est uniquement indiqué pour la redevance en page 9 du rapport que « *le montant de la redevance proposé est très intéressant et Vinci obtient donc une note de 80/100* ».

(242) Enfin, et surtout, le rapport d'analyse des offres ne permet pas d'identifier l'offre qui a été retenue.

7.4.4 Un acte d'engagement signé sans mention de l'option retenue dans le corps de l'acte, incluant une étude jusque-là non demandée

(243) Le corps de l'acte d'engagement signé le 8 juin 2016 ne comprend pas davantage d'indication sur l'option retenue.

(244) Le défaut d'analyse du besoin se retrouve avec un article « *mise au point de l'option* » qui précise que les contraintes du PLU (plan local d'urbanisme) rendent impossible « *une extension au-dessus du parking médecins, il est convenu [avec] la société Indigo France de la conduite d'une étude d'extension du parking au-dessus du parking de la relève (derrière l'IFSI).* » Une étude non demandée jusque-là est désormais à conduire.

7.4.5 Une date de prise d'effet du contrat non respectée

(245) Le règlement de consultation prévoyait une remise des offres au plus tard le 1^{er} juillet 2015 pour une prise d'effet le 1^{er} janvier 2016 selon l'article 2.1 du règlement de consultation. Dans les faits, la DSP a débuté le 1^{er} juillet 2016 pour le lot n° 1.

(246) Entre la fin de la DSP (fin 2015) et le début des prestations des deux délégataires (lots n° 1 et 2) en 2016, le CHS a signé plusieurs avenants modifiant la durée des contrats alors en cours. Pour le lot n° 1, trois avenants successifs ont prolongé le contrat en vigueur de deux mois puis d'un mois supplémentaire et encore de trois mois de plus. Les motifs invoqués étaient, selon l'établissement, d'intérêt général. Pour le premier avenant, le CHS a fait état d'un délai nécessaire pour finaliser et conclure la nouvelle convention de DSP. Pour le deuxième avenant, les « règles d'urbanisme contraignantes et hétérogènes » rendaient nécessaire, selon le CHS, un « délai supplémentaire afin de garantir la faisabilité du projet relatif à l'extension du parking existant ». Pour le troisième avenant, l'établissement a expliqué que la faisabilité du projet étant confirmée, il allait devoir consulter ses instances internes. Pour le lot n° 2, deux avenants ont été signés, un pour la cafétéria afin de l'aménager selon les termes de l'offre et un pour la télévision afin de changer les supports des postes de télévision.

(247) Pour les deux lots, le motif d'intérêt général invoqué n'est pas recevable. Selon la jurisprudence, l'intérêt général peut valablement être invoqué lorsqu'est avérée la nécessité d'assurer la continuité du service public, l'incapacité pour le délégant de désigner un nouveau délégataire (CE 8 juin 2005 - Commune de Ramatuelle) ou l'annulation d'une procédure de nouvelle DSP (CE, 21 juin 2000, Syndicat intercommunal de la Côte d'Amour et la presqu'île guérandaise). Au cas présent, il s'agit avant tout d'une mauvaise anticipation du calendrier de passation. L'établissement le reconnaît en indiquant *a posteriori* que « l'absence d'accompagnement extérieur sur cette DSP complexe a amené à des dépassements du calendrier projet ». Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a toutefois justifié le recours aux avenants de prolongation des DSP par la nécessité d'assurer la continuité du service. Or le Conseil d'Etat a été amené à préciser les conditions dans lesquelles le motif d'intérêt général tenant à la continuité du service pouvait être invoqué par la personne publique. Dans son arrêt du 4 avril 2016 (Conseil d'État, 7ème - 2ème chambres réunies, 04/04/2016, 396191) concernant la passation d'un contrat de DSP sans respecter les règles de publicité préalables et du 14 février 2017 (Conseil d'État, 7ème - 2ème chambres réunies, 14/02/2017, 405157, Publié au recueil Lebon) concernant la conclusion à titre provisoire d'un contrat de concession de services, le Conseil d'Etat a considéré que le motif d'intérêt général tenant à la continuité du service pouvait être invoqué « en cas d'urgence résultant de l'impossibilité dans laquelle se trouve la personne publique, indépendamment de sa volonté, de continuer à faire assurer le service par son cocontractant ou de l'assurer elle-même ».

(248) Au cas d'espèce, il ne peut être considéré que la passation de plusieurs avenants prolongeant la DSP résultait d'une situation d'urgence indépendante de la volonté du CHS. C'est, en effet, le défaut d'anticipation qui a conduit l'établissement à passer ces avenants. Pour le lot n° 1, le co-contractant de la nouvelle DSP était au surplus le même.

