Chambre régionale des comptes
La Réunion

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES RÉPONSES

GROUPE HOSPITALIER EST DE LA RÉUNION

Exercices 2014 et suivants

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

44, rue Alexis de Villeneuve - 97488 Saint-Denis Cedex - www.ccomptes.fr

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE 2
RECOMMANDATIONS 4
PROCÉDURE 6
OBSERVATIONS 7
1 STRATÉGIE ET GOUVERNANCE 8
1.1 Le pilotage stratégique 8
1.2 Les instances et l'organisation 8
2 LE PILOTAGE OPÉRATIONNEL 10
2.1 Les ressources humaines 10
2.2 La commande publique 15
3 ENJEUX FINANCIERS ET PERSPECTIVES 18
3.1 La fiabilité des comptes 18
3.2 La situation financière 20
3.3 Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) 22
3.4 La chirurgie 24
ANNEXES 27

SYNTHÈSE

Le groupe hospitalier Est de La Réunion (GHER), établissement public de santé en direction commune avec le centre hospitalier universitaire (CHU) depuis 2014, emploie 900 personnes et dispose d'un budget de 92 M€. Il est installé sur deux sites. Le premier, Saint-Benoît, reconstruit en 2012, reçoit l'activité médecine chirurgie obstétrique et assure les urgences ; des opérateurs de santé privés y sont également installés. Le second, Saint-André, comprend une unité de long et moyen séjour.

La gestion du GHER, acteur sanitaire du groupement hospitalier de l'océan Indien, est marquée par des fragilités structurelles, financières et des faiblesses en termes d'activité.

La gouvernance du GHER doit être améliorée. L'information délivrée au conseil de surveillance pourrait être enrichie pour faciliter sa prise de décisions. Les pôles, regroupements de services de la même spécialité, connaissent des difficultés en matière de pilotage et de cohésion médicale alors même qu'un nouveau projet médical a été adopté pour la période 2018-2022. L'établissement n'a pas encore nommé de chef de pôle femme enfant.

Face à l'érosion de ses parts de marchés au profit de la concurrence privée, le GHER n'optimise pas le plateau technique moderne dont il dispose, qu'il pourrait associer à des conditions hôtelières appropriées. Il affiche, selon les indicateurs de performance, une activité moindre en chirurgie digestive et orthopédique ; le pôle chirurgie qui est en sous activité pénalise les résultats de la structure.

L'évolution favorable de l'activité combinée à une baisse de la tarification des actes médicaux n'a pas permis d'atteindre la trajectoire financière fixée par le premier contrat de retour à l'équilibre (CREF) 2015-2019 ; le déficit a atteint 2,4 M€ en 2017 alors même que l'établissement n'a pas amorti ses immobilisations ni provisionné un contentieux de manière réglementaire.

Pour 2018 et sur demande de l'ARS, le GHER a commencé à provisionner ce contentieux. L'inscription de ces opérations aura une incidence négative sur ses résultats déjà déficitaires.

Un avenant au CREF est en cours d'élaboration pour la période 2018-2022 ; il s'appuie sur un développement de l'activité privilégiant des recettes nouvelles ainsi qu'un plan d'économies.

Bien que des actions aient été engagées pour maîtriser les dépenses, l'établissement dispose de sources d'économies en termes de gestion des ressources humaines qui représentent 60 % des dépenses de fonctionnement. L'octroi d'avantages sans base légale tel le paiement d'une sur-rémunération aux agents contractuels ou encore le maintien de la sur-rémunération pendant les congés bonifiés des médecins représentent 3,3 M€ par an.

Les achats constituent un enjeu. Ils représentent le 2ème poste de dépenses après celles de personnel. Indispensables à l'activité hospitalière, ils participent à la qualité de la prise en charge. Les marchés de maintenance ainsi que ceux de pharmacie pourraient être améliorés par une organisation mieux structurée et des outils adaptés tels que l'actualisation du guide de la commande publique et le suivi des marchés en cours et à passer. La mutualisation issue de la constitution du groupe hospitalier de territoire y participera.

La situation de l'établissement rend nécessaire la définition d'une stratégie de retour à l'équilibre financier réaliste. Des marges de manœuvre existent. L'optimisation des capacités en lits et du bloc opératoire, une politique volontariste en matière de ressources humaines et d'achats en complémentarité avec le CHU sont des pistes que l'établissement peut exploiter pour retrouver une attractivité en garantissant aux patients la continuité et la qualité des soins.

RECOMMANDATIONS[1]

Régularité						
Numéro	**Domaine**	**Objet**	**Mis en œuvre**	**Mise en œuvre en cours**	**Non mis en œuvre**	**Page**
1	Gouvernance et organisation interne	Présenter annuellement au conseil de surveillance les résultats de la comptabilité analytique conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique.		X		9
2	Gestion des ressources humaines	Procéder à la nomination d'un chef du pôle femme enfant conformément aux dispositions de l'article L. 6146-1 et suivants du code de la santé publique.			X	10
3	Gestion des ressources humaines	Mettre fin à la majoration de traitement versée sans base légale aux médecins contractuels.			X	11
4	Gestion des ressources humaines	Mettre fin à la majoration de salaire et indexation des primes versées sans aucune base légale aux agents contractuels non médicaux.			X	14

[1] Les recommandations sont classées sous la rubrique « régularité » lorsqu'elles ont pour objet de rappeler la règle (lois et règlements) et sous la rubrique « performance » lorsqu'elles portent sur la qualité de la gestion, sans que l'application de la règle ne soit mise en cause.

Performance						
Numéro	**Domaine**	**Objet**	**Mis en œuvre**	**Mise en œuvre en cours**	**Non mis en œuvre**	**Page**
1	Gouvernance et organisation interne	Décliner des contrats de pôle avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs mesurables et impliquer, par une politique d'intéressement, les pôles à la réalisation effective de ces derniers.		X		10
2	Gestion des ressources humaines	Mettre fin au versement aux praticiens hospitaliers de la majoration de traitement durant leurs congés bonifiés.			X	11
3	Achat	Réorganiser le service de la commande publique en lien avec le groupement hospitalier de territoire compétent.			X	18
4	Comptabilité	Comptabiliser une provision dans un principe de prudence et de sincérité comptable, dans le litige qui oppose le GHER à une entreprise de travaux.		X		20
5	Comptabilité	Décliner de manière opérationnelle un plan de fiabilisation des comptes et de préparation à la certification		X		20
6	Gouvernance et organisation interne	Initier le projet de dispensation des chimiothérapies en hôpital de jour en déposant un dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS.			X	23
7	Gestion des ressourcés humaines	Déposer un dossier de demande d'agrément dans les disciplines de chirurgie digestive et orthopédique.			X	26

PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du groupe hospitalier Est de La Réunion (GHER) a été ouvert le 16 avril 2018 par lettre du président de la chambre à l'ordonnateur en fonction, M. Lionel Calenge. Par lettre du président du 18 avril 2018, son prédécesseur, M. David Gruson, en a également été informé.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 11 septembre 2018 avec l'ordonnateur en fonction et le 18 septembre 2018 avec son prédécesseur.

La chambre, dans sa séance du 11 octobre 2018, a arrêté les observations provisoires et les a adressées aux deux ordonnateurs ayant exercé leurs fonctions au cours de la période contrôlée. Les réponses de MM. Lionel Calenge et David Gruson ont été enregistrées au greffe de la juridiction les 21 et 28 janvier 2019.

Des extraits ont par ailleurs été communiqués à cinq tiers. Seuls trois ont répondu.

Après avoir examiné les réponses, la chambre, dans sa séance du 15 mars 2019, a arrêté les observations définitives suivantes :

OBSERVATIONS

Le groupe hospitalier Est de La Réunion est né de la fusion en 2010 du centre hospitalier intercommunal Saint-André-Saint-Benoît (CHI) et de la clinique de Saint-Benoît (Fondation Père Favron). Le GHER s'est installé dans des locaux reconstruits à neuf au sein d'un pôle dénommé pôle sud est (PSE) ; il a conservé un site sur Saint-André.

Ce pôle regroupe sur un même lieu divers établissements de santé publics et privés qui se sont associés par convention dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Il comprend, outre le GHER, des structures dépendant de l'établissement public de santé mentale situé à Saint-Paul, la clinique médicale de l'Est, établissement privé à but lucratif situé à Sainte-Clotilde, un laboratoire d'analyses médicales ainsi qu'un cabinet de radiologie développant une activité de scanner et d'imagerie à rayonnante magnétique.

Le GHER offre une capacité totale de 352 lits et places répartis sur les deux sites. Le pôle Sud Est de Saint-Benoît propose 251 lits ou places d'urgence, une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), des services de médecine chirurgie obstétrique (MCO), des soins ambulatoires ainsi qu'une unité de dialyse de 16 postes.

Le site de Saint-André dispose de 30 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que de 55 lits de soins de longue durée (SLD).

La présence sur son emprise d'autres acteurs sanitaires l'identifie comme le pôle santé est en référence au pôle sud-ouest (PSO) à Saint-Paul.

Une convention de direction commune a été signée en janvier 2014 avec le CHU. Arrivée à échéance le 31 décembre 2017, elle ne nécessite plus de renouvellement, depuis la nomination en octobre 2016 par le Centre national de gestion, du directeur du CHU également en qualité de directeur du GHER. Ce dispositif permet de mutualiser certaines expertises techniques et de faciliter la coopération entre les deux établissements qui appartiennent au même groupement hospitalier de territoire (GHT)[2].

Le budget de fonctionnement du GHER pour 2018 est de près de 92 M€ en budget consolidé. Le GHER emploie environ 900 équivalents temps plein (ETP) et édite environ 950 fiches de paye.

Il est à la fois un partenaire sanitaire majeur et un acteur économique important de l'île.

[2] Convention par laquelle des établissements mettent en place une stratégie médicale commune sur un territoire et mutualisent certaines fonctions supports (achats, système d'information, information médicale.

1 STRATÉGIE ET GOUVERNANCE

1.1 Le pilotage stratégique

Le projet d'établissement est un document dressant les perspectives et les orientations de l'hôpital pour les cinq années à venir sur le plan sanitaire. Le GHER n'en avait pas pour la période 2013-2017. Lors de la mise en place de la direction commune en 2014, un projet médical avait été établi, servant de base aux orientations stratégiques.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé avec l'agence régionale de santé (ARS) fin 2015, pour la période 2013-2017. Il a été reconduit par voie d'avenant pour 2018. Les orientations stratégiques retenues dans ce CPOM consistaient notamment en la mise en place d'une trajectoire de retour à l'équilibre financier, l'amélioration de la qualité de la prise en charge, la consolidation de l'activité chirurgicale et l'amélioration du partenariat entre la médecine de ville et l'hôpital. Le bilan de ces orientations stratégiques est mitigé. Alors qu'en 2015 le GHER était excédentaire avec des aides[3] de l'État, il est déficitaire de 2,4 M€ en 2017, ses parts de marchés, particulièrement en chirurgie, ayant connu une érosion sur cette période.

Un nouveau projet médical et soignant a été élaboré pour la période 2018-2022. Il intervient dans un contexte où le plan régional de santé 2018-2023, adopté le 29 juin 2018 par l'ARS, conforte son rôle comme établissement de proximité et de premier recours sur son territoire de santé. Le projet, qui s'intègre dans un contrat de retour à l'équilibre financier dans lequel le GHER est engagé, prévoit le développement des coopérations avec le CHU et le Groupe hospitalier de territoire. Il développe d'autres axes stratégiques comme le renforcement des liens ville hôpital, l'élaboration d'une réponse appropriée aux besoins des populations, la réduction des taux de fuite sur certains secteurs d'activité ou encore la levée des réserves posées par la haute autorité de santé (HAS) dans le cadre de la dernière visite de certification en début 2018.

La chambre prend acte de l'ensemble des objectifs dont certains étaient déjà présents dans le contrat en cours ; la déclinaison opérationnelle du projet ainsi que le suivi et l'évaluation des actions menées, qui devront être envisagés, constituent une priorité.

1.2 Les instances et l'organisation

Le conseil de surveillance (CS), instance délibérante de l'établissement qui s'est réuni régulièrement, connait un présentéisme faible. Sur les 21 séances de la période contrôlée, 12 comptent moins de 10 présents sur 15 membres. Lors de 2 séances[4], le conseil de surveillance a délibéré alors que le quorum n'était pas atteint, fragilisant ainsi ses délibérations.

[3] 4,5 M€ par an jusqu'en 2017, les montants ultérieurs ne sont pas encore précisés.
[4] 18 novembre 2015 et 13 juin 2016.

Alors que l'article R 6143-13 du code de la santé publique (CSP) dispose que « tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire », l'ARS n'a pas tiré les conséquences de l'absence aux onze séances de la période 2016-2017 de la personne qualifiée désignée par elle et de celle désignée par la présidente du conseil départemental. L'ARS, en assistant de manière régulière au conseil de surveillance du GHER depuis fin 2018, parait se donner les moyens d'effectuer un contrôle effectif des présents et de prendre les mesures conservatoires en cas de carence prolongée.

Le CS délibère[5] sur le compte financier et l'affectation des résultats. Ses décisions sont éclairées par la communication obligatoire des avis des instances consultatives que sont la commission médicale d'établissement[6] (CME) et le comité technique d'établissement[7] (CTE). Le 27 juin 2016 , le conseil de surveillance a délibéré sur le compte financier 2015 sans l'avis du CTE, entachant ainsi sa décision d'irrégularité.

Le conseil de surveillance doit être rendu destinataire d'un certain nombre d'informations prévues par le code de la santé publique. Ainsi est-il informé de la nomination ou de la révocation des membres du directoire, organe de gouvernance de l'hôpital. Sur la période contrôlée et malgré des mouvements opérés au sein du directoire, cette information ne lui a pas été portée[8].

Le conseil de surveillance, en vertu de l'article R. 6145-7 du CSP, doit être rendu destinataire pour information des résultats de la comptabilité analytique. Sur la période contrôlée, aucun élément ne lui a été communiqué, privant l'instance délibérante d'informations pouvant éclairer ses prises de décision.

