

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ACCOMPAGNÉ DE SES RÉPONSES

CENTRE HOSPITALIER DE CAPESTERRE-BELLE-EAU

(Département Guadeloupe)
Exercices 2021 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 18 juillet 2025

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	6
PROCÉDURE.....	7
1 L'ACTIVITÉ DU CHCBE D'ABORD ORIENTÉE VERS LA GÉRIATRIE	10
1.1 Une offre sanitaire qui s'est récemment étoffée.....	10
1.2 Une prise en charge sanitaire essentiellement gériatrique, qui répond à l'évolution des besoins démographiques du territoire.....	12
1.2.1 Le projet régional de santé de Guadeloupe insiste sur les besoins en offre de soins gériatriques pour une population vieillissante	12
1.2.2 Le CHCBE propose une prise en charge majoritairement gériatrique.....	12
1.3 L'activité médico-sociale répond aux besoins territoriaux	13
2 LA GESTION MÉDICO-ÉCONOMIQUE ET ADMINISTRATIVE À AMÉLIORER.....	14
2.1 La gouvernance médico-économique manque d'efficience	14
2.1.1 Le CHCBE n'est pas organisé en pôles d'activités.....	14
2.1.2 Des taux d'occupation insuffisants qui témoignent d'un manque d'organisation et de pilotage	15
2.1.2.1 Les taux d'occupation sont difficiles à objectiver pour les activités médico- sociales 15	
2.1.2.2 Les taux d'occupation en médecine et en SMR doivent augmenter	16
2.1.3 Un manque de rigueur dans la détermination de la stratégie du secteur médico-social	18
2.1.4 Des matériels d'imagerie nombreux mais insuffisamment utilisés.....	18
2.1.4.1 Le CHCBE a obtenu l'autorisation d'installer un scanner mais des sérieuses lacunes existent sur le suivi de son activité	18
2.1.4.2 Le système mobile de radiologie et les échographes ne sont que très partiellement utilisés.....	19
2.1.4.3 Le système de radio panoramique dentaire est en panne privant également l'établissement de recettes	20
2.2 Des dysfonctionnements administratifs pouvant conduire à des préjudices financiers pour l'établissement	20
2.2.1 Une gestion immobilière défailante	20
2.2.1.1 La mise à disposition sans convention de deux biens immobiliers au profit de la commune de Capesterre-Belle-Eau.....	20
2.2.1.2 La mise à disposition irrégulière de locaux dans l'hôpital au profit du conseil départemental et du CHBT.....	21

2.2.1.3 Un suivi lacunaire des mises à dispositions du domaine public hospitalier à des tiers privés	22
2.2.2 Des choix de gestion en matière de ressources humaines irréguliers et coûteux	22
2.2.2.1 Des primes et des indemnités indument versées caractérisant un manque de vigilance	22
2.2.2.2 La réglementation relative aux astreintes n'est pas respectée	25
2.2.3 Des irrégularités dans les délégations de signature	27
3 UNE INFORMATION FINANCIÈRE LACUNAIRE ET DES COMPTES NON FIABLES	29
3.1 L'information financière et comptable n'est pas satisfaisante	30
3.1.1 Les délais de transmission de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ne sont pas respectés	31
3.1.2 Les rapports infra-annuels de suivi de l'EPRD ne sont pas systématiquement produits	32
3.1.3 Le compte financier et l'affectation du résultat ne font pas l'objet d'une délibération dans les délais réglementaires	32
3.1.4 L'établissement ne respecte pas la réglementation concernant la procédure budgétaire des budgets médicaux-sociaux	33
3.1.5 L'établissement ne fournit pas au département, autorité de tarification, les documents obligatoires.....	34
3.2 Les comptes ne sont pas fiables et sincères.....	34
3.2.1 L'information patrimoniale est incomplète.....	35
3.2.1.1 Un état de l'actif à fiabiliser	35
3.2.1.2 Les immobilisations ne sont pas intégrées de manière régulière	36
3.2.2 La constitution des provisions n'est pas conforme à la réglementation	37
3.2.2.1 Les provisions pour compte épargne temps sont inexistantes pour le personnel non médical et insuffisantes pour le personnel médical.....	38
3.2.2.2 Les dotations aux provisions pour gros entretien ou grandes révisions ne sont pas effectuées.....	39
3.2.3 Une absence de suivi de la subvention de « l'article 50 »	40
3.2.4 Les comptes d'attente ne sont pas régulièrement apurés	41
4 LA SITUATION FINANCIÈRE	43
4.1 La formation du résultat net	43
4.1.1 Le résultat net consolidé.....	44
4.1.2 Les produits d'activité	44
4.1.3 Les charges de fonctionnement	47
4.2 La formation de la marge brute	50
4.3 La capacité d'autofinancement brute	52
4.4 Le financement des investissements.....	53
4.5 Les valeurs bilanciels	54
4.5.1 Le fonds de roulement.....	54
4.5.2 Le besoin en fonds de roulement et la trésorerie.....	55

5 UNE COLLABORATION AVEC LES ÉTABLISSEMENTS MCO À RENFORCER POUR CONFORTER SON ACTIVITÉ	57
5.1.1 Le groupement hospitalier de territoire de Guadeloupe n'a pas mis en œuvre les outils de collaboration entre les établissements membres	57
5.1.2 Plusieurs solutions sont envisageables pour renforcer le rôle du CHCBE.....	58
5.1.2.1 Le principe d'une direction commune pourrait rapprocher des établissements tout en préservant leur autonomie	58
5.1.2.2 La fusion d'établissement permet une intégration forte de plusieurs établissements.....	58
5.1.2.3 Le renforcement de l'équipe de direction.....	59
5.1.3 La mutualisation des ressources médicales peut contribuer à réduire la durée moyenne de séjour du CHCBE	59
ANNEXES.....	60
Annexe n° 1. Glossaire.....	61
Annexe n° 2. Définition des activités du CHCBE	62
Annexe n° 3. Exemple de restitution de l'indice de pilotage comptable du CHCBE 2023.....	63
Annexe n° 4. Discordances entre l'état de l'actif du comptable et celui du CHCBE.....	64
Annexe n° 5. Tableaux synthétiques des budgets annexes	65
Annexe n° 6. Tableaux synthétiques du compte de résultat principal	67
Annexe n° 7. Données d'activités 2024 (DIM).....	71
Annexe n° 8. Répartition des patients par tranches d'âge en 2024 (activités sanitaires).....	72

SYNTHÈSE

Labellisé hôpital de proximité en 2023, le centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau (CHCBE) est un établissement de santé situé sur la Basse-Terre. Initialement, son activité s'exerçait principalement dans le domaine médico-social. Depuis l'année 2020, il a renforcé son offre sanitaire avec la création d'un service de médecine, pour laquelle il a obtenu le 9 mars 2023, une autorisation d'activité pour sept ans.

L'établissement est un maillon important du parcours du patient sur le territoire. Son offre de soins principalement gériatrique, répond aux besoins d'une population vieillissante et des centres hospitaliers universitaire de Guadeloupe et de Basse-Terre qui ont besoin de lits de débouchés.

La gouvernance médico économique doit être améliorée afin de permettre un contrôle de gestion plus performant de l'établissement et d'augmenter un taux d'occupation des lits trop faible qui pénalise financièrement l'établissement. Les matériels d'imagerie, nombreux, sont en panne et insuffisamment utilisés. Surtout, le CHCBE ne suit pas leur activité, donc les recettes qu'ils rapportent.

Les comptes ne sont pas fiables en raison d'une information patrimoniale incomplète avec une discordance de +25 M€ entre l'état de l'actif tenu par le comptable et celui tenu par l'ordonnateur. Les dotations aux provisions ne sont pas effectuées conformément à la réglementation et les comptes d'attente ne sont pas régulièrement apurés ce qui contribue à présenter un résultat insincère.

La situation financière de l'établissement est fragile, en dépit de ses résultats annuels, systématiquement excédentaires sur la période 2021-2024, sauf en 2023 (-0,1 M€). Cette situation trouve son origine dans des charges de personnel croissantes du fait de l'augmentation régulière des effectifs médicaux et non médicaux et des revalorisations salariales, que la progression des recettes ne permet pas toujours d'absorber. Dans la mesure où la marge d'autofinancement dépend des aides de l'Agence régionale de santé (ARS), l'engagement d'investissements sur le long terme n'est aujourd'hui pas envisageable sans la mise en place d'un véritable plan de redressement.

En outre, faute d'une trésorerie suffisante, le CHCBE pratique des délais de paiement au-delà des délais légaux, susceptibles à terme de fragiliser ses fournisseurs et de remettre en cause la continuité de son activité. Dans ce contexte, il est urgent que le CHCBE se dote d'un plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Afin de le conforter dans son rôle, plusieurs pistes de solutions peuvent être envisagées comme notamment celle d'une direction commune ou d'une fusion avec les établissements ci-dessus mentionnés.

RECOMMANDATIONS

(classées dans l'ordre de citation dans le rapport)

Recommandations (régularité)

	Mise en œuvre complète	Mise en œuvre partielle	Non mise en œuvre	Devenue sans objet	Refus de mise en œuvre	Page
Recommandation n° 1 : organiser l'établissement en pôles d'activité ou selon une organisation conforme au projet médical d'établissement approuvé par le directoire conformément aux articles L. 6146-1 et L. 6146-1-2 du code de la santé publique.			X			16
Recommandation n° 2 : présenter au conseil de surveillance pour validation une convention d'occupation avec les collectivités bénéficiant de la mise à disposition de locaux et recouvrer les redevances afférentes (article L. 6143-1 du code de la santé publique).			X			23
Recommandation n° 3 : appliquer les dispositions réglementaires relatives aux gardes de direction (décrets n° 2010-30 du 8 janvier 2010 et n° 2013-347 du 23 avril 2013).			X			26
Recommandation n° 4 : produire les documents budgétaires et de suivi d'exécution prévus par les articles du R. 6145-10, 19, 20, 29, 43, 47 du code de la santé publique et R. 314-75 du code de l'action sociale et de la famille, dans les délais réglementaires.			X			35
Recommandation n° 5 : produire en lien avec le comptable public, l'inventaire des immobilisations hospitalières en concordance avec l'état de l'actif en application de l'article 53 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012.			X			37
Recommandation n° 6 : procéder à l'apurement régulier des comptes d'immobilisations en cours au fur et à mesure de l'achèvement des travaux ou de la mise en service du bien afin de permettre leur amortissement en application de l'article 57 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.			X			38
Recommandation n° 7 : procéder aux dotations aux provisions réglementaires conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21.			X			41
Recommandation n° 8 : procéder au suivi annuel conformément aux dispositions du contrat signé entre le CHCBE et l'ARS relatif à la mise en œuvre de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.			X			42
Recommandation n° 9 : apurer dès que possible les comptes transitoires ou d'attente par imputation sur les comptes définitifs conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21.			X			42

PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau à compter de l'exercice 2021, jusqu'à la période la plus récente, a été inscrit au programme 2025 des travaux de la chambre par l'arrêté n° 2025-02. Ce contrôle a été ouvert par lettres du président de la chambre régionale des comptes de Guadeloupe adressées le 09 janvier 2025 à Mme Virginie GOMEZ, administratrice provisoire, ordonnatrice en fonctions depuis le 22 juillet 2024 et à M. Elie REGENT, ancien ordonnateur entre le 21 juillet 2008 et le 21 juillet 2024.

L'entretien de début de contrôle s'est tenu le 21 janvier 2025 avec l'ordonnatrice en fonctions et avec l'ancien ordonnateur le 17 février 2025.

Le contrôle a porté sur la fiabilité des comptes et la situation financière, la gestion médico-économique et financière ainsi que la pertinence des activités par rapport aux enjeux territoriaux.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 2 avril 2025 avec l'ordonnateur en fonctions, et le même jour avec l'ancien ordonnateur.

Lors de sa séance du 15 avril 2025, la chambre a délibéré les observations provisoires qui ont été notifiées le 26 mai 2025 à l'ordonnatrice en fonctions qui a répondu le 16 juin 2025 et à l'ancien ordonnateur qui a répondu le 26 juin suivant. Sur les neuf extraits du ROP notifiés ce même jour, seules trois réponses ont été adressées à la chambre, à savoir, le 25 juin, par le directeur général du CHU de Guadeloupe indiquant ne pas avoir d'observations particulières et, le 26 juin, par le président du conseil de surveillance du CHCBE et le directeur adjoint du CHCBE.

Une communication administrative a été notifiée au directeur régional des finances publiques et au comptable public ce même jour, le second y répondant le 10 juin 2025.

Lors de sa séance du 18 juillet 2025, la chambre a délibéré les observations définitives ci-après.

Présentation du centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau

Le centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau (CHCBE) est un établissement de santé situé sur la Basse-Terre. À compter de 2013 année du refus de renouvellement de l'autorisation de l'activité de médecine, suivie en 2014 de celui de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), son activité s'est exercée principalement dans le domaine médico-social. Depuis l'année 2020, il a renforcé son offre sanitaire avec la création d'un service de médecine, dans un premier temps à titre provisoire, dans un contexte de crise Covid, autorisation pérennisée par décision de l'ARS n° ARS/DAOSS/SAE/N°971-2023-03-09-00013 en date 09 mars 2023.

Cette évolution a contribué à modifier son statut. Tout d'abord hôpital local, il est devenu hôpital de droit commun avec la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) et a été labellisé hôpital de proximité en 2023 par arrêté n° ARS/DAOSS/SAE/2023-971-2023-03-28-00001 fixant la liste des hôpitaux de proximité pour la Guadeloupe, Saint-Martin, et Saint-Barthélemy.

Photo n° 1 : vue d'ensemble



Source : CHCBE

Situé au sud de la Basse-Terre, le CHCBE est à 22 kilomètres du centre hospitalier de Basse-Terre (CHBT) et 41 kilomètres du centre hospitalier universitaire (CHU) de Guadeloupe sis à Pointe-à-Pitre. La population du territoire desservi est vieillissante. La part des personnes âgées de plus de 60 ans est passée de 19 % en 2010 à 27,7 % en 2024¹. Leur profil polypathologique présente des handicaps physiques et cognitifs².

Les activités sanitaires et médico-sociales autorisées ainsi que le nombre de lits et places s'y rapportant sont les suivants au 1^{er} janvier 2025 :

¹ Dossier INSEE Département de Guadeloupe paru le 13/12/2024.

² Source : département de l'information médicale (DIM) du CHCBE

➤ Des services d'hospitalisation et d'accueil :

- médecine 15 lits ;
- soins médicaux de réadaptation (SMR) 34 lits³ ;
- unité de soins longue durée (USLD) 15 lits ;
- établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) :
 - 80 lits d'hébergement permanent (HP) ;
 - 7 lits d'hébergement temporaire (HT) ;
 - 12 places d'accueil de jour (AJ) ;
 - 12 places de pôle d'accueil et de soins adaptés (PASA) : espaces aménagés au sein des Ehpad destinés à accueillir durant la journée des résidents ayant des troubles du comportement modérés et atteints de la maladie d'Alzheimer, d'une maladie apparentée ou d'une maladie neuro-dégénérative (article D. 312-155-0-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)) ;
 - 14 places d'unité d'hébergement renforcé (UHR) : l'unité d'hébergement renforcé héberge des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents (article D. 312-155-0-2 du CASF).

➤ Un service d'imagerie avec :

- 1 scanner ;
- 4 échographes ;
- 1 unité mobile de radiographie ;
- 1 panoramique dentaire.

➤ Un plateau technique de rééducation

➤ Montant du dernier compte financier consolidé (exercice 2023)

- 24 476 753 euros de produits nets ;
- 24 598 219 euros de charges nettes ;
- Déficit de 121 467 euros ;

➤ Nombre de personnels en équivalent temps plein (ETP)⁴ en 2023

³ Les 34 lits sont calculés sur la base des éléments suivants : la délibération n°2002-27, de la commission exécutive de l'Agence régionale de l'hospitalisation de la Guadeloupe en date du 21 octobre 2002 fixant le nombre de lits autorisés pour le SSR à 18. Le courrier en date du 26 avril 2013 de l'ARS qui transfère l'enveloppe allouée pour les 16 lits médecine, soit, un total de 34.

⁴ Unité de mesure proportionnelle au nombre d'heures travaillées par un salarié

- personnels médicaux : 9,02 ETP
- personnels non médicaux : 248,78 ETP

L'établissement est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Guadeloupe⁵, constitué en mars 2019, suite à la dissolution du GHT du sud Basse Terre créé en 2016, auquel il appartenait.

1 L'ACTIVITÉ DU CHCBE D'ABORD ORIENTÉE VERS LA GÉRIATRIE

1.1 Une offre sanitaire qui s'est récemment étoffée

Jusqu'en 2020, l'établissement ne disposait en termes d'offre sanitaire, que d'un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR), de 34 lits aujourd'hui. Dans le contexte de la crise COVID, afin de désengorger les deux plus grands établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) du territoire, à savoir le CHU de Guadeloupe et le CHBT, l'Agence régionale de santé (ARS) de Guadeloupe a décidé, par arrêté n° ARS/DAOSS/SAE/971-2020-11-19-001 du 19 novembre 2020, d'installer provisoirement, pour six mois, au CHCBE, des lits de médecine en hospitalisation complète.

L'établissement a formulé une demande d'autorisation d'activité de médecine le 23 septembre 2022 conformément à l'arrêté ARS/DAOSS/SAE/2022-971-2022-07-08-00004 du 13 juillet 2023 fixant la première fenêtre de dépôt des demandes, des renouvellements d'autorisations d'activités ouvrant du 25 juillet au 25 septembre 2023. Ainsi, par arrêté n° 971-2023-03-09-00013 en date du 9 mars 2023, l'autorisation de l'activité de médecine a été accordée au CHCBE pour sept ans.

Par la suite l'ARS a labellisé le CHCBE « *hôpital de proximité* », le 28 mars 2023, par arrêté ARS/DAOSS/SAE/2023-971-2023-28-00001⁶.

⁵ Centre hospitalier universitaire de Guadeloupe, centre hospitalier de Basse-Terre, centre hospitalier gériatologique du Raizet, centre hospitalier Maurice Selbonne, centre hospitalier Sainte-Marie, centre hospitalier Louis Daniel Beauperthuy, centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau.

⁶ Projet régional de santé de la Guadeloupe 03-28-00001 fixant la liste des hôpitaux de proximité pour la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Labellisation hôpital de proximité, article L. 6111-3-1 du code la santé publique

Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale :

- apporter un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de ces derniers le nécessite ;
- favoriser la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ;
- participer à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ; contribuer en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

De façon obligatoire, les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, proposent, en complémentarité avec l'offre libérale disponible au niveau du territoire, des consultations de plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésoin, et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.

Le financement des hôpitaux de proximité

Les modalités de financement de ce type d'établissement sont définies par le décret n° 2022-168 du 11 février 2022 relatif au financement des hôpitaux de proximité. Elles reposent sur deux piliers et les montants sont déterminés par le directeur général de l'ARS (DGARS) :

- une dotation forfaitaire garantie avec le cas échéant un complément de financement, elle [...]« *correspond à une fraction de la moyenne des recettes perçues par l'établissement au cours des deux années précédant l'année civile considérée afférentes à la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins* »[...]
- une dotation de responsabilité territoriale, comprenant une part fixe, identique pour tous les hôpitaux de proximité et une part variable, déterminée [...] « *en fonction de la réalisation, par l'établissement, des missions et activités obligatoires* » [...]. Les activités obligatoires sont, l'appui aux professionnels de santé, la prise en charge des personnes vulnérables en lien avec le médecin traitant, la prévention et la promotion de la santé ainsi que la contribution à la permanence des soins en fonction de l'offre disponible sur le territoire.

1.2 Une prise en charge sanitaire essentiellement gériatrique, qui répond à l'évolution des besoins démographiques du territoire

1.2.1 Le projet régional de santé de Guadeloupe insiste sur les besoins en offre de soins gériatriques pour une population vieillissante

Dans le projet régional de santé (PRS) de Guadeloupe 2018-2028, il est indiqué que « *la population guadeloupéenne baisse de 0,1 % par an, soit 1 367 habitants de moins, connaît un vieillissement accéléré (progression des effectifs des personnes âgées de plus de 75 ans : +3,8 % par an, contre +1,8 % dans l'hexagone) ce qui conduira le département à devenir, en 2040, le 3^{ème} département le plus âgé de France, après la Corse et la Martinique. En 2013, la Guadeloupe comptait 54 seniors pour 100 jeunes, en 2030, cette proportion serait de 134 seniors pour 100 jeunes.* ».