7.4.6 Un avenant signé 14 mois après la signature qui a modifié l'équilibre du contrat

(249) Le 8 novembre 2017, la nouvelle DSP a fait l'objet d'un avenant n° 1. Les mesures qu'il comprend sont cependant entrées en vigueur dès juillet 2017, bien avant la date de notification contrairement à son article 4.

(250) L'avenant prévoit une prolongation du contrat d'une année pour faire suite à des demandes de modification du contrat émanant du délégataire et du délégant.

(251) L'exposé préalable fait état d'une étude menée par le délégataire en concertation avec le délégant et d'une demande de permis de construire déposée le 24 avril 2017, soit très en amont et indépendamment de l'avenant.

(252) Le délégant a, pour sa part, souhaité étendre la mesure de gratuité des quinze premières minutes alors applicables aux urgences à l'ensemble des places de stationnement à usage public et disposer de cinq badges d'accès gratuit au parking public. L'article 2 de l'avenant permet de constater que la gratuité des quinze premières minutes est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2017, soit quatre mois avant la signature de l'avenant. L'établissement n'a pas été en mesure d'indiquer à quelle date les quinze premières minutes de stationnement aux urgences étaient devenues gratuites.

(253) L'avenant précise que les places de stationnement « *prévues initialement par les parties sont conservées, les places de stationnement à usage du public étant portées à 125 places (dont 8 en zone urgences), tout en augmentant la capacité des places de stationnement pour les médecins et le personnel du centre hospitalier à 118 places (restitution des 45 places matérialisées dans la future emprise du chantier, restitution des 38 places de la partie actuellement appelée « parking médecins » et création de 35 places supplémentaires, initialement prévues sur une zone à terrasser dans la colline* ».

(254) L'exposé fait état d'un renchérissement de l'ordre de 75 000 € HT des coûts de construction prévus dans le contrat soit 831 000 €HT en raison du remplacement de la construction métallique par une construction en béton, l'intégration dans le nouveau projet des 35 places supplémentaires initialement prévues pour être créées sur la colline par simple terrassement. Les délais liés à ces formalités reportent d'un an le commencement des travaux par le délégataire.

(255) En outre pendant la phase des travaux, le délégataire met à disposition du délégant 100 badges permettant de stationner au parking Portail Coucou.

(256) Il apparaît nettement que la nature des prestations ajoutées ou des prix modifiés conduisent à un projet différent de celui prévu au CCTP.

(257) L'analyse détaillée des conséquences financières des demandes du délégant et du délégataire n'apparaissent pas dans le dossier. Rien ne permet donc de conclure que l'avenant préserve l'équilibre économique du contrat initial.

(258) Le principe de la DSP étant que le délégataire assure la gestion qui lui est confiée à ses risques et périls, la « découverte » de l'impossibilité de respecter l'enveloppe d'investissement initiale à hauteur de 75 000 € aurait a minima dû être mise en regard d'un manque à gagner, ce qui n'est pas le cas. L'impact sur les frais financiers et l'amortissement aurait également dû être chiffré.

(259) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la société Indigo a souligné que l'avenant faisait référence à l'article 36 du décret n° 2016-86 du 1^{er} février 2016 relatif aux contrats de concession. Celui-ci prévoit six cas de figure permettant de modifier un contrat de concession :

- « *Lorsqu'il s'agit de modifications qui ont été prévues dans les documents contractuels initiaux sous la forme de réexamen ou d'options claires, précises et sans équivoque* ». Dans la mesure où l'acte d'engagement ne faisait état que d'une étude à conduire en vue de la réalisation d'un investissement, l'avenant ne peut entrer dans ce cas de figure ;

- « *Lorsqu'il s'agit de travaux ou services supplémentaires qui ne figuraient pas dans le contrat de concession sous réserve qu'il soit impossible de changer de concessionnaire ou que ce changement entraîne une augmentation substantielle des coûts* ». Il ne s'agit pas au cas d'espèce de travaux non prévus au contrat. Rien ne ferait le cas échéant obstacle à un changement de concessionnaire ;
- « *Lorsque la modification ne pouvait être prévue par une autorité concédante diligente.* » La modification a bien été prévue. Il s'agit avant tout d'une évaluation insuffisante du besoin ;
- « *Lorsqu'un nouveau concessionnaire se substitue à celui auquel a été attribué le contrat initial.* » Il ne s'agit pas de ce cas de figure ;
- « *Lorsque les modifications ne sont pas substantielles* ». Le Conseil d'Etat, dans son arrêt du 9 mars 2018, *Compagnie des parcs et passeurs du Mont-Saint-Michel*, n° 409972, a précisé que « (...) *les parties à une convention de délégation de service public ne peuvent, par simple avenant, apporter des modifications substantielles au contrat en introduisant des conditions qui, si elles avaient figuré dans la procédure de passation initiale, auraient pu conduire à admettre d'autres candidats ou à retenir une autre offre que celle de l'attributaire ; qu'ils ne peuvent notamment ni modifier l'objet de la délégation ni faire évoluer de façon substantielle l'équilibre économique du contrat, tel qu'il résulte de ses éléments essentiels, comme la durée, le volume des investissements ou les tarifs* ». Le volume des investissements est donc un élément essentiel de l'équilibre économique du contrat ;
- « *Lorsque le montant de la modification est inférieur au seuil visé à l'article 9 et à 10 % du montant du contrat de concession initial.* » Aucune démonstration n'a été faite permettant d'assurer du respect de ces conditions.