La chambre prend acte de l'engagement de l'établissement de présenter annuellement au conseil de surveillance les résultats de la comptabilité analytique, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code précité. La mise en œuvre de cette recommandation pourrait améliorer en outre l'information des membres de l'assemblée délibérante.

Les articles L. 6143-7 et suivants du code précité prévoient que les établissements publics de santé sont dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ce dernier, à composante médico administrative, est l'exécutif de l'établissement. Après concertation du directoire, le directeur qui le préside « arrête le bilan social, fixe le budget prévisionnel[9] et arrête le compte financier ». Le bilan social de 2015 et celui de 2016 n'ont pas été soumis au directoire pour concertation.

En termes d'organisation, la loi hôpital patient santé et territoire (HPST)[10] a développé le rôle des pôles, regroupements de services ayant entre eux une cohérence de discipline. Les directions hospitalières doivent signer des contrats de pôle, instaurer un dialogue de gestion avec ces derniers visant à les responsabiliser en vue d'améliorer leur performance, et participer ainsi à l'efficience de l'ensemble du dispositif de soins.

---

[5] Article L 6143-1 du code de la santé publique.

[6] Elle représente la communauté médicale.

[7] Il représente les personnels non médicaux.

[8] Arrivée d'un directeur de site nommé au directoire en août 2016.

[9] Etat prévisionnel des dépenses et des recettes (EPRD).

[10] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le GHER comporte quatre pôles. Si le dialogue de gestion a été initié depuis 2015, les contrats de pôles ne sont pas encore effectifs, même si les premiers contrats de pôle ont été signés en octobre 2018, aucune délégation de signature aux chefs de pôle ni intéressement n'étaient mis en œuvre à la fin de l'exercice 2018.

Dans le cadre du projet médical et du plan de retour à l'équilibre, la contractualisation devrait être élargie et généralisée en fin d'année 2018. Des projets de contrats de pôle existent qui devraient permettre de décliner puis de suivre les objectifs de manière concertée entre la direction médico économique et les responsables de pôle. La chambre, qui en prend acte, encourage l'établissement à poursuivre cette démarche ; elle lui recommande de décliner des contrats de pôle avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs mesurables et d'impliquer, par une politique d'intéressement, les pôles à la réalisation effective de ces derniers.

L'examen des nominations de chef de pôle révèle des difficultés en matière de gouvernance et de cohésion médicale. Le président de la CME soumet au directeur une liste de propositions de médecins aux fins de nomination en qualité de chef de pôle.

En 2015 il a été mis fin aux fonctions d'un chef de pôle de chirurgie, remplacé par un autre médecin, dans un contexte sensible qui s'est traduit par une érosion des parts de marchés de la chirurgie viscérale et digestive.

Le pôle femme enfant est depuis mai 2017 sans chef de pôle et sans gouvernance médicale. Cette situation peut être préjudiciable pour l'activité de l'établissement. La chambre invite le GHER à procéder à la nomination d'un chef du pôle femme enfant conformément aux dispositions des articles L 6146-1 et suivants du code de la santé publique. Elle prend acte qu'un audit a été réalisé avec la signature d'un protocole visant à sortir de la situation de blocage.

Au vu de ce qui précède, l'amélioration de la gouvernance, du fonctionnement des instances et de son organisation constituent des pistes en vue de renforcer le dialogue et la cohésion des équipes pour reconquérir des parts de marché et répondre aux besoins des populations.

2 LE PILOTAGE OPÉRATIONNEL

2.1 Les ressources humaines

Au regard des enjeux financiers et sociaux des règles de majoration et d'indexation des salaires et autres avantages pratiquées par le GHER, la chambre a dressé un état des lieux du pilotage des ressources humaines en matière de personnel médical comme non médical. Ces dernières représentent 53,5 M€ soit près de 60 % des dépenses totales de fonctionnement.

2.1.1 Les avantages accordés au personnel médical

Les médecins, personnels n'ayant pas la qualité de fonctionnaires, sont régis par les règles spécifiques à chaque catégorie de médecins fixées par le code de la santé publique.

La rémunération des congés bonifiés

L'article R. 6152-69 du CSP précise que les praticiens hospitaliers à temps plein en fonction dans un département d'outre-mer ont droit par période de trois ans à un congé bonifié d'une durée de 30 jours ouvrables pour se rendre en métropole. Au GHER une dizaine de médecins bénéficient de ce dispositif qui s'accompagne du maintien de leur sur-rémunération.

La chambre relève que ces médecins conservent leur sur-rémunération contrairement aux fonctionnaires pendant leur congé bonifié et bénéficient dès lors de règles dérogatoires au droit commun.

Le GHER a identifié l'arrêt de cette mesure comme une piste d'économies dans son contrat de retour à l'équilibre, qu'il a estimé à près de 95 000 € sur trois ans.

En raisonnant par analogie avec les dispositions applicables à la fonction publique qui conduisent à suspendre le versement des éléments de sur-rémunération durant les congés bonifiés en métropole, et en l'absence de spécifications dans le code de la santé publique, la chambre a recommandé au GHER de mettre fin au versement aux praticiens hospitaliers de la majoration de 40 % durant leurs congés bonifiés. La chambre prend acte de l'engagement du GHER de mettre fin à cette mesure en 2019 en concertation avec le GHT et l'ARS océan Indien.

La rémunération des médecins contractuels

Pour favoriser le recrutement de personnels médicaux contractuels, le GHER a développé une politique particulière à leur égard ; dans plusieurs disciplines, il utilise la possibilité offerte par l'article R. 6152-416 du CSP de majorer de 10 % les émoluments versés.

Il complète ce dispositif en octroyant des avantages en nature par la mise à disposition d'un logement et d'un véhicule pour une durée en principe d'un mois.

Si les articles R. 6152-72 et R. 6152-69 du CSP prévoient la prise en charge des frais de transport pour les praticiens hospitaliers lors de leur affectation ou dans le cadre des congés bonifiés, aucune disposition similaire n'est prévue pour les praticiens contractuels dont certains bénéficient de la prise en charge de leur frais de transport aller et retour pour la métropole. Ces avantages pourraient être assimilés à des compléments de rémunération à intégrer dans l'assiette du traitement annuel déclaré aux services fiscaux. Leur octroi a d'ailleurs été considéré par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF) comme un avantage en nature devant être soumis à des cotisations sociales.

Une majoration de 40 % sous le code paie 0110 « indemnité DOM » est également allouée aux médecins contractuels du GHER. Si les articles R. 6152-71, R. 6152-247 et R. 6152-529 du CSP prévoient, respectivement pour les praticiens hospitaliers à temps plein, à temps partiel et les assistants en fonctions à La Réunion, une indemnité mensuelle égale à 40 % des émoluments, aucune disposition similaire n'est prévue pour les praticiens contractuels dont les modalités de rémunération sont fixées aux articles R. 6152-416 et D. 6152-417 du CSP.

Si la chambre peut entendre que l'attractivité du territoire peut être développée par des conditions de rémunération adaptées, elle rappelle toutefois que ces pratiques doivent être encadrées et compatibles avec la réglementation et les ressources financières de l'établissement.

Elle évalue le coût de cette majoration versée sans base légale à près de 640 000 € en 2017 soit 40 % de la rémunération versée au personnel médical contractuel et 26 % du déficit. La chambre invite le GHER à mettre fin à la majoration de traitement versée sans aucune base légale aux médecins contractuels.

La sur-rémunération versée aux internes

En application de l'article R. 6153-10 du CSP, les internes perçoivent des émoluments forfaitaires mensuels et le cas échéant diverses indemnités. Le GHER leur verse un complément de rémunération sans qu'aucune disposition ne le prévoit.

Selon l'ARS et le GHER, le versement d'une sur-rémunération à certains internes sans base légale a été historiquement autorisé par le ministère de la santé.

Le GHER perçoit une dotation spécifique pour la rémunération des internes[11] qui est majorée de 35 % afin de couvrir partiellement les surcoûts liés à cette pratique pour certaines catégories d'internes. Cette majoration ne concerne pas les internes en année de recherche, ceux venant d'autres établissements et ceux affectés en stage chez un praticien de médecine générale. Sans compensation budgétaire, le GHER assume la charge financière de cette majoration pour ces catégories d'internes. Il résulte un écart entre la dotation MERRI et le coût supporté par le GHER de près de 56 000 €.

2.1.2 Les avantages accordés au personnel non médical

2.1.2.1 L'indexation de la rémunération des titulaires

L'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit que les fonctionnaires hospitaliers bénéficient des mêmes dispositifs de sur-rémunération que ceux applicables aux fonctionnaires de l'État.

Le régime de rémunération spécifique des fonctionnaires à La Réunion est composé de trois éléments : la majoration de traitement instituée par la loi n° 50-407 du 3 avril 1950 qui s'élève à 25 % du traitement ; le complément temporaire à la majoration de traitement institué par le décret n° 53-1266 du 22 décembre 1953 qui est de 10 % ; l'index de correction institué par le décret n° 49-55 du 11 janvier 1949 qui s'élève à 1,138[12].

L'assiette de calcul de l'indexation fixée par les textes[13] comprend le traitement indiciaire, l'indemnité compensatrice, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement, la majoration de traitement et son complément, ainsi que la NBI. Ces dispositions ont été rappelées par la jurisprudence[14]. Il n'est pas prévu d'appliquer l'indexation aux autres éléments de rémunération tel que rappelé dans le décret ci-après :

Art 2 du décret 49-55 fixant l'assiette de calcul de l'indexation

« En cas de disparité entre le franc et la monnaie ayant cours dans un département d'outre-mer, le montant établi en francs du traitement indiciaire, de l'indemnité compensatrice prévue par le décret du 10 septembre 1947, de l'indemnité de résidence et du supplément familial de traitement ainsi que de la majoration de traitement instituée par la loi n° 50-407 du 3 avril 1950 et de ses compléments est payé aux fonctionnaires en service dans le département considéré pour sa contre-valeur en monnaie locale d'après la parité en vigueur au cours de la période sur laquelle porte la liquidation multipliée par un index de correction fixé par arrêté

[11] Crédits spécifiques mission d'enseignement, de recherche et d'innovation (MERRI).
[12] Conseil d'État, 24 mars 1989, n° 82343 : Conseil d'État, 12 octobre 1990, n° 93283.
[13] Article 2 du décret n° 49-55.
[14] Arrêt du CE du 6 novembre 1998 Noël, requêtes n[os] 18578 et 185614.

du ministre de l'Économie et des Finances et du ministre d'État chargé des Départements et Territoires d'outre-mer. »[15]

L'étude des rémunérations révèle que d'autres éléments bénéficient d'une indexation sans base légale.

Le coût de l'indexation irrégulière des primes et indemnités a été évalué à près de 540 000 € en 2017. La chambre prend acte que le GHER a substitué à compter du 1er octobre 2018, pour l'ensemble des personnels non médicaux, l'indexation irrégulière des primes par l'indemnité compensatrice instaurée par le décret n° 2018-814 du 27 septembre 2018. L'établissement a diffusé une note de service pour informer les personnels de ce nouveau dispositif. Même si ce dispositif est dégressif, il prive à court terme le GHER d'une source d'économies.

La chambre souligne par ailleurs que la mise en œuvre des dispositions de ce décret pourrait soulever des difficultés et créer deux régimes distincts au sein de l'établissement pour une même catégorie d'agents.

2.1.2.2 La sur-rémunération des agents contractuels

Au GHER, les agents contractuels bénéficient de la sur-rémunération comme les agents titulaires. La majoration et l'indexation ne sont prévues que pour les agents titulaires selon la jurisprudence administrative[16], les textes relatifs à la sur-rémunération visant explicitement les fonctionnaires. Les agents contractuels en sont exclus, sauf dispositions législatives et réglementaires contraires.

L'article 1-2 du décret n° 91-155 du 11 février 1991 relatif aux dispositions applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière stipule : « le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience ».

Au regard des règles qui président, la chambre considère que l'établissement déroge au cadre juridique applicable aux sur-rémunérations. Pour 2018, le coût de la majoration et de l'indexation versées à tort aux agents contractuels peut être évalué à plus de 2,68 M€, soit l'équivalent du déficit.

L'établissement évoque l'instruction de la DGOS du 2 avril 2015, qui lui permettrait d'instituer un dispositif indemnitaire spécifique afin de maintenir une base de rémunération similaire entre les contractuels et titulaires. Il conviendrait, selon la chambre, de faire valider le fondement juridique de ce dispositif qui, s'il était mis en œuvre, neutraliserait l'économie.

Dans l'attente et afin de préserver la situation financière de l'établissement, la chambre recommande au GHER de mettre fin à la majoration de salaire et indexation des primes versées sans aucune base légale aux agents contractuels non médicaux.

---

[15] Conseil d'État, 24 mars 1989, n° 82343 : Conseil d'État, 12 octobre 1990, n° 93283.
[16] CAA de Bordeaux, 22 février 2011, n° 10BX02526.

2.1.3 La rémunération de certains cadres de direction

La directrice des ressources humaines (DRH)

Les cadres sont pour l'essentiel issus du corps des directeurs d'hôpitaux qu'ils intègrent à l'issue notamment d'un concours après avoir suivi une formation dispensée à l'école des hautes études en santé publique. Certains fonctionnaires de catégorie A peuvent à l'issue d'une procédure de détachement et de l'avis d'un comité de sélection occuper des fonctions de cadre de direction. De manière marginale et dans le cadre d'avis de publications de poste restés infructueux, il arrive que des chefs d'établissements aient recours à des agents contractuels sur des postes restés vacants.

En août 2009 le GHER a recruté par voie contractuelle une collaboratrice en qualité de directeur des ressources humaines au regard de l'expérience acquise en cette qualité dans des collectivités territoriales.

La chambre relève que le Centre national de gestion n'a pas eu à connaitre de cette situation, ni à émettre un avis en opportunité sur ce recrutement, l'établissement n'ayant pas régulièrement appliqué la règlementation

Recrutée à l'indice majoré 881, correspondant à celui d'un directeur hors classe avec 15 années d'exercice, elle bénéficie en 2012 d'un avenant réévaluant sa rémunération à l'indice majoré 1058, celui d'un directeur hors classe ou de classe exceptionnelle ayant plus de 20 ans d'expérience.