Le projet régional de santé

Le projet régional de santé (PRS) a été créé initialement par la loi HPST. La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instaure un nouveau PRS, maintenu dans son principe, avec trois nouvelles composantes : un cadre d'orientation stratégique (COS) à dix ans, un schéma régional de santé (SRS) unique à cinq ans et un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

L'article L. 1434-2 du code de la santé publique (CSP) énonce que « *le projet régional de santé s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens. Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs des agences régionales de santé sur 5 ans, ainsi que les mesures pour les atteindre* ».

Aussi, au nombre des défis prioritaires à relever pour la Guadeloupe dans le PRS 2018-2028, figure « *la promotion du bien vieillir, la prévention de la perte d'autonomie et l'accompagnement du vieillissement* »⁷. Le document précise que « *les perspectives de vieillissement accéléré de la population guadeloupéenne nécessitent de mettre en place une politique volontariste et ambitieuse* ».

1.2.2 Le CHCBE propose une prise en charge majoritairement gériatrique

Le *case-mix*⁸ du CHCBE pour 2024, aussi bien en médecine qu'en SMR, illustre la prévalence de la prise en charge gériatrique par l'établissement (cf. annexe n° 7).

Ainsi, en médecine, les cinq classifications des catégories majeures (CIM) qui représentent 58 % des séjours, sont principalement orientées gériatrie. De même en SMR, les

⁷ 2018-2028, cadre d'orientation stratégique (COS), projet régional de santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

⁸ Le case mix est l'éventail des types de pathologie prises en charge par un établissement de santé.

cinq principales prises en charges sont aussi fortement orientées gériatrie et représentent 76 % des séjours.

Ce constat est aussi renforcé par l'âge des patients (cf. annexe n° 8). En service de médecine, 87 % des patients ont plus de 65 ans. En ce qui concerne le SMR, 96 % des patients ont plus de 60 ans⁹.

Cette orientation a été accentuée récemment, par l'établissement. Le CHCBE bénéficiait de quatre mentions de SMR (polyvalent, spécialisé gériatrie, spécialisé système digestif endocrinologie diabétologie et nutrition et spécialisé système nerveux). À la lumière de l'étude de l'activité, des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), de l'analyse des effectifs et compétences médicales, paramédicales et des moyens matériels (plateau technique et dispositif), l'établissement n'a demandé à l'ARS que le renouvellement des autorisations pour les mentions SMR polyvalent et gériatrie. Au surplus, pour l'avenir, l'établissement envisage une augmentation du nombre de lits, soit en médecine passer de 15 lits à 22 lits et en SMR de 34 lits à 44 lits.

1.3 L'activité médico-sociale répond aux besoins territoriaux

Le CHCBE est implanté dans une zone géographique très affectée par le vieillissement de la population. De plus, le sud de la Basse-Terre est particulièrement exposé au repli démographique¹⁰.

L'activité médicosociale se répartit entre l'Ehpad, qui propose différents types d'accueils (PASA, UHR, AJ) et l'USLD répondant ainsi à l'accompagnement nécessaire des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus. Cependant, les capacités autorisées de l'Ehpad ont été révisées à la baisse par arrêté conjoint des deux autorités de tarification et de contrôle, le 28 mai 2021¹¹. Les motivations de cette décision sont de deux ordres : d'abord l'évolution de l'offre territoriale par l'installation de lits de médecine ainsi que l'obtention du label « *hôpital de proximité* », ensuite, les « *difficultés relatives à la montée en charge du taux d'occupation des places [...]* ». La capacité installée a, par conséquent, été réduite comme suit : 80 lits d'hébergement permanent, 7 lits d'hébergement temporaire, 12 places d'accueil de jour.

En ce qui concerne l'USLD, sa taille réduite de 15 lits répond au besoin de médicalisation et de surveillance continue de certains résidents en provenance de l'Ehpad et plus globalement des personnes âgées du bassin d'implantation.

⁹ Source tableau transmis par le médecin du département d'information médicale (DIM) du CHCBE, par mail le 20 mars 2025

¹⁰ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8312244#onglet-2>, 383 569 habitants en Guadeloupe au 1^{er} janvier 2022

¹¹ Soit l'ARS et le conseil départemental par arrêté ARS/DAOSS/CD/N° 971-2021-05-28-00002 portant modification de la capacité installée de places d'hébergement permanent de l'Ehpad « *Nou Gran Moun* » géré par le Centre Hospitalier de Capesterre-Belle-Eau.

2 LA GESTION MÉDICO-ÉCONOMIQUE ET ADMINISTRATIVE À AMÉLIORER

2.1 La gouvernance médico-économique manque d'efficience

2.1.1 Le CHCBE n'est pas organisé en pôles d'activités

Créés par l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, les pôles médicaux et médico-techniques ont été confortés par la loi HPST précitée, qui les consacre comme les seules structure internes obligatoires.

L'article L. 6146-1 du CSP précise que « *Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale* ».

Si l'organisation en pôles vise à améliorer la prise en charge des patients grâce à une approche pluridisciplinaire, à simplifier l'organisation et à favoriser la transversalité entre services, elle revêt aussi une dimension économique et financière non négligeable. La gestion décentralisée doit permettre une gestion plus rationnelle des moyens humains et matériels.

En outre, le pôle fait l'objet d'une analyse micro économique, notamment à travers l'utilisation des comptes de résultat analytique (CREA). Ils constituent un outil utilisé depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A)¹². Ils permettent, en prenant en compte les charges directes et indirectes, d'une part les recettes du pôle et d'autre part, de déterminer un résultat analytique. Les CREA témoignent de la performance économique et financière d'un pôle et la contribution de ce dernier au résultat financier global de l'établissement auquel il appartient.

L'ancien ordonnateur justifie l'absence de mise en place des pôles par la souplesse introduite par la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (cf. article L. 6146-1-2 du CSP), la taille de l'établissement, selon lui, permettant de déroger à cette obligation de création. La chambre rappelle que jusqu'à l'intervention de la loi précitée, l'organisation interne des établissements en pôles était obligatoire. Depuis, l'entrée en vigueur de cet article, l'avis conforme de la commission médicale d'établissement et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que la consultation du comité technique d'établissement sont des préalables obligés à toute dérogation à l'organisation polaire, lesquels ne se sont pas prononcées ni n'a été consulté.

¹² La T2A est une méthode de financement des établissements de santé qui repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements, mise en place en 2004 dans le cadre du Plan Hôpital 2007.

Recommandation n° 1. (Régularité) : organiser l'établissement en pôles d'activité ou selon une organisation conforme au projet médical d'établissement approuvé par le directoire conformément aux articles L. 6146-1 et L. 6146-1-2 du code de la santé publique.

2.1.2 Des taux d'occupation insuffisants qui témoignent d'un manque d'organisation et de pilotage

2.1.2.1 Les taux d'occupation sont difficiles à objectiver pour les activités médico-sociales

En ce qui concerne le volet médico-social, les activités s'expriment par des taux d'occupation en rapportant le nombre de journées du total des résidents, au nombre de places installées. Cependant, les autorités de tarification ne disposent pas de données fiables permettant de connaître avec exactitude le taux d'activité, notamment de l'hébergement permanent et temporaire. Les documents lorsqu'ils sont produits par l'établissement, ce qui n'est pas systématique, présentent chacun des informations différentes. Les données d'activité oscillent entre 72 % et 80 % sans qu'il n'existe de moyen de pouvoir le vérifier. De plus, il est impossible de corréler le taux d'occupation avec les montants versés par les résidents et le département en raison d'une facturation erratique.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires (ROP), l'ancien ordonnateur indique que les budgets sont systématiquement transmis et accompagnés des tableaux présentant les indicateurs d'activité. Il précise que la facturation des résidents est systématique. Pourtant la lecture des courriers de procédures contradictoires et des arrêtés tarifaires sur la partie médicosociale montre l'existence de manquements. À titre d'exemple, les arrêtés du prix de journée hébergement de l'Ehpad, des années 2023 et 2024 pris par le conseil départemental visent l'absence de propositions budgétaires. Les courriers d'ouverture et de clôture de procédure contradictoire du conseil départemental, concernant les années 2021 et 2022 pointent l'absence de transmission des résultats comptables et des tableaux d'amortissements notamment. En ce qui concerne les recettes, la chambre a constaté un retard récurrent dans la facturation. Ainsi, le tableau de suivi du conseil départemental montre qu'en 2021, 24 % de la facturation concernait des exercices antérieurs, qu'en 2022 ce taux était de 34 %, qu'en 2023 il atteignait 57 % et qu'il s'établissait à 38 % en 2024.

L'accueil de jour est une modalité permettant un accompagnement sans hébergement. Délocalisé, il était situé au sein d'une des deux villas appartenant au centre hospitalier. La chambre relève, à la lecture du rapport d'étape de l'administration provisoire, que le déménagement au sein du nouvel hôpital a été réalisé au milieu de l'USLD sans locaux répondant aux règles d'accessibilité et de sécurité, alors même que des personnes présentant des troubles cognitifs y sont accueillies. Le taux d'occupation, atteignant à peine 40 %, a également été un motif de sa fermeture provisoire à compter de juillet 2024, dans l'attente d'un projet d'établissement¹³, pourtant obligatoire, précisant l'orientation à donner et de la mise en

¹³ Le projet d'établissement est un document stratégique prévu par l'article L. 311-8 du CASF pour la partie médicosociale et l'article L. 6143-2 du CSP pour la partie sanitaire. Il définit les objectifs, notamment en

place de locaux conformes au CASF et aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

L'ancien ordonnateur dans sa réponse explique que la relocalisation de l'UHR s'imposait du fait de la crise sanitaire de 2020, une pré-visite de l'ARS durant laquelle selon lui « aucune observation défavorable n'a été formulée » constituant la validation de cette relocalisation. Cependant, le rapport d'inspection de l'ARS en date du 31 mai 2024 reposant sur des constats sur site réalisés les « 5, 6 et 9 octobre 2023 et le 11 décembre 2023 », dont la chambre a été destinataire infirme ce constat dans la mesure où il est indiqué que « [...] Dans l'attente des nouveaux locaux, le service dédié à l'accueil de jour occupe une chambre de l'USLD. Le personnel ne cache pas que les conditions de réception de la population accueillie ne sont pas optimales. [...] ».

Le pôle d'activités de soins adapté (PASA), destiné à l'accueil des résidents atteints de troubles cognitifs modérés la journée, n'a jamais ouvert ses portes. L'ordonnateur en fonctions explique cette fermeture en raison de l'inadaptation des locaux et des travaux inachevés, alors même que 79 871,82 euros ont été versés par l'ARS au titre d'une année pleine d'exercice de fonctionnement. Dans sa réponse, l'ancien ordonnateur mentionne une ouverture du PASA prévue en janvier 2024, qu'il justifie par la production d'une convocation à une réunion ainsi que l'ordre du jour d'un comité social d'établissement (CSE), sans aucun élément prouvant sur leur tenue comme un compte rendu validé.

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) a été créée en cohérence avec l'instauration d'une filière de prise en charge renforcée pour les personnes âgées présentant des troubles du comportement importants. Cette unité, bien qu'accueillant des résidents, ne fonctionne pas de manière optimale selon l'administration provisoire pour deux raisons. D'une part, les personnes accueillies ne présentent pas toutes des critères nécessitant ce type d'accueil, d'autre part, la sécurisation du bâtiment est incomplète présentant des risques de fugue. Pour l'ancien ordonnateur, la sécurisation de l'espace est suffisante car elle se concilie avec la liberté d'aller et venir. Cependant, pour la chambre si la liberté d'aller et venir dans ces unités spécialisées doit être préservée, mais que compte tenu de la fragilité des patients pris en charge en l'occurrence, des mesures de sécurisation particulières doivent également être mises en œuvre.

L'USLD dispose d'une unité de 15 places installées, occupées à 95 %, selon les éléments produits par l'établissement. Toutefois, comme pour l'Ehpad, les problématiques de facturations non rattachées ainsi que les transmissions lacunaires d'informations ne permettent pas d'attester de l'activité réelle.

Ni l'USLD, ni l'Ehpad ne possèdent de liste d'attente formalisée malgré des taux d'occupation présentés comme corrects et l'existence de besoins qui sont confirmés par l'ARS dans le PRS.

2.1.2.2 Les taux d'occupation en médecine et en SMR doivent augmenter

Depuis la mise en place d'un service de médecine de 15 lits, les taux d'occupation apparaissent médiocres et n'ont jamais dépassé 67,2 %. Cette situation peut paraître paradoxale,

matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

puisque le besoin de lits de médecine en aval¹⁴, notamment pour les deux principaux établissements du territoire, le CHU et le CHBT, existe. Le CHCBE n'accueille donc pas la totalité des patients en provenance de ces deux EPS. La situation aboutit à un système de file d'attente pour les établissements en amont¹⁵.

Certes l'admission et la sortie des patients sont des phases qui consomment beaucoup de temps médical et paramédical, pour autant le CHCBE dispose de moyens médicaux confortables lui permettant d'assurer la prise en charge des 15 lits. En effet, l'effectif de deux médecins doit permettre une activité plus intense. L'amélioration du management médical et paramédical permettrait d'augmenter le taux d'occupation en service de médecine.

Outre, l'amélioration de la prise en charge de la population du territoire de santé, une augmentation du taux d'occupation aurait des conséquences favorables en termes de recettes.

Ainsi, une simulation effectuée par le département d'information médicale (DIM) de l'établissement comparant les recettes effectivement perçues en 2024 (tarifs et taux d'occupation de 2024) correspondant à un taux d'occupation de 67,2 %, d'une part, avec celles susceptibles d'être reçues sur la base d'un taux d'occupation de 100 %, d'autre part, illustre le montant des recettes potentielles supplémentaires. La chambre note que le taux d'occupation de 100 % est une hypothèse réaliste compte tenu de l'importance de la patientèle du CHU et du CHBT en attente de places.

Tableau n° 1 : comparaison des recettes suivant le taux d'occupation en médecine en 2024

<i>Nombre de lits</i>	<i>Taux d'occupation en %</i>	<i>Nombre de journées</i>	<i>Valorisation en euros</i>
15	67,2 %	3 691	3 179 202
15	100 %	5 490	4 728 751
<i>Recettes supplémentaires potentielles</i>	-	-	1 549 549

Source : CHCBE

Le taux d'occupation en SMR apparaît plus satisfaisant, puisqu'il s'établit pour 2024 à 88,6 %, alors que pour 34 lits, le nombre de médecins dans le service est identique au service de médecine. Une augmentation de l'activité de ce dernier permettrait une montée en puissance du SMR, puisqu'une partie des patients hospitalisés en médecine au CHCBE, sont à l'issue de leur séjour, transférés en SMR. À l'instar du service de médecine, une amélioration du taux d'occupation aurait des conséquences favorables en termes de recettes. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnatrice en fonctions précise que, depuis le mois de mai 2025, la tarification de chambres individuelles permet la collecte de recettes complémentaires.

¹⁴ Les lits d'aval est un terme utilisé à l'hôpital pour évoquer les lits disponibles pour les patients issus des services d'urgences qui nécessitent une hospitalisation.

¹⁵ Le terme « les établissements en amont » désigne le CHU et le CHBT qui sont des structures d'hospitalisation prenant en charge les patients avant qu'ils ne soient orientés en établissements d'aval.

Tableau n° 2 : comparaison des recettes suivant le taux d'occupation en SMR – en 2024

<i>Nombre de lits</i>	<i>Taux d'occupation %</i>	<i>Nombre de journées</i>	<i>Valorisation en euros</i>
34	88,6	10 990	2 907 683
34	100	12 410	3 283 380
<i>Recettes supplémentaires potentielles</i>	-	-	375 697

Source : CHCBE

2.1.3 Un manque de rigueur dans la détermination de la stratégie du secteur médico-social

L'article L. 6143-2 du CSP dispose que le projet d'établissement définit la politique générale de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Or, le CHCBE ne dispose pas de projet d'établissement puisque celui réalisé en 2013 est caduc depuis 2018. Il convient donc d'en réaliser dans les meilleurs délais.

Dans sa réponse, si l'ancien ordonnateur confirme le constat de la chambre concernant le non renouvellement du projet d'établissement, il précise que le projet médical a été transmis à l'ARS. Pour autant, la chambre rappelle que le projet médical ne se substitue pas au projet d'établissement n'en constituant qu'une partie.

Les travaux du PASA, unité d'accueil en journée des résidents atteints de troubles cognitifs modérés, sont estimés dans l'EPRD 2021 en mesure nouvelle à 580 000 euros. Cette modalité d'accompagnement a fait l'objet d'un marché public depuis 2015 dont les six avenants successifs ont conduit à un montant total final d'1,7 M€ TTC. Nonobstant le dérapage du coût financier de la construction de cette unité, la chambre a constaté son absence d'ouverture confirmée par la lecture du rapport d'étape de l'administration provisoire qui précise que la structure n'est pas ouverte en raison : « [...] *d'absence de projet, d'absence de finalisation des locaux et travaux (en l'état que les murs, pas d'aménagement, de meubles, de sécurisation), absence de formation des personnels et d'organisation de fonctionnement posée, et absence de financement pour réaliser tout ceci [...]* ».

2.1.4 Des matériels d'imagerie nombreux mais insuffisamment utilisés

2.1.4.1 Le CHCBE a obtenu l'autorisation d'installer un scanner mais des sérieuses lacunes existent sur le suivi de son activité

Par décision de l'ARS de Guadeloupe (ARS/DAOSS/SAE-971-2021-07-01-0016), le CHCBE, a obtenu l'autorisation d'implanter un scanographe. Cette autorisation a été délivrée

sous la condition de l'adhésion du CHCBE au *Picture Archiving and Communication System* (PACS)¹⁶ régional de Guadeloupe qui n'a jamais été effective.

L'acquisition de l'appareil a été effectuée en 2023, dans le cadre de la fonction achats mutualisés¹⁷ du GHT pour un montant de 656 105 euros. Les travaux d'aménagement se sont élevés à 800 000 euros, montant contesté par l'ancien ordonnateur qui les estime à 369 600 euros. Le bâtiment abritant le scanner a été construit sans permis de construire selon les éléments exposés par l'ARS et le CHCBE.

Concernant le scanner l'ancien ordonnateur en réponse, explique l'absence d'adhésion au PACS régional en raison de son coût qualifié « *d'exorbitant* » et de problèmes techniques. Pour la chambre, l'autorisation de scanner était conditionnée par l'adhésion au PACS. Quant aux problèmes techniques allégués, l'ancien ordonnateur n'a pas apporté d'éléments permettant d'attester que l'ARS en avait été informée. S'agissant de l'absence de permis de construire pour le bâtiment qui abrite le scanner, l'ancien ordonnateur le justifie par le réaménagement de locaux existants qui n'en nécessitait pas. Pour autant, la chambre constate qu'aucune des parties n'a été en mesure de produire le permis de construire d'origine du bâtiment concerné où toute autre pièce attestant de travaux autorisés suite à un changement de destination.

Un radiologue en activité libérale et un praticien hospitalier contractuel de radiologie, chacun pour quatre demies journées par semaine, assurent le fonctionnement du matériel de radiologie, quatre jours par semaine. Le mercredi, les personnels manipulateurs radio, se chargent des actes en télémedecine.

Les éléments chiffrés concernant l'activité d'imagerie sont pour l'heure inexistant tant en ce qui concerne les patients hospitalisés que les consultants extérieurs.

Concernant les premiers, les actes sont compris dans les GHS. Cependant, suite à une problématique technique inhérente à une incompatibilité des logiciels, à ce jour non résolue, le médecin DIM ne dispose pas des informations relatives au scanner.

Concernant les seconds, ils sont facturés au titre des actes et consultations externes par les services administratifs de l'établissement. Le CHCBE n'a toutefois pas été en mesure de transmettre les éléments permettant d'attester de leur effectivité, malgré les demandes de la chambre. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur affirme l'existence d'une facturation manuelle quand l'ordonnatrice en fonctions, indique qu'un suivi des dépenses d'activité de l'imagerie a été mis en place à la fin de l'année 2024 sans que l'un et l'autre n'apporte d'élément probant.

2.1.4.2 Le système mobile de radiologie et les échographes ne sont que très partiellement utilisés

Un système mobile de radiologie a été acquis par l'établissement, aujourd'hui ce matériel, en panne à cause d'une absence de maintenance, n'est plus utilisé par les personnels.

¹⁶ Le PACS est un système d'archivage et de transmission d'images médicales au sein d'un établissement de santé via un réseau haute définition.

¹⁷ La fonction achat mutualisée est une organisation des achats hospitaliers visant leur optimisation au sein du GHT au bénéfice des établissements membres.

