



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SES RÉPONSES

CENTRE HOSPITALIER
DE JOUARRE

(77)

Exercices 2012 et suivants

Observations délibérées le 21 mars 2019

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	5
RAPPEL(S) AU DROIT ET RECOMMANDATIONS	7
RAPPEL DE LA PROCÉDURE	8
OBSERVATIONS	8
1 L’ENVIRONNEMENT DE L’ÉTABLISSEMENT	8
1.1 Le département de Seine-et-Marne	8
1.1.1 Un département relativement jeune qui doit néanmoins anticiper le vieillissement de sa population.....	9
1.1.2 Un taux d’équipement en EHPAD nettement supérieur à la moyenne régionale, bénéficiant à la population issue de Paris et de la petite couronne	10
1.2 Les priorités fixées en matière gérontologique	11
1.2.1 Le plan régional de santé.....	11
1.2.2 Le schéma régional d’organisation sanitaire	12
1.2.3 Le schéma d’organisation sociale et médico-sociale.....	12
2 L’ÉTABLISSEMENT ET SON DÉVELOPPEMENT EN RELATION AVEC LE GHEF	13
2.1 Historique de l’établissement.....	13
2.2 Un important programme de cessions immobilières à partir de 2009.....	13
2.2.1 Sur les sites de la Ferté-sous-Jouarre et Saint-Jean-les-deux-Jumeaux.....	14
2.2.2 Les modalités d’intervention du notaire	16
2.2.3 Sur le site de Jouarre.....	17
2.3 Une capacité globale de 340 places, centrée sur la gériatrie.....	17
2.3.1 L’activité de l’USLD.....	17
2.3.2 L’activité de l’EHPAD.....	18
2.3.3 Le fonctionnement des unités Alzheimer	19
2.3.4 Le cas de l’accueil de jour itinérant pour personnes atteintes d’Alzheimer	20
2.3.5 Des partenariats pour la prise en charge à domicile	21
2.4 Un établissement qui n’atteint pas la taille critique	21
2.4.1 Les contraintes liées au statut d’établissement public de santé	21
2.4.2 L’absence de DIM au sein de l’établissement	22
2.4.3 L’absence de schéma informatique	22
2.5 La création puis l’extension du GHEF et l’intégration par à-coups du centre hospitalier de Jouarre	23
2.5.1 La constitution en 2005 sous forme de groupement de coopération sanitaire (GCS)	23
2.5.2 L’évolution avec la loi HPST vers un GCS de moyens.....	23
2.5.3 L’intégration en 2012 du centre hospitalier de Jouarre dans le GCS en tant que membre associé	24
2.5.4 La création du GHT en juillet 2016.....	25
2.5.5 La filière gériatrique dans le cadre du GHT	26
2.6 Un effort de mutualisation des fonctions support mené hors du GHEF	26
2.6.1 Le plateau médicotechnique	26
2.6.2 Les fonctions hôtelières.....	28

3	LA GOUVERNANCE	32
3.1	La direction de l'établissement	33
3.1.1	Une direction de fait par le GHEF sur une large part de la période sous revue.....	33
3.1.2	L'expérience du pôle gérontologique entre 2014 et 2016	34
3.1.3	Depuis 2016, une convention de direction commune avec le GHEF.....	35
3.2	Un fonctionnement des instances a minima.....	36
3.3	Le projet d'établissement	37
3.3.1	Le projet d'établissement de l'hôpital	37
3.3.2	Le projet d'établissement de l'EHPAD.....	37
3.4	L'absence de mise en œuvre des pôles d'activité	38
3.5	Les outils de financement de l'activité.....	38
4	LA FIABILITÉ DES COMPTES.....	39
4.1	L'organisation comptable et financière.....	39
4.2	L'image sincère du patrimoine.....	40
4.2.1	L'inventaire	40
4.2.2	Les opérations liées aux fonds et des valeurs des hébergés.....	40
4.3	Le principe de prudence	41
5	ANALYSE FINANCIÈRE RÉTROSPECTIVE	43
5.1	Une faible évolution des produits sur la période.....	43
5.2	Un valeur ajoutée stable	45
5.3	Un taux de marge brute satisfaisant	45
5.4	Des charges courantes augmentant plus rapidement que les produits d'exploitation	46
5.5	Une capacité d'autofinancement couvrant les dotations aux amortissements et provisions.....	46
5.6	Un résultat net positif.....	47
5.7	Une trésorerie nette supérieure aux établissements de cette catégorie.....	47
5.8	Un niveau d'endettement encore élevé	50
6	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	51
6.1	Des changements successifs d'organisation.....	51
6.2	Le projet social.....	51
6.3	Une évolution modérée de la masse salariale et un recours accru aux contractuels	52
6.4	Une évolution des effectifs déconnectée de l'activité et des écarts importants entre le prévisionnel et le réel.....	53
6.5	Le pilotage des effectifs et l'analyse des ratios d'encadrement dans les services.....	56
6.6	La gestion du temps de travail	57
6.7	Les logements de fonction	58
7	LA FUSION-ABSORPTION AU 1^{ER} JANVIER 2019	59
7.1	Le calendrier	59
7.2	Le schéma retenu.....	60
7.3	Les éléments financiers	61
7.4	Un transfert progressif de la gestion	61
	ANNEXES.....	63

SYNTHÈSE

Un établissement devenu atypique dans le département

- (i) Le centre hospitalier de Jouarre, en pays fertois (27 494 habitants), arrondissement de Meaux (285 350 habitants), n'est pas localisé dans la partie la plus dynamique du département de Seine-et-Marne.
- (ii) Mais, sur les trois sites de Jouarre, la Ferté-sous-Jouarre et Saint-Jean-les-deux-Jumeaux, et dans un cadre intercommunal, il a joué historiquement son rôle d'hôpital local de premier recours.
- (iii) Progressivement, la carte hospitalière de la Seine-et-Marne s'est réorganisée et chaque arrondissement s'est trouvé doté d'un centre hospitalier de référence (Fontainebleau, Meaux, Melun, Provins, Torcy) alors que le centre hospitalier de Jouarre a perdu ses autorisations en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) pour se recentrer sur la gériatrie avec la constitution en 2009 d'une unité de soins de longue durée (USLD) et d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'une capacité globale de 315 lits.

Un établissement sans direction propre depuis 2012

- (iv) Établissement sans direction stable, les autorités de contrôle ont longtemps hésité sur son positionnement en proposant des directions par intérim ou directions communes soit avec le centre hospitalier de Coulommiers soit avec le centre hospitalier de Brie-Comte-Robert et l'établissement public gérontologique de Tournan-en-Brie.
- (v) Le centre hospitalier de Jouarre s'est retrouvé ainsi pendant plusieurs années sans perspective de développement. Si les urgences du quotidien ont été réglées, les problèmes de fond (niveau d'activité, recrutement du personnel médical et non-médical) n'ont pas été traités.

L'histoire en creux du GCS de l'Est Francilien

- (vi) En outre, le centre hospitalier de Jouarre s'est trouvé très largement impacté par le projet de GCS de moyens, intitulé GHEF¹, créé, après la loi HPST de juillet 2009, pour regrouper les centres hospitaliers de Coulommiers, Marne-la-Vallée et Meaux autour d'un véritable projet de réorganisation de l'offre hospitalière sur le territoire de santé Nord Seine-et-Marne.
- (vii) Pour autant, le centre hospitalier de Jouarre n'a pas été intégré dans le GCS de moyens, si ce n'est avec seulement le statut de membre associé, ou dans la convention de direction commune qui l'accompagne. Les décisions les plus importantes le concernant (projet d'établissement, autorisations, transferts d'activité, externalisation des fonctions support, gestion des ressources humaines) ont été prises par des membres de l'équipe de direction du GCS de moyens dans le cadre de l'intérim de direction, donnant la priorité au projet du GCS.
- (viii) Si, lors de la création du groupement hospitalier de territoire GHT Nord 77 en juillet 2016, le positionnement du centre hospitalier de Jouarre s'est trouvé clarifié avec l'ambition de dynamiser la filière gériatrique, les chantiers opérationnels ont tardé et l'établissement n'a pas toujours été représenté dans les groupes de travail.

¹ D'abord Groupement Hospitalier de l'Est Francilien puis Groupe Hospitalier de l'Est Francilien à partir du 1^{er} janvier 2017.

- (ix) A la même date, le directeur général du GHEF a été nommé directeur du centre hospitalier de Jouarre en vue du rapprochement avec ce dernier.

Une situation financière favorable

- (x) Sur le plan financier, les conditions ont été réunies pour un projet de fusion-absorption par le GHEF. En effet, le centre hospitalier de Jouarre dégage régulièrement un résultat positif depuis plusieurs années,.
- (xi) Ceci résulte moins d'un taux d'activité élevé que de l'absence d'investissements sur une longue période. Grâce à la qualité des équipes au sein de l'établissement et du poste comptable, les règles fixées par l'instruction budgétaire et comptable M21 sont globalement respectées.
- (xii) Cependant, dans le contexte de la fusion-absorption, l'inventaire du patrimoine immobilier nécessite encore d'être fiabilisé. Les anomalies constatées dans la gestion du parc de logements, déjà signalées à l'issue du précédent contrôle de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France, doivent être corrigées.

La fusion-absorption par le GHEF au 1^{er} janvier 2019

- (xiii) L'audit, initié par l'ARS Île-de-France fin 2017, portant sur l'organisation institutionnelle, les organisations médicale et soignante et le positionnement du centre hospitalier de Jouarre au sein du GHT, a conclu à l'existence de problématiques liées à l'histoire de l'établissement, sa taille et son isolement.
- (xiv) Parmi les scénarios envisagés, celui de la fusion est apparu in fine comme le plus adapté. Il a recueilli d'ailleurs l'assentiment de l'ensemble de la communauté hospitalière (médecins, soignants, personnel administratif, élus). Il devrait permettre de mutualiser rapidement la direction et les fonctions support (administratives, techniques et logistiques) et donner des perspectives de carrière au personnel médical comme non-médical.
- (xv) Le 18 juillet 2018, après l'avis favorable rendu le 5 juillet 2018 par la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de l'ARS Île-de-France, a été publié l'arrêté de fusion-absorption du centre hospitalier de Jouarre par le GHEF à effet du 1^{er} janvier 2019.
- (xvi) L'établissement a donc disparu à cette date comme entité juridique distincte. Une évaluation devra être faite pour vérifier la bonne mise en œuvre de cette opération de fusion-absorption.

RAPPEL(S) AU DROIT ET RECOMMANDATIONS

Au terme de ses travaux, la Chambre adresse les recommandations reprises dans la présente section. Ces recommandations adressées au centre hospitalier de Jouarre avant fusion-absorption au 1^{er} janvier 2019 devront être reprises par le GHEF.

Les recommandations qui suivent sont des rappels au droit :

-
- Rappel au droit n° 1 : Finaliser le projet de service et le rapport d'activité de l'accueil de jour, tels que prévus respectivement à l'article L.311-8 et à l'article R.314-50 du code de l'action sociale et des familles..... 21
- Rappel au droit n° 2 : Faire avenant à la convention tripartite pour l'activité de l'USLD, conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 IV bis du code de l'action sociale et des familles. 39
- Rappel au droit n° 3 : Procéder, conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21, à un inventaire physique des immobilisations corporelles et des stocks et procéder à la mise en concordance avec le compte financier. 40
- Rappel au droit n° 4 : Profiter de la fusion-absorption par le GHEF pour revoir l'accord relatif au temps de travail et revenir ainsi à la durée légale du travail. 58
- Rappel au droit n° 5 : Encadrer l'attribution de logements à certains agents, en formalisant les documents requis notamment par l'article L.6143-1 du code de santé publique (décision du directeur, convention et délibération du conseil de surveillance). 59
-

« La société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration »

Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

RAPPEL DE LA PROCÉDURE

La chambre régionale des comptes d'Île-de-France a procédé, dans le cadre de son programme de travail de 2018 au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier de Jouarre (77), pour les exercices 2012 et suivants.

Les différentes étapes de la procédure, notamment au titre de la contradiction avec l'ordonnateur, telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (CJF) et précisées par le recueil des normes professionnelles des juridictions financières, sont présentées en annexe n° 1.

Sur la base de ses réponses et dans le contexte de la fusion-absorption du CH. de Jouarre par le GHEF au 1er janvier 2019, la chambre, en vertu de l'article L. 241-4 du code des juridictions financières, a procédé le 3 avril 2019 à l'audition du directeur général du GHEF.

Ont participé à cette audition puis, le même jour, au délibéré sur le rapport d'observations définitives (ROD), sous la présidence de Mme Florence Bonnafoux, présidente de la 2ème section, Mme Anne-Christine Priozet, première conseillère, M. Gilles Duthil, premier conseiller, MM Philippe Lavastre et Pierre Caille-Vuarier, conseillers.

Ont été entendus :

en son rapport, M. Gilles Duthil, premier conseiller ;

en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, le procureur financier.

Mme Viviane Barbe, greffière, assurait la préparation de la séance de délibéré et tenait les registres et dossier.

La réponse du directeur du centre hospitalier au rapport d'observations définitives, qui lui a été adressé le 24 juin 2019, a été reçue par la chambre le 4 juillet 2019. La réponse de M. Benanteur, ancien ordonnateur, a été reçue le 15 juillet 2019. MM Frasin, Roussel et Paret, aussi anciens ordonnateurs, ont répondu le 16 juillet 2019. Toutes ces réponses sont jointes en annexe au présent rapport.

OBSERVATIONS

1 L'ENVIRONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 Le département de Seine-et-Marne

Depuis le dernier recensement de 2014, le département de Seine-et-Marne, avec 1 377 846 habitants, est devenu le 10^{ième} département de France.

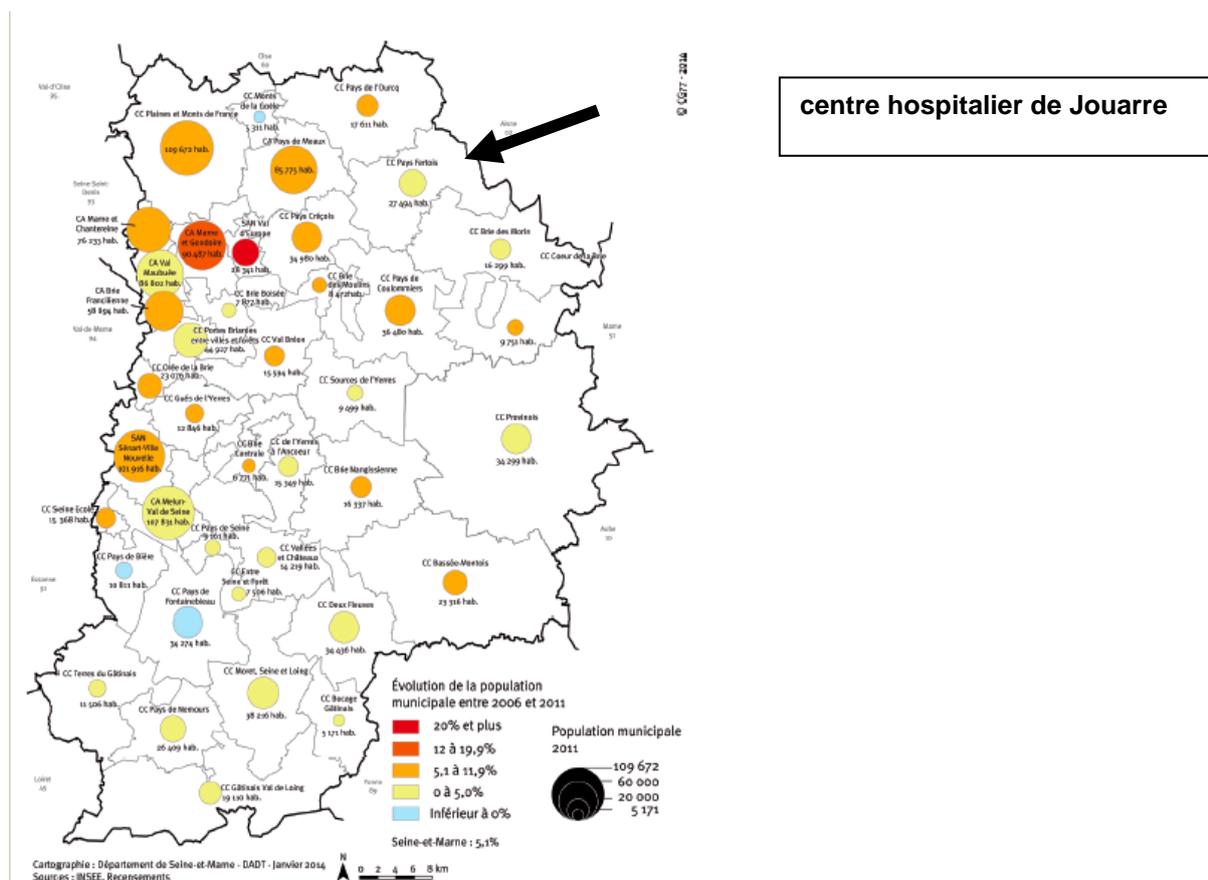
Entre 2006 et 2011, le département a gagné près de 65 000 habitants, soit une progression de 5,1 %. En moyenne annuelle, la population a connu une hausse de 13 000 habitants, soit 1 % par an, près de deux fois supérieure à celle constatée au niveau national.

Il est aussi le département francilien ayant connu le plus fort taux de croissance.

L'évolution est cependant contrastée selon les territoires au sein du département.

Le centre hospitalier de Jouarre, en pays fertois (27 500 habitants), arrondissement de Meaux (285 000 habitants) n'est pas localisé dans la partie la plus dynamique du département.

Carte n° 1 : Répartition de la population du département de Seine-et-Marne par intercommunalités



1.1.1 Un département relativement jeune qui doit néanmoins anticiper le vieillissement de sa population

La Seine-et-Marne est un département jeune dont 28,3 % de la population était âgée de moins de 20 ans en 2010, contre 24,5 % au niveau national ². Cela s'explique notamment par l'arrivée de jeunes couples et de leurs enfants et par une fécondité assez élevée (2,11 enfants par femme). L'installation des jeunes couples sur le département est favorisée par plusieurs facteurs tels que le coût de l'immobilier, le cadre de vie et la proximité relative de Paris.

Cependant, une augmentation rapide de la part des personnes âgées est prévisible. En effet, l'avancée en âge progressive des générations très nombreuses nées entre 1946 et 1973 (baby-boom) va mécaniquement faire augmenter l'effectif des personnes âgées. Même si la

² Source : INSEE, recensement 2010.

part des moins de 20 ans est particulièrement importante en Seine-et-Marne, son évolution ne pourra compenser celle des plus de 75 ans.

L'augmentation régulière de l'espérance de vie (environ un trimestre par an au niveau national) va également avoir une influence majeure sur le vieillissement de la population.

Ainsi, selon les projections de population réalisées par l'INSEE³, la part des 75 ans et plus dans le département passera de 5,7 % en 2010 à 6,3 % en 2020, 9,0 % en 2030 et 10,8 % en 2040.

Tableau n° 1 : Prévisions relatives à l'augmentation des personnes âgées de 75 ans et plus dépendantes d'ici 2030

	Nb de personnes âgées dépendantes	Taux d'évolution par rapport à 2007	Taux d'évolution des personnes âgées vivant seules	Taux d'évolution des personnes âgées vivant à domicile	Taux d'évolution des personnes âgées vivant en institution
Seine-et-Marne	+10 500	+77,5%	+286,8%	+208,5%	+7,8%
Île-de-France	+69 500	+57,9%	+114,0%	+98,5%	+6,6%

Source : INSEE, modèle OMPHALE

L'enjeu est d'abord le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. En Seine-et-Marne, selon les prévisions de l'INSEE, le nombre de personnes dépendantes vivant à domicile devrait être multiplié par trois d'ici 2030.

1.1.2 Un taux d'équipement en EHPAD nettement supérieur à la moyenne régionale, bénéficiant à la population issue de Paris et de la petite couronne

La Seine-et-Marne bénéficie d'un taux d'équipement en EHPAD nettement supérieur aux moyennes régionale et nationale.

Au 1^{er} janvier 2013, le taux d'équipement en lits médicalisés (places installées en EHPAD et USLD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) était de 128,2 ‰ ce qui est nettement supérieur au taux régional (76,2 ‰) et au taux national (99,6 ‰ - France métropolitaine). Cependant, 40 % des places installées en Seine-et-Marne sont occupées par des personnes âgées non seine-et-marnaise⁴.

En Seine-et-Marne, les établissements publics et participant au service public sont habilités à l'aide sociale départementale. Les places exploitées par des structures à vocation commerciale ne le sont pas. Cette politique a évolué cependant à partir de 2015, avec l'aide sociale attribuée au nouvel EHPAD « *Les meulières de la Marne* », construit sur l'ancien site de l'établissement à La Ferté-sous-Jouarre.

Néanmoins, l'implantation des places agréées à l'aide sociale est proportionnellement plus importante en dehors du « *croissant ouest* » du département (Chelles, Marne-la-Vallée, Melun-Sénart, Fontainebleau).

Afin de se détacher de l'indicateur habituellement utilisé des taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus), pas assez révélateur du niveau de service rendu aux populations, l'agence régionale de santé a décidé de retenir, dans le cadre du plan régional de santé publique validé en 2018, une approche globale des besoins de la personne

³ Source : La population de la Seine-et-Marne à l'horizon 2050, Une population en hausse et vieillissante, n°21, novembre 2017

⁴ Source : SROMS Île-de-France 2012

âgée au moyen d'un indice composite calculé dans chaque territoire. Cet indice prend en compte le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans, pondéré par l'évaluation de leurs besoins en soins et au titre de leur dépendance (notamment, part des patients souffrant d'affections de longue durée).

Le département de Seine-et-Marne a un indice composite de 0,93 pour une moyenne de 1,00 en l'Île-de-France.

Tableau n° 2 : Analyse de l'indice composite du niveau de dépenses en Île-de-France

<i>Département</i>	<i>Niveau de dépenses par personne âgée dépendante</i>	<i>Indice</i>
75	4 884,03 €	1,07
77	4 207,76 €	0,93
78	3 598,10 €	0,79
84	5 087,05 €	1,12
91	4 117,04 €	0,91
92	4 954,31 €	1,08
93	3 948,29 €	0,87
95	5 050,89 €	1,11
<i>Île-de-France</i>	<i>4 546,05 €</i>	<i>1,00</i>

Source : ARS Île-de-France

En matière de SSR5 (0,61) comme d'USLD (0,54 contre 1,00 en moyenne)⁶, le département de Seine-et-Marne a l'indice le plus bas de la région.

En revanche, en matière d'EHPAD, au regard de ce critère, il est bien équipé (1,28 contre 1,00 en moyenne).

L'enjeu est donc dans le département, près de vingt ans après la politique publique dite de partition sanitaire/médico-sociale opérée sur tout le territoire national, d'une bascule en sens inverse de lits d'EHPAD vers des structures sanitaires de type SSR ou USLD.

1.2 Les priorités fixées en matière gérontologique

1.2.1 Le plan régional de santé

Selon l'article L. 1434-2 alors en vigueur, le plan stratégique régional de santé (PRS) 2013-2017 « fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région ». Il constitue le fil conducteur des schémas d'organisation qui composent le plan régional de santé, notamment le schéma régional de l'organisation des soins (SROS).

Entre 2013 et 2018, 19 unités d'hébergement renforcées (UHR) pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles sévères du comportement ont été ouvertes. Le centre hospitalier de Jouarre a fait partie des établissements concernés.

Le premier projet régional de santé (PRS1) est arrivé à son terme fin 2017.

En 2018, le PRS2 a pris la relève, dans un cadre rénové. Il confirme les orientations du précédent schéma en insistant sur la nécessaire coopération au niveau territorial en commençant par le domicile.

⁵ Soins de suite et de réadaptation

⁶ Unité de soins de longue durée

1.2.2 Le schéma régional d'organisation sanitaire

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) détermine les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire d'une manière optimale la demande de santé, sur la base de l'analyse des besoins par territoire.