En janvier 2015, la direction générale lui confie de nouvelles responsabilités consistant en un appui managérial à la direction des sites du GHER, accompagnées d'une augmentation de sa rémunération qui est alors forfaitairement et rétroactivement à compter du 1er novembre 2014 fixée à 9 680 € bruts.

En août 2016 un directeur de site est recruté, cette collaboratrice conserve son traitement. Fin décembre 2017, alors que le directeur lui signifie qu'il entend réviser son contrat, l'intéressée annonce qu'elle quittera l'établissement en mars 2018.

La rémunération dont bénéficie cette collaboratrice à partir de novembre 2014 équivaut à celle d'un directeur d'hôpital, à l'indice majoré 1119, hors échelle C avec un salaire de 5 243 € auquel est appliquée la majoration outre-mer soit 1 835 €. La rémunération hors prime fonction de résultats s'élève alors à 7 078 € par mois. Pour atteindre la somme de 9 680 € brut par mois, l'intéressée devait prétendre à une prime fonction des résultats estimée à 31 824 € l'an.

La chambre relève que le salaire forfaitaire dont bénéfice cette collaboratrice équivaut à celui d'un directeur titulaire, en fin de carrière, avec près de 24 ans d'expérience[17].

Pour la chambre, la rémunération octroyée à cette collaboratrice est généreuse dans un contexte de retour à l'équilibre et de restriction de la masse salariale.

Le directeur adjoint

À compter de la mise en place de la direction commune, au 1er janvier 2014, le directeur alors en poste au GHER est régulièrement nommé par le Centre national de gestion en qualité

[17] Non compris la scolarité à l'école des hautes études en santé publique.

de directeur adjoint affecté à la direction commune CHU GHER. Il est alors rémunéré par le GHER.

De nouvelles missions lui sont confiées : « le suivi du projet de prise en charge des patients sur le territoire Nord-Est, la gestion des flux de sortie des écoles pour les secteurs paramédicaux et le développement des actions de coopération dans l'océan Indien, et l'insertion des hôpitaux dans leur environnement économique régional ». Ces dernières n'ont pas donné lieu à des rapports, bilans, ou autres travaux rédigés par l'intéressé qui aient pu être produits à la chambre.

Sa présence est irrégulière aux instances et comité de direction en 2014 et inexistante en 2015 année de son départ de l'établissement. Il n'apparait pas dans les tableaux ou rapports de garde de cet établissement alors qu'il perçoit l'indemnité compensatrice de logement. Il n'apparait pas sur l'organigramme du GHER pendant toute l'année 2014.

Au final, la chambre relève que le GHER a déployé une politique généreuse à l'égard des personnels. Qu'en se conformant aux règles sus évoquées, l'établissement dispose de marges de manœuvre participant à son plan de redressement.

2.2 La commande publique

Les achats constituent dans les établissements de santé un maillon indispensable à leur activité ; ils sont porteurs d'enjeux d'efficience et d'organisation dont la satisfaction constitue un élément déterminant de la qualité de la prise en charge des patients. Ce poste d'un volume financier annuel de près de 23 M€ représente le second montant de dépenses du GHER après les ressources humaines.

Soumis au code des marchés publics, le GHER a confié à la direction des affaires économiques et logistiques la responsabilité des achats. Le référent achat, également en charge de la direction, est assisté de quatre agents[18].

Le service ne dispose pas d'un outil informatique qui pourrait lui faciliter la veille juridique et simplifierait la rédaction des pièces des marchés.

Il existe un guide des marchés qui date de 2012. Il n'a pas été actualisé depuis. Il distingue cinq types d'acheteurs, et deux grands domaines : les fournitures de biens et services et celui des travaux.

L'ensemble est en principe supervisé par le responsable achat. Ce dernier n'a pas suivi de formation sur ce thème ces dernières années. Il en résulte que les règles de la commande publique sont perfectibles dans de nombreux domaines.

[18] Ces agents ne sont pas dédiés aux seuls marchés publics.

2.2.1 Les fournitures d'atelier

Elles sont gérées par de la direction des services techniques qui en assure le stockage. La gestion actuelle se fait en flux d'entrée et de sortie, sans traçabilité des mouvements ni de la valeur des stocks. Au regard du volume annuel, de 71 000 € en 2017, la gestion de ces fournitures électriques, de plomberie, de visserie et de peinture par exemple justifierait la tenue d'une comptabilité de stock, conformément aux dispositions de la norme comptable et financière M21.

Des marchés négociés sans mise en concurrence sont passés au fur et à mesure de la survenance du besoin, sans qu'un recensement préalable ne soit réalisé en vue de la passation d'un accord-cadre.

L'article 27 2° du code des marchés publics en vigueur jusqu'au 31 mars 2016 ainsi que l'article 21 du décret 2016-360 du 25 mars 2016 prévoient qu'en ce qui concerne les fournitures et les services « il est procédé à une estimation de la valeur totale des fournitures ou des services qui peuvent être considérés comme homogènes soit en raison de leurs caractéristiques propres, soit parce qu'ils constituent une unité fonctionnelle ».

Au regard de leur caractère homogène et récurrent, les achats des fournitures d'atelier devraient faire l'objet d'une mise en concurrence et de la passation d'un marché public, leur montant annuel étant supérieur au seuil de 25 000 € posé par la réglementation.

2.2.2 Les marchés de maintenance.

Divers marchés de maintenance des installations électriques, de climatisation, d'entretien des réseaux, de distribution d'eau et de production de fluides médicaux ont été contractés à la livraison du bâtiment du site principal, en 2012. Leur montant varie entre près de 317 000 € à près de 1,4 M€ sur cinq ans.

Ces marchés, signés pour une durée d'un an à compter du 1er décembre 2012, ont été reconduits jusqu'au 1er décembre 2016. Alors que la durée initialement prévue au contrat était atteinte et en dépit des règles applicables aux marchés publics, ces marchés ont été prorogés par plusieurs avenants en 2017 ; des nouveaux équipements, non prévus lors de la mise en concurrence, ont également été intégrés. Le GHER explique cette situation par la priorité qu'il a donnée à un plan correctif de sécurité. Il n'en demeure pas moins que l'établissement a fait un usage irrégulier des avenants[19]. Il a prolongé les marchés au-delà de la durée réglementaire et bouleversé l'économie des contrats qui ont ainsi connu une augmentation allant de 26 à 43 %.

Ces marchés sont arrivés à terme au 1er janvier 2018 sans avoir fait l'objet d'une nouvelle mise en concurrence ; ils n'ont pu être transférés au GHT qui n'est pas encore opérationnel. L'établissement a en 2018 passé des prestations sur simples devis et hors procédures de marché pour satisfaire ses besoins en prestations de maintenance.

[19] L'avenant permet de modifier le marché initial si l'économie générale du contrat initial ne s'en trouvait pas bouleversée ou en cas de sujétions techniques imprévues. Les sujétions techniques imprévues correspondent à des contraintes matérielles qui se révèlent en cours de chantier et qui étaient imprévisibles (CE, 30 juillet 2003, Commune de Lens, n° 223445).

La chambre reconnait que des progrès ont été réalisés ; des mesures correctives ont été engagées. Le marché de maintenance des groupes électrogènes est en cours d'attribution. Les marchés de maintenance « froid et traitement d'air », « gros entretien » et « ascenseur » sont en cours de publication.

2.2.3 Les marchés de pharmacie

Les marchés de produits pharmaceutiques constituent un enjeu financier pour les hôpitaux, comme l'a relevé la Cour des comptes qui a observé des risques persistants dans la régularité des procédures et une efficience incertaine[20].

Le GHER, dans le cadre du programme hospitalier d'achat responsable (PHARE), a mis en place des stratégies d'achats groupés et massifiés de produits pharmaceutiques par l'intermédiaire de groupements ou centrales d'achats spécifiques, comme le réseau des acheteurs hospitaliers (RESAH) ou l'union des hôpitaux pour l'achat (UNIHA). Cette pratique permet de sécuriser ses achats du point de vue du respect des règles de la commande publique et d'obtenir des tarifs préférentiels. En 2017, plus de 62 % des achats pharmaceutiques[21], soit 5,3 M€, ont été ainsi réalisés.

Pour le reste des achats, il n'existe pas de procédures formalisées. La pharmacie procède, de manière autonome sans en référer à la direction logistique alors que le guide le prévoit, à des demandes de prix auprès d'autres fournisseurs, pour un montant de 1,67 M€ en 2017, contrevenant ainsi aux règles et principes de la commande publique, notamment la liberté d'accès aux marchés publics.

La chambre prend acte que le GHT déploie un groupe achat « pharmacie à usage intérieur » (PUI) dans lequel siègent déjà régulièrement les pharmaciens des quatre hôpitaux de l'ile. Dans l'attente de sa mise en œuvre opérationnelle, le GHER doit initier des procédures d'achats respectueuses de la réglementation fixée par le décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics. Un rapprochement avec les services compétents du CHU peut y participer.

2.2.4 Les marchés de prestation de biologie et d'imagerie médicale.

Le GHER ne dispose pas de laboratoire d'analyses médicales ni de service d'imagerie. Des conventions d'occupation du domaine public ont été signées en janvier 2012 pour une durée de 30 ans, avec différents partenaires (laboratoire, imagerie conventionnelle, GIE IRM, GIE scanner), tous installés sur le site. Chacun d'eux s'acquitte d'un loyer et rembourse les frais liés aux énergies, à la maintenance générale et à la surveillance des installations.

Les conventions d'occupation temporaire du domaine public qui existent entre ces prestataires et le GHER n'ont pas fait l'objet d'une mise en concurrence lors de leur constitution.

---

[20] Les achats hospitaliers de médicaments juin 2017, Cour des comptes.
[21] Hors marché d'oxygène liquide.

La chambre encourage le GHER, lors de leur arrivée à terme de tenir compte de l'article L. 2122 1 1 du code de la propriété des personnes publiques dans sa version du 19 avril 2017, qui prévoit que « lorsque les titres d'occupation du domaine public permettent à son titulaire d'occuper ou d'utiliser le domaine public en vue d'une exploitation économique, l'attribution doit faire l'objet d'une procédure de sélection par l'autorité compétente, présentant toutes les garanties d'impartialité et de transparence, après procédure de publicité (…) : » Elle prend acte de l'engagement du GHER à tenir compte de ses remarques en la matière lors de la renégociation des conventions.

Il existe par ailleurs des contrats qui ont été signés entre les bénéficiaires des conventions et le GHER. Ils ont pour objet la fourniture de prestations d'imagerie médicale et de biologie à l'établissement. Ils définissent les modalités de fonctionnement, fixent des horaires d'ouverture, les astreintes et présence médicale, ils indiquent des obligations telles que la production des résultats. Des annexes déterminent les tarifs applicables.

Selon la chambre ces différentes prestations entrent dans le champs d'application du code des marchés. Ces prestations représentent pour 2017 près de 1,1 M€[22] annuel pour le secteur imagerie et 2,3 M€ pour le secteur biologie[23] et auraient dû faire l'objet de consultations.

À ce stade et au regard des différents problèmes soulevés lors de l'examen de l'achat la chambre recommande au GHER de réorganiser le service de la commande publique en lien avec le groupement hospitalier de territoire compétent.

3 ENJEUX FINANCIERS ET PERSPECTIVES

Les enjeux sont multiples pour le GHER. L'amélioration de la gouvernance et du pilotage constituent une première priorité. Le redressement de l'activité chirurgicale en est une seconde, elle passe par l'amélioration de l'efficience, la reconquête des parts de marchés et le retour vers l'équilibre financier de ce pôle qui génère à lui seul, le déficit de l'établissement.

Une autre priorité est la signature d'un nouvel avenant au contrat de retour à l'équilibre. Au-delà de cette obligation réglementaire, le réel défi est la mise en œuvre effective des plans d'actions proposés. Des recommandations sont formulées par la chambre qui constituent autant de pistes pour accompagner le contrat de retour à l'équilibre en cours de validation.

3.1 La fiabilité des comptes

Les établissements hospitaliers publics sont soumis à l'obligation de certification de leurs comptes à partir d'un seuil fixé à 100 M€ de produits de fonctionnement. Depuis 2011,

[22] SELARL Radiologie scanner IRM : 660 755,35 € ; SDF Terrazonni Dubois : 293 180,80 € ; GIE Scanner : 126 002,60 € ; GIE IRMEST : 71 940,85 €.

[23] Laboratoire d'analyse biomédicale : 2 346 179,10 €.

un guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux[24] diffusé par la Direction générale de l'Offre de Soins existe. Il précise notamment les recommandations générales pour la conduite de projet, mais également les modalités de son déploiement tout en laissant aux établissements de santé une grande flexibilité dans sa mise en œuvre.

Le GHER, avec un budget de plus de 90 M€, a organisé une action de sensibilisation à la fiabilisation de ses comptes ayant permis la mise en place de procédures internes. Si la démarche participe d'une volonté d'améliorer la tenue comptable et l'information financière, il a fallu attendre fin 2018, pour que cette démarche soit structurée par la mise en place d'un comité de pilotage.

Sans une analyse de la cartographie des risques et une instance de pilotage ou de calendrier d'action, la démarche doit être renforcée afin de remédier aux points de fragilité dans la tenue des comptes dont certains altèrent les résultats de l'établissement.

Sur le cycle des immobilisations, à la demande de l'ARS soucieuse de ne pas aggraver la situation de l'établissement, la méthode d'amortissement par composants n'est pas pratiquée. Il en résulte une réduction des dotations aux amortissements et un risque de détérioration des résultats lors du passage prochain en certification des comptes. Des discussions sont en cours avec l'ARS dans le cadre de la négociation du nouveau plan d'aide de l'État pour tenter d'en permettre le financement.

Le rattachement des charges et des produits à l'exercice comme l'impose la règle de l'annualité budgétaire est correctement pratiqué, sauf en matière de facturation des séjours des patients présents au 31/12 de l'année n mais qui sortiront l'année n + 1[25] et qui ont généré une quote part de recettes au titre de l'année n.

Sur le cycle des provisions, un contentieux est en cours avec une entreprise de gros œuvre. Le comité consultatif de règlement amiable (CCRA) des marchés avait en 2014 proposé un chiffrage d'indemnités pour clore le différend. La société sollicite aujourd'hui près de 13 M€.