Quatre échographes sont présents au sein de l'établissement mais un seul d'entre eux est utilisé, les autres étant en panne ou inadaptés aux besoins des médecins selon les services financiers. Suite à la demande de la chambre de la transmission des factures des échographes, l'établissement n'a été en mesure de transmettre qu'une seule facture datée du 27 janvier 2023 pour le matériel « *échographe EDAN 3D/4D couleur* », dont le montant s'élève à 75 950 euros TTC. Par ailleurs, le CHCBE n'a pas pu communiquer les éléments relatifs à l'activité de ces matériels durant la période sous revue.

2.1.4.3 Le système de radio panoramique dentaire est en panne privant également l'établissement de recettes

L'établissement a acquis au mois de mai 2019, un système de radio panoramique dentaire pour un montant de 89 760 euros TTC. Ce dispositif ne fonctionnait plus depuis des années, faute de maintenance privant l'établissement de recettes. Pourtant, selon l'ancien ordonnateur, un contrat de maintenance existe et, il appartient, à l'ordonnatrice en fonctions de le mobiliser le cas échéant. En revanche, celle-ci indique, dans sa réponse à la chambre, que ce matériel a été remis en fonction à la fin du premier trimestre de l'année 2025. La facturation des actes, notamment des prothèses dentaires est désormais effectuée, selon elle.

2.2 Des dysfonctionnements administratifs pouvant conduire à des préjudices financiers pour l'établissement

2.2.1 Une gestion immobilière défaillante

2.2.1.1 La mise à disposition sans convention de deux biens immobiliers au profit de la commune de Capesterre-Belle-Eau

Le CHCBE est propriétaire de deux parcelles identifiées au cadastre sous les références AT 1648 et AT 1649, sises respectivement 227 et 243 résidence Marquisat à Capesterre-Belle-Eau, acquises en 2007. La chambre, lors d'un déplacement sur place, a pu constater que les deux villas étaient occupées par la direction de l'urbanisme de la commune de Capesterre Belle-Eau, hors de tout cadre juridique. En effet, aucune convention d'occupation n'a été signée entre la collectivité et le CHCBE, et aucune redevance n'est versée par la ville à l'établissement, entraînant un préjudice financier pour ce dernier. En outre, l'article L. 6143-1 du CSP précise que « *le conseil de surveillance donne son avis sur les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation* ». Or, cette instance n'a pas été sollicitée dans le cadre de cette mise à disposition.

Le président du conseil de surveillance et l'ancien ordonnateur confirment dans leurs réponses, l'absence de convention d'occupation entre la commune de Capesterre-Belle-Eau et le CHCBE. Dans sa réponse, l'ancien ordonnateur, indique que la cession à titre gracieux de la villa au conseil départemental s'appuie sur un « *avis du conseil de surveillance* », document

uniquement signé par le président de cette instance mais qui n'en émane pas. Or, l'article L. 6143-1 du CSP précise que c'est le conseil de surveillance, instance collégiale, qui doit délibérer pour matérialiser son avis en ce qui concerne « *l'affectation des immeubles* ». Par conséquent, l'occupation par la commune de Capesterre-Belle-Eau de la villa Marquisat doit être régularisée.

Photo n° 2 : Photos des 2 villas appartenant au CHCBE



Source : chambre régionale des comptes (CRC) de Guadeloupe (photos prises sur place)

2.2.1.2 La mise à disposition irrégulière de locaux dans l'hôpital au profit du conseil départemental et du CHBT

Les dispositions de l'article L. 2125-1 du code général de la propriété des personnes publiques (CG3P), précise que « *Toute occupation ou utilisation du domaine public d'une personne publique mentionnée à l'article L. 1 donne lieu au paiement d'une redevance [...]* ».

Le CHCBE a mis à disposition au sein de l'hôpital des surfaces au profit du conseil départemental de la Guadeloupe, destinées à recevoir les services départementaux de protection maternelle infantile (PMI), d'action sociale de proximité et d'aide à la parentalité, sans convention d'occupation, sans loyer et sans avis du conseil de surveillance. Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur précise que l'occupation des locaux par le conseil départemental est une demande de ce dernier en contrepartie du financement de l'emprunt contracté pour la construction du nouvel hôpital. Ce prêt ne saurait justifier la mise à disposition de locaux sans convention d'occupation.

L'établissement a, également, mis à disposition des locaux et du matériel au CHBT pour la réalisation de consultations avancées de gynécologie et d'obstétrique. La convention encadrant cette modalité a été transmise par les services du CHCBE mais elle n'est ni datée, ni signée. Par ailleurs, elle ne désigne pas les locaux occupés par la sage-femme. Ceux-ci ont été identifiés par la chambre lors de sa visite sur site. En outre, la convention transmise à la chambre prévoyait le reversement de 10 % des actes réalisés. Cependant aucun élément ne permet d'en vérifier l'effectivité pendant la période sous revue. Dans sa réponse aux observations de la chambre, l'ordonnatrice en fonctions indique que l'établissement va régulariser cette situation.

La chambre constate la mise à disposition de locaux, sans contrepartie, constituant une charge pour l'établissement public. En outre, l'absence de convention d'occupation ne permet pas de connaître les obligations réciproques des deux parties.

Recommandation n° 2. (régularité) : présenter au conseil de surveillance pour validation une convention d'occupation avec les collectivités bénéficiant de la mise à disposition de locaux et recouvrer les redevances afférentes (article L. 6143-1 du code de la santé publique).

2.2.1.3 Un suivi lacunaire des mises à dispositions du domaine public hospitalier à des tiers privés

Le 21 janvier 2021, un bail a été signé avec une association de formation Ekoday, moyennant un loyer annuel de 4 200 euros ; l'établissement loue dans l'hôpital, un local de 15,20 m². Cependant, l'association n'a pas, jusqu'à présent, versé les loyers. Le CHCBE doit faire diligence afin de récupérer les sommes qui lui sont dues estimées à 16 800 euros. Á ce stade, 15 400 euros sont titrés par l'établissement sans donner lieu à encaissement des loyers.

D'autres locaux sont loués à l'association pour l'utilisation du rein artificiel (AUDRA) qui a réglé les loyers dus jusqu'à novembre 2024 suite à l'intervention de l'ordonnateur en fonctions. La convention de location mentionne 272 m², loués 6 000 euros par mois, par conséquent il existe un manque à gagner de 24 000 euros estimés au 31 mars 2025¹⁸.

L'établissement a, également, mis en place un dispositif individualisé de facturation de l'eau et de l'électricité consommées par l'AUDRA car elles n'ont jamais fait l'objet d'une refacturation malgré les dispositions de l'article 5 de la convention de location.

Par ailleurs, l'établissement envisage de réviser les loyers à la hausse afin qu'ils correspondent à la moyenne des loyers appliqués dans la zone et soient en adéquation avec les surfaces réellement occupées. La rencontre avec le directeur de l'AUDRA, n'a selon ses indications, à ce jour pas été possible.

2.2.2 Des choix de gestion en matière de ressources humaines irréguliers et coûteux

2.2.2.1 Des primes et des indemnités indument versées caractérisant un manque de vigilance

2.2.2.1.1 Le montant de la prime de résultat du chef d'établissement a excédé le plafond réglementaire

Le décret n° 2012-749 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels hospitaliers, qui détermine le régime indemnitaire précise en son article 1^{er} que « *les fonctionnaires appartenant aux corps, d'une part, des personnels de direction des*

¹⁸ Convention pour la location de locaux destinés à un service de dialyse, signée le 30 août 2019. Le calcul est le suivant, du 30 novembre 2024 au 31 mars 2025 il s'est écoulé 4 mois, le loyer étant de 6 000 €, 4 X 6000=24 000 €.

établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, perçoivent une prime de fonctions et de résultats ».

L'article 2 du même décret précise que *« la prime de fonctions et de résultats comprend deux parts dont une part tenant compte des résultats de la procédure d'évaluation individuelle prévue par la réglementation en vigueur et de la manière de servir ».*

L'annexe I-B de l'instruction N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2022/177 du 27 juin 2022 détermine le barème, suivant les différents grades, des plafonds indemnitaires applicable au corps ou statut d'emploi des directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux.

M. REGENT a bénéficié de son autorité de tutelle, pour les années 2021, 2022, 2023 et 2024, d'un montant de prime de 18 240 euros, qui correspond au plafond qui peut être attribué au directeur ayant atteint l'échelon fonctionnel, ce qui n'était pas son cas. En effet, le directeur est titulaire du grade de directeur d'établissement social et médico-social hors classe, 7^{ème} échelon (hors échelle A 1^{er} chevron), depuis le 1^{er} janvier 2024¹⁹. Or, le plafond pour la part résultat de ce grade s'établit à 16 000 euros.

La chambre évalue le trop-perçu sur les quatre années sous revue à 8 960 euros au préjudice de l'établissement qui pourra le réclamer conformément à l'article L. 711-6 du CGFP qui dispose que *« Les sommes indument perçues par un agent public en matière de rémunération donnent lieu à remboursement [...] ».*

Dans sa réponse, l'ancien ordonnateur estime qu'il n'existe aucun trop perçu s'appuyant sur l'article 2 de l'arrêté du 8 février 2013 fixant la liste des établissements dont la direction permet l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe disposant que *« Le directeur en charge d'un établissement concerné par cette inscription bénéficie des avantages indemnitaires liés à l'échelon fonctionnel du statut des directeurs d'établissement sanitaire et social [...] ».* Pour la chambre, même si le CHCBE est un établissement figurant dans la liste susmentionnée, le chef d'établissement doit toutefois remplir des conditions en termes d'avancement avant d'atteindre l'échelon fonctionnel. Or, l'ancien ordonnateur, à la lumière de son arrêté d'avancement d'échelon ne satisfait pas aux exigences statutaires pour y prétendre.

2.2.2.1.2 L'établissement n'a pas respecté la réglementation relative aux gardes de direction

L'article L. 721-4 du code général de la fonction publique (CGFP), énonce que *« le fonctionnaire hospitalier peut être astreint à résider dans ou à proximité de son établissement d'affectation et peut bénéficier d'avantages en nature. L'établissement ne pouvant assurer le logement de ce fonctionnaire lui verse une indemnité compensatrice ».*

Le décret n° 2010 du 8 janvier 2010 précise que les directeurs d'hôpitaux, les directeurs d'établissement sanitaires, sociaux et médico-sociaux, directeurs de soins (depuis le décret n° 2013-347 du 23 avril 2013) et administrateurs provisoires, doivent du fait de leurs fonctions participer aux gardes de direction pour lesquelles ils sont logés ou indemnisés. Le nombre de gardes n'est prévu que pour ces corps de fonctionnaires.

Le directeur de l'établissement peut décider de la participation d'autres fonctionnaires aux gardes de direction. Conformément à l'article L. 721-4 du CGFP, les personnels

¹⁹ Arrêté du centre national de gestion du 17 avril 2024

contractuels ne peuvent assurer des gardes de direction, sauf pour les agents contractuels nommés dans des emplois supérieurs (article L. 721-5 du CGFP).

Ainsi ingénieurs, cadres socio-éducatifs, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière, responsables de centres maternels, de pouponnières et de crèches peuvent assurer des gardes de direction. Mais ils doivent assurer un minimum de 40 jours par an.

En 2023 et 2024, l'ancien chef d'établissement M. RÉGENT n'a pas effectué de gardes de direction selon le document transmis par les services. Néanmoins, il a tout de même bénéficié de l'indemnité compensatrice de logement pour un montant de 1 485 euros. La chambre évalue le montant indument versé à 28 215 euros²⁰ que l'établissement pourra lui réclamer conformément à l'article L. 711-6 du CGFP.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur justifie le bénéfice de l'indemnité de logement par « *des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public* ». Il ajoute que l'inscription de son nom sur la liste des gardes administratives n'est pas d'usage en Guadeloupe. Pourtant l'article 2, alinéa I du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dispose que « [...] Ces concessions sont attribuées en contrepartie de la participation de ces personnels aux gardes de direction et des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public qui leur sont dévolues [...]. En effet, si un nombre minimum de garde n'est pas mentionné comme condition permettant de bénéficier de l'indemnité compensatrice de logement, il n'en demeure pas moins que la réalisation d'au moins une garde est nécessaire. Dès lors, en l'absence de son nom sur les listes de gardes administratives, il ne peut être vérifié cette condition minimale.

En 2021, un cadre supérieur de santé a réalisé moins de 40 gardes, mais a tout de même bénéficié de l'indemnité compensatrice de logement.

Recommandation n° 3. (Régularité) : appliquer les dispositions réglementaires relatives aux gardes de direction (décrets n° 2010-30 du 8 janvier 2010 et n° 2013-347 du 23 avril 2013).

2.2.2.1.3 Des avancements d'échelons irréguliers

La chambre a observé des irrégularités en matière de détermination des rémunérations. Ainsi, le responsable de la cuisine a signé un contrat de travail le 29 janvier 2024 dont l'article 3 mentionne un recrutement sur la base de l'indice brut 506 majoré (IM) 441 qui correspond au 7^{ème} échelon de la grille d'un agent de catégorie C. Des augmentations successives en février, avril et mai lui ont permis d'atteindre un IM 539 correspondant à l'échelon 12 sans qu'aucun avenant ou décision créatrice de droits ne soient intervenus préalablement à ces hausses.

L'ordonnatrice en fonctions ayant constaté cette situation, a informé l'agent de la remise en adéquation de sa rémunération avec son contrat de travail à compter du 1^{er} novembre 2024. Cette décision a été appliquée, toutefois, la chambre rappelle à l'établissement que conformément à l'article L. 711-6 du CGFP : « *Les sommes indument perçues par un agent*

²⁰ 1 485 € × 12 mois 2023 × 7 mois 2024

public en matière de rémunération donnent lieu à remboursement dans les conditions fixées par l'article 37-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ».

2.2.2.2 La réglementation relative aux astreintes n'est pas respectée

2.2.2.2.1 Les astreintes techniques

L'article 20 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière précise que « *Le chef d'établissement établit, après avis du comité social d'établissement ou comité social, la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu [...]* ».

L'établissement ne dispose pas de cette liste formalisée après avis du comité social d'établissement. Cependant, tous les mois une liste nominative est effectivement arrêtée. Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 précité, précise qu'un même agent peut être d'astreinte au maximum un samedi, un dimanche et un jour férié par mois. La durée de l'astreinte ne peut pas dépasser 72 heures pour 15 jours. Certes les effectifs ne permettent pas d'assurer les astreintes dans le respect des dispositions réglementaires, mais le CHCBE devrait réfléchir à une mutualisation avec un établissement en proximité.

Il apparaît que deux agents ont réalisé chacun 261 heures d'astreintes informatiques. Or, les astreintes comme mentionnées dans le document attestant du service fait, sont réalisées de 18 heures à 7 heures du matin du lundi au lundi et la journée du week-end.

Le plafond, au cas d'espèce, est de 65 heures d'astreinte en semaine et 48 heures le week-end, soit 113 heures par semaine. Compte tenu du fait que les agents réalisent deux semaines d'astreintes par mois, le total s'établit à 226 heures maximum et non pas 261 heures comme déclarées. Durant toute l'année 2023 les astreintes ont systématiquement dépassées 72 heures par personne et par mois.

Cette irrégularité doit cesser.

2.2.2.2.2 Les astreintes médicales de vaccination

Une rémunération nommée « *astreinte de sécurité vaccination* » a été versée à trois médecins généralistes au titre de la sécurité des soins. Le CSP prévoit à l'article D. 3111-23, que soit garantie « *la présence d'un médecin sur les lieux aux heures d'ouverture* ». Ce n'est pas le choix du CHCBE qui a préféré indemniser des heures d'astreintes au lieu du système de vacation prévu par le CSP. Ces paiements ont été versés, sur la base des arrêtés 2022 et 2023 relatifs à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques dans les EPS et dans les Ehpad. La chambre constate que le système d'astreintes n'est pas conforme à la réglementation qui prévoit une présence médicale sur place.

L'arrêté n° ARS/DAOSS/DCT/971-2025-03-21-00005 portant renouvellement de l'habilitation du CHCBE pour l'activité de vaccination en date du 21 mars 2025 habilite l'hôpital du 24 juillet 2022 au 24 juillet 2025. Par conséquent, le CHCBE a rémunéré des astreintes de vaccination sur la période du 24 juillet 2022 au 21 mars 2025 sans habilitation.

Par ailleurs, une convention attribuant une subvention pour le fonctionnement du centre de vaccination a été versée uniquement pour l'année 2023 cependant elle n'est pas datée. La subvention d'un montant de 50 000 euros doit permettre la prise en charge de 0,2 ETP de médecin référent et de 0,5 ETP d'infirmier. Or le contrôle a mis en évidence le paiement d'astreintes, comme mentionné précédemment, donc l'absence de médecin physiquement présent au sein du centre de vaccination cette pratique n'est pas conforme à la convention.

Dans sa réponse, l'ancien ordonnateur cite le manque de ressources médicales pour expliquer le non-respect des dispositions prévues par la convention, sans objectiver la pénurie. La chambre relève qu'aucun élément probant sur une information de l'ARS quant à cette situation n'a été produite.

2.2.2.3 Les frais de déplacement

L'article L. 512-16 du CGFP énonce la possibilité pour un fonctionnaire hospitalier d'être mis à disposition. Les conditions sont précisées dans le décret n° 2008-928 du 12 septembre 2008 relatif à la mise à disposition et au détachement et modifiant le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers : « *La mise à disposition est prononcée [...] dans les conditions définies par la convention de mise à disposition [...]* ».

Une préparatrice en pharmacie a été mise à disposition du groupement de coopération sanitaire (GCS) de pharmacie, situé dans les locaux du CHBT à compter de 2018. Cependant, le CHCBE n'a pas été en mesure de transmettre la convention de mise à disposition y afférent.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnatrice en fonctions indique que, depuis le 1^{er} janvier 2024, il n'existe plus de coopération entre le GCS et le CHCBE et qu'il a été mis fin au principe de la mise à disposition de la préparatrice en pharmacie. Pour l'ancien ordonnateur, aucune mise à disposition n'a été effectuée mais bien un changement d'affectation de l'agent vers la pharmacie du CHBT. Or, le changement d'affectation²¹ correspond à une mutation selon le code général de la fonction publique (CGFP). Pour autant, la chambre constate que les fiches de paie de la préparatrice sont éditées par le CHCBE et non par le CHBT.

Le décret précité mentionne que « *[...] -La durée de la mise à disposition est fixée dans la décision la prononçant. Elle est prononcée pour une durée maximale de trois ans et peut être renouvelée par périodes ne pouvant excéder cette durée [...]* ». Or seul un ordre de mission permanent en date du 12 juin 2018 a été produit par l'établissement. Par conséquent, à compter du 13 juin 2021, l'agent ne relève plus de cet ordre de mission.

Par ailleurs, les textes ne prévoient pas le versement d'indemnités kilométriques par l'établissement d'origine dans la fonction publique hospitalière, dans le cadre d'une mise à disposition. Pour autant, l'ordre de mission transmis par le CHCBE mentionne le

²¹ Articles L. 512-18 à L. 512-22 du CGFP

remboursement mensuel de frais kilométriques « [...] sur présentation de la carte grise du véhicule utilisé [...] ». La chambre constate la mise à disposition d'un agent sans convention ainsi que l'attribution d'indemnités kilométriques dont le montant varie entre 225,50 euros et 427,50 euros mensuels sur l'échantillon de quatre mois analysés, représentant un montant de 1 408,50 euros. Il doit être mis fin à cette pratique irrégulière.

2.2.2.2.4 Le coût des formations

Les plans de formation des années 2021, 2022 et 2023 n'ont pas été produits par l'ordonnatrice en fonctions qui a indiqué ne pas en avoir en sa possession, alors qu'ils sont obligatoires conformément à l'article D. 311-38-5 du CASF. Le rapport accompagnant le compte financier, présente le bilan des formations réalisées en 2023. L'analyse, montre une discordance entre les chiffres du document et les mandatements effectivement réalisés. Le niveau de mandatement s'élève à 118 871,80 euros et le bilan 2023 présente des dépenses à un niveau de 68 234,70 euros.

L'ancien ordonnateur conteste l'observation de la chambre et transmet à l'appui trois plans de formations pour les exercices 2021 à 2023, dont seul celui de 2023 est signé par ses soins. En revanche, aucun élément ne permet de confirmer le respect de la procédure quant à la consultation du comité social d'établissement conformément à l'article R. 6144-40 du CSP qui conduit à son adoption.

