



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

## CENTRE HOSPITALIER HENRI EY DE BONNEVAL (Département d'Eure-et-Loir)

Exercices 2015 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 23 septembre 2022.



## TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE .....	5
LES DONNÉES CLÉS DE L'ÉTABLISSEMENT (BUDGET CONSOLIDÉ) .....	7
RECOMMANDATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	10
<b>1 UN ÉTABLISSEMENT DE RÉFÉRENCE BIEN INSÉRÉ DANS LE TERRITOIRE DE SANTÉ.....</b>	<b>11</b>
1.1 Les capacités d'accueil .....	11
1.1.1 Le contexte démographique et sanitaire .....	11
1.1.2 Une offre de soins diversifiée mais dispersée.....	11
1.1.3 Une organisation en pôles médicaux .....	13
1.1.4 Les autres services de l'établissement .....	13
1.1.5 Une certification récente des activités .....	13
1.2 Les orientations stratégiques de l'établissement.....	14
1.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2019-2023 .....	14
1.2.2 Un projet d'établissement en ligne avec le PTSM.....	14
1.3 L'insertion de l'établissement dans le territoire de santé.....	15
1.3.1 Une démographie médicale défavorable.....	15
1.3.2 La sectorisation des activités psychiatriques .....	15
1.3.3 Un établissement de référence en Eure-et-Loir .....	17
1.3.4 L'adhésion au groupement hospitalier de territoire (GHT) .....	17
1.3.5 Les autres dispositifs de coordination ou de gestion .....	18
<b>2 UNE GOUVERNANCE MARQUÉE PAR UNE GESTION CONTESTABLE DES EMPLOIS DE DIRECTION .....</b>	<b>19</b>
2.1 Les différentes instances .....	19
2.1.1 Le conseil de surveillance.....	19
2.1.2 Les autres instances .....	20
2.2 Une triple évolution dans la gestion des emplois de direction.....	20
2.2.1 Un recours accru à la contractualisation .....	20
2.2.2 La requalification des emplois de direction .....	21
2.2.3 Des revalorisations salariales conséquentes récemment révisées .....	22
2.3 Les modalités de recrutement des contractuels en question .....	25
2.3.1 Le cadre juridique .....	25
2.3.2 Des entorses répétées à la procédure de recrutement des contractuels .....	27
2.3.3 La situation particulière du directeur des projets et des usagers.....	28
<b>3 UNE SITUATION FINANCIÈRE SAINÉ MALGRÉ UN PILOTAGE INSUFFISANT DE LA MASSE SALARIALE .....</b>	<b>29</b>
3.1 Les performances financières annuelles .....	30
3.1.1 Un établissement précédemment sous contrat de retour à l'équilibre .....	30
3.1.2 La structure budgétaire et comptable.....	30
3.1.3 Un résultat consolidé en croissance depuis 2017.....	30
3.1.4 L'augmentation du taux de marge brute .....	31

3.1.5	L'augmentation des produits du budget principal .....	32
3.1.6	Une forte progression de la masse salariale .....	32
3.1.7	Les relations financières entre le budget principal et les budgets annexes .....	34
3.2	Les investissements et leur financement .....	36
3.2.1	Des dépenses d'équipement en diminution .....	36
3.2.2	L'autofinancement des investissements.....	37
3.2.3	Le niveau élevé du fonds de roulement et de la trésorerie.....	37
3.2.4	Une diminution de l'encours de la dette entre 2016 et 2020 .....	38
3.2.5	Les conditions de refinancement d'un emprunt structuré.....	39
3.3	Les perspectives financières .....	39
3.3.1	Des incertitudes liées à la réforme du financement de la psychiatrie .....	39
3.3.2	Les prévisions d'évolution de la marge brute .....	40
3.3.3	L'actualisation des projections financières.....	41
3.3.4	Le projet de renégociation d'un contrat de partenariat public-privé.....	41
4	UN MANQUE DE FLUIDITÉ DANS LES PARCOURS DE SOINS .....	43
4.1	Les difficultés d'accès aux soins primaires de proximité .....	43
4.1.2	Une activité principalement ambulatoire .....	43
4.1.3	La gradation des soins en psychiatrie .....	44
4.1.4	Un rebond de la file active à partir de 2020.....	45
4.1.5	Une relative saturation des centres médico-psychologiques (CMP) .....	46
4.1.6	L'absence de soutien aux structures de soins de premier recours.....	46
4.1.7	Une activité essentiellement constituée d'entretiens .....	47
4.1.8	L'impact de la pandémie sur l'activité des CMP et la télémédecine .....	48
4.2	Des parcours insatisfaisants pour les patients hospitalisés .....	49
4.2.1	La constitution de files d'attente en hospitalisation.....	49
4.2.2	L'accès aux soins d'urgence .....	50
4.2.3	Les risques identifiés de rupture de prise en charge .....	51
4.2.4	Un nombre significatif de ré-hospitalisations en diminution.....	51
4.2.5	Les patients hospitalisés sur une longue durée .....	52
4.3	L'activité d'hospitalisation sans consentement .....	53
4.3.1	Un taux d'hospitalisation sans consentement plutôt élevé .....	53
4.3.2	La cadre juridique : la loi du 5 juillet 2011.....	54
4.3.3	Le suivi des recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté .....	54
4.3.4	Les hospitalisations sous contrainte des détenus .....	55
5	UNE GESTION RIGOUREUSE DU SERVICE DES PERSONNES PROTÉGÉES .....	56
5.1	La réforme de 2007 et ses conséquences pour l'établissement.....	56
5.1.1	Le service des majeurs protégés .....	57
5.1.2	La réforme du 5 mars 2007.....	57
5.1.3	Les conséquences pour l'établissement .....	58
5.2	L'activité et l'organisation du service.....	58
5.2.1	Une baisse de l'activité entre 2016 et 2021 .....	58
5.2.2	L'évolution statutaire des mandataires judiciaires.....	59
5.2.3	Le profil des bénéficiaires du service .....	60
5.3	Le financement du service .....	60
5.3.1	Un service faiblement financé par l'assurance maladie.....	60

5.3.2 Les participations des établissements conventionnés .....	60
5.4 Les dispositifs de contrôle mis en place .....	61
5.4.1 Les contrôles d'ordre institutionnel .....	61
5.4.2 Les contrôles internes .....	62
ANNEXES .....	65



## SYNTHÈSE

Le centre hospitalier Henri Ey de Bonneval est un établissement public départemental de santé, spécialisé en psychiatrie depuis 1861. Sa situation financière est saine malgré une gestion contestable des emplois de direction et une maîtrise insuffisante de sa masse salariale. Bien que l'établissement soit bien inséré dans le territoire de santé, les parcours de soins des patients manquent de fluidité et les délais d'obtention des rendez-vous dans les centres médico-psychologiques (CMP) demeurent relativement longs.

### *Un établissement de référence bien inséré dans le territoire de santé*

L'établissement propose une offre de soins diversifiée qui correspond à la diversité des troubles psychologiques et à leur niveau de sévérité. Environ 80 % de la psychiatrie d'Eure-et-Loir est traitée par le centre hospitalier Henri-Ey. Si la répartition géographique des unités psychiatriques favorise l'accessibilité des soins, elle constitue néanmoins un facteur de complexité pour l'encadrement et les médecins qui exercent sur des sites multiples. Les orientations stratégiques de l'établissement ont donné lieu à une contractualisation avec l'Agence régionale de santé sous la forme d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui couvre la période de 2019 à 2023. L'organisation médicale de l'établissement est fragilisée par le nombre de postes vacants (20 % en 2021).

### *Une gestion contestable des emplois de direction*

Sur la période examinée, la gestion des emplois de direction est marquée à la fois par un recours accru à l'emploi contractuel et par une requalification de ces emplois qui s'est accompagnée de revalorisations salariales conséquentes. De plus, le nombre élevé de contractuels dans l'équipe de direction a été rendu possible par des entorses répétées aux règles procédurales de recrutement applicables dans la fonction publique hospitalière.

### *Une situation financière saine malgré une maîtrise insuffisante de la masse salariale*

Avec un taux de marge brute de 10 % en 2020, la situation financière de l'établissement est saine. L'encours de la dette de l'établissement, qui a procédé à une importante opération de refinancement de sa dette en 2016, a diminué en moyenne de 2,4 % entre 2016 et 2020. Toutefois, les dépenses de personnel médical ont sensiblement augmenté sur la période examinée malgré une relative stabilité des effectifs.

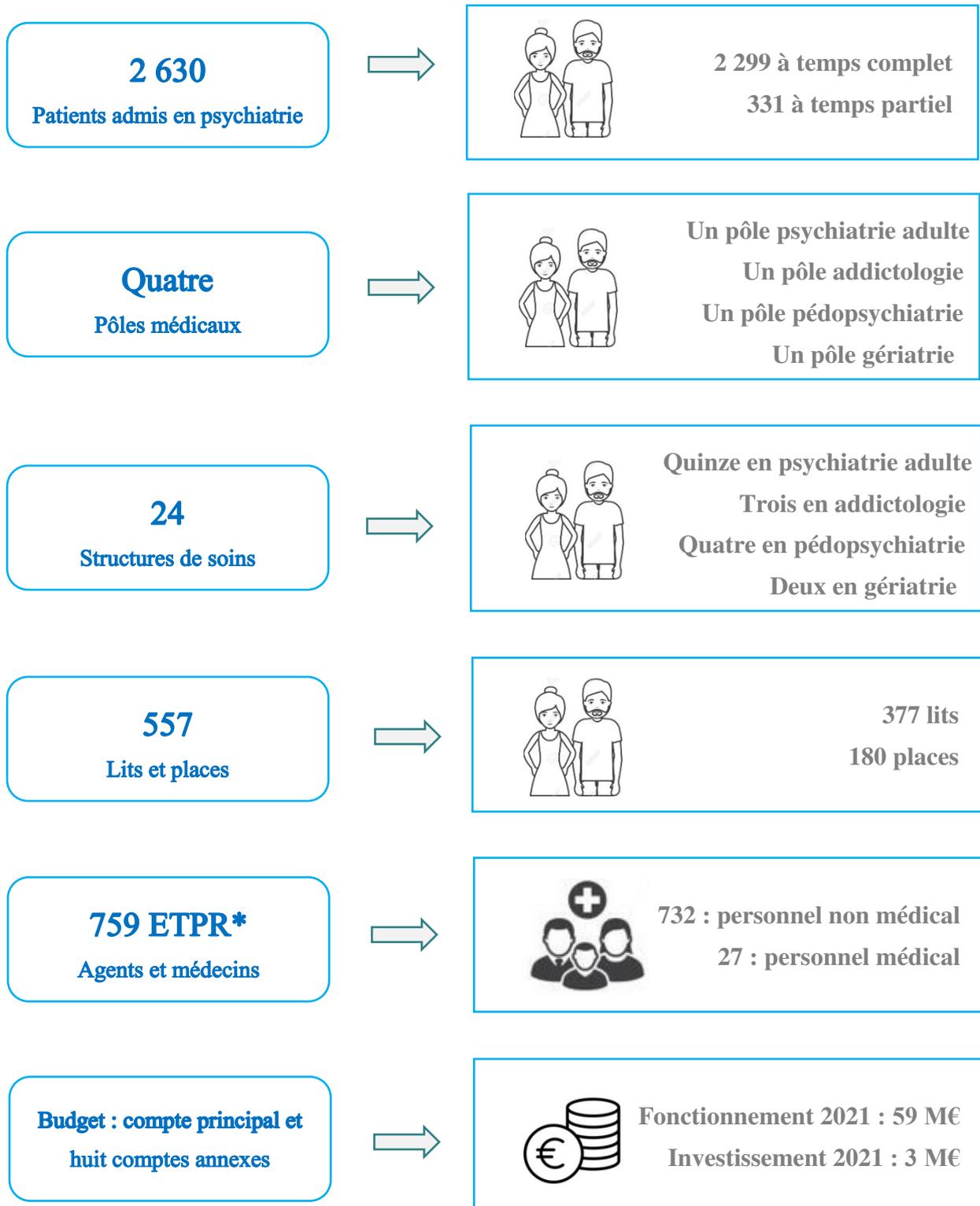
### ***Un manque de fluidité dans les parcours de soins des patients***

Une grande partie de la patientèle bénéficie d'un suivi en ambulatoire (82,76 % de l'activité en 2021) qui permet ainsi au patient de rester à domicile tout en bénéficiant d'aides adaptées à son niveau d'autonomie. Cependant, les parcours de soins des patients manquent de fluidité. Ainsi, les délais d'obtention des rendez-vous dans les centres médico-psychologiques (CMP) demeurent relativement longs et le partenariat avec les structures de soins de premier recours, comme les maisons et les centres de santé, reste embryonnaire. Par ailleurs, le nombre d'hospitalisations de longue durée et de ré-hospitalisations de patients reste élevé.

### ***Une gestion rigoureuse du service des personnes protégées***

À la suite de la réforme de 2007, le service des personnes protégées (SPP) du centre hospitalier Henri Ey a réduit significativement son activité et a renforcé ses dispositifs de contrôle interne. La chambre recommande, toutefois, de retracer de manière plus exhaustive, dans le logiciel de gestion, les demandes des personnes protégées relatives à la gestion de leurs biens afin de s'assurer du respect de leur volonté pour les décisions les concernant.

## LES DONNÉES CLÉS DE L'ÉTABLISSEMENT (budget consolidé)



Source : CRC Centre Val de Loire d'après les données de l'établissement.

\*ETPR : Équivalent temps plein rémunéré.



## RECOMMANDATIONS

**Recommandation n° 1 :** Respecter la réglementation en matière de recrutement et de rémunération des agents contractuels, notamment les dispositions de l'article L.332.15 du code général de la fonction publique (page 29).

**Recommandation n° 2 :** Maîtriser la masse salariale notamment du personnel médical (page 34).

**Recommandation n° 3 :** Se doter d'un outil de comptabilité analytique performant afin de fiabiliser les relations financières entre le budget principal et les budgets annexes gériatriques (page 36).

**Recommandation n° 4 :** Engager toutes les études nécessaires, le cas échéant externes, afin de garantir l'intérêt économique et la sécurité juridique du rachat des constructions faisant l'objet d'un partenariat public-privé (page 42).

**Recommandation n° 5 :** Retracer de manière exhaustive, dans le logiciel de gestion, les demandes des personnes protégées relatives à la gestion de leurs biens afin de s'assurer du respect de leur volonté concernant les décisions qui touchent à leur vie personnelle (page 63).

## INTRODUCTION

Dans le cadre des dispositions des articles L. 111-15, L. 211-5 et R. 111-1 du code des juridictions financières (CJF), la Cour des comptes a délégué aux chambres régionales des comptes, par arrêté du 15 novembre 2013, pour les exercices 2014 à 2018, et par arrêté du 12 décembre 2017, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 2018, le contrôle des comptes et de la gestion des établissements publics de santé.

La chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire a procédé, dans le cadre de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières (CJF), au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Henri Ey, dont le siège social est situé à Bonneval, pour les exercices 2015 et suivants.

Outre l'examen de la situation financière, qui avait fait l'objet de recommandations dans le précédent contrôle de la chambre, la chambre a également porté son attention sur gouvernance de l'établissement, les parcours de soins des usagers, le régime juridique des soins psychiatriques sans consentement et la gestion des biens des personnes protégées.

Les différentes étapes de la procédure, telles qu'elles ont été définies par le CJF (article L. 243-1 à L. 243-6), sont présentées en annexe n° 1 « Procédures ».

# **1 UN ÉTABLISSEMENT DE RÉFÉRENCE BIEN INSÉRÉ DANS LE TERRITOIRE DE SANTÉ**

## **1.1 Les capacités d'accueil**

### **1.1.1 Le contexte démographique et sanitaire**

Le centre hospitalier Henri Ey rayonne sur un bassin de population de plus de 300 000 habitants, au sein du département de l'Eure-et-Loir. Il s'agit d'un département majoritairement rural, dont la densité de population est inférieure à la moyenne nationale, avec une concentration de la population autour de l'agglomération Chartraine. La population se caractérise par un vieillissement plus marqué que la moyenne de la population française : La population de plus de 75 ans représente aujourd'hui 10 % de la population globale du département.

Le taux de prévalence<sup>1</sup> des affections longue durée en psychiatrie dans le département d'Eure-et-Loir est sensiblement identique au taux de prévalence français (autour de 2200 personnes pour 100 000 personnes protégées du régime général). Toutefois, selon l'établissement, les besoins de soins en santé mentale se sont accrus ces dernières années.