[24] Circulaire interministérielle n° DGOS/DGFIP/PF/PF1/CL1B/2011/391 du 10 octobre 2011 relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé.

[25] Séjours dits « à cheval ».

À la suite de la recommandation de la chambre, le GHER a provisionné le risque dans le cadre des opérations de clôture de l'exercice 2018. Le montant retenu pourrait ne pas suffire. La chambre invite l'établissement à ne pas écarter une réflexion sur un règlement transactionnel.

La chambre recommande à l'établissement de décliner un plan de fiabilisation des comptes en s'appuyant sur le guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux. Cette démarche participerait à meilleure connaissance de sa situation.

3.2 La situation financière

3.2.1 L'évolution de la situation

La période 2014-2017 est marquée par une détérioration des finances de l'établissement.

Les déficits se creusent, passant de 0,53 M€ en 2014 à 2,42 M€ en 2017 en raison de l'évolution de près de 12 % des charges de personnel, celles relatives au personnel médical progressant de 32 %.

Malgré la hausse des produits de la tarification de 4,79 % et celle des produits de l'activité hospitalière à hauteur de 1,79 %, l'établissement ne parvient pas à résorber son déficit en l'absence de maîtrise de ses charges.

Il en résulte une détérioration des délais de paiement des fournisseurs qui passent de 34 à 47 jours de 2014 à 2017 ainsi qu'un recours croissant à la ligne de trésorerie. La capacité de tirage passe de 6 à 12 M€ avec une mobilisation moyenne de 9 M€ en 2017 engendrant des frais financiers.

Tableau n° 1 : Évolution des déficits sur la période examinée

	2014	2015	2016	2017
Résultat du budget consolidé[26]	- 536 606€	989 945€	- 1 681 567€	- 2 416 805€

Source : comptes financiers uniques

La capacité d'autofinancement, qui mesure l'aptitude de l'établissement à dégager des ressources internes en vue notamment de financer ses investissements, se détériore en conséquence. De 6,2 M€ en 2014, elle est de 2,3 M€ en 2017, soit un recul de 60 %.

La chambre observe que ces résultats seraient aggravés si l'établissement avait amorti et provisionné en fiabilisant ses comptes.

[26] Il s'agit de résultats aidés.

3.2.2 Les causes de la dégradation

Le GHER a été touché par la baisse générale des tarifs de rémunération fixés et révisés chaque année par l'assurance maladie, au regard de son profil d'activité[27]. Pour l'établissement, cette diminution du tarif de paiement de ses actes et hospitalisations est de 6 % en cumul sur la période 2014-2017. Elle représente un manque à gagner de 2,8 M€ en 2017.

Le GHER, qui connaît une érosion de ses parts de marché sur son territoire de proximité et sur le département, est confronté à un déficit de performance qui s'illustre dans plusieurs disciplines.

L'examen des catégories majeures de diagnostic (CMD), regroupement de classification de groupes homogènes de malades, confirme le constat d'un affaiblissement de l'activité. Sur les 28 CMD[28], 9 progressent, essentiellement en obstétrique et pédiatrie, 2 sont stables et 17 sont en diminution notamment dans les domaines digestif, respiratoire, circulatoire et traumatique. Le secteur médecine chirurgie et obstétrique en particulier dispose de marges de progression. L'écart avec le taux d'occupation cible recommandé par l'agence nationale d'aide à la performance (ANAP) varie entre 10 et 15 %. Alors qu'une cible de 85 % en chirurgie et obstétrique et de 90-95 % en médecine est préconisée, le GHER enregistre un taux d'occupation de 83 % en médecine (hors dialyse) et de 64 % en chirurgie et obstétrique.

Alors qu'il connait une activité ambulatoire satisfaisante avec un taux d'environ 60 %, Le GHER a tardé à adapter ses capacités de lits en hospitalisation complète. Cet établissement, pénalisé par des unités de soins peu performantes, est confronté aux contraintes d'un bâtiment pourtant récemment construit. Les unités actuelles de 24 à 25 lits ne permettent pas d'optimiser les ratio cible de personnel, à savoir 2 infirmières et deux aides-soignantes pour 28 à 30 lits, par période de 8 heures de jour.

Devant ces constats, la nouvelle direction du GHER s'est employée à réduire son capacitaire. Elle procédé en août 2016 à la fermeture de la cinquième salle de bloc sur la base des taux réels d'occupation des vacations. En décembre 2016, elle a procédé à l'ouverture d'une nouvelle série de dialyse de nuit à hauteur de 8 puis 12 postes. Enfin elle a rassemblé son service de chirurgie digestive et orthopédique, sur une seule unité de 27 lits après quelques aménagements fin 2017. Son projet d'augmenter dans les mois à venir la capacité du service de médecine de 20 à 25 lits pourrait améliorer les taux cibles et optimiser la gestion des ressources humaines. Ce manque de performance a pesé sur les comptes des exercices 2014-2018, mais aussi dès la mise en fonctionnement du nouvel hôpital en 2012.

La Haute autorité de santé (HAS), chargée d'auditer les établissements de santé, a certifié le GHER fin 2017. Il a été coté C sur une échelle allant d'A à E en raison des insuffisances relevées en matière de management de la prise en charge médicamenteuse du patient ainsi qu'au bloc opératoire, ou encore en endoscopie. L'établissement a présenté depuis un plan d'action à l'HAS.

[27] C'est un profil d'activité d'établissement de proximité et de recours orienté en principal sur une activité, d'urgence, de médecine et d'obstétrique et plus secondairement de chirurgie.

[28] Source logiciel diaman ARS-océan Indien juin 2018.

Le surcoût de la reconstruction du nouvel hôpital combiné à la contraction d'un emprunt structuré pour le financer a généré un déficit estimé par l'agence régionale de santé à 3,5 M€ par an ; il donne lieu de sa part à une aide spécifique.

3.3 Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF)

Le GHER connait une situation financière dégradée depuis son installation sur le nouveau site. Sollicitée par l'ARS sur un premier plan de redressement ; la chambre avait alors souligné le manque de soutenabilité des mesures proposées, en raison d'une absence de maitrise des charges de personnels et d'hypothèses optimistes de recettes.

La persistance de cette situation financière a contraint le GHER à présenter un plan de redressement en application des articles L. 6143-3 et D. 6143-39 du code de la santé publique. Dénommé contrat de retour à l'équilibre financier, ce plan est signé avec l'agence régionale de santé. Il doit permettre aux établissements signataires un retour à l'équilibre financier afin de garantir leur pérennité et développer leur offre de soins.

3.3.1 Le CREF 2015-2019

La trajectoire financière retenue à ce contrat prévoyait la mise en œuvre de 18 mesures devant produire un effet cumulé de 8,2 M€ au 31 décembre 2017 avec un retour à l'équilibre à hauteur de 3,39 M€ et un taux de marge, hors aides, de 10,3 %. Le contrat s'appuyait sur un plan d'actions basé sur des économies, à 59 %, complétées à 41 % par le développement de recettes nouvelles. Ces dernières consistaient sur le volet dépenses, et pour l'essentiel, à réduire la masse salariale, notamment au travers du non remplacement de départs en retraite mais aussi d'une meilleure adéquation des ressources à l'activité. Pour le volet recettes, les hypothèses étaient modélisées autour d'une réduction des taux de fuite et la récupération de parts de marché.

Si près de 70 % des mesures ont été mises en place, elles n'ont pas permis de respecter la trajectoire initiale. L'exercice 2017 a été déficitaire de 2,4 M€ et la capacité d'autofinancement réduite d'un tiers.

Les prévisions de recettes n'ont pas intégré les baisses de tarifs payés aux établissement par l'assurance maladie, alors que celles-ci sont structurelles depuis plusieurs années.

Les conséquences financières des départs en retraite ont été insuffisamment appréhendées à partir d'une hypothèse de droit acquis à la retraite et non de départ imposé par la limite d'âge. L'économie sur ce poste avait été estimée à 1,05 M€ ; elle sera inférieure à 150 000 €.

Certaines mesures ont été différées comme par exemple la désindexation de la prime de service, la réorganisation des fonctions techniques, la revalorisation du loyer de la clinique de la paix ou encore l'optimisation du temps médical. Ces choix ont privé l'établissement d'une économie estimée à plus d'1 M€.

Le développement de la chimiothérapie en ambulatoire a également été reporté. Il en a été de même pour l'installation d'une salle blanche à la pharmacie. Cette situation oblige les

patients du territoire Est à suivre leur traitement au CHU de Saint-Denis en empruntant un véhicule sanitaire léger facturé à l'assurance maladie. Le parcours patient n'est pas en la matière satisfaisant. Même si le projet de dispensation des chimiothérapies figure dans le projet médical, il apparait que ce dossier n'a pas fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de l'ARS. Ces constats pourraient constituer des informations utiles à prendre en compte dans le nouveau CREF.

La chambre recommande au GHER d'initier le projet de dispensation des chimiothérapies en hôpital de jour en déposant une demande d'autorisation auprès de l'ARS.

3.3.2 Le CREF 2018-2022

L'agence régionale de santé a signifié au GHER le rejet de son projet de budget 2018 et la nécessité de présenter un nouveau plan de retour à l'équilibre pour la période 2018-2022 .

Le GHER a fait mention des deux causes de son déficit, l'opération de construction du pôle santé est (PSE) et le manque à gagner lié aux insuffisances déjà relevées.

Initialement estimée à 105 M€, la reconstruction du PSE aura finalement coûté 208 M€, soit près du double. Les causes de ce dépassement sont pour l'essentiel dues à la contraction d'un emprunt structuré coûteux. Le CREF envisage le maintien d'une aide de 3,6 M€ par an pour compenser ce surcoût, que le CREF précédent prévoyait déjà à hauteur de 4,5 M€ par an.

Sur la partie structurelle du déficit, l'aide de 3,6 M€ reste en débat dans l'élaboration du contrat de retour à l'équilibre, sans être selon l'ARS exclusive d'autres accompagnements.

Le GHER, pour construire ce projet de CREF, a retenu une hypothèse de baisse tarifaire et une simulation du coût des départs en retraite conforme à la réalité de la situation.

Il propose des ajustements d'effectifs au regard de l'activité, des redéploiements de personnel via l'optimisation des capacités en lits ainsi que la révision du protocole du temps de travail. La somme des plans d'action en économies représenterait 43 % du projet de redressement.

Le plan d'action relatifs aux recettes nouvelles représente 57 % du projet. La soutenabilité du volet recettes parait incertaine.

Certaines recettes paraissent acquises dans leur réalisation, comme l'augmentation du capacitaire en dialyse, l'installation de la zone de très courte durée au sein du service des urgences ou l'optimisation de la valorisation des dossiers à 1 %.

Les prévisions de recettes nouvelles paraissent avoir été évaluées de manière optimiste au niveau des dépenses qu'elles engendrent par ailleurs, notamment s'agissant des dépenses à caractère médical et pharmaceutiques. Le surcoût pour cinq lits supplémentaires parait avoir été correctement valorisé au regard du taux d'occupation estimé, tant sur le volet médicament que restauration. Ces hypothèses ne semblent pas intégrer d'autres charges variables.

D'autres projets de développement de recettes, telles que la réduction des fuites pour 0,5 M€ ou la réorganisation des plages opératoires pour 1,05 M€, par nature difficiles à chiffrer, paraissent fragiles au regard de l'activité.

Ce nouveau projet de CREF, élaboré selon le GHER en accord avec l'ARS, déroge à la doctrine COPERMO[29] ainsi que le confirme l'ARS [30]. Alors que la doctrine préconise des plans d'actions d'économies entre 60 et 65 % et des développements d'activité pour le solde, le projet du GHER ne propose que 43 % d'économies et mise sur 57 % de recettes nouvelles. Cette situation conduit l'ARS à demander l'inscription du GHER au titre des établissements suivis par le groupe technique COPERMO dès 2019 et à négocier avec l'établissement un nouveau plan de retour à l'équilibre et le CPOM 2019-2023.

La chambre prend acte que cette contractualisation doit amener le GHER à conduire un plan d'action améliorant notablement sa situation financière, fondé sur des hypothèses de réductions de charges et des recettes plus réalistes que le précédent.

3.4 La chirurgie

La chirurgie constitue un triple enjeu pour le GHER. Il est financier car cette activité est déficitaire ; il est aussi un enjeu de santé au regard des taux de fuite. À terme et tant au regard de la bonne activité en ambulatoire que de la faiblesse de l'activité à temps complet, la pérennité d'une activité de chirurgie en hospitalisation complète pourrait être soulevée par l'autorité de planification. Le dernier enjeu est celui de l'efficience, les ratios de performance et d'utilisation des capacités sont faibles alors même que le nouveau plan régional de santé reconnait que l'Est de l'île constitue un territoire de santé à part entière.

La chirurgie est organisée au travers d'un pôle unique et de deux services majeurs, l'orthopédie traumatologie et la chirurgie viscérale et digestive. La capacité de ces deux services a été réduite à 27 lits d'hospitalisation complète depuis l'automne 2017, les 48 lits précédemment affectés à ces deux unités étant peu occupés. Ce service assure une permanence des soins pour chacune des spécialités au travers de gardes ou astreintes.

L'offre est complétée par des chirurgies de spécialités réalisées pour l'essentiel dans les 25 places d'ambulatoire par des médecins intervenant dans le cadre de conventions avec le GHER. Leurs interventions permettent d'obtenir un taux de chirurgie ambulatoire proche de 62 %.

Le pôle chirurgie est déficitaire. Il était de plus de 3,6 M€ en 2015 pour atteindre plus de 3,8 M€ en 2016 ; en 2017, il est supérieur au déficit de l'établissement.

Entre 2014 et 2017, le GHER perd des parts de marchés en chirurgie digestive alors que la clinique Sainte-Clotilde, établissement concurrent direct, progresse dans cette discipline[31].

[29] Une circulaire interministérielle en date du 5 juin 2013 a mis en place un comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers.(COPERMO).Il est chargé, d'une part de définir la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier et d'amélioration de la performance des établissements de santé, d'autre part d'accompagner, en lien avec les ARS, la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements.