2.2.3 Des irrégularités dans les délégations de signature

La délégation de signature du directeur adjoint M. COMAN ne comporte aucune mention relative à l'ordonnancement des dépenses et des recettes. Cependant, parmi les pièces consultées, un bordereau de mandat de 13,1 M€ daté du 31 janvier 2022 et un bordereau d'encaissement d'un montant de 6,08 M€ en date du 28 avril 2022 ont été signés par le directeur adjoint. Ce dernier ne dispose pas non plus de délégation en matière RH, pour autant la décision de titularisation du responsable des affaires financières a été signée par lui le 13 janvier 2022.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur indique avoir systématiquement transmis l'information de son remplacement à l'ARS et aux personnels. Une seule période est selon lui à vérifier. Elle concerne le 28 avril 2022, date à laquelle il était en réunion. L'ancien directeur adjoint explique, de son point de vue qu'en effectuant l'intérim du directeur de l'établissement du 2 mai au 20 mai 2022 et du 13 janvier au 4 mars 2023, il était automatiquement investi d'une délégation de signature lui permettant de signer en qualité d'ordonnateur toutes les dépenses et toutes les recettes à l'instar du chef d'établissement. Il produit à cet effet des notes d'information. Concernant la signature du bordereau d'encaissement de recettes du 28 avril 2022, il reconnaît qu'elle n'a pas été effectuée durant les périodes de vacances du chef d'établissement.

Une note d'information, uniquement diffusée aux tiers, ne constitue pas une décision administrative. La chambre rappelle également que la délégation de signature dans sa formalisation relève des articles D. 6143-34 et D. 6143-35 du CSP et qu'elle doit préciser « la nature des actes délégués ».

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La gouvernance médico économique doit être améliorée afin de permettre un contrôle de gestion plus performant de l'établissement et d'augmenter un taux d'occupation des lits trop faible qui pénalise financièrement l'établissement. Les matériels d'imagerie, nombreux, sont en panne et insuffisamment utilisés. Surtout, le CHCBE ne suit pas leur activité, donc les recettes qu'ils rapportent.

La mise à disposition d'une partie du patrimoine immobilier, n'est pas conforme à la réglementation et ne fait pas l'objet de la perception de redevance ou loyers que le CHCBE doit récupérer.

La gestion financière des ressources humaines n'est pas suffisamment rigoureuse et présente de nombreuses irrégularités sur les gardes et les astreintes. Il lui appartient de réclamer le remboursement des sommes indûment versées dans ce contexte.

3 UNE INFORMATION FINANCIÈRE LACUNAIRE ET DES COMPTES NON FIABLES

Le CHCBE, dépendant de la trésorerie hospitalière de Pointe-à-Pitre, dispose de quatre budgets sur toute la période contrôlée :

- budget principal (budget H) ;
- unité de soins de longue durée (budget B) ;
- Ehpad (budget E) ;
- accueil de jour Alzheimer (budget P).

Le CHCBE possède à la fois des activités sanitaires et médico-sociales, les premières relèvent du CSP associées à la mise en place d'une comptabilité référencée M21 pour les lits de médecine, SMR, le cabinet dentaire et le scanner. Les activités médico-sociales, à savoir l'Ehpad, l'USLD et l'accueil de jour relèvent de la M21 et du CASF qui s'appliquent de manière complémentaire. Cette dualité entraîne des particularités dans la facturation des activités médico-sociales, dans la gestion budgétaire, le suivi financier ainsi qu'une double tutelle par l'ARS et le conseil départemental.

L'examen de la qualité et de la fiabilité des comptes révèle des insuffisances et des irrégularités dans de nombreux domaines qui sont de nature à rendre les résultats de l'établissement insincères.

Les trois sources de financement d'un Ehpad²²

Les compétences tarifaires sont définies par les articles L. 314-1 et L. 314-2 du CASF.

Le tarif relatif à l'hébergement couvre les charges liées aux prestations hôtelières (restauration, animation, accueil) ainsi que celles de la structure (administration générale, entretien). L'Ehpad étant habilité à l'aide sociale, le tarif hébergement est fixé par le président du conseil départemental de la Guadeloupe. Il est à la charge du résident sauf si ce dernier, bénéficie - totalement ou partiellement de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Le forfait relatif à la dépendance couvre les dépenses liées à la perte d'autonomie, notamment pour accomplir les actes du quotidien. Il concerne ainsi essentiellement les prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en finançant la présence d'un personnel qualifié (aides-soignants, aides médico-psychologiques) mais également de matériel lié à la perte d'autonomie. Son montant est fixé par le président du conseil départemental de la Guadeloupe. La collectivité prend en charge une partie de ce forfait en fonction du niveau de ressources et de dépendance des résidents (via l'allocation personnalisée d'autonomie ou APA), le reste étant à la charge des résidents.

Le forfait relatif aux soins couvre les dépenses relatives à la prise en charge médicale des résidents. Outre les équipements médicaux et les médicaments prescrits, il sert aussi à financer la rémunération du médecin coordonnateur, des infirmières, des aides-soignantes et le cas échéant à l'intervention d'autres professionnels de santé extérieurs. Il est fixé par le DGARS et mis en paiement par la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS).

3.1 L'information financière et comptable n'est pas satisfaisante

La fiabilité des comptes des administrations publiques est un principe constitutionnel depuis 2008 (article 47-2 de la constitution). Les citoyens doivent disposer d'une information générale, complète, lisible et fiable concernant les actions et les décisions engageant les finances locales.

La sincérité des comptes publics locaux participe également de la recherche d'une allocation optimale des ressources. Sans sincérité comptable, le niveau de performance de l'action publique ne peut être mesuré.

Le CHCBE n'est pas soumis à la certification des comptes²³, puisque le budget du compte principal est inférieur à 100 M€. Mais la fiabilisation des comptes est une obligation qui, couplée à un contrôle interne efficace, contribuent à la performance de l'établissement.

²² Extrait adapté de « *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad, un nouveau modèle à construire* », Cour des comptes, février 2022

²³ Introduite par l'article 17 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la certification des comptes des EPS a été officialisée par le décret

Or, l'établissement ne dispose pas de cartographie des risques qui est un préalable à la mise en place du contrôle interne, pas plus de guide recensant les procédures budgétaires et comptables internes, décrivant notamment les travaux de clôture d'exercice. Il n'a pas de programme d'ensemble et de calendrier de fiabilisation de ses comptes. Quelques actions ponctuelles ont été mises en œuvre, mais restent insuffisantes pour garantir la permanence des méthodes. Un véritable diagnostic des processus comptables doit être engagé par l'établissement avec pour corollaire la rédaction d'un recueil de procédures comptables. Par ailleurs, la tenue d'une comptabilité analytique²⁴ prévue par l'article R. 6145-7 du CSP n'est pas effective. Elle devra l'être dès que possible.

L'examen par la chambre de la qualité et de la fiabilité des comptes a montré des insuffisances et des irrégularités dans de nombreux domaines qui sont de nature à rendre les résultats de l'établissement insincères.

3.1.1 Les délais de transmission de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ne sont pas respectés

L'article R. 6145-29 du CSP précise que l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) doit être transmis au DGARS au plus tard le 1^{er} janvier de l'année à laquelle il se rapporte. Exceptionnellement compte tenu de la crise sanitaire²⁵, le délai pour le dépôt de l'EPRD 2021 a été reporté au 31 mars de la même année.

Il doit être accompagné des documents mentionnés à l'article R. 6145-9 du CSP en l'occurrence, le rapport de présentation établi par le directeur de l'établissement analysant les équilibres généraux, explicitant les hypothèses retenues en dépenses et en recettes, retraçant les principales évolutions par rapport à l'année précédente, ainsi que le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Or, il apparaît que les EPRD n'ont pas été déposés dans les délais prescrits par le CSP, comme l'illustre le tableau ci-dessous. La tardivité de ces dépôts entraîne une gestion budgétaire précaire et provisoire puisque l'établissement a fonctionné par douzièmes jusqu'au milieu de l'année ce qui limite l'intérêt prévisionnel de ces données. Il conviendra, à l'avenir, de respecter ces délais. En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnatrice en fonctions a indiqué que l'EPRD 2025 avait été déposé par dérogation le 11 mars 2025 pour une présentation préalable en comité de veille régionale active (COREVAT)²⁶. Une première décision modificative a été transmise début juin.

n° 2013-1239 du 23 décembre 2013. Elle concerne tous les établissements publics dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté au compte financier, sont supérieurs ou égaux à 100 M€ pendant trois exercices consécutifs. Ce qui n'est pas le cas du CHCBE.

²⁴ La détermination des coûts des activités réalisées au sein de l'établissement et leur comparaison avec les coûts des établissements de même taille et de même périmètre en sont des objectifs recherchés.

²⁵ Décret n° 2021-366 du 31 mars 2021 relatif à l'adaptation des procédures budgétaires des établissements publics de santé et des établissements à but non lucratif dans le cadre de la crise sanitaire.

²⁶ Les comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé sont un dispositif régional de veille conjointe entre l'ARS et la DRFIP visant à apporter en première intention les solutions pour prévenir toute situation de risque de défaut de paiement d'un établissement public de santé.

Tableau n° 3 : dates de dépôt des EPRD

<i>Année</i>	<i>Date de dépôt légale</i>	<i>Date premier dépôt CHCBE</i>	<i>Rejet ARS</i>	<i>Second dépôt par le CHCBE</i>
2021	31 mars 2021*	14 mai 2021	11 juin 2021	30 juillet 2021
2022	1 ^{er} janvier 2022	7 avril 2022	11 mai 2022	18 juillet 2022
2023	1 ^{er} janvier 2023	25 janvier 2023	-	-
2024	1 ^{er} janvier 2024	1 ^{er} mars 2024	25 avril 2024	17 mai 2024
2025	1 ^{er} janvier 2025	11 mars 2025	-	Non déposé à ce jour

Source : ARS de Guadeloupe - *date de dépôt reporté en raison de la crise sanitaire

3.1.2 Les rapports infra-annuels de suivi de l'EPRD ne sont pas systématiquement produits

L'article R. 6145-6 du CSP dispose que « *pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 6145-1, le directeur établit deux fois par exercice un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions, selon un modèle fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale* ».

Ainsi un rapport infra-annuel (RIA) relatif au suivi et à l'analyse de l'exécution de l'EPRD pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre (RIA 1) et le même document pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre (RIA 2) doivent être présentés dans les mêmes conditions que l'EPRD.

Pour autant, il apparaît que pour les exercices 2021, 2022 et 2024, aucun RIA n'a été établi et présenté ce qui nuit au pilotage financier infra-annuel.

3.1.3 Le compte financier et l'affectation du résultat ne font pas l'objet d'une délibération dans les délais réglementaires

L'article R. 6145-46 du CSP prévoit que « *les délibérations [du conseil de surveillance] relatives au compte financier et à l'affectation des résultats interviennent au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice auquel elles se rapportent* ».

Cependant, de 2020 à 2022, cette obligation n'a pas été respectée par l'établissement. Les délibérations prises tardivement nuisent également au pilotage financier de l'établissement. Il conviendra à l'avenir de respecter ces délais.

Tableau n° 4 : dates de délibération du compte financier et de l'affectation du résultat

<i>Année du CF</i>	<i>Transmission au conseil de surveillance (CS) au plus tard le</i>	<i>Délibération du CS au plus tard le</i>	<i>Date de délibération</i>
2020	31 mai 2021	30 juin 2021	21 décembre 2021
2021	31 mai 2022	30 juin 2022	29 décembre 2022
2022	31 mai 2023	30 juin 2023	11 janvier 2024
2023	31 mai 2024	30 juin 2024	21 mars 2025*

Source : CRC de Guadeloupe

*décision de l'ordonnateur en fonctions transmise par mail le 21 mars 2025

3.1.4 L'établissement ne respecte pas la réglementation concernant la procédure budgétaire des budgets médicaux-sociaux

Concernant, l'activité médico-sociale, des règles spécifiques s'appliquent aux EPS gérant une activité sociale ou médico-sociale. Elles sont édictées par l'article R. 314-75 du CASF qui précise : « [...] *Afin de permettre aux autorités de tarification d'assurer le suivi des dotations financières mentionnées aux articles L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2, L. 314-4 et L. 314-5, l'établissement public de santé transmet les documents mentionnés aux articles R. 314-223, R. 314-224, R. 314-232, R. 314-233 et R. 314-242 pour ses activités sociales et médico-sociales relevant du IV ter de l'article L. 313-12 ou de l'article L. 313-12-2. Pour ses autres activités sociales et médico-sociales, il transmet les documents prévus aux articles R. 314-13 et R. 314-49 [...]* ».

L'état prévisionnel des charges et des produits n'a pas été transmis à l'autorité de tarification départementale comme le prévoit l'article R. 314-242 du CASF pour les exercices 2020 et 2021. Le conseil départemental, financeur de la dotation globale dépendance et décideur du tarif hébergement compte tenu de l'habilitation à l'aide sociale à 100 %, constate l'absence de transmission des états réalisés des charges et des produits²⁷ 2020 et 2021.

Selon l'article R. 314-76 du CASF « [...] *L'autorité de tarification du budget annexe social ou médico-social est tenue informée par le directeur de l'établissement de santé de toute affectation de résultats dans le budget dont elle fixe le tarif [...]* ». Pour autant, aucun résultat n'apparaît dans les procédures de fixation des tarifs hébergement pour les années 2022, 2023 et 2024. De plus, l'établissement n'a pas fait connaître ses propositions tarifaires pour les exercices 2022, 2023 et 2024 entraînant ainsi une tarification d'office conformément à l'article R. 314-38 du CASF.

La chambre constate l'absence de respect de la procédure budgétaire, notamment pour la partie placée sous l'autorité du conseil départemental. Cette situation entraîne l'impossibilité d'un suivi par le département et la fixation de tarifs hébergement sans tenir compte de la réalité des charges de l'établissement ainsi que des résultats s'y rapportant. Ainsi, le CHCBE se prive de recettes potentielles²⁸.

²⁷ Article R. 314-233 du CASF

²⁸ Article L. 314-3, R314-3 alinéa 1°, R 314-159 et al du CASF

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur assimile le silence du conseil départemental dans la procédure contradictoire de fixation des tarifs de la section « hébergement » à une acceptation des montants proposés. Cette assimilation n'est pas possible pour la chambre, l'analyse des courriers et des arrêtés du conseil départemental sus évoqués attestant bien de la réalité de ces manquements.

3.1.5 L'établissement ne fournit pas au département, autorité de tarification, les documents obligatoires

En ce qui concerne l'affectation des résultats des sections dépendance et hébergement, le CHCBE n'a pas signé de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Par conséquent, conformément au décret n° 1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF, les résultats demeurent soumis à la validation des autorités de tarification, qui peuvent s'opposer à leur affectation.

Cependant, l'établissement n'a transmis aucune donnée permettant au département d'exercer sa compétence. Une fixation d'office du tarif hébergement a été arrêtée pour les exercices 2022, 2023 et 2024 en raison de l'absence de transmission des propositions de l'établissement ou de réponse à la procédure contradictoire. Le défaut de transmission des informations sur les finances de l'établissement est récurrent.

L'ancien ordonnateur agréé le constat de la chambre sur les retards de transmission mais précise néanmoins avoir systématiquement envoyé au conseil départemental les délibérations du conseil de surveillance. Toutefois, les visas des arrêtés tarifaires du conseil départemental mentionnent l'absence de transmission de ces documents prévue par le CASF. Par conséquent, cette réponse de l'ancien ordonnateur ne saurait remettre en cause l'observation de la chambre.

Recommandation n° 4. (Régularité) : produire les documents budgétaires et de suivi d'exécution prévus par les articles du R. 6145-10, 19, 20, 29, 43, 47 du code de la santé publique et R. 314-75 du code de l'action sociale et de la famille, dans les délais réglementaires.

3.2 Les comptes ne sont pas fiables et sincères

Conformément aux instructions budgétaires et comptables M21 et M22, le système comptable des EPS et des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) publics permet « *d'établir des comptes réguliers et sincères* », « *de présenter des états financiers reflétant une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat à la date de clôture de l'exercice* » et « *de contribuer au calcul des coûts des actions ou des services ainsi qu'à l'évaluation de leur performance* ».

L'absence de plusieurs documents témoigne d'un pilotage défaillant des finances. L'établissement n'a pas été en mesure de produire les procédures budgétaires et comptables internes, la cartographie des risques financiers, les justificatifs des provisions constituées et les

états réalisés des recettes et des dépenses 2021, 2022 et 2023, alors même que sur ce dernier point, le comptable public a produit les rapports financiers correspondant. L'ordonnateur en fonctions, actuellement en poste, ayant relevé la disparition de certains documents, a signalé les faits à l'ARS. Ce constat traduit un éparpillement des données financières entraînant des pertes d'informations qui nuisent à la bonne gestion de l'établissement.

En réponse à la communication administrative, le comptable public indique que depuis des années, en dépit de la production annuelle d'un calendrier détaillé des opérations de clôture celles-ci sont produites « *systématiquement [...] très tardivement* ». Il note tout de même une amélioration sensible des délais en 2024.

De surcroît, le retard important pris dans les opérations de clôture de l'établissement nuit à la qualité de l'indicateur de pilotage comptable (IPC) qui a pour objectif de valoriser le niveau de fiabilité des comptes de l'établissement et de cibler les actions à réaliser en vue d'améliorer leur niveau de qualité. À titre d'exemple, le compte financier de 2023, validé le 13 septembre 2025 par le comptable supérieur, n'a été approuvé que récemment par décision²⁹ de l'ordonnateur en fonctions, le 21 mars 2025. La restitution par le comptable public de l'IPC définitif pour l'exercice 2023 mentionne que sur les 20 contrôles mis en œuvre, l'établissement a validé 10 items, générant ainsi un IPC de 50 %, en progression par rapport à 2022 (38,89 %), mais qui reste à un niveau inférieur à celui de la moyenne des établissements de santé de la Guadeloupe (58 %) et à la moyenne nationale (82 %).

Le rapport d'analyse de l'IPC 2023 (cf. annexe n° 3) traduit les points de fragilité en termes de qualité comptable notamment sur l'intégration des immobilisations à l'actif de l'établissement, la régularisation exhaustive des recettes et dépenses à classer, etc.

3.2.1 L'information patrimoniale est incomplète

3.2.1.1 Un état de l'actif à fiabiliser

L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit la tenue par l'ordonnateur d'un inventaire annuel détaillé des immobilisations. Or, le CHCBE ne dispose d'aucun inventaire physique de ses biens car aucun rapprochement entre les biens inscrits à l'actif de l'ordonnateur et la présence sur les sites de ces biens n'a été fait. Seuls les biens stockés notamment les fournitures biomédicales et les médicaments font l'objet d'un suivi. L'état de l'actif est tenu à la fois par le comptable public et par l'ordonnateur. Or, la comparaison de l'état de l'actif recensé par le comptable (93,7 M€ selon le compte de gestion provisoire de 2024) fait apparaître une discordance de 25 M€ avec les montants estimés par l'établissement (cf. annexe n° 4).

L'inventaire physique du patrimoine immobilier et mobilier n'est pas réalisé, l'établissement invoquant le défaut de moyens humains. Il est donc impossible pour l'heure d'effectuer les travaux de fiabilisation du bilan. L'ordonnateur se contente de reprendre les éléments du comptable sans pouvoir les comparer avec ses propres données.

²⁹ Pendant la période d'administration provisoire les attributions du conseil de surveillance (CS) sont assurées par l'administrateur provisoire

Les rapports de comptes financiers ne détaillent pas systématiquement la nature des investissements effectivement réalisés et se limitent, pour certains d'entre eux, à lister ceux prévus dans le cadre de l'EPRD.

Le CHCBE doit recenser des biens existants pour chaque service, établir un inventaire comptable en lien avec le comptable public. Des travaux de conciliation importants doivent ainsi être conduits sur les immobilisations afin d'assurer l'exhaustivité des amortissements des biens mis en service.

Dans sa réponse à la communication administrative, le comptable public indique que *« les constats de discordance entre les actifs respectifs de l'ordonnateur et du comptable ont d'ores et déjà été partagés avec l'ordonnateur dans le cadre de la restitution IPC 2023. Par ailleurs, au titre de l'exercice 2024, l'ensemble des anomalies relevées lors des CCA fera l'objet d'une annotation lors de la validation du compte financier [et qu'enfin] « une proposition de réconciliation des actifs a été formulée [...] récapitulant pour chaque compte d'imputation, le montant des actifs bruts respectifs et des discordances constatées [...] ».*

Recommandation n° 5. Régularité) : produire en lien avec le comptable public, l'inventaire des immobilisations hospitalières en concordance avec l'état de l'actif en application de l'article 53 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012.

3.2.1.2 Les immobilisations ne sont pas intégrées de manière régulière

Le compte 23 « *Immobilisations en cours* » qui retrace les nouvelles immobilisations avant réception de travaux ou mise en service d'un bien doit être apuré régulièrement par transfert aux comptes 20 et 21 (imputation définitive).