(260) À la lecture de l'article 36 du décret et à défaut d'argument probant produit par les parties signataires la chambre maintient que la signature de l'avenant n'était pas possible.

7.4.7 Une DSP très à l'avantage du délégataire

(261) Le CHS a retenu l'offre pour laquelle la part fixe est la plus faible (50 K€) et la part variable de 50 % jusqu'à 290 K€ et 40 % au-delà. Selon l'estimation du candidat, ce choix correspond à la plus faible redevance cumulée estimée (747 K€ sur la durée du marché). À titre de comparaison, l'offre de base sans option permettait, selon le candidat, d'envisager une redevance cumulée de 1 311 K€. L'établissement a expliqué qu'il souhaitait retenir les deux options (extension du parking visiteur et création d'un nouvel espace pour le personnel).

(262) À la lecture des rapports d'activité, il apparaît que dans le même temps la redevance versée au CHS calculée sur le chiffre d'affaires baisse, et le résultat net avant impôt du délégataire connaît une très forte progression du fait de la diminution des charges de personnel.

(263) Depuis la fin de la précédente DSP, et en considérant l'effet sur six mois de la gratuité des quinze premières minutes de stationnement (cf. avenant n°1 *infra*), le délégant a vu sa redevance baisser (- 7,3 % entre 2015 et 2017). Le délégataire a, en revanche, tiré un réel avantage de la nouvelle organisation. Grâce à la forte diminution des charges d'exploitation et notamment de personnel, son résultat avant impôt a augmenté de plus de 136 % entre 2015 et 2017. En 2016 et 2017, le résultat net avant impôt représentait 47 % des produits d'exploitation contre 21 % en 2015.

(264) Alors même que l'effectif du délégataire est inchangé depuis 2012 (deux agents selon les rapports d'activité communiqués), les dépenses correspondantes ont diminué de 29,4 % entre 2012 et 2017, sachant que la plus grande partie de la baisse est observée à compter de 2016. Le CHS interrogé sur ce point a indiqué que l'effectif affecté au contrat était inchangé mais que « *la mutualisation et l'affectation des autres ETP et notamment du management a été revue entre la DSP du CH et celle de la ville ce qui explique la diminution des charges de personnel. Dans la réalité le personnel n'est pas moins affecté au CH, il est même à noter que durant l'année 2017 et 2018 compte tenu du chantier et de sa gestion le personnel a particulièrement été mobilisé sur le CH.* » La chambre s'interroge sur la présentation d'un effectif inchangé alors que les mutualisations se sont fortement accrues.

(265) Quelles que soient les explications, les comptes de résultat intégrés dans les rapports annuels du délégataire ne sont pas comparables aux comptes de résultat prévisionnels. Hors redevance, le candidat expliquait dans son offre que le montant des charges annuelles s'élevait à 141 K€ HT dont 90 K€ de charges de personnel.

(266) Il était également précisé que « *le montant des charges a été évalué au plus juste en mutualisant les moyens techniques et humains déployés par Vinci Park sur la région et plus spécifiquement sur la ville de Salon de Provence où Vinci Park est présent à travers l'exploitation de deux autres parcs en ouvrage (portail Coucou et Empéri) ainsi que la voirie.* »

(267) Le résultat net avant impôt prévisionnel le plus favorable figurant dans l'offre était en fin de période de 60 K€ (offre de base avec les options 1 et 2). En 2016 et 2017 (début de la DSP) le compte de résultat prévisionnel faisait état d'un résultat avant impôt de 12 K€ et 25 K€ respectivement.

(268) Selon le rapport d'activité du délégataire, le résultat avant impôt était 12,6 fois supérieur au prévisionnel en 2016 et 6 fois supérieur en 2017.

(269) Il est donc constaté, dans le même temps, un résultat nettement plus élevé que celui prévu dans l'offre et une redevance faible du fait du choix opéré. Cette redevance est de surcroît en baisse. Le rapport d'activité n'a enfin pas été présenté au conseil de surveillance.