Le SROS 2006-2011 n'a pas permis au centre hospitalier de Jouarre de bénéficier d'un repositionnement clair. Après les transformations capacitaires intervenues en 1999, l'établissement n'a pas été identifié par les autorités de régulation comme nécessitant un accompagnement spécifique.

Comme le précédent, le SROS 2012-2017 comporte deux volets intéressant directement le Centre hospitalier de Jouarre : le volet « *santé des personnes âgées* » et le volet « *unités de soins de longue durée* ». Mais, comme le SROS 2006-2011, il ne mentionne pas le cas du centre hospitalier de Jouarre.

1.2.3 Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale

Prévu par la loi du 2 janvier 2002⁷, le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est un outil de planification essentiel des politiques d'action sociale. Le département de Seine-et-Marne a fait le choix pour les années 2015 à 2020⁸ non pas d'un schéma gérontologique départemental (SGD), mais d'un document programmatique unique de soutien à l'autonomie, valable tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap.

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale n'a pas eu d'impact sur le projet d'établissement du centre hospitalier de Jouarre.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La Seine-et-Marne a connu entre 2006 et 2011 une croissance de sa population deux fois plus rapide que celle constatée au niveau national. Cependant, le nord-est du département de Seine-et-Marne, dans lequel se situe le centre hospitalier de Jouarre, n'est pas la zone la plus dynamique du département en termes de croissance de la population.

Si le département de Seine-et-Marne a une population plus jeune que la moyenne nationale, il doit anticiper le vieillissement de ses résidents et se doter des moyens permettant le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Il dispose déjà en effet d'un taux d'équipement en EHPAD supérieure à la moyenne francilienne, qui bénéficie d'ailleurs en partie à la population issue de Paris et de la petite couronne. Par contre, il est sous-équipé en matière de SSR ou d'ULSD. Les outils de planification régionale de l'offre, que ce soit le SROS ou le SROMS, n'ont cependant pas changé le positionnement du centre hospitalier de Jouarre.

⁷ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁸ Le précédent schéma gérontologique départemental couvrait la période 2006-2011.

2 L'ÉTABLISSEMENT ET SON DÉVELOPPEMENT EN RELATION AVEC LE GHEF

2.1 Historique de l'établissement

Dès le 12^{ème} siècle, le bassin de vie fertois⁹ comptait trois établissements à Jouarre, la Ferté-sous-Jouarre et Saint-Jean pour porter secours aux pauvres, aux vieillards et aux malades. Ils se sont regroupés pour constituer « l'Hôpital Intercommunal de Jouarre- La-Ferté- St-Jean » en conservant les trois sites.

Dans les années 1980, la maternité a fermé et l'établissement est devenu un hôpital local (HL) avec un service de médecine (16 lits), une unité de long séjour USLD (90 lits) et une maison de retraite EHPAD (313 lits dont 184 lits en section de cure médicale), soit un total de 419 lits¹⁰.

Le projet d'établissement couvrant la période 2000-2006 a conforté la spécialisation gériatrique de l'établissement qui a perdu ses lits de médecine. La capacité est cependant restée stable autour de 419 lits (155 lits de long séjour, 224 lits de maison de retraite). Ce projet prévoyait le regroupement des activités sur deux sites (Jouarre et la Ferté sur Jouarre) et la fermeture de celui de Saint-Jean.

À partir de 2003, l'hôpital a préparé sur cette base son projet d'établissement pour la période 2005-2009 avec l'objectif de conforter sa position sur le territoire de santé Nord Seine-et-Marne : diversification de son offre (création de 30 lits de soins de suite et de réadaptation - SSR, création d'un accueil de jour), participation active à la définition du « *projet médical de territoire Seine-et-Marne Nord* » en lien étroit avec les centres hospitaliers de Coulommiers et de Meaux.

Une opération de restructuration immobilière visant à doter l'établissement d'un nouveau bâtiment à Jouarre pour les activités sanitaires (USLD, SSR) a démarré mais, en 2005, l'ARH Île-de-France est revenue sur ce projet, dont la première pierre a été posé le 17 février 2006, et a décidé de ne pas approuver le projet d'établissement. Le dossier de création de 30 lits de SSR a été rejeté. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) « *Hôpitaux Nord Seine-et-Marne* » a été constitué le 1^{er} janvier 2006 avec les centres hospitaliers de Meaux, de Lagny/Seine-et-Marne et de Coulommiers mais sans y associer le centre hospitalier de Jouarre.

En 2006, l'établissement s'est donc retrouvé avec des équipes démobilisées et sans projet de développement alors que les établissements voisins avaient entamé une coopération active au sein du GCS. L'établissement est resté géré dans le cadre d'un intérim du directeur du centre hospitalier de Coulommiers (pour 50 % de son temps).

2.2 Un important programme de cessions immobilières à partir de 2009

À partir de 2009, l'établissement a procédé à des cessions patrimoniales, accompagnées dans certains cas de transferts d'autorisations de nature à redéfinir profondément son portefeuille d'activités et plus globalement les contours de l'offre sanitaire et médico-sociale dans le secteur nord-est du département de Seine-et-Marne.

⁹ Le pays fertois comprend 19 communes avec comme point de centralité la Ferté-sous-Jouarre (superficie 20 856 ha, 28 008 habitants, recensement INSEE 2011).

¹⁰ Arrêté préfectoral du 21 décembre 1988.

2.2.1 Sur les sites de la Ferté-sous-Jouarre et Saint-Jean-les-deux-Jumeaux

Sur le site de Jean-les-deux Jumeaux¹¹, l'ancien hôpital et les terrains (2h 33a) ont été vendus en 2009¹² à une association médico-sociale, l'AEDE¹³.

Sur le site de la Ferté-sous-Jouarre, deux opérations ont été menées. Dans un bâtiment inoccupé pendant plusieurs années a été installé un foyer d'accueil de 40 places, «*Les Jardins d'Épicure*», géré par l'AFTAM, aujourd'hui Coallia¹⁴. L'ancien hôpital et les terrains ont été cédés au Groupe Noble Age¹⁵.

Le 21 octobre 2009, un bail emphytéotique avait été signé avec l'association AFTAM pour deux parcelles situées à la Ferté-sous-Jouarre

Un accord-cadre, entre le centre hospitalier de Jouarre et le Groupe Noble Age, fixant l'économie du projet et les phases de réalisation, a été conclu le 30 mai 2011 en vue de la construction d'un nouvel EHPAD. Une promesse de vente de l'ancien hôpital de la Ferté-sous-Jouarre et d'un terrain d'une superficie de 0,8 ha (a été signée en juin 2011 pour un montant de 1,4 M€. Le bâtiment avait vocation à être rasé pour laisser la place à un nouvel EHPAD d'une surface SHON maximale de 7 000 m².

En février 2012, un protocole d'accord tripartite a été signé entre le centre hospitalier de Jouarre, le Groupe Noble Age et Coallia. Par arrêté conjoint n° 2012-10 daté du 13 avril 2012, les autorités de contrôle ont transféré à une filiale du Groupe Noble une autorisation pour 125 places d'EHPAD depuis le centre hospitalier de Jouarre.

Le bail emphytéotique signé par le centre hospitalier de Jouarre avec l'AFTAM a été résilié le 31 janvier 2013 et le même jour le centre hospitalier de Jouarre a accepté la cession de l'ancien hôpital et d'un terrain de 0,8 ha au Groupe Noble Age et de deux parcelles à Coallia (ex-AFTAM) pour 400 000 €. L'acte de vente avec le Groupe Noble Age a été signé le 15 février 2013 pour un montant de 1,4 M€.

Pour réaliser cette opération, le 3 juillet 2012 le directoire a décidé, d'une part, de constater la désaffectation du domaine public de l'ensemble immobilier à céder au Groupe Noble Age et, d'autre part, de procéder à son déclassement pour le faire entrer dans le domaine privé de l'établissement.

Pour autant, et en contradiction avec l'article L. 6143-1 du code de la santé publique fixant les prérogatives du conseil de surveillance, l'avis du conseil de surveillance sur cette cession n'a pas été recueilli, ce qui fragilise l'opération sur le plan juridique.

De plus, dans la promesse de vente de juin 2011, il est prévu en accessoire du prix de vente une indemnité, d'un montant de 2 M€, pour la perte de l'autorisation d'activité EHPAD (125 lits). Or, une autorisation administrative ne saurait avoir un prix. Elle est par définition hors commerce comme l'a rappelé la jurisprudence de la Cour de cassation considérant que «*la concession d'un emplacement sur un marché était un bien hors commerce ni cessible, ni*

¹¹ Fermé en novembre 2009.

¹² Décision du conseil d'administration du 28 janvier 2005. Promesse de vente signée le 1^{er} décembre 2005. Acte de vente signé le 6 mai 2009.

¹³ Association médico-sociale loi 1901 à but non lucratif, spécialisée dans le handicap, créée en 1954, comptant 27 établissements et services en Île-de-France ainsi que dans le Grand Est.

¹⁴ Association pour la formation des travailleurs africains et malgaches (association médico-sociale loi 1901 à but non lucratif, fondée en 1962), aujourd'hui dénommée Coallia, ayant pour objectif l'insertion et organisée autour de quatre pôles d'activité : le logement accompagné, l'hébergement social, l'accompagnement social et médico-social.

¹⁵ Le groupe Noble Age, créé en 1992, est gestionnaire d'établissements sanitaires et médico-sociaux à destination des personnes âgées. En 2017, il compte 70 établissements, plus de 5 000 salariés et réalise un chiffre d'affaires de 345 M€. Il a changé de nom en 2016 pour s'appeler LNA Santé.

saisissable. » (Cass. Com, 7 mars 1978, n° 76-13388). Cette jurisprudence a été confirmée par un arrêt du 4 février 2014 (Cass. Com. 4 fév. 2014, n° 12-25528). Pour la chambre, cette transaction est donc irrégulière.

Au final, les opérations de cession sur les sites de la Ferté sous Jouarre et Saint-Jean-les-deux-Jumeaux ont rapporté à l'établissement 5,2 M€.

Tableau n° 3 : Montant des cessions immobilières

Bien	Surface	Acquéreur	Montant
Site de Saint-Jean-les-deux-Jumeaux	2h 33 a	AEDE	1,4 M€
Site de la Ferté sous Jouarre		COALLIA	400 000€
Site de la Ferté sous Jouarre	84,7 a	NOBLE AGE	1,4 M€ +2M€ d'indemnité pour perte d'autorisation EHPAD
TOTAL			5,2 M€

Source : CRC Île-de-France (d'après les données fournies par l'établissement)

Certes, pour le site de la Ferté sous Jouarre, le Groupe Noble Age a versé un montant de 3,4 M€. Mais, hors l'indemnité pour perte d'exploitation, le prix de vente (1,4 M€), inscrit dans la promesse de vente de juin 2011 puis l'acte de vente de février 2013, est largement inférieur à la dernière évaluation faite par les domaines le 25 novembre 2009 (3 M€), et ce sans motif d'intérêt général.

Or, un prix manifestement trop faible est constitutif d'une erreur manifeste d'appréciation et vicie la décision de cession (CE, 8 février 1999, Ville de Lourdes, req. n° 168043). La délibération décidant d'aliéner peut être annulée, le Conseil d'État considérant que « *la vente consentie à un prix très inférieur à l'estimation du service des domaines, dont elle a jugé par une appréciation souveraine qu'il correspondait à la valeur vénale de l'immeuble, avait été illégalement décidée* » (CE, 25 septembre 2009, Commune de Courtenay, req. n° 298918). Pour la chambre, cet écart dans le prix de vente final, fixé par le directoire en l'absence d'avis du conseil de surveillance, a été préjudiciable à l'établissement.

Dans sa réponse à la chambre, l'ancien ordonnateur, précise que l'établissement n'était pas, étant donné sa situation financière d'alors, en mesure de trouver un autre acquéreur et qu'il a dû accepter la demande expresse du Groupe Noble Age d'un montant global pour l'opération de 3,4 M€ et qu'il soit procédé, pour des raisons comptables, patrimoniales et fiscales, à une séparation de la cession entre l'achat strict du foncier entrant dans son bilan et l'achat des « *places d'hébergement ou indemnité de perte d'exploitation* ».

Une partie de la somme a été utilisée en 2015 pour le remboursement anticipé du prêt contracté en 2010. Le solde devait être utilisée pour les travaux de rénovation du bâtiment Ambroise Paré. L'ancien directeur a réalisé avec l'aide d'un cabinet une étude de faisabilité, accompagnée d'un chiffrage, et a lancé le concours d'architectes en 2016 mais le projet n'a pas été poursuivi.

2.2.2 Les modalités d'intervention du notaire

Pour ces ventes, l'établissement a fait appel aux services du notaire de la Ferté-sous-Jouarre. Lors du directoire du 9 avril 2013, la directrice générale du GHEF a décidé d'attribuer à ce notaire des honoraires complémentaires d'un montant de de 5 000 €. La décision a été confirmée par le conseil de surveillance à la même date.

La chambre estime que l'attribution de cette somme n'est pas justifiée, étant donné que les honoraires d'un notaire sont encadrés sur le plan réglementaire¹⁶.

L'acte de vente daté du 15 février 2013, page 7, mentionne d'ailleurs explicitement, assez logiquement, que « *les frais de la vente et ceux qui en seront la suite et la conséquence sont à la charge exclusive de l'acquéreur qui s'y oblige* ». Il ne saurait donc y avoir d'honoraires complémentaires à la charge du vendeur.

De plus, la convention d'honoraires établie par le notaire pour un montant de 5 000 € HT a été établie le 12 avril 2013 postérieurement à la décision de paiement par le centre hospitalier de Jouarre lors de sa réunion de directoire. Les prestations mentionnées « *frais et démarches diverses, appels téléphoniques, photocopies, mails, nombreux rendez-vous en études et recherches, consultations juridiques concernant le dossier de l'hôpital depuis cinq ans* » sont à la fois trop générales pour certaines (consultations juridiques) et trop précises pour d'autres (de type frais de secrétariat prévus dans les honoraires réglementés) pour être assimilées à des prestations de conseil.

Ni l'établissement, ni le notaire n'ont été en mesure de produire à la chambre une note écrite de type consultation juridique. Pour la chambre, le paiement d'honoraires complémentaires par le vendeur, en l'occurrence le centre hospitalier de Jouarre, au profit du notaire, est donc irrégulier.

Pour se défendre, le notaire mentionne, dans sa réponse à la chambre, l'actualisation de tarif des notaires, intervenu en février 2011 puis en février 2016.

Pour autant, le décret n° 2011-188 du 17 février 2011 modifiant le décret n° 78-262 du 8 mars 1978 portant fixation du tarif des notaires, n'a pas modifié l'article 4 du décret de 1978 qu'il cite comme devant s'appliquer : « *Les notaires sont rémunérés pour les services rendus dans l'exercice des activités non prévues au titre II et compatibles avec la fonction notariale par des honoraires fixés d'un commun accord avec les parties ou, à défaut, par le juge chargé de la taxation. Sont notamment rémunérées, conformément à l'alinéa précédent, les consultations données par les notaires. Dans tous les cas, le client doit être préalablement averti par écrit du caractère onéreux de la prestation de services et du montant estimé ou du mode de calcul de la rémunération à prévoir.* »

Ces conditions n'ayant pas été respectées, la chambre maintient son observation sur l'irrégularité de la décision de paiement de ces honoraires complémentaires par l'établissement. La demande du notaire est liée à la décision de dissocier l'indemnité de perte d'autorisation du prix de la vente du foncier, et donc de faire passer le prix de vente de 3,4 à 1,4 M€ alors qu'il sert de base de calcul de la prestation notariale.

¹⁶ Exception faite de ses interventions en tant que conseil, les activités du notaire sont soumises à un tarif unique fixé par le décret du 8 mars 1978, modifié par le décret n°86-358 du 11 mars 1986, qui a fait l'objet d'une actualisation en février 2011 puis en février 2016. Le prix des prestations du notaire est donc identique quel que soit le client ou la zone géographique. Le tarif est soit fixe, soit proportionnel aux capitaux en jeu. Le prix dépend du nombre d'unités de valeur affecté à chaque acte (unité de valeur) ou d'une grille tarifaire.

2.2.3 Sur le site de Jouarre

Depuis la fermeture des sites de la Ferté-sous-Jouarre et Saint-Jean-les-deux-Jumeaux¹⁷, l'établissement est implanté uniquement à Jouarre. Le site est composé de trois bâtiments principaux : les Logis de la Dhuys, ouvert en avril 2009 (114 lits d'USLD, 120 lits d'EHPAD dont une unité Alzheimer de 12 places et un pôle d'activités et de soins adaptés de 14 places), le bâtiment Ambroise Paré (69 lits d'EHPAD, un pôle d'activités et de soins adaptés de 14 places) et le Château (bâtiment administratif).

La cession de deux maisons d'habitation accolées sur le même terrain situées à Jouarre fait l'objet d'une promesse de vente signée le 10 juillet 2018. Le prix a été fixé à 74 000 € pour la première et 75 000€ pour la seconde, soit un prix de l'ordre de 700 € du m² alors que le prix médian annoncé sur le site des notaires de France se situe pour une maison ancienne à Jouarre autour de 1 510 € du m².

L'établissement n'a pas demandé une évaluation de ces maisons au service des Domaines alors que la saisine de France Domaine lors de l'aliénation de terrains est obligatoire pour les établissements publics nationaux comme le centre hospitalier de Jouarre¹⁸. Or, cette formalité est substantielle. En cas de méconnaissance, la décision d'aliéner est irrégulière (CE. 22 février 1995, commune de Ville-La Grand, Dr. adm. 1995, n° 233). De même, le compromis de vente n'a pas été soumis au directoire pour approbation ni au conseil de surveillance pour avis.

2.3 Une capacité globale de 340 places, centrée sur la gériatrie

Le centre hospitalier de Jouarre disposait au 1^{er} janvier 2018 d'une capacité globale de 315 lits et places (contre 400 lits en 2007¹⁹), qui se répartissait comme suit :

- 114 lits d'USLD (unité de soins de longue durée), dont 12 lits d'UHR (Unité d'Hébergement Renforcé). Cette unité propose un hébergement, des soins et des activités adaptées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles sévères du comportement ;
- 201 lits d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dont 12 lits réservés à l'accompagnement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et deux PASA (pôle d'activités de soins adaptés) de 14 places chacun, qui permettent d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ces pôles.

2.3.1 L'activité de l'USLD

L'USLD a une capacité, répartie sur quatre secteurs, de 114 lits (transfert de lits des centres hospitaliers de Meaux et Coulommiers en 2011 et 2012) dont une unité d'hébergement renforcé (UHR) de 12 lits depuis le 3^{ème} trimestre 2014. L'effectif médical est de deux praticiens hospitaliers.

¹⁷ Fermeture de l'activité sur le site de Saint Jean-les-deux-Jumeaux en novembre 2009, et de celui de la Ferté sous Jouarre en février 2010. La nomenclature FINESS n'a cependant pas été actualisée. Subsistent, en plus du n°FINESS de l'entité juridique 770130037, 770813814 Long Séjour Jouarre, 770813822 Long Séjour la Ferté sous Jouarre, 770813830 Long Séjour Saint-Jean les-deux-Jumeaux.

¹⁸ Instruction DGOS/PF1 n° 2015-104 du 1er avril 2015 relative aux modalités du processus de cession avec décote d'un terrain du domaine privé des établissements publics de santé (EPS).

¹⁹ 155 lits d'USLD, 184 lits de maison de retraite avec cure médicale, 61 lits de maison de retraite.

Trois quarts des nouveaux patients proviennent de l'hôpital et un quart de leur domicile ou d'un EHPAD (dont celui du centre hospitalier de Jouarre²⁰). Près de 80 % des nouveaux patients proviennent d'une structure du GHEF (contre seulement 20 % à 25 % à fin 2013).

À la fin 2016, les 111 patients de l'USLD avaient une moyenne d'âge de 79,5 ans (6 patients, soit 5 %, étaient âgés de moins de 60 ans). Le taux d'occupation était de 97 % à la fin de 2016 pour un objectif prévu au contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) de 98 %. Le GIR moyen pondéré (GMP) s'établissait à 824 (pour un objectif au CPOM d'au moins 800).

Tableau n° 4 : Résultats de l'activité de l'USLD

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Capacité autorisée	92	110	114	114	114	114
<i>dont UHR</i>	0	0	12	12	12	12
Activité théorique en nb de journées	33 580	40 150	41 610	41 610	41 610	41 610
Activité prévisionnelle						
en nb de résidents	83	99	99	108	111	111
en nb de journées	29 880	36 135	36 135	39 420	40 626	40 515
Taux d'occupation prévisionnel	88,98%	90,00%	86,84%	94,74%	97,64%	97,37%
Activité réelle						
en nb de résidents	68	89	101	110	111	105
en nb de journées	24 926	32 492	36 828	40 069	40 456	38 561
Taux d'occupation réel	74,23%	80,93%	88,51%	96,30%	97,23%	92,67%
Écart						
en nb de journées	-4 954	-3 643	693	649	-170	-1 954
en %	-16,58%	-10,08%	1,92%	1,65%	-0,42%	-4,82%

Source : CRC Île-de-France (d'après les données de l'établissement)

L'activité a baissé en 2017, ce qui est contradictoire avec le manque de lits en USLD dans le département et dénote un problème d'attractivité pour l'établissement.

2.3.2 L'activité de l'EHPAD

L'EHPAD est d'une capacité de 201 lits dont 12 places installées à l'unité Alzheimer et deux PASA de 12 places chacun. L'équipe médicale est composée de 3 médecins hospitaliers (2,6 ETP) dont un médecin coordonnateur.

Les trois quarts des admissions sont en provenance du GHEF, soit un quart en provenance du centre hospitalier de Meaux et le reste en provenance du centre hospitalier de Coulommiers.

Les patients avaient une moyenne d'âge de 83 ans et 2 mois à fin 2016. Un tiers étaient éligibles à l'aide sociale. La dernière coupe Pathos 2015, validée en 2016 par les autorités de contrôle, a démontré un niveau de dépendance élevé comme l'atteste le GIR moyen pondéré (GMP) qui s'élève à 713, avec 60% des résidents admis en GIR 1 ou 2.

Le nombre de journées réalisées en EHPAD a baissé de 1 % entre 2016 et 2017.

²⁰ Données sur le flux entre l'EHPAD et l'USLD non transmises par l'établissement

Tableau n° 5 : Résultats d'activité EHPAD.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Capacité autorisée	201	201	201	201	201	201
dont PASA	0	0	0	24	24	24
Activité théorique en nb de journées	73 365	73 365	73 365	73 365	73 365	73 365
Activité prévisionnelle						
en nb de résidents	208	196	196	195	197	196
en nb de journées	74 880	71 540	71 540	71 175	72 102	71 905
Taux d'occupation prévisionnel	102,07%	97,51%	97,51%	97,01%	98,28%	98,01%
Activité réelle						
en nb de résidents	205	196	192	192	192	190
en nb de journées	73 956	71 377	70 252	70 089	70 196	69 301
Taux d'occupation réel	100,81%	97,29%	95,76%	95,53%	95,68%	94,46%
Ecart						
en nb de journées	-924	-163	-1 288	-1 086	-1 906	-2 604
en %	-1,23%	-0,23%	-1,80%	-1,53%	-2,64%	-3,62%

Source : CRC Île-de-France (d'après les données de l'établissement)

Le taux d'occupation (94,46 %) est passé en-deçà du taux plancher de 95 % retenu pour l'application de la convergence tarifaire²¹ et du taux prévu de 98 % à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), qui fait référence pour les EHPAD publics en Île-de-France. Comme pour l'USLD, cette baisse signale un manque d'attractivité de l'établissement.

2.3.3 Le fonctionnement des unités Alzheimer

Après l'annonce du plan Alzheimer 2008/2011, l'établissement a décidé en janvier 2010 de candidater pour la création d'unités d'hébergement renforcé Alzheimer (UHR), sur la base de la circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social de ce plan.