### **1.1.2 Une offre de soins diversifiée mais dispersée**

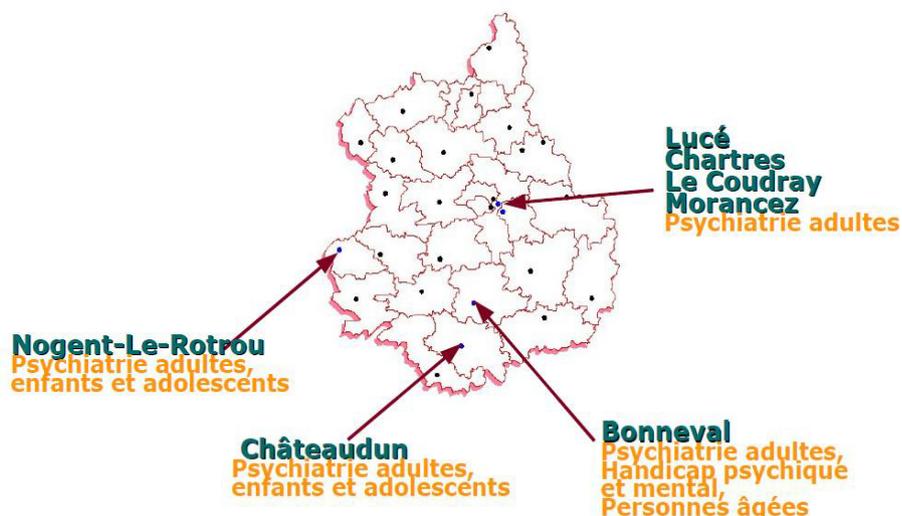
Le centre hospitalier Henri Ey est un établissement public départemental de santé, spécialisé en psychiatrie depuis 1861. Membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) d'Eure-et-Loir depuis le 1er juillet 2016, il assure en Eure-et-Loir une mission de prévention et d'accueil, de soins et de réinsertion en santé mentale. L'établissement propose une offre diversifiée qui correspond à la diversité des troubles psychologiques et à leur niveau de sévérité.

Le centre hospitalier Henri Ey répond à sa mission auprès des populations d'enfants, d'adolescents et d'adultes, en proposant des structures de soins adaptés, à proximité des bassins de vie, garantissant ainsi une indispensable continuité des soins et des liens sociaux. Cette offre de soins, répartie sur le département à Chartres, Morancez, Le Coudray, Lucé, Bonneval, Nogent-le-Rotrou et Châteaudun, se décline en multiples accueils allant de l'hospitalisation complète, à l'hospitalisation de jour, aux consultations, visites à domicile et autres prises en charge individualisées en fonction des besoins du patient.

---

<sup>1</sup> Nombre de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.

Carte n° 1 : La géographie de l'offre de soins du CH Henri Ey



Source : Rapport de l'activité du CH Henri Ey 2020

Plus précisément, il offre une prise en charge en hospitalisation complète avec 202 lits de psychiatrie, une prise en charge en hospitalisation de jour (180 places) et une prise en charge en gériatrie (175 lits). Outre les lits d'hospitalisation, le centre hospitalier Henri Ey a développé la prise en charge en ambulatoire avec six centres médico-psychologiques (CMP) et deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour couvrir l'ensemble de ces secteurs (Cf. annexe n° 2).

Tableau n° 1 : La capacité de l'établissement

Capacité de l'établissement	Lits	Places
Pôle de psychiatrie adulte	135	82
Pôle addictologie	16	13
Pôle pédopsychiatrie autisme	51	85
Pôle gériatrie	175	0
<b>TOTAL</b>	<b>377</b>	<b>180</b>

Source : Données de l'établissement

Avec trois sites hospitaliers, quatre sites de CMP et des consultations sur plusieurs sites, l'offre de soins apparaît dispersée. Certes, la répartition géographique du dispositif tant en ambulatoire qu'en hospitalisation favorise l'accessibilité des soins. Les distances à parcourir sont néanmoins importantes dans un environnement rural. Cette dispersion constitue un facteur de complexité pour l'encadrement et les médecins qui exercent sur des sites multiples et peuvent difficilement organiser une suppléance.

### 1.1.3 Une organisation en pôles médicaux

Environ 80 % de la psychiatrie d'Eure-et-Loir est traitée par le centre hospitalier Henri-Ey. Celui-ci est doté de quatre pôles d'activités médicales : un pôle de psychiatrie générale, créé en 2017, qui recouvre l'activité de quatre secteurs et des activités à vocation départementale ; un pôle addictologie à vocation départementale ; un pôle gérontologie qui n'est pas psychiatrique (EHPAD et USLD) ; et un pôle psychiatrie infanto-juvénile et autisme comportant des unités à destination des enfants et des adultes.

Selon l'article L. 6146-1 du code de la santé publique « le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. » Les contrats de pôle ont bien été signés avec la direction même si les conseils de pôle et le cadre administratif n'ont pas été mis en place conformément à la réglementation, faute de moyens financiers<sup>2</sup>.

### 1.1.4 Les autres services de l'établissement

Le centre hospitalier dispose de deux unités intra-hospitalières dédiées aux patients présentant un trouble du spectre autistique, une unité sanitaire et un foyer, situés sur le site de Bonneval. L'unité sanitaire Saint-Florentin (USF) a une dimension départementale et elle est reconnue pour ses compétences en termes d'évaluation et de prise en charge temporaire de patients complexes. Le foyer d'accueil médicalisé (FAM), accueille des patients jeunes (moins de 25 ans à l'admission) et les accompagne au quotidien dans une dynamique éducative favorisant le maintien des acquis et les apprentissages.

Ce dispositif de soins est complété par une activité médico-sociale dans le champ de la gériatrie et celui du handicap psychique et mental. Ces structures médico-sociales, situées à Bonneval et au Coudray, sont constituées de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de l'unité de soins de longue durée (USLD), du foyer d'accueil médicalisé (FAM), de l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) et, enfin, du foyer d'hébergement et des maisons d'aide à la réinsertion (MAR).

Compte tenu de la pénurie médicale, le pôle gérontologique n'a pas de médecin coordonnateur. La présence permanente d'un médecin intérimaire induit un surcoût estimé par l'établissement à 220 000 € par an. Au plan fonctionnel, la coordination du pôle gérontologie est assurée par un cadre supérieur de santé en lien avec la direction de l'établissement.

### 1.1.5 Une certification récente des activités

La certification des établissements de santé est une démarche conduite par la Haute autorité de santé (HAS). Elle concerne tous les établissements de santé. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins.

---

<sup>2</sup> Les cadres supérieurs de santé peuvent être cadre de pôle sur plusieurs sites.

La dernière certification du centre hospitalier Henri Ey, réalisée en janvier 2022, a porté sur trois domaines, à savoir le patient, les équipes de soins et l'établissement. Au regard du référentiel, le score global obtenu par l'établissement est de 80,44 %<sup>3</sup>.

Le rapport de certification souligne que les locaux réservés à l'hospitalisation des patients du service de géronto-psychiatrie disposent non seulement d'un nombre de douches insuffisant mais aussi des douches collectives, ce qui ne permet pas d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Toutefois, l'établissement s'est engagé à réaliser des travaux d'aménagement en septembre prochain<sup>4</sup> et un projet de reconstruction du pavillon est prévu dans le schéma directeur immobilier de l'établissement à l'horizon 2028.

## **1.2 Les orientations stratégiques de l'établissement**

Les orientations stratégiques de l'établissement figurent notamment dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), qui couvre la période de 2019 à 2023, et dans son projet d'établissement. Elles sont conformes aux orientations du projet médico-soignant partagé du GHT d'Eure-et-Loir ainsi qu'à celles du projet territorial de santé mentale (PTSM).

### **1.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2019-2023**

Conformément à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique (CSP), l'Agence régionale de santé conclut – en principe avec chaque établissement de santé – un contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM), conforme aux orientations du projet régional de santé. S'agissant du CPOM 2019-2023, il fixe trois orientations stratégiques constituant des déclinaisons du projet régional de santé (PRS) qui portent sur l'accès au système de santé, l'efficacité du système de santé et la continuité des parcours de santé.

### **1.2.2 Un projet d'établissement en ligne avec le PTSM**

Le PTSM de l'Eure-et-Loir (2020) propose une réorganisation de l'offre de soins psychiatriques autour de trois axes stratégiques : adopter une organisation de la psychiatrie adulte plus adaptée aux besoins de la population et économe en ressource médicale ; réorganiser l'offre départementale en filières ; mieux répondre aux urgences psychiatriques.

Selon l'article L. 6143-2 du code de la santé publique « le projet d'établissement définit [...] la politique générale de l'établissement ». Il doit être établi pour une durée de cinq ans. Le projet d'établissement 2021-2026 s'articule autour de six objectifs stratégiques destinés à répondre aux besoins de la population. Ce projet constitue, dans une large mesure, la déclinaison

---

<sup>3</sup> Pour être éligible à la certification, le score global calculé à partir des résultats des critères standards, doit être supérieur ou égal à 50 %.

<sup>4</sup> Selon l'établissement, des douches individuelles seront installées dans au moins quatre chambres dans cette unité de 25 lits.

des orientations stratégiques du projet médico-soignant partagé du GHT d'Eure-et-Loir ainsi que celles du projet territorial de santé mentale (PTSM).

Afin de remédier à l'éclatement géographique des activités, le projet d'établissement prévoit un double regroupement des activités d'hospitalisation. Ainsi, les unités d'admission doivent être regroupées sur Chartres tandis que, dans le même temps, les UTHR seront regroupées sur le site de Bonneval. Chacune de ces unités possède actuellement 20 lits. Cette réorganisation des activités médicales sera effective le 1<sup>er</sup> octobre 2022. Elle s'accompagne d'un volet social conséquent qui vise à faciliter l'acceptabilité sociale de ce projet (principe du volontariat pour les affectations, maintien de la capacité en lits, renforcement de l'effectif infirmier et mobilisation de l'encadrement soignant).

### **1.3 L'insertion de l'établissement dans le territoire de santé**

Outre le groupement hospitalier de territoire (GHT), il existe plusieurs dispositifs de coordination auxquels appartient l'établissement tels que le groupement de coopération sanitaire (GCS) pour l'activité infanto-juvénile, la communauté psychiatrique de territoire (CPT) et le contrat local de santé (CLS). Ces dispositifs visent à construire, pour les patients, des parcours de soins gradués et coordonnés.

#### **1.3.1 Une démographie médicale défavorable**

Le département doit faire face à une démographie médicale très défavorable. Cela concerne la psychiatrie (qui n'existe quasiment pas en ville) mais aussi la médecine générale qui est en grande difficulté, ce qui complique ainsi la prise en charge des soins psychiatriques.

La densité médicale en psychiatres salariés et libéraux pour 100 000 habitants était, en 2017, de 10,98 en Eure-et-Loir contre 14,9 en région Centre-Val de Loire et 21,8 pour la France.<sup>5</sup> Le manque d'offre dans le secteur libéral crée alors un réel risque de défaut de prise en charge des patients sur le département. La faiblesse de l'offre médicale libérale rend d'autant plus important le rôle du secteur public hospitalier pour le territoire d'Eure-et-Loir.

Les recrutements de psychiatres sont difficiles dans ce département pourtant proche de Paris. L'organisation médicale de l'établissement est fragilisée par le nombre des postes vacants, soit un taux de vacance de 20 % en 2021, qui a même atteint 38 % en 2018 et 2019.

#### **1.3.2 La sectorisation des activités psychiatriques**

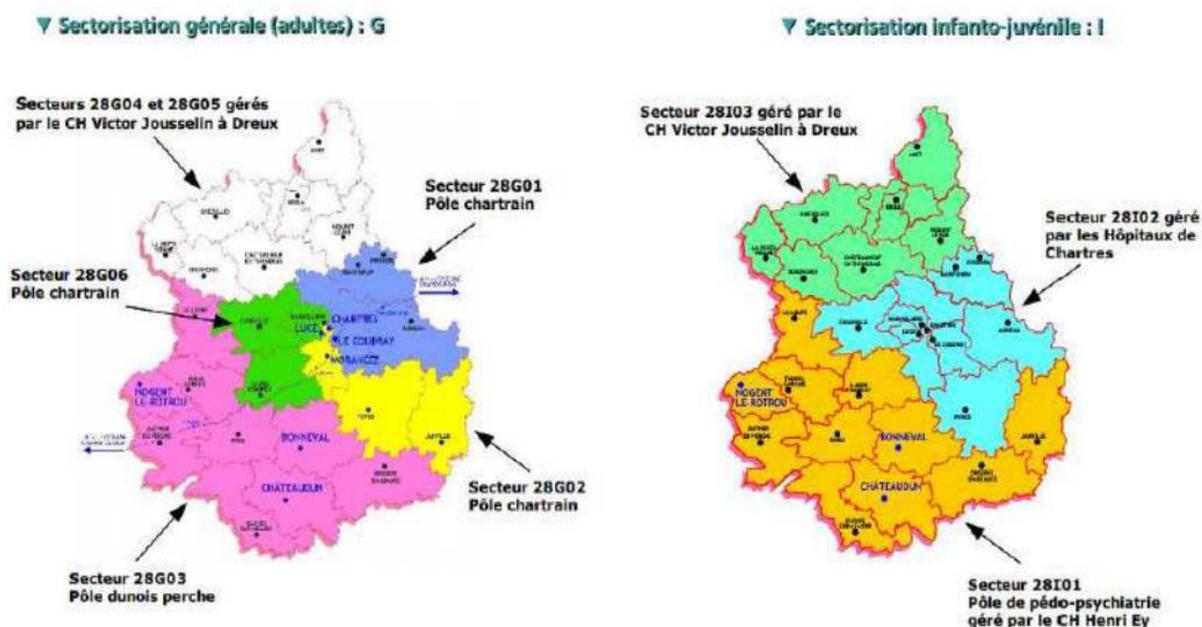
Depuis 1960, la psychiatrie est organisée en secteurs géo-démographiques dotés chacun d'une équipe pluridisciplinaire et d'un ensemble de structures graduées dont le centre médico-psychologique (CMP) est le pivot. Le centre hospitalier collabore dans cette mission avec les

---

<sup>5</sup> Diagnostic territorial partagé : Eure-et-Loir, ARS Centre-Val de Loire, 2017, p. 32.

hôpitaux généraux de Chartres et de Dreux pour les enfants et adolescents dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Carte n° 2 : La sectorisation du département d'Eure-et-Loir



Source : *Projet territorial de santé mentale d'Eure-et-Loir*

Dans le département d'Eure-et-Loir, le dispositif de soins psychiatriques est organisé à l'échelon du département, notamment du fait de l'existence d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) qui couvre ce territoire. Trois établissements publics participent au dispositif de soins psychiatriques.

### Le dispositif public de soins psychiatriques dans le département

**Le centre hospitalier Henri Ey**, implanté historiquement à Bonneval, Châteaudun, Nogent le Rotrou, s'est développé depuis 1998, au Coudray (à proximité de Chartres et du CH de Chartres) : Il a la charge de quatre secteurs de psychiatrie générale (304 000 personnes) et d'un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

**Le centre hospitalier de Dreux** qui a la charge de deux secteurs de psychiatrie générale (environ 152 000 habitants) et d'un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

**Le centre hospitalier Louis Pasteur de Chartres** qui est responsable d'un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile et héberge dans ses locaux un dispositif d'urgences psychiatriques du CH de Bonneval.

L'établissement met en avant la précarité de la population du territoire d'intervention et la diversification des demandes de prise en charge psychiatriques qui lui sont adressées. Celles-ci relèvent parfois, selon l'établissement, davantage de la santé mentale que des soins psychiatriques : troubles liés à des difficultés professionnelles, conjugales, et à l'absence d'activité (retraite, chômage), en lien avec la précarité notamment.

### 1.3.3 Un établissement de référence en Eure-et-Loir

À la différence des autres départements de la région Centre-Val de Loire, l'offre de soins psychiatriques dans le département de l'Eure-et-Loir est exclusivement publique.

**Tableau n° 2 : La répartition public-privé de l'offre de soins psychiatriques en région Centre-Val de Loire**

Territoires		Etablissements Publics		Etablissements Privés
Cher	1	CH Georges Sand à Bourges.	1	Clinique de La Gaillardière.
Eure-et-Loir	3	CH de Chartres, CH Dreux, CH Bonneval.	0	
Indre		CH de Châteauroux CH La Châtre.	1	Clinique du Haut Cluzeau.
Indre-et-Loire	4	CHRU de Tours, CH de Chinon, CH Loches, CH intercommunal d'Amboise Château-Renault.	4	Cliniques : Vontes, Champgault, Monchenain, Val de Loire.
Loir-et-Cher	3	CH Blois, CH Romorantin, CH Vendôme.	4	Cliniques : La Borde, La Chesnaie, du Centre, Freschines.
Loiret	2	CH Fleury les Aubrais, CH Agglomération Montargoise.	3	Cliniques : Le Pont de Gien, Belle Allée, Hôpital de jour Pierre Chevaldonné.
<b>Région</b>	<b>15</b>		<b>12</b>	<b>12</b>

Source : Schéma régional d'organisation des soins<sup>6</sup>, volet hospitalier 2012-2016.

Le centre hospitalier Henri Ey est ainsi l'établissement de référence en Eure-et-Loir pour la lutte contre la maladie mentale. En termes de part de marché, il représente 59 % de l'activité ambulatoire et 58 % de l'activité à temps partiel sur le territoire de santé du département. Compte tenu de la sectorisation psychiatrique, seulement 4 % des patients pris en charge par l'établissement ne résident pas dans le département d'Eure-et-Loir.

### 1.3.4 L'adhésion au groupement hospitalier de territoire (GHT)

Les trois hôpitaux publics du département, qui participent au dispositif de soins psychiatriques, font partie du même GHT qui compte six établissements : les centres hospitaliers de Chartres, Dreux, Nogent le Rotrou, La Loupe, Châteaudun et Bonneval. La convention constitutive a été approuvée le 31 août 2016. Toute l'activité psychiatrique publique du département est donc regroupée dans le même GHT qui s'est doté d'un projet médical partagé en 2018. L'établissement support du GHT d'Eure-et-Loir est le centre hospitalier de Chartres<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) était une référence avant la loi de modernisation du système de santé. Le projet régional de santé (PRS) reformé comprend notamment un schéma régional de santé (SRS).