(270) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a expliqué l'augmentation des résultats nets avant impôts par le report des investissements qui ont minoré les charges d'amortissement durant les premières années de la DSP. Selon l'ordonnateur, sur la durée du contrat, le résultat global devrait être respecté. Il n'en fait toutefois pas la démonstration à partir d'une estimation des charges mais aussi des recettes sur la période restant à courir jusqu'au terme de la DSP.

(271) L'ordonnateur, comme le délégataire, estiment par ailleurs qu'il n'est pas pertinent de comparer l'ancien et le nouveau contrat, ceux-ci s'inscrivant dans des « *réalités différentes* ».

(272) Dès lors que le fait majeur invoqué par l'ordonnateur, la hausse des amortissements, n'est pas intervenu durant les années prises en compte, qu'il s'agit d'un parking hospitalier dont la fréquentation ne varie pas significativement d'une année sur l'autre, d'un délégataire qui n'a pas changé entre les deux contrats, la comparaison ne semble pas, selon la chambre, dénuée de pertinence.

(273) Le délégataire, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, a précisé que pour les années 2016 et 2017, les comptes de résultats figurant dans les rapports d'activité étaient en années calendaires (1^{er} janvier - 31 décembre) alors que le compte d'exploitation prévisionnel couvrait la période du 1^{er} juillet au 30 juin. Ce décalage viserait à prendre en compte la saisonnalité.

(274) Dès lors que le raisonnement est conduit sur 12 mois dans les deux cas, les éléments de saisonnalité (non précisés par la société Indigo), se retrouvent. Si tel n'était pas le cas, la question de l'intérêt d'un compte prévisionnel non comparable à un réalisé serait posée.

7.4.8 Des engagements non respectés par le délégataire

(275) Dans son offre, la société Vinci a pris des engagements en termes de cadre de présentation des rapports d'activité et de modalités de présentation de ces documents qui n'ont pas été respectés. Les rapports d'activité présentent le résultat net avant impôt et pas le résultat net après impôt tel que le prévoyait l'offre. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la société Indigo a précisé qu'étant titulaire de plusieurs contrats de DSP, l'impôt sur les sociétés était consolidé au niveau national rendant impossible la présentation d'un résultat après impôt au titre du contrat signé avec le CHS.

(276) La chambre estime que si cette présentation était impossible, il est difficilement compréhensible de l'avoir mentionnée dans l'offre proposée.

(277) Contrairement à ce que prévoyait l'offre, il n'y a pas eu de réunion annuelle de présentation du rapport d'activité au titre de l'année 2016 et 2017. La société Indigo, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, a indiqué avoir organisé une réunion de présentation et de bilan de l'année 2018 au cours du mois de février 2019 avec les services du centre hospitalier et projeté de présenter le rapport d'activité 2018 courant juin, le cas échéant en conseil de surveillance. Elle a enfin précisé que le rapport d'activité 2018 serait conforme aux exigences contenues dans le contrat.

(278) La société Vinci avait prévu dans son offre de fournir des codes d'accès permettant au CHS de connaître en temps réel la fréquentation du parking. Le CHS a indiqué ne pas être en possession de tels codes.

(279) Au vu de l'ensemble des éléments exposés *supra*, la chambre recommande à l'établissement de professionnaliser sa commande publique en formant ses acheteurs, en établissant une cartographie des risques relative aux achats, en se dotant de procédures dans le domaine de la commande publique et en mettant en place une organisation permettant de s'assurer du respect des procédures adoptées.

Recommandation n° 2 : Professionnaliser la commande publique.
--

ANNEXES

Annexe n° 1. Structure capacitaire.....	61
Annexe n° 2. Capacité et taux d'occupation des pôles de médecine, chirurgie et femme-enfant.....	62
Annexe n° 3. Consultations externes	63
Annexe n° 4. Nombre de jours enregistrés dans les CET valorisés en €	64
Annexe n° 5. Montants arrêtés au titre des tarifs journaliers de prestations	65
Annexe n° 6. Evolution des taux de cotisations sociales - Personnel non médical et personnel médical (en €)	67
Annexe n° 7. Modes de rémunération et récupération des astreintes	68
Annexe n° 8. Emprunt structuré DEXIA MPH274688EUR - historique	69
Annexe n° 9. Sécurisation de l'emprunt DEXIA MPH274688EUR - impact sur la trésorerie	70
Annexe n° 10. Plan d'actions élaboré en 2017 (bilan 2017 et 2018).....	71
Annexe n° 11. Glossaire	72