Le projet, abandonné dans un premier temps, a été repris lors de la nomination du nouveau directeur en 2012, pour être acté en janvier 2013²². Le dossier final a été déposé en mai 2014. Les dossiers pour les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ont été déposés en juin 2014 par l'établissement : un, pour un PASA de 14 places sur les Logis de la Dhuy et un autre pour un PASA de 14 places sur le bâtiment Ambroise Paré.

La création de ces unités renforcées Alzheimer a été officialisée en janvier 2015 au moment de la signature de la convention tripartite EHPAD. Elle visait à mieux accompagner les résidents de l'établissement présentant une maladie de type Alzheimer ou apparentée associée à des troubles modérés du comportement. Assimilable à un accueil de jour interne, le PASA n'est pas ouvert à un recrutement extérieur à l'établissement. Il prend en charge à la journée des résidents accueillis dans les unités d'hébergement dites classiques.

²¹ L'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 prévoit une convergence linéaire des établissements (EHPAD et petites unités de vie financées au regard de leur groupe iso-ressources moyen pondéré en soins) vers le forfait global de soins issu de l'équation tarifaire sur une période transitoire de sept ans s'étalant de 2017 à 2023.

²² Selon le procès-verbal du conseil de surveillance du 31 janvier 2013.

L'appellation PASA²³ correspond à une labellisation et non pas à une autorisation d'activité supplémentaire en termes de capacité. Le public accueilli en PASA est donc issu des unités d'hébergement spécialisées Alzheimer déjà existantes au sein de l'EHPAD.

Le premier PASA « Les Lilas » est ouvert depuis le 1^{er} février 2015. Il se situe au rez-de-chaussée du bâtiment « Les Logis de la Dhuy ». Le second PASA « Picasso » est ouvert depuis le 1^{er} septembre 2015²⁴. Il se situe en rez-de-jardin du bâtiment « Ambroise Paré ».

L'avenant à la convention tripartite EHPAD, actant la création de ces unités et le renforcement des effectifs (+9,2 ETP), n'a été finalisé qu'en octobre 2016. Les arrêtés de création des PASA « Les Lilas » et « Picasso » datent du 13 février 2017.

L'établissement a aussi ouvert le 1^{er} mai 2015 une unité d'hébergement renforcé (UHR) de 12 lits. Par convention en date du 18 octobre 2015, le centre hospitalier de Jouarre a bénéficié, au titre du fonds d'intervention régional (FIR), d'une aide de 50 000€ pour réaliser les investissements nécessaires.

Par manque d'effectifs soignants, l'une des deux unités PASA a été temporairement fermée de janvier à septembre 2018.

2.3.4 Le cas de l'accueil de jour itinérant pour personnes atteintes d'Alzheimer

Lors de la signature de la convention tripartite EHPAD en janvier 2015, a été également actée la création d'un accueil de jour itinérant (AJI) de 10 places permettant d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées à un stade léger ou modéré et vivant à leur domicile.

L'arrêté de création date du 17 août 2016 et la visite de conformité du 29 août 2016. Le dispositif a été déployé à compter du 1^{er} octobre 2016 sur les communes de Coulommiers, Boissy-le Châtel, Crécy-la-Chapelle, Lizy-sur-Ourcq et Jouarre, à raison d'une séance par semaine. Le projet a été confié à une infirmière (pour 70 % de son temps de travail) et à une équipe de 2,4 ETP.

Si un dépliant informatif, le contrat d'accueil et le règlement intérieur ont été publiés, le projet de service, document pourtant obligatoire²⁵, n'a pas été produit.

En 2016 comme en 2017, les rapports d'activité prévus par le code de l'action sociale et des familles à l'article R. 314-50 n'ont pas été établis. Un bilan a cependant été fait en juillet 2018. En outre, le manque de personnel soignant a rendu inopérant le fonctionnement de ce service, pour une partie des permanences prévues, par exemple à la Ferté-sous-Jouarre, à partir du second semestre 2017. Or, la structure doit être ouverte au moins 5 jours par semaine et a *minima* 260 jours par an. Le financement accordé par l'ARS Île-de-France et le département dépend de l'activité prévisionnelle et du tarif à la place.

²³ Pôles d'activités et de soins adaptés

²⁴ À noter, l'unité PASA « Picasso » est installée fin 2016 dans le bâtiment Ambroise Paré, faisant pourtant l'objet de réserves de la part des autorités de contrôle suite à la visite de conformité du 19 août 2015.

(4) ²⁵ Les textes applicables pour un service d'accueil de jour sont :

- L'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- L'arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux forfaits journaliers ;
- Le décret n°2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour ;
- La circulaire n° DGCS /SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour,
- La circulaire n° DGCS/5C/DSS/CNSA/2013/106 du 15 mars 2013 relative aux orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.
- Circulaire n° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.
- Arrêté du 6 juillet 2016 fixant les montants plafonds des forfaits journaliers mentionnés à l'article R. 314-207, au 1° de l'article D. 313-17 et à l'article D. 313-20 du code de l'action sociale et des familles.

Rappel au droit n° 1 : Finaliser le projet de service et le rapport d'activité de l'accueil de jour, tels que prévus respectivement à l'article L.311-8 et à l'article R.314-50 du code de l'action sociale et des familles.

2.3.5 Des partenariats pour la prise en charge à domicile

Depuis 2013, et après des travaux de mise en conformité du bâtiment le Château, le centre hospitalier de Jouarre accueille un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et des consultations gériatriques par des médecins libéraux qui répondent à une forte demande de la population.

2.4 Un établissement qui n'atteint pas la taille critique

2.4.1 Les contraintes liées au statut d'établissement public de santé

Le législateur ayant décidé d'unifier le statut juridique des établissements publics de santé, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi Hôpital Patients Santé et Territoires a supprimé la catégorie des hôpitaux locaux (HL).

Les lois de financement de la sécurité sociale successives n'ont cependant pas remis en cause la dérogation d'un financement à la tarification à l'activité (T2A) pour les ex-HL exerçant une activité de médecine. Ces derniers ont continué à être financés jusqu'en 2016 en dotation annuelle de financement (DAF). Cette dérogation au droit commun a pris fin le 1^{er} janvier 2015 avec un passage à la tarification à l'activité, qui a affaibli la majorité de ces établissements.

Comme d'autres anciens hôpitaux locaux, le centre hospitalier de Jouarre est donc devenu à cette date un établissement public de santé (EPS), présentant la double particularité, d'une part, de ne plus recevoir de dotation annuelle de financement (DAF) et d'être soumis à des systèmes de tarification tripartites spécifiques (EHPAD et USLD), et d'autre part, de ne plus avoir de budget H (hôpital) donc de recettes liées à une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique.

À la différence de nombre d'anciens hôpitaux locaux, le centre hospitalier de Jouarre n'a pas profité des mesures législatives issues de la LFSS 2015, notamment de l'article 52 définissant la catégorie des hôpitaux de proximité, pour clarifier son statut. Même s'il n'est pas le seul dans ce cas en France, la question reste donc entière du statut exact du centre hospitalier de Jouarre, y compris au regard de la nomenclature comptable applicable²⁶.

À partir de 2015, le Gouvernement a fixé aux hôpitaux de proximité l'objectif de renforcer, au profit notamment des personnes âgées, l'offre de premier recours au travers de consultations avancées spécialisées et d'une meilleure articulation entre le sanitaire et le médico-social.

Dans le projet de transformation du système de santé, le Gouvernement a annoncé en septembre 2018 vouloir aller plus loin dans cette direction, en créant une nouvelle catégorie d'établissements, les hôpitaux de proximité, chargés notamment de la prise en charge des personnes âgées. Le centre hospitalier de Jouarre pourrait profiter de ce nouveau cadre réglementaire pour clarifier définitivement son statut.

²⁶ M21 pour des établissements publics de santé, M22 pour des établissements sociaux et médico-sociaux public

2.4.2 L'absence de DIM au sein de l'établissement

Même si sa présence n'implique pas nécessairement la constitution d'un département d'information médicale (DIM) ou service d'information médicale (SIM), la nomination d'un DIM est obligatoire dans tout établissement de santé, au regard de l'article L. 710-6 du code de la santé publique.

Le centre hospitalier de Jouarre ne respecte pas l'obligation de désignation d'un DIM. La mise en place du GHT au 1^{er} juillet 2016 aurait dû être l'occasion de combler ce manque. La fusion-absorption par le GHEF apporte une solution au 1^{er} janvier 2019.

2.4.3 L'absence de schéma informatique

Aucun audit du système d'information n'a été effectué sur la période et le centre hospitalier de Jouarre ne dispose pas de schéma directeur informatique à jour. Il n'existe pas de carte formalisée des systèmes d'information. Il n'y a pas non plus de responsable désigné pour le système d'information, le poste ayant été supprimé en 2014, ni d'instance de type comité stratégique ou comité de pilotage. Entre 2012 et 2017, l'établissement n'a jamais participé à des appels à projets. Le programme « *Hôpital Numérique* », lancé au niveau national en 2012, prévoyait non seulement une boîte à outils mais également des financements via des appels à projets gérés au niveau de l'ARS Île-de-France. L'établissement n'a jamais eu recours ni à l'une ni aux autres.

Pourtant, le projet d'établissement 2012-2017 consacrait une large part au système d'information. À fin mars 2018, le projet n'avait pas abouti, les dossiers patients n'étant toujours pas informatisés au sein des unités de soins de longue durée. Le seul chantier ayant avancé était celui sur le circuit du médicament. Sans doute la succession de directeurs par intérim, et leur temps de présence limité dans l'établissement ont-ils pu nuire au suivi des projets informatiques.

En contradiction avec le projet d'établissement, aucun investissement majeur n'a été programmé entre 2012 et 2017. Les dépenses informatiques ont été de l'ordre de 20 K€ par an. Avec un taux de 0,2 % en moyenne des dépenses totales, elles sont très nettement en retrait de la moyenne des établissements publics de santé²⁷.

Alors qu'il disposait de marges de manœuvre financières, le centre hospitalier de Jouarre s'est fragilisé en négligeant les investissements de mise à niveau de son système d'information. En ne procédant pas comme prévu au déploiement du dossier patient informatisé, il a compliqué la gestion au quotidien ainsi que l'appréciation de la juste tarification des activités.

En ce qui concerne l'infrastructure, le centre hospitalier de Jouarre est toujours sur le même serveur internet que les établissements de Brie Comte-Robert et Tournan-en-Brie alors que la convention de direction commune a été dénoncée en juillet 2016. Les conventions auprès des prestataires n'ont pas été actualisées.

Un plan de reprise d'activité a été formalisé en juin 2014. Il comporte l'ensemble des dispositions techniques et organisationnelles permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

La gestion d'un système d'information constitue un levier central de réussite du GHT en appui du projet médical et du projet de soins. La création du GHT Est Francilien est une opportunité pour avancer vers un système d'information partagé.

²⁷ De l'ordre de 1,93% selon les données de l'enquête de la Cour des Comptes sur les systèmes d'information hospitaliers

2.5 La création puis l'extension du GHEF et l'intégration par à-coups du centre hospitalier de Jouarre

Sous l'intitulé GHEF (groupement hospitalier de l'Est Francilien), ont existé plusieurs formes juridiques : d'abord un GCS (groupement de coopération sanitaire), puis un GCS de moyens, et enfin un établissement de santé unique.

2.5.1 La constitution en 2005 sous forme de groupement de coopération sanitaire (GCS)

En mai 2005, tirant les conséquences d'exigences de plus en plus fortes tant en termes de normes de sécurité sanitaire que contraintes budgétaires, les établissements hospitaliers de Coulommiers, Marne-la-Vallée et Meaux, ont décidé²⁸ de constituer un groupement de coopération sanitaire (GCS) ayant comme siège social le centre hospitalier de Coulommiers.

La convention constitutive a été approuvée par l'ARH Île-de-France par arrêté n° 05-12 du 4 mai 2005 et signée par les parties le 7 juillet 2005. Le GCS est géré par un administrateur élu parmi les représentants des membres fondateurs (en 2006, le directeur du centre hospitalier de Lagny). Au départ, le GHEF est avant tout un GCS de coordination. La décision de l'ARS de lui confier l'intérim de la direction du centre hospitalier de Meaux, en grande difficulté, a été une décision préfiguratrice d'une direction commune entre les trois établissements membres, mise en place à effet du 16 octobre 2009.

2.5.2 L'évolution avec la loi HPST vers un GCS de moyens

Les établissements hospitaliers de Coulommiers, Marne-la-Vallée et Meaux ont choisi de faire évoluer le GHEF vers un GCS de moyens en 2009 en transférant son siège social au centre hospitalier de Meaux tout en en le renommant « Groupe Hospitalier de l'Est Francilien (GHEF) »²⁹.

L'avenant n°1 à la convention constitutive a été approuvé en assemblée générale le 8 mars 2012. L'objectif était de « mutualiser des moyens de toute nature, que ce soit des moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, des équipements (équipements d'imagerie, plateaux techniques...) ou des moyens immobiliers, fonciers ou encore systèmes d'information... La mise en commun de moyens doit également s'appliquer aux fonctions administrative, logistique, technique ou médicotechnique, ainsi qu'à l'ensemble des moyens nécessaires aux soins (bloc opératoire par exemple), ou encore aux activités d'enseignement et de recherche ».

La priorité a été donnée au projet médical par rapport à la gestion ou la mutualisation des fonctions supports.

Avec près de 5 900 professionnels, dont 844 personnels médicaux, 2 040 lits et places et environ 453 M€ de budget annuel, le GHEF devient fin 2009 le premier groupement hospitalier public régional après l'AP-HP. Il présente une offre sanitaire et médico-sociale complète à mi-chemin entre la densité urbaine parisienne et l'ouest rural de la Seine-et-Marne. L'objectif est alors « *d'impulser et organiser la mise en cohérence des spécialités médicales, chirurgicales ou médicotechniques pour une meilleure coordination stratégique des activités des*

²⁸Le projet a été validé par les instances du centre hospitalier de Meaux le 4 avril 2005, du centre hospitalier de Lagny le 5 avril 2005, le centre hospitalier de Coulommiers le 4 avril 2005.

²⁹ Sur le sujet, voir le rapport de la CRC Île-de-France sur le centre hospitalier de Meaux, sur les exercices 2006 et suivants, publié en 2013

établissements membres..., notamment de réaliser des filières de soins gradués sur l'ensemble du territoire ».

Ainsi, la stratégie, les affaires médicales, l'organisation et les systèmes d'information, les finances et l'analyse de gestion, les achats, le patrimoine et la logistique, les investissements, les travaux et la maintenance sont des ressources gérées et placées au niveau de la direction commune. La mutualisation doit s'étendre dans un second temps aux activités médicotecniques (pharmacie à usage unique intérieur, laboratoires d'analyses).

L'administrateur du GHEF est le directeur général commun aux trois établissements de Coulommiers, Lagny et Meaux. Chaque centre hospitalier est dirigé par un directeur délégué de site et dispose d'une direction des ressources humaines et d'une direction des soins séparées. Chacun conserve en propre ses moyens et ses ressources relatifs aux services cliniques. Les présidents et vice-présidents des commissions médicales d'établissement participent aux réunions du conseil de gestion du GCS trois ou quatre fois par an.

2.5.3 L'intégration en 2012 du centre hospitalier de Jouarre dans le GCS en tant que membre associé

Le centre hospitalier de Jouarre n'est pas partie prenante au GCS à la création de ce dernier en 2005 alors qu'historiquement, il est un hôpital du territoire de santé Nord-Seine-et-Marne et qu'il a développé des coopérations étroites avec le centre hospitalier de Coulommiers notamment car l'intérim de direction est assuré par le directeur du centre hospitalier de Coulommiers ou l'un de ses adjoints.

En juillet 2012, la directrice générale du GHEF décide, afin de compléter la filière gériatrique inter-hospitalière constituée dans le Nord-Seine-et-Marne, d'intégrer le centre hospitalier de Jouarre dans le GCS.

Un projet d'avenant n°2 à la convention constitutive est finalisé le 8 août 2012 et soumis pour approbation au conseil de surveillance du centre hospitalier de Jouarre du 27 septembre 2012. Lors de l'assemblée générale du 26 avril 2013, les membres fondateurs du GCS valident l'adhésion du centre hospitalier de Jouarre. L'avenant n°2 est signé le 6 mai 2013 et approuvé par l'ARS le 20 février 2014.

En contradiction avec l'article 8 de la convention et aussi les termes du projet approuvé par les instances du centre hospitalier de Jouarre à l'automne 2012, cette adhésion se fait sans apport de capital. Le centre hospitalier de Jouarre est également exonéré de la participation aux dettes du GCS, selon l'article 7. De fait, comme mentionné dans les articles 13 et 15 de la convention constitutive, il a un statut de membre associé, sans droit de vote et avec une participation limitée au conseil de gestion, alors que cette catégorie de membre n'est pas définie dans la convention constitutive.

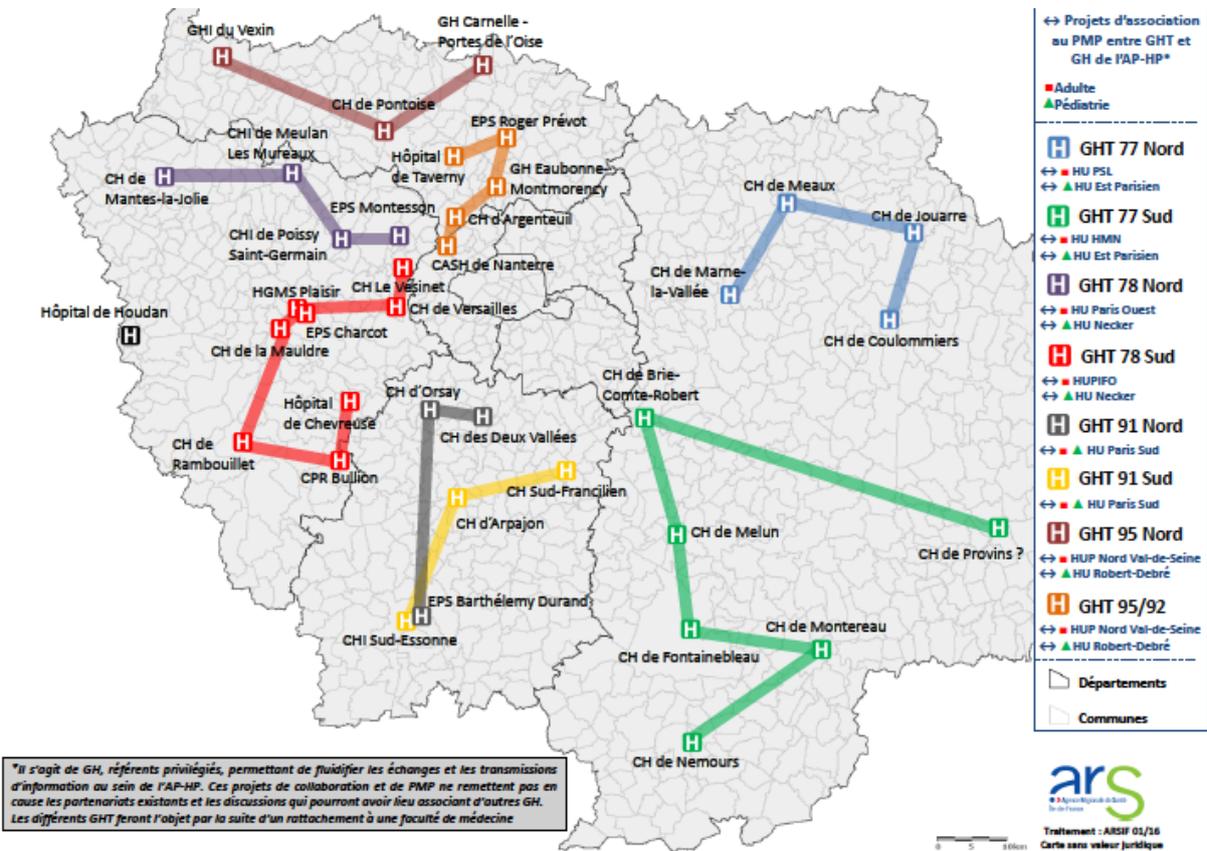
De plus, alors que la direction commune entre les établissements membres du GCS fait partie intégrante du projet, comme rappelé à l'article 12 de la convention constitutive, le centre hospitalier de Jouarre n'est pas intégré à la convention de direction commune du GHEF. En revanche, il participe à la mutualisation des fonctions. Jusqu'en mars 2014, le centre hospitalier de Jouarre est ainsi membre associé du GHEF et dirigé par intérim par un directeur adjoint du GHEF et directeur délégué du site de Coulommiers.

L'intérim de direction est ensuite repris à compter du 1^{er} avril 2014 par le directeur du centre hospitalier de Brie Comte Robert et de l'établissement public gériatrique de Tournan-en-Brie qui n'est pas membre du GHEF. Même si le centre hospitalier de Jouarre reste membre associé du GCS et si les mutualisations opérationnelles continuent de fonctionner, les liens se distendent entre les deux entités.

2.5.4 La création du GHT en juillet 2016

Le 1^{er} juillet 2016 est mis en place le groupe hospitalier de territoire GHT 77 Nord³⁰. Alors qu'un accord ne peut être trouvé avec le centre hospitalier de Provins, le GHEF au travers de son nouveau directeur général nommé en mai 2015 propose au centre hospitalier de Jouarre d'intégrer le GHT pour en être co-fondateur.

Carte n° 2 : Carte des GHT en Île-de-France, pour la Grande Couronne



Source : ARS Île-de-France

Le projet de convention constitutive est adopté par les instances du centre hospitalier de Marne-la-Vallée (15 juin 2016), de Meaux (17 juin 2016), de Coulommiers (22 juin 2016) et de Jouarre (20 juin 2016). Le centre hospitalier de Coulommiers est désigné comme établissement support.

³⁰ Les GHT sont régis par les articles les articles L. 6132-1 à L. 6132-6 du code de la santé publique ainsi que par les dispositions du décret n°2016-524 relatif aux groupements hospitaliers de territoire du 27 avril 2016. À la différence des GCS, les GHT n'ont pas de personnalité morale.

Différentes instances sont créées : un comité stratégique, un comité d'élus, une représentation des usagers, une instance représentant les personnels (conférence territoriale du dialogue social), un collège médical, une commission de soins infirmiers et de rééducation médicotechnique (CSIRMT) de groupement.

À l'article 14 de la convention, la direction commune déjà en place pour les trois premiers établissements est étendue au centre hospitalier de Jouarre. Le centre hospitalier de Jouarre se trouve donc à nouveau intégré au GHEF et dirigé par son directeur général. En effet, le directeur général du GHEF devient donc le 1^{er} juillet 2016, par arrêté du centre national de gestion (CNG) du 12 juillet 2016, directeur du centre hospitalier de Jouarre et donc de l'ensemble des établissements parties prenantes au GHT, ce qui limite le caractère coopératif de cette entité.

2.5.5 La filière gériatrique dans le cadre du GHT

La filière gériatrique a été mise en place, assez tardivement, en juin 2015 dans le Nord-Seine-et-Marne. Les centres hospitaliers de Coulommiers, Marne-la-Vallée, Meaux et Jouarre en font partie. Des EHPAD, un SSIAD, le réseau gérontologie oncologie GOSPEL, la maison d'accueil et d'information Alzheimer (MAIA), le centre local et d'information coordination en gérontologie (CLIC) ainsi que les principales associations de patients du territoire sont associés à cette filière. Le centre hospitalier de Meaux est l'établissement support, assurant la coordination et percevant à ce titre une dotation de la part de l'ARS Île-de-France de l'ordre de 50 K€ par an et la cheffe de pôle gériatrie du centre hospitalier de Coulommiers est l'animatrice de cette filière.

Un plan d'action et des orientations précis ont été fixés par l'ARS Île-de-France et un comité de coordination se réunissant une fois par an suit les actions concrètes sur le terrain. Mais, selon les conclusions de l'audit externe mené début 2018, l'impact sur l'activité du centre hospitalier de Jouarre est encore limité.