[30] Réponse du 7 février 2019.

[31] Sainte Clotilde 13,9 % en 2016 contre 13,3 % en 2015 ; GHER 12 % en 2016 contre 12,4 % en 2015.

Le nombre de séjours[32] en chirurgie digestive et orthopédique traumatologique est en baisse ; il est de 4 265 en 2017 et inférieur à celui de 2016 soit 4 340 séjours, tout comme le nombre d'actes par chirurgien qui connaît un recul. Entre 2017 et 2018, les actes de bloc opératoire dans ces disciplines chutent de 26 %.

L'étude des taux de fuite sur une période de sept ans révèle globalement une aggravation de ces derniers, toutes disciplines confondues à l'exception de l'orthopédie traumatologie. Cette dégradation survient alors même que le GHER propose aux populations, une offre nouvelle, autour d'un site reconstruit, d'un plateau technique moderne et de conditions hôtelières de qualité, avec la généralisation de chambres individuelles.

Un audit a été réalisé au printemps 2018 selon la méthode préconisée par l'ANAP. Les conclusions, présentées en conseil de bloc le 1er août 2018, font état de marges de progression dans le fonctionnement et l'organisation du bloc

Un bloc opératoire est considéré comme performant quand il atteint de manière simultanée un certain nombre de cibles[33], celui du GHER n'atteint pas ces dernières.

Au GHER, le taux d'ouverture est de 69 %. Dans certaines spécialités, comme la chirurgie digestive, les taux réels d'occupation des vacations[34] dépassant rarement les 70 % ; des débuts tardifs d'intervention[35] sont observés une fois sur deux.

À l'inverse l'activité opératoire présente des performances accrues quand elle est effectuée par des chirurgiens privés intervenant sous convention. Ainsi en chirurgie esthétique les taux réels d'occupation des vacations dépassent 85 % pour les cinq premiers mois de 2018.

Des pistes de réflexion existent en matière d'amélioration de la chirurgie. La mise en adéquation des ressources humaines à l'activité tient une place centrale dans l'organisation du bloc opératoire. Elle permet de garantir un fonctionnement du bloc sans surcoût et d'utiliser au mieux les compétences rares sur la durée opératoire.

De la même manière, l'intérêt d'une permanence des soins au bloc opératoire avec trois infirmières et une infirmière anesthésiste, toutes rémunérées en garde sur place doit être évalué régulièrement pour arbitrer entre son maintien ou la substitution d'un régime d'astreinte à domicile

Afin de limiter les taux de fuite de la patientèle, le GHER doit développer une collaboration accrue avec la médecine de ville et le déploiement d'une stratégie en matière d'offres de soins.

La mise en place de consultations avancées de certaines spécialités sur des villes à proximité de Saint-Benoît comme le propose le plan de retour à l'équilibre en est une illustration, dont la mise en œuvre doit être développée à la fois en termes de lieux d'accueil et de spécialités proposées.

---

[32] Un séjour est une entrée suivie d'une hospitalisation.

[33] Un taux d'ouverture de 85 %, un taux d'occupation compris entre 80 et 85 % un taux de débordement inférieur à 5 %.

[34] Sur un potentiel de 100 % d'ouverture des temps d'intervention, le taux d'occupation mesure le temps réellement utilisé à l'activité.

[35] Intervention ne débutant pas à l'heure faute de chirurgiens, d'anesthésistes, ou de patients.

Le déploiement de ces consultations avancées dans des disciplines élargies devrait être relayé auprès des médecins libéraux ; une politique d'information et de communication auprès de ces professionnels de santé doit être construite afin de promouvoir les offres nouvelles de soins et leur connaissance par le grand public. Des rencontres régulières de médecins sur des enseignements post universitaires (EPU) pourraient être développées.

Les internes de spécialité pourraient participer au redressement technique et financier de l'établissement. Tout en améliorant le rayonnement du GHER et son attractivité en termes de recrutement futur de praticiens, l'internat permettrait à l'établissement de bénéficier d'une aide technique, notamment opératoire, couverte par une prise en charge partielle des rémunérations par les crédits spécifiques versés par l'ARS[36].

Pour être habilité à recevoir des internes, les établissements publics de santé doivent disposer d'un agrément. La chambre recommande au GHER, qui ne détient pas cette autorisation pour les chirurgies digestive et orthopédique, de déposer un dossier de demande d'agrément pour accueillir des internes dans ces spécialités.

CONCLUSION

Le nouveau plan de retour à l'équilibre du GHER qui reste à valider par l'ARS océan Indien devra s'appuyer sur des hypothèses réalistes et soutenables pour faciliter un plan de retour à l'équilibre financier. Les mesures devraient faire l'objet d'un suivi régulier présentant l'état d'avancement des actions

La chambre relève que d'autres pistes pourraient être recherchées.

S'agissant du personnel non médical, l'établissement doit revoir l'indexation des primes des personnels titulaires. Par ailleurs et pour les contractuels, il doit revoir la majoration de rémunération sans base légale.

Pour le personnel médical, il doit mettre fin au versement de la majoration de rémunération aux médecins praticiens ou assistants contractuels, et à son versement aux praticiens hospitaliers durant leurs congés bonifiés.

S'agissant des dépenses pharmaceutiques et à caractère hôtelier, le GHER dispose de marges qu'il peut exploiter par un recours encore accru aux groupements d'achats pour en sécuriser les procédures et réaliser des économies.

L'établissement dispose également d'autres leviers lui permettant d'optimiser ses recettes. Le site principal du GHER ne comprend pas d'espace boutique et détente. Cet équipement améliorerait la qualité de services au bénéfice des usagers. Il prive le pôle sud est de La Réunion, qui comprend nombre d'installations sanitaires privées[37] d'une recette subsidiaire non négligeable.

La mise en place d'une délégation de service public, comprenant la gestion d'une boutique et la réalisation des travaux, pourrait permettre d'escompter un loyer avec un intéressement au chiffre d'affaires. Son montant est estimé au regard de la pratique dans le monde hospitalier, entre 90 000€[38] et 150 000 € par an, soit l'équivalent de deux à trois ETP.

[36] MERRI, mission enseignement recherche et innovation.
[37] La clinique de la paix, les GIE IRM scanner, le laboratoire d'analyse.
[38] Montant encaissé au CHU sud.

ANNEXES

Annexe n° 1. Récapitulatif des pistes d'économies : base année 2017 28
Annexe 2 : Glossaire 29
Annexe 3 : Réponses 30

Annexe n° 1. Récapitulatif des pistes d'économies : base année 2017

Mesure	Commentaire	Impact
Mettre fin à la sur-rémunération versée sans base légale aux agents contractuels non médicaux.	Économie	2 685 524 €
Mettre fin au versement aux praticiens hospitaliers de la majoration de 40 % durant leurs congés bonifiés.	Économie	31 638 €
Mettre fin à la majoration de traitement versée aux médecins contractuels.	Économie	639 907 €
Mettre en place une DSP espace patient boutique CHU Nord	Recette	150 000 €
Total Général	**Annuel**	**3 507 069 €**

Source : GHER et CRC

Annexe 2 : Glossaire

ACE : actes consultations externes
ANAP : agence nationale d'appui à la performance
AVC : accident vasculaire cérébral
ARS :: agence régionale de santé
ATIH : agence de traitement de l'information médicale
ATU : accueil traitement des urgences
AURAR : association pour l'utilisation du rein artificiel à la réunion
CAMPS : centre d'action médico précoce
CEGIDD : centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic des maladies du VIH
CCAM : classification commune des actes médicaux
CHR : centre hospitalier régional
CHSCT : comité d'hygiène de sécurité des conditions de travail
CHU : centre hospitalier universitaire
CME : commission médicale d'établissement
CTE : comité technique d'établissement
COPERMO : comité de la performance de la modernisation de l'offre de soin
CPOM : contrat pluriannuel d'objectif
CREA : compte de résultat analytique
CREF : contrat de retour à l'équilibre financier
CRF : centre de rééducation fonctionnelle
DIM : Département d'information médicale
FTN : : forfait technique radiologie
FFM : forfait dispositif médicaux et petit matériel *
FSE : forfait sécurité environnement
GAP : gestion administrative du patient
GHT : groupe hospitalier de territoire
HAD : hospitalisation à domicile
MCO : médecine chirurgie obstétrique
NGAP : nomenclature générale des actes professionnels
OVALIDE : outil de validation des données des établissements de santé.
PCMT : poids moyen du cas traité
PDS : permanence de soins et rééducation
PRS : plan régional de santé
RTC : retraitement comptable
SSR : soins de suite et rééducation
SAU : service d'accueil urgence
SROS : schéma régional d'organisation des soins
UMPP : unité mobile psychiatrie précarité
UCSA : unité de consultation et soins en ambulatoire

Annexe 3 : Réponses

Direction

Saint-Benoît, le 25 avril 2019

ENREGISTRÉ AU GREFFE
29 AVR. 2019
C.R.C RÉUNION - MAYOTTE

19 - 188

Monsieur le Président
de la Chambre Régionale des Comptes
44, rue A. de Villeneuve
97488 Saint-Denis cedex

V/Réf. : P. 19-120
N/Réf. : LC/ML/JA – 2019-14
Objet : Réponses aux observations définitives

Recommandé avec AR 2C 097 958 9829 8

Monsieur le Président,

Faisant suite à votre courrier en date du 26 mars 2019, arrivé au GHER le 29 mars 2019, relatif au contrôle des comptes et de la gestion du GHER, je vous prie de trouver ci-joint les remarques que je souhaite apporter en complément de votre rapport définitif.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes respectueuses salutations.

Le Directeur Général du CHU et du GHER

Lionel CALENGE

PJ : Observations de l'ordonnateur

Les observations du GHER sur le rapport définitif de la CRC.

Sur les recommandations de la CRC

Régularité

(1) - Le GHER présentera au conseil de surveillance les résultats de la comptabilité analytique de 2018 lors de la séance de juin 2019 en même temps que le rapport d'activité et le compte financier qui sont présentés chaque année aux instances conformément aux dispositions réglementaires. Il veillera à ce que cette présentation soit faite chaque année.

(2) - La nomination d'un chef de pôle Femme-Mère-Enfant été faite à l'issue d'un audit externe mené par le Professeur, chef de service au CHU-site Nord. (Annexe 1). Un protocole d'accord a été signé entre la direction, la présidence de la CME et le pôle permettant de définir un contrat d'objectifs et de moyens relatif à la mise en place de la nouvelle gouvernance du pôle (annexe 2).

(3) – La recommandation de la chambre régionale des comptes relative à la fin de la majoration de traitement versé aux médecins contractuels est un sujet Régional, voir Domien, qui concerne l'ensemble des établissements publics de santé.

S'il est vrai que les statuts de praticiens contractuels ne stipulent pas expressément des dispositions spécifiques Outre-Mer, ces statuts renvoient aux modes de rémunération des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, sans autres précisions (*Exemple : Les praticiens contractuels ... sont rémunérés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers ou aux praticiens des hôpitaux*)

Dans la mesure où la rémunération des PH exerçant à la Réunion est indexée de 40 %, et que ce renvoi à la rémunération des PH ne comporte aucune autre précision, l'établissement considère de fait, que l'indemnité domienne est à intégrer dans la base des émoluments appliqués aux contractuels.
A défaut, l'attractivité du GHER serait encore plus dégradée qu'elle ne l'est déjà, et cela viendrait immanquablement remettre en cause l'offre de soins sur le territoire Est de la Réunion.

(4) – Ce point relatif à la sur-rémunération des contractuels fera l'objet d'une mise en régularité juridique homogène entre les établissements publics de santé de La Réunion et en articulation avec l'ARS-OI. Il concerne dans des conditions identiques tous les contractuels des 4 établissements publics de santé de La Réunion.

L'analyse juridique du GHER est donc conforme à celle qui a été faite également au CHU de La Réunion.

Ainsi, le juge administratif considère effectivement que les agents contractuels n'entrent pas dans le champ d'application de la majoration de traitement, du complément de majoration de traitement et de l'indexation de traitement qui ne sont applicables qu'aux « fonctionnaires en service dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de la Réunion » (Cour administrative d'appel, Bordeaux, n°06BX00002, 11 décembre 2007).

Cependant, en l'absence de dispositions législatives ou réglementaires relatives à la fixation de la rémunération des agents non titulaires, l'autorité compétente dispose d'une large marge d'appréciation pour déterminer, en tenant compte notamment des fonctions confiées à l'agent et de la qualification requise pour les exercer, le montant de la rémunération ainsi que son évolution. Si besoin, il appartient au juge, saisi d'une contestation en ce sens, de vérifier qu'en fixant ce montant l'administration n'a pas commis d'erreur manifeste d'appréciation (Conseil d'Etat, n°348057, 30 décembre 2013).

Ainsi, l'article 1-2 du décret 91-155 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, prévoit que le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment :

- Les fonctions occupées par l'agent ;
- La qualification requise pour leur exercice de ces fonctions ;
- La qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience.

Aucune disposition législative et réglementaire ne prévoit expressément les modalités de détermination de la rémunération des contractuels de droit public.

Par ailleurs, le juge administratif considère en effet que les agents contractuels, quand bien même ils bénéficient d'un emploi permanent à durée indéterminée et d'une grille indiciaire comparable à celles des agents titulaires, ne sont pas, au regard d'une mesure indemnitaire, dans la même situation juridique que les fonctionnaires et que le Gouvernement peut, sans porter atteinte au principe d'égalité de traitement entre agents publics, adopter une mesure indemnitaire qui s'applique aux seuls fonctionnaires (CE, 26 mai 2008, n° 296917).