Annexe n° 1. Structure capacitaire

Services	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Urgences-Unité d'hospitalisation de Courte Durée	6	6	6	6	6	6
Réanimation Polyvalente	8	8	8	8	8	8
Unité de Soins Médicaux Continus	4	4	4	4	4	4
Médecine à orientation rhumatologie	8	8	8	14	14	14
Médecine à orientation cardiologie	23	25	25	25	25	25
Médecine à orientation pneumologie (dont 2 lits de polysomnographie)	28	28	28	28	18	18
Médecine à orientation endocrinologie diabétologie 4 Nord	25	14	14	14	14	14
Médecine à orientation gastrologie alcoologie 4 Sud	27	27	27	27	27	27
Hospitalisation de Jour Médecine Adulte	6	6	6	6	6	6
Soins Palliatifs Hospitalisation	5	8	8	8	8	8
Chirurgie viscérale	21	21	21	17	17	17
Chirurgie orthopédique	20	20	20	14	14	14
ORL	6	6	6	6	6	6
Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire	8	8	8	8	8	8
Pédiatrie	14	14	14	14	14	14
Néo-natalogie	6	6	6	6	6	6
Hospitalisation de Jour Pédiatrie	1	1	1	0	0	0
Obstétrique (Gynécologie-Obstétrique jusqu'au 4/10/2015)	32	32	32	20	21	21
Chirurgie gynécologique				3	3	3
Gynécologie Sociale (interruption volontaire de grossesse)				2	2	2
Court Séjour Gériatrique	0	10	10	10	16	16
Soins de Suite Indifférenciés	16	16	16	16	20	20
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes / Unité de soins de longue durée	90	90	90	90	90	90
Accueil de Jour Alzheimer	12	12	12	12	12	12
TOTAL ENTITE JURIDIQUE	366	370	370	358	359	359

Source : Centre hospitalier

Annexe n° 2. Capacité et taux d'occupation des pôles de médecine, chirurgie et femme-enfant

Capacité et taux d'occupation de Médecine

Services	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine à orientation rhumatologie	8	8	8	14	14	14
Médecine à orientation cardiologie	23	25	25	25	25	25
Médecine à orientation pneumologie (dont 2 lits de polysomnographie)	28	28	28	28	18	18
Médecine à orientation endocrinologie diabétologie 4 Nord	25	14	14	14	14	14
Médecine à orientation gastrologie alcoologie 4 Sud	27	27	27	27	27	27
Hospitalisation de Jour Médecine Adulte	6	6	6	6	6	6
Soins Palliatifs Hospitalisation	5	8	8	8	8	8
TOTAL pôle médecine	122	116	116	122	112	112
Taux d'occupation hors hospitalisation de jour	96,68	96,86	99,82	91,38	93,96	93,59

Source : Rapports d'activité 2014 et 2017

Capacité et taux d'occupation de chirurgie

Services	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Chirurgie viscérale	21	21	21	17	17	17
Chirurgie orthopédique	20	20	20	14	14	14
ORL	6	6	6	6	6	6
Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire	8	8	8	8	8	8
TOTAL pôle chirurgie	55	55	55	45	45	45
Taux d'occupation hors chirurgie ambulatoire	77,48	84,8	83,07	88,39	83,81	77,93

Source : Rapports d'activité 2014 et 2017

Capacité et taux d'occupation du pôle femme enfant

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pédiatrie	14	14	14	14	14	14
Néo-natalogie	6	6	6	6	6	6
Hospitalisation de Jour Pédiatrie	1	1	1	0	0	0
Obstétrique (Gynécologie-Obstétrique jusqu'au 4/10/2015)	32	32	32	20	21	21
Chirurgie gynécologique				3	3	3
Gynécologie Sociale				2	2	2
TOTAL pôle femme enfant	53	53	53	45	46	46
Taux d'occupation	74,55	78,47	74,16	76,61	76,29	74,74