2.6 Un effort de mutualisation des fonctions support mené hors du GHEF

Alors que le travail en coopération sur les affaires médicales, y compris sur la filière gériatrique s'est mis en place entre le centre hospitalier de Jouarre et le GHEF, certains projets de mutualisation des fonctions support ont été développés en dehors de ce dernier.

2.6.1 Le plateau médicotechnique

2.6.1.1 Le laboratoire d'analyses

Historiquement, l'établissement avait un partenariat avec un laboratoire de ville,³¹. En avril 2013, alors que ni le tarif ni la qualité des prestations du laboratoire privé ne sont mis en cause, le directeur adjoint du centre hospitalier de Coulommiers et directeur par intérim du centre hospitalier de Jouarre, signe une convention pour regrouper sur le site de Coulommiers l'ensemble des examens de biologie médicale.

³¹ La moyenne des dépenses auprès de ce laboratoire était de l'ordre de 50 000 €/60 000 € et jusqu'à 92 000 € pour l'année 2012

Le centre hospitalier de Jouarre, au plan du système informatique du laboratoire et dans le cadre de cette convention, est considéré comme un service interne. Les prestations sont facturées sur la base de 0,27 € TTC pour les lettres B et BHN, soit 100 % du tarif remboursé par l'assurance maladie. Le coût des prélèvements et d'acheminement des échantillons sont à la charge du centre hospitalier de Jouarre.

Selon la base d'Angers, le coût standard pour acte de biologie ressortait à 0,206 € en 2014. La refacturation du centre hospitalier de Coulommiers au centre hospitalier de Jouarre revient donc (sans tenir compte du coût additionnel des prélèvements et de l'acheminement) à une surfacturation de l'ordre de 30 % ou 30 K€ par an³².

Au 1^{er} janvier 2017, suite à la constitution du GHEF, un avenant a été signé pour constater la poursuite de la convention³³. Le tarif a été maintenu. Les prestations sont réalisées par le laboratoire de biologie médicale multi-site du GHEF, issu de la fusion des laboratoires des centres hospitaliers de Coulommiers, Marne la Vallée (et Meaux).

2.6.1.2 La pharmacie

L'établissement a mis en place une pharmacie à usage interne (PUI) pour l'ensemble des services. Elle réalise une DHIN (dispensation hebdomadaire individuelle nominative) pour l'ensemble des patients et résidents. Des dotations globales sont également renouvelées de façon hebdomadaire pour assurer les besoins urgents.

La PUI est ouverte de 9h00 à 16h30 avec un accueil pour les soignants le matin entre 11h00 et 12h00 et l'après-midi entre 15h00 et 16h00. Elle emploie un pharmacien praticien hospitalier et quatre ETP préparateurs en pharmacie.

Depuis 2013, le pharmacien partage son temps de travail entre le centre hospitalier de Jouarre (0,8 ETP) et celui de Coulommiers (0,2 ETP) sans que ceci soit formalisé par une convention de mise à disposition.

Le centre hospitalier de Jouarre a été sélectionné, avec quatorze autres organismes, par l'ARS Île-de-France comme établissement pilote du plan d'action d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD. Le pharmacien a participé, de juin 2016 à janvier 2017, à cinq réunions organisées par un cabinet de consultants ayant accompagné la mise en œuvre d'actions et l'évaluation de son impact (sensibilisation à la notification des effets indésirables et erreurs médicamenteuses, réalisation d'un autodiagnostic de la prise en charge médicamenteuse, mise à disposition de protocoles pour diminuer la consommation en psychotropes, amélioration de la traçabilité de l'administration, etc.). Cette opération s'est faite sans coordination avec le GHT Est Francilien.

2.6.1.3 L'hygiène hospitalière

L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH) est externalisée auprès de l'interCLIN (ou réunion des CLIN)³⁴ du Nord Seine et Marne.

Un praticien intervient 29 demi-journées par an et un IDE hygiéniste 19 demi-journées par an. Le recours à un avis infectiologue se fait par le médecin infectiologue de l'InterCLIN. Le recours à un infectiologue le week-end est également organisé.

³² Sur la base de 108 312,66 € de dépenses de laboratoire (compte 61113) en 2014

³³ Avec une erreur dans le rappel du partenariat car il est fait mention du GCS de moyens alors que la convention initiale de 2014 a été signée entre le centre hospitalier de Jouarre et le centre hospitalier de Coulommiers et non le GCS de moyens.

³⁴ Comité de lutte contre les infections nosocomiales

Des actions de formation en hygiène sont dispensées en interne par l'EOH dans l'ensemble des services. Les procédures et protocoles nécessaires aux bonnes pratiques en hygiène sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée et par voie d'affichage dans les services de soins. Ces documents sont réévalués régulièrement par le CLIN de l'établissement.

La chambre constate que la convention d'adhésion du centre hospitalier de Jouarre à l'interCLIN du Nord Seine-et-Marne à effet du 1^{er} janvier 2011 n'a pas été soumise aux instances. Elle ne comprend pas d'annexe financière fixant le niveau de la facturation.

2.6.2 Les fonctions hôtelières

2.6.2.1 La blanchisserie

La BIH 77³⁵, blanchisserie inter-hospitalière de Seine-et-Marne, constituée en janvier 2002 sous forme de groupement de coopération sanitaire (GCS)³⁶, est née de la volonté de quatre établissements hospitaliers de Seine-et-Marne, le centre hospitalier de Coulommiers, Meaux, Marne-la-Vallée³⁷ et Melun (Marc Jacquet)³⁸, rejoints par le centre hospitalier Léon Binet de Provins³⁹, de regrouper leurs blanchisseries internes dans une seule et même installation.

L'objectif était non seulement d'être conforme aux normes les plus récentes mais également d'améliorer la qualité et de baisser les coûts de la fonction linge.

La BIH 77 emploie 70 agents et traite près de 15 tonnes de linge par jour. Le site, sur 6 400 m² de bâtiment et 12 000 € de m² de terrain, dans la zone industrielle de Meaux, comprend un équipement performant (deux convoyeurs pour le linge sale, 16 stations de tri, trois tunnels de lavage, deux presses, une essoreuse centrifuge, quatre laveuses essoreuses, un tunnel de désinfection, un tunnel de finition, des robots de pliage, trois trains de repassage et un stockeur dynamique robotisé) et de grande capacité.

Dès l'ouverture de l'usine, la BIH a été confrontée à des difficultés de fonctionnement⁴⁰ : problèmes d'adéquation des capacités de production à la demande ; disparités entre sites utilisateurs sur la qualité du linge et le circuit de collecte. Des défauts dans la qualité du linge nettoyé, voire des pertes d'articles, ont été constatés.

Conformément à l'article R.6133-7 du code de la santé publique, la participation des membres aux charges du GCS consiste en une contribution financière et/ou une mise à disposition de personnel.

Les charges du GCS ont fortement progressé entre 2012 et 2017.

³⁵ GCS immatriculé sous le N°SIRET 26931399500012, siège social 202 avenue Jean Jaurès 93330 Neuilly-sur-Marne.

³⁶ Convention constitutive du 2 décembre 2008, avenant n°1 en date du 10 septembre 2009, avenant n° 2 en date du 19 janvier 2011, avenant n°3 NC, avenant n°4 du 14 décembre 2012.

³⁷ 59% des voix.

³⁸ 21% des voix.

³⁹ 13% des voix (intégré en septembre 2009).

⁴⁰ Selon le procès-verbal du conseil de surveillance du centre hospitalier de Jouarre du 9 avril 2013.

Tableau n° 6 : Évolution des charges du GCS

	2013	2016	2018 (prev)
Charges	4 838 480 €	NC	9 226 695 €
Produits	3 616 312 €	NC	9 146 695 €
Facturation complémentaire	1 222 168 €	NC	80 000 €
Taux de couverture des produits/charges	74,7%	NC	99,1%
Coût pour le centre hospitalier de Jouarre	338 694 €	491 997 €	645 869 €
Charges d'exploitation	15,1 M€	16,445 M€	16,4 M€
Part des charges d'exploitation	2,2%	3%	3,9%

Source : BIH 77

Le centre hospitalier de Jouarre a rejoint le GCS lors de l'assemblée générale du 14 décembre 2012 par avenant n°4 du 14 décembre 2012 à la convention constitutive signé par le directeur par intérim du centre hospitalier de Jouarre en poste alors. La chambre n'a pas trouvé trace de l'approbation du conseil de surveillance ou du directoire de cette adhésion à la BIH 77.

En outre, malgré sa demande, la chambre n'a pas eu communication d'une étude économique réalisée avant cette opération d'externalisation.

Sur la base de 200 tonnes par an, le coût au kilo de linge est passé de 1,69 € en 2013 à 3,23 € en 2018.

Le montant refacturé par la BIH 77 s'élevait à 487 555 € en 2017, en croissance de +40 % par rapport à la référence de l'année 2013⁴¹.

Tableau n° 7 : Historique des refacturations de la BIH 77

	2013	2014	2015	2016	2017
JANVIER	0,00 €	34 938,37 €	42 880,45 €	33 657,79 €	45 508,57 €
FÉVRIER	0,00 €	32 414,77 €	40 810,35 €	32 631,62 €	39 571,31 €
MARS	0,00 €	37 266,25 €	39 600,17 €	36 856,38 €	42 618,60 €
AVRIL	0,00 €	34 158,37 €	44 386,03 €	20 618,98 €	38 788,98 €
MAI	0,00 €	30 570,77 €	39 371,98 €	34 136,33 €	45 605,88 €
JUIN	27 300,63 €	36 040,56 €	40 734,23 €	35 211,11 €	42 065,58 €
JUILLET	30 275,92 €	38 793,27 €	40 130,83 €	34 248,29 €	41 051,75 €
AOÛT	30 006,70 €	36 576,44 €	42 001,89 €	37 961,63 €	40 536,33 €
SEPTEMBRE	31 821,87 €	36 937,83 €	41 837,11 €	34 463,23 €	39 031,23 €
OCTOBRE	27 912,79 €	39 625,58 €	40 033,84 €	33 264,87 €	39 733,04 €
NOVEMBRE	26 223,53 €	33 347,79 €	38 392,09 €	33 956,60 €	36 721,72 €
DÉCEMBRE	29 816,84 €	41 817,91 €	39 409,79 €	34 476,64 €	36 322,25 €
Montant de la refacturation au centre hospitalier de Jouarre	203 358,28 €	432 487,91 €	489 588,76 €	401 483,47 €	487 555,24 €

Source : établissement

⁴¹ Sur la base d'une facturation de 348 694 € à fin 2013 (203 358 € sur 7 mois, soit l'équivalent de 348 613 € sur l'année).

Selon une étude du Résah Ile de France⁴², le coût médian était 1,85 € par kilo en 2015 en Île-de-France. Le standard national, selon la base d'Angers, se situait entre 1,64 € et 1,91 € par kilo. Dans tous les cas, le prix facturé par la BIH77 est supérieur de 75 % à ces référentiels. La chambre note que le directeur adjoint du GHEF, directeur par intérim du centre hospitalier de Jouarre, a été nommé directeur opérationnel de la BIH 77 en 2013, ce qui pouvait le placer en position de conflit d'intérêts.

Dans sa réponse à la chambre, le directeur reconnaît le surcoût, mais pour se défendre, indique qu'il faut « prendre en compte le prix de production à l'article blanchi et non pas au poids traité. Si la BIH77 affiche un prix bas sur la "grande cavalerie" (cf. linge petit et grand plat – draps, alèses, serviettes - et vêtement de travail), elle affiche un prix élevé sur les articles de linge personnel des résidents. C'est le cas de toutes les blanchisseries hospitalières et si la "grande cavalerie" oscille entre 1,2 à 1,7 € du kilo, le linge personnel des résidents va dépasser les 3,5 euros au kilo. Il s'agit en effet d'une prestation personnalisée, avec suivi nominatif, de type pressing de ville, qui est particulièrement lourde et exigeante en gériatrie, avec les surcoûts y afférents ».

La chambre maintient son observation sur la nécessité d'une étude économique détaillée, intégrant cette distinction, et permettant de justifier le recours pour le centre hospitalier de Jouarre aux services de la BIH 77.

Lors de son audition devant la chambre, le directeur général actuel du GHEF a défendu l'outil industriel de la BIH 77 et confirmé qu'il fallait distinguer coût de revient pour le nettoyage du linge plat et celui du linge des résidents. Il a mentionné, sans en apporter la preuve, le changement de mode de tarification en 2017 (facturation à la pièce et non plus au poids) dans le cadre d'une renégociation à l'échelle du GHEF (économie attendue de l'ordre de 300 0000 €).

2.6.2.2 La restauration

À l'été 2011, le directeur par intérim du centre hospitalier de Jouarre a décidé, à la demande de la directrice générale du GHEF, de transférer au centre hospitalier de Coulommiers la préparation des repas pour les résidents ainsi que le personnel du centre hospitalier de Jouarre (hors les petits déjeuners, les goûters ainsi que les compléments alimentaires pris en charge directement par l'établissement). L'intention était de permettre dans le cadre d'une stratégie gagnant/gagnant au centre hospitalier de Coulommiers de limiter les pertes sur ces fonctions supports et au centre hospitalier de Jouarre de réduire ses effectifs.

La chambre n'a cependant pas eu communication d'une étude économique préalable à sur cette opération d'externalisation dont le coût annuel s'est pourtant élevé à plus de 1,2 M€⁴³. Dans sa réponse à la chambre, l'ancien directeur indique qu'il faut ajouter à ce montant le coût des produits annexes (boissons, pains, viennoiseries) directement payés par le centre hospitalier de Jouarre pour un montant de 195 K€ par an, soit au total 1,4M€ en 2014.

La convention signée le 19 août 2011 avec effet au 29 août 2011 prévoit un prix du repas fixé à 5,83 €

Il ressort de la base d'Angers un standard national à 5,693 € par repas, soit un surcoût pour le centre hospitalier de Jouarre de 2,5 %, l'équivalent de 0,14 € par repas ou 30 K€ sur l'année⁴⁴.

⁴² Resah (Réseau des Acheteurs Hospitaliers), groupement d'intérêt public

⁴³ 1 178 562,47 € la première année pleine en 2012

⁴⁴ Sur la base de 201 734 repas facturés en 2012

En 2014, un avenant a été signé pour ajuster à 5,84 € le prix du repas. En 2015, le centre hospitalier de Coulommiers a proposé de passer le prix du repas à 5,94€, ce qu'a alors refusé l'ancien directeur. Le prix a finalement été maintenu à 5,84 € pour 2015.

Alors que la préparation des repas (en liaison froide) était confiée au centre hospitalier de Coulommiers depuis 2012, l'ancien directeur a décidé en 2014 d'engager des travaux sur la cuisine du site de Jouarre (création d'une cuisine de production interne en liaison chaude et froide⁴⁵).

Il a décidé de résilier, avec effet au 31 mai 2016, la convention avec le centre hospitalier de Coulommiers et de reprendre la restauration sur site afin à la fois d'abaisser le coût de revient et d'apporter, dans un contexte concurrentiel (EHPAD privés de Jouarre et de la Ferté-sous-Jouarre), une réponse de qualité.

Dans sa réponse à la chambre, l'ancien directeur mentionne comme autres arguments pour la résiliation : l'absence de visibilité sur l'évolution des charges, la vétusté des cuisines du centre hospitalier de Coulommiers ainsi que le transfert d'une partie des activités liées vers les centres hospitaliers de Marne-la-Vallée et de Meaux. Le projet était également de mutualiser la restauration avec le centre hospitalier de Brie Comte Robert et l'établissement public gérontologique de Tournan-en-Brie, dans le prolongement de la direction commune mise en place. Le chef cuisinier a d'ailleurs été partagé dès 2014 entre ces trois sites. Le projet était également, dans un second temps, à partir de 2017, d'assurer au sein du centre hospitalier de Jouarre la préparation des repas pour les écoles de la commune.

De même, il a décidé de passer par le groupement Résah Île-de-France pour l'achat des denrées alimentaires⁴⁶.

En outre, l'ancien ordonnateur estime que le contrat passé en 2011 avec le GHEF ne respectait pas les règles de la commande publique et que se posait par voie de conséquence un problème d'assujettissement à la TVA.

Au final, l'ancien directeur considère que, toutes ces mesures, à commencer par la réinternalisation de la cuisine permettait d'abaisser le coût global lié à la restauration de 1,4 M€ en 2014 à 1,2 M€ dès 2015 (y compris en intégrant l'amortissement des travaux), soit une économie de l'ordre de 130 K€ par an.

Le budget prévisionnel des travaux, d'abord estimé à 800 000 € TTC⁴⁷, a cependant rapidement été relevé à 900 000 € TTC. Au total, imputés sur les exercices 2015 et 2016, les travaux ont atteint 1 179 425 € auxquels il faut ajouter 134 698 € d'honoraires et 21 510 € d'achat d'équipements (hors marché). Certes, le projet a été entièrement autofinancé par l'établissement et réalisé dans des délais très brefs mais le dépassement du budget atteint plus de 400 000 € sur les seuls travaux soit 46 % du budget initial.

⁴⁵ En fait, aménagement d'une cuisine interne équipée pour la liaison froide.

⁴⁶ Conventions n°2017-011 et 012 du 17 mai 2017.

⁴⁷ Consultation en vue du recrutement d'un architecte en mars 2018.

Tableau n° 8 : Dépenses engagées pour les travaux de rénovation de la cuisine

<i>MARCHE RESTRUCTURATION D'UNE CUISINE</i>	H.T.	T.T.C
COUT HONORAIRES	112 248,33 €	134 698,00 €
COUT TRAVAUX	1 043 793,03 €	1 179 425,26 €
TOTAL	1 156 041,36 €	1 314 123,26 €
<i>HORS MARCHE</i>	H.T.	T.T.C
OT EGOUTAGE DE BACS 4 NIVEAUX	689,00 €	826,80 €
1 CHARIOT VAISSELLE HAUT 3 NIVEAUX AVEC HOUSSE	650,00 €	780,00 €
6 CHARIOTS MAX 2 NIVEAUX 160*60	948,00 €	1 137,60 €
2 BALANCES VALOR 2000	356,00 €	427,20 €
2 DERouleurs MURAL	216,00 €	259,20 €
8 CHARIOTS A GLISSIERES + 60 GRILLES	1 800,00 €	2 160,00 €
6 CHARIOTS A 20 GLISSIERES 2/1+ 60 GRILLES	1 914,78 €	2 297,74 €
DIVERS PETITS MATÉRIELS DE CUISINE	7 652,77 €	6 377,31 €
DIVERS PETITS MATÉRIELS DE CUISINE	6 726,28 €	8 071,54 €
TOTAL	20 952,83 €	22 337,39 €
TOTAL GENERAL	1 176 994,19 €	1 336 460,65 €

Source : Chambre d'après les données fournies par l'établissement

Six des sept agents de la cuisine, mutés au centre hospitalier de Coulommiers en 2012, ont été repris et la restauration sur site a rouvert en octobre 2016.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Après d'importantes cessions immobilières en 2011 à un opérateur privé, qui ont rapporté 5,2 M€ à l'établissement, dont 2 M€ pour la cession de l'autorisation d'activité de l'EHPAD, ce qui est irrégulier, l'établissement a développé son activité dans le domaine de la gériatrie, notamment par l'ouverture en 2015 d'unités de prise en charge renforcée et un accueil de jour itinérant pour les patients atteints d'Alzheimer.

Cependant, l'activité a baissé entre 2016 et 2017 et l'établissement n'a pas été en mesure de maintenir l'ouverture de l'ensemble de ces unités. De plus, les documents obligatoires pour le fonctionnement de l'accueil de jour itinérant ne sont pas en place.

De manière générale, l'établissement ne dispose pas de la taille critique nécessaire et certaines fonctions ont été mutualisées dans le cadre de la constitution du GHEF, d'abord sous forme de GCS puis de GCS de moyen.

Ce n'est toutefois qu'à compter de la transformation du GHEF en GHT en 2016 que le centre hospitalier de Jouarre y a été pleinement associé. Entre 2012 et 2016 il ne disposait que du statut de membre associé et ne bénéficiait pas de la convention de direction commune. Il a donc mutualisé d'autres fonctions, notamment les analyses de biologie, la pharmacie, la blanchisserie et la restauration avec d'autres structures sans pour autant que ces mutualisations aient fait l'objet d'une analyse économique préalable.

3 LA GOUVERNANCE

La gouvernance de l'établissement, et notamment le fonctionnement des instances, a été fragilisé par l'absence de direction propre de l'établissement, celle-ci étant d'abord assurée par des directeurs par intérim puis à partir d'avril 2015 dans le cadre d'une direction commune.

3.1 La direction de l'établissement

3.1.1 Une direction de fait par le GHEF sur une large part de la période sous revue

Quatre phases sont à distinguer historiquement : la direction intérimaire par le GHEF et un de ses directeurs adjoints, l'intégration du centre hospitalier de Jouarre dans le GHEF comme membre associé, l'expérience du pôle gérontologique, la fusion-absorption du centre hospitalier de Jouarre par le GHEF.

Pendant cette période, le centre hospitalier de Jouarre a été de fait dirigé par les équipes du GHEF.

Tableau n° 9 : Historique de la gouvernance du centre hospitalier de Jouarre et du GHEF

	GHEF	centre hospitalier de Jouarre
Depuis mai 2005	Création d'un GCS de coordination entre les centres hospitaliers de Coulommiers, Lagny, Meaux.	Intérim de direction assuré par le directeur du centre hospitalier de Coulommiers.
2009 (après le vote de la loi HPST)	Évolution vers un GCS de moyens dénommé « <i>Groupe Hospitalier de l'Est Francilien GHEF</i> ». Nomination de l'administratrice du GCS puis à partir d'octobre 2009 directrice générale du GHEF en même temps que directrice des trois établissements membres, les centres hospitaliers de Coulommiers, Lagny et Meaux.	Intérim de direction assuré par trois directeurs adjoints du GHEF, délégués de site du centre hospitalier de Coulommiers.
Juillet 2012	Décision d'intégrer le centre hospitalier de Jouarre dans le GHEF non pas comme membre comme initialement prévu, mais comme membre associé	
Mars 2014	Retour en arrière de l'administratrice du GCS sur le projet d'intégration du centre hospitalier de Jouarre dans le GCS	Demande du directeur par intérim d'être déchargé de la direction du centre hospitalier de Jouarre
Avril 2014	Départ de l'administratrice du GCS en septembre 2014. Nomination en mai 2015 du directeur général du GHEF.	Nomination du directeur du centre hospitalier de Brie-Comte-Robert de l'établissement public gérontologique de Tournan en Brie comme directeur par intérim puis à partir d'avril 2015 directeur commun du centre hospitalier de Jouarre.
Juillet 2016 (après le vote de la loi modernisation de notre système de santé)	Création du GHT 77 Nord sous l'impulsion du GHEF, en association avec le centre hospitalier de Jouarre. Au 1 ^{er} janvier 2017 est créé à partir du GCS, par fusion de trois des quatre établissements membres (centre hospitalier de Coulommiers, centre hospitalier de Lagny et centre hospitalier de Meaux), le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF). La fusion des établissements entraîne disparition de l'entité GCS. Le GHT est constitué de deux établissements membres.	Le directeur général du GHEF devient directeur commun du GHEF et du centre hospitalier de Jouarre et donc de l'ensemble des établissements du GHT.
Février 2018	Le GHT devient mono établissement.	Annnonce de la fusion-absorption du centre hospitalier de Jouarre au sein du GHEF à effet du 1 ^{er} janvier 2019.
1^{er} janvier 2019	Fusion-absorption du centre hospitalier de Jouarre par le GHEF	

Source : CRC Île-de-France

Dès la constitution du GCS de moyens « *Groupe Hospitalier de l'Est Francilien (GHEF)* » en 2009 et la mise en place de la convention de direction commune l'accompagnant, l'intérim de direction du centre hospitalier de Jouarre, assumé depuis le début des années 2000 par le centre hospitalier de Coulommiers, est transféré de fait au GHEF. La direction générale du GHEF, intervient directement, à plusieurs reprises, dans la gouvernance de l'établissement (directoire, conseil de surveillance) alors qu'elle n'a officiellement aucune fonction au sein du centre hospitalier de Jouarre.