Comme le précise l'instruction n° DGOS/RH4/2015/108 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière, la jurisprudence du Conseil d'Etat pose cependant trois principes :

- En l'absence d'un texte règlementaire ou même si le régime applicable à certaines catégories d'agents contractuels est défini par des textes de caractère réglementaire, certains éléments de la situation de ces agents peuvent être fixés par les stipulations de leurs contrats et il appartient dans ce cas aux organes compétents des établissements publics autonomes de définir le régime de ces personnels et de préciser leur situation, en tant que de besoin, dans les contrats (Conseil d'Etat, avis, n° 359 964, 30 janvier 1997) ;

- Seule a compétence pour instaurer une prime en faveur des agents contractuels, l'autorité sous laquelle ils sont placés en raison de son pouvoir général d'organisation des services, raison pour laquelle le Conseil d'Etat a jugé que les dispositions de l'arrêté du 24 mars 1967 (prime de service) n'étaient, dès l'origine, pas légalement applicables aux agents contractuels des établissements publics hospitaliers (Conseil d'Etat, n° 312446, 23 mars 2009) ;
- L'administration peut soumettre les agents contractuels et les fonctionnaires titulaires – qui ne se trouvent pas dans la même situation juridique au regard du service public – à des réglementations différentes, notamment en ce qui concerne les modalités de leur rémunération, sans que cela constitue une différence de traitement (Conseil d'Etat, n° 322206, 16 mars 2011).

De plus, aucune disposition de la loi du 9 janvier 1986 susmentionnée n'instaure que les agents contractuels de la FPH sont soumis aux dispositions de l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 selon lesquelles il n'y a pas de prime ou d'indemnité sans texte législatif ou réglementaire. L'absence de renvoi à cet article 20 ne signifie pas une interdiction mais une possibilité de verser des primes et indemnités aux agents contractuels de la FPH sans que celles-ci soient nécessairement instituées par un texte législatif ou réglementaire

Il ressort de ces éléments que la compétence pour déterminer les conditions de la rémunération des agents contractuels appartient à l'organe exécutif des établissements relevant du titre IV du statut général en vertu de son pouvoir de nomination, de recrutement et d'organisation du service.

Si les agents contractuels ne sont pas éligibles aux primes et indemnités dont le bénéfice est réservé, par des textes qui les ont instaurées, aux seuls agents titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, les établissements peuvent :

- Soit définir, par la voie du contrat qui fixe les conditions de rémunération, un montant global de rémunération correspondant, de façon forfaitaire, à la rémunération principale et aux primes et indemnités réservées aux agents titulaires exerçant les mêmes fonctions et ayant la même expérience ;
- Soit instaurer, après avis du comité technique, des dispositifs indemnitaires spécifiques, à condition toutefois que ces dispositifs s'appliquent à tous les agents contractuels placés dans une situation comparable.

Par conséquent, le GHER, en coordination avec l'ensemble des établissements publics de santé de la réunion, envisage :

- Soit instaurer, après avis du comité technique, des primes spécifiques permettant aux contractuels de disposer d'avantages équivalents à ceux des fonctionnaires ;
- Soit définir, par la voie du contrat un montant global de rémunération correspondant, de façon forfaitaire, à la rémunération principale, à la majoration et à l'indexation.

Sur la performance

(1) – La chambre a bien noté que la mise en œuvre des contrats de pôle est en cours depuis fin 2018. Des dialogues de gestion sont régulièrement organisés et des avenants annuels seront signés pour décliner de manière opérationnelle les objectifs de l'EPRD 2019 et du nouveau plan de retour à l'équilibre en cours de contractualisation avec l'ARS.

(2) – La recommandation relative à la fin du versement aux praticiens hospitaliers de la majoration de traitement pendant les congés bonifiés est également un sujet Régional qui concerne le GHER au même titre que les autres établissements.

Ce point est en cours d'analyse en lien avec la DRFIP et l'ARS-OI. Une décision homogène devra être prise sur l'ensemble des établissements. (cf. Annexe 3 et 4).

(3) – La réorganisation du service de la commande publique est maintenant bien engagée. Le responsable des achats du GHER est mis à disposition à 20 % du GHT – Achat (annexe 5). Il participe pleinement à la mise en œuvre des procédures d'achat coordonnées au niveau du GHT.

De même, les pharmaciens du GHER participent également au groupe d'achat « pharmacie à usage intérieur » pour organiser des achats communs et des procédures de mise en concurrence.

Par ailleurs, sur les achats relatifs aux marchés de maintenance (point 2.2.2 du rapport), les procédures d'achat de ce secteur seront totalement révisées sur 2019. La mise en concurrence de tous les marchés de gros entretien et de remplacement a été faite (AAPC n°18S0038 du 28 Septembre 2018 portant sur 20 lots). Certains marchés sont d'ores et déjà notifiés : prestations diverses et génie civil, menuiserie bois, fluides médicaux électricité-TGBT, sols souples et protections murales, GTC, GTB, Appel malades, sécurisation des ouvrants.

De même les marchés de maintenance préventive ont remis en concurrence (AAPC n°18SOO76 du 14.12.2018). Sont déjà notifiés les marchés pour les ascenseurs, les contrôles des thermographies.

Dans la continuité des procédures d'achat, la gestion des stocks sera améliorée notamment sur le secteur des ateliers (point 2.2.1 du rapport). Le GHER a pris en compte les remarques de la chambre et il organise la mise en place d'une gestion centralisée des stocks qui intégrera les stocks de l'atelier, pour une gestion conforme à celle qui est déjà opérationnelle sur le secteur des consommables hôteliers.

(4) La comptabilisation d'une provision pour le risque lié au litige qui oppose le GHER à une entreprise de travaux a été faite lors des opérations de clôture de l'exercice 2018. Cette provision a été constituée en accord avec l'ARS et sur la base de l'évaluation du risque réalisée par l'avocat en charge de défendre le dossier du GHER devant le tribunal administratif. (annexe 6)

(5) – Compte tenu de son budget annuel inférieur à 100 M€, la certification des comptes n'est pas encore opposable au GHER. Comme l'a souligné la CRC, fin 2018, la direction a engagé de manière plus structurée un plan de fiabilisation des comptes qui sera suivi à travers le comité de pilotage mis en place dans cette perspective et en lien avec l'ARS compte tenu des opérations de retraitement comptable qui s'avèrent nécessaires pour l'intégration de l'opération de construction du nouvel établissement (PSER).

(6) Le projet de dispensation des chimiothérapies en hôpital de jour au GHER est intégré au projet médical du GHER. Néanmoins ce projet reste conditionné au recrutement effectif d'un oncologue au CHU – site Nord et par les conditions d'autorisation qui sont en cours de révision par l'INCA mais dont la date de publication n'est pas connue à ce jour.

(7) La recommandation de la CRC relative au dépôt d'un dossier d'agrément pour accueillir des internes dans les spécialités chirurgicales s'inscrit dans les orientations stratégiques du GHER qui visent à la consolidation de la chirurgie de proximité sur le territoire Est.

Cet objectif passe d'abord par la consolidation des équipes chirurgicales du GHER. C'est dans ce cadre qu'une équipe territoriale de chirurgie viscérale Nord Est a été mise en place fin 2018. Elle est placée sous l'autorité médicale du chef de service de chirurgie viscérale du CHU-site Nord. Il coordonne le projet médical de cette discipline ainsi que le recrutement médical au sein de l'équipe. Ainsi, 2 nouveaux praticiens sont arrivés au GHER, l'un en février 2018 et l'autre début avril. L'objectif confié à l'équipe est de renouer avec la communauté médicale de ville pour un meilleur adressage au GHER et pour prendre en charge en proximité les patients du territoire qui n'auront ainsi plus à se déplacer hors du territoire pour avoir les soins de qualité dont ils ont besoin.

Sur le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF)

Les négociations engagées l'an dernier avec l'Ars sur la révision du CREF 2015-2019 sont toujours en cours. Néanmoins les nouvelles mesures proposées dès juillet 2018 ont déjà été mises en œuvre ce qui a permis d'endiguer la dégradation des résultats constatée sur 2016 et 2017. Ainsi, le déficit prévisionnel du compte financier anticipé de 2018 est en réduction par rapport aux dernières estimations (-2,2 M€ avec les aides) et par rapport aux années antérieures (Annexe 7 – courrier Ars approbation RIA 2).

Pour mémoire le déficit hors aide était de -9,147 M€ fin 2013, il est prévu à -7,173 M€ fin 2018.

Enfin, la recommandation relative à la mise en place d'une délégation de service public pour la création d'une boutique au GHER qui pourra générer une nouvelle recette est retenue par le

GHER qui lancera une consultation dans ce sens dès cette année. Néanmoins, le montant de l'estimation de la CRC semble optimiste notamment en regard de ce qui vient d'être mis en place sur le site Nord du CHU de la Réunion pour une prestation similaire à ce qui est envisagé au GHER.

ANNEXE 1

Décision n°04 / 2019 / Direction
Portant nomination du Chef de Pôle Femme-Enfant

Le Directeur,

- Vu la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Vu le code de la santé publique, notamment ses articles les articles L. 6146-1, D. 6146-1, R. 6146-2 et R. 6146-3, relatif à la nomination des chefs de pôles dans les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires ;
- Vu le Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé ;
- Vu l'arrêté du Centre National de Gestion en date du 1er juin 2016 nommant Monsieur Lionel CALENGE Directeur du Groupe Hospitalier Est Réunion ;
- Vu la décision du Directeur Général n°18/2017 mettant fin aux fonctions de chef de Pôle Femme/Enfant du Docteur Denis Di LUCCA ;
- Vu le protocole d'engagement pour la mise en place d'une nouvelle gouvernance pour le Pôle Femme/Enfant du GHER, signé le 28 février 2019 et proposant la nomination du Docteur Cyril EBOUE en qualité de chef de Pôle Femme/Enfant ;
- Vu l'accord du Docteur Cyril EBOUE intégré dans le protocole d'engagement signé le 28 février 2019 ;
- Vu l'avis favorable du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, en date du 08 mars 2019 ;

DECIDE

ARTICLE 1: Le Docteur Cyril EBOUE est nommé Chef du Pôle Femme Enfant.

ARTICLE 2: La présente décision prend immédiatement effet à compter de sa notification à l'intéressé.

ARTICLE 3: la présente décision peut être contestée par voie de recours gracieux auprès du Directeur de l'établissement dans un délai de deux (2) mois à compter de sa notification.

ARTICLE 4: la présente décision peut être contestée par voie de recours contentieux auprès du Tribunal Administratif de la Réunion – 27 rue Félix Guyon – CS 61107 – 97404 SAINT DENIS CEDEX dans un délai de deux (2) mois à compter de la notification et/ou affichage de la présente décision.

ARTICLE 5: La présente décision sera intégrée au dossier individuel de l'agent et transmise à Madame la Directrice Générale de l'Agence de Santé Océan Indien.

Fait à Saint-Benoit, 08 mars 2019,

Le Directeur Général,

Lionel CALENGE

Diffusion : Intéressé / ARS OI

ANNEXE 2.

Réunion du 28/02/2019

Protocole d'engagement réciproque pour la remise en place d'une gouvernance du pôle femme-enfant au GHER

Contexte :

Depuis plus d'un an le pôle femme-enfant n'a plus de chef de pôle suite à la décision de fin de mission prise par la direction et la présidence de la CME à l'encontre de l'ancien chef de pôle. Faisant suite à cette décision, le chef de service de gynécologie-obstétrique a démissionné de son mandat.

Pour accompagner l'établissement dans la recherche d'une sortie de crise, la direction a sollicité Le Pr PVT pour réaliser un audit sur l'organisation actuelle du pôle. Cet audit a été réalisé par le Pr PVT, assisté de Mme Barbé, cadre sage-femme dans le service du CHU-Nord, la semaine du 26 novembre 2018.

Les conclusions de cet audit ont été restituées en groupe plénier le 29 janvier 2019.

Objectifs du protocole

Ce protocole vise à consigner les préconisations de l'audit qui sont retenues d'un commun accord entre la direction, la présidence de la CME, les praticiens du pôle et son encadrement soignant.

Il permet donc d'identifier les actions à mener, les pilotes de ces actions et le calendrier prévisionnel de mise en œuvre.

Plan d'action

1- Effectifs médicaux et temps de travail

1-1 La direction valide la proposition relative à la création d'un neuvième poste de gynécologue obstétricien. La création de ce poste se fait sous la forme d'une demande d'un poste d'assistant partagé CHU Nord / GHER (50/50) avec le service de gynécologique obstétrique du CHU Nord.

Cette demande sera discutée avec l'ARS-OI.

La pérennisation de ce poste sera traitée lors du départ à venir d'un sénior par transformation du poste en 2 postes d'assistants. Conformément aux recommandations de l'audit, ce poste doit être contractualisé en lien avec l'objectif du développement de l'activité et l'objectif de retour à l'équilibre.

Pilote : Direction

Echéance : immédiate

Evaluation : COPIL 1 fois par mois

1-2 La gestion du temps de travail

La direction générale a engagé un travail de réflexion sur la convergence des règles de gestion du temps de travail des médecins au sein du GHT OI dans le contexte de l'évolution réglementaire qui est annoncée au plan national dans le cadre de la réforme de la santé qui sera votée prochainement.

L'organisation du temps de travail du pôle sera donc étudiée dans ce cadre.

Dans l'attente, considérant l'effectif à 8,5 ETP, l'usage des RTA et RTT est gérée par l'équipe médicale dans le respect des règles institutionnelles. Ce décompte intègrera un lissage sur 4 mois. S'il y a des TTA, ils seront pris en compte par la Direction.

Pilote : DAM du CHU assistée de la DAM du GHER

Echéance : septembre 2019

Evaluation : COPIL

1- Désignation de la nouvelle gouvernance du pôle

Conformément aux engagements pris lors des entretiens menés par le Pr PVT, dès validation de la création du poste 9^{ième}, l'équipe médicale proposera au PCME la désignation d'un chef de pôle qui, après nomination, proposera au PCME la désignation de son équipe de gouvernance (Chef de pôle adjoint, chefs de services et cadre de pôle).

Pilote : Dr Eboué avec le soutien logistique de la DAM du GHER

Echéance : immédiate après accord de l'ARS pour le poste d'assistant partagé.

Pilote : Direction générale avec le soutien logistique de la direction des sites

Echéances : au moins une fois par mois dès la désignation de l'équipe de gouvernance.