Source : Rapports d'activité 2014 et 2017

Annexe n° 3. Consultations externes

Nom de l'UF de consultations externes	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
Diététique	577	872	1064	1021	836	826	43,2 %
Hôpital de Jour	1501	1959	1818	1876	1809	2009	33,8 %
Pneumologie	758	2243	2575	2424	2320	1805	138,1 %
Neurologie	34	43	28	36	26	84	147,1 %
Anesthésie	4201	4989	4862	4814	4709	4855	15,6 %
Gynécologie Obstétrique	12109	13334	14542	12457	12744	13676	12,9 %
Chirurgie viscérale	3913	4396	4701	4894	4637	4477	14,4 %
Stomathérapie	339	641	609	591	432	346	2,1 %
Chirurgie orthopédique	7233	7608	7509	7509	6770	6367	- 12,0 %
UF 7090	0	1	0	1	0	0	
Spécialités chirurgicales	3856	3565	5113	6082	5660	5820	50,9 %
Pédiatrie	3799	3324	3799	3886	3431	3536	- 6,9 %
Dermatologie			1	390	194	397	
Diabétologie Endocrinologie	2135	2575	2679	2690	2704	2866	34,2 %
Hématologie	1280	1974	2173	2304	2266	1793	40,1 %
Rhumatologie	1606	1311	1136	1480	1215	1047	- 34,8 %
Gastroentérologie	3427	4026	3941	3417	3051	3570	4,2 %
Néphrologie	119	145	111	121	101	98	- 17,6 %
Cardiologie	5157	4786	4630	5669	4747	5345	3,6 %
Laboratoire	3511	3719	4054	5753	5216	2638	- 24,9 %
ATMIR (association pour le traitement des malades insuffisants rénaux)					6	2151	
Algologie	549	426	868	855	1046	1067	94,4 %
Mémoire	476	394	439	434	443	456	- 4,2 %
Gériatrie	325	373	416	378	379	266	- 18,2 %
ELSA	1038	947	1032	1014	1125	1368	31,8 %
Handicap						22	
Explorations Cardiologie	0	0	3	0	5	19	
EEG EMG	358	389	350	358	391	370	3,4 %
Radiologie	1054	1086	1111	1211	1212	924	- 12,3 %
Scannographie	1613	1616	1578	1622	1602	1565	- 3,0 %
Co-utilisation Scannographie	4946	5478	5758	5769	5629	5290	7,0 %
Echographie	521	630	745	677	702	630	20,9 %
IRM	888	1171	1329	1696	1971	1587	78,7 %
Urgences	28538	29745	31232	31411	31105	31610	10,8 %
Détenus	1530						
UCSA	3593	5539	4745	2447	4179	2382	- 33,7 %
Kinésithérapie	112	0	43	0	2	1	- 99,1 %
TOTAUX	101096	109305	114994	115287	112665	111263	10,1 %

Source : Centre hospitalier

Annexe n° 4. Nombre de jours enregistrés dans les CET valorisés en €

Personnel non médical	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Total
Nombre de jours ENREGISTRÉS DANS LES CET	1810	961	1366	4137
Montant de la valorisation unitaire	125	80	65	
Coefficient relatif aux cotisations patronales	24,3 %	24,3 %	24,3 %	
Total en euros	281 225,75	95 561,34	110 363,84	487 150,93

Personnel médical	4 227,50
Montant de la valorisation unitaire	300
Coefficient relatif aux cotisations patronales	26 %
Total en euros	1 598 100

Source : Centre hospitalier

Tableau n° 38 : Montants arrêtés au titre des tarifs journaliers de prestations

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecine	962	982	982	982	952,54	924	896
Chirurgie	1051	1052	1052	1052	1083,56	1084	1051
Spécialités coûteuses	2951	2960	2812	2671	2350,48	2139	2011
SSR	745	757	757	757	847,84	822	797
Hospitalisation de jour médecine	887	905	905	905	932,15	904	877
Chimiothérapie ou chirurgie ambulatoire	956	960	912	912	802,56	778	778
SMUR (demi-heure d'intervention)	436	440	440	440	440	440	440
UHCD				410	373,1	384	430

Source : Arrêtés fixant les tarifs journaliers de prestations

Annexe n° 5. Montants arrêtés au titre des tarifs journaliers de prestations

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecine	962	982	982	982	952,54	924	896
Chirurgie	1051	1052	1052	1052	1083,56	1084	1051
Spécialités coûteuses	2951	2960	2812	2671	2350,48	2139	2011
SSR	745	757	757	757	847,84	822	797
Hospitalisation de jour médecine	887	905	905	905	932,15	904	877
Chimiothérapie ou chirurgie ambulatoire	956	960	912	912	802,56	778	778
SMUR (demi-heure d'intervention)	436	440	440	440	440	440	440
UHCD				410	373,1	384	430

Source : Arrêtés fixant les tarifs journaliers de prestations

Annexe n° 6. Evolution des taux de cotisations sociales - Personnel non médical et personnel médical (en €)

<i>Comptes</i>	Libellé	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol. 2017/2012 en €	Evol. 2017/2012 en %
64511	Cotisations à l'URSSAF	3 271 725	3 526 868	3 552 503	3 655 808	3 816 734	3 956 333	684 609	20,9 %
64513	Cotisations aux caisses de retraite	66 060	88 376	88 632	100 753	136 567	149 228	83 169	125,9 %
64515	Cotisations CNRACL	4 567 816	4 949 051	5 413 142	5 491 993	5 460 550	5 516 810	948 994	20,8 %
64516	Cotisations au RAFP	157 554	160 262	166 752	168 224	163 926	165 692	8 138	5,2 %