<sup>7</sup> Article 5 de la convention constitutive du GHT.

### **Le groupement hospitalier de territoire**

Depuis 2016, tout hôpital public doit être membre d'un groupement hospitalier de territoire (GHT). Le GHT est une entité sans personnalité juridique constituée pour dix ans autour d'un projet médical partagé, dans laquelle l'un des hôpitaux, dit support, administre les fonctions mutualisées. Cette réforme avait deux objectifs : améliorer l'accès de la population à des soins hospitaliers de qualité, gradués selon les besoins des patients, et rechercher une gestion plus économe par des mutualisations d'activité entre hôpitaux d'un même GHT.

L'article 10 de la loi du 29 juillet 2019 a approfondi ce mouvement en rendant obligatoire les commissions médicales de groupement, en mutualisant la gestion des ressources humaines médicales, et en permettant aux groupements qui le souhaitent d'aller plus loin dans la mutualisation financière.

#### **1.3.5 Les autres dispositifs de coordination ou de gestion**

Le centre hospitalier est membre de trois autres dispositifs de coordination ou de gestion. Le premier concerne la pédopsychiatrie du département, répartie sur trois établissements, qui a constitué un groupement de coopération sanitaire (GCS). Malgré la constitution du GHT, les acteurs de la pédopsychiatrie ont souhaité conserver le groupement de coopération sanitaire (GCS).

Le second dispositif a pris la forme d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT). Prévues par le décret du 26 octobre 2016, la mise en place de la communauté psychiatrique de territoire (CPT) répond au souci d'intégration des structures médico-sociales du département d'Eure-et-Loir au sein de cette structure de coordination. Le projet d'établissement souligne que la création d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT) s'inscrit également dans « une volonté de renforcement du maillage territorial. »

Enfin, le centre hospitalier Henri Ey est signataire du contrat local de santé (CLS) de Chartres Métropole<sup>8</sup>, conclu par neuf co-contractants (l'État, l'ARS CVL, Chartres métropole, la CPAM, l'Éducation nationale, le conseil départemental d'Eure-et-Loir, la région CVL, le centre hospitalier Henri Ey, le centre hospitalier de Chartres).

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*Le centre hospitalier Henri Ey est un établissement public départemental de santé, spécialisé en psychiatrie depuis 1861. Membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) d'Eure-et-Loir depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, il assure en Eure-et-Loir une mission de prévention et d'accueil, de soins et de réinsertion en santé mentale. L'établissement propose une offre diversifiée qui correspond à la diversité des troubles psychologiques et à leur niveau de sévérité.*

*L'offre de soins est relativement dispersée (trois sites hospitaliers, quatre sites de CMP et des consultations dans quelques autres lieux). Si la répartition géographique du dispositif tant en ambulatoire qu'en hospitalisation favorise l'accessibilité des soins, elle constitue un facteur de*

<sup>8</sup> Le département est doté de trois contrats locaux de santé (CLS).

*complexité pour l'encadrement et les médecins qui exercent sur des sites multiples et peuvent difficilement organiser une suppléance. L'organisation médicale de l'établissement est fragilisée par le nombre des postes vacants, soit un taux de vacance de 20 % en 2021, qui a atteint 38 % en 2018 et 2019.*

*Les orientations stratégiques de l'établissement ont donné lieu à une contractualisation avec l'Agence régionale de santé sous la forme d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui couvre la période de 2019 à 2023. Les orientations du projet d'établissement 2021-2026, qui visent à répondre aux besoins de la population, sont en adéquation avec le projet médical partagé du GHT d'Eure-et-Loir et le projet territorial de santé mentale (PTSM).*

---

## **2 UNE GOUVERNANCE MARQUÉE PAR UNE GESTION CONTESTABLE DES EMPLOIS DE DIRECTION**

L'établissement est doté d'un conseil de surveillance et d'un directeur, assisté d'un directoire et d'une équipe de direction composée pour moitié de cadres contractuels.

### **2.1 Les différentes instances**

Le fonctionnement de l'hôpital a été profondément transformé au cours des années 2000, avec la mise en place des pôles d'activité et une nouvelle gouvernance hospitalière. Il repose sur une étroite collaboration entre les différentes instances participant à la gestion de l'établissement. Conformément à la loi dite « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, la nouvelle gouvernance des établissements repose sur une direction renforcée, en concertation étroite avec le directoire, sous le contrôle du conseil de surveillance.

#### **2.1.1 Le conseil de surveillance**

L'établissement est doté d'un conseil de surveillance et d'un directeur, assisté d'un directoire et d'une équipe de direction. Selon les dispositions de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, le conseil de surveillance « se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement » et « à tout moment, il opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission ».

Dans ce cadre, la chambre a vérifié la périodicité de réunions du conseil de surveillance, fixée à quatre réunions annuelles par le code de la santé publique afin qu'il soit en situation d'exercer effectivement ses prérogatives en termes d'information et de contrôle. À l'exception de l'année 2020, perturbée par la crise sanitaire, la fréquence des réunions de cette instance est conforme à la législation.

### 2.1.2 Les autres instances

S'agissant de la commission médicale d'établissement (CME), elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle est à la fois consultée et informée dans tous les domaines de la vie de l'établissement comme en atteste l'examen des procès-verbaux. L'article R.714-16-25 du code de la santé publique précise que la commission médicale d'établissement (CME) se réunit au moins quatre fois par an, obligation qui est respectée par l'établissement.

Instance collégiale mise en place par la loi HPST, le directoire appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, en veillant notamment à la cohérence des projets des pôles avec le projet médical et l'ensemble du projet d'établissement. L'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique exige un nombre minimum de huit séances par an. À l'exception des années 2016 et 2017, la fréquence des réunions du directoire est conforme aux textes. L'examen des comptes rendus des réunions montre que le directoire exerce les attributions prévues par la législation.

## 2.2 Une triple évolution dans la gestion des emplois de direction

Sur la période examinée, la gestion des emplois de direction est marquée à la fois par un recours accru à l'emploi contractuel et par une requalification de ces emplois, partiellement justifiée par un élargissement du périmètre des fonctions exercées par les cadres administratifs concernés. Cette requalification des emplois de direction s'est accompagnée de revalorisations salariales conséquentes.

### 2.2.1 Un recours accru à la contractualisation

Outre le directeur général, l'organigramme de l'établissement comporte sept directions fonctionnelles dont quatre directions administratives<sup>9</sup>, deux directions plus techniques et une direction des soins (Cf. annexe n° 3).

La direction de l'établissement est composée pour moitié de contractuels, soit quatre agents sur les huit que compte l'équipe de direction. Le directeur général a justifié le recours accru aux contractuels, pour occuper des emplois de direction, par les besoins de service et la difficulté à recruter des titulaires sur ces mêmes postes. Il a également mis en avant la nécessité de stabiliser l'équipe de direction, qui aurait connu une rotation importante de ses cadres ces dernières années.

Toutefois, l'examen des procédures de recrutement mises en œuvre par l'établissement pour pourvoir les postes vacants de direction ne permet pas d'étayer cette affirmation. Par

---

<sup>9</sup> La direction des ressources humaines, les directions des affaires financières et des services économiques et logistiques, la direction de la qualité et gestion des risques, la direction de la clientèle et des affaires juridiques.

ailleurs, tous les prédécesseurs des actuels directeurs-adjoints, à l'exception de la direction des affaires financières, étaient titulaires de la fonction publique hospitalière.

## 2.2.2 La requalification des emplois de direction

De manière générale, les établissements publics de santé de plus de 250 lits sont dirigés par des fonctionnaires ayant le statut de directeur d'hôpital (exception faite d'établissements de plus petite taille disposant de lits de chirurgie ou de psychiatrie)<sup>10</sup>. Le centre hospitalier Henry Ey compte 252 lits hors EHPAD (Cf. annexe n° 2). Seul le directeur de l'établissement occupe un emploi fonctionnel.

Plusieurs membres de l'équipe de direction sont ainsi devenus « directeurs-adjoints » contractuels avec le grade de directeur d'hôpital hors classe<sup>11</sup> alors que certains d'entre eux occupaient précédemment des fonctions relevant du grade d'attaché d'administration hospitalière (AAH). La requalification des emplois de direction, tout en restant des emplois de catégorie A, s'est accompagnée d'augmentations indiciaires visant à les rapprocher des emplois de catégorie A+.

**Tableau n° 3 : Requalification des emplois de direction**

Affectation	AVANT requalification			APRÈS requalification		
	Statut	Grade	Indice	Affectation	Grade	Indice
<b>Gestion affaires financières</b>	contractuel	Attaché principale administration hospitalière, 7 <sup>e</sup> échelon	IM : 0673	Direction des affaires financières, Direction des affaires Logistiques et Économiques, et du service facturation	Directrice adjointe hors classe	IB : 0966 IM : 0783
<b>Direction du secteur médico-social et des usagers</b>	titulaire	Directrice adjointe hors classe, 2 <sup>e</sup> échelon	IM : 700	Direction du secteur médico-social et de la direction Qualité-Gestion des risques	Directrice adjointe hors classe, 5 <sup>e</sup> me échelon	IB : 1015 IM : 0821
<b>Gestion services logistiques</b>	titulaire	Attaché principal administration hospitalière, 9 <sup>e</sup> échelon	IM : 0793	Chargé des projets, des coopérations et de la direction de la clientèle, des usagers et des affaires juridiques	Directeur adjoint hors classe, Hors échelle A, 1 <sup>er</sup> chevron	IM : 0890

Source : Bulletins de paye et contrats de travail

Le directeur général du centre hospitalier a justifié la requalification de ces emplois par le fait que « les emplois occupés par les membres de l'équipe de direction sont classés comme

<sup>10</sup> Site internet de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

<sup>11</sup> Le corps des directeurs d'hôpitaux comporte trois grades : classe normale, hors classe et classe exceptionnelle.

des emplois de directeur d'hôpital en adéquation avec les pratiques de gestion en cours dans le cadre du GHT de l'Eure et Loir. » Il a également souligné que « dans le cadre du fonctionnement du GHT, il est à noter l'importance du rôle des directeurs adjoints contractuels dans un contexte de pénurie non seulement médicale, paramédicale mais aussi de professionnels de santé au sens large ; d'où le recrutement de directeurs adjoints contractuels en nombre important dans le cadre du GHT sur des emplois permanents non pourvus par des directeurs titulaires et d'un alignement salarial sur les titulaires en y intégrant les primes. »

Ainsi, le directeur de l'établissement a opéré une transformation des emplois de l'équipe de direction en le justifiant soit par un élargissement du périmètre des fonctions exercées par les cadres administratifs concernés (gestion des finances et des services économiques), soit par l'adhésion au GHT qui aurait accru la charge de travail de certains cadres administratifs.

Sans remettre en cause la liberté d'organisation administrative du directeur de l'établissement, la chambre relève, toutefois, que l'adhésion au GHT aurait dû, au contraire, conduire à stabiliser, voire réduire certaines dépenses grâce à la centralisation des charges médicales et administratives. En effet, la loi a confié aux GHT la mission essentielle d'améliorer l'efficacité de l'hospitalisation publique grâce notamment à des économies de dépenses de santé par « la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements »<sup>12</sup>, en particulier pour les systèmes d'information, les achats, les plans de formation du personnel et la coordination des instituts et écoles paramédicaux<sup>13</sup>.

D'autant plus que la loi a créé le statut d'établissement support, lequel a la charge de l'administration des fonctions mutualisées et des instances du groupement. Or, les fonctions support mutualisées du GHT d'Eure-et-Loir sont assurées par le centre hospitalier de Chartres, établissement support pour le compte des établissements parties au GHT, et non par le centre hospitalier Henry Ey. Ainsi, l'argument mis en avant par l'établissement n'est guère probant.

### **2.2.3 Des revalorisations salariales conséquentes récemment révisées**

Si les employeurs publics sont tenus par des textes, pour le traitement indiciaire et le régime indemnitaire des agents titulaires, ils sont en revanche assez libres, sous certaines conditions, s'agissant de la composition de la rémunération de leurs agents contractuels.

#### **2.2.3.1 Le cadre juridique**

La fixation du montant de la rémunération fait l'objet d'un encadrement de la part du juge administratif. Le niveau de la rémunération des agents contractuels doit en effet être justifié en fonction des critères énoncés par le décret du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels<sup>14</sup>, comme les fonctions occupées, la qualification détenue et l'expérience professionnelle. La jurisprudence a imposé que la rémunération accordée à un agent contractuel soit principalement

<sup>12</sup> II de l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016.

<sup>13</sup> « Les groupements hospitaliers de territoire », RPT, Cour des comptes, octobre 2020.

<sup>14</sup> Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 6-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

fixée en référence à ce que devrait normalement percevoir un fonctionnaire exerçant les mêmes fonctions<sup>15</sup>, les deux autres critères pouvant être utilisés pour opérer des ajustements individuels pour tenir compte du profil des agents recrutés.

Par ailleurs, une instruction de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) indique que la rémunération peut être fixée sous la forme d'un montant global de rémunération correspondant, de façon forfaitaire, à la rémunération principale et aux primes et indemnités que perçoivent des agents titulaires exerçant les mêmes fonctions et ayant la même expérience<sup>16</sup>. Dans le même sens, dans son arrêt du 20 juin 2019, la Cour de justice de l'Union européenne a censuré une différence de traitement concernant un agent contractuel au motif que ladite différence vis-à-vis des agents titulaires ne se fondait sur aucun élément précis et concret, de nature à justifier une telle différence<sup>17</sup>.

### 2.2.3.2 Des contractuels mieux rémunérés que les titulaires

Il ressort de l'examen des fiches de paie que les rémunérations versées aux agents contractuels de l'équipe de direction sont supérieures à celles qu'aurait pu percevoir un cadre de direction titulaire placé dans la même situation.

En premier lieu, l'analyse comparative a été faite en comparant le statut et le niveau de rémunération de base des agents occupant précédemment les emplois de direction avant l'arrivée des contractuels en poste aujourd'hui dans l'établissement. À l'exception de la directrice des ressources humaines embauchée en 2021, les contractuels ont bénéficié de conditions plus favorables que leurs prédécesseurs.

En second lieu, à titre de comparaison, le salaire net moyen annuel des fonctionnaires de catégorie A+ occupant un poste d'encadrement supérieur (principalement des emplois fonctionnels), est de 73 580 euros dans la fonction publique hospitalière<sup>18</sup>, soit un niveau de rémunération inférieur à celui de plusieurs cadres de l'équipe de direction de l'établissement alors même que ceux-ci n'occupent ni des emplois fonctionnels, ni des emplois assimilables à des emplois supérieurs de la fonction publique hospitalière<sup>19</sup>.

---

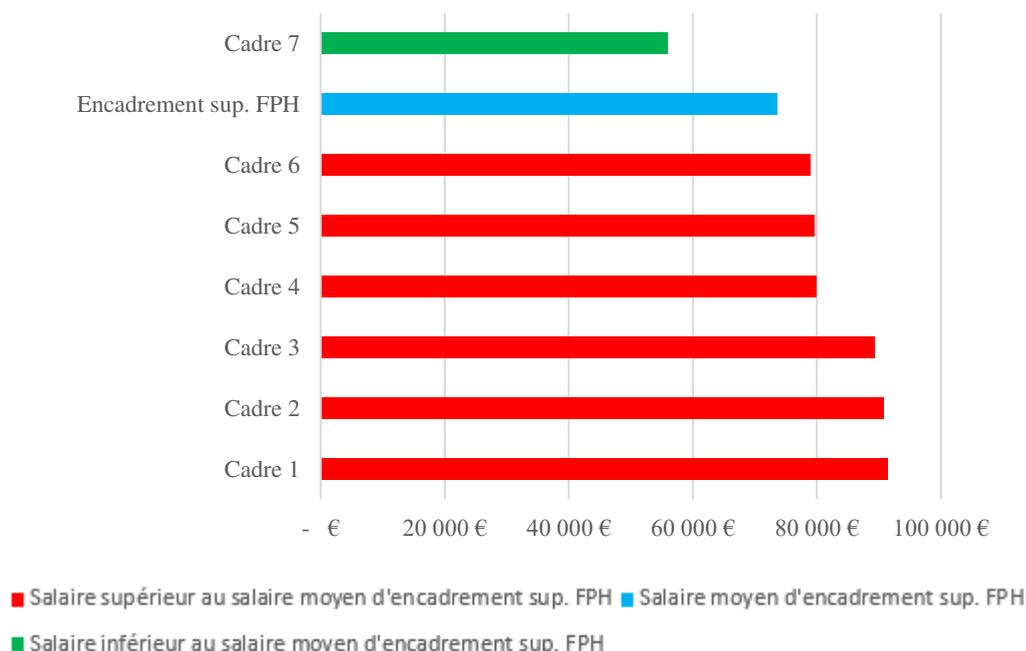
<sup>15</sup> Cf. Conseil d'État, 28 juillet 1995, Préfet du Val d'Oise, n° 168605.

<sup>16</sup> Source : Instruction DGOS/RH4 n° 2015-108 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels de la FPH.

<sup>17</sup> CJUE, 20 juin 2019, n° C-72/18.

<sup>18</sup> Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2021, p. 175.

<sup>19</sup> Le salaire net mensuel des fonctionnaires de catégorie A de la FPH était de 2 575 € en 2019.