Le CHCBE ne procède pas au transfert des immobilisations en cours (compte 23) vers des comptes d'immobilisations corporelles.

Le compte 23 présente un cumul de 5,9 M€ fin 2023 contre 5,6 M€ fin 2021. De nombreux marchés de travaux liés à la construction du nouvel hôpital antérieurs à 2020 n'ont jamais été régularisés. Faute de pouvoir établir un décompte général définitif (DGD) suite à la livraison du nouvel hôpital, soit parce que les documents sont introuvables ou manquants au sein des services économiques, la finalisation de ces travaux n'est toujours pas réalisée et les retenues de garantie ne peuvent être libérées (617 000 € fin 2024).

Tableau n° 5 : l'évolution des immobilisations en cours (en €)

Comptes	Libellés	2021	2022	2023	2024 (P)
SD / 23	Immobilisations en cours	5 612 656	5 754 186	5 864 319	5 911 869
Dont SD / 238	Avances et acomptes versés sur commandes	5 125 878	5 267 408	5 377 541	5 425 091
SD / 20	Immobilisations incorporelles	417 125	417 125	512 455	572 296
SD / 21	Immobilisations corporelles	75 186 247	76 018 487	78 827 393	79 380 521

* Solde débiteur

Source : comptes financiers CHCBE, retraitement CRC Guadeloupe

Le maintien d'immobilisations mises en service dans les comptes d'immobilisations en cours, empêche leur amortissement entravant ainsi leur entretien ou leur renouvellement.

À ce stade, le comptable public n'est pas en mesure d'évaluer les amortissements pour deux raisons, d'abord, parce que l'établissement a près de 400 fiches inventaires de plus de quatre ans en compte d'immobilisations en cours (comptes 2031, 2033, 2313, 2381 et 23823) qui datent de la période 2008 à 2019, pour un montant total de près de 5 M€. Le comptable ne dispose pas des fiches d'inventaires présentant les durées d'amortissement retenues et les dates de mise en service. Ensuite, la discordance de près de 25 M€ peut résulter, selon lui, de sorties d'actifs réalisées par l'établissement mais non retracées dans le logiciel du comptable public et/ou par des erreurs d'imputation comptable lors de l'émission des mandats d'investissement et/ou des transferts en compte définitif réalisés par l'établissement et non retracés dans le logiciel du comptable public.

De ce fait, l'établissement minore ses charges d'amortissement des immobilisations et masque le résultat réel.

Recommandation n° 6. (Régularité) : procéder à l'apurement régulier des comptes d'immobilisations en cours au fur et à mesure de l'achèvement des travaux ou de la mise en service du bien afin de permettre leur amortissement en application de l'article 57 du décret³⁰ n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

3.2.2 La constitution des provisions n'est pas conforme à la réglementation

En application du principe de prudence, l'établissement est amené à constituer des provisions réglementées, ainsi que des provisions pour risques et charges, conformément à ce que prévoit l'instruction comptable et budgétaire M21.

³⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000026597003/2025-04-16/>

Au 31 décembre 2023, la totalité des provisions s'élèvent à 20,8 M€, montant auquel s'ajoute les provisions pour dépréciations des créances de 2,7 M€.

Le CHCBE n'a pas été en mesure d'expliquer sa méthode de constitution des provisions. Le tableau suivant montre qu'aucun mouvement n'a été constaté au cours de la période sous revue, hormis en 2023 pour la provision réglementée pour renouvellement d'immobilisations qui a fait l'objet d'une reprise de 378 385 euros.

Tableau n° 6 : synoptique des provisions (en €)

Comptes	Nature des provisions	2021	2022	2023	2024 (P)
	Provisions réglementées :				
SC /142	Renouvellement d'immobilisations	15 434 809	15 434 809	15 056 424	15 056 424
SC /144	Propre assureur	35 000	35 000	35 000	35 000
	Sous-total c/14 (1)	15 469 809	15 469 809	15 091 424	15 091 424
	Provisions pour risques et charges :				
SC /151	Risques	1 574 149	1 574 149	1 574 149	1 574 149
SC /152	Charges sur emprunts	250 000	250 000	250 000	250 000
SC /153	Charges de personnel CET (personnel médical)	102 280	102 280	102 280	102 280
SC /157	Charges à répartir	6 555	6 555	6 555	6 555
SC /158	Autres charges	3 729 205	3 729 205	3 729 205	3 729 205
	Sous-total c/15 (2)	5 662 189	5 662 189	5 662 189	5 662 189
SC /491	Créances douteuses (3)	2 759 650	2 759 650	2 759 650	2 759 650
	Total des provisions (1) + (2) + (3)	23 891 648	23 891 648	23 513 263	23 513 263

Source : comptes financiers, CRC de Guadeloupe

3.2.2.1 Les provisions pour compte épargne temps sont inexistantes pour le personnel non médical et insuffisantes pour le personnel médical

Les jours pour lesquels l'agent demande une affectation en compte épargne temps (CET), donnent lieu à une provision au compte 153 « *Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps* ». Instituer des provisions suffisantes pour couvrir les charges afférentes aux jours épargnés sur CET par l'ensemble des personnels de l'établissement (personnel non médical et praticiens hospitaliers), constitue une obligation réglementaire mentionnée par le décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière modifié par le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels dans la fonction publique hospitalière. Il prévoit l'obligation pour les établissements de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné.

Or, pour les exercices 2021, 2022 et 2023, l'établissement n'a inscrit aucune dotation aux provisions sur le compte 1532 pour le personnel non médical. Tandis que pour le personnel médical, la provision est insuffisante. Elle s'élève à 102 280 € et n'a subi aucun mouvement durant la période sous revue, alors même que le nombre de médecins est passé progressivement de 4,24 ETP en 2021 à 9,02 ETP en 2024.

L'évaluation de la provision pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET est explicitée dans la nomenclature M21, qui préconise une évaluation reposant sur le coût journalier. C'est-à-dire en divisant la masse salariale (rémunération principale + charges) associée à l'agent par le nombre annuel de jours travaillés que l'on multiplie par le nombre de jours épargnés. Toutefois, ce calcul est impossible en l'état car l'établissement ne suit pas le nombre de jour de CET de ses agents. La chambre constate l'absence d'outil de suivi des CET au sein de l'établissement de 2021 à 2023. Dans de telles conditions, l'estimation de leur coût est impossible.

3.2.2.2 Les dotations aux provisions pour gros entretien ou grandes révisions ne sont pas effectuées

Les provisions pour gros entretien ou grandes révisions sont inexistantes. Aucun mouvement n'a été constaté de 2021 à 2024. Le solde du compte 1572 est créditeur de 6 555,31 €, un montant dérisoire si l'on considère la date de livraison du bâtiment en 2017, son emprise au sol, l'étendue des espaces et leur nature. Pour rappel, cette provision est destinée à couvrir des charges d'exploitation très importantes. Elle s'appuie sur le plan de gros entretien (PGE) devant être actualisé à la clôture d'exercice comme l'exige l'instruction budgétaire et comptable M21. L'établissement ne dispose pas de cet outil de programmation.

Il n'a pas non plus comptabilisé ces dépenses sous forme de composants des immobilisations. Le tome I de l'instruction comptable M21 dispose que *« lorsque des éléments constitutifs d'un actif sont exploités de façon indissociable, un plan d'amortissement unique est retenu pour l'ensemble de ces éléments. Cependant, si dès l'origine, un ou plusieurs de ces éléments ont chacun des utilisations différentes, chaque élément est comptabilisé séparément et un plan d'amortissement propre à chacun de ces éléments est retenu. Les éléments principaux d'immobilisations corporelles devant faire l'objet de remplacement à intervalles réguliers, ayant des utilisations différentes ou procurant un potentiel de service à l'établissement selon un rythme différent et nécessitant l'utilisation de taux ou de modes d'amortissement propres, doivent être comptabilisés séparément dès l'origine ou lors des remplacements. Cette méthode de comptabilisation par composants est appréciée, au cas par cas, par le gestionnaire ; elle n'est utile et ne s'impose que si la durée d'amortissement des éléments constitutifs d'un actif est significativement différente pour chacun des éléments et si le composant représente une forte valeur unitaire. Dans le cas contraire, l'immobilisation reste un bien non décomposable »*.

Le fait de ne pas provisionner correctement minore le montant des charges et donc majore le résultat.

Recommandation n° 7. (Régularité) : procéder aux dotations aux provisions réglementaires conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21.

3.2.3 Une absence de suivi de la subvention de « l'article 50 »

L'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021, a prévu l'octroi, d'une aide en investissement aux établissements de santé, afin de soutenir des opérations structurantes d'investissements. Sur ce fondement, un montant de 13 172 645 euros a été notifié à l'établissement, comptabilisé en capitaux propres en une fois et pour sa totalité à la signature du contrat y afférent. Le montant est versé par tranches annuelles sur une durée maximale de dix ans. Il s'agit d'une subvention visant à accompagner le CHCBE au renouvellement des investissements courants, à consolider financièrement l'établissement en améliorant le fonds de roulement.

Cette aide, est subordonnée à la signature d'un contrat qui fixe des objectifs, des engagements principaux et annexes qui doivent faire l'objet d'un suivi annuel entre l'établissement et l'ARS, comme mentionné à l'article 7 du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 précité.

Ce contrat a été signé le 27 décembre 2021 entre l'ARS et le CHCBE. Il mentionne au titre 2, article 6 « *Le suivi du contrat : modalités d'évaluation et de contrôle* » que « [...] les informations et les pièces justificatives ainsi que leur calendrier de communication que l'établissement communique à l'agence régionale de santé pour attester de la réalisation du coût de l'opération sont déterminées pour chaque objectif dans l'annexe au contrat [...] ». Par conséquent, il revenait au CHCBE de transmettre les éléments nécessaires au dialogue de gestion annuel fixé contractuellement. Cependant, les exercices 2022, 2023 et 2024 n'ont fait l'objet d'aucun point d'étape formalisé. À ce stade, les versements ont été réalisés pour un montant de 6 586 322,90 euros, soit 50 % du montant total de la subvention article 50, sans que l'établissement soit en mesure de transmettre les éléments relatifs à l'utilisation de cette somme.

Les modalités de suivi et d'exécution de la subvention ne sont pas respectées et il existe une opacité quant à la conformité de l'usage réel des financements par rapports aux mesures prévues dans le contrat.

L'ancien ordonnateur justifie l'absence d'usage conforme des financements relevant de l'article 50 de la loi n°2020-1576, car ceux-ci ont été attribués, selon lui, non pour accompagner le renouvellement des investissements courants ou consolider le fonds de roulement mais pour aider l'établissement, de concert avec l'ARS, à rembourser les emprunts accordés par l'Agence française de développement (AFD).

Recommandation n° 8. (Régularité) : procéder au suivi annuel conformément aux dispositions du contrat signé entre le CHCBE et l'ARS relatif à la mise en œuvre de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021.

3.2.4 Les comptes d'attente ne sont pas régulièrement apurés

L'instruction budgétaire et comptable M21 précise que les opérations qui ne peuvent être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées, qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif.

Tableau n° 7 : comptes d'attente en euros

Comptes	Libellés	2021	2022	2023	2024 (P)
SC / 471	Recettes à classer ou à régulariser	969 975	690 313	2 467 179	1 866 716
	Recettes totales	24 073 246	24 330 995	24 476 753	29 291 672
	% de recettes à classer	4,03%	2,84%	10,08%	6,37%
SD / 472	Dépenses à classer ou à régulariser	17 873	0	946 598	350 497
	Dépenses totales	23 896 699	21 564 592	24 598 219	22 779 095
	% de dépenses à classer	0,07%	0,00%	3,85%	1,54%

Source : comptes financiers du CHCBE

Le compte 471 « Recettes à classer ou à régulariser » présente un solde important avant la clôture du compte financier 2024, il l'était déjà en 2023. Le solde de 1,9 M€ s'il n'est pas régularisé, ne participe pas au résultat comptable de 2024 de l'hôpital (ce qui représente 6,37 % des recettes totales de 2024). Au vu des montants significatifs des comptes d'attente, le résultat net de l'établissement a été retraité dans la partie analyse financière.

Le comptable public, dans sa réponse à la communication administrative, précise concernant les comptes d'attente de la classe 47, avoir formulé des demandes de régularisation au fil de l'eau, mis en place des transmissions d'états de développement des soldes mensuels pour régularisation des écritures. De surcroît, il indique avoir rappelé à l'établissement de procéder à la régularisation des écritures plus anciennes sur la base d'une liste exhaustive des écritures par compte de tiers. En dépit de ces dispositions, la régularisation n'est « *ni exhaustive, ni réalisée dans les délais attendus* ».

Recommandation n° 9. (Régularité) : apurer dès que possible les comptes transitoires ou d'attente par imputation sur les comptes définitifs conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les documents budgétaires ne sont pas transmis dans les délais prescrits par la réglementation à l'ARS ou au conseil départemental pour le versant médico-social qui ne peuvent donc prendre les mesures attendues et pertinentes avec la situation de l'établissement.

Les comptes ne sont pas fiables à cause d'une information patrimoniale incomplète avec une discordance de +25 M€ entre l'état de l'actif tenu par le comptable et celui tenu par l'ordonnateur. Les dotations aux provisions notamment pour CET ne sont pas effectuées conformément à la réglementation et les comptes d'attente ne sont pas régulièrement apurés comme le prévoit l'instruction budgétaire et comptable M21 ce qui contribue à présenter un résultat insincère.

4 LA SITUATION FINANCIÈRE

La qualité de l'analyse financière dépend de la fiabilité des comptes. Ainsi, à l'aune des constats énoncés précédemment sur la fiabilité, il n'est pas possible de réaliser une analyse financière classique qui nécessiterait de retraiter l'ensemble des comptes des insuffisances et des irrégularités constatées *supra*. La chambre a, en conséquence, procédé à une analyse financière succincte à partir des données comptables en examinant les indicateurs les plus significatifs : résultats, marge brute, capacité d'autofinancement, endettement, fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie.

L'analyse financière a été effectuée sur la base des comptes financiers 2021 à 2023 définitifs. L'exercice 2024 n'a pas fait l'objet d'une clôture des comptes au moment du contrôle de la chambre. Par conséquent, les données provisoires de l'exercice 2024 sont intégrées aux tableaux pour information.

La chambre relève que les aides ponctuelles, notamment les aides en trésorerie, atteignent un niveau élevé entre 2023 et 2024. L'ARS de Guadeloupe a attribué au CHCBE plus de 3,2 M€ d'aides exceptionnelles hors mesures consécutives à la crise sanitaire, dont 2,6 M€ d'aides de trésorerie ce qui a eu un impact positif sur la marge brute de l'établissement et le résultat net.

Tableau n° 8 : aides exceptionnelles notifiées (en €)

ARS Guadeloupe	2021	2022	2023	2024	Cumul
Aides exceptionnelles notifiées	298 000	248 333	1 550 000	1 133 000	3 229 333
<i>dont FIR soutien trésorerie</i>			1 500 000	1 133 000	2 633 000
<i>dont FIR Efficience des structures</i>	18 000				18 000
<i>dont FIR Vaccination</i>		50 000	50 000		100 000
dont FIR MAIA	280 000	198 333			478 333

Source : CRC Guadeloupe d'après les notifications d'arrêtés de l'ARS

4.1 La formation du résultat net

Le résultat net du compte financier d'un EPS se décompose en trois résultats : le résultat d'exploitation, le résultat financier et le résultat exceptionnel.

Le résultat d'exploitation s'obtient en ajoutant à l'excédent brut d'exploitation les dotations aux amortissements et provisions ainsi que le solde entre les autres produits et les autres charges d'exploitation. Le résultat net intègre, quant à lui, le résultat financier et le résultat exceptionnel. Il correspond donc à la différence entre le total des produits et le total des charges.

4.1.1 Le résultat net consolidé

Sur l'ensemble de la période, l'évolution du résultat consolidé du CHCBE est erratique bien que positif, sauf en 2023. En 2022, les recettes exceptionnelles ont été de l'ordre de 4,5 M€ (1,7 M€ d'aides exceptionnelles, 2,8 M€ de produits sur exercices antérieurs) améliorant nettement le résultat avec en corollaire une diminution des charges d'exploitation (- 9,7 % par rapport à 2021). L'exercice de 2023 s'est soldé par un déficit de 0,1 M€. Les comptes de résultat sont présentés en annexes n° 5 et n° 6.

Tableau n° 9 : l'évolution du résultat net consolidé retraité (en milliers d'euros)

	2021	2022	2023	2024 (P)*	Evolution 2021-2023
<i>Produits d'exploitation</i>	22 168	19 760	20 640	26 207	-6,9 %
<i>Charges d'exploitation</i>	21 238	19 055	21 596	20 712	1,6 %
<i>Résultat d'exploitation</i>	930	705	-956	5 495	-202,8 %
<i>Résultat financier</i>	-1 856	-1 712	-1 518	-917	-18,2 %
<i>Résultat exceptionnel</i>	1 104	3 773	2 353	1 935	113,1 %
<i>Résultat net (a)</i>	177	2 766	-121	6 513	-168,4 %
<i>+ Recettes à classer c/471 (b)</i>	970	690	2467	1 867**	
<i>- Dépenses à classer c/472 (c)</i>	18	0	946	350	
<i>- Aides exceptionnelles (d)</i>	298	248	1 550	1 133	
<i>Résultat net retraité (e)</i> = (a) + (b) - (c) - (d)	831	3 208	-150	6 897	

Source : CRC Guadeloupe à partir des comptes de résultat consolidés

* compte financier 2024 provisoire au 14 mars 2025

** solde de 548 K€ au 14 mai 2025

Sur la période 2021-2024, les charges sont inférieures aux produits de fonctionnement hormis pour l'exercice 2023. Le résultat d'exploitation du CHCBE est passé d'un excédent de 0,9 M€ en 2021 à un déficit de 0,1 M€ en 2023. La chambre relève que les résultats du CHCBE ne reflètent pas la réalité des charges puisque les dotations aux amortissements et aux provisions non passées ne sont pas à ce jour en mesure d'être évaluées par l'établissement.

Le résultat provisoire de 2024 serait largement excédentaire grâce au soutien financier de l'ARS de Guadeloupe par le versement d'aides exceptionnelles non reconductibles de +5,7 M€ afin de permettre à l'établissement de faire face aux enjeux opérationnels et financiers en cours.

4.1.2 Les produits d'activité

Les produits de fonctionnement consolidés s'élèvent à 20,6 M€ en 2023. Ils correspondent aux produits de l'activité et de la tarification et aux autres produits de gestion hors produits financiers et exceptionnels.

Tableau n° 10 : consolidation des produits de fonctionnement par compte de résultat – en €

Comptes	Produits de fonctionnement en € (exercice 2023)	%
Compte de résultat principal - hôpital	12 425 814	60 %
Compte de résultat annexe B - USLD	2 541 849	12 %
Compte de résultat annexe E - Ehpad	5 448 766	26 %
Compte de résultat annexe P – Accueil de jour	219 294	1 %
Total	20 639 858	100 %

Source : CRC Guadeloupe d'après les comptes financiers 2023

Les deux budgets les plus significatifs, principal et Ehpad (H et E), représentent plus de 86 % du total des produits de l'établissement en 2023.

Les produits de l'activité hospitalière du budget H ont augmenté de 34,7 % en moyenne annuelle et de 45 % entre 2021 et 2024, passant de 0,9 M€ à 14,1 M€ (c/731 et c/732). Cette progression résulte notamment de la hausse d'activité constatée en médecine bien que faible, consécutive à l'autorisation de l'ARS d'ouvrir des lits de médecines.

De même pour les produits à la charge des patients qui ont progressé sur cette même période, passant de 0,3 M€ à 1,2 M€.

Les produits de la tarification à l'activité demeurent restreints sur la période. En effet le centre hospitalier est pénalisé par des durées de séjours longues qui bloquent les lits, faute de pouvoir effectuer les examens de spécialité sur place, selon le médecin du département de l'information médicale (DIM). Des patients admis en SMR arrivent souvent avec des comorbidités qui ne sont pas toujours prises en compte dans le codage ce qui empêche leur tarification.