<i>Comptes</i>	Libellé	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol. 2017/2012 en €	Evol. 2017/2012 en %
64521	Cotisations à l'URSSAF	1 985 462	2 092 899	2 260 190	2 322 179	2 377 015	2 510 345	524 883	26,4 %
64523	Cotisations aux caisses de retraite	494 335	526 904	612 262	642 789	676 954	709 967	215 632	43,6 %

Source : CRC à partir des comptes financiers

Annexe n° 7. Modes de rémunération et récupération des astreintes

	Semaine	Samedi	Samedi-dimanche-Jours fériés	Mode de compensation
Cadre de santé			8h-18h	Au choix, payé ou récupéré au tiers
informatique			7h-16h	Payé au tiers
services techniques	18h-08h		vendredi 18h-lundi 08h	Payé au 1/3. Excepté pour un agent, qui est en récupération au 1/3
services généraux (sang)	16h-08h		vendredi 16h-lundi 08h	Payé au tiers
AS Bloc			8h-20h	Payé au tiers
AS posté Bloc			16h-20h	Payé au tiers
IADÉ	20h-08h		20h-08h	Payé au tiers
IBODE	20h-08h		16h-08h	Payé au tiers
Scanner	19h-22h	13h-22h	7h-22h	Payé au tiers
IDE USPH	18h-08h		vendredi 18h-lundi 08h	Payé au tiers

Source : CHS

Annexe n° 8. Emprunt structuré DEXIA MPH274688EUR - historique

1) Prêt Corialys + Tip Top Libor USD MIN219906EUR CAPITAL 3 600 000 EUROS	EONIA + 0,055 %		3,96% si LIBOR USD 12 MOIS <= 7 %									TAUX EURIBOR 12 MOIS					
			LIBOR USD 12 MOIS SINON														
2) Réaménagement N°1 - Prêt TAUX FIXE DIGI CMS MPH983490EUR	3,45 % si [CMS EUROS 20 ANS - CMS EUROS 2 ANS] >= 0.40 %											TAUX EURIBOR 12 MOIS					
	6,93% SINON																
3) Réaménagement N°3 - TOFIX DUAL EUR-CHF CRD 3 480 000 EUROS	3,39%		3.39 % Si Parité (EUR, CHF) >= 1.45											Taux EURIBOR 12 MOIS			
			Taux fixe de 4.39 % + 50 % du taux de variation du cours du change de l'euro en Franc Suisse.														
4) Réaménagement N°4 - MPH274688EUR CRD 3 000 000 EUROS	4% (amortissement progressif)		3,39 % Si Parité (EUR, CHF) >= 1.45											Taux EURIBOR 12 MOIS			
			Taux fixe de 4,39% + 50% du taux de variation du cours du change de l'euro en Franc Suisse.														

Source : Copie de l'assignation devant le Tribunal de Grande Instance de NANTERRE 2012

Annexe n° 10. Plan d'actions élaboré en 2017 (bilan 2017 et 2018)

	Impact recettes (en €)	Impact dépenses (en €)	Bilan (en €)	
Valorisation de l'activité	400 000		365 653	Baisse en 2017 de 70 000 € mais une procédure de valorisation a été relancée en 2018 avec l'accord de l'ARS permettant un gain de 295 653 €.
Développement de l'activité de médecine	167 000	60 000		
Poursuite du développement des consultations externes	50 000			Pas de gain réalisé du fait de la baisse d'activité
Action sur le présentéisme 2017		-32 250	- 35 000	
Action sur le présentéisme 2018		- 135 000	- 60 000	
Ajustement de l'effectif aux évolutions des modes de prise en charge, de gestion administrative et logistique 2017		- 46 460	- 55 611	
Ajustement de l'effectif aux évolutions des modes de prise en charge, de gestion administrative et logistique 2018		- 302 290	- 141 000	Une économie de 212 382 € est estimée sur l'année entière.
Ajustement des moyens consacrés à la formation des PNM au taux déterminé par la réglementation (2,1 %) 2017		- 97 000	- 120 390	
Ajustement des moyens consacrés à la formation des PNM au taux déterminé par la réglementation (2,1 %) 2018		- 130 000	- 120 690	Une économie de 130 000 € est attendue en année pleine.
Suppression des effectifs liés à la prise en charge des BHRE 2017		- 79 350	- 60 000	
Suppression des effectifs liés à la prise en charge des BHRE 2018		- 79 350	- 60 000	
Faire porter sur les budgets annexes la charge des remplacements assurés par le pool du budget H et des mises à disposition		- 248 000	0	
Mise à disposition à hauteur de 10 % du correspondant MNH 2017		- 1 850		
Mise à disposition à hauteur de 10 % du correspondant MNH 2018		- 1 850	- 2 950	
Adhésion au RESAH Ile-de-France pour la location de matelas thérapeutique à air motorisé et services associés		- 15 000		Marché passé. Le bilan année pleine est attendu fin 2018
Gestion de la dette	- 500 000	- 49 000		<u>La négociation avec la banque n'a pu aboutir</u> à une proposition satisfaisante. Une baisse de 30 000 € est malgré tout constatée sur les charges financières.
	117 000	- 1 093 400		