L'intérim direction de l'établissement a été assuré par des directeurs délégués des centres hospitaliers de Meaux, Marne-la-Vallée et Coulommiers, établissements membres du GHEF et dotés d'une direction commune de novembre 2009 jusqu'à leur fusion en avril 2014.

Les directeurs délégués du centre hospitalier de Coulommiers et du GHEF, qui n'habitaient pas sur place, n'avaient qu'une faible partie de leur temps à consacrer au centre hospitalier de Jouarre, en moyenne un jour par semaine, notamment pour la tenue des instances, à une période où celui-ci nécessitait pourtant un management de proximité pour finaliser le projet de restructuration immobilière et élaborer sa stratégie de développement.

Chaque directeur par intérim a essayé de gérer les urgences :

- pour le directeur délégué du centre hospitalier de Coulommiers, chargé de la coopération au sein du GHEF, directeur par intérim du centre hospitalier de Jouarre du 20 novembre 2009 au 30 octobre 2012, il s'agissait de rétablir la confiance en interne comme en externe, de redresser rapidement la situation financière, de clôturer la ligne de trésorerie mise en place pour payer les traitements, de traiter le problème du recours massif à l'intérim et de réduire les effectifs en réorganisant les fonctions supports (blanchisserie, restauration) ;
- pour l'adjoint du directeur général du GHEF, directeur délégué du centre hospitalier de Coulommiers, directeur par intérim du centre hospitalier de Jouarre du 1^{er} novembre 2012 au 17 février 2013, il s'agissait de relancer l'activité, notamment du fait de taux d'occupation de l'USLD⁴⁸, de finaliser la vente à NOBLE AGE du terrain et du bâtiment de la Ferté-sous-Jouarre, de conforter la vocation sanitaire de l'établissement par le projet de création de l'UCC⁴⁹, de l'UHR⁵⁰ et des PASA⁵¹ ;
- pour l'adjoint du directeur général du GHEF, directeur délégué du centre hospitalier de Coulommiers, directeur de la BIF 77, directeur par intérim du centre hospitalier de Jouarre du 18 février 2013 au 30 juin 2014, il s'agissait d'assurer le fonctionnement au quotidien et de commencer à mutualiser une partie des ressources humaines avec le GHEF.

3.1.2 L'expérience du pôle gériatrique entre 2014 et 2016

La convention de direction commune, prenant effet au 12 décembre 2014, a été approuvée par délibération du conseil d'administration de l'établissement public gériatrique de Tournan-en-Brie du 11 décembre 2014 et par délibérations du conseil de surveillance du centre hospitalier de Jouarre du 28 novembre 2014 et du centre hospitalier de Brie Comte Robert du 3 décembre 2014. La chambre note que l'annexe financière prévue à l'article 5 n'a jamais été finalisée.

⁴⁸ Unités de soins de longue durée.

⁴⁹ Unités cognitivo-comportementales.

⁵⁰ Unités d'hébergement renforcées.

⁵¹ Pôles d'activités et de soins adaptés.

Le projet de l'ancien ordonnateur, soutenu au départ par l'ARS Île de France, était de constituer, à partir de ces trois établissements isolés, un pôle gérontologique de référence au sein du département, composé des capacités du centre hospitalier de Jouarre (114 lits d'USLD et 201 lits), du centre hospitalier de Brie-Comte-Robert (33 lits de médecine, 30 lits de SSR Gériatrique, 197 lits d'EHPAD dont une unité protégée de 42 lits, une UHR de 14 lits et un PASA de 14 places) et de l'établissement public gérontologique de Tournan-en-Brie (142 lits d'EHPAD dont un PASA de 14 places, huit places d'accueil de jour « Alzheimer », 70 places de SSIAD).

La réalisation de ce projet s'est heurtée rapidement à trois obstacles : l'absence de tradition de coopération entre les trois établissements, éloignés les uns des autres ; la taille limitée de l'équipe de direction des trois établissements et la concentration des efforts de mutualisations sur la seule personne du directeur ; l'absence de vision partagée avec le GHEF.

L'expérience a été de courte durée. Moins de deux ans après, l'ancien directeur quittait la région Île-de-France pour le Grand Ouest. Le rapport sur l'application de la convention de direction commune, qui devait être présenté à l'information des conseils de surveillance et des autorités de contrôle conformément à l'article 7, n'a jamais été publié.

3.1.3 Depuis 2016, une convention de direction commune avec le GHEF

Le directeur général du GHEF, ayant été nommé en 2015 (après une période d'intérim)⁵², est devenu directeur du centre hospitalier de Jouarre le 1^{er} juillet 2016. La convention de direction commune a été signée début 2017. À la différence de la situation antérieure à avril 2014, l'exercice de la direction du centre hospitalier de Jouarre par le GCS de moyens a été formalisée. Elle a été assurée par le directeur général du GCS et non par un directeur adjoint.

La direction commune consiste à partager la gouvernance d'au moins deux établissements sur la base d'une convention. Elle se traduit par la nomination d'un directeur unique pour les établissements partenaires et par la fusion totale ou partielle de leurs équipes de direction. Elle préserve l'autonomie juridique des structures concernées.

La procédure de mise en place d'une direction commune est prévue par l'article 30 du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.⁵³ Elle prévoit soit la prise d'un arrêté ministériel sans publication préalable, soit la publication du poste vacant et la prise d'un arrêté du centre national de gestion.⁵⁴

Dans le cas du centre hospitalier de Jouarre, ces dispositions réglementaires n'ont pas été respectées lors de la nomination du nouveau directeur en 2016 : l'arrêté du ministre n'a pas été produit et le poste n'a pas été publié. La convention de direction commune a été validée le 23 janvier 2017 pour le centre hospitalier de Jouarre et le 27 janvier 2017 pour le GHEF, soit plus de six mois après la mise en œuvre opérationnelle, ce qui fragilise la régularité des décisions prises par le directeur dans l'intervalle, notamment les délégations de signatures accordées aux directrices déléguées de site qui se sont succédé sur cette période.

⁵²Désigné directeur des centres hospitaliers de Marne-la-Vallée, Meaux et Coulommiers en date du 11 mai 2015 (par arrêté du Centre National de Gestion du 21 avril 2015).

⁵³ « Dans le cas où il est institué une direction commune à plusieurs établissements, la nomination du directeur peut être prononcée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis des présidents des conseils d'administration ou des organes délibérants des personnes publiques de rattachement, parmi les personnels de direction de ces établissements. Cette désignation se fait sans publication préalable de la vacance de l'emploi de directeur. À défaut de nomination du directeur selon cette procédure, il est fait application des dispositions des articles 20 et 21 ».

⁵⁴ L'article 20 du décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaire, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière prévoit que « les emplois vacants sont pourvus soit par mutation, soit par nomination prononcée en application des articles 12 et 15, soit par détachement en application de l'article 27. La liste des emplois vacants ou susceptibles de l'être est publiée au Journal officiel ».

3.2 Un fonctionnement des instances a minima

Les principales instances sont, comme pour l'ensemble des établissements publics de santé, le conseil de surveillance, la commission médicale d'établissement, le directoire, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique (CSIRMT) et le directeur lui-même. S'ajoutent les instances spécifiques à l'activité de l'EHPAD ou de l'USLD comme le conseil de vie sociale (CVS).

Conséquence d'une forme d'instabilité de la direction, les instances ont eu, depuis 2012, un fonctionnement réduit au strict minimum.

Tableau n° 10 : Tableau récapitulatif des séances des principales instances

Instances	Exigences réglementaires	Nombre de séances en					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Directoire	8	10	8	8	9	9	5
Conseil de surveillance	4	4	5	3 ⁵⁵	4	4	2
Commission médicale d'établissement	4	6	6	3	3	5	3
Conseil de Vie Sociale	3	3	3	3	3	3	1

Source : CRC Île-de-France (d'après les données de l'établissement)

Au cours des exercices 2014 et 2017, le conseil de surveillance s'est réuni moins de quatre fois, en contradiction avec l'article R. 6143-11 du code de la santé publique. En outre, l'établissement n'a pas été en mesure de transmettre le règlement intérieur du conseil de surveillance ni la procédure d'élection du président (articles L. 6143-5 et R. 6143-5 du code de la santé publique) et du vice-président (article R. 6143-6 du code de la santé publique).

Comme pour le conseil de surveillance, l'établissement n'a pas respecté l'obligation prévue à l'article R. 6144-6 du code de la santé publique, de réunir au moins quatre fois par an la commission médicale d'établissement (CME), au cours des exercices 2014, 2015 et 2017.

Étant donné la taille de l'établissement, le choix a été fait d'intégrer dans la CME l'ensemble des praticiens. En application de l'article R. 6144-5 du code de la santé publique, la commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. Entre 2012 et 2017, le même médecin a assuré sans discontinuité la présidence de la CME, assisté d'un vice-président. Lors du renouvellement de la CME en octobre 2015, ayant déjà fait deux mandats en tant que président, il ne pouvait se représenter. Il a cependant été élu à l'unanimité et au bénéfice de l'ancienneté.

Depuis la loi de 2002, les conseils d'établissement (ou conseils des familles), institués en 1991, sont remplacés par des conseils de vie sociale (CVS) ou d'autres formes de participation visant à associer les résidents et leur famille à la vie de l'établissement. Selon l'article n° 1 du décret n° 2004 du 25 mars 2004, le conseil de vie sociale est obligatoire lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu, ce qui est le cas du centre hospitalier de Jouarre. Entre 2012 et 2017, le conseil de vie sociale du centre hospitalier de Jouarre s'est réuni régulièrement (au moins trois fois par an), sauf en 2017 une seule fois, avec, à chaque fois, une forte implication des représentants des résidents et de leur famille.

⁵⁵ Compte-rendu non transmis pour le conseil de surveillance d'avril 2014

Entre 2012 et 2017, le directoire a été l'instance au fonctionnement la plus stable au sein de l'établissement. À la différence d'autres, il s'est réuni régulièrement, traitant des sujets les plus urgents. Cependant, les points sur les documents stratégiques (projet d'établissement, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, conventions, bilan social) n'ont été faits que partiellement.

3.3 Le projet d'établissement

3.3.1 Le projet d'établissement de l'hôpital

Le projet d'établissement est obligatoire pour les établissements publics de santé. L'article L. 6143-2 du code de la santé publique dispose en effet que : « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme* ».

Après avoir disposé d'un projet d'établissement couvrant la période 2000-2006 ayant servi de base pour l'opération de restructuration immobilière, l'établissement s'en est ensuite trouvé dépourvu pendant de nombreuses années, suite au rejet par l'ARH du projet d'établissement proposé.

En 2011 cependant, le nouveau directeur a initié la rédaction du projet d'établissement pour la période 2012-2017, qui a été validé par les instances en octobre 2012. Ce projet fait référence au PRS 2013-2017 récemment publié par l'ARS Île-de-France. Il fait une large part à la qualité de la prise en charge des personnes âgées et intègre le projet de soins, le projet de vie sociale, la formation du personnel et le système d'information. En outre, y figure explicitement au chapitre 5 l'adhésion de l'établissement au GCS de moyens est-francilien avant la fin de l'année 2012.

3.3.2 Le projet d'établissement de l'EHPAD

Pour les EHPAD comme pour les autres établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, les objectifs sont définis dans le projet d'établissement médico-social, prévu à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles⁵⁶. Ce document est obligatoire depuis la loi du 2 janvier 2002 sur l'action sociale et médico-sociale, pour une durée maximale de cinq ans. Il s'organise autour de cinq volets : le projet de vie, le projet de soins, le projet médical, le projet social et le projet architectural. De même, les EHPAD doivent, conformément à l'article R. 311-4 et suivants du code de l'action sociale et des familles et du décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement, établir un règlement de fonctionnement.

Le projet d'établissement ou de service de l'EHPAD n'est pas formalisé. Cependant, s'agissant de l'une des deux activités de l'établissement, il est intégré à son projet d'établissement. En outre, les obligations réglementaires (y compris l'actualisation du livret d'accueil) sont respectées⁵⁷.

⁵⁶ « Pour chaque établissement ou service social ou médico – social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

⁵⁷ Projet d'établissement adopté en octobre 2012, règlement de fonctionnement le 23 novembre 2015

3.4 L'absence de mise en œuvre des pôles d'activité

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Le pôle d'activité clinique ou médicotechnique, prévu par les articles L. 6146 et R. 6146-9 du code de la santé publique, est la seule structure interne obligatoire et le support d'organisation de tous les établissements, quelle que soit leur taille.

Dans le cas du centre hospitalier de Jouarre, il devrait y avoir logiquement au moins deux pôles : un pôle USLD et un pôle EHPAD. Or aucun pôle n'a été mis en place. L'établissement ne comporte pas non plus de pôle non clinique permettant d'agréger les fonctions supports (achats et logistique, services techniques, finances, ressources humaines, DSI, DIM) et de consolider ainsi les résultats de l'établissement dans le cadre de la comptabilité analytique.

La chambre constate que les directeurs successifs du centre hospitalier de Jouarre ne se sont pas saisis de des outils de management interne que sont les pôles, supports d'une comptabilité analytique adaptée, la désignation de chefs de pôle permettant une contractualisation interne qui aurait permis de faire évoluer l'établissement dans son fonctionnement au quotidien.

3.5 Les outils de financement de l'activité

Du fait de son activité spécifique, le centre hospitalier de Jouarre devait compléter son projet d'établissement par deux autres documents : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour l'EHPAD et la convention tripartite (CTP) pour l'USLD.

La partition entre les activités de l'EHPAD et de l'USLD (57 lits USLD et 108 lits EHPAD) a été approuvée par le conseil d'administration du 20 janvier 2009, confirmée par arrêté de l'ARH en date du 21 décembre 2009.

La décision de partition aurait dû favoriser la signature de la convention tripartite, à défaut de modification par le biais d'un avenant mais, dans le cas du centre hospitalier de Jouarre, aucune convention tripartite n'a été signée pour l'USLD et celle en vigueur pour l'EHPAD n'a pas été revue à l'occasion de ce redimensionnement.

Certes, pour l'activité de l'USLD, le CPOM a été mis à jour chaque année.⁵⁸

L'absence de convention tripartite⁵⁹ a fragilisé les bases de la tarification annuelle. L'article 69 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2007 prévoyait le gel des dotations pour les USLD n'ayant pas conventionné avant le 31 décembre 2007. L'attribution des mesures nouvelles étant également soumise à l'obligation de conventionnement tripartite. Cette obligation a été rappelée par loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV).

Même si l'établissement ne s'est pas vu sanctionner par les autorités de contrôle pour non-respect de ces obligations, et que l'absence de cadrage budgétaire Certes les autorités de contrôle se sont appuyé sur l'EPRD (état prévisionnel des recettes et dépenses) validé chaque année pour déterminer le niveau des dotations, comme elles l'ont rappelé dans leur réponse à la chambre. Mais l'absence de convention tripartite pour l'USLD a participé au manque de visibilité du projet de développement de l'établissement.

⁵⁸ Trois avenants ont été mis en place, le premier le 11 avril 2014, à effet du 1er janvier 2014 (pour fixer la dotation USLD), le deuxième le 3 avril 2015, à effet du 1er janvier 2015 (pour fixer la dotation USLD), le troisième le 21 juin 2016, à effet du 1er juillet 2016 (coopération au sein du GHT).

⁵⁹ Les USLD sont soumis au régime d'autorisation applicable à tous les établissements de santé. Ils doivent signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour une durée de 5 ans (article L. 6114-1 du code de la santé publique) et une convention tripartite (article L. 313-12 IV bis du code de l'action sociale et des familles).

Pour l'activité de l'EHPAD, la première convention tripartite datait du 22 décembre 2005, actualisée lors de la fermeture des sites de Saint-Jean-Les-deux-Jumeaux en avril 2009 et de la Ferté sous Jouarre en février 2010. L'établissement a sollicité le renouvellement de sa convention tripartite EHPAD le 22 juillet 2013 seulement. Elle a été signée le 26 janvier 2015 pour une période de cinq ans (avenant en octobre 2016).

Rappel au droit n° 2 : Faire avenant à la convention tripartite pour l'activité de l'USLD, conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 IV bis du code de l'action sociale et des familles.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'absence de direction propre à l'établissement (passée successivement d'une direction par intérim par un directeur adjoint du GHEF, à une direction par intérim par le directeur du centre hospitalier de Brie-Comte-Robert et de l'établissement Public Gérontologique de Tournan-en-Brie puis à nouveau direction par le GHEF sous forme de direction commune) n'a pas favorisé la bonne marche de ses instances.

L'établissement n'est pas organisé en pôles d'activités et ne dispose pas de convention tripartite à jour pour l'activité d'USLD.

4 LA FIABILITÉ DES COMPTES

Le second alinéa de l'article 47-2 de la Constitution dispose que « les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière ».

Les comptes de l'établissement ont été examinés au regard des principes généraux d'indépendance des exercices, de prudence, de fidélité et de sincérité de l'image donnée par l'information financière produite afin de s'assurer que les pratiques comptables sont conformes à la réglementation et par conséquent que le résultat et la situation du bilan ne sont pas faussés.

4.1 L'organisation comptable et financière

Même si l'activité médico-sociale est majoritaire, le statut de l'établissement l'emporte pour l'application de la norme comptable M21. Les comptes du centre hospitalier sont composés d'un budget principal et de trois budgets annexes : le budget A de la DNA (loyers et terres agricoles), le budget B de l'USLD et le budget E de l'EHPAD. Au budget H, ne sont retracées que les opérations des comptes de bilan. Les charges et produits se répartissent entre les budgets de la DNA, de l'USLD et de l'EHPAD.

Une grande continuité caractérisait le service des finances de l'établissement, avant fusion-absorption par le GHEF. La responsable actuelle avait été recrutée en 2006. Son périmètre a été élargi en 2016 à l'administration du personnel. La comptabilité était gérée sous un logiciel développé par le Groupement d'intérêt Public (GIP) CPage. Les flux étaient transmis informatiquement vers le poste comptable.

Aucune convention de partenariat n'avait été signée avec la trésorerie mais des réunions de travail entre l'ordonnateur et le comptable avaient lieu régulièrement.

4.2 L'image sincère du patrimoine

4.2.1 L'inventaire

Conformément aux orientations définies dans l'instruction N° DGOS/PF1/2014/115 du 18 avril 2014, l'outil OPHELIE d'inventaire et de gestion du patrimoine est mis à la disposition des établissements de santé depuis mai 2014. Le centre hospitalier de Jouarre ne s'en est pas saisi.

La M21 prévoit que l'établissement doit dresser chaque année un inventaire des immobilisations corporelles comptabilisées au compte 21. Cet inventaire peut être effectué par sondage pour certaines catégories de biens. L'inventaire physique est réalisé selon un planning pluriannuel précisant, pour chaque exercice, les catégories de biens qui font l'objet d'une reconnaissance physique, et la période de réalisation des comptages. Il doit y avoir exacte correspondance entre l'inventaire physique et l'inventaire financier tenu par l'ordonnateur puis entre cet inventaire financier et celui enregistré par le comptable public sous HELIOS. Conformément aux dispositions de la M21, un certificat de concordance doit être joint à l'état de l'actif produit tous les cinq ans à la chambre.

Dans le cas du centre hospitalier de Jouarre, entre 2012 et 2017, ce certificat n'a pas été produit. Il n'y pas d'inventaire physique à jour. Le dernier relevé date de 2011. Dans sa réponse à la chambre, l'ancien directeur, en poste en 2013, confirme qu'un travail d'inventaire des équipements mobiliers, mais non de l'immobilier, a été réalisé à cette période et a impacté les comptes 2013.

L'inventaire financier de l'ordonnateur est manquant dans le compte financier depuis 2016. Rien n'a été fait en vue de l'opération de fusion-absorption à effet du 1^{er} janvier 2019.

Lors de son audition devant la chambre, le directeur général du GHEF a indiqué que les travaux de fiabilisation de l'inventaire vont être repris, notamment lors de la certification des comptes de l'exercice 2019.

Rappel au droit n° 3 : Procéder, conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21, à un inventaire physique des immobilisations corporelles et des stocks et procéder à la mise en concordance avec le compte financier.

4.2.2 Les opérations liées aux fonds et des valeurs des hébergés

Depuis la loi n° 2008-307 du 5 mars 2007 et le décret n° 2008-1511 du 30 décembre 2008, les établissements sanitaires ou médico-sociaux publics dont la capacité d'hébergement est supérieure à 80 places doivent désigner un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM), préposé de l'établissement. Le centre hospitalier de Jouarre entre dans cette catégorie. Il compte 43 résidents sous mesure de curatelle ou de tutelle en 2018 (contre 62 en 2012).

La responsable du service Admissions, détentrice d'un certificat national de compétence en la matière depuis 2011, avait été nommée par décision du 5 juillet 2012, renouvelée le 4 février 2015 et le 13 octobre 2017, en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs pour l'établissement. Une aide-soignante et un agent administratif sont détachés une partie de leur temps afin de l'assister sur le suivi du projet de vie pour l'une et sur celui des comptes pour l'autre.

Les fonds en dépôt ont augmenté de 17 % entre 2012 et 2016 et atteignaient 737 k€ au 31 décembre 2016.

Tableau n° 11 : L'évolution des soldes des comptes 463 « Fonds en dépôt »

N° de compte	Soldes des comptes au 31/12/N (en euros)	2012	2013	2014	2015	2016	Variation
46311	Fonds gérés par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs ou le directeur	479 252	439 521	396 541	372 438	577 056	20%
46312	Fonds des hospitaliers et hébergés sous mesure de protection extérieure	9 437	11 610	10 774	15 194	42 161	347%
46321	Fonds reçus ou déposés - Hospitalisés et hébergés	141 918	109 699	151 960	123 320	117 598	-17%
	Totaux	630 607	560 830	559 275	510 952	736 816	17%

Source : comptes financiers

De plus, des « titres et valeurs » pour un montant total de 58 761,21 € et 438 « bijoux et objets précieux » sont comptabilisés à la balance des valeurs inactives établie au 31 décembre 2016.

Tableau n° 12 : L'évolution des valeurs déposées par les hébergés (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016
Valeurs des hospitalisés (en unités)	432	472	484	484	438
Hospitalisés valeurs (en unités ou en euros)	58 761	58 761	58 761	58 761	58 761
Totaux	59 193	59 233	59 245	59 245	59 199

Source : comptes financiers (balances des valeurs inactives)

Selon l'instruction n° 94-078-M2 du 16 juin 1994 de la DGFIP relative à la gestion des dépôts des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, « l'ensemble des objets abandonnés peut désormais être réalisé au bout d'un an par le comptable par consignation des sommes d'argent ou remise au service des domaines des objets ». Ces objets doivent être consignés à la Caisse des dépôts et consignations ou remis au service des domaines.

Suite aux observations de la chambre, le service des domaines est intervenu fin 2018 pour faire le tri des valeurs (en unités) déposés par les hébergés. Ainsi, le nombre de ces valeurs a été ramené de 438 à 28 à fin 2018. Les bons du trésor ou emprunts russes, ont été déclarés ne plus avoir de valeur. La destruction de ces documents a été réalisée par le comptable en 2018.

4.3 Le principe de prudence

Selon la M21, une provision doit être constituée dès la naissance d'un risque et avant tout jugement pour faire face au paiement de dommages et intérêts, d'indemnités, de frais de procès ou d'indemnités de licenciement. De plus, l'annexe du compte financier doit indiquer pour chaque provision ou dépréciation la date de constitution, les modalités de son évaluation (notamment tableau des provisions réglementées, des provisions pour risques et charges et des dépréciations (état IC1) prévu par la M21.

Dans le cas du centre hospitalier de Jouarre, ces éléments ne sont pas documentés dans le compte financier, en annexe comme prévu par la M21. L'annexe IC1 n'est pas présente dans le compte financier 2016 transmis à la chambre. Ils sont cependant mentionnés dans le rapport financier.