Evaluation : COPIL 1 fois par an

2- Projet de service et contractualisation interne

2-1 La proposition de l'audit relative à la rédaction d'un projet médical pour le pôle est validée. L'équipe médicale rédigera ce projet en concertation, au besoin, avec le Pr PVT et avec les services qui sont ses interfaces naturelles (Pôle chir, Pôle Urgences par exemple).
Il veillera à sa cohérence avec :

- Les priorités régionales et territoriales du PRS 2 ;
- Les orientations du PMP GHT OI ;
- Et les orientations stratégiques transversales du GHER déjà validées dans le projet médical et le CPOM passés aux instances de l'établissement.

Le projet intègrera un axe de renforcement de la collaboration avec le service de gynécologique obstétrique du CHU Nord tant sur les parcours patients que sur la formation, l'enseignement et la recherche.

Pilote : Le chef de pôle et le soutien logistique de la DAM du GHER

Groupe de travail : *à définir par le chef de pôle*

Echéance : à caler en cohérence avec la nécessité de déposer le dossier de renouvellement d'autorisation des activités avant fin mai.

Evaluation : COPIL une fois par mois

2-1- Parallèlement à la préparation du projet médical, un contrat de pôle sera négocié puis signé et mis en œuvre sur la base des éléments d'orientation stratégique déjà connus dont notamment le nouveau PRE.

Pilote : la direction en lien avec le chef de pôle

Groupe de travail : Equipe de gouvernance du pôle et Direction des sites

Echéance : 3 mois

3- Missions de l'encadrement du pôle

Afin de permettre à la cadre de pôle de retrouver un contexte d'exercice apaisé, elle été reçue par le directeur général en présence du directeur des sites.

Il a été convenu que la fiche de poste de la cadre de pôle sera révisée si nécessaire à la lumière de la feuille de route du pôle (Projet médical et contrat de pôle). Des rencontres régulières seront planifiées entre la cadre de pôle et le directeur des sites pour un suivi de ses missions et de ses éventuels besoins en soutien notamment de la part des directions fonctionnelles.

La cadre de pôle sera systématiquement associée aux décisions relatives aux effectifs soignants du pôle, en lien avec la direction des soins et la direction des ressources humaines.

La répartition des rôles entre les cadres du pôle sera précisée sous la forme d'une charte de l'encadrement du pôle.

Pilote : Cadre de pôle Mme Evrin

Echéance : Avant fin juin 2019

4- Moyens en accompagnement pour une meilleure efficacité

4-1-La direction a engagé une démarche institutionnelle de réorganisation des secrétariats et un audit sera mis en place dès le mois d'avril. Le pôle sera associé à la démarche qui doit permettre de réévaluer les organisations et les besoins de l'ensemble des services.

Dans l'attente, des réunions régulières sont organisées sous la coordination de la DAF pour améliorer la qualité du service rendu par les secrétariats. Une attention particulière est portée sur l'accueil téléphonique, le circuit des dossiers, la compétence des agents.

Pilote : DAF – bureau des entrées

Groupe de travail : Cadre du pôle Femme-Enfant, secrétaire référente, responsable du BE, DAF, 1 représentant des Gynécologues-Obstétriciens.

Echéance : 4 mois (restitution audit)

Evaluation : COPIL

5-2 - Le déploiement de nouveaux équipements informatiques est une des priorités institutionnelles déjà engagées (DPI). Les besoins du pôle seront étudiés et planifiés en cohérence avec le plan d'investissement et le plan de charge des équipes projets concernées.

Pilote : DIM & DSIO

Groupe de travail : Chef de pôle ou son représentant, cadre de pôle, DIM, DSIO, DAF-BE

Echéance : fin 2019

Evaluation COPIL

Signataires

M. Lionel CALENGE, Directeur Général CHU GHER

Pr Peter VON THEOBALD, Chef de service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Nord

M. Marc LECARDEZ, Directeur des sites du GHER

Mme Liliane RAJESSON, DSICGS

Dr Cyril EBOUE, Gynécologue Obstétricien

Dr Vincent BRARD, Gynécologue Obstétricien

Dr Jacques BIDEAULT, Gynécologue Obstétricien

Mme Corine EVRIN, cadre du pôle Femme-Enfant

Dr François SIMONNET, Médecin Responsable DIM – Projet DPI

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION

ANNEXE 3.

Note relative aux congés bonifiés des praticiens hospitaliers à temps plein exerçant dans un département d'Outre-Mer

▪ Réglementation

- **L'article 62 du statut des PH** prévoit : *« les praticiens exerçant leurs fonctions dans un établissement d'hospitalisation public situé dans un département d'outre-mer, bénéficient, par période de trois ans de services ininterrompus dans l'établissement, d'un congé bonifié d'une durée de trente jours ouvrables, délais de route compris, pour se rendre en métropole.*

Le droit à congé bonifié est acquis à compter du premier jour du trente-cinquième mois de service ininterrompu. Les frais de voyage ... sont remboursés par l'établissement hospitalier d'affectation sur la base du prix du voyage par avion en classe la plus économique. »

Rémunération : Ce texte n'est pas explicite en ce qui concerne les modalités de rémunération durant le congé bonifié, à savoir le maintien ou non de la majoration DOM.

- **Si on s'en réfère au statut de la fonction publique de l'Etat**, le décret n°78-399 du 20 mars 1978 relatif aux congés bonifiés, stipule en son article 11 : *« Les dispositions de l'article 3 du décret susvisé du 8 juin 1951 modifié, relatives à la rémunération des bénéficiaires des congés administratifs pendant, la durée de ces congés sont applicables aux congés bonifiés. ».* Cet article 3 prévoit : *« Pendant la période de congé administratif, les fonctionnaires ne peuvent prétendre... qu'aux indemnités attachées à la résidence,* ***ainsi qu'aux indemnités de cherté de vie en vigueur dans le territoire du congé »*** *; Disposition confortée par la* circulaire du 16 août 1978 relatif au congé bonifié dans la fonction publique qui stipule *: « En conséquence et en application du décret,* ***la rémunération pendant toute la durée du congé bonifié est celle correspondant au lieu du congé****. »* - Le territoire du congé pour ce qui concerne les praticiens exerçant à la Réunion étant la France métropolitaine.

▪ Situation au CHU de la Réunion

Au CHU de la Réunion, les praticiens hospitaliers continuent à percevoir durant leur période de congé bonifié passé en métropole, la majoration DOM de 40 %. Cette disposition est appliquée dans les hôpitaux de la Réunion depuis 1985 (après la publication du décret N° 84-131 du 24/02/1984 portant statut des praticiens hospitaliers), au vu d'un courrier DGOS N° 717 du 20/08/1985, qui précisait : *" cette indemnité spéciale... doit être allouée chaque mois aux intéressés y compris pendant la période de leurs congés en dehors du département d'outre-mer."*

En réponse à une sollicitation du CHU, la DGOS a écrit dans un mail du 4/02/2014 : *« Lorsqu'un praticien hospitalier originaire du territoire métropolitain de la France et exerçant ses fonctions en DOM, et percevant ainsi une majoration de traitement règlementaire, passe la durée de ses congés sur le territoire métropolitain, il n'a pas à recevoir cette majoration pendant la durée de son congé bonifié. »* La DGOS n'a pas souhaité confirmer cette position par courrier formalisé, conformément à la demande de la DAM.

Par la suite, la Chambre régionale des comptes dans son rapport de juin 2014 a mis en question la base légale du versement de la surrémunération DOM au cours des congés bonifiés passés en France métropolitaine (montant annuel global en 2014 d'environ 300.000 €)

Le directeur général du CHU a saisi la DGOS par courrier N° 600 en date du 9 décembre 2014 pour recueillir son point de vue sur les suite à donner à cette appréciation formulée par la CRC, ce d'autant plus qu'il s'agit d'une question juridique concernant outre le CHU mais aussi les établissements publics de santé de l'ensemble des DOM. Extrait du courrier : *« La question se pose donc de savoir s'il y a lieu ou non de continuer à maintenir ce dispositif permettant aux praticiens hospitaliers de continuer à bénéficier de la majoration DOM pendant leur congé bonifié passé hors département, ou s'il y a lieu de suspendre cette indemnité à l'instar de ce qui est fait pour les fonctionnaires de l'Etat.*

En l'absence de réponse de la DGOS, les médecins du CHU bénéficient toujours de la majoration de 40% durant les périodes de congés bonifiés. Une réflexion est menée par la direction générale sur ce sujet, le problème majeur étant que la réflexion devrait être menée à un échelon plus étendu dans la mesure où tous les établissements hospitaliers de la Réunion et de Mayotte sont concernés, ainsi que les autres DOM.

A noter que la suppression de l'indemnité DOM sur les congés bonifiés permettraient de générer actuellement une économie d'environ 380.000 €.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION

ANNEXE 4.

Date : Vendredi 21 décembre 2018

Monsieur le Directeur Général
Direction Régionale des Finances Publiques
7 avenue André Malraux – CS 21015
97744 SAINT-DENIS cedex 9

DIRECTION GÉNÉRALE
RÉF. : N°226-2018/LC/JL/SPC

Madame la Directrice Générale
Agence de Santé Océan Indien
2 bis Avenue Georges Brassens
CS 61002
97743 SAINT-DENIS cedex 9

***Objet** : Majoration de la rémunération des praticiens hospitaliers durant les congés bonifiés*

***PJ** : Relevé de conclusions de la réunion du 22 mai 2018*

Madame la Directrice Générale,
Monsieur le Directeur Général,

La Chambre Régionale des Comptes dans ses rapports d'observations définitives de juin 2014 et de novembre 2018 considère irrégulier le versement de la majoration de rémunération de 40% aux praticiens hospitaliers durant leurs congés bonifiés et recommande au CHU de La Réunion d'y mettre fin.

L'ensemble des Etablissements Publics de Santé de La Réunion appliquant le même principe de majoration, la mise en conformité règlementaire du régime indemnitaire doit être traitée de façon globale et unitaire pour tous les hôpitaux Réunionnais. Je souhaiterai connaître, comme convenu lors de la réunion du 22 mai dernier avec les représentants de vos services, l'avancée sur ce dossier ainsi que les résultats des échanges au niveau national qui devaient être effectués par l'Agence de Santé (relevé de conclusions en pièce jointe).

Restant à votre disposition pour la conduite à tenir, je vous prie de croire, ***Madame la Directrice Générale, Monsieur le Directeur Général,*** en l'expression de ma parfaite considération.

Le Directeur de l'établissement support
du GHT de La Réunion

Lionel CALENGE

C.H.U. LE DIRECTEUR GENERAL Lionel CALENGE DE LA REUNION

CHU DE LA RÉUNION
DIRECTION GÉNÉRALE
11, rue de l'hôpital • 97 460 Saint-Paul
tél : 0262 35 95 40/41 • fax : 0262 49 53 47
mail : secretariat.dg@chu-reunion.fr • www.chu-reunion.fr

ANNEXE 5.

EPSM RÉUNION

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN

Convention de mise à disposition de M. Alix MOUTOUSSAMY, Responsable de la Direction des Affaires Economiques et Logistiques du GHER pour la mise en œuvre de la fonction « achats » du Groupement Hospitalier de Territoire Réunion

Visas

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, et notamment les articles 48 et suivants ;

Vu la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique ;

Vu l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Vu le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition ;

Vu le décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de la France ;

Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire ;

Vu l'instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire ;

Vu l'accord explicite de Monsieur Alix MOUTOUSSAMY, Responsable de la Direction des Affaires Economiques et Logistiques du GHER ;

Vu la convention constitutive du GHT Océan Indien constitué entre les établissements parties à compter du 1er juillet 2016 ;

Vu l'avenant modificatif de la convention constitutive du GHT Océan Indien,

Considérant la direction commune Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion et Groupe Hospitalier Est Réunion ;

Vu la Décision n° 612-2015 en date du 13 octobre 2015 portant titularisation de Monsieur Alix MOUTOUSSAMY dans le grade d'ingénieur hospitalier ;

EPSM RÉUNION

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN

Entre

Le Groupe hospitalier Est Réunion, immatriculé au FINESS sous le numéro 970403606, représenté par Monsieur Marc LECARDEZ, Directeur de site, d'une part,

Et

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, situé au 11, rue de l'Hôpital 97460 SAINT-PAUL, immatriculé au FINESS sous le numéro 970 408 589 représenté par Monsieur Lionel CALENGE, Directeur Général, d'autre part,

Article 1 : Objet

La présente convention a pour objet de définir les modalités particulières de la mise à disposition à 20%, de Monsieur Alix MOUTOUSSAMY, Responsable de la Direction des Affaires Economiques et Logistiques du GHER auprès du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion pour ce qui concerne la mise en œuvre de la fonction « achats » du G.H.T Réunion ;

Article 2 : Nomination dans ses fonctions de l'agent mis à disposition

L'agent mis à disposition est nommé dans ses fonctions par le directeur de l'établissement support selon les conditions suivantes :

- Les fonctions confiées à l'agent sont conformes aux missions du corps d'appartenance de l'agent concerné ainsi qu'à son grade.
- Elles doivent être en lien avec les activités, fonctions et missions que le Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion assure pour le compte du Groupe Hospitalier Est Réunion.

Article 3 : Nature des fonctions confiées à l'agent mis à disposition et conditions d'emploi

Article 3. 1 - Nature des fonctions confiées à l'agent mis à disposition

Les fonctions précises confiées à l'agent ainsi que la nature des tâches, activités et missions sont définies de la manière suivante : la signature en lieu et place du Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, des achats relevant de son domaine d'activité ou des responsabilités qui lui sont confiées.

Article 3. 2 - Conditions d'emploi de l'agent mis à disposition

L'agent mis à disposition est réputé occuper son emploi au sein du Groupe Hospitalier Est Réunion. Il exerce, dans le cadre de sa mise à disposition, les fonctions définies par le directeur de l'établissement support au nom duquel il agit.

L'agent mis à disposition relève pour son avancement et la gestion de sa carrière du Groupe Hospitalier Est Réunion.

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion rembourse au Groupe Hospitalier Est Réunion, la rémunération de l'agent mis à disposition ainsi que les cotisations et contributions y afférentes, à hauteur de 20%, correspondant à la quotité de mise à disposition.

Article 4 : Modalités d'évaluation et de contrôle de l'agent mis à disposition

L'agent mis à disposition continue d'être évalué par le Directeur du Groupe Hospitalier Est Réunion.