**Graphique n° 1 : La rémunération annuelle de l'équipe de direction en 2021**

Source : Bulletins de paye 2021

Concernant le niveau des rémunérations, le directeur de l'établissement a avancé les explications suivantes : « S'agissant des conditions de rémunération, aucun texte applicable aux agents contractuels hospitaliers ne précise les conditions de leur rémunération. Ces dernières étant fixées contractuellement. Il ressort de la jurisprudence administrative que cette rémunération doit être fixée par référence à celle que percevrait un fonctionnaire qui assurerait les mêmes fonctions à niveaux de qualification et d'expérience professionnelle équivalente. De fait, les conditions de rémunérations étant fixées contractuellement, les administrations disposent dans la limite de crédits prévus à cet effet, d'une assez grande marge de manœuvre. »

Pour autant, la chambre rappelle que le niveau de rémunération des contractuels doit normalement être fixé en référence à la rémunération des agents titulaires occupant des fonctions comparables en tenant compte de l'expertise et des diplômes<sup>20</sup>. Sur ce dernier point, les éléments communiqués par l'ordonnateur ne permettent pas de justifier les écarts de rémunération entre les titulaires et les contractuels.

### 2.2.3.3 Un régime indemnitaire récemment révisé

En cas d'attribution de primes ou d'indemnités, une décision individuelle d'attribution doit être prise par le directeur en s'appuyant sur l'instruction de la DGOS du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux contractuels. Les décisions individuelles ont été fournies par l'établissement.

Lors du contrôle de la chambre, prenant conscience du niveau élevé du régime indemnitaire de ses cadres, le directeur de l'établissement a pris l'initiative de revoir à la baisse

<sup>20</sup> Critères correspondant à ceux définis par le juge administratif : CE, 28 juillet 1995, Préfet du Val d'Oise, req. n° 168605.

les indemnités allouées à certains cadres de direction. Il a indiqué à la chambre que le processus de révision des rémunérations des directeurs-adjoints contractuels allait se poursuivre.

#### 2.2.3.4 Le versement de l'indemnité compensatrice de logement

Tous les agents contractuels de l'équipe de direction, bénéficient de 1 142 € mensuels correspondant à l'indemnité compensatrice logement et astreintes<sup>21</sup>. Or, les dispositions relatives aux astreintes dans les établissements de santé sont régies par le décret du 4 janvier 2002 qui exclut « en raison de leurs fonctions, les personnels de direction ainsi que les cadres, désignés par le chef d'établissement, qui bénéficient soit d'une concession de logement pour nécessité absolue de service, soit d'une indemnité compensatrice définies par décret ».

Si les agents contractuels ne sont pas éligibles à l'indemnité compensatrice dont le bénéfice est réservé aux seuls agents titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, rien n'interdit que les établissements définissent, par la voie du contrat, un montant global de rémunération correspondant, de façon forfaitaire, à la rémunération principale et aux primes et indemnités que perçoivent des agents titulaires exerçant les mêmes fonctions et ayant la même expérience.

Toutefois, le régime indemnitaire d'un cadre de direction de l'établissement (la directrice adjointe du secteur médico-social) comporte une double compensation indemnitaire relative aux astreintes. En effet, alors que son contrat de travail du 3 mars 2020 fixe une compensation mensuelle brute de 2 922 € liée au niveau d'expertise requis et « à la participation aux astreintes de direction », l'avenant n° 1 du 12 février 2021 à ce même contrat prévoit le versement d'une compensation financière mensuelle pour « la participation aux astreintes de direction » d'un montant de 1 142 € par mois.

## 2.3 Les modalités de recrutement des contractuels en question

Le recrutement de contractuels pour occuper des emplois direction était encadré par les dispositions de l'article 9 de la loi du 9 janvier 1986, désormais codifiées à l'article L. 332-15 du code général de la fonction publique, et par plusieurs textes réglementaires pris en application de ces dispositions. Le nombre anormalement élevé de contractuels dans l'équipe de direction a été rendu possible par des entorses répétées aux règles procédurales de recrutement des contractuels dans la fonction publique hospitalière. En outre, ils bénéficient de conditions de rémunération très favorables.

### 2.3.1 Le cadre juridique

#### 2.3.1.1 Un recrutement fondé sur l'article 9 de la loi du 9 janvier 1986

Les emplois de direction ne relèvent pas d'une définition commune aux trois versants de la fonction publique et ne correspondent pas non plus à un périmètre défini dans chacun des

---

<sup>21</sup> Les membres de l'équipe de direction effectuent des gardes ou astreintes.

trois versants. Sur la base de la définition retenue pour l'étude d'impact du projet de loi de transformation de la fonction publique, à l'exception de la fonction publique territoriale (où 15,7 % des emplois de direction sont occupés par des agents contractuels), le recours à des agents contractuels dans les emplois de direction est rare<sup>22</sup> dans la fonction publique<sup>23</sup>.

L'article 9 de la loi du 9 janvier 1986 précise que « par dérogation à l'article 3 du titre Ier du statut général, les emplois permanents mentionnés au premier alinéa de l'article 2 peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées. » Cette dérogation est ouverte à tous les emplois, quelle que soit la catégorie professionnelle (A, B, C).

Par ailleurs, l'article 16 de la loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019 élargit la possibilité de recruter des contractuels pour occuper des emplois permanents de direction dans la fonction publique hospitalière<sup>24</sup>. En dehors des dérogations précitées, les emplois permanents de la fonction publique doivent, en priorité, être occupés par des agents titulaires selon une jurisprudence administrative constante.

#### 2.3.1.2 Des modalités de recrutement très encadrées par les textes

L'article L. 332-21 du CGFP mentionne que le recrutement d'agents contractuels pour pourvoir des emplois permanents est prononcé au terme d'une procédure permettant de garantir l'égal accès aux emplois publics. Un décret du 28 décembre 2018 a fixé une obligation de publicité de la vacance de tout emploi permanent sur un espace numérique commun aux trois fonctions publiques depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, la publicité doit intervenir sans délai et pour une durée qui ne peut être inférieure à un mois, sauf urgence. Cette obligation concerne les recrutements de contractuels sur emplois permanents pour une durée égale ou supérieure à un an.

Le décret du 19 décembre 2019 précise la procédure de recrutement pour pourvoir aux emplois permanents de la fonction publique ouverts aux contractuels, notamment son article 6 qui modifie le décret du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière. En revanche, les emplois de direction les plus élevés sont régis par le décret du 31 juillet 2020 relatif aux emplois supérieurs de la fonction publique hospitalière<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> « Les agents contractuels dans la fonction publique », rapport public thématique, Cour des comptes, septembre 2020.

<sup>23</sup> Jusqu'à la loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019, dans la fonction publique hospitalière, cela concernait essentiellement les emplois fonctionnels des chefs d'établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux (soit environ 300 emplois).

<sup>24</sup> Cette disposition a été codifiée à l'article L332-15 du code de la fonction publique.

<sup>25</sup> Ce texte ne concerne que le directeur de l'établissement qui occupe un emploi fonctionnel.

### 2.3.2 Des entorses répétées à la procédure de recrutement des contractuels

Le nombre élevé de contractuels dans l'équipe de direction a été rendu possible par des entorses répétées aux règles procédurales de recrutement des contractuels dans la fonction publique hospitalière. Les irrégularités portent notamment sur la publicité des postes vacants et les modalités de sélection des candidats qui ont tous été recrutés directement en contrat à durée indéterminée (CDI).

#### 2.3.2.1 La publication des créations et vacances d'emplois

L'établissement n'a pas respecté l'obligation de publicité des emplois vacants. Les pièces justificatives produites portent non pas sur les contractuels actuels mais sur le recrutement de leurs prédécesseurs (titulaires). Dans certains cas, le directeur affirme avoir satisfait à ses obligations de publicité auprès du centre national de gestion (CNG) mais ne produit pas de pièce justificative à l'appui de son affirmation<sup>26</sup>.

Ainsi, aucune publication de poste vacant n'a été effectuée par l'établissement pour pourvoir les emplois tenus par les quatre directeurs-adjoints contractuels en fonctions lors du contrôle. La procédure de recrutement, en termes de publication, n'a pas été respectée.

#### 2.3.2.2 Les modalités de sélection des candidats

Le décret du 19 décembre 2019 relatif à la procédure de recrutement pour pourvoir les emplois permanents de la fonction publique précise : « Lorsque l'emploi permanent à pourvoir relève du premier alinéa de l'article 9 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, l'examen des candidatures des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire, dans les conditions précisées aux articles 3-6 à 3-10, n'est possible que lorsque l'autorité investie du pouvoir de nomination a établi le constat du caractère infructueux du recrutement d'un fonctionnaire sur cet emploi. (...) ».

L'établissement a été sollicité pour présenter les éléments justifiant la procédure de sélection des candidats. La direction a répondu que : « Toutefois, les derniers recrutements sont intervenus lors de la crise Covid-19 qui n'était pas propice à l'organisation de rendez-vous et rencontre. Les recrutements se sont faits exclusivement par mail et échanges téléphoniques. »

Aucun élément d'analyse des candidatures, ni aucun *curriculum vitae* (CV) des autres candidats participant à la campagne de recrutement des membres contractuels en fonctions n'ont été transmis, venant étayer les affirmations de l'ordonnateur. Celui-ci a seulement produit certains éléments relatifs aux précédentes campagnes de recrutement des membres (titulaires) de l'équipe de direction.

La chambre note que les précédentes campagnes de recrutement, sur les postes de la direction des ressources humaines et la direction médico-sociale, ont suscité l'intérêt de plusieurs candidats ayant suivi la formation de directeur d'établissements sanitaires, sociaux et

---

<sup>26</sup> Ainsi, pour Mme X, le CH affirme avoir transmis l'annonce au CNG le 28 janvier 2020 sans confirmation de publication. La publication (d'une durée réglementaire minimum d'un mois) n'est qu'une étape de toute la procédure de recrutement qui se déroule sur plusieurs semaines. Ainsi, il n'était pas possible de respecter toute la procédure en transmettant l'annonce le 28 janvier et en signant le contrat le 3 mars 2020.

médicaux-sociaux (DEESMS) pour la majorité d'entre eux, à la différence des contractuels recrutés ultérieurement qui n'ont pas suivi cette formation.

Ainsi, l'ordonnateur n'a pas été en mesure de justifier l'absence de candidatures de titulaires sur les postes proposés par l'établissement autrement que par la crise sanitaire, les contraintes imposées par les confinements successifs et le manque d'attractivité de l'établissement. La procédure de recrutement et de sélection de candidats n'a pas été respectée.

### 2.3.2.3 Le recrutement direct en contrat à durée indéterminée

Pour les besoins de la continuité du service, des agents contractuels peuvent être recrutés pour faire face à une vacance temporaire d'emploi dans l'attente du recrutement d'un fonctionnaire, sous réserve que cette vacance ait donné lieu aux formalités de publication.

Tous les membres contractuels de l'équipe de direction ont été recrutés directement en contrats à durée indéterminée (CDI) sans avoir bénéficié au préalable d'un contrat à durée déterminée (CDD).

Or, selon les dispositions de l'article L 332-17 du code général de la fonction publique, les agents contractuels peuvent être engagés par des contrats à durée indéterminée ou d'une durée déterminée lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes ou pour remplir des fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées.

Dans la mesure où la direction de l'établissement a justifié le recours à des contractuels par le caractère infructueux des procédures de recrutement lancées pour pourvoir à certains emplois permanents de direction, le contrat d'un primo-recrutement devait être conclu sous la forme d'un CDD, laissant ainsi la possibilité de relancer la procédure de recrutement.

### 2.3.3 La situation particulière du directeur des projets et des usagers

Après avoir été assurée par un directeur adjoint titulaire ayant fait valoir ses droits à la retraite, la direction des affaires logistiques et économiques a été reprise par un attaché d'administration hospitalière principal en février 2018, avant que cette direction ne soit rattachée à la direction des affaires financières. Dans le même temps, cet attaché d'administration hospitalière s'est vu confier la direction des usagers et des projets.

Recruté en tant que titulaire avec le grade d'attaché d'administration hospitalière principal, au 10<sup>ème</sup> échelon, en février 2018, cet agent a démissionné de son corps d'attaché titulaire en décembre 2019. Il a ensuite été recruté en CDI en tant que directeur-adjoint contractuel hors classe en janvier 2020. Selon l'intéressé, son grade d'attaché d'administration hospitalière ne lui permettait plus de progresser dans sa carrière.

À l'occasion de ce changement de situation professionnelle, le salaire net imposable de ce cadre de direction a augmenté de 37,8 % entre 2019 et 2020. Le salaire net imposable de l'intéressé, alors attaché principal de l'administration hospitalière, qui était de 54 283 euros en 2018 (11 mois recalculés sur 12 mois) est passé à 79 920 euros en 2021, en qualité de directeur-adjoint hors classe, hors échelle A, soit une augmentation de 47,2 % en trois ans. Le directeur a justifié cette situation administrative particulière par le contexte sanitaire général et les contraintes imposées par les confinements successifs.

Ce changement de situation, qui, au surplus, a conduit à des conditions salariales plus attractives, est contraire au principe selon lequel les emplois permanents de la fonction publique doivent être pourvus en priorité par des agents titulaires sauf si les besoins du service le justifient.

Lors du contrôle de la chambre, le directeur de l'établissement et l'intéressé ont conclu un avenant au contrat de travail de ce dernier diminuant la part de la rémunération représentant le régime indemnitaire. Le directeur a ensuite engagé une procédure de recrutement conforme aux dispositions applicables en publiant un avis de vacance au centre national de gestion (CNG) en vue de pourvoir l'emploi de directeur des projets et de usagers. La chambre prend note de cette régularisation. Elle recommande à l'établissement de respecter à l'avenir ces dispositions désormais codifiées dans le code général de la fonction publique.

**Recommandation n° 1 : Respecter la réglementation en matière de recrutement et de rémunération des agents contractuels, notamment les dispositions de l'article L. 332-15 du code général de la fonction publique.**

---

### *CONCLUSION INTERMÉDIAIRE*

---

*Depuis 2015, la structure des emplois de direction du centre hospitalier Henri Ey est marquée à la fois par un recours accru à l'emploi contractuel et par une requalification de ces emplois, partiellement justifiée par un élargissement du périmètre des fonctions exercées par les cadres administratifs concernés.*

*Le recrutement d'agents contractuels pour occuper des emplois direction est encadré par les dispositions de l'article 9 de la loi du 9 janvier 1986, désormais codifiées à l'article L. 332-15 du code général de la fonction publique, et plusieurs textes réglementaires pris en application de ces dispositions. Le nombre élevé d'agents contractuels au sein de l'équipe de direction de l'établissement a été rendu possible par des entorses répétées aux règles procédurales de recrutement. En outre, ils bénéficient de conditions de rémunération plus favorables que les agents titulaires.*

---

## **3 UNE SITUATION FINANCIÈRE SAINÉ MALGRÉ UN PILOTAGE INSUFFISANT DE LA MASSE SALARIALE**

L'établissement dispose d'un budget principal et de huit budgets annexes. À titre principal, l'analyse financière a été effectuée sur les exercices clos 2016 à 2021.

### **3.1 Les performances financières annuelles**

#### **3.1.1 Un établissement précédemment sous contrat de retour à l'équilibre**

Au tournant des années 2010, l'établissement a connu des difficultés financières qui l'ont conduit à élaborer un plan de retour à l'équilibre (PRE), suivi d'un contrat de retour à l'équilibre. En application de ce PRE, l'établissement a procédé à la fermeture d'une unité de vingt lits et a réduit ses dotations aux amortissements, en allongeant de 40 à 60 ans les durées d'amortissement des principales opérations. Ces mesures ont produit les effets escomptés puisque l'établissement a renoué avec l'équilibre financier en 2017.

#### **3.1.2 La structure budgétaire et comptable**

L'entité juridique « centre hospitalier spécialisé Henri Ey » comporte en 2020 un compte principal (CRP) et huit comptes annexes (CRA). L'établissement concentre l'essentiel de ses moyens de fonctionnement sur le budget principal (lettre H) qui retrace l'activité de soins psychiatriques (services ambulatoires et d'hospitalisation), soit 75 % (40,3 M€) des charges tous budgets confondus.

Outre la dotation non affectée (DNA), les comptes annexes retracent les activités relatives à la prise en charges des personnes âgées (USLD et EHPAD), d'une part, et la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes en situation d'handicap, d'autre part. Les budgets gériatriques représentent un volume financier de 10 M€, soit environ 18 % du budget total. Le centre hospitalier n'est pas tenu de certifier ses comptes, son compte de résultat principal étant inférieur à 100 M€, seuil fixé par le décret du 23 décembre 2013.

#### **3.1.3 Un résultat consolidé en croissance depuis 2017**

De 2016 à 2020, le budget consolidé voit ses produits croître (+ 3,38 %) plus rapidement que ses charges (+ 0,10 %). Cela a permis à l'établissement de dégager un résultat consolidé positif et croissant qui s'établit au niveau conséquent de 0,6 M€ en fin de période (contre - 1,1 M€ en 2016).

Cette progression du résultat consolidé provient, pour l'essentiel, du net redressement du résultat comptable du budget principal. Après le déficit causé par l'opération de refinancement d'un emprunt toxique (2016), le centre hospitalier retrouve une trajectoire financière saine à compter de 2017.