Les montants des provisions ont pourtant diminué de 3,5 M€ en 2012 à 0,6 M€ en 2013 avant de remonter à près de 1,5 M€ en 2015 et 1,6 M€ en 2017.

Tableau n° 13 : L'évolution des comptes de provisions (en euros)

Comptes	Intitulé	2012	2013	2014	2015	2016	2017
142	Provisions pour renouvellement d'immobilisations	0	0	0	0	0	0
143	Provisions pour comptes épargnes temps	87 620	79 855	64 987	79 052	94 757	99 757
Total provisions réglementées		87 620	79 855	64 987	79 052	94 757	99 757
1511	Provisions pour litiges	100 000	100 000	100 000	180 000	180 000	270 000
152	Provisions pour risques et charges sur emprunts				324 939	274 939	274 939
153	Provisions pour comptes épargnes temps						
157	Provisions sur gros entretiens et réparations	384 749	384 749	384 749	384 749	436 631	436 631
158	Autres provisions pour charges	2 937 424	9 936		488 761	533 877	533 877
Total autres provisions		3 422 173	494 685	484 749	1 378 449	1 425 447	1 515 447
Total général		3 509 793	574 540	549 736	1 457 501	1 520 204	1 615 204

Source : comptes financiers

Le compte 152 (provisions pour risques et charges sur emprunts structurés) a été créé afin de comptabiliser le provisionnement des emprunts structurés conformément à l'avis du Conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP) n° 2012-04 du 3 juillet 2012 sur la comptabilisation des dettes financières et des instruments dérivés. La provision ainsi constituée est ajustée annuellement en fonction de la variation du risque afférent à chaque emprunt. L'établissement a comptabilisé sur ce compte 152 des crédits non reconductibles. La chambre invite donc l'établissement à corriger cette erreur d'imputation.

De même, le compte 143 concernant les provisions pour compte épargne temps ne doit plus être utilisé depuis 2014 et les provisions pour compte épargne temps doivent être comptabilisées au compte 153. En outre, la totalité des jours inscrits sur un compte épargne-temps doit être provisionnée par l'établissement. Or, le suivi des jours imputés sur le CET n'est plus assuré depuis 2013.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Bien que son activité médico-sociale soit majoritaire, le statut d'établissement sanitaire emporte l'application de la nomenclature M21. Des dispositions essentielles de cette nomenclature (état de l'inventaire, justification des provisions, etc.) ne sont pas respectées.

L'absence d'inventaire du patrimoine immobilier et de rapprochement avec l'inventaire financier du comptable public, non seulement rend difficile l'analyse de la situation de l'établissement, mais en plus risque de fausser le bilan d'ouverture du GHEF, après fusion-absorption du centre hospitalier de Jouarre à effet du 1^{er} janvier 2019.

5 ANALYSE FINANCIÈRE RÉTROSPECTIVE

Les comptes arrêtés à fin 2018 n'ont pas été produits à la chambre par l'établissement avant sa fusion-absorption par le GHEF à effet du 1er janvier 2018. L'analyse financière porte sur les exercices 2012 à 2017.

5.1 Une faible évolution des produits sur la période

Les produits de l'établissement n'ont progressé que de 6,6 % en six ans pour atteindre 19,2 M€ en 2017. Les produits d'exploitation en représentent plus de 90 %. Ils se répartissent de manière équilibrée entre l'activité de l'USLD et l'activité de l'EHPAD mais le poids de l'USLD est passé de 34 % à 44 % des produits entre 2012 et 2017. Les revenus du budget A (fermages, revenus des immeubles et produits de gestion courante) sont marginaux.

Tableau n° 14 : Les produits (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2012-2017
Produits exploitation	16,720	16,509	16,601	17,081	17,479	17,568	5,1%
Total des produits	18,044	26,345	17,732	18,033	18,393	19,235	6,6%
dont :							
Budget A (DNA)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2012-2017
Produits exploitation	0,023	0,040	0,048	0,049	0,050	0,046	95,4%
Total des produits	0,023	0,040	0,048	0,049	0,050	0,046	95,4%
En %	0,13%	0,15%	0,27%	0,27%	0,27%	0,24%	
Budget B (USLD)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2012-2017
Produits exploitation	5,006	6,085	6,738	7,310	7,408	7,597	51,8%
Total des produits	6,080	8,528	7,548	7,975	8,066	8,543	40,5%
En %	34%	32%	43%	44%	44%	44%	
Budget E (EHPAD)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2012-2017
Produits exploitation	11,691	10,384	9,815	9,722	10,021	9,925	-15,1%
Total des produits	11,940	17,777	10,136	10,009	10,277	10,646	-10,84%
En %	66,17%	67,48%	57,16%	55,50%	55,87%	55,35%	

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Le montant particulièrement élevé des produits autres que d'exploitation de l'exercice 2013 s'explique par la comptabilisation au budget E de la vente du site de La Ferté-sous-Jouarre à hauteur de 3,8 M€.

Les produits d'exploitation sont surtout constitués (à plus de 97 %) des produits de l'activité (forfait ou tarif soins, tarif dépendance et tarif hébergement) :

Tableau n° 15 : Les produits d'exploitation (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2012- 2017
Produits de l'activité	16,413	16,178	15,903	16,358	17,033	17,109	+4,2%
Produits annexes de l'activité	0,073	0,142	0,191	0,178	0,164	0,222	+204 %
Autres subventions	0,126	0,065	0,146	0,236	0,169	0,158	NS
Autres produits de gestion	0,108	0,120	0,362	0,309	0,113	0,079	NS
Produits financiers	0	0,004	0	0	0	0	NS
Produits d'exploitation	16,720	16,509	16,601	17,081	17,479	17,568	+5,1%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Alors que les produits de l'activité issus de l'USLD (7,4 M€ à fin 2017) progressent sensiblement (+8,2% en variation annuelle), ceux de l'EHPAD (9,7 M€ à fin 2017) diminuent régulièrement (-3,2% en variation annuelle). L'EHPAD a vu son taux d'occupation diminuer de plus de 100 % en 2012 à moins de 98 % en 2017 alors que celui de l'USLD s'est amélioré pour atteindre près de 93 % en 2017 contre 74% en 2012.

La dotation hébergement versée par le département a baissé de 1,24 M€ entre 2012 et 2017 alors que les produits issus de la participation des résidents ont augmenté de 0,98 M€ sur la même période, ce qui ne compense pas totalement la baisse de la dotation hébergement. Cette évolution reflète aussi la politique plus restrictive menée par le département depuis 2014 en matière de financement des EHPAD (voir tableaux en annexe).

Les produits annexes, correspondant pour l'essentiel à des refacturations vers d'autres établissements hospitaliers (à commencer par le GHEF), ont augmenté sensiblement entre 2012 et 2017 passant de 73 K€ en 2012 à 222 K€ en 2017.

Tableau n° 16 : Les produits annexes (en €)

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moyenne
Produits des services au personnel	4 123	3 594	3 969	1 834	2 205	5 463	5,8%
+ Prestations délivrées aux usagers	19 227	15 535	15 382	15 892	16 179	18 344	-0,9%
dont Chambres	0	0	0	0	0	0	N.C.
dont autre prestations	19 227	15 535	15 382	15 892	16 179	18 344	-0,9%
+ Prestations à des tiers	49 741	122 436	171 361	160 137	146 069	198 408	35,2%
dont locations diverses et redevances	13 985	12 857	13 225	24 593	21 679	18 185	10,1%
dont mise à disposition de personnel	35 756	109 579	158 136	135 544	124 390	180 223	38,2%
- Rabais, remises et ristournes	0	0	0	0	0	0	N.C.
= Produits annexes	73 091	141 565	190 712	177 863	164 453	222 215	26,7%
en % des produits d'exploitation	0,40%	0,82%	1,14%	1,03%	0,92%	1,24%	25,5%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

5.2 Un valeur ajoutée stable

Entre 2012 et 2017, la valeur ajoutée est restée stable (variation annuelle moyenne de +1,4 %) ; elle représente près de 80 % des produits d'exploitation consolidés.

Tableau n° 17 : l'évolution de la valeur ajoutée (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
= Produits de l'activité (a)	16,413	16,178	15,903	16,358	17,033	17,109	0,8%
= Produits annexes (b)	0,073	0,142	0,191	0,178	0,164	0,222	24,9%
Produits d'exploitation	16,486	16,320	16,093	16,536	17,197	17,332	1,0%
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	0,136	0,125	0,123	0,155	0,156	0,143	1,1%
- Achats	1,945	1,886	1,741	1,715	1,873	2,377	4,1%
- Services extérieurs	0,503	0,505	0,645	0,536	0,615	0,600	3,6%
- Autres services extérieurs	1,328	1,732	1,864	2,013	1,557	0,747	-10,9%
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005	0,006	2,4%
Consommations intermédiaires	3,917	4,254	4,379	4,425	4,206	3,872	-0,06%
Valeur ajoutée	12,570	12,066	11,715	12,111	12,991	13,459	1,4%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Les produits d'exploitation n'ont, en effet, progressé que très faiblement (+1 % par an en moyenne), passant de 16,5 M€ en 2012 à 17,3 M€ en 2017. Les consommations intermédiaires ont été contenues (-0,06 % par an en moyenne) et demeuraient en 2017 à leur niveau de 2012 (3,9 M€), les dépenses des « autres services extérieurs » ayant diminué (notamment du fait du rapatriement de la restauration).

5.3 Un taux de marge brute satisfaisant

La marge brute correspond à l'excédent des produits issus de l'activité de l'établissement sur les charges de même nature. Elle doit permettre de faire face aux charges financières, d'amortissements et de provisions.

Tableau n° 18 : L'évolution de la marge brute d'exploitation (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Valeur ajoutée	12,570	12,066	11,715	12,111	12,991	13,459	1,4%
+ Autres subventions	0,126	0,065	0,146	0,236	0,169	0,158	4,6%
- Charges totales de personnel	10,877	10,742	10,910	11,737	12,216	12,493	2,8%
+ Remboursement de frais entre budgets	0,538	0,480	0,438	0,419	0,489	0,711	5,7%
= Résultat économique brut	2,357	1,869	1,389	1,030	1,433	1,835	-4,9%
+ Autres produits de gestion	0,108	0,120	0,362	0,309	0,113	0,079	-6,2%
- Autres charges de gestion	0,159	0,111	0,023	0,023	0,023	0,028	-29,4%
= Marge brute d'exploitation	2,306	1,878	1,728	1,315	1,523	1,886	-3,9%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Si la valeur ajoutée est restée relativement stable entre 2012 et 2017, la marge brute d'exploitation a connu une baisse marquée de 2,31 M€ en 2012 à 1,31 M€ en 2015 avant de remonter à 1,89 M€ en 2017.

Les charges de personnel ont augmenté régulièrement, et de manière modérée sur la période (+2,8 % par an, en moyenne), indépendamment de l'activité de l'établissement. Elles représentent, en 2017, 92 % de la valeur ajoutée dégagée par l'établissement.

Le taux de marge brute est resté à des niveaux très satisfaisants, au-dessus du minimum communément admis de 6 % : 13,79 % en 2012, 11,38 % en 2013, 10,41 % en 2014, 7,70 % en 2015, 8,71 % en 2016, 10,74 % en 2017.

5.4 Des charges courantes augmentant plus rapidement que les produits d'exploitation

Le poids des charges courantes rapporté aux produits d'exploitation était de 76,32 % en 2017.

Tableau n° 19 : Évolution des charges courantes (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Consommations intermédiaires	3,781	4,129	4,255	4,269	4,050	3,729	-0,3%
+ Charges totales de personnel	10,877	10,742	10,910	11,737	12,216	12,493	2,8%
+ Autres charges de gestion	0,159	0,111	0,023	0,023	0,023	0,028	-29,3%
+ Frais financiers réels (dont pertes de change)	0,382	0,225	0,216	0,142	0,124	0,120	-20,7%
= Charges courantes	15,199	15,207	15,404	16,172	16,413	16,369	1,5%
<i>en % des produits d'exploitation</i>	<i>92,19%</i>	<i>93,18%</i>	<i>95,72%</i>	<i>97,80%</i>	<i>95,44%</i>	<i>94,45%</i>	0,5%
<i>Frais de personnel / Charges courantes</i>	<i>71,57%</i>	<i>70,64%</i>	<i>70,82%</i>	<i>72,58%</i>	<i>74,43%</i>	<i>76,32%</i>	1,3%
<i>Frais financiers réels / Charges courantes</i>	<i>2,51%</i>	<i>1,48%</i>	<i>1,40%</i>	<i>0,88%</i>	<i>0,76%</i>	<i>0,73%</i>	-21,9%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Les charges courantes (16,4 M€ en 2017) ont augmenté de 1,5 % en moyenne annuelle. Elles ont augmenté plus vite que les produits d'exploitation (+1% par an en moyenne).

Les charges totales de personnel ont augmenté régulièrement chaque année, de 2,8 % par an en moyenne.

Du fait de l'absence d'investissements nouveaux significatifs sur la période et du désendettement en résultant, les frais financiers ont reculé de plus de 380 K€ en 2012 à 120 K€ en 2017 (moins de 1 % des charges courantes).

5.5 Une capacité d'autofinancement couvrant les dotations aux amortissements et provisions

La capacité d'autofinancement (CAF) représente l'excédent résultant de l'exploitation utilisable pour financer les opérations d'investissement. Elle est calculée par différence entre les produits réels et charges réelles de fonctionnement de l'établissement (hors plus ou moins-value de cession).

Tableau n° 20 : L'évolution de la CAF (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
= Marge brute d'exploitation	2,306	1,878	1,728	1,315	1,523	1,886	-3,9%
- Frais financiers nets réels	0,382	0,221	0,216	0,142	0,124	0,120	-20,7%
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	0,750	2,070	0,118	0,045	0,085	0,684	-1,8%
- Charges exceptionnelles réelles	0,280	0,057	0,111	0,052	0,182	0,650	18,3%
= Capacité d'autofinancement brute	2,394	3,670	1,519	1,166	1,302	1,801	-5,5%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

La capacité d'autofinancement est passée de près de 14 % des produits en 2013 à 9,36 % en 2017. Dans un établissement ayant peu investi, elle a permis de couvrir largement les dotations aux amortissements et aux provisions.

5.6 Un résultat net positif

Le résultat net tient compte des dotations aux amortissements et provisions, ainsi que des plus-values liées aux cessions d'actifs.

Tableau n° 21 : L'évolution du résultat net (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
= Capacité d'autofinancement brute	2,394	3,670	1,519	1,166	1,302	1,801	-5,5%
Quote-part des subventions d'inv. Transférés	0,033	1,636	0,434	0,434	0,259	0,267	52,2%
- Dotations nettes aux amortissements	0,615	5,885	1,277	1,116	1,166	1,265	15,5%
- Dotations nettes aux provisions	1,678	-3,740	-0,083	0,072	0,090	0,117	-41,3%
Produits de cessions des éléments d'actifs	0,003	1,828	0,001	0,000	0,003	0,000	-34,5%
- Valeur nette des éléments d'actifs cédés	0,000	0,525	0,002	0,000	0,000	0,000	
Résultat net	0,136	4,464	0,758	0,412	0,308	0,686	38,2%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Le résultat net a toujours été de plus de 300 K€ sur la période avec un exercice atypique en 2013 du fait de produits de cession.

5.7 Une trésorerie nette supérieure aux établissements de cette catégorie

Le fonds de roulement est la différence entre les financements disponibles à plus d'un an (les dotations et réserves, les subventions, les emprunts) et les immobilisations (les investissements réalisés et en cours de réalisation). Cette différence correspond, en comptabilité budgétaire, à la somme des excédents définitifs que l'établissement a dégagés au cours du temps, et que lui ont laissés les autorités de contrôle.

Le fonds de roulement du centre hospitalier de Jouarre a fortement progressé depuis 2012. Fin 2017, il s'élève à 6,7 M€, soit plus de 150 jours de charges courantes, alors qu'en 2012 il était négatif.

Tableau n° 22 : La variation du fonds de roulement (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moyenne
Apports, réserves, reports	8 839 488	8 923 944	13 388 103	14 147 192	14 560 641	14 868 714	12,34%
+ Résultat de l'exercice	136 334	4 464 160	758 088	412 448	308 074	686 145	38,2%
= Fonds propres	8 975 822	13 388 104	14 146 191	14 559 640	14 868 715	15 554 859	12,9%
+ Subventions d'investissement	12 257 352	10 620 859	10 187 210	9 943 562	9 684 239	9 417 322	- 5,04%
+ Provisions réglementées	87 620	79 855	64 987	79 052	94 757	99 757	2,6%
= Fonds propres élargis (a)	21 320 794	24 088 817	24 398 389	24 582 254	24 647 710	25 071 939	3,3%
Emprunts et dettes financières	16 957 707	16 240 777	15 454 403	14 668 029	13 881 654	13 095 280	-5,0%
+ Autres dettes	2 790 292	2 696 244	2 592 638	2 421 141	2 295 409	2 174 015	-4,9%
= Dettes financières (b)	19 747 999	18 937 021	18 047 041	17 089 170	16 177 063	15 269 296	-5,0%
Ressources stables (c=a+b)	41 068 793	43 025 838	42 445 430	41 671 424	40 824 773	40 341 235	-0,32%
Immobilisations d'exploitation	42 200 029	35 924 288	34 933 838	34 507 787	34 573 518	33 465 446	-4,5%
+ Immobilisations financières	136	170 456	170 456	170 456	170 456	170 456	
= Actif immobilisé (d)	42 200 165	36 094 744	35 104 294	34 678 243	34 743 974	33 635 902	-4,4%
Fonds de roulement (c-d)	-1 131 372	6 931 094	7 341 136	6 993 181	6 080 799	6 705 333	
en nbre de jours de charges courantes	-27	166	174	158	135	150	

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Cette évolution s'explique en grande partie par la progression des fonds propres de l'établissement qui, subventions d'investissement comprises, sont passés de 21,3 M€ en 2012 à 25,1 M€ en 2017 (+ 3,3 % de variation annuelle moyenne) et ce grâce à l'accumulation de résultats excédentaires non repris par les autorités de contrôle. Parallèlement, l'actif net immobilisé s'est appauvri de 4,4 %, l'établissement n'ayant que faiblement investi.

Au cours de leur cycle d'exploitation, les EHPAD sont souvent confrontés à des décalages entre les encaissements (produits de la tarification, subventions, etc.) et les décaissements (salaires, charges sociales, achats etc.). Le besoin en fonds de roulement (BFR) traduit le besoin de financement du cycle d'exploitation (l'activité de la structure). La trésorerie nette est la différence entre le fonds de roulement (FR) et le besoin en fonds de roulement.

Tableau n° 23 : L'évolution du besoin en fonds de roulement (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var an moy
Stocks et en-cours (a)	188 850	193 245	177 837	177 140	212 713	214 887	2,6%
Redevables et comptes rattachés (b)	2 504 726	2 759 944	3 958 577	5 343 878	4 205 773	4 655 121	13,2%
Dettes fournisseurs (c)	788 951	715 147	392 909	363 949	401 250	477 782	-9,5%
Besoin en fonds de roulement de gestion (a + b - c = d)	1 904 625	2 238 042	3 743 504	5 157 069	4 017 237	4 392 226	18,2%
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	46	54	89	116	89	98	16,4%
= Autres dettes et créances (e)	-752 005	-1 713 309	-793 087	-913 727	-672 444	-359 849	-13,7%
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	-18	-41	-19	-21	-15	-8	-15,0%
Intérêts courus non échus (f)	0	0	43 090	43 173	41 015	42 182	N.C.
= BFR (besoin en fonds de roulement global)	1 152 620	524 733	2 907 327	4 200 168	3 303 778	3 990 194	28,2%
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	28	13	69	95	73	89	26,3%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Le besoin en fonds de roulement global augmente de 28,2% par an en moyenne du fait d'une progression régulière des soldes des comptes de redevables et rattachés, ainsi que d'une diminution sensible des dettes fournisseurs. Les soldes des comptes de redevables diminuent légèrement en 2016, ce qui dénote une amélioration du recouvrement des créances.

La trésorerie nette, résultant de la gestion financière de l'établissement, traduit ce qui reste du fonds de roulement après financement des besoins liés au cycle d'exploitation.

Tableau n° 24 : Évolution de la trésorerie nette (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moyenne
Trésorerie nette (c-d)	2 944 407	8 697 334	5 889 679	5 074 779	4 252 469	4 230 585	7,5%
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	71	209	140	115	95	94	5,9%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Le 30 juin 2010, le centre hospitalier de Jouarre a obtenu l'agrément « *prêt locatif social* » (PLS) pour le financement de l'opération « *Logis de la Dhuis* » permettant de bénéficier d'un taux de TVA sur le montant des travaux de 5,5 % et non 19,6 %. Une demande de remboursement a été adressé à la DDFiP le 31 mai 2011 qui y a répondu positivement le 8 février 2012. Le montant du remboursement (4 339 403 €) a été imputé sur l'exercice 2012 lors de la journée complémentaire sur le compte 23137 mais l'impact en trésorerie s'est produit sur 2013.

Au final, la trésorerie a augmenté, passant de 2,9M € en 2012 à 4,2 M € en 2017, soit 94 jours de charges courantes, ce qui place l'établissement dans une situation enviable dans le cadre d'un projet de fusion-absorption.

5.8 Un niveau d'endettement encore élevé

L'encours de la dette a fortement diminué entre 2012 et 2017.

Tableau n° 25 : L'évolution de la dette sur la période sous revue

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moyenne
Emprunts et dettes financières	16 957 707	16 240 777	15 454 403	14 668 029	13 881 654	13 095 280	-5,00%
+ Autres dettes	2 790 292	2 696 244	2 592 638	2 421 141	2 295 409	2 174 015	-4,90%
ENDETTEMENT	19 747 999	18 937 021	18 047 041	17 089 170	16 177 063	15 269 296	-5,00%
Capacité de désendettement (encours total de dettes / capacité d'autofinancement brute) en années	8	5	12	15	12	8	10,6%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Si l'établissement n'a procédé à aucun investissement majeur (hors travaux pour la cuisine), le niveau de la dette est encore élevé : 15,2 M€ soit 60% des fonds propres, et une capacité de désendettement de plus de huit ans.

Les emprunts sur 20, 25 ou 30 ans ont tous été contractés entre décembre 2004 et avril 2007 dans le cadre de l'opération de restructuration immobilière, hormis celui souscrit auprès de BCME.

L'emprunt BCME a été souscrit en 2010⁶⁰ à un moment où l'établissement était en grande difficulté sur le plan financier, car incapable de faire face aux échéances de remboursement des emprunts mais également au paiement des charges courantes. L'objet affiché est la fin de l'opération de restructuration immobilière mais, en réalité, cet emprunt a servi à résoudre un problème de trésorerie à court terme.

Aucun emprunt structuré n'est à mentionner. Cependant, le centre hospitalier de Jouarre a procédé à effet du 31 décembre 2013 à une opération de correction sur la comptabilisation des emprunts (69 422,42 € sur le compte 1641 « emprunts auprès d'établissements de crédits ») et 234 843,23 € sur le compte 1677 « emprunts auprès d'autres organismes ») sans que ces écritures ne fassent l'objet d'une explication en annexe des états financiers.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Sous réserve des points relevés en matière de fiabilité des comptes, et en considérant que l'endettement dû au projet de restructuration immobilière du début des années 2000 reste à un niveau encore élevé, la chambre constate que, du fait de l'absence d'investissements majeurs, la situation financière de l'établissement s'est améliorée depuis 2012. La trésorerie nette atteint 94 jours de charges au 31 décembre 2017, ce qui place l'établissement dans une situation enviable dans le cadre de l'opération de fusion-absorption par le GHEF.

⁶⁰ Signature de la convention de prêt le 24 août 2010 (montant 6 996 945,48 € sur 25 ans, au taux de 2,34% révisable). Première échéance de remboursement en juillet 2011 pour 444 953,32 €.

6 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

6.1 Des changements successifs d'organisation

Le service du personnel, avant la fusion-absorption par le GHEF, se composait de 4 agents (3 ETP).