Article 5 : Conditions de travail de l'agent mis à disposition

Article 5.1 : Organisation du travail des agents mis à disposition

L'agent mis à disposition exerce les fonctions définies par le directeur du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion au nom duquel il agit ; il relève, pour l'exercice desdites fonctions, des règles d'organisation définies par le Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion.

Article 5.2 : Congés et aménagement de la durée du travail

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion et le Groupe Hospitalier Est Réunion se tiennent mutuellement informés des congés et aménagement de la durée du travail de l'agent et de ses modalités de remplacement par l'un des personnels disposant de la même délégation de signature de la part du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, en son absence.

Article 6 : Fin de la mise à disposition

La convention de mise à disposition prend effet à compter du 1er août 2018.

La mise à disposition peut prendre fin par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination ou de l'agent mis à disposition, sous réserve de respecter un préavis de deux mois.

Elle peut également être résiliée de plein droit en cas de départ définitif de l'agent mis à disposition, des effectifs du Groupe Hospitalier Est réunion.

EPSM RÉUNION

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN

Article 7 : Dispositions diverses

La présente convention de mise à disposition est transmise, avant la signature de la convention, à l'agent concerné dans des conditions lui permettant d'exprimer son accord sur la nature des fonctions qui lui sont confiées et sur ses conditions d'emploi. Il en est de même des avenants.

Après signature, une copie de la convention et de ses avenants est transmise à l'agent mis à disposition.

Fait à Saint-Paul, le 19 juillet 2018

Pour le Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion
Monsieur Lionel CALENGE, Directeur Général

Pour le Groupe Hospitalier Est Réunion,
Monsieur Marc LECARDEZ, Directeur de site

M. Alix MOUTOUSSAMY
Responsable de la Direction des Affaires Economiques et Logistiques du GHER

ANNEXE 6.

\bdmandat

MANDAT

La validité de ce mandat est limitée. En cas de retard apporté à son encaissement par le créancier, ce dernier court le risque de se voir opposer la prescription à l'expiration du délai de déchéance prévu par la loi n°68.1 250 du 31 décembre 1968.

Compte de tiers : 1511

ÉTABLISSEMENT : GROUPE HOSPITALIER EST REUNION
30 ROUTE NATIONALE 3
COMPTABLE ASSIGNATAIRE : MONSIEUR LE RECEVEUR HOSPITALIER

EXERCICE	2018	N° MANDAT / FEUILLET	009371 / 1
DATE D'EMISSION	31/12/2018	N° BORDEREAU	000624
LETTRE BUDGÉTAIRE	H	RÉF. ÉTABLISSEMENT	695

NOM - PRÉNOMS - ADRESSE DU CRÉANCIER	COMPTE À CRÉDITER
TP0003 RECEVEUR GHER BP 393 SAINT PIERRE 97458 SAINT PIERRE	

OBJET - PIÈCES JUSTIFICATIVES	IMPUTATION	MONTANT HORS T.V.A. À RÉCUPÉRER	T.V.A. À RÉCUPÉRER	SOMME MANDATÉE	MARCHÉ
Mandat d'Ordre 18000739 Provisons pour Contentieux GTOI	68151	[redacted]	0,00 0,00	[redacted]	

TIMBRE "VU BON À PAYER"	TOTAUX SOMMES MANDATÉES [redacted] TOTAL RETENUES ET OPPOSITIONS NET À PAYER [redacted]	Références des oppositions
POUR ACQUIT DE LA SOMME DE [redacted] À SAINT BENOIT , Le 31/12/2018	ARRÊTÉ LE PRÉSENT MANDAT À LA SOMME DE [redacted] L'ordonnateur Cachet - Signature	Opération comptabilisée par le comptable assignataire dans les écritures de la journée du

ANNEXE 7

ars
Agence de Santé
Océan Indien

DIRECTION DE LA REGULATION ET DE LA GESTION DE L'OFFRE DE SANTE

Affaire suivie par : A. Bellanger
Tél : 02.62.93.95.43
alexandre.bellanger@ars.sante.fr

Monsieur le Directeur Général
GHER
30 RN3 – ZAC Madeleine
BP 186
97470 SAINT BENOIT

Réf. : /ARS/2019

Date : 28/03/2019
Objet : Campagne budgétaire 2018 – Décision modificative n° 2

Monsieur le directeur général,

Parallèlement à la saisie sur ANCRE le 20 février dernier, vous m'avez adressé la décision modificative n° 2 (DM2) relative à l'EPRD 2018 du GHER.

Je vous informe qu'au regard des articles R.6145-29 et R.6145-40 du code de la santé publique, **j'ai décidé d'approuver cette décision modificative.**

Je prends acte des évolutions suivantes par rapport à l'EPRD initial :

1. S'agissant des produits :

J'observe que les produits progressent globalement de 0,8 M€ (+0,9 %).

Néanmoins, il convient de préciser que, si les produits de titre 1 participent à hauteur de +1,5 M€ à l'augmentation des recettes enregistrée sur ce titre, les recettes d'activité sont en baisse tant au niveau des recettes de GHS qui diminuent de -1,2 M€ que celle issues de la DAF dont la baisse est de -0,8 M€.

Ces baisses sont opportunément neutralisées par la hausse des dotations MIGAC (+ 3M€ liés à la meilleure prise en compte de la précarité) et du FIR (+0,5 M€).

Pour ce qui concerne les autres recettes, les autres produits de l'activité suivent la baisse du nombre de journées (-0,2 M€) tandis que les autres produits se contractent de 0,5 M€, en lien avec la baisse des rétrocessions de médicaments et des produits exceptionnels.

J'attire votre attention sur cette baisse tendantielle des recettes d'activité qui oblige le GHER à redéfinir son offre de soins en relation étroite avec le CHU de La Réunion.

2. Concernant les charges :

Parallèlement à cette évolution relative des recettes, les charges augmentent de 0,7 M€ (+0,8 %).

Les charges de personnel du CRPP augmentent de 1,1 M€. Si l'effectif rémunéré 2018 baisse de 2 ETP par rapport à 2017, il reste supérieur de 8,9 ETP aux prévisions de l'EPRD.

J'observe que, contrairement aux attentes, la baisse des mensualités de remplacement n'a pas été effective.

Néanmoins, cette hausse faciale est à pondérer par des financements fléchés à hauteur de 8,3 ETP (crédits formation, reprise des provisions du plan d'apurement des heures supplémentaires, remboursements ANFH).

Les charges à caractère médical (-0,9 M€) suivent logiquement la baisse du nombre de journées et des rétrocessions de médicaments.

Les charges de titre 3 se contractent de 0,8 M€ avec la réduction des dépenses de services extérieurs (optimisation des prestations et renouvellement des contrats).

Les charges de titre 4 progressent de 1,3 M€ par rapport à l'EPRD en raison de provisions exceptionnelles (gilets jaunes, aide en trésorerie, travaux et sécurisation, sortie contentieux GTOI) qui viennent compenser la baisse des charges financières.

3. Les impacts sur les indicateurs financiers :

Ces évolutions se traduisent par une amélioration du résultat prévisionnel à -2,2 M€ (soit 2,6 % des produits), en ligne avec les prévisions de l'EPRD initial (-2,3 M€) et en rupture avec l'aggravation du déficit envisagée dans la DM1 (-2,7 M€).

Le taux de marge brute hors aides atteint 3,1 %, en progression sensible par rapport à l'EPRD initial (1,5 %) et à 2017 (1,2 %).

Entre 2017 et 2018, la CAF passe de 2,5 M€ à 4,6 M€ (pour 2,4 M€ prévus à l'EPRD initial). Avec des remboursements de dette de 3,9 M€, la CAF nette devient positive.

En complément, la réduction du montant des immobilisations permet d'annuler le prélèvement sur le fonds de roulement de 3,5 M€ prévus dans l'EPRD initial.

A titre subsidiaire, le CRPE enregistre une baisse des charges supérieure à celle des produits et revient à l'équilibre.

Je me permets encore une fois de souligner l'extrême fragilité financière du GHER illustrée sur les derniers mois de 2018 par des difficultes de trésorerie.

Je vous rappelle que par principe, tout retard dans la mise en œuvre des mesures du plan de retour à l'équilibre doit être compensé par des mesures ayant un effet financier équivalent afin de ne pas obérer le redressement financier de GHER.

Ainsi, si la décélération des dépenses de titre 1 est réelle avec +0,9 % en 2018, après une progression de +4,4 % en 2017, les objectifs du PRE ne sont pas atteints (+1,2 M€ par rapport à l'EPRD 2018). Il conviendra sur l'exercice 2019 de confirmer et d'accentuer la tendance de maitrise des dépenses de personnels observée en 2018.

Par ailleurs, le rétablissement d'une bonne dynamique des recettes liées à l'activité apparait prioritaire, s'agissant d'un des principes fondateurs du plan de retour à l'équilibre proposé par le GHER. La dynamisation des recettes passe nécessairement par la conclusion de partenariats médicaux avec le CHU de La Réunion

Les modalités de poursuite des divers engagements devront être ajustées dans le plan de redressement à signer dans les prochaines semaines.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur général, l'expression de ma parfaite considération.

La directrice générale,

Martine LADOUCETTE

ARS Ocean Indien
2 bis, av Georges Brassens - CS 61002 - 97743 Saint-Denis Cedex 09
Standard : 0262 97 90 00
www.ars.ocean-indien.sante.fr

ENREGISTRÉ AU GREFFE
25 AVR. 2019
C.R.C RÉUNION - MAYOTTE

Le 24/04/2019,

A l'attention de
Monsieur le Président de la
Chambre régionale des comptes
de La Réunion

Objet : Réponse à votre relevé d'observations définitives concernant le Groupe hospitalier Est Réunion (GHER)

Monsieur le Président,

J'ai bien reçu le relevé d'observation définitives concernant le Groupe hospitalier Est Réunion (GHER) que j'ai eu à diriger entre janvier 2014 et février 2016 – dans le cadre d'une direction commune avec le CHU de La Réunion – et je vous en remercie.

Je tenais à souligner auprès de vous le respect, par cette transmission, du principe du contradictoire et vous indiquer que ce document me semble donner une image globalement fidèle de la situation de l'établissement.

Pour autant, en commençant ses constatations avec le début de la direction commune avec le CHU, le rapport ne dresse pas, en raison de cette période de référence, un tableau suffisant de la situation antérieure de l'établissement. Ce manque nuit fortement à la lisibilité de l'évolution de la situation financière de l'établissement par rapport à l'année 2013 lors de laquelle les difficultés de l'hôpital avaient atteint un point à l'extrême limite du non-retour.

Dans son rapport publié en 2014 sur la politique de santé dans les Outre-Mer, la Cour des comptes avait, il est vrai, déjà donné une image d'ensemble de la situation critique dans laquelle se trouvait l'hôpital. Cette dernière avait fondé la demande, portée par le ministère de la Santé et la directrice générale de l'Agence de santé de l'Océan indien, de déploiement d'une direction commune avec le CHU.

Je voudrais donc rappeler à quel point le GHER se trouvait, quasiment sur tous les plans, dans une situation extrêmement difficile :

- Sa situation financière courante marquait un déficit hors aide de près de 10 M€ et se trouvait lestée par des emprunts toxiques d'une dangerosité massive dont la souscription avait représenté une véritable épée de Damoclès pesant sur l'ensemble des finances hospitalières de La Réunion ;

- D'un point de vue social, l'établissement ne disposait pas de projet social, n'avait pas de critères de répartition précis pour la prime de services, ne payait plus ses charges sociales et avait, en 2013, procédé à de significatives créations de postes non couvertes en financement ;

- Sur le plan médical, les complémentarités avec le CHU sur le territoire de santé Nord-Est étaient très limitées et des activités majeures – comme la gynécologie-obstétriques – se situaient à l'extrême limite de leur fonctionnement faute de ressources médicales suffisantes.

En très peu de temps, nous sommes parvenus, dans le cadre de cette direction commune, à diviser par deux le déficit annuel et à engager de manière décisive le processus de sécurisation des emprunts toxiques qui allait pouvoir être achevé au cours de la période ultérieure. Sur le plan des ressources humaines, un projet social a pu être concerté avec les partenaires sociaux et de nombreuses mises en conformité de régimes indemnitaires ont été opérées. Un partenariat médical a pu être déployé avec le CHU se traduisant par la consolidation de nombreuses activités médicales. Ces résultats ont pu être atteints, tout en faisant décroître la masse salariale de la direction de l'établissement par rapport à 2013, grâce à la mobilisation très forte des professionnels du GHER et avec le concours – mobilisé dans le cadre de la direction commune – de professionnels du CHU.

Cette phase de consolidation qui a marqué l'engagement de la direction commune avec le CHU constituait une condition *sine qua non* pour qu'un véritable rapprochement de l'ensemble des établissements hospitaliers de La Réunion puisse s'engager dans le cadre du Groupement hospitalier de territoire dont la constitution a été opérée au cours de la période sous revue.

Comme la Chambre l'avait déjà marqué dans son rapport sur le CHU de La Réunion, cette période a été marquée par un changement stratégique de positionnement de l'ARS Océan Indien. Cette dernière s'est montrée ouvertement très favorable à la recherche de ces synergies source d'une plus grande efficience et d'une meilleure répartition des efforts jusqu'au dernier trimestre 2015. A partir de cette date, des signaux de sens contraire ont pu être envoyés par la tutelle et n'allant pas dans le sens d'un encouragement à la poursuite de ces nécessaires efforts de rapprochement des hôpitaux de La Réunion et de l'Océan Indien. Ces injonctions paradoxales doivent naturellement être regrettées ainsi que le caractère hétérogène des contrôles – dont personne ne peut, par ailleurs, méconnaître la nécessité – appliqués aux offreurs de soins de La Réunion par les tutelles au cours de la période sous revue.

Je vous prie, Monsieur le Président, d'agréer l'expression de ma considération respectueuse.

David GRUSON

Ancien Directeur du Groupe hospitalier Est Réunion

Les publications de la chambre régionale des comptes
de La Réunion Mayotte
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-la-reunion-et-mayotte

Chambres régionales des comptes La Réunion-Mayotte
44 rue Alexis de Villeneuve
97488 Saint-Denis CEDEX