Tableau n° 4 : Résultats comptables des exercices 2016 à 2021

Résultat consolidé (en euros)	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	CF anticipé 2021	Évol° 2021-2016
Produits tous budgets confondus	52 695 253,11	49 950 913,21	49 654 870,61	52 481 624,04	54 478 407,77		
Charges tous budgets confondus	53 812 594,92	49 707 339,68	49 242 531,83	51 792 497,47	53 867 475,90		
<b>Résultat consolidé</b>	<b>- 1 117 341,81</b>	<b>243 573,53</b>	<b>412 338,78</b>	<b>689 126,57</b>	<b>610 931,87</b>	<b>597 974,49</b>	<b>1 715 316,30</b>
H Budget principal	- 1 069 808,34	153 959,48	267 405,37	616 386,67	542 674,71	507 992,56	1 577 800,90
B USLD	41 527,30	85 384,28	63 281,11	49 164,74	39 205,53	- 11 084,81	- 52 612,11
E1 EHPAD	- 50 665,13	- 117 310,51	41 630,66	- 36 824,20	401,25	75 295,46	125 960,59
P1 FAM Les Magnolias	- 89 054,92	69 376,27	- 8 184,74	6 752,18	584,75	- 4 119,76	84 935,16
L1 ESAT social la ferme	212,77	- 8 584,99	3 945,20	17 624,31	30 198,44	20 361,85	20 149,08
L2 Foyer hébergement	31 850,91	40 536,27	10 347,39	- 16 077,27	- 34 337,16	- 6 167,56	- 38 018,47
L3 SAVS	- 5 310,38	1 390,24	4 857,46	6 864,88	5 895,82	2 586,33	7 896,71
M0 ESAT commercial	13 973,78	11 151,24	14 144,28	32 833,91	13 619,60	1 193,04	- 12 780,74
A DNA	9 932,20	7 671,25	14 912,05	12 401,35	12 688,93	11 917,38	1 985,18

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers 2016-2020 et note technique de l'établissement

### 3.1.4 L'augmentation du taux de marge brute

Le taux de marge brute est calculé en fonction des recettes, constituées pour l'essentiel de la dotation annuelle de financement (DAF) et de la facturation aux patients et aux mutuelles. Il permet de vérifier si l'établissement dégage suffisamment de ressources lui permettant de couvrir les charges d'amortissement des immobilisations et d'intérêts des emprunts ayant servi à les financer.

L'analyse des soldes intermédiaires de gestion<sup>27</sup> montre que le centre hospitalier connaît une amélioration de ses indicateurs d'exploitation courante (résultat brut d'exploitation et marge brute) sur la période 2016 à 2020. Sur cette période, le résultat économique brut a pratiquement doublé (+ 99 %), tandis que la marge brute progressait de 88 % par rapport à 2016.

En 2020, le taux de marge brute progresse pour s'établir à 9,8 % contre 6 % en 2016. Ainsi, la marge brute est supérieure à la valeur cible de 8 %, fixée par la circulaire interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé. Le bon niveau de la marge brute se retrouve également au niveau de la marge brute consolidée de l'établissement, soit 9,8 % en 2020<sup>28</sup>. En outre, le taux de marge brute de l'établissement est sensiblement supérieur depuis 2017 au taux médian des établissements de sa catégorie.

<sup>27</sup> Cf. annexe n° 5.

<sup>28</sup> Source : Note technique de l'établissement, p. 26.

### 3.1.5 L'augmentation des produits du budget principal

Dans leur ensemble, les produits ont augmenté de 1,9 % entre 2016 et 2020. Cette croissance est essentiellement due à celle du Titre 1 « Produits versés par l'assurance maladie » (+12,2 %) et du Titre 2 « Autres produits de l'activité hospitalière » (+8 %). Le Titre 1 « Produits versés par l'assurance maladie », essentiellement composé de la dotation annuelle de financement (DAF), représente 85 % du total des recettes en 2020 ce qui est comparable à la moyenne nationale (85,4 %)<sup>29</sup>.

**Tableau n° 5 : Évolution des produits du compte de résultat principal**

Produits du budget principal (en euros)	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	Évol° moyenne annuelle	Évol° 2020-2016
<b>Total des produits</b>	40 472 157,65	37 331 117,66	37 460 627,22	39 069 699,87	41 225 212,04	0,5 %	1,9 %
<b>Titre 1 Produits versés par l'assurance-maladie</b>	31 067 251,23	31 097 585,18	31 217 487,78	32 404 071,10	34 856 014,42	2,9 %	12,2 %
<b>Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière</b>	1 665 135,01	1 833 602,56	1 899 368,76	1 869 436,00	1 797 711,15	1,9 %	8,0 %
<b>Titre 3 Autres produits</b>	7 739 771,41	4 399 929,92	4 343 770,68	4 796 192,77	4 571 486,47	-12,3 %	-40,9 %

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers 2016-2020 et note technique de l'établissement

### 3.1.6 Une forte progression de la masse salariale

Si le poids des dépenses du Titre 1 « charges de personnel » est similaire à celui des établissements hospitaliers comparables, soit 80 % des charges contre 79,4 % pour la moyenne nationale<sup>30</sup>, les dépenses de personnel médical ont sensiblement augmenté sur la période examinée malgré la relative stabilité des effectifs.

#### 3.1.6.1 Une masse salariale en augmentation malgré une relative stabilité des effectifs

Sur la période 2016 à 2021, les dépenses du Titre 1 « charges de personnel » ont progressé de 15,4 % plus rapidement que les produits versés par l'assurance-maladie (+10,9 %).

<sup>29</sup> Source : Étude Fédération hospitalière de France « Situation financière 2017 Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ».

<sup>30</sup> Source : Étude Fédération hospitalière de France « Situation financière 2017 Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie »

Tableau n° 6 : Évolution des charges de personnel par rapport aux produits Titre 1

Budget principal	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	CF anticipé 2021	Évol° moyenne annuelle	Évol° 2021-2016
<b>Titre 1 Charges de personnel</b>	<b>28 675 596,83</b>	<b>28 776 401,40</b>	<b>28 638 872,14</b>	<b>28 884 489,58</b>	<b>31 063 128,60</b>	<b>33 099 406,19</b>	<b>2,9 %</b>	<b>15,4 %</b>
dont charges de personnel PM	3 639 557,90	3 447 544,21	3 652 175,19	3 740 680,48	4 286 426,17	4 555 096,41	4,6 %	25,2 %
dont charges de personnel PNM	24 701 097,08	25 020 096,05	24 674 212,32	24 879 406,26	26 497 391,11	28 196 081,90	2,7 %	14,1 %
dont autres charges	334 941,85	308 761,14	312 484,63	264 402,84	279 311,32	348 227,88	0,8 %	4,0 %
<b>Titre 1 Produits versés par l'assurance-maladie</b>	<b>31 067 251,23</b>	<b>31 097 585,18</b>	<b>31 217 487,78</b>	<b>32 404 071,10</b>	<b>34 856 014,42</b>	<b>34 463 005,87</b>	<b>2,1 %</b>	<b>10,9 %</b>

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après comptes financiers 2016-2020 et données de l'établissement

Sur la période de 2016 à 2021, les effectifs de l'établissement diminuent légèrement, qu'il s'agisse du personnel médical (-1,01 ETPR) ou du personnel non médical (- 2,58 ETPR). En ce qui concerne le personnel médical, la légère augmentation du nombre de praticien sur emplois permanents (+1,44 ETPR) et de praticiens contractuels (+ 0,42 ETPR) a été atténuée par la diminution du nombre d'internes (- 2,86 ETPR).

Tableau n° 7 : Évolution des effectifs (budget principal)

Équivalent temps plein rémunéré (ETPR)	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	CF anticipé 2021	Évol 2021-2016
<b>ETPR personnel médical</b>	<b>28,21</b>	<b>28,54</b>	<b>26,96</b>	<b>24,35</b>	<b>27,00</b>	<b>27,20</b>	<b>- 1,01</b>
<b>ETPR personnel non médical</b>	<b>540,56</b>	<b>536,60</b>	<b>532,91</b>	<b>531,43</b>	<b>532,05</b>	<b>537,98</b>	<b>- 2,58</b>
<b>Total ETPR</b>	<b>568,77</b>	<b>565,14</b>	<b>559,87</b>	<b>555,78</b>	<b>559,05</b>	<b>565,18</b>	<b>- 3,59</b>

Source : Note technique de l'établissement ; données de l'établissement

Malgré la légère baisse des effectifs médicaux, la masse salariale a augmenté, entre 2016 et 2021, de 0,91 M€, soit + 25,16 % (cf. annexe n°4). Cette augmentation est particulièrement sensible à partir de l'exercice 2020. Concernant le niveau de rémunération du personnel médical en 2021, les 26,2 ETPR (hors internes) perçoivent 3,04 M€ brut, soit 116 130 € annuels brut par ETPR ou environ 100 000 € net annuels.

Selon le centre hospitalier, plusieurs facteurs viennent expliquer ce constat comme le coût de l'intérim médical (entre 250 000 € et 390 000 € selon les années), l'application des mesures Ségur à la suite à la crise de la Covid-19 (42 000 € de plus entre 2020 et 2021), le versement de la prime d'exercice territorial (PET)<sup>31</sup> depuis 2017, la création d'une ligne de garde médicale sur le site de Bonneval et, enfin, le renforcement des effectifs du service des urgences sur le site de Chartres.

<sup>31</sup> Décret du 14 mars 2017 relatif à l'activité de certains médecins comme au centre hospitalier Henri Ey où des médecins exercent leur activité sur plusieurs sites (montant : environ 1 000 € par mois).

S'agissant des dépenses de personnel non médical (cf. annexe n°4), elles enregistrent une progression de 14,15 %, soit 3,5 M€ entre 2016 et 2021 malgré une baisse des effectifs (2,58 ETPR). Parmi les mesures les plus coûteuses, l'établissement met en avant le versement de la prime Covid-19 en juin 2020 (690 000 €), le complément de traitement indemnitaire (455 000 € en 2020 et 2 043 000 € en 2021).

D'après les données communiquées par l'ordonnateur, la progression des charges de personnel (hors mesures Covid et Ségur) s'élèverait globalement à 6,7 % dont la progression du personnel non médical (4,2 %) et du personnel médical (23,8 %).

Malgré le recrutement de deux contrôleurs de gestion, la chambre constate que la forte évolution des charges de personnel de 15 % (soit + 4,4 M€) sur la période de 2016 à 2021, dans un contexte de quasi stabilité des effectifs (- 3,59 ETPR), traduit une maîtrise insuffisante de la masse salariale, notamment du personnel médical.

### 3.1.6.2 Un surcoût lié au versement anticipé du complément de traitement indemnitaire

À la suite des accords du Ségur de la santé, signés le 13 juillet 2021, la rémunération des personnels soignants, médicotechniques et de rééducation de la fonction publique hospitalière (FPH) a été revalorisée à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2021. Les professionnels du secteur médico-social n'ont pas été initialement concernés par cette revalorisation.

Afin de préserver l'égalité de traitement entre toutes les catégories de personnels de l'établissement, un protocole d'accord portant sur l'attribution du complément de traitement indiciaire au personnel « des budgets ESAT, FAM, SAVS et Foyer d'hébergement » a été conclu entre les trois organisations syndicales et la direction de l'établissement. Le conseil de surveillance, par délibération du 16 décembre 2020, a validé ce protocole d'accord qui a permis un versement de ce complément de traitement indemnitaire (CTI) dès décembre 2020.

Si les accords du Ségur sur la santé ont, par la suite, été élargis au secteur médico-social, le versement du CTI de décembre 2020 à mai 2021 a été financé sans aucune aide nationale. Cet avantage indemnitaire de l'établissement explique en partie le résultat déficitaire prévu dans l'EPRD 2021 pour les budgets annexes FAM et Foyer d'hébergement (Cf. annexe n° 5).

**Recommandation n° 2 : Maîtriser la masse salariale notamment du personnel médical.**

### 3.1.7 Les relations financières entre le budget principal et les budgets annexes

Conformément aux dispositions de l'article R. 6145-12 du code de la santé publique, les comptes de résultat annexes n'ont pas reçu de subventions d'équilibre du compte de résultat principal au cours de la période contrôlée.

#### 3.1.7.1 Les remboursements des budgets annexes

Aux termes de l'instruction budgétaire et comptable M21, le compte 7087 est destiné à enregistrer les remboursements de frais des budgets annexes. Le montant des remboursements effectués par les comptes de résultats annexes (CRA) au compte de résultat principal (CRP) est

de l'ordre de 2,2 M€ par an sur la période 2016 à 2020. Les flux de facturation concernent les prestations logistiques et administratives comptabilisées sur le budget principal.

D'après l'établissement, le montant des charges communes est calculé sur la base du retraitement comptable N-2. « Les clés UO (unité d'œuvre) définies dans le RTC (Retraitement Comptable) de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sont utilisées à cet effet. À la suite du recrutement de deux contrôleurs gestion, une réflexion est en cours afin d'élaborer un outil permettant de calculer ces charges communes sur la base N ».

### 3.1.7.2 Des budgets gériatriques structurellement déficitaires

Si les résultats de l'exercice 2020 des budgets gériatriques sont majoritairement excédentaires, les résultats de clôture majorés des reports à nouveau sont fortement déficitaires, déficit concentré sur la section « dépendance » de ces budgets.

**Tableau n° 8 : Les résultats de clôture 2020**

Intitulé des CR	Résultat d'exploitation de 2020	Report à nouveau		Résultat à affecter
		excédentaire	déficitaire	
<b>BUDGET PRINCIPAL</b>	<b>542 674,71</b>		<b>234 410,80</b>	<b>308 263,91</b>
<b>DNA</b>	<b>12 688,93</b>			<b>12 688,93</b>
<b>USLD</b>	<b>39 205,53</b>	-	<b>307 356,50</b>	<b>- 268 150,97</b>
Section Hébergement	39 833,99			39 833,99
Section Dépendance	- 20 751,58		307 356,50	- 328 108,08
Section Soins	20 123,12			20 123,12
<b>EHPAD</b>	<b>401,25</b>	-	<b>508 814,36</b>	<b>- 508 413,11</b>
Section Hébergement	521,32		15 503,65	- 14 982,33
Section Dépendance	- 26 710,16		493 310,71	- 520 020,87
Section Soins	26 590,09			26 590,09
<b>ESAT social</b>	<b>30 198,44</b>			<b>30 198,44</b>
<b>ESAT commercial</b>	<b>13 619,60</b>			<b>13 619,60</b>
<b>FAM</b>	<b>584,75</b>	-	<b>62 397,98</b>	<b>- 61 813,23</b>
<b>SAVS</b>	<b>5 895,82</b>			<b>5 895,82</b>
<b>Foyer d'hébergement</b>	<b>- 34 337,16</b>		<b>33 962,37</b>	<b>- 68 299,53</b>
<b>TOTAL</b>	<b>610 931,87</b>	-	<b>1 146 942,01</b>	<b>- 536 010,14</b>

Source : Compte-rendu de la réunion du conseil de surveillance du 24 juin 2021, annexe 2

L'établissement explique ces déficits de la manière suivante : « pour les dépenses, la plus grande difficulté pour l'établissement concerne les dépenses de personnel avec une autorisation des coûts moyens inférieure à ceux constatés. Pour les recettes, le conseil départemental ne tient pas compte des journées d'hospitalisation (journées non facturables) dans le calcul des tarifs, ce qui génère un déficit structurel. »

Selon l'ordonnateur, la méthode de retraitement comptable des charges indirectes, qui donnent lieu à des remboursements par les budgets annexes, devrait être affinée grâce à la mise en place d'un outil de la comptabilité analytique élaboré par l'établissement. Ce nouvel outil permettra une meilleure ventilation des dotations aux amortissements entre les différents budgets et une bonne tenue de l'inventaire. Il contribuera à la fiabilité des imputations de charges entre les budgets et à la transparence des coûts de chaque activité.

**Recommandation n° 3 : Se doter d'un outil de comptabilité analytique performant afin de fiabiliser les relations financières entre le budget principal et les budgets annexes gériatriques.**

## 3.2 Les investissements et leur financement

### 3.2.1 Des dépenses d'équipement en diminution

Au total sur les exercices 2016 à 2020, le centre hospitalier Henri Ey a investi 13 M€. Le volume des dépenses d'équipement, qui suit un cycle irrégulier, s'élève en moyenne à 2,6 M€ par an. Après une première phase d'investissement peu élevée, succède une période 2018 et 2019 plus soutenue, avec un volume annuel moyen de l'ordre de 4,4 M€, pour redescendre, en 2020, à 1,1 M€. Ce ralentissement est imputable à la crise sanitaire.

**Tableau n° 9 : Les dépenses d'équipement**

Charges d'exploitation du budget consolidé (en euros)	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	Évol° moyenne annuelle	Évol° 2020-2016
<b>Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)</b>	<b>1 498 449</b>	<b>1 703 595</b>	<b>2 955 303</b>	<b>5 774 100</b>	<b>1 076 388</b>	<b>- 7,9 %</b>	<b>- 28,2 %</b>
Dont immobilisations incorporelles	136 829	109 492	168 951	111 664	128 406	- 1,6 %	- 6,2 %
Dont terrains, constructions et agencements	836 351	592 247	358 368	340 980	403 424	- 16,7 %	- 51,8 %
Dont autres immobilisations corporelles	525 269	314 014	469 577	700 209	400 993	- 6,5 %	- 23,7 %
Dont immobilisations en cours	-	687 843	1 958 407	4 621 248	143 565		

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers 2016-2020

Les principales opérations d'investissement réalisées au cours de la période 2016 à 2021 ont porté sur le développement de l'offre de soins avec des constructions neuves comme l'extension de l'EHPAD (6,5 M€), la restructuration du centre psychiatrique de Coudray (1,9 M€) le réseau de téléphonie (239 000 €), la chaufferie UTHR (194 000 €), les constructions de la MAR de Bonneval (150 000 €) et de Coudray (76 000 €) et, enfin, l'extension de la pharmacie (69 000 €).