Source : Centre hospitalier

Annexe n° 11. Glossaire

AME : Aide médicale d'Etat
AMM : Autorisation de mise sur le marché
AP-HM : Assistance publique des hôpitaux de Marseille
ARS : Agence régionale de santé
ATU : Accueil et traitement des urgences
BFR : Besoin en fonds de roulement
BHRE : Bactéries hautement résistantes émergentes
CAF : Capacité d'autofinancement
CAMSP : Centre d'accueil médico-social précoce
CCAP : Cahier des clauses administratives particulières
CCTP : Cahier des clauses techniques particulières
CET : Compte épargne temps
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CHS : Centre hospitalier de Salon
CME : Commission médicale d'établissement
CNoCP : Conseil de normalisation des comptes publics
CNR : Crédits non reconductibles
CNRACL : caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRC : Chambre régionale des comptes
CRD : Capital restant dû
CREF : Contrat de retour à l'équilibre financier
CRPA : Compte de résultat prévisionnel annexe
CSP : Code de la santé publique
CTE : Comité technique d'établissement
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DIM : Département de l'information médicale
DMS : Durée moyenne de séjour
DRH : Direction (ou Directeur) des ressources humaines
DSP : Délégation de service public
EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS : Établissement public de santé
ETP : Équivalent temps plein
ETPR : Équivalent temps plein rémunéré
FAU : Forfait annuel urgences
FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé
FIR : Fonds d'intervention régional
FRNG : Fonds de roulement net global
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GCS PA : Groupement de coopération sanitaire du Pays d'Aix
GHT : Groupement hospitalier de territoire

HC : Hospitalisation complète
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IP-DMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour
IRCANTEC : Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
IRM : Imagerie par résonance magnétique
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIG : Mission d'intérêt général
MNH : Mutuelle nationale des hospitaliers
PHARE : Performance hospitalière pour des achats responsables
PLU : Plan local d'urbanisme
PRE : Plan de retour à l'équilibre
RC : Règlement de consultation
RTT : Réduction du temps de travail
SFIL : Société de financement local
SIVU : Syndicat intercommunal à vocation unique
SSR : Soins de suite et réadaptation
TAA ou T2A : Tarification à l'activité
TBFEPS : Tableau de bord financier des établissements publics de santé
TJP : Tarif journalier de prestation
TTA : temps de travail additionnel
TVA : Taxe sur la valeur ajoutée
UF : Unité fonctionnelle
URSSAF : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD : Unité de soins de longue durée



Les publications de la chambre régionale des comptes
Provence Alpes Côte d'Azur
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur

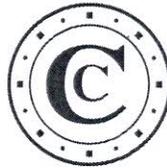
Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur

17 rue de Pomègues

13295 Marseille Cedex 08

pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/crc-provence-alpes-cote-dazur



Marseille, le - 4 JUIL. 2019

LE PRESIDENT

Dossier suivi par : Bertrand MARQUES, greffier
04 91 76 72 42
pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

Réf. : GREFFE/BM/CE/n° 1237

Objet : rapport d'observations définitives

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Recommandé avec accusé de réception
2c 121 761 6942 9

à

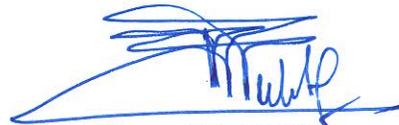
Monsieur le directeur
Centre hospitalier de
Salon-de-Provence
207 avenue Julien Fabre
13653 SALON-DE-PROVENCE Cedex

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier de Salon-de-Provence pour les exercices 2012 et suivants ainsi que la réponse qui y a été apportée.

Ce rapport accompagné de la réponse jointe devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à cette instance dès sa plus proche réunion. Conformément à l'article L. 243-6 du code précité, l'ensemble doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de cette assemblée, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à débat.

Dès la tenue de cette réunion, ce document pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations et la réponse jointe sont transmis au préfet, au directeur départemental des finances publiques ainsi qu'au directeur général de l'Agence régionale de santé.



Nacer MEDDAH