Avant 2014, période pendant laquelle le GHEF a assuré la direction de fait de l'établissement, et après juillet 2016, la gestion des ressources humaines était déjà mutualisée avec le GHEF. La direction des ressources humaines du centre hospitalier de Coulommiers assurait en effet pour le compte du GHEF la supervision des opérations liées aux ressources humaines au sein du centre hospitalier de Jouarre.

Du fait des changements successifs dans la gouvernance de l'établissement, le centre hospitalier de Jouarre s'est trouvé déstabilisé dans sa gestion des ressources humaines. De plus, il a changé à trois reprises de logiciel paie ce qui est un facteur de risque sur le plan comptable. Il a également arrêté à partir de 2014 de produire un bilan social.

6.2 Le projet social

Le projet social 2012-2017 fixait des axes stratégiques très généraux : améliorer la qualité de vie au travail et les conditions de travail ; poursuivre la politique de promotion professionnelle des agents et l'amélioration de l'accès aux formations professionnelles ; favoriser le professionnalisme.

En 2014, le directeur avait complété le plan d'action en s'engageant activement dans la démarche « Label Diversité »⁶¹ pour mettre en assurance qualité l'ensemble des processus liés aux ressources humaines, du recrutement au déroulement de carrière. *Le 18 avril 2016*, le président du conseil de surveillance, l'équipe de direction de l'hôpital de Jouarre et les représentants des organisations syndicales de l'établissement avaient été reçus par la ministre du travail et la ministre de la fonction publique afin de recevoir ce label. Le centre hospitalier de Jouarre avait été ainsi l'un des trois premiers établissements hospitaliers de France à être labellisé

L'établissement avait finalisé le document unique de prévention des risques professionnels fin 2013 en associant étroitement le CHSCT. Ce document comportait une identification des risques, une analyse de criticité, les actions à mettre en œuvre et les éléments de maîtrise.

En outre, dans ce document, l'établissement manifestait sa volonté d'améliorer la qualité de vie au travail des personnels soignants qui sont très fortement sollicités. Une étude sur « l'analyse des organisations soignantes et hôtelières », réalisée en avril 2014, avait dégagé des axes de réflexion au niveau opérationnel. Selon cette étude, « les équipes rencontrées, médicales, soignantes, hôtelières et vie sociale (étaient) dynamiques et volontaires (...) ; les agents prennent à cœur leur métier et recherchent en général la qualité du service rendu aux résidents ».

Le plan d'amélioration des conditions de travail, défini et validé en mai 2014, comportait des actions échelonnées dans le temps (2014-2015), les pilotes des actions, les indicateurs d'évaluation. Sans qu'elle puisse en tirer une conclusion définitive, la chambre note que le taux d'absentéisme, qui atteignait un niveau très élevé en 2013 et 2014, de respectivement 23 % et 30 %, est retombé à 10 % en 2016 et 2017.

⁶¹ Ce label public, créé par un décret du 17 décembre 2008, vise à prévenir les discriminations et à promouvoir la diversité dans les secteurs public et privé.

En revanche, arguant de la taille de l'établissement (moins de 300 ETP), le centre hospitalier de Jouarre a arrêté en 2014 de produire un bilan social, ou même une synthèse de données sociales.

6.3 Une évolution modérée de la masse salariale et un recours accru aux contractuels

La rémunération du personnel médical et non médical a augmenté de 13 % entre 2012 et 2017 pour atteindre 7,8 M€

Tableau n° 26 : Détail de la masse salariale par catégories de contrats

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annue lle moy
Personnel titulaire et stagiaire	5 590 365	5 489 432	5 453 946	5 689 872	5 849 049	5 695 544	0,4%
+ Personnel en CDI	778 102	484 834	601 743	289 001	489 158	566 439	-6,2%
+ Personnel en CDD	329 154	610 349	528 991	740 408	1 020 738	1 105 212	27,4%
+ Contrats aidés et apprentis	0	16 199	151 407	292 011	242 982	163 658	N.C.
- Atténuations de charges	30 833	59 012	88 672	73 840	106 122	70 429	18,0%
= Rémunérations du personnel non médical (a)	6 666 787	6 541 802	6 647 414	6 937 452	7 495 805	7 460 426	2,3%
<i>en % des rémunérations totales</i>	<i>95,47%</i>	<i>95,23%</i>	<i>95,78%</i>	<i>95,91%</i>	<i>95,55%</i>	<i>95,37%</i>	0,0%
Praticiens hospitaliers	203 480	154 387	166 003	259 656	271 661	279 150	6,5%
+ Praticiens hospitaliers contractuels	85 472	153 421	101 963	2 287	44 395	49 971	- 10,2%
+ Internes et étudiants	0	0	0	0	0	0	N.C.
+ Autres rémunérations (y c. permanence des soins et tps de travail additionnel)	27 551	21 880	24 570	33 650	32 696	33 434	3,9%
- Atténuations de charges	0	2 191	0	0	0	758	N.C.
= Rémunérations du personnel médical (b)	316 502	327 497	292 536	295 593	348 751	361 797	2,7%
<i>en % des rémunérations totales</i>	<i>4,53%</i>	<i>4,77%</i>	<i>4,22%</i>	<i>4,09%</i>	<i>4,45%</i>	<i>4,63%</i>	0,4%
Rémunérations du personnel (a+b)	6 983 289	6 869 300	6 939 950	7 233 045	7 844 556	7 822 223	2,3%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Les rémunérations du personnel médical représentent moins de 5 % du total des rémunérations.

La masse salariale du personnel non-médical contractuel est passée de de 330 K€ en 2012 à 1,2 M€ en 2017 alors qu'elle a diminué pour le personnel médical contractuel (de 80 K€ en 2012 à 50 K€ en 2017).

La mutualisation de certaines fonctions a entraîné des refacturations de charges de personnel entre le centre hospitalier de Jouarre et les établissements voisins. La charge supportée par le centre hospitalier de Jouarre s'établit en moyenne à 115 k€ par an entre 2012 et 2016.

Tableau n° 27 : Récapitulatif des refacturations de personnel

	2012	2013	2014	2015	2016
Refacturations à la charge du centre hospitalier de Jouarre					
budget USLD	26 456 €	25 219 €	46 755 €	106 589 €	122 525 €
budget EHPAD	87 384 €	90 313 €	75 489 €	79 270 €	46 904 €
Total 1	113 840 €	115 532 €	122 245 €	185 859 €	169 429 €
Refacturations faites par le centre hospitalier de Jouarre					
budget USLD	17 077 €	64 472 €	117 174 €	83 373 €	96 582 €
budget EHPAD	18 679 €	45 107 €	54 038 €	52 171 €	27 807 €
Total 2	35 756 €	109 579 €	171 212 €	135 544 €	124 390 €
Solde	78 084 €	5 953 €	- 48 967 €	50 315 €	45 039 €

Source : poste comptable

La chambre note l'imprécision des termes des conventions de direction commune et de leurs avenants, notamment quant à la domiciliation du directeur, la répartition du temps de travail, l'organisation de la permanence et l'absence d'annexe financière.

Avant avril 2014, le directeur par intérim était refacturé à hauteur de 10 % de son temps, auxquels s'ajoutaient 20 % pour la direction des ressources humaines. Ensuite, le centre hospitalier de Jouarre a remboursé le traitement de l'ancien directeur de 40 % en 2015 et de 30 % en 2016. Pour le directeur actuel, le traitement a été refacturé à hauteur de 25 %. Dans tous les cas, le taux retenu semble en décalage avec le taux de présence constaté de l'établissement, plus proche de 20%.

6.4 Une évolution des effectifs déconnectée de l'activité et des écarts importants entre le prévisionnel et le réel.

En l'absence de bilan social et de synthèse des données sociales, la chambre a analysé l'évolution des effectifs, en s'appuyant sur les déclarations de l'établissement au niveau des EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) et des CF (comptes financiers).

Effectifs inscrits dans l'EPRD

Dans les états prévisionnels, les effectifs augmentent de 11 % entre 2012 et 2017 pour atteindre 288,33 ETP (+29,18 ETP).

Tableau n° 28 : Évolution des effectifs dans les états prévisionnels

Budget	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
<i>PERSONNEL MÉDICAL – PERMANENTS</i>	4,6	5,3	4,6	4,6	4	4,6	0
<i>PERSONNEL MÉDICAL - NON PERMANENTS</i>	0	0	0,3	0,3	1	0	0
TOTAL PERSONNEL MÉDICAL	4,6	5,3	4,9	4,9	5	4,6	0
							0
<i>PERSONNEL NON MÉDICAL PERMANENT</i>	238,55	237,71	211	211,88	212,65	217,33	-21,22
<i>PERSONNEL NON MÉDICAL NON PERMANENT</i>	16	16,9	38,1	38,98	37,1	66,4	50,4
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6)	254,55	254,61	249,1	250,86	249,78	283,73	29,18
							0
TOTAL PERSONNEL MEDICAL et NON MEDICAL	259,15	259,91	254	255,76	254,78	288,33	29,18

Source : CRC Île-de-France d'après EPRD transmis par l'établissement

Tableau n° 29 : Évolution différenciée des effectifs dans les états prévisionnels, suivant les entités

Budget	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
Permanent	78,65	93,81	102,60	95,56	92,03	97,35	18,70
Non-permanent	4,00	4,84	9,60	8,74	4,93	26,45	22,45
Total USLD	82,65	98,65	112,20	104,30	96,96	123,80	41,15
Permanent	159,90	143,90	108,40	116,32	120,62	119,98	-39,92
Non-permanent	12,00	12,06	28,50	30,24	32,17	39,95	27,95
Total EHPAD	171,90	155,96	136,90	146,56	152,79	159,93	-11,97
Permanent	238,55	237,71	211,00	211,88	212,65	217,33	-21,22
Non-permanent	16,00	16,90	38,10	38,98	37,10	66,40	50,40
Total établissement	254,55	254,61	249,10	250,86	249,75	283,73	29,18

Source : CRC Île-de-France d'après EPRD transmis par l'établissement

L'analyse détaillée montre, que si l'effectif est stable concernant le personnel médical, de fortes variations d'une entité à l'autre et d'une année à l'autre concernant le prévisionnel d'effectifs en personnel non-médical : bascule nette d'effectifs permanents (-21,22 ETPR) vers des contractuels (+50,4 ETPR) et au-delà, bascule d'effectifs permanents USLD vers l'EHPAD et, en contrepartie, recours accru de contractuels dès 2014 sur l'activité EHPAD puis en 2017 sur la partie USLD.

La chambre note que ces variations, validées par les autorités de contrôle, ont un impact sur les budgets accordés pour chacune des entités, et au global pour l'établissement.

Effectifs inscrits dans les comptes financiers

Au niveau du réalisé, les effectifs sont globalement stables entre 2012 et 2014, avec une nette augmentation entre 2014 et 2016 (notamment personnel non médical en CDD) puis une légère diminution entre 2016 et 2017.

Tableau n° 30 : Évolution des effectifs dans les comptes financiers

Réel	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2012
PERSONNEL MÉDICAL – PERMANENTS	4,6	4	4,6	4,6	4,06	4,66	0,06
PERSONNEL MÉDICAL - NON PERMANENTS	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL PERSONNEL MÉDICAL	4,6	4	4,6	4,6	4,6	4,66	0,06
PERSONNEL NON MÉDICAL PERMANENT	238,55	230,3	211	212,88	222,77	214,64	-23,91
PERSONNEL NON MÉDICAL NON PERMANENT	16	21	38,1	38,48	50,12	51,95	35,95
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6)	254,55	251,3	249,1	251,36	272,89	266,59	12,04
TOTAL PERSONNEL MEDICAL et NON MEDICAL	259,15	255,3	253,7	255,96	277,49	271,25	12,1

Source : CRC Île-de-France d'après CF transmis par l'établissement

Même si l'écart entre 2012 et 2017 est moins important (+12,1 contre +29,18 ETPR) pour le réel (+12,1 ETPR) que pour le prévisionnel (+29,18 ETPR), l'analyse détaillée confirme la bascule nette concernant le personnel paramédical d'effectifs permanents (-23,91 ETPR) vers des contractuels (+35,95 ETPR).

Écarts entre le prévisionnel et le réel

Tableau n° 31 : Analyse des écarts entre prévisionnel et réel en matière d'effectifs

Écart entre budget et réel	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PERSONNEL MÉDICAL – PERMANENTS	0	-1,3	0	0	0,06	0,06
PERSONNEL MÉDICAL - NON PERMANENTS	0	0	-0,3	-0,3	-1	0
TOTAL PERSONNEL MÉDICAL	0	-1,3	-0,3	-0,3	-0,4	0,06
PERSONNEL NON MÉDICAL PERMANENT	0	-7,41	0	1	10,12	-2,69
PERSONNEL NON MÉDICAL NON PERMANENT	0	4,1	0	-0,5	13,02	-14,45
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6)	0	-3,31	0	0,5	23,11	-17,14
TOTAL PERSONNEL MEDICAL et NON MEDICAL	0	-4,61	-0,3	0,2	22,71	-17,08

Source : CRC Île-de-France d'après CF transmis par l'établissement

6.5 Le pilotage des effectifs et l'analyse des ratios d'encadrement dans les services

En début de période sous revue, jusqu'en 2016, l'écart entre le prévisionnel et le réel n'est pas significatif. Sur les deux derniers exercices contrôlés, ce n'est plus le cas (+15,29 ETPR).

La chambre a procédé, sur la base des effectifs inscrits dans les EPRD (états prévisionnels de recettes et de dépenses) au calcul des ratios d'encadrement, et vérifiant si l'établissement s'est organisé pour répondre aux exigences réglementaires.

En ce qui concerne l'USLD, le centre hospitalier de Jouarre a un taux d'encadrement conforme à la circulaire n°2007-193 du 10 mai 2007 pour le personnel médical mais encore très en-deçà pour le personnel paramédical.

Tableau n° 32 : Analyse du taux d'encadrement en USLD

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb total d'ETPR	56,20	70,20	79,58	74,38	74,43	73,95
Nb de places	92	110	114	114	114	114
taux d'encadrement global	0,61	0,64	0,70	0,65	0,65	0,65
référence circulaire 2007	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Personnel médical	1,60	2,00	2,00	2,00	2,70	2,00
référence circulaire 2007	1,53	1,83	1,90	1,90	1,90	1,90
Personnel paramédical	54,60	68,20	77,58	72,38	71,73	71,95
taux d'encadrement paramédical	0,59	0,62	0,68	0,63	0,63	0,63
référence circulaire 2007	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8

Source : CRC Île-de-France d'après les EPRD

En ce qui concerne l'EHPAD, avec un taux d'encadrement théorique de 0,7 en référence à la convention tripartite, et dans la réalité entre 0,66 et 0,81 suivant les années, l'établissement se situe au-dessus de la moyenne nationale pour l'EHPAD.⁶²

Tableau n° 33 : Analyse du taux d'encadrement pour l'activité EHPAD

	CTP	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb total d'ETPR	141,00	162,90	150,99	149,46	149,46	155,09	162,53
Nb de places	201	201	201	213	225	225	225
Taux d'encadrement global	0,70	0,81	0,75	0,70	0,66	0,69	0,72

Source : CRC Île-de-France d'après les EPRD

Les effectifs affectés à l'activité de l'EHPAD accusaient un écart de +12 ETP à fin 2017 par rapport à la convention tripartite. L'écart se situe sur le personnel administratif et celui des fonctions support (+13 ETP).

⁶² Moyenne nationale de 0,58 à 0,61 tirée de l'Observatoire des EHPAD de KPMG en janvier 2013 sur une base de 323 établissements publics et privés

Dans sa réponse à la chambre, le directeur général du GHEF est revenu sur l'augmentation des effectifs entre 2015 et 2017 (notamment en 2016 puisque c'est à compter de cet exercice que l'augmentation globale de la masse des effectifs devient notable) pour expliquer que la hausse apparente du personnel administratif résulte du reclassement de soignants paramédicaux atteints de restrictions physiques à leur demande.

Dans le cadre de fusion-absorption par le GHEF au 1^{er} janvier 2019, le personnel administratif, ainsi qu'une partie du personnel technique et ouvrier, ont été affectés sur d'autres sites, dans le cadre de fonctions mutualisées au sein du GHEF (remplacement, sans recrutement supplémentaire, de départs pour cause de mobilité ou de retraite), permettant de limiter les sureffectifs constatés.

6.6 La gestion du temps de travail

Le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière précise dans son deuxième article que « *La durée du travail est fixée à 35 heures par semaine dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée. Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées* ».

La durée annuelle du temps de travail est réduite pour les agents soumis à des sujétions spécifiques dont les agents en repos variable pour lesquels la durée annuelle est de 1 582 heures (agents qui travaillent au moins 10 dimanches ou jours fériés pendant l'année civile ou pour les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires).

Le décret 2002-8 du 4 novembre 2002 relatif aux congés annuels des agents fixe le nombre de jours de congés à « *25 jours ouvrés pour l'exercice de fonctions à temps plein* ».

En février 2002⁶³, le centre hospitalier de Jouarre a conclu un accord local de réduction du temps de travail (ARTT). En octobre 2004, un référentiel sur la gestion du temps de travail est venu préciser certains points de cet accord (cycle de travail, temps de pause, temps de repas, temps d'habillage et de déshabillage).

L'établissement dispose de plannings informatisés depuis 2005 mais pas d'un dispositif de badgeage. En janvier 2018, la directrice déléguée de site a reprécisé, via une note de service⁶⁴, les dispositions en matière de temps de travail. Cependant, des écarts persistent entre le temps de travail effectué dans l'établissement et le temps de travail réglementaire.

⁶³ Signature le 28 février 2002 du protocole d'accord entre la direction et les organisations syndicales, avis favorable émis par le CTE le 29 mars 2002

⁶⁴ Note n°2018/12 du 19 janvier 2018 sur l'obligation annuelle de travail (OAT)

Tableau n° 34 : Comparaison entre l'accord ARTT en place dans l'établissement à fin 2018 et la réglementation en vigueur

Type de temps de travail des personnels hospitaliers	Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002	Accord local	Écart en heures
Personnel de jour en repos fixe	1 607 h	1 575 h	-32 h
Personnel de jour en repos variable (moins de 20 dim/J.fériés)	1 582 h	1 561	-22 h
Personnel de jour en repos variable (plus de 20 dim/J.fériés)	1 568 h + deux jours de repos	1 547 h + deux jours de repos	-15 h
Personnel de nuit	1 460 h	1 449,5 h	10,5 h

Source : accord ARTT

Ces écarts sont notamment dus à la fixation d'un nombre de jours de congés annuels de 28 jours et non de 25 jours.

À la suite des observations de la chambre, le directeur général du GHEF indique qu'un chantier d'harmonisation du temps de travail est en cours au sein du GHEF avec l'objectif de se mettre en conformité avec les dispositions du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002. Dès à présent, une note interne fin 2018 est venue préciser le temps de travail global à effectuer selon que les agents travaillent de jour en repos fixes, de jours en repos variables ou de nuit.

Rappel au droit n° 4 : Profiter de la fusion-absorption par le GHEF pour revoir l'accord relatif au temps de travail et revenir ainsi à la durée légale du travail.

6.7 Les logements de fonction

Les conditions d'attribution de logement par nécessité absolue de service sont fixées à l'article 2 du décret du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service.

De plus, l'article 1^{er} de l'arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service dispose que « *le nombre annuel de journées de gardes de direction ou techniques à assurer par certains fonctionnaires, prévu à l'article 2 du décret du 8 janvier 2010 susvisé, ouvrant droit aux concessions de logement, ne peut, en aucun cas, être inférieur à 40 journées.* »

Au regard de leur participation aux gardes de direction, trois agents ont bénéficié d'un logement de fonction au sein du centre hospitalier de Jouarre entre 2012 et 2017. L'attribution de ce logement de fonction apparaît en avantage en nature sur leur fiche de paie. Elle doit se traduire par une convention de concession de logement pour nécessité absolue de service et une décision du directeur. En outre, en application de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, le conseil de surveillance délibère sur toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou conseil de surveillance.

Dans les trois cas ci-dessus, l'établissement n'a pas été en mesure de produire la décision du directeur de l'établissement, la délibération du conseil de surveillance et la convention de concession pour nécessité absolue de service. Le rappel au droit avait déjà été fait dans le précédent rapport de la chambre pour des cas similaires.

Rappel au droit n° 5 : Encadrer l'attribution de logements à certains agents, en formalisant les documents requis notamment par l'article L.6143-1 du code de santé publique (décision du directeur, convention et délibération du conseil de surveillance).

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Si les effectifs ont augmenté entre 2012 et 2017 pour atteindre près de 290 agents en 2017 (contre 266 en 2012), la progression de la rémunération du personnel est restée contenue à 2,3 % par an moyenne entre 2012 et 2017 grâce à un recours accru aux contractuels.

Le taux d'encadrement est satisfaisant tant à l'EHPAD qu'à l'USLD mais masque un important sureffectif au sein des fonctions support qui, selon le directeur général, sera résorbé à l'occasion de la réaffectation du personnel sur d'autres établissements du GHEF lors de la fusion au 1^{er} janvier 2019.

La qualité du projet social initié en 2014 (recrutement, accompagnement individuel, équilibre vie privée/vie professionnelle, prévention des risques psycho-sociaux, etc.) ne saurait masquer les irrégularités constatées en matière de respect de la durée légale du travail ou de régularité de l'attribution de logements pour nécessité absolue de service.

7 LA FUSION-ABSORPTION AU 1^{ER} JANVIER 2019

7.1 Le calendrier

La fusion-absorption du centre hospitalier de Jouarre par le GHEF, prévue à effet du 1^{er} janvier 2019, est le résultat d'un long processus initié dès 2005, pour lequel avait manqué jusqu'à présent une cohérence de mise en œuvre.

La charte relative à l'adaptation de l'offre des établissements et services médico-sociaux du 29 mai 2015 invite les établissements de petite taille ou en difficultés budgétaires « à s'engager dans une démarche de réorganisation qui pourra prendre différentes formes : mutualisation de compétences et/ou de moyens afin de réduire les coûts, rapprochement associatif, groupement de coopération sociale ou médico-sociale, siège inter-associatif, etc. ». Selon l'ARS, la fusion-absorption est une des solutions possibles.

Fin 2017, suite à un audit managérial commandé par l'ARS Île-de-France, la direction de l'établissement a décidé d'engager la réflexion sur fusion-absorption du centre hospitalier de Jouarre par le GHEF.

Le projet de fusion-absorption au sein du GHEF a été présenté aux instances au printemps 2018. Il a été approuvé à l'unanimité par la commission de soins infirmiers et de rééducation médico-technique (CSIRMT) le 7 mars 2018, la commission médicale d'établissement (CME) le 9 mars 2018, le comité technique d'établissement (CTE) le 13 mars 2018, le conseil de surveillance (CS) le 13 mars 2018.

Une communication officielle et régulière envers l'ensemble des agents a été engagée (flash info, réunions d'information générale, réunions d'encadrement) et un dispositif d'accompagnement a été mis en place à destination des personnels des services administratifs, techniques et logistiques du centre hospitalier de Jouarre. Une note d'information a été diffusée le 3 mai 2018 précisant la composition et les missions de la cellule d'accompagnement.

Les entretiens individuels ont débuté en juillet 2018, après publication par l'ARS Île-de-France de l'arrêté de fusion-absorption au 1^{er} janvier 2019. La cellule d'accompagnement composée de six représentants du GHEF et du centre hospitalier de Jouarre, a été chargée de recevoir les agents pour un entretien personnalisé, faire le point sur leur situation, souhaits d'orientation et d'évolution, étudier avec eux les propositions de poste au niveau de l'établissement et du GHEF et proposer éventuellement des actions de formation.

7.2 Le schéma retenu

Le schéma retenu est celui d'une fusion-absorption du centre hospitalier de Jouarre par le GHEF à effet du 1^{er} janvier 2019. Lors de l'annonce de la fusion en février 2018, M. Phelep constate que « *le centre hospitalier de Jouarre avec ses 315 lits et places est l'aval naturel en gériatrie des trois établissements fondateurs du GHEF (Coulommiers, Marne-La-Vallée, Meaux)* ».