### 3.2.2 L'autofinancement des investissements

Pour financer ses programmes d'investissement de la période 2016-2020 (13 M€) et rembourser sa dette en capital (7 M€), le centre hospitalier a disposé de 17,4 M€ de CAF brute, de 1,6 M€ de dotations et subventions et de 0,8 M€ de produits de cessions. Le centre hospitalier a autofinancé la quasi-totalité de son effort d'équipement. Le montant cumulé de la CAF nette (10 M€) a ainsi permis de financer 80 % des dépenses d'équipement.

La capacité d'autofinancement (CAF), qui correspond à l'excédent de ressources dégagé par l'activité normale de l'établissement au cours d'un exercice, est en forte augmentation sur la période.

**Tableau n° 10 : La capacité d'autofinancement consolidé (en euros)**

CAF budget consolidé	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	Évol° moyenne annuelle	Évol° 2020/2016
<b>Résultat du compte de résultat</b>	<b>-1 117 341,81</b>	<b>243 573,53</b>	<b>412 338,78</b>	<b>689 126,57</b>	<b>610 931,87</b>		
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (c/68)	2 682 902,13	3 776 439,68	3 615 795,57	4 802 828,86	4 944 908,79	16,5 %	84,3 %
- Reprises sur dépréciations et provisions (c/78)	391 137,35	620 347,13	328 050,46	645 726,48	534 770,03	8,1 %	36,7 %
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (c/675)	403,66	127 084,91	1 681,40	632 361,14	656,76	12,9 %	62,7 %
- Produits des cessions (c/775)	3 358,15	84 966,67	4 500,00	715 000,00	-	- 100,0 %	- 100,0 %
- Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice (c/777)	151 384,00	144 894,80	144 894,80	142 335,01	147 330,86	- 0,7 %	- 2,7 %
<b>CAF brute</b>	<b>1 020 084,48</b>	<b>3 296 889,52</b>	<b>3 552 370,49</b>	<b>4 621 255,08</b>	<b>4 874 396,53</b>	<b>47,8 %</b>	<b>377,8 %</b>

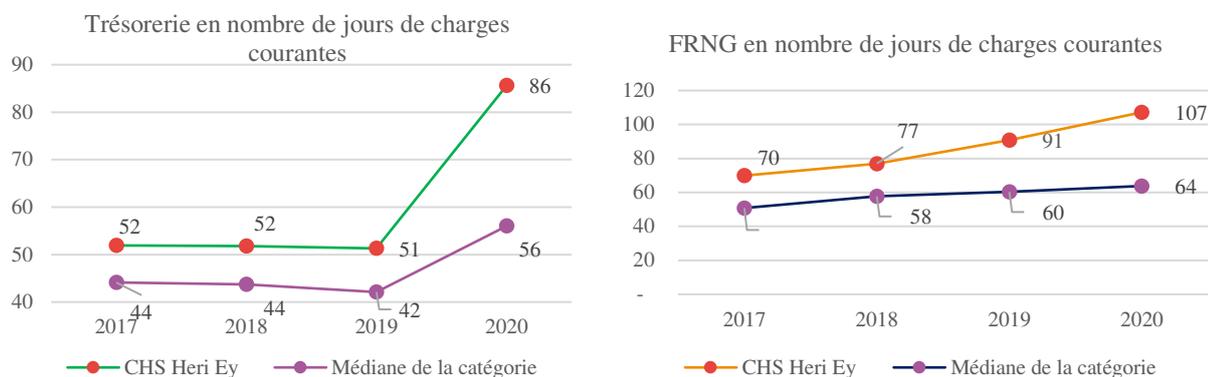
Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers 2016-2020

La CAF cumulée sur la période 2016 à 2020 (17 M€) couvre facilement l'annuité cumulée de la dette en capital de sept millions euros. Avec environ 4,9 M€ en 2020, soit un taux de CAF de 9,5 % des recettes réelles d'exploitation, la capacité d'autofinancement générée par le CHS est d'un bon niveau ; elle s'établit à un niveau supérieur à celui des établissements comparables pour lesquels le taux médian est de 6,1 %.

### 3.2.3 Le niveau élevé du fonds de roulement et de la trésorerie

L'examen du bilan du CHS Henri Ey montre que celui-ci dispose d'un fonds de roulement et d'une trésorerie confortables<sup>32</sup> par rapport aux établissements de même catégorie. Les niveaux du fonds de roulement et de la trésorerie permettent ainsi à l'établissement de couvrir trois mois de charges courantes alors que la médiane des centres hospitaliers comparables est de deux mois environ.

<sup>32</sup> Consécutivement, sur toute la période observée, la trésorerie nette était toujours supérieure à 42 jours et le FRNG était supérieur à 71 jours de charges courantes, niveau certainement suffisant.

**Graphique n° 2 : Comparaison des équilibres bilanciaux**


Source : Tableau de bord financier des établissements publics de santé (TBFEPS) 2016-2020

L'établissement dispose d'une trésorerie disponible structurellement élevée. Ces liquidités abondantes permettent de garantir des délais de paiement normaux aux fournisseurs. En 2020 et 2021 le délai global de paiement des fournisseurs est d'environ 23 jours. Il est inférieur au délai de paiement à 50 jours fixé pour les établissements publics de santé par le code de la commande publique. Cette trésorerie abondante résulte des excédents générés annuellement par l'établissement, qui sont venus conforter le fonds de roulement notamment par affectation à l'investissement et au report à nouveau excédentaire.

**3.2.4 Une diminution de l'encours de la dette entre 2016 et 2020**

L'encours de la dette de l'établissement, qui a fait l'objet d'une importante opération de refinancement en 2016, a diminué en moyenne de 2,4 % entre 2016 et 2020. La circulaire interministérielle DGOS/PF1/DB/DGFIP n° 2012-195 du 9 mai 2012 établit les limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé en analysant plusieurs indicateurs dont le ratio d'indépendance financière dont le seuil est fixé à 50 % et le ratio de durée apparente de la dette avec un seuil fixé à 10 ans.

**Tableau n° 11 : Évolution de l'endettement**

Dette budget consolidé	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	Évol° moyenne annuelle	Évol° 2020/2016
<b>Encours de la dette au 31/12</b>	<b>21 850 945,86</b>	<b>20 449 830,23</b>	<b>20 024 660,25</b>	<b>21 453 625,28</b>	<b>19 842 165,67</b>	<b>- 2,4 %</b>	<b>- 9,2 %</b>
Charges d'intérêts	730 802,00	700 167,00	685 479,00	609 792,00	604 085,00	- 4,6 %	- 17,3 %
Durée apparente de la dette (en années)		6,2	5,7	4,7	4,1		
Médiane de la catégorie		4,9	4,3	3,9	3,2		
Taux de dépendance financière (50 %)		35,9 %	34,9 %	35,2 %	32,0 %		
Médiane de la catégorie		30,8 %	29,8 %	27,0 %	25,6 %		

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les comptes financiers 2016-2020 et TBFEPS 2016-2021

### 3.2.5 Les conditions de refinancement d'un emprunt structuré

En 2008, le CHS Henri Ey a contracté sur le budget principal un emprunt structuré de trois millions d'euros pour financer les dépenses d'investissement. Ce prêt structuré comporte deux phases : la première phase de cinq ans, indexée à taux fixe de 3,75 %, et la seconde phase de 20 ans avec un taux variable dont le calcul était lié au taux de change euro franc suisse avec un taux barrière fixé à 1,44 %. En 2011, le plancher ayant atteint un franc suisse pour un euro, cela a entraîné le paiement de charges d'intérêts importantes.

Pour faire face à cette situation, le centre hospitalier a pris plusieurs initiatives. D'abord, en 2012, l'établissement a profité de la contraction d'un nouvel emprunt dans le cadre de la construction du bâtiment de l'EHPAD pour négocier avec le Crédit foncier une stabilisation du prêt structuré. Ensuite, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a octroyé en 2016 à l'établissement une aide de 2 300 000 euros afin de lui permettre de procéder au refinancement de son emprunt structuré. Cette aide est versée en dix échéances annuelles de 2016 à 2025, soit 230 000 euros par an.

Cette opération de refinancement a entraîné le versement d'une indemnité de remboursement anticipé (IRA) d'un montant élevé (4 712 000 €) dont la majeure partie sera prise en charge par l'État (2 300 000 €), puis par l'organisme bancaire prêteur (1 M€) et, enfin, par l'établissement hospitalier (1 412 000 €)<sup>33</sup>.

Au 31 décembre 2020, l'encours de la dette s'élevait à 19,8 M€ dont 2,8 M€ afférents à ces deux prêts issus de l'opération de refinancement d'une partie de la dette. Si cette opération de refinancement d'un emprunt toxique a entraîné un déficit du compte de résultat en 2016 (budget principal), elle a néanmoins permis d'assainir la situation financière du centre hospitalier en réduisant la charge annuelle de la dette.

## 3.3 Les perspectives financières

### 3.3.1 Des incertitudes liées à la réforme du financement de la psychiatrie

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, date d'entrée en vigueur de l'article 34 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 portant sur la réforme du financement de la psychiatrie, le mode de financement actuel par dotation annuelle de financement aussi appelée « enveloppe globale » devrait être remplacé par un nouveau financement réparti en huit dotations dont une dotation populationnelle significative.

Interrogé sur l'incidence de la réforme sur son budget, l'établissement n'était pas en mesure de procéder à l'évaluation finale de son impact, de nombreuses variables restant encore inconnues, telles que notamment le montant de la dotation populationnelle arrêté par l'ARS Centre-Val de Loire, le forfait applicable aux patients en soins sans consentement, ou encore le financement des activités spécifiques. Néanmoins, les informations notifiées et relatives à

---

<sup>33</sup> Comptabilisé au compte 668 en 2016.

l'application de nouveaux tarifs nationaux engendrent une légère baisse des recettes du Titre 2 « Autres produits de l'activité hospitalières ».

**Tableau n° 12 : Impact sur les recettes prévisionnelles 2022**

Recettes	EPRD 2022	Tarifs notifiés	Écart	Écart en %
Hospitalisation complète	1 042 900	917 700	- 125 200	- 12,0 %
Hospitalisation de jour adulte	67 900	56 100	- 11 800	- 17,4 %
Hospitalisation de jour infanto	67 100	124 900	57 800	86,1 %
<b>Total</b>	<b>1 177 900</b>	<b>1 098 700</b>	<b>- 79 200</b>	<b>- 6,7 %</b>

Source : Données de l'établissement

### 3.3.2 Les prévisions d'évolution de la marge brute

La projection financière du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2021-2026 tend à montrer que la situation financière de l'établissement risque de se tendre dans les prochaines années. En effet, la marge brute projetée est insuffisante pour couvrir le poids des investissements futurs et de la dette. Pour 2021, elle est en réalité plus élevée (8,2 %) que celle qui avait été projetée (4,5 %).

Cependant, cet exercice de simulation financière trouve ses limites dans le fait que les hypothèses d'évolution de certaines recettes et dépenses, sur lesquelles il repose, sont imposées à l'établissement<sup>34</sup>. La baisse de la marge brute résulte de l'absence d'augmentation des produits de l'assurance maladie (Titre 1), de la baisse de certains produits (Titre 3) conjuguée à une hausse de 1 % des dépenses de personnel (Titre 1).

**Tableau n° 13 : Projection de la marge brute d'après le PGFP 2022-2026**

Soldes intermédiaires de gestion du compte principal (en K€)	ERP 2021 ajusté des DM	ERP 2022	ERP 2023	ERP 2024	ERP 2025	ERP 2026	Évol° 2021/ 2026	pour mémoire CF 2020	Évol° 2026/ 2020
<b>Titre 1 : Produits versés par ass. maladie</b>	+ 35 027	35 027	35 027	35 027	35 027	35 027	0,0 %	34 856	0,5 %
<b>Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière</b>	+ 1 834	1 891	1 912	1 933	1 955	1 977	7,8 %	1 798	9,9 %
<b>Titre 3 : Autres produits</b>	+ 4 080	4 022	4 022	4 022	4 016	3 783	-7,3 %	4 571	-17,3 %
<b>Total des produits</b>	<b>40 941</b>	<b>40 940</b>	<b>40 961</b>	<b>40 982</b>	<b>40 997</b>	<b>40 786</b>	<b>-0,4 %</b>	<b>41 225</b>	<b>-1,1 %</b>
<b>Titre 1 : charges de personnel</b>	- 32 750	32 832	32 901	32 963	33 023	33 082	1,0 %	31 063	6,5 %
<b>Titre 2 : charges à caractère médical</b>	- 741	725	720	715	710	705	-4,9 %	708	-0,4 %
<b>Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général</b>	- 5 167	4 977	4 964	4 958	4 950	4 942	-4,3 %	4 901	0,8 %
<b>Total des charges</b>	<b>38 658</b>	<b>38 533</b>	<b>38 585</b>	<b>38 637</b>	<b>38 683</b>	<b>38 729</b>	<b>0,2 %</b>	<b>36 672</b>	<b>5,6 %</b>
<b>Marges brute</b>	<b>1 719</b>	<b>1 897</b>	<b>1 866</b>	<b>1 835</b>	<b>1 811</b>	<b>1 786</b>	<b>3,9 %</b>	<b>3 670</b>	<b>-51,3 %</b>
<b>Produits Titres 1,2 et 3 hors aides, rbt par les CPRA, produits excep.et fin.</b>	38 165	38 218	38 239	38 260	38 281	38 303	0,4 %	38 371	-0,2 %
<b>Taux de marge brute hors aide</b>	<b>4,50 %</b>	<b>4,96 %</b>	<b>4,88 %</b>	<b>4,80 %</b>	<b>4,73 %</b>	<b>4,66 %</b>	<b>3,5 %</b>	<b>9,56 %</b>	<b>-51,2 %</b>

Source : PGFP 2022-2026 ; compte financier 2020

<sup>34</sup> Les recettes du Titre 1 restent fixes sur la période et la progression des dépenses de personnel (Titre 1) limitées à 1 %.

### 3.3.3 L'actualisation des projections financières

L'établissement a réactualisé « l'atterrissage » de l'exercice 2021 à la suite de l'encaissement réel et supérieur aux estimations initiales, de la DAF 2021 et des recettes du Titre 1. Bien que solide en 2021, la marge brute est projetée à moins de 8 % des produits bruts d'exploitation hors aides, c'est-à-dire sous le seuil cible attendu aujourd'hui des structures hospitalières.

La programmation pluriannuelle des investissements présentée par le CHS prévoit 15 M€ en dépenses sur la période 2021 à 2026 répartis entre les opérations courantes et majeures.

**Tableau n° 14 : Programmation pluriannuelle des investissements (budget consolidé)**

PPI (en K€)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Cumul
Opérations courantes	2 080	1 480	980	1 190	1 140	920	7 790
Opérations majeures	1 660	1 000	1 200	1 000	1 100	1 280	7 240
<b>TOTAL 2021-2026</b>	<b>3 740</b>	<b>2 480</b>	<b>2 180</b>	<b>2 190</b>	<b>2 240</b>	<b>2 200</b>	<b>15 030</b>

Source : Plan pluriannuel d'investissement

### 3.3.4 Le projet de renégociation d'un contrat de partenariat public-privé

Le projet d'établissement 2002-2007 envisageait, d'une part, la création d'une unité d'alcoologie comprenant une unité d'hospitalisation complète (16 lits), d'un hôpital de jour (15 place), d'un centre médico-psychologique et d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (cinq places). D'autre part, le projet portait sur la construction d'une unité de psychologie médicale de 18 lits.

Pour la réalisation d'une partie de ce projet la commune de Morancez a proposé un terrain disponible. Par ailleurs, le contexte financier n'était pas favorable au lancement de la construction d'un immeuble, et, selon l'ordonnateur, l'établissement aurait été incité par les pouvoirs publics à s'engager dans un partenariat public-privé (PPP). L'ordonnateur explique le recours à la formule du PPP par le fait qu'à la date de la contractualisation du bail emphytéotique, l'établissement n'avait ni la trésorerie suffisante pour financer ce projet sur ses fonds propres ni la capacité d'emprunter auprès d'un établissement bancaire.

En 2006, le CHS Henri Ey a opté pour la signature d'un bail emphytéotique se décomposant, d'une part, en un bail emphytéotique « classique » de mise en disposition du terrain par la commune de Morancez pour une durée de 99 ans et, d'autre part, en un bail emphytéotique « hospitalier » dit BEH pour le financement, la conception, la construction, la maintenance et le renouvellement du bâtiment et des équipements. Ce dernier bail a été conclu entre la commune de Morancez (le bailleur) et la société SNC – PHEM (l'exploitant) pour une durée de 25 ans.

Le montant total de l'investissement a été fixé à un peu plus de huit millions d'euros. La mise à disposition du bâtiment a eu lieu le 17 septembre 2009. S'agissant des modalités financières, le bail emphytéotique « classique » prévoit une mise à disposition gratuite du terrain. En revanche, l'exploitant est rémunéré par le paiement d'un loyer par l'hôpital (soit

884 000 € par an) en contrepartie de la mise à disposition effective du bâtiment et des équipements.