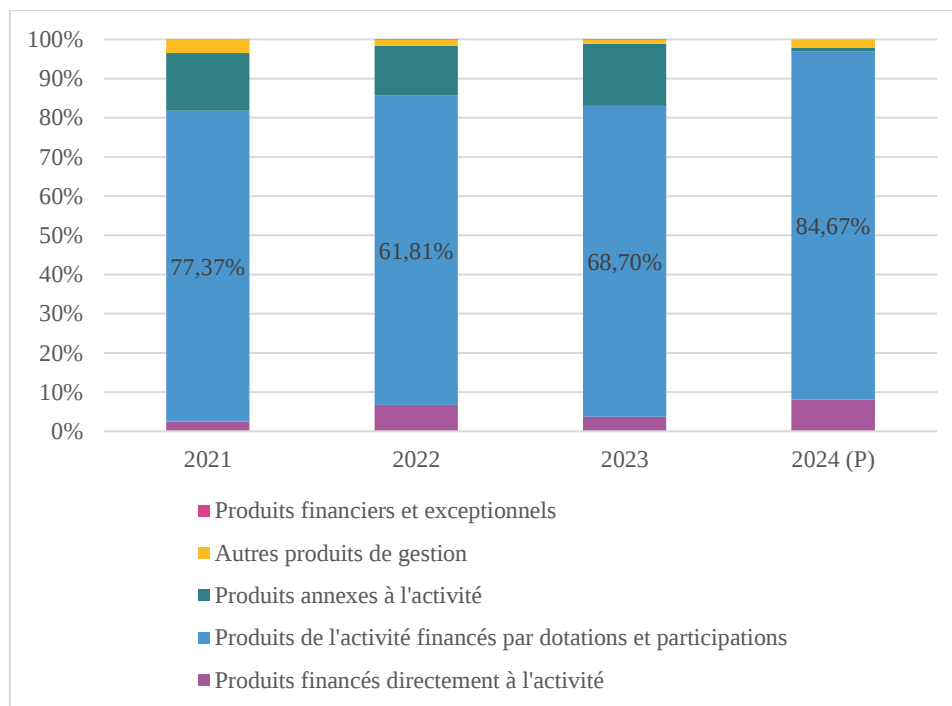
Tableau n° 11 : l'activité sanitaire et la durée moyenne de séjour

CHCBE		2021	2022	2023	2024
SMR	nb lits	35			
	nb j théoriques max	12 775			
	nb séjours	305	213	289	302
	nb journées	11 453	7 109	10 168	10 990
	Taux d'occupation	90%	56%	80%	86%
	DMS (en j)	37,6	33,4	35,2	36,4
MCO (hors séances)	nb lits	15			
	nb j théoriques max	5475			
	nb séjours	108	111	171	392
	nb journées	2147	1 728	2 738	3 691
	Taux d'occupation	39%	55%	67%	67%
	DMS (en j)	19,9	15,6	16,0	9,4

Source : CHCBE

Les financements, par dotations et participations, sont les plus importants pour le budget H tout au long de la période sous revue. Les produits annexes à l'activité tels que les remboursements des budgets annexes ont évolué entre 1,4 M€ en 2021 et 1,8 M€ en 2023, les écritures afférentes ne sont pas effectives au moment du contrôle pour l'exercice 2024.

Graphique n° 1 : structure des produits de fonctionnement du budget H



Source : CRC de Guadeloupe

En ce qui concerne l'Ehpad, les produits des soins ont augmenté de 20,9 %, passant de 3,1 M€ à 3,7 M€ entre 2021 et 2024, avec une variation annuelle moyenne de 6,5 %, tandis que ceux de la dépendance ont diminué de -37,7 %, et ceux de l'hébergement n'ont augmenté que de 18,5 %.

La dépendance, notifiée par le conseil départemental, comprend une part correspondant à la dotation versée sous forme de mensualité et une autre part correspond au ticket modérateur laissé à la charge du résident ou du département selon les ressources de l'hébergé. La chambre a constaté l'absence de facturation du tarif dépendance durant la période sous revue, confirmé par le comptable public³¹. La diminution du montant total de la dotation globale dépendance ainsi calculée s'explique par la convergence négative qui s'applique à l'établissement³².

Selon les dispositions prévues dans les arrêtés tarifaires fixant la dotation globale dépendance, chaque année, le CHCBE doit facturer la part des résidents pour des montants

³¹ Courriel du comptable public du 21 mars 2025

³² La notion de convergence négative fait suite à la réforme de la section dépendance reposant sur le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. Le texte met en place une dotation cible calculée par le département à compter de 2017. Les établissements ont 6 ans pour atteindre cette cible, on parle alors de « convergence négative » lorsque la dotation antérieure à 2017 présentait un montant supérieur à la cible.

déterminés par l'arrêté annuel. Ainsi, la chambre constate que sur la période sous revue pas moins de 735 603,59 euros n'ont pas été facturés³³ aux résidents.

L'activité de l'Ehpad a progressé en termes de journées (+ 23,05 % entre 2021 et 2024). Cependant, les produits relevant de l'hébergement sont en diminution en raison de la baisse du tarif hébergement de 120 euros en 2021 à 117,02 euros à compter de 2022³⁴.

4.1.3 Les charges de fonctionnement

Tableau n° 12 : consolidation de charges de fonctionnement

	2021	2022	2023	2024	Evol. 204/2021
<i>Budget principal - H</i>	12 304 391	12 607 497	14 352 158	14 532 470	18,1 %
<i>Budget USLD - B</i>	3 561 341	1 996 852	2 755 640	1 677 357	-99,9 %
<i>Budget Ehpad - E</i>	8 106 019	7 142 207	7 556 955	6 230 174	-23,1 %
<i>Budget accueil de jour - P</i>	231 835	206 795	321 267	327 806	41,4 %
Total	23 971 751	21 953 351	24 986 020	22 767 807	-5 %

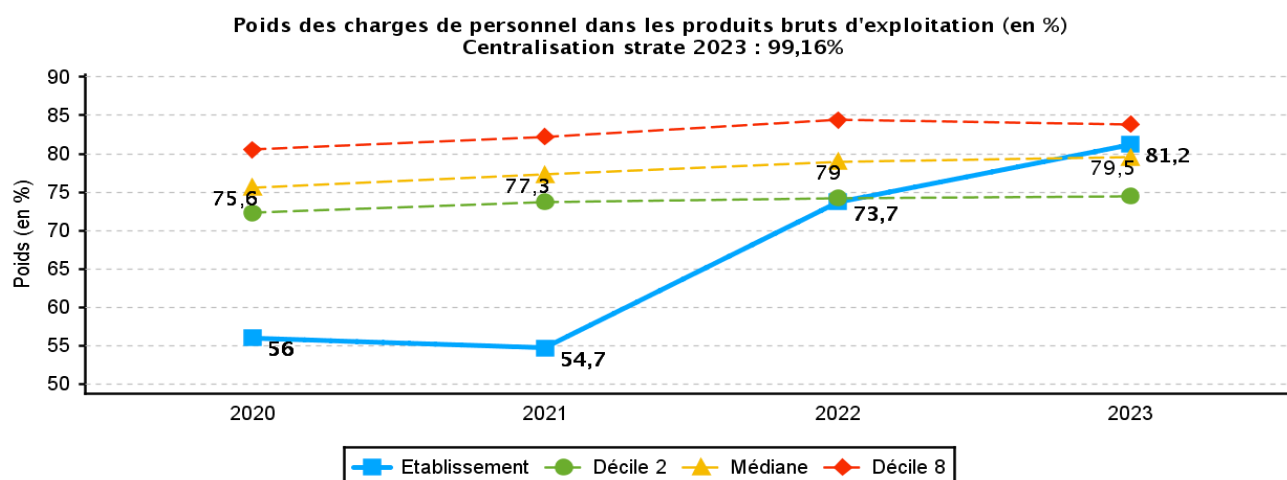
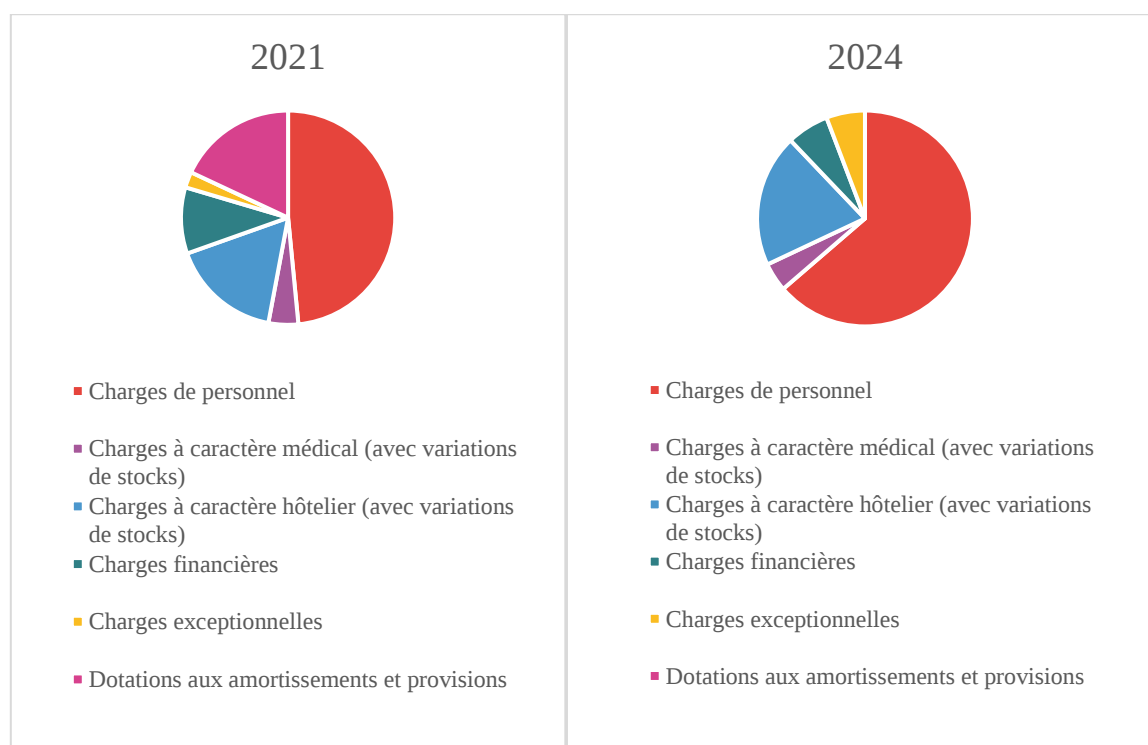
Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes de gestion

Les charges de fonctionnement baissent de -5 % entre 2021 et 2024. Les charges du budget principal représentent 57,4 % du total en 2023 et sont globalement les plus importantes sur l'ensemble de la période.

La structure des charges de fonctionnement du budget principal est relativement classique pour un établissement de cette taille. Le poids des charges de personnel sur les charges de fonctionnement a progressé chaque année entre 48,5 % en 2021 et 63,7 %, avec une légère décélération en 2023 (57,8 %).

³³ Arrêté portant fixation du forfait global dépendance au titre de l'année 2021 n° 2021/DGAS/65/ du 1^{er} février 2021, arrêté portant fixation du forfait global dépendance au titre de l'année 2022 n° 2022/DGAS/584 du 19 décembre 2022, arrêté portant fixation du forfait global dépendance au titre de l'année 2023 n° 2023/DGAS/295 du 1^{er} août 2023, arrêté portant fixation du forfait global dépendance au titre de l'année 2024 n° 2024/DGAS/379 du 7 août 2024.

³⁴ Délibération de la commission permanente du conseil départemental ayant pour objet : subvention exceptionnelle à l'hôpital local de Capesterre Belle Eau signée le 28 avril 2017, avenant n° 2 à la convention entre le conseil départemental et le centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau, signé le 6 juillet 2017.

Graphique n° 2 : poids des charges de personnel**Graphique n° 3 : la répartition des charges de fonctionnement du budget H en 2021 et en 2024**

Source : CRC de Guadeloupe

NB : les écritures de clôture sur les amortissements et les stocks ne sont pas effectifs pour 2024.

Les charges de personnel (titre 1) nettes du budget principal subissent une hausse de 155,7 %, passant de 5,9 M€ à 9,2 M€ soit + 3,3 M€. Cette augmentation s'explique en partie

par la progression du nombre d'ETP (+ 22,9 %), mais aussi par les revalorisations³⁵ décidées par le ministère depuis 2018 (crise sanitaire, Ségur de la santé). À ces évolutions, s'ajoutent une hausse à la fois des dépenses pour le personnel non médical (+ 44,9 % entre 2021 et 2024) et pour le personnel médical (+ 204,5 %) soit + 0,78 M€. Cette dernière augmentation est déconnectée de l'évolution de l'activité sanitaire de l'établissement (+ 46,6 % entre 2021 et 2022).

Tableau n° 13 : l'évolution des effectifs totaux

Filières	2021	2022	2023	2024	Evol. 204/2021
Administratifs	27,38	27,91	29,42	31,55	15,2
Soignants	125,72	141,94	156,6	155,75	23,8
Educatifs et sociaux	9,41	7,98	6,97	7,48	-20,5
Médico techniques	2,04	1,99	2,5	5,64	176,4
Techniques et ouvriers	32,94	39,62	38,57	42,38	28,6
Total	197,49	219,44	234,06	242,8	22,9

Source : CHCBE

Le budget principal regroupe la quasi-totalité des charges à caractère médical, qui ont progressé de 13,5 % entre 2021 et 2024 avec un pic en 2022. Les dépenses de laboratoire ont fortement augmenté passant de 1 190 euros à 22 101 euros entre 2021 et 2024. De même, les dépenses liées aux consultations spécialisées ont été de l'ordre de 18 832 euros en 2024 alors qu'il n'y avait aucune dépense de cet ordre en 2021.

Les budgets H et E regroupent la quasi-totalité des charges à caractère hôtelier et général soit 2,9 M€ pour le budget H et 1 M€ pour le budget E.

Les autres charges du budget H ont diminué de 27 % entre 2021 et 2023 (les dotations aux amortissements n'étant pas effectives pour 2024).

³⁵ Concernant les personnels non médicaux, l'augmentation s'explique par l'effet en année pleine du complément de traitement indiciaire et par la revalorisation des grilles indiciaires des corps paramédicaux de catégorie A et C au 1^{er} octobre 2021 (accords de Ségur).

4.2 La formation de la marge brute

La marge brute d'exploitation

La marge brute d'exploitation correspond à la différence entre les produits courants et les charges courantes de fonctionnement, hors produits et charges calculés (dotations aux amortissements, provisions, dépréciations et reprises). Elle intègre les autres produits et charges de gestion courante (hors tout ce qui est financier et exceptionnel), qui ne sont pas directement liés à la prise en charge hospitalière, mais participent au fonctionnement de l'établissement. Le taux de marge brute rapporte la marge brute aux produits courants.

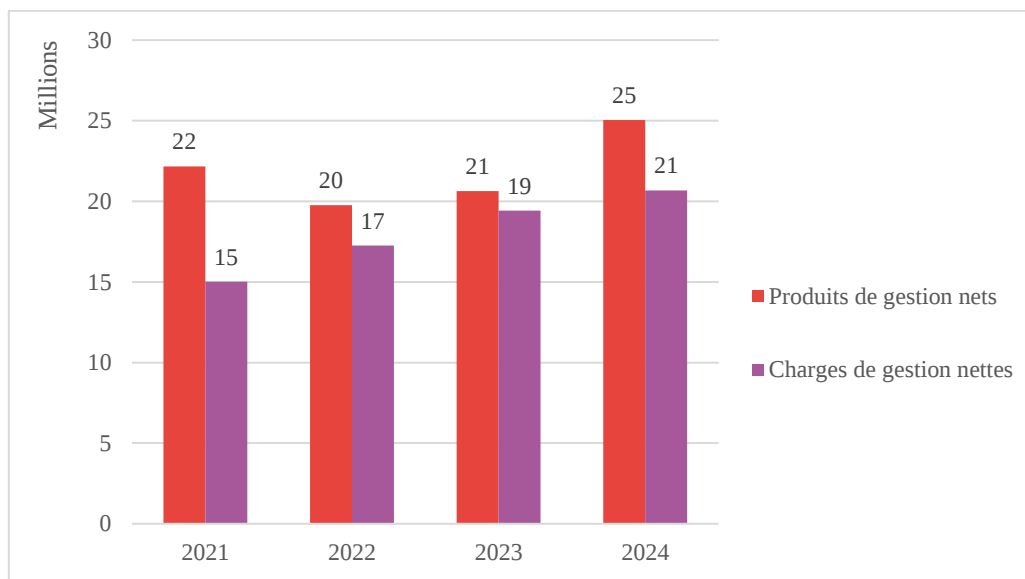
La marge brute d'exploitation est un indicateur central de la performance financière d'un établissement de santé. Un taux cible alors estimé à 8 % permet un financement équilibré et soutenable des investissements. Ce taux est à moduler selon les modalités utilisées.

La marge brute de l'établissement a connu une diminution importante entre les exercices 2021 et 2024. Elle est en effet passée de 7,2 M€ à 4,3 M€. Cette évolution est due essentiellement à une augmentation plus forte des charges de gestion qui progressent de 11,3 % entre 2021 et 2024, alors que durant la même période les produits de gestion n'ont augmenté que de 4,1 %.

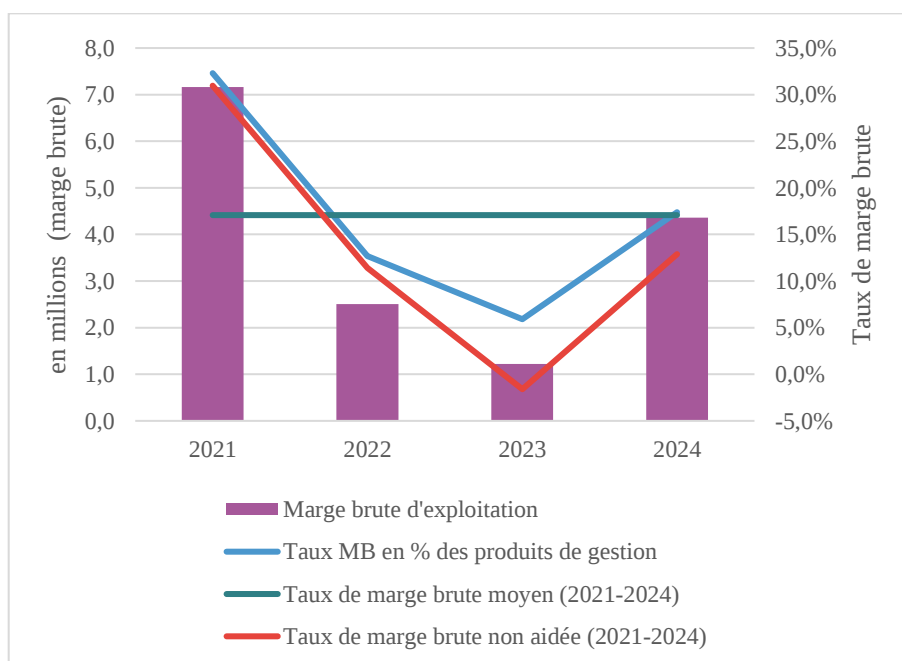
Tableau n° 14 : marge brute d'exploitation (en €)

	2021	2022	2023	2024	Var. annuelle moyenne
<i>Produits de l'activité et de la tarification (a)</i>	19 717 829	17 859 914	17 034 209	23 455 458	6,0%
<i>+Autres produits de gestion hors atténuation de charges (b)</i>	2 449 759	1 899 702	3 605 649	1 585 950	-13,5%
<i>= Produits de gestion (c=a+b)</i>	22 167 587	3 470 900	20 639 858	25 041 408	4,1%
<i>Charges de personnels nettes</i>	11 095 133	13 443 883	15 187 190	16 331 390	13,8%
<i>Autres charges de gestion nettes</i>	3 911 114	3 809 319	4 233 472	4 352 030	3,6%
<i>= Charges de gestion nettes</i>	15 006 247	17 253 202	19 420 662	20 683 420	11,3%
<i>Marge brute d'exploitation</i>	7 161 341	2 506 413	1 219 196	4 357 988	-15,3%
<i>-Aides exceptionnelles reçues</i>	298 000	248 333	1 550 000	1 133 333	-
<i>Marge brute d'exploitation non aidée</i>	6 863 341	2 258 080	-330 804	3 224 655	-
<i>Taux MB en % des produits de gestion</i>	32,3%	12,7%	5,9%	17,4%	17,1%
<i>Taux MB en % des produits de gestion (non aidé)</i>	31,0%	11,4%	-1,6%	12,9%	13,4%

Source : CRC Guadeloupe à partir des comptes de gestion

Graphique n° 4 : évolution des produits et des charges et de la marge brute (en millions d'euros)

Source : CRC Guadeloupe d'après les comptes financiers et le compte provisoire de 2024



Source : CRC Guadeloupe d'après les comptes financiers et le compte provisoire de 2024

Sous réserve des écritures de clôture de 2024, la marge brute se redresse (4,4 M€) après avoir connu son niveau le plus bas en 2023 (1,2 M€) mais de l'ordre de -0,3 M€ hors aides exceptionnelles. Cette amélioration résulte de l'augmentation plus rapide des produits de gestion en 2024 (+4,4 M€ par rapport à 2023) que des charges (+1,3 M€ par rapport à 2023).