Le contrat de pôle « Gériatrie-SSR » pour la période 2018-2022, prévoit de « repenser l'action de l'établissement de Jouarre au sein de la filière gériatrique dans la perspective d'un partenariat à double sens, pour améliorer la qualité et la fluidité des parcours de soins de la personne âgée ».

L'apport des 315 lits fait par le centre hospitalier de Jouarre correspond à un doublement de la capacité de la filière gériatrique du GHEF.

Tableau n° 35 : Capacités dans la filière gériatrique à fin mars 2018

Capacités (en nombre places)	Site de Coulommiers	Site de Marne-la-Vallée	Site de Meaux	GHEF	Site de Jouarre	Nouvel ensemble
court séjour gériatrique	28	25	30	83		83
SSR gériatrique	34		97	131		131
SSR polyvalent	33			33		33
EVC	10			10		10
USLD			57	57	114	171
EHPAD			30	30	201	231
Total	105	25	214	344	315	659

Source : GHEF

En termes d'effectifs, le futur ensemble représentera plus de 5 600 agents. Le centre hospitalier de Jouarre représentera 4,5 % de l'effectif global.

Tableau n° 36 : Effectifs à fin 2017

	GHEF	Ch de Jouarre	Nouvel ensemble
Effectifs Temps Pleins non médicaux	4 676,62	255,43	4 932,05
Effectifs Temps Pleins médicaux	741,44	3	744,44
Total	5 418,06	258,43	5 676,49

Source : GHEF

Le projet de fusion-absorption, pour lequel le GHEF dispose déjà d'une expérience en la matière, doit permettre d'élaborer un projet médical structurant pour, entre autres, la filière gériatrique du nouvel établissement, dans le but d'une meilleure complémentarité entre les équipes médicales, une optimisation de l'offre sur le territoire et l'amélioration du parcours de soins des patients âgés, une plus grande attractivité des recrutements médicaux et non médicaux et l'optimisation de l'emploi des moyens, notamment des services supports (fonctions administratives, techniques et logistiques), et des équipements existants.

7.3 Les éléments financiers

Le dossier présenté à la commission d'organisation des soins fait état d'une opération de fusion-absorption sous-tendue par des situations budgétaires et financières saines et équilibrées : pour le GHEF, une prévision de résultat de 1,2 M€ en 2017 et 3,5 M€ en 2018, et pour le centre hospitalier de Jouarre de 0,6 M€ en 2017 et un résultat nul en 2018.

Tableau n° 37 : Budget prévisionnel 2018 du nouvel ensemble

	GHEF	centre hospitalier de Jouarre	Nouvel ensemble
Recettes du budget H	489 246 856	0	489 246 856
Résultat du budget principal	3 510 240	0	3 510 240
Résultat tous budgets confondus	3 517 780	0	3 517 780
Marge brute	34 980 930	1 205 164	36 186 094
Taux de marge brute	7,54%	6,41%	7,49%
CAF	26 490 713	1 035 096	27 525 809
Couverture des investissements par la CAF	135,85%	795,68%	140,22%
CAF nette	12 915 633	59 129	12 974 762
Actif immobilisé	668 296 179	53 347 295	721 643 474
Capitaux permanents	355 190 188	60 000 000	415 190 188
Taux d'indépendance financière	61,44%	23,86%	56,01%
Fonds de roulement net global	156 157 322	7 684 619	163 841 941
Besoin en fonds de roulement	63 956 809	3 328 553	67 285 362
Trésorerie au 1er janvier 2018	92 200 511	4 356 066	96 556 577

Source : GHEF

Le comptable du GHEF à Marne-la-Vallée deviendra le comptable du nouvel ensemble et la démarche de certification s'appliquera pour le nouvel ensemble.

7.4 Un transfert progressif de la gestion

Un comité de pilotage a été mis en place en avril 2018. Il est composé des directeurs et responsables médico-soignants du centre hospitalier de Jouarre et du GHEF ainsi que des administrations partenaires (autorités de contrôle, CPAM, DDFIP).

Cinq groupes de travail thématiques ont été identifiés : organisation médico-soignante, organisation logistique, achats et technique, ressources humaines, préfiguration budgétaire et financière, pharmacie à usage intérieur (PUI). Pour chaque groupe de travail, un pilote et un co-pilote, binôme GHEF/centre hospitalier de Jouarre se sont assuré que les tâches à mener l'ont été conformément aux axes stratégiques validés en COPIL, ont coordonné les référents et géré les aléas rencontrés.

La mutualisation des équipes a été mise en place de manière progressive ; elle concerne d'abord les services techniques et logistiques. De manière générale, le GHEF bénéficie de l'expérience managériale acquise lors de la précédente fusion des trois établissements de Coulommiers, Marne-la-Vallée, Meaux à effet du 1^{er} janvier 2017. Alors que cette opération concernait des établissements de même catégorie, avec un portefeuille d'activités MCO assez proche, la fusion avec le centre hospitalier de Jouarre concerne un établissement spécialisé, atypique par son positionnement et de petite taille.

ANNEXES

Annexe n° 1. Déroulement de la procédure	64
Annexe n° 2. Fiche signalétique de l'établissement (à fin 2018).....	66
Annexe n° 3. Détail des produits d'activité	67
Annexe n° 4. Glossaire des sigles.....	68

Annexe n° 1. Déroulement de la procédure

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure définie par le code des juridictions financières aux articles L. 243-1 à L. 243-6, R. 243-1 à R. 243-21 et par le recueil des normes professionnelles des juridictions financières.

Objet	Dates	Destinataire
Arrêté de programmation	1 ^{er} décembre 2017	
Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle	16 janvier 2018	M Phelep, directeur général du groupe hospitalier de l'est francilien (GHEF)
	16 janvier 2018	M Vallée, président du conseil de surveillance,
	16 janvier 2018	M Frasin, anciens ordonnateur
	16 janvier 2018	M Benateur, ancien ordonnateur
	25 janvier 2018	M Paret, ancien ordonnateur
	14 février 2018	M Roussel, ancien ordonnateur
	16 janvier 2018	Pour information, l'agence régionale de santé d'Île-de-France et le directeur des finances publiques de Seine-et-Marne
Entretien de début d'instruction	13 février 2018	Mme Marie-Ange-Perulli, déléguée de site,
	13 février 2018	M. Fabien Vallée président du conseil de surveillance.
	9 février 2018	M Frasin, ancien ordonnateur
	9 février 2018	M Benateur, ancien ordonnateur
	9 février 2018	M Paret, ancien ordonnateur
2 mars 2018	M Roussel, ancien ordonnateur	
Entretien de fin d'instruction	3 septembre 2018	M Paret, ancien ordonnateur
	4 septembre	M Roussel, ancien ordonnateur
	4 septembre	M Roussel, ancien ordonnateur
	5 septembre 2018	M Benateur, ancien ordonnateur
	10 septembre 2018	Mme Marie-Ange Perulli, déléguée de site

Délibéré de la formation compétente sur le ROP	Le 2 octobre 2018	
Envoi du rapport d'observations provisoires	Le 21 décembre 2018	M Phelep, directeur général du GHEF
	Le 21 décembre 2018	M Paret, ancien ordonnateur
	Le 21 décembre 2018	M Roussel, ancien ordonnateur
	Le 21 décembre 2018	M Roussel, ancien ordonnateur
	Le 21 décembre 2018	M Benateur, ancien ordonnateur
	Le 21 décembre 2018	Mme Ladoucette, ancienne directrice du GCS GHEF
Envoi d'extraits du rapport d'observations provisoires	Le 27 décembre 2018	M Vallée, président du conseil de surveillance,
	Le 27 décembre 2018	M Rousseau, directeur général de l'ARS,
	Le 27 décembre 2018	Dr Khoe-Dung Nguyen, président de la commission médicale d'établissement,
	Le 27 décembre 2018	Maître Gilles Krowicki, notaire
	Le 27 décembre 2018	Mme Robart, comptable
Auditions	Le 3 avril 2019	M Phelep, directeur général du GHEF
Délibéré de la formation compétente sur le ROD	Le 3 avril 2019	

Annexe n° 2. Fiche signalétique de l'établissement (à fin 2018)

Nom	Centre hospitalier de Jouarre (CHJ)
Forme juridique	Établissement public de santé (EPS) depuis la loi HPST de juillet 2009
Date de création	Moyen-Âge. L'établissement est le résultat du regroupement de trois hôpitaux du pays fertois, situés à La Ferté-sous-Jouarre, Jouarre, Saint-Jean-les-deux Jumeaux.
Adresse	18, rue Petit Huet 77640 JOUARRE
Site internet	http://www.ch-jouarre.fr
Tel	01 60 24 48 24
Courriel	direction@ch-jouarre.fr
Directeur	M. Jean-Christophe Phelep depuis le 1 ^{er} juillet 2016
Directrice déléguée de site	Mme Marie-Ange Perulli depuis le 1 ^{er} novembre 2016
Président du conseil d'administration	M. Fabien Vallée, maire de Jouarre
Activité	Unité de soins de longue durée (USLD), Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), accueil de jour (AJ)
Autorité(s) de contrôle	ARS Île-de-France et Conseil départemental de Seine-et-Marne
Comptable public	Mme Laurence Robart, responsable du centre de finances publiques de la Ferté-sous-Jouarre
Nomenclature comptable applicable	M21
Établissement habilité à l'APL (aide personnalisée au logement)	Oui
Établissement habilité à l'AS (aide sociale)	Oui
Capacité autorisée	114 lits d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée), dont 12 lits d'UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) et 201 lits d'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) dont 12 lits dédiés à l'accompagnement des personnes souffrant de la maladie « d'Alzheimer » ou de troubles apparentés et deux PASA (Pôle d'Activités de Soins Adaptés) de 14 places chacun
Accueil de jour	Oui depuis 2015 sous forme d'accueil de jour itinérant (AJI)

Source : CRC Ile-de-France (d'après données établissement)

Annexe n° 3. Détail des produits d'activité**Schéma n° 1 : Les produits de l'activité USLD (en M€)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moyenne
Tarif hébergement pris en charge par le département	1,108	1,699	1,524	1,281	1,024	1,275	2,8%
+ Participation du résident à l'hébergement	0,839	0,879	1,367	1,726	2,033	1,670	14,7%
<i>Participation du résident à l'hébergement</i>	<i>43,10%</i>	<i>34,10%</i>	<i>47,29%</i>	<i>57,40%</i>	<i>66,50%</i>	<i>56,70%</i>	5,6%
+ Tarif dépendance couvert par l'APA et l'AM	0,292	0,376	0,482	0,521	0,534	0,566	14,2%
+ Participation du résident au tarif dépendance	0,209	0,215	0,209	0,368	0,324	0,275	5,7%
<i>Participation du résident au tarif dépendance</i>	<i>41,71%</i>	<i>36,40%</i>	<i>30,26%</i>	<i>41,39%</i>	<i>37,75%</i>	<i>32,70%</i>	-4,7%
+ Dotation annuelle soins – Caisses d'assurance maladie	2,516	2,775	2,922	3,161	3,326	3,574	7,3%
= Dotations et produits de tarification de l'USLD	4,964	5,945	6,504	7,057	7,241	7,361	8,2%
<i>en % des produits d'exploitation</i>	<i>30,11%</i>	<i>36,43%</i>	<i>40,42%</i>	<i>42,68%</i>	<i>42,11%</i>	<i>42,47%</i>	7,1%

Source : comptes de gestion retraités par la Chambre

Schéma n° 2 : Les produits de l'activité EHPAD (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moyenne
Tarif hébergement pris en charge par le département	2,392	2,306	1,681	1,392	1,092	1,151	-13,6%
+ Tarif hébergement pris en charge par l'hébergé	2,200	2,042	2,603	2,886	3,220	3,176	7,6%
<i>Participation du résident à l'hébergement</i>	<i>47,92%</i>	<i>46,97%</i>	<i>60,77%</i>	<i>67,46%</i>	<i>74,68%</i>	<i>73,40%</i>	8,9%
+ Tarif dépendance couvert par l'APA et l'AM	0,690	0,641	0,714	0,775	0,720	0,775	2,3%
+ Participation du résident au tarif dépendance	0,565	0,517	0,463	0,553	0,545	0,472	-3,5%
<i>Participation du résident au tarif dépendance</i>	<i>45,00%</i>	<i>44,67%</i>	<i>39,34%</i>	<i>41,63%</i>	<i>43,10%</i>	<i>37,86%</i>	-3,4%
+ Dotation annuelle soins – Caisses d'assurance maladie	5,601	4,727	3,938	3,696	4,215	4,174	-5,7%
= Dotations et produits de tarification de l'EHPAD	11,449	10,233	9,398	9,301	9,792	9,748	-3,2%
<i>en % des produits d'exploitation</i>	<i>69,44%</i>	<i>62,70%</i>	<i>58,40%</i>	<i>56,25%</i>	<i>56,94%</i>	<i>56,25%</i>	-4,1%
Budgets B et E	16,413	16,178	15,903	16,358	17,033	17,109	

Source : comptes de gestion retraités par la Chambre

Annexe n° 4. Glossaire des sigles

AGGIR	Autonomie gérontologie groupes iso-ressources
ANAP	agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA	allocation personnalisée d'autonomie
ARS	agence régionale de santé
AS	aide-soignant
ASH	agent de service hospitalier
CA	chiffre d'affaires (ou conseil d'administration)
CASF	code de l'action sociale et des familles
CC	Cour des comptes
CH	centre hospitalier
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et conditions de travail
CHS	centre hospitalier spécialisé
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT	convention pluriannuelle tripartite
CR	crédit reconductible
CROSMS	comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
CRS	conférence régionale de la santé
CRSA	conférence régionale santé et de l'autonomie
CRC	chambre régionale des comptes
CREF	contrat de retour à l'équilibre financier
CS	conseil de surveillance
CSG	court séjour gériatrique (ou contribution sociale généralisée)
CSP	code de la santé publique
CTE	comité technique d'établissement
CTP	comité technique paritaire
DC	direction commune
DDFIP	direction départementale des finances publiques
DGAS	direction générale de l'action sociale (devenue la DGCS)
DGCS	direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	direction générale des finances publiques
DGOS	direction générale de l'offre de soins (ex DHOS)
DGS	direction générale de la santé
DGOS	direction générale de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	établissement public de santé
ETP	équivalent temps plein
ETPR	équivalent temps plein rémunéré
GCS	groupement de coopération sanitaire
GCSMS	groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIR	groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
GMPS	GIR moyen pondéré soins
JO	journal officiel
SPASAD	service polyvalent de soins à domicile
SROS	schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
SSR	soins de suite et de réadaptation

REPONSES

- du directeur du centre hospitalier de Jouarre,
- de Monsieur Philippe Paret, ancien directeur,
- de Monsieur Younès Benanteur, ancien directeur,
- de Monsieur Eric Roussel, ancien directeur,
- de Monsieur Benoit Fraslin, ancien directeur.

(*)

() Ces réponses jointes au rapport engagent les seules responsabilités de leurs auteurs, conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières.*

**POLE ADMINISTRATIF LOGISTIQUE ET TECHNIQUE
DIRECTION**

Meaux, le 1^{er} juillet 2019

REF : DG/JCP/MDNS/213_2019

LR/AR N° 2C116 504 2075 9

Monsieur Christian MARTIN
Président
CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
6 Cours des Roches
NOISIEL – BP 187
77135 MARNE-LA-VALLÉE Cedex 2

Monsieur le Président,

Pour faire suite à votre courrier du 24 juin 2019 et au rapport d'observations définitives du 21 mars 2019, je souhaite vous apporter des précisions sur le paragraphe 2.2.3 page 17 relatif à la cession de deux maisons d'habitation à Jouarre :

- Il n'existe pas d'obligation de faire appel aux services des Domaines, néanmoins ces services avaient été contactés afin de réaliser une estimation financière de ces deux maisons, mais avaient refusé de se déplacer,
- Deux agences immobilières ont visité les deux maisons d'habitation jugeant leur valeur financière à un coût total de 120 K€ au motif que les lieux inhabitables et le montant élevé des travaux pouvaient dissuader de potentiels acheteurs.
- Un montant de 140 K€ avancé par la direction du Centre Hospitalier de Jouarre a fait l'objet d'un point à l'ordre du jour, présenté du conseil de surveillance lors de la séance du 28 mai 2018 dont vous voudrez bien trouver ci-joint un extrait du compte rendu.

Je suis à votre disposition pour vous apporter tout élément complémentaire que vous jugerez nécessaire, et vous prie de croire, Monsieur le Président, en mes cordiales salutations.

Le directeur

Jean-Christophe PHELEP



P.J. : 1

CONSEIL DE SURVEILLANCE

SEANCE DU LUNDI 28 MAI 2018

COMPTE RENDU

ETAIENT PRESENTS :

M. Fabien VALLÉE, président du conseil de surveillance, maire de Jouarre
M. Jean-Vincent DAUNA, représentant de la communauté d'agglomération Coulommiers Pays de Brie
M. Hughes GERARD, représentant des usagers
M. Jean-Paul GAILLARD, représentant des usagers
Dr Mickaël RAVATO, représentant de la CME
Mme Christelle QUENIOUX, représentant de la CSIRMT
Mme Marie-Christine GARNEAUX, représentante du CTE
Mme Brigitte BEAUCAMPS, représentante des familles

ASSISTES DE :

M. Jean-Christophe PHELEP, directeur du GHT Nord 77
Mme Marie-Ange PERULLI, directrice déléguée de site
Mme Peggy VUILLIN, élève directeur
Mme Elisabeth HABON, cadre supérieur de santé, coordonnatrice des soins
Mme Delphine CHANIER, responsable des finances/ressources humaines
Mme Véronique MAASSEN, assistante de Direction
Mme Nathalie LECLEIRE, adjoint administratif, des admissions

ABSENTS EXCUSES :

M. Ugo PEZZETTA, conseiller départemental, maire de la Ferté-sous-Jouarre
Mme Sylvie RIBOULOT, personnalité qualifiée

Séance ouverte à 10h05.

I – Approbation du compte rendu du conseil de surveillance du 13 avril 2018 (PJ).

Aucune observation :

**POUR : 4
ABSTENTION : 2**

II – Compte financier et affectation des résultats. (PJ).

1. - L'activité

1.1 – Evolution de l'activité

7.2 – Le budget d’Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.)

7.2.1 – Hébergement

Le résultat d’exploitation de 2017 est de : + 99 449,02 €.

La reprise des excédents 2016 : + 220 379,69 €

Soit + 319 828,71 € affectés en report à nouveau excédentaire sur 2018.

7.2.2– Dépendance

Le résultat d’exploitation de 2017 est de - 2 674,12 €.

La reprise des déficits 2016 : -1 625 568,80 €

Soit -1 628 242,92 € affectés en report à nouveau déficitaire sur 2018.

7.2.3– Soins

Le résultat d’exploitation de 2017 est de + 292 343,16 €.

Pas de reprise de résultats de 2016.

Soit + 292 343,16 € affectés report à nouveau excédentaire sur 2018.

7.3 – Budget de la Dotation Non Affectée (D.N.A.)

Le résultat d’exploitation de 2017 est de : + 39 086,50 €.

Pas de reprise de résultats.

Soit + 39 086,50 € affectés en investissement.

Aucune observation.

POUR A L’UNANIMITE

III – Vente de la maison section cadastrale AE152.

Le bien est vendu à Mme Christelle MAHE pour un montant de 149 000 €.

POUR A L’UNANIMITE

IV – Contrat de séjour de l’accueil de jour itinérant (PJ).

Le contrat de séjour de l’accueil de jour itinérant a été actualisé.

A noter que le site de Lizy sur Ourcq va fermer faute de fréquentation et que Jouarre n’a pas reçu de demande d’admission. D’ailleurs M. le Maire de Jouarre a été sollicité pour la mise à disposition d’une salle de la commune, car le défaut de fréquentation sur Jouarre vient probablement du fait que la salle soit au sein de l’établissement hospitalier.

POUR A L’UNANIMITE

De : Philippe PARET <[redacted]>
Date : samedi 13 juillet 2019 à 10:00
À : Gilles Duthil <[redacted]>
Objet : Re: Contrôle du CH de Jouarre (77)



Bonjour Monsieur,

J ai bien reçu le rapport.
Je n ai pas prévu d y apporter une réponse.
Merci
Bien courtoisement

Ph. Paret
Directeur CH G Daumezon et CH de Corcoue/Logne
Secrétariat de direction : [redacted] /
Directeur par intérim de l' EPSM de Vendée G.Mazurelle

De : Younès Benanteur [redacted]

Envoyé : vendredi 12 juillet 2019 11:16

À : Duthil, Gilles <[redacted]>

Cc : greffeidf <greffeidf@crtc.ccomptes.fr>; Younès Benanteur [redacted]
<[redacted]>

Objet : RE: Contrôle du CH de Jouarre (77)



Monsieur Duthil, bonjour,

Un grand merci pour votre courriel.

Concernant mes remarques, j'en ai précisément deux.

Au sujet de la Blanchisserie Inter Hospitalière de Seine-et-Marne (BIH 77), page 30 du rapport, deuxième paragraphe de la page, je trouve dommageable de ne pas avoir repris ma remarque portant sur l'illogisme économique et technique qu'il y aurait eu à investir dans la rénovation de la blanchisserie de 2 tonnes par jour de Jouarre. En effet, le seuil de rentabilité et la capacité à répondre aux impératifs d'hygiène et de qualité de la norme « Risk Analysis Bio-contamination Control – RABC » se situent autour d'un volume minimal de production de 20 tonnes/jour.

Concernant l'inventaire des immobilisations, page 40 du rapport, troisième paragraphe du 4.2.1., je rappelle que le travail portant sur l'inventaire des équipements mobiliers, en plus des lits à hauteur variable électriques déjà inventoriés, a été transmis au trésorier et qu'il a permis de mettre en place les dotations aux amortissements desdits équipements. La remarque est reprise, mais de façon moins précise. Je concède que le même travail portant sur l'immobilier et les amortissements différenciés du bâtiment et de ses sous-systèmes était prévu, mais n'a pas été finalisé, le départ du Technicien Supérieur Hospitalier (cf. M. Roger Bernon), seul à même de conduire cette tâche en interne, ayant bloqué le processus.

Enfin, me concernant, je pense reprendre le travail à mi-temps en octobre si tout continue d'aller bien.

Bien à vous,

Younès Benanteur

De : [ROUSSEL Eric](#)
A : [greffeidf](#)
Objet : Rapport de la cour régional des comptes sur le centre Hospitalier de Jouarre
Date : lundi 15 juillet 2019 08:28:27

Bonjour,

Après relecture du rapport définitif du Contrôle CRC de l'Hôpital de Jouarre je confirme ne pas souhaiter faire de remarque particulière sur le rapport définitif.

Bien cordialement

Eric Roussel

Directeur des Ressources Humaines AHPH.Centre – Université de Paris

Hôpitaux Broca La Collégiale • Cochin

Corentin Celton • HEGP • Hôtel-Dieu

Necker-Enfants malades • Vaugirard

Tél : [REDACTED]

Port. : [REDACTED]

Hôpital Européen Georges POMPIDOU

20 rue Leblanc

75015 PARIS



De : Benoit FRASLIN <[redacted]>
Date : vendredi 12 juillet 2019 à 15:31
À : Gilles Duthil <[redacted]>
Objet : RE: Contrôle du CH de Jouarre (77)

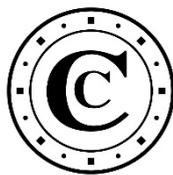


Monsieur le premier conseiller,

Je vous remercie de votre sollicitation. Après lecture du rapport d'observations définitives et la prise en compte de mon unique explication, je vous indique que je ne souhaite adresser un nouveau courrier, lequel n'apportera rien de nouveau.

Recevez, Monsieur le premier conseiller, l'expression de mes salutations cordiales.

B.FRASLIN.



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »
Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

Chambre régionale des comptes Île-de-France

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france