Selon l'ordonnateur, des études ont été menées en interne en vue de sortir d'un contrat de partenariat jugé coûteux. Ainsi, les services financiers du centre hospitalier ont procédé au chiffrage du coût du financement de l'immeuble, d'une part, par voie de crédit-bail d'une durée de 25 ans et, d'autre part, par voie d'emprunt bancaire. Selon cette étude, le financement de la construction de l'immeuble sans recours au PPP, aurait permis à l'établissement de réaliser une économie potentielle de 2,95 M€.

Toujours selon cette étude, dans l'hypothèse où le centre hospitalier Henri Ey procéderait à l'acquisition de l'immeuble en février 2023, l'établissement réaliserait une économie potentielle d'environ 1 925 000 euros. Pour cela, il lui faudrait recourir à un emprunt d'un montant minimum de 4 000 000 €, dont le taux d'intérêt a été simulé par prudence à 2 %, afin de financer l'opération. De plus, l'établissement estime que cette opération permettrait de générer une économie sur les charges d'exploitation de près de 175 milliers d'euros en moyenne sur les onze années à venir.

Néanmoins, le terrain sur lequel est assis l'immeuble reste la propriété de la commune de Morancez. Ainsi, l'établissement envisage de négocier avec celle-ci le transfert de propriété du terrain à titre gracieux au centre hospitalier, soit au terme du contrat de crédit-bail soit au moment du rachat de l'immeuble.

**Recommandation n° 4 : Engager toutes études nécessaires, le cas échéant externes, afin de garantir l'intérêt économique et la sécurité juridique du rachat des constructions faisant l'objet d'un partenariat public-privé.**

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*De 2016 à 2020, le budget consolidé du centre hospitalier spécialisé Henri Ey voit ses produits croître (+3,38 %) plus rapidement que ses charges (+ 0,10 %). Cela a permis à l'établissement de dégager un résultat consolidé positif et croissant qui s'établit à un niveau conséquent de 0,6 M€ en fin de période (contre - 1,1 M€ en 2016). En 2020, le taux marge brute progresse pour s'établir à 10 % contre 6 % en 2016. Ainsi, la marge brute de l'établissement reste supérieure à la valeur cible de 8 % dans le secteur hospitalier.*

*Si le poids des dépenses du Titre 1 « charges de personnel » est similaire à celui des établissements hospitaliers comparables, soit 80 % des charges contre 79,4 % pour la moyenne nationale, les dépenses de personnel ont sensiblement augmenté sur la période examinée malgré une relative stabilité des effectifs.*

*Indice d'une situation financière saine, le centre hospitalier a autofinancé la quasi-totalité de son effort d'investissement. Le montant cumulé de la CAF nette (10 M€) sur la période examinée a ainsi permis de financer 80 % des dépenses d'équipement. L'encours de la dette de l'établissement, qui a procédé une importante opération de refinancement de sa dette en 2016, a diminué en moyenne de 2,4 % entre 2016 et 2020. Toutefois, les projections financières du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2021-2026 tendent à montrer que la situation financière de l'établissement risque de se tendre dans les prochaines années.*

---

## 4 UN MANQUE DE FLUIDITÉ DANS LES PARCOURS DE SOINS

Le contrôle a plus particulièrement porté sur l'examen des parcours de soins des patients, parcours qui peuvent se définir comme l'enchaînement des soins reçus à partir de la prise en charge des patients dans les centres médico-psychologiques (CMP) jusqu'à leur hospitalisation et la réintégration en milieu ordinaire. D'une manière générale, ces parcours apparaissent insatisfaisants dans la mesure où plusieurs indicateurs traduisent leur manque de fluidité.

### 4.1 Les difficultés d'accès aux soins primaires de proximité

La prise en charge précoce des troubles psychiques et psychiatriques nécessite des capacités de repérage de signes de souffrance ou de troubles psychiques par les acteurs de première ligne et les professionnels de soins primaires ainsi qu'une articulation effective et rapide avec les professionnels établissant le diagnostic et mettant en œuvre la prise en charge.

#### 4.1.2 Une activité principalement ambulatoire

Le mode de prise en charge prédominant est l'activité ambulatoire. En effet, la file active exclusivement ambulatoire représente 82,76 % de l'activité de l'établissement en 2021 mais seulement 23 % des dépenses dans le budget de l'établissement. Ainsi, une grande partie de la patientèle bénéficie d'un suivi en extra hospitalier qui permet aux patients de rester à domicile en bénéficiant d'aides adaptées à leur niveau d'autonomie.

**Tableau n° 15 : Évolution de l'activité de l'établissement**

	Adultes		Infanto-juvénile		Total	
	File active	File active en ambulatoire exclusif	File active	File active en ambulatoire exclusif	File active	File active en ambulatoire exclusif
<b>2016</b>	7043	5723	1590	1350	8593	7037
<b>2017</b>	6674	5647	1539	1329	8236	6954
<b>2018</b>	6220	5224	1509	1307	7692	6507
<b>2019</b>	5494	4607	1482	1262	6945	5850
<b>2020</b>	5440	4511	1414	1196	6833	5692
<b>2021</b>	6159	5098	1379	1134	7500	6207

Source : Données de l'établissement

**Tableau n° 16 : Le coût des activités**

ANNEE	Coût hospitalisation	Coût ambulatoire	% hospitalisation	% ambulatoire
2016	24 703 345 €	7 561 641 €	76,56 %	23,44 %
2017	24 307 267 €	8 191 181 €	74,80 %	25,20 %
2018	25 004 681 €	7 321 922 €	77,35 %	22,65 %
2019	24 841 406 €	7 362 913 €	77,14 %	22,86 %

Source : Données de l'établissement

Les CMP et les hôpitaux de jour (HDJ) situés au sein des bassins de population (Châteaudun-Nogent le Rotrou-Bonneval-Chartres) assurent au quotidien les soins de la très large majorité de la file active<sup>35</sup>. Le nombre d'actes réalisés en ambulatoire (activité par rapport au patient et non par rapport aux intervenants) est en augmentation en 2020. Il passe ainsi de 43 324 en 2019 à 48 871 en 2020 soit + 12,8 % d'actes. Ainsi, la diminution de la file active liée à la crise sanitaire a été compensée par une augmentation des actes réalisés en ambulatoire, codifiés selon la grille dite EDGAR<sup>36</sup>, notamment des entretiens<sup>37</sup>.

#### 4.1.3 La gradation des soins en psychiatrie

La gradation de l'offre, et surtout sa correspondance avec les différents niveaux de besoins exprimés par la population, sont des enjeux majeurs du système de soins psychiatriques. Le schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire a défini trois niveaux de gradation des soins sur chacun des territoires de santé.

##### La gradation des soins en psychiatrie

**Niveau I (soins primaires) :** offre de premier recours, porte d'entrée dans le système de soins, il se structure autour d'une offre ville-hôpital englobant les acteurs de soins primaires (médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychologues) et les prises en charge de première intention réalisées par les acteurs hospitaliers (centres médico-psychologiques) ou certaines structures pluridisciplinaires (ex : maisons des adolescents). Une attention particulière sera portée à l'accessibilité de la population à ce niveau I en termes de délais de rendez-vous.

**Niveau II ou secondaire :** regroupe des services spécialisés portés par la psychiatrie hospitalière privée ou publique dont une partie des structures de soins est déconcentrée dans la cité (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...).

**Niveau III ou tertiaire :** constitué de centres de référence et d'expertise, il comprend les services de soins les plus spécialisés dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources. Ces centres ont également une vocation d'enseignement et de recherche.

Source : Schéma régional de santé de la région CVDL 2018-2022, page 173.

<sup>35</sup> File active : nombre total de patients pris en charge dans le service au cours de l'année. Il s'agit bien d'un décompte de patients et pas d'un décompte de recours.

<sup>36</sup> EDGAR : entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion.

<sup>37</sup> Il peut s'agir d'entretiens en présentiel ou téléphoniques.

Clef de vôûte autour de laquelle s'organise la réponse aux besoins au sein du secteur, le CMP est tenu de veiller à la bonne coordination en amont et en aval, avec le réseau des soins primaires (premier recours), les professionnels du champ de la santé mentale (second recours spécialisé) et du handicap psychique. À cet égard, une circulaire datant de 1993 réaffirme la fonction de premier recours en précisant que le secteur psychiatrique doit se centrer sur les CMP afin d'offrir des soins de santé primaires près de la population, et de faire contrepoids à l'hospitalo-centrisme<sup>38</sup>.

#### 4.1.4 Un rebond de la file active à partir de 2020

Sur la période sous revue, la file active des CMP tend à diminuer, même si elle connaît un léger rebond à partir de 2020 qui s'est confirmé en 2021. Cette tendance générale masque des évolutions contrastées selon les CMP. Une baisse de l'activité est particulièrement sensible en addictologie.

**Tableau n° 17 : L'activité ambulatoire en CMP**

Services	Activité ambulatoire en CMP les files actives							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var° 2021/2016	Var° 2021- 2016
<b>Psychiatrie adultes</b>								
CMP Chartres	1 978	1 899	1 906	1 528	1 724	2 102	6 %	124
CMP Châteaudun	611	600	668	615	651	652	7 %	41
CMP Nogent-Le-Rotrou	745	724	673	554	581	609	-18 %	-136
CMP Bonneval	201	287	232	224	266	271	35 %	70
<b>Pédo psychiatrie</b>								
CMP Châteaudun	970	964	937	925	851	795	-18 %	-175
CMP Nogent-Le-Rotrou	569	549	559	540	557	565	-1 %	-4
<b>Addictologie</b>								
CMP Chartres	862	850	666	500	537	578	-33 %	-284
Consultation sur Châteaudun	85	82	71	36	9	24	-72 %	-61
Consultations sur Nogent-Le-Rotrou	110	95	88	33	38	71	-35 %	-39
Consultations sur Bonneval	39	-	20	-	-	13	-67 %	-26
<b>FILE ACTIVE TOTALE EN CMP</b>	<b>5 825</b>	<b>5 672</b>	<b>5 532</b>	<b>4 754</b>	<b>4 942</b>	<b>5 356</b>	<b>-8 %</b>	<b>-469</b>

Source : Données de l'établissement

<sup>38</sup> Circulaire DH-PE 3/DGS-SP 3 n° 93-00 du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale.

#### 4.1.5 Une relative saturation des centres médico-psychologiques (CMP)

Au regard du parcours du patient, le projet territorial de santé mentale (PTSM) souligne que le « dispositif de consultation de proximité est saturé et ne permet plus d'assurer un premier niveau de soins de qualité : délais d'attente trop longs et offre de service réduite (horaires, lieux de consultation). »

Ce constat reste toujours d'actualité au centre hospitalier Henri Ey. En effet, le délai d'obtention d'un premier rendez-vous en CMP est important<sup>39</sup>. Il se situe en moyenne entre 30 et 60 jours et varie mensuellement selon la disponibilité des équipes médicales et soignantes. Ainsi, le délai moyen pour le CMP pivot de Chartres<sup>40</sup>, estimé à 57 jours en décembre 2021, était de 45 jours en janvier 2022. La saturation du CMP infanto juvénile est telle que le délai de rendez-vous est supérieur à un an.

Face aux difficultés d'accès aux centres médico-psychologiques de la région, l'agence régionale de santé (ARS) a confié à l'observatoire régional de santé (ORS) une étude pour évaluer les délais d'attente dans les CMP et définir les modalités d'organisation et d'accueil qui pourraient permettre de réduire les délais d'attente en maintenant une qualité de prise en charge<sup>41</sup>.

Outre la grande hétérogénéité de l'organisation des CMP, l'étude montre que sur l'ensemble de la région, chez les adultes, le délai moyen observé est de 20,9 jours entre la prise de contact et le premier rendez-vous d'évaluation, de 34,5 jours entre cette prise de contact et le début de la prise en charge, et de 63,8 jours pour accéder à une consultation avec un psychiatre. Chez les enfants, ces délais sont de 73,1 jours, 92,8 et 92,2 jours.

Enfin, après un passage dans une unité d'hospitalisation ou au CEDAP de l'établissement, les patients devraient en principe être pris en charge dans un délai d'une semaine par le CMP du secteur pour faciliter l'adhésion au protocole de soins. Or, les délais de rendez-vous sont, le plus souvent, supérieurs à 15 jours. Selon l'ordonnateur, l'allongement des délais de rendez-vous est imputable « au déficit de temps médical. »

#### 4.1.6 L'absence de soutien aux structures de soins de premier recours

En plus de prodiguer des soins, le CMP doit assurer également une fonction de pivot et de coordination des acteurs. Il est censé assurer les articulations en amont avec le réseau des soins primaires, les professionnels du champ de la santé somatique et mentale et, en aval, les professionnels et structures contribuant à la prise en charge du handicap psychique<sup>42</sup>.

Dans ce cadre, le PTSM préconise de développer le partenariat avec les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) par l'organisation de permanences de psychiatrie dans les MSP<sup>43</sup>.

---

<sup>39</sup> La direction des systèmes d'information de l'établissement a développé un outil informatisé de calcul des délais d'attente depuis octobre 2021.

<sup>40</sup> En décembre 2021, le délai était de 42 jours pour le CMP de Nogent et de 56 jours pour le CMP de Bonneval.

<sup>41</sup> Rapport d'activité 2020, Observatoire régional de la santé.

<sup>42</sup> « Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient », rapport IGAS, juillet 2020.

<sup>43</sup> Fiche d'action n° 2 – Développer la mobilité en psychiatrie.

Selon l'interprétation faite par l'établissement de cette préconisation, il ne s'agirait pas nécessairement de temps de médical de psychiatrie « mais plutôt de permanences de temps de psychiatrie (psychologue, temps soignants IDE ou autres) car actuellement les effectifs médicaux du centre hospitalier Henri Ey ne permettraient pas de dégager des temps médicaux de psychiatres ». La préconisation du PTSM devrait, selon l'établissement, faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS, actuellement en cours d'élaboration. Il appartiendra aussi au futur coordonnateur du PTSM (en cours de recrutement) de veiller à la mise en œuvre opérationnelle des axes du PTSM-28.

À cet égard, un rapport de la Cour des comptes soulignait en 2021 qu'au moins un tiers des entretiens en CMP est réalisé avec des patients relevant de soins de « première ligne »<sup>44</sup>.

#### 4.1.7 Une activité essentiellement constituée d'entretiens

L'analyse des données de l'établissement montre que la grande majorité des actes effectués en CMP est constituée d'entretiens (77 % en 2021) qui sont principalement réalisés par des infirmiers.

Tableau n° 18 : L'activité de consultations des CMP

Services	Activité de consultations des CMP							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	var° 2021/2016	var° 2021-2016
<b>File active</b>	8 366	8 000	7 478	6 749	6 715	7 381	-12 %	-985
<b>Nombre d'actes EDGAR<sup>45*</sup></b>	<b>72 540</b>	<b>70 305</b>	<b>61 287</b>	<b>58 156</b>	<b>63 260</b>	<b>62 639</b>	<b>-14 %</b>	<b>-9 901</b>
<i>Entretiens</i>	53 671	51 416	44 913	41 813	47 826	48 388	-10 %	-5 283
<i>Démarches</i>	4 067	4 281	3 318	3 490	5 475	3 640	-10 %	-427
<i>Groupes</i>	9 497	9 233	8 262	8 422	4 942	5 568	-41 %	-3 929
<i>Accompagnements</i>	2 758	3 071	3 001	3 067	3 286	2 944	7 %	186
<i>Réunions</i>	2 547	2 304	1 793	1 364	1 731	2 099	-18 %	-448
<b>Nombre d'actes EDGAR par rapport aux prof</b>	<b>94 141</b>	<b>91 644</b>	<b>80 537</b>	<b>74 100</b>	<b>81 820</b>	<b>81 324</b>	<b>-14 %</b>	<b>-12 817</b>
<i>Entretiens</i>	60 246	57 575	50 584	46 830	53 041	54 962	-9 %	-5 284
<i>Démarches</i>	4 372	4 738	3 653	3 719	5 920	3 832	-12 %	-540
<i>Groupes</i>	15 925	15 972	14 526	14 456	9 103	10 076	-37 %	-5 849
<i>Accompagnements</i>	3 086	3 511	3 692	3 774	3 965	3 448	12 %	362
<i>Réunions</i>	10 512	9 848	8 082	5 321	9 791	9 006	-14 %	-1 506

Source : Données de l'établissement

<sup>44</sup> Cour des comptes, Les parcours dans l'organisation des soins psychiatriques, rapport public thématique, février 2021.

<sup>45</sup> Nombre d'actes EDGAR\* = nombre distinct d'actes.

En 2019, les entretiens sont assurés majoritairement par un infirmier (38,59 % d'entre eux), un médecin (33,61 %), un psychologue (18,92 %). De même, les démarches sont principalement le fait des infirmiers (54,85 %) et des assistants sociaux (41 %). Enfin, la quasi-totalité des accompagnements (94 %) relève des infirmiers.

Dans un contexte marqué par un manque de médecins, les équipes des CMP pratiquent le partage des tâches qui permettrait de réduire un peu les délais d'attente. Les soignants réalisent les premiers entretiens d'évaluation qui sont préparatoires à un rendez-vous avec le médecin psychiatre. Mais l'établissement souhaiterait aller plus loin en développant les délégations de tâches et les pratiques dites avancées en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. Toutefois, selon l'ordonnateur, l'établissement serait freiné dans ses ambitions par le nombre limité de formations d'infirmiers en pratique avancée (IPA), dispensées uniquement par le CHU de Tours.