L'établissement a une moyenne de marge brute consolidée de 4,25 % au cours de la période considérée, ce qui est largement supérieur à l'objectif de 3 % des produits fixé par le CSP, qui doit permettre le financement de la charge annuelle de la dette et d'un socle

d'investissements courants. La marge brute a été de l'ordre de 5,9 % des produits courants de fonctionnement en 2023 grâce à une aide exceptionnelle de l'ARS de Guadeloupe titrée à hauteur de 1 550 000 euros. De même que pour les résultats du CH, la marge brute est à mesurer au regard des apports exceptionnels de l'ARS.

4.3 La capacité d'autofinancement brute

La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) est la différence entre les produits encaissables et les charges décaissables. Elle mesure la capacité de l'établissement de dégager un autofinancement susceptible de couvrir les dépenses d'investissement à venir hors recours à l'emprunt. Cet indicateur permet donc d'évaluer la capacité de l'établissement de mener à bien des opérations d'investissement.

Le taux de CAF brute est là encore réduit, avec une moyenne de 8,1 % en 2023. La CAF brute ne permet pas de couvrir le remboursement du capital de la dette durant cet exercice. L'annuité moyenne de la dette de 2021 à 2024 s'élève à 3 148 748 euros, ce qui explique une capacité d'autofinancement moyenne négative en 2023 (-1 499 846 euros).

Tableau n° 15 : la capacité d'autofinancement consolidée (principal + budgets annexes)

<i>En €</i>	2021	2022	2023	2024 (P)	<i>Var. ann. moy.</i>
= Produits de gestion	22 167 587	19 759 616	20 639 858	25 041 408	4,1%
= Charges de gestion nettes	15 006 247	17 253 202	19 420 662	20 683 420	11,3%
Marge brute d'exploitation (a)	7 161 341	2 506 413	1 219 196	4 357 988	-15,3%
Taux MB en % des produits de gestion	32,3%	12,7%	5,9%	17,4%	
(+/-) Résultat financier	-1 856 470	-1 711 937	-1 518 140	-917 324	-20,9%
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions et hors LAMDA)	1 905 352	4 571 378	3 458 509	3 069 497	17,2%
- Charges exceptionnelles réelles	801 506	798 041	1 484 137	1 149 919	12,8%
= Capacité d'autofinancement brute	6 408 718	4 567 813	1 675 429	5 360 242	-5,8%
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	28,9%	23,1%	8,1%	21,4%	
- Annuité en capital de la dette	3 067 417	3 120 501	3 175 275	3 231 798	1,8%
= Capacité d'autofinancement nette	3 341 300	1 447 312	-1 499 846	2 128 444	-14,0%
Taux de CAF nette en % des produits de gestion	15,1%	7,3%	-7,3%	8,5%	-17,4%

Source : CRC de Guadeloupe

4.4 Le financement des investissements

Sur la période, la CAF brute a pu couvrir les annuités en capital de la dette à l'exception de l'exercice 2023 qui s'est soldé par une CAF nette négative (- 1,5 M€). Pour rappel, la faiblesse de la CAF nette, une fois la dette remboursée, a pour corollaire l'insuffisance de financement permettant l'entretien et le renouvellement normal des équipements, ce qui constitue un risque majeur pour l'établissement.

Le CHCBE a perçu sur les quatre exercices 1 243 088 euros de subventions d'équipement, auxquelles il convient d'ajouter un apport en capital de 13 172 645 euros au titre de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. L'établissement a disposé d'une capacité de financement propre, excepté sur l'exercice 2023, qui atteint 2 667 972 euros pour l'exercice 2024 (cf. annexe n° 6).

Le financement propre disponible s'élève à 21 332 789 euros et a été suffisant pour couvrir les besoins de financement propres qui se sont élevés sur les quatre exercices à 6 484 665 euros en cumulé.

Le résultat de 2,6 M€ évoqué précédemment a permis un apport au fond de roulement, excepté pour l'année 2023 qui s'est traduite par un prélèvement sur le fond de roulement. Compte tenu de l'atonie de sa politique d'investissement, le CHCBE n'a pas eu besoin de recourir à l'emprunt durant la période sous revue.

Concomitamment, l'établissement a bénéficié d'un soutien financier du département de la Guadeloupe pour un montant de 1,5 M€ annuels durant 20 ans ramené ensuite à 0,9 M€ jusqu'en 2039. Encadrée par une convention pluriannuelle, celle-ci a effectivement été versée durant la période sous revue. Cette aide doit servir au remboursement des charges inhérentes à l'emprunt contracté pour la reconstruction de l'hôpital auprès de Dexia et de la Caisse des dépôts et consignations-fonds d'épargne.

À partir de 2024, la charge de la dette sur les deux emprunts précités, devient inférieure au soutien financier de 0,9 M€ versé par le département. Il reste 18 539,17 euros non utilisés, ce montant étant amené à augmenter au moins jusqu'à 2029. Au vu de la situation de l'établissement, il est utile d'assurer la traçabilité des reliquats de cette subvention dans l'attente de dispositions à arrêter avec le conseil départemental.

Le taux de dépendance financière, qui mesure le rapport entre les dettes à moyen et long terme et les capitaux permanents diminue progressivement, mais demeure très largement supérieur au taux de la médiane des établissements de santé.

La durée apparente de la dette, rapport entre l'encours de la dette et la CAF connaît une augmentation continue sur les exercices sous revue, en raison de la détérioration de la CAF. Alors que pour l'exercice 2021, la durée apparente de la dette était identique à la médiane, pour les exercices suivants, la durée médiane baisse alors que la durée du CHCBE augmente considérablement.

Enfin, si le poids de la dette, c'est-à-dire l'encours de la dette au regard des produits de toutes les activités connaît une baisse constante, il demeure très largement supérieur à la médiane des établissements. Cette baisse est due aux importantes subventions en exploitation octroyées à l'établissement.

Tableau n° 16 : le poids de la dette

	2021	2022	2023	2024 (P)
<i>Encours des emprunts</i>	34 332 562 €	31 212 061 €	28 036 786 €	NC
<i>Taux de dépendance financière CHCBE</i>	43%	40,50%	36,8%	NC
<i>Taux de dépendance financière médiane</i>	29,6%	29%	28,4%	NC
<i>Durée apparente de la dette CHCBE (en années)</i>	5,4	6,8	16,7	NC
<i>Durée apparente de la dette CHCBE (en années) médiane</i>	5,3	3,2	0,6	NC
<i>Poids de la dette CHCBE</i>	152%	135,7%	123,7%	-
<i>Poids de la dette médiane</i>	34%	32,9%	31,3%	-

Source : Comptes financiers

En matière de planification, les outils réglementaires que constituent le plan prévisionnel d'investissement (PPI) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) sont insuffisamment renseignés et ne permettent pas de comprendre la stratégie d'investissement.

4.5 Les valeurs bilanciellles

4.5.1 Le fonds de roulement

Différence entre les ressources stables et les emplois à long terme, un fonds de roulement adapté doit permettre de couvrir le besoin en fonds de roulement généré par l'exploitation. Le fonds de roulement mesure la trésorerie disponible pour couvrir en priorité le besoin issu du cycle d'exploitation, c'est-à-dire le besoin en fonds de roulement. Entre 2021 et 2024, les emplois stables n'ont pratiquement pas varié. Ils sont passés de 94 396 828 euros à 93 776 429 euros. Dans le même temps, les ressources stables ont diminué de 5,78 %, passant de 85 681 008 euros en 2021 à 80 994 828 euros pour l'exercice 2024 (cf. annexe n° 6).

Le fonds de roulement net global (FRNG) a augmenté de quatre jours en moyenne en 2021 à 98 jours en raison de deux facteurs : la baisse de l'actif immobilisé et la hausse des capitaux propres (créance de l'article 50). La médiane des établissements comparables était de 91,3 jours en 2023 ce qui place l'établissement à un bon niveau.

Tableau n° 17 : le fonds de roulement net global

<i>en €</i>	2021	2022	2023	2024
<i>Fonds de roulement net global (FRNG)</i>	148 471	4 616 847	1 419 896	4 209 335
<i>FRNG en nombre de jours de charges courantes</i>	3,61	97,67	26,69	74,28

Source : CRC Guadeloupe

4.5.2 Le besoin en fonds de roulement et la trésorerie

Le besoin en fonds de roulement (BFR) correspond à la différence entre, d'une part, l'ensemble des créances et des stocks, et d'autre part, les dettes à court terme (dettes fournisseurs, dettes fiscales et sociales, etc.). Celui du CHCBE est élevé, ce qui fragilise la situation de trésorerie de l'établissement. Il traduit le décalage entre la perception des recettes et le paiement des dépenses ainsi, une dette constatée mais non payée permet de diminuer ce besoin.

Tableau n° 18 : le besoin en fonds de roulement et la trésorerie

<i>en €</i>	2021	2022	2023	2024
<i>Besoin en fonds de roulement (BFR)</i>	722 215	3 827 822	2 957 001	3 650 180
<i>BFR en nombre de jours de charges courantes</i>	18	81	56	64
<i>Trésorerie nette = FRNG - BFR</i>	-573 744	789 025	-1 537 105	559 155
<i>Trésorerie en nombre de jours de charges courantes</i>	-14	17	-29	10

Source : CRC Guadeloupe

L'établissement connaît des difficultés de trésorerie depuis plusieurs années, car dès 2019, le CHCBE a été placé sous l'observation du comité régional de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé (COREVAT)³⁶, qui est chargé de prévenir les situations d'insuffisance de trésorerie des EPS en mettant en place une veille active sur l'évolution de la trésorerie des établissements concernés et en apportant en première intention, les solutions visant à prévenir toute situation de risque de défaut de paiement.

La situation de la trésorerie s'est dégradée entre 2021 et 2024. En 2021 et 2023, la trésorerie était négative, le besoin en fonds de roulement étant supérieur au fonds de roulement.

Au 1^{er} janvier 2025, la dette fournisseurs s'élevait à 4 M€, réduite à 2,6 M€ au 23 janvier 2025.

³⁶ Circulaire interministérielle N° DGOS/PF1/DDS/DGFIP/2012/350 du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé

Enfin, le CHCBE, bénéficie d'une ligne de trésorerie de l'ARS de 2,5 M€ qu'il a mobilisée à hauteur de 2 M€.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHCBE a présenté sur la période sous revue des résultats excédentaires (excepté pour l'exercice 2023), dont la fiabilité peut être remise en question, qui ne le sont que grâce à des aides importantes de l'ARS. Cependant, la marge brute d'exploitation est en baisse, les charges de gestion progressant plus vite que les produits de gestion. L'établissement présente un besoin en fonds de roulement élevé qui nécessite une trésorerie importante. En présence d'une trésorerie insuffisante, l'ARS verse des aides exceptionnelles qui masquent la situation structurellement dégradée du CHCBE.

5 UNE COLLABORATION AVEC LES ÉTABLISSEMENTS MCO À RENFORCER POUR CONFORTER SON ACTIVITÉ

La saturation des services d'urgence, exerce une pression sur les services d'hospitalisation des établissements MCO (CHU et CHBT), qui s'efforcent d'orienter le plus rapidement possible leurs patients vers d'autres structures ou établissements d'accueil en aval. Or, le CHCBE est dans l'incapacité de satisfaire les sollicitations des deux principaux établissements de la région et d'accueillir ces patients, alors même que le taux d'occupation du service de médecine est faible.

5.1.1 Le groupement hospitalier de territoire de Guadeloupe n'a pas mis en œuvre les outils de collaboration entre les établissements membres

Le rôle du groupement hospitalier de territoire

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé instaure les groupements hospitaliers de territoire (GHT)³⁷. Tout établissement public de santé est tenu d'adhérer à un GHT, sauf exception, au 1^{er} juillet 2016³⁸.

L'article L. 6132-61 du CSP, précise que « le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. »

Le projet médical partagé (PMP) prévu à l'article R. 6132-3 du CSP définit la stratégie médicale du groupement et prévoit les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes et les liens avec les hôpitaux de proximité.

La convention constitutive du GHT de la Guadeloupe, prévoit dans son premier article « Orientations stratégiques du projet médical partagé » que les établissements parties à la présente constitution « mettent en œuvre d'ici la fin 2020 un projet médical partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce une stratégie de prise en charge commune et graduée »³⁹.

Même si d'autres modes de coopération entre établissements peuvent être envisagés afin d'assurer un meilleur accès aux soins et une meilleure fluidité des parcours patients, le GHT ne dispose pas d'un PMP depuis sa création. Il est donc sans feuille de route stratégique.

³⁷ 135 GHT étaient créés en juillet 2016. En mars 2019, le GHT de Guadeloupe est le 138^{ème}, deux ans et demi après l'échéance de droit commun.

³⁸ Article L. 6132-1-I du CSP.

³⁹ Convention constitutive du GHT de Guadeloupe signée le 22 mars 2019

5.1.2 Plusieurs solutions sont envisageables pour renforcer le rôle du CHCBE

5.1.2.1 Le principe d'une direction commune pourrait rapprocher des établissements tout en préservant leur autonomie

La direction commune

La direction commune constitue un regroupement d'établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux. Ce mode de coopération n'entraîne pas la perte de la personnalité juridique des établissements, mais permet la mutualisation de leurs moyens impliquant la nomination par le centre national de gestion (CNG) d'un directeur commun ainsi que d'une équipe de direction commune (si nécessaire).

Des délibérations identiques des organes décisionnaires (conseils d'administration et/ou de surveillance) de chaque établissement partie à la direction commune sont nécessaires afin de la mettre en œuvre.

Conformément aux dispositions de l'article L. 313-24-2 du CASF, le préfet ou le DGARS peut demander à deux ou plusieurs établissements autonomes relevant de sa compétence exclusive ou conjointe mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 de conclure une convention de direction commune.

La fluidité du parcours patient, pourrait être améliorée par la mutualisation de la fonction de « *bed manager*⁴⁰ » qui n'existe pas au sein du CHCBE.

Enfin, il ne faut pas négliger l'expertise que par leur taille, les deux établissements MCO du territoire c'est-à-dire le CHUG et le CHBT, pourraient apporter au CHCBE tant en matière de gestion soignante, administrative, technique que médico économique.

5.1.2.2 La fusion d'établissement permet une intégration forte de plusieurs établissements

L'article L. 6141-7-1 du CSP prévoit la fusion entre deux ou plusieurs établissements publics de santé. Elle s'effectue, soit par la création d'une nouvelle personne morale, soit par le maintien de la personnalité morale de l'un des établissements partie à la fusion. Cette dernière est réalisée à l'initiative des établissements partie à la fusion.

L'article L. 6131-2 du CSP indique que le DGARS peut demander à des EPS de prendre une délibération tendant à la fusion des établissements.

Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

⁴⁰ Personnel soignant chargé d'optimiser la disponibilité des lits

Compte tenu de l'existence d'une seule et unique personne morale, cette solution présente l'avantage d'une plus grande facilité de la mise en œuvre des parcours patients.

5.1.2.3 Le renforcement de l'équipe de direction

Enfin, indépendamment des deux solutions évoquées précédemment, l'équipe de direction du CHCBE doit être étoffée d'un point de vue quantitatif, mais aussi en termes d'expérience et d'expertise.

5.1.3 La mutualisation des ressources médicales peut contribuer à réduire la durée moyenne de séjour du CHCBE

La valorisation des séjours MCO

La facturation est effectuée sur le fondement d'un séjour hospitalier. Les informations administratives et médicales concernant le séjour (diagnostic, actes réalisés, comorbidité intervention, durée de l'hospitalisation, caractéristiques du patient) permettent la classification de ce séjour dans un Groupe homogène de malade (GHM) qui est associé à un tarif journalier dénommé Groupe homogène de séjour (GHS).

Lorsque les séjours dépassent un nombre de jours maximal déterminé par la tutelle, chaque jour d'hospitalisation du patient au-delà de cette borne haute (EXH) fait l'objet d'une facturation moins importante, qui pénalise l'établissement. La rémunération journalière de l'établissement pour ces séjours se réduit, alors même que les moyens engagés notamment en termes de personnels sont identiques. Le dispositif a vocation à inciter les services de soins à ne pas conserver inutilement des lits occupés.

La direction commune ou la fusion permettrait une meilleure fluidité des parcours patients, ainsi qu'une réduction de la durée moyenne de séjour (DMS), qui demeure élevée et pénalise financièrement l'établissement.

25 % des séjours en médecine au CHCBE, sont supérieurs à leur DMS. Une des principales raisons qui explique ces durées trop longues, réside, dans la difficulté d'accès de l'établissement aux médecins de spécialité, soit hospitaliers, soit libéraux. Les délais de rendez-vous sont longs et les difficultés de trésorerie du CHCBE peuvent provoquer le renoncement de certains médecins libéraux compte tenu des difficultés de paiement.

Une direction commune ou une fusion avec des établissements comme le CHUG ou le CHBT, pourrait permettre un accès plus rapide à certaines spécialités médicales dont le CHCBE a besoin, en l'occurrence, en cardiologie, endocrinologie et neurologie.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire.....	61
Annexe n° 2. Définition des activités du CHCBE	62
Annexe n° 3.Exemple de restitution de l'indice de pilotage comptable du CHCBE 2023.....	63
Annexe n° 4. Discordances entre l'état de l'actif du comptable et celui du CHCBE	64
Annexe n° 5. Tableaux synthétiques des budgets annexes	65
Annexe n° 6. Tableaux synthétiques du compte de résultat principal	67
Annexe n° 7. Données d'activités 2024 (DIM).....	71
Annexe n° 8. Répartition des patients par tranches d'âge en 2024 (activités sanitaires)	72

Annexe n° 1. Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
CAF	Capacité d'autofinancement
CET	Compte épargne temps
CF	Compte financier
CGFP	Code général de la fonction publique
CME	Commission médicale d'établissement
COREVAT	Comité régional de veille active sur la situation de trésorerie
CREA	Compte de résultat analytique
CS	Conseil de surveillance
CSP	Code de la santé publique
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS	Établissement public de santé
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Fonction achats mutualisés
FICOM	Fichier commun des comptes
GHM	Groupe homogène de malade
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique
PACS	Picture Archiving and Communication System
PH	Praticien hospitalier
PMP	Projet médical partagé
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PRS	Plan régional de santé
RIA	Rapport infra-annuel
SMR	Soins médicaux de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
USLD	Unité de soins de longue durée

Annexe n° 2.Définition des activités du CHCBE

Médecine :

L'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel (article R. 6123-149 du CSP)

Soins médicaux de réadaptation (SMR) :

L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales (article R. 6123-118 du CSP)

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Hébergement à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, des personnes âgées dans les conditions fixées à l'article [D. 313-15](#) et fournissent à chaque résident, a minima, le socle de prestations d'hébergement. Ils proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée. Ils mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillie (article D. 312-155-0 1°) du CASF)

Unité de soins longue durée (USLD)

Ce sont des unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum (Article 1 de l'arrêté du 12 mai 2006, relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée)

Unité d'hébergement renforcée (UHR)

L'unité d'hébergement renforcé héberge des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents (Article D. 312-155-0-2 du CASF).

Annexe n° 3.Exemple de restitution de l'indice de pilotage comptable du CHCBE 2023

Contrôles comptables automatisés intégrés dans le calcul de l'IPC CHCBE

CCA	Descriptif du contrôle	2023 Situation cible (*)	2023 situation actuelle	2022
Thème "Immobilisations"				
01.062	Vérification du sens des soldes des comptes de la classe 2			
03.04	Contrôle de l'existence d'opérations de sortie de biens de l'actif dès lors qu'un produit de cession a été enregistré			
04.01	Contrôle de l'existence d'amortissements sur des comptes devant faire l'objet d'un amortissement obligatoire			
04.02	Contrôle de l'équilibre des dotations aux amortissements de l'exercice			
04.10	Contrôle de l'absence de sur-amortissement			
10.01	Contrôle de l'apurement des immobilisations en cours			
10.02	Contrôle de l'apurement de certaines immobilisations incorporelles			
10.05	Contrôle des écritures de transfert et de reprise d'immobilisations chez le remettant			
10.06	Contrôle des écritures de transfert et de reprise d'immobilisations chez le bénéficiaire			
	Nombre d'item(s) validé(s)	3 / 5	2 / 5	2 / 5
	Score total du thème	60,00	40,00	40,00
Thème "Provisions et dépréciations"				
06.01	Contrôle de l'équilibre des opérations de dotations aux provisions et dépréciations			
06.02	Contrôle de l'équilibre des opérations de reprises sur provisions et dépréciations			
06.08	Contrôle de la dépréciation des créances de plus de 2 ans			
07.02	Contrôle de l'équilibre des opérations de dotations aux amortissements des charges à répartir			
	Nombre d'item(s) validé(s)	1 / 1	1 / 1	1 / 1
	Score total du thème	100,00	100,00	100,00
Thème "Fonds propres et subventions reçues"				
01.061	Vérification du sens des soldes des comptes de la classe 1			
01.070	Contrôle de la présence simultanée d'un solde non nul aux comptes 110 ou 119 en balance de sortie			
05.01	Contrôle de l'existence de reprises des subventions et fonds affectés transférables			
	Nombre d'item(s) validé(s)	2 / 3	1 / 3	1 / 3
	Score total du thème	66,66	33,33	33,33
Thème "Stocks"				
01.063	Vérification du sens des soldes des comptes de la classe 3			
11.03	Contrôle de l'utilisation des comptes d'achats stockés			
11.04	Contrôle de l'équilibre des stocks de matières premières (c/31-c/8031) et autres approvisionnements (c/32-c/8032)			
11.06	Contrôle de l'équilibre des en-cours de production de biens ou de services, des stocks de produits et des stocks de marchandises			
	Nombre d'item(s) validé(s)	2 / 2	1 / 2	1 / 2
	Score total du thème	100,00	50,00	50,00
Thème "Trésorerie"				
01.065	Vérification du sens des soldes des comptes de la classe 5			
	Nombre d'item(s) validé(s)	0 / 1	0 / 1	0 / 1
	Score total du thème	0,00	0,00	0,00
Thème "Comptes de tiers"				
01.064	Vérification du sens des soldes des comptes de la classe 4			
09.02	Contrôle des opérations pour le compte de tiers n'ayant fait l'objet d'aucun mouvement depuis au moins deux exercices complets			
12.06	Contrôle de l'apurement des comptes de TVA			
13.01	Contrôle de l'apurement des comptes d'imputation provisoire de recettes			
13.02	Contrôle de l'apurement des comptes d'imputation provisoire de dépenses			
	Nombre d'item(s) validé(s)	0 / 3	0 / 3	0 / 3
	Score total du thème	0,00	0,00	0,00
Thème "Produits et charges"				
01.066	Vérification du sens des soldes des comptes de la classe 6			
01.067	Vérification du sens des soldes des comptes de la classe 7			
07.03	Contrôle de l'existence de l'amortissement annuel des charges à répartir			
08.01	Contrôle de l'existence du rattachement des charges et des produits, et de leur régularisation (hors ICNE)			
	Nombre d'item(s) validé(s)	3 / 3	2 / 3	2 / 3
	Score total du thème	100,00	66,67	66,67
Nombre total d'item(s) validé(s)		11 / 18	7 / 18	7 / 18
Score total de la collectivité		61,11	38,89	38,89

Légende :

	Item validé
	Item non validé
	Item non testé

(*) si écritures de clôture transmises et prises en charge avant le 30/06/2024

Annexe n° 4. Discordances entre l'état de l'actif du comptable et celui du CHCBE

NIVEAU DE TOTALISATION	COMPTE	DÉSIGNATION DU BIEN	VALEUR BRUTE DE L'ACTIF DU COMPTABLE	VALEUR BRUTE DE L'ACTIF DE L'ÉTABLISSEMENT	DISCORDANCE
Sous-total	2031	frais d'études	374 605,31 €	0,00 €	374 605,31 €
Sous-total	2032	frais recherche et dev	5 913,08 €	0,00 €	5 913,08 €
Sous-total	2033	frais d'insertion	27 009,57 €	0,00 €	27 009,57 €
Sous-total	2051	concessions et droit similaires	104 926,64 €	86 604,75 €	18 321,89 €
Sous-total	21111	terrains nus - autres	1 052 189,29 €	0,00 €	1 052 189,29 €
Sous-total	2114	terrains de gisement	1 524,49 €	0,00 €	1 524,49 €
Sous-total	2122	terr aménagés	19 449,81 €	17 005,20 €	2 444,61 €
Sous-total	21311	batiments hospitaliers et administratifs	32 802 149,91 €	32 518 517,67 €	283 632,24 €
	21351			51 632,59 €	-51 632,59 €
Sous-total	213511	mat électrique	933 291,58 €	819 138,50 €	114 153,08 €
Sous-total	213512	mat téléphonique	13 244,17 €	0	13 244,17 €
Sous-total	213513	froid	3 940 017,37 €	3 940 017,37 €	0,00 €
Sous-total	213515	monte-charges et ascenseurs	458 864,29 €	458 864,29 €	0,00 €
Sous-total	213516	equipts sanitaires	709 859,46 €	709 859,46 €	0,00 €
Sous-total	213518	autres igaac	26 576 303,92 €	26 164 524,16 €	411 779,76 €
Sous-total	21358	igaac autres batiments	272 252,87 €	0,00 €	272 252,87 €
Sous-total	214513	froid	67 418,25 €	0,00 €	67 418,25 €
Sous-total	214516	equipements sanitaires	89 760,00 €	0,00 €	89 760,00 €
Sous-total	21531	etablissement principal	219 478,37 €	219 478,37 €	0,00 €
Sous-total	21534	usld activités relevant art I312-1	17 906,42 €	17 906,42 €	0,00 €
Sous-total	21541	etablissement principal	3 963 139,96 €	2 055 934,47 €	1 907 205,49 €
Sous-total	21811	etablissement principal	1 028 604,99 €	816 365,59 €	212 239,40 €
Sous-total	21814	usld activités relevant art I312-1	311 517,31 €	294 330,91 €	17 186,40 €
Sous-total	21821	etablissement principal	539 650,61 €	80 664,43 €	458 986,18 €
Sous-total	218311	etablissement principal	415 848,75 €	0,00 €	415 848,75 €
Sous-total	218321	etablissement principal	2 002 214,88 €	302 941,00 €	1 699 273,88 €
Sous-total	21841	etablissement principal	3 392 706,27 €	64 296,71 €	3 328 409,56 €
Sous-total	2313	constructions en cours sur sol propre	486 778,30 €	0,00 €	486 778,30 €
Sous-total	2381	avances versées sur commandes d'immobili	118 453,44 €	0,00 €	118 453,44 €
Sous-total	23823	constructions en cours sur sol propre	5 247 537,55 €	0,00 €	5 247 537,55 €
Sous-total	23828	autres immos corporelles en cours	11 550,04 €	0,00 €	11 550,04 €
Sous-total	2718	autres titres	304,90 €	0,00 €	304,90 €
Sous-total	274	prêts	5 137,53 €	0,00 €	5 137,53 €
Sous-total	275	dépôts et cautionnements versés	2 713,17 €	0,00 €	2 713,17 €
Sous-total	2763	créances au titre des dotations aux étab	7 903 587,00 €	0,00 €	7 903 587,00 €
Total général			93 115 909,50 €	68 618 081,89 €	24 497 827,61 €

Annexe n° 5. Tableaux synthétiques des budgets annexes

Tableau n° 19 : compte de résultat B – USLD

En €	2021	2022	2023	2024 (P)	Var. ann moy*
Produits de gestion	3 771 214	2 146 928	2 541 849	2 966 137	-7,7%
Charges de gestion nettes	1 190 808	1 454 328	1 794 385	1 556 132	9,3%
Marge brute d'exploitation	2 580 405	692 600	747 464	1 410 005	-18,2%
Taux MB en % des produits de gestion	68,4%	32,3%	29,4%	47,5%	-11,4%
(+/-) Résultat financier	0	0	0	0	0
+ Produits exceptionnels réels	0	55 693	321 050	115 775	-
- Charges exceptionnelles réelles	470 060	470 018	890 872	121 225	-36,3%
Autres produits d'exploitation (hors atténuations de charges)	0	55 693	321 050	115 775	-
Total des produits d'exploitation	3 771 214	2 202 621	2 862 899	3 081 912	-6,5%
Autres charges d'exploitation	2 370 532	540 402	961 255	121 225	-62,9%
Total des charges nettes d'exploitation	3 561 341	1 994 730	2 755 640	1 677 357	-22,2%
Résultat d'exploitation	209 873	207 891	107 259	1 404 555	88,4%

Source : comptes financiers (*variation annuelle moyenne)

Tableau n° 20 : compte de résultat E - EHPAD

En €	2021	2022	2023	2024 (P)	Var. ann moy*
Produits de gestion	6 298 149	5 429 519	5 448 766	7 298 600	5,0%
Charges de gestion nettes	5 329 107	5 557 155	6 073 719	6 044 555	4,3%
Marge brute d'exploitation	969 043	-127 636	-624 953	1 254 045	9,0%
Taux MB en % des produits de gestion	15,4%	-2,4%	-11,5%	17,2%	3,7%
(+/-) Résultat financier	-624 954	-591 145	-500 000	0	-100,0%
+ Produits exceptionnels réels	1 902 336	1 562 006	1 968 259	2 265 258	6,0%
- Charges exceptionnelles réelles	38 469	163 122	129 879	185 447	68,9%
Autres produits d'exploitation (hors atténuations de charges)	1 902 336	1 562 006	1 968 259	2 265 258	6,0%
Total des produits d'exploitation	8 200 486	6 991 525	7 417 025	9 563 858	5,3%
Autres charges d'exploitation	2 776 140	1 584 052	1 482 756	185 447	-59,4%
Total des charges nettes d'exploitation	8 105 247	7 141 207	7 556 475	6 230 002	-8,4%
Résultat d'exploitation	95 239	-149 682	-139 450	3 333 856	227,1%

Source : comptes financiers (*variation annuelle moyenne)

Tableau n° 21 : compte de résultat P – Accueil de jour

<i>En €</i>	2021	2022	2023	2024 (P)	Var. ann moy*
Produits de gestion	216 697	221 753	223 429	219 294	0,4%
Charges de gestion nettes	231 835	206 795	321 267	327 707	12,2%
Marge brute d'exploitation	-15 137	14 958	-97 838	-108 414	92,8%
Taux MB en % des produits de gestion	-7,0%	6,7%	-43,8%	-49,4%	92,0%
(+/-) Résultat financier	0	0	0	0	-
+ Produits exceptionnels réels	797	0	0	0	-100,0%
- Charges exceptionnelles réelles	0	0	0	99	-
Autres produits d'exploitation (hors atténuations de charges)	797	0	0	0	-
Total des produits d'exploitation	217 495	221 753	223 429	219 294	0,3%
Autres charges d'exploitation	0	0	0	99	-
Total des charges nettes d'exploitation	231 835	206 795	321 267	327 806	12,2%
Résultat d'exploitation	-14 340	14 958	-97 838	-108 513	96,3%

Source : comptes financiers (*variation annuelle moyenne)

Annexe n° 6. Tableaux synthétiques du compte de résultat principal

Tableau n° 22 : évolution des produits de fonctionnement

En €	2021	2022	2023	2024 (P)	Var. ann moy*
TOTAL DES PRODUITS DE FONCTIONNEMENT	12 190 166	15 300 733	14 360 720	15 262 814	7,8%
Produits financés directement à l'activité	2,46%	5,28%	3,23%	7,77%	46,9%
Produits de l'activité financés par dotations et participations	77,37%	61,81%	68,70%	84,67%	3,1%
Produits annexes à l'activité	14,34%	9,94%	13,75%	0,96%	-59,4%
Autres produits de gestion	3,30%	1,15%	0,85%	1,97%	-15,8%
Produits financiers et exceptionnels	0,09%	0,08%	0,13%	0,00%	-100,0%

Tableau n° 23 : évolution des charges de fonctionnement

En €	2021	2022	2023	2024 (P)	Var. ann moy*
TOTAL DES CHARGES DE FONCTIONNEMENT	12 304 391	12 607 497	14 352 158	14 532 470	5,7%
Charges de personnel	48,46%	59,57%	57,81%	63,68%	9,5%
Charges à caractère médical (avec variations de stocks)	4,49%	5,47%	2,61%	4,32%	-1,3%
Charges à caractère hôtelier (avec variations de stocks)	16,62%	17,61%	20,54%	19,89%	6,2%
Charges financières	10,01%	8,89%	7,09%	6,31%	-14,3%
Charges exceptionnelles	2,38%	1,31%	3,23%	5,80%	34,6%
Dotations aux amortissements et provisions	18,03%	7,15%	8,72%	0,00%	-100,0%
Total atténuation charges	30 010	15 283	7 741	16 972	-17,3%
Charges nettes	12 274 381	12 592 215	14 344 418	14 515 498	

Source : CRC de Guadeloupe

Tableau n° 24 : résultat d'exploitation du compte principal

<i>En €</i>	2021	2022	2023	2024 (P)	<i>Var. ann. moy.</i>
<i>Produits financés directement à l'activité dont réémissions</i>	299 277	807 766	463 627	1 186 653	58,3%
<i>+ Produits annexes à l'activité ou par dotations et participations</i>	11 179 722	10 978 428	11 839 795	13 070 397	5,3%
<i>+ Autres produits de gestion hors atténuations de charges</i>	402 528	175 221	122 392	300 327	-9,3%
= Produits de gestion	11 881 527	11 961 416	12 425 814	14 557 377	7,0%
<i>Charges de personnel brutes</i>	5 962 511	7 510 477	8 297 041	9 254 419	15,8%
<i>+ charges à caractère médical</i>	534 302	678 128	362 369	627 207	5,5%
<i>+ charges à caractère non médical</i>	1 928 602	1 955 853	2 588 848	2 890 372	14,4%
<i>+/- variation des stocks</i>	-140 908	-94 251	-9 226	0	-100,0%
<i>- atténuations de charges</i>	30 010	15 283	7 741	16 972	-17,3%
= Charges de gestion nettes	8 254 497	10 034 924	11 231 291	12 755 025	15,6%
Marge brute d'exploitation	3 627 030	1 926 491	1 194 523	1 802 352	-20,8%
Taux MB en % des produits de gestion	30,5%	16,1%	9,6%	12,4%	-26,0%
<i>(+/-) Résultat financier</i>	-1 231 516	-1 120 792	-1 018 140	-917 324	-9,4%
<i>+ Produits exceptionnels réels (hors cessions et hors LAMDA)</i>	2 219	2 953 680	1 169 200	688 465	577,0%
<i>- Charges exceptionnelles réelles</i>	292 977	164 901	463 386	843 149	42,2%
= Capacité d'autofinancement brute	2 104 756	3 594 478	882 197	730 344	-29,7%
<i>Taux de CAF brute en % des produits de gestion</i>	17,7%	30,1%	7,1%	5,0%	-34,3%
Total produits de gestion	11 881 527	11 961 416	12 425 814	14 557 377	7,0%
<i>Autres produits d'exploitation</i>	2 525	2 953 680	1 547 585	688 465	548,5%
Total des produits d'exploitation	11 884 052	14 915 096	13 973 399	15 245 842	8,7%
<i>Autres charges d'exploitation</i>	3 743 780	2 186 935	2 733 546	1 760 473	-22,2%
Total des charges nettes d'exploitation	11 998 277	12 221 860	13 964 837	14 515 498	6,6%
Résultat net	-114 225	2 693 236	8 562	730 344	

Source : CRC de Guadeloupe

Tableau n° 25 : financement des investissements

En €	2021	2022	2023	2024 (P)	Cumul
CAF nette (a)	3 341 300	1 447 312	-1 499 846	2 128 444	5 417 211
+ Apports en capital	13 172 645	0	0	0	13 172 645
+ Subventions d'équipement reçues	0	43 040	0	1 200 048	1 243 088
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	13 172 645	43 040	0	1 200 048	14 415 733
= Financement propre disponible (a+b)	16 513 945	1 490 352	-1 499 846	3 328 492	19 832 943
Financements dispo / Dépenses d'investissement (y c. tx en régie) en %	2 078	153	-50	504	
- Dépenses d'investissement réelles (y c. tx en régie)	794 560	973 771	3 014 369	660 520	5 443 220
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	13 174 117	-3 951 794	-1 317 265	0	7 905 059
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	2 545 268	4 468 375	-3 196 950	2 667 972	6 484 664
+ Nouveaux emprunts de l'année	0	0	0	0	0
= Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	2 545 268	4 468 375	-3 196 950	2 667 972	6 484 664

Tableau n° 26 : fonds de roulement et besoin de fonds de roulement

	En €	2021	2022	2023	2024 (P)
ACTIF	Biens stables (a)	94 396 828	91 418 805	93 115 910	93 776 429
PASSIF	Financements stables (b)	85 681 008	84 404 957	83 026 578	80 994 828
	Fonds de roulement investissement (+/-) b-a	-8 715 820	-7 013 848	-10 089 332	-12 781 601
ACTIF	Biens stables d'exploitation (a)	0	0	0	0
PASSIF	Financements stables d'exploitation (b)	8 864 292	11 630 695	11 509 228	16 990 936
	Fonds de roulement exploitation (+/-) b-a	8 864 292	11 630 695	11 509 228	16 990 936
	Fonds de roulement net global (FRNG)	148 471,69	4 616 846,67	1 419 896,22	4 209 335,22
	FRNG en nombre de jours de charges courantes	3,61	97,67	26,69	74,28
ACTIF	Biens d'exploitation (a)	35 956 450	35 280 089	35 359 183	32 639 322
PASSIF	Financements d'exploitation (c)	35 234 234	31 452 267	32 402 182	28 989 142
	Besoin en fonds de roulement (BFR) a-c	722 215	3 827 822	2 957 001	3 650 180
	BFR en nombre de jours de charges courantes	17,57	80,98	55,58	64,41

Tableau n° 27 : trésorerie

<i>en €</i>	2021	2022	2023	2024
<i>Fonds de roulement net global</i>	148 472	4 616 847	1 419 896	4 209 335
<i>-Besoin en fonds de roulement</i>	722 215	3 827 822	2 957 001	3 650 180
=Trésorerie nette	-573 744	789 025	-1 537 105	559 155
Trésorerie en nombre de jours de charges courantes	-14	17	-29	10

Source : comptes financiers (*variation annuelle moyenne)

Annexe n° 7. Données d'activités 2024 (DIM)**Tableau n° 28 : activité du CHCBE en nombre de journées**

<i>Nombre de Journées</i>	2021	2022	2023	2024
<i>MCO</i>	-	-	2 857	3 753
<i>SMR</i>	9 998	7 113	10 193	10 906
<i>ADJ</i>	706	838	719	599
<i>Ehpad</i>	23 997	24 693	27 736	29 528
<i>USLD</i>	5 210	5 189	5 306	5 389
Total	39 911	37 833	47 811	50 175

Source : CHCBE

Tableau n° 29 : les 5 principales catégories majeures CIM-11 en médecine

<i>Classification CIM-11</i>	% des séjours
<i>Affection du système nerveux</i>	22
<i>Affection de l'appareil circulatoire</i>	10
<i>Affection et traumatisme de l'appareil musculosquelettique</i>	10
<i>Affections endocriniennes métaboliques et nutritionnelles</i>	8
<i>Maladies et troubles mentaux</i>	8
Total	58

Source : CHCBE

Tableau n° 30 : les 5 principales catégories majeures CIM-11 en SMR

<i>Classification CIM-11</i>	% des séjours
<i>Affection du système nerveux</i>	30
<i>Affection et traumatisme du système ostéo articulaire</i>	25
<i>Troubles mentaux et comportement</i>	8
<i>Affection de l'appareil circulatoire</i>	7
<i>Affection du système digestif</i>	6
Total	76

Source : CHCBE

Annexe n° 8. Répartition des patients par tranches d'âge en 2024 (activités sanitaires)**Tableau n° 31 : répartition des patients par tranches d'âge en médecine**

<i>Tranches d'âge</i>	Nombre de séjours	% des séjours
<i>18-65 ans</i>	50	13
<i>65-85 ans</i>	220	56
<i>>85 ans</i>	122	31
	392	100
<i>Age moyen</i>	77,9	

Source : CHCBE

Tableau n° 32 : répartition des patients par tranches d'âge en SMR

<i>Tranches d'âge</i>	Nombre de séjours	% des séjours
<i>18-60 ans</i>	13	4
<i>60-75 ans</i>	109	36
<i>>75 ans</i>	180	60
	302	100
<i>Age moyen</i>	77,7	

Source : CHCBE



Chambre régionale des comptes de Guadeloupe

Parc d'activités La Providence – Kann'Opé – Bâtiment D BP 157

97181 LES ABYMES CEDEX

Adresse mél. : antillesguyane@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/antilles-guyane