#### **4.1.8 L'impact de la pandémie sur l'activité des CMP et la télémédecine**

La peur de la maladie et les contraintes du confinement ont entraîné des troubles importants chez des patients suivis par le centre hospitalier mais aussi chez les personnes jusqu'alors bien portantes. La Covid-19 a entraîné un afflux de patientèle mais avec un décalage dans le temps, les demandes de soins ayant connu une forte augmentation dans les mois suivant la sortie du confinement.

Lors de la période de première vague, le confinement national a eu un impact direct sur le fonctionnement puisque les consignes étaient de limiter au maximum le déplacement des patients. L'établissement a ainsi été amené à réorganiser l'activité des structures extra hospitalières adultes et enfants. Cela s'est traduit par une extrême limitation du présentiel et la mise en place de suivi téléphoniques ou de visites à domicile (VAD) à destination des patients les plus « critiques ».

Du fait du confinement, l'écoute et la consultation à distance ont connu un essor significatif. Le pourcentage des consultations réalisées en téléconsultations était de 21,53 % en 2020 avant de revenir à 7,34 % en 2021.

Pour autant, ces dispositifs d'écoute et de consultation ayant permis de suppléer l'absence d'accès physique aux soignants en période de confinement, la chambre invite l'établissement à utiliser ces dispositifs, hors période de pandémie, en appui des structures de soins de premier recours (maisons et centres de santé) dépourvus en temps de psychiatre.

Par ailleurs, la récente crise sanitaire a provoqué une accélération du calendrier de mise œuvre des outils de communication numériques. Le déploiement rapide du projet « Télémédecine » du centre hospitalier Henri EY a donné lieu à un accompagnement financier et logistique de l'ARS. Un plan d'action a été mis en œuvre dès le 17 mars 2020 portant sur plusieurs axes afin notamment d'assurer la continuité de la prise en charge des usagers et la télémédecine<sup>46</sup>.

Dans un premier temps, le service informatique a équipé plusieurs salles de réunion et des bureaux d'entretien sur les 12 sites du département. Il a procédé à la création de plus de 120

---

<sup>46</sup> Les deux autres axes concernent la continuité de l'activité administrative et logistique, le télétravail et la vie institutionnelle.

comptes utilisateurs sur la plateforme régionale de télémédecine, ce qui a permis de réaliser quotidiennement des réunions d'équipe et des consultations médicales. Dans un second temps, le GIP « e-santé » de la région Centre-Val de Loire, dont l'établissement est membre, a mis en place une plateforme de télémédecine permettant de réaliser des actes directement entre un professionnel de santé et un patient à son domicile.

La crise sanitaire a nécessité de réaliser en urgence de nouveaux investissements - estimés par l'établissement à près de 100 000 € - induisant parfois de nouveaux frais de fonctionnement (télétravail, télémédecine).

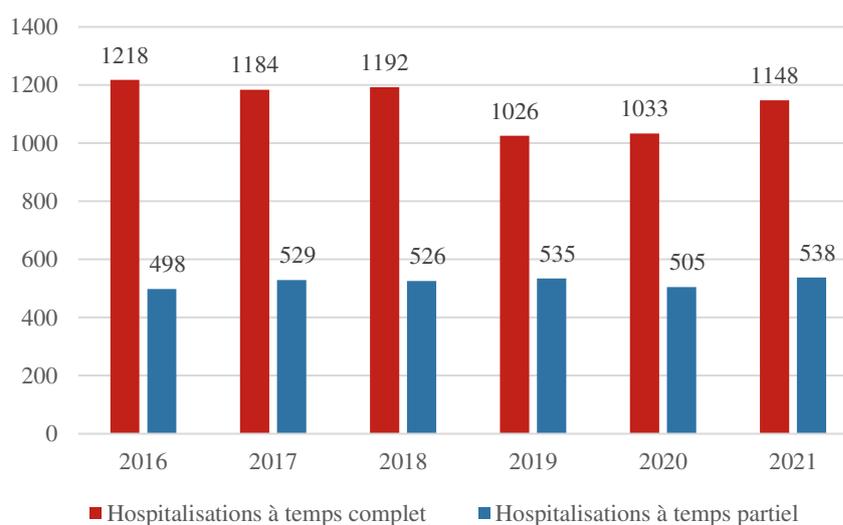
## 4.2 Des parcours insatisfaisants pour les patients hospitalisés

Le projet d'établissement identifie les actions de nature à fluidifier les parcours de soins, notamment celles qui visent à faciliter l'accès aux soins d'urgence et aux unités d'hospitalisation pour éviter les phénomènes de fils d'attente. L'établissement privilégie la dynamisation des alternatives à l'hospitalisation complète. Il a aussi identifié plusieurs risques de rupture de prise en charge auxquels il tente de remédier.

### 4.2.1 La constitution de files d'attente en hospitalisation

La file active correspond au nombre de patients ayant eu recours aux soins de l'établissement au moins une fois dans l'année. La file active globale de l'établissement diminue régulièrement depuis 2017 avec un léger rebond en 2021.

**Graphique n° 3 : L'évolution de l'activité d'hospitalisation**



Source : Données de l'établissement

Sur les prises en charge en temps partiel (en hospitalisation de jour) le nombre de ½ venues<sup>47</sup> réalisées pour la psychiatrie adultes (pôles 20 et 14) est très en-deça des prévisions, avec une forte diminution des ½ venues réalisées en 2020. Le taux d'occupation est en diminution en 2020 et passe à 46,72 % contre 85,92 % en 2019. Ces évolutions traduisent l'impact de la crise sanitaire sur ce type de prise en charge avec la réorganisation des prises en charge des patients sur ces unités dans le respect des gestes barrières<sup>48</sup>. De ce fait, les taux d'occupation de tous les pôles ont fortement diminué.

Si une majorité des hospitalisations a lieu sous la forme d'entrées directes (60 % en 2021), ce mode d'accès aux unités d'hospitalisation (UHP et UTHR) tend toutefois à diminuer au profit des hospitalisations en provenance du centre et dispositif d'accueil permanent (CEDAP). Cela peut traduire, dans certains cas, une difficulté d'accès aux soins d'hospitalisation, d'autant que de nombreux patients du CEDAP y séjournent plus longtemps que les 72h normalement prévues dans cette structure. De plus, les délais d'attente tendent aussi à s'allonger dans certaines unités comme l'UPM et en addictologie. Chaque mois, l'établissement est amené à hospitaliser quelques patients dans des hôpitaux voisins et parfois même éloignés<sup>49</sup>.

En pratique, les taux d'occupation relativement élevés dans cet établissement contribuent aussi à la constitution de files d'attente, notamment pour les services d'hospitalisation longue. La durée moyenne d'hospitalisation (DMH) augmente entre 2016 et 2020 (de 43 à 52 jours) concomitamment à une baisse du nombre d'admissions en hospitalisation.

Face à ce constat, l'établissement a souligné que la réorganisation des lits d'hospitalisation, avec le double regroupement évoqué précédemment, devrait contribuer à fluidifier les parcours de santé des usagers.

#### **4.2.2 L'accès aux soins d'urgence**

Un des axes du projet territorial de santé mentale est consacré à la nécessité de mieux répondre aux urgences psychiatriques (axe 3). Cela se traduit par deux objectifs opérationnels : d'une part, la mise en place d'une cellule d'appui à la régulation et l'orientation en santé mentale et, d'autre part, la capacité à proposer sur Chartres une réponse spécifique d'accueil des urgences psychiatriques. Si le centre hospitalier Henri Ey dispose déjà de structures de réponse à l'urgence, à travers le centre et dispositif d'accueil permanent (CEDAP), les unités de liaison et la présence d'équipes au sein des urgences somatiques des partenaires du département, il est dans l'obligation d'améliorer l'accès aux soins en urgence.

Dans ces conditions, le projet d'établissement prévoit, notamment, de faciliter l'accès à un avis pour mieux gérer les urgences et les crises et ainsi limiter autant que possible les passages aux urgences. Il prévoit également de renforcer l'accessibilité des CMP à travers des numéros de téléphone connus des professionnels libéraux afin d'avoir un avis sur un patient.

---

<sup>47</sup> Une ½ venue correspond à une demi-journée.

<sup>48</sup> Source : Rapport d'activité 2020.

<sup>49</sup> Le plus souvent, les patients sont hospitalisés au centre hospitalier Barthélémy Durand à Étampes (en moyenne cinq patients par mois) mais récemment un patient a été hospitalisé à Marseille.

Plus spécifiquement sur Chartres, une permanence est organisée au sein du CMP pour qu'un médecin ou un infirmier de l'équipe du CMP soient toujours joignables.

Dans ce contexte, un protocole<sup>50</sup> en cours de révision vient préciser les pratiques et modalités d'intervention et de soins pour les patients psychiatriques, à destination des urgentistes, là encore pour les aider dans la prise en charge des patients et s'assurer de prendre une décision sur l'orientation la plus pertinente possible. Surtout, l'établissement a renforcé la présence médicale aux urgences avec la création d'un poste de médecin affecté dans ce service (présence de 9h à 18h) depuis 2018.

Enfin, l'établissement prévoit de recentrer l'activité de son centre et dispositif d'accueil permanent (CEDAP) sur l'urgence. Ce centre, dont la vocation est d'accueillir des patients adultes, sept jours sur sept et 24h sur 24 sur une courte durée, connaît quelques dérives avec des patients contraints de rester parfois plusieurs semaines au sein du CEDAP, en raison des difficultés à transférer les patients vers une structure d'aval.

### **4.2.3 Les risques identifiés de rupture de prise en charge**

L'établissement a identifié plusieurs situations à risque pouvant entraîner des ruptures de prise en charge. Ainsi, lorsqu'un patient est adressé par un médecin de ville vers les urgences ou le CMP, il n'y a pas de certitude que celui-ci s'y rende. De même, si un patient vu par un médecin psychiatre en CMP n'est pas accompagné par un soignant jusqu'au service d'hospitalisation, il peut choisir de ne pas suivre l'indication médicale.

À l'inverse, un patient sortant d'hospitalisation avec un rendez-vous en CMP peut également choisir de ne pas l'honorer. Un autre risque de rupture de prise en charge peut survenir au moment de la transition entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. Cette transition revêt un caractère particulier, la patientèle concernée étant celle des adolescents pour lesquels les structures d'hospitalisation sont à définir au niveau territorial (filiale adolescents). Selon l'établissement, un travail de formalisation des relais est en cours mais « ne permet (pas) pour l'heure, d'assurer une adhésion au suivi et une poursuite de la prise en charge. »

Enfin, un autre risque de rupture de prise en charge, identifié par l'établissement, concerne l'accompagnement aux urgences, par les forces de police ou les pompiers, d'un patient présentant des troubles de nature à altérer son discernement entraînant ainsi son incapacité à admettre son besoin de soins. Réticent, voire hostile à la prise en charge qui lui est proposée, il est susceptible de saisir toutes les opportunités de fugue. Ce risque existe également pendant les hospitalisations, particulièrement lors de sorties encadrées ou d'autorisations temporaires de sortie.

### **4.2.4 Un nombre significatif de ré-hospitalisations en diminution**

Depuis 2017, le taux de ré-hospitalisations des patients diminue tous les ans. En 2020, ce taux était proche de 26 % et la plus grande majorité de ces patients (64 %) ont effectué deux

---

<sup>50</sup> La précédente convention communiquée par l'établissement date de 2002.

séjours hospitaliers. Après avoir décompté les séjours dits « administratifs », c'est-à-dire les retours de permissions de + de 48 H, ce taux de ré-hospitalisations diminue encore légèrement.

Selon le PTSM, dans le département d'Eure-et-Loir, les durées moyennes d'hospitalisation (DMH) en psychiatrie sont plus courtes mais les taux de ré-hospitalisations<sup>51</sup> plus importants. Ce constat s'expliquerait « potentiellement par un suivi (libéral ou hospitalier) moins intense qu'au niveau régional et/ou par des hospitalisations trop brèves. » Ce constat est largement partagé par l'établissement qui estime que « le suivi post-hospitalisation, est nécessairement impacté par une insuffisance de présence médicale sur le territoire, tant en termes de médecins psychiatres libéraux ou salariés, que de médecins généralistes dont la densité demeure très inférieure aux indicateurs nationaux, voire même au niveau régional. »

**Tableau n° 19 : La ré-hospitalisation**

Hospitalisations complètes			Nombre patients		Taux réhospitalisation	Répartition des patients selon le nombre de réhospitalisations			
Années	Nbre séjours	File active	1 hospitalisation	> à 1 hospitalisation		2 hospitalisations	3 hospitalisations	> à 3 hospitalisations	total
2021	1 743	1 148	859	289	25,17 %	60,90 %	18,34 %	20,76 %	100 %
2020	1 485	1 033	765	268	25,94 %	64,18 %	20,90 %	14,93 %	100 %
2019	1 689	1 026	733	293	28,56 %	62,12 %	21,16 %	16,72 %	100 %
2018	1 967	1 192	846	346	29,03 %	57,51 %	23,12 %	19,36 %	100 %
2017	2 100	1 184	828	356	30,07 %	55,62 %	18,82 %	25,56 %	100 %
2016	2 146	1 218	866	352	28,90 %	55,11 %	21,02 %	23,86 %	100 %

Source : Données de l'établissement

#### 4.2.5 Les patients hospitalisés sur une longue durée

Au centre hospitalier Henri Ey, les unités d'hospitalisation généralistes sont organisées selon une logique de durée d'hospitalisation comme en témoigne la DMS qui varie sensiblement selon les unités.

À l'unité thérapeutique de réadaptation (UTHR) du Coudray (20 lits), la durée moyenne d'hospitalisation (DMS) est relativement longue. Au moment du contrôle, sur les 20 patients présents, sept l'étaient depuis plus d'un an. Dans l'UTHR de Bonneval (20 lits) les durées de séjour sont très longues (151 jours en 2021) et 13 patients étaient hospitalisés depuis plus d'un an.

<sup>51</sup> Le taux de ré-hospitalisation : nombre ré-hospitalisations par file active.

**Tableau n° 20 : Unités d'hospitalisation des patients longue durée**

Unités	Patients
UF1000 Géronto-psychiatrie	3
UF3100 UHP CPC	3
UF3200 UTHR CPC	7
UF41000 UHP BVL	5
UF42000 UTHR BVL	13
UF8000 ST Florentin	9

Source : Données de l'établissement

Jusqu'en 2020 les patients adressés en UTHR l'étaient dans une logique géographique plus que médicale<sup>52</sup>. Ainsi, ceux accueillis à l'UTHR de Bonneval étaient adressés par l'UHP de Bonneval et ceux accueillis à l'UTHR de Chartres étaient adressés par l'UHP de Chartres. Les UTHR ne disposaient pas de commission d'admission, la logique étant d'accueillir les patients adressés par l'UHP. Une des conséquences de ce mode de fonctionnement est la présence actuelle de patients dont il n'est pas possible d'envisager la sortie à court ou moyen terme.

La chambre note que la persistance d'un pourcentage important (soit 40 patients au total) de patients hospitalisés sur de longues durées (un an ou plus) traduit l'absence de prise en charge adaptée à leur état, orientée vers une sortie durable, faute de structures d'aval en nombre suffisant.

### 4.3 L'activité d'hospitalisation sans consentement

#### 4.3.1 Un taux d'hospitalisation sans consentement plutôt élevé

En psychiatrie adultes la proportion des admissions totales « sous contrainte » en 2020 est en augmentation en comparaison à l'année 2019 avec 35,99 % des admissions totales contre 31,36 % en 2019. L'établissement a un taux d'hospitalisation sans consentement plus élevé que la moyenne nationale. Ce constat s'expliquerait par un « biais de sélection » des patients dans un département confronté à un sous-équipement en lits de psychiatrie et à une pénurie de psychiatres libéraux en ville. Dans ces conditions, faute d'une offre de prévention et d'un suivi ambulatoire satisfaisant, les patients pris en charge en hospitalisation par l'établissement présentent des tableaux cliniques plus lourds et complexes.

<sup>52</sup> Source : données du centre hospitalier Henri Ey.

### **4.3.2 La cadre juridique : la loi du 5 juillet 2011**

La loi du 5 juillet 2011 a modifié de manière substantielle le régime des soins psychiatriques sans consentement en diversifiant les modes de prise en charge. La loi du 5 juillet 2011 a supprimé les notions d'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers pour les remplacer par l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ou sur décision du directeur de l'établissement, cette dernière comprenant deux modalités : sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

L'extension du contrôle juridictionnel par le juge des libertés constitue un autre apport majeur de la loi du 5 juillet 2011. La loi a également apporté des précisions sur le déroulement des débats. Ceux-ci peuvent avoir lieu au tribunal ou par audience foraine dans les locaux de l'établissement de soins voire, sous certaines conditions, par visioconférence. Le patient a le droit d'être assisté par un avocat et doit être entendu par le juge sauf si les médecins considèrent que des motifs médicaux font obstacle à son audition, auquel cas il doit être représenté par un avocat.

### **4.3.3 Le suivi des recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté**

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Henri Ey de Bonneval, en novembre 2012. Au regard la loi précitée de 2011, ils formulaient plusieurs recommandations qui ont été, pour l'essentiel, mises en œuvre par l'établissement.

Premièrement, les CGLPL jugeaient indispensable de recruter des médecins généralistes pour exercer sur chacun des deux sites. Ainsi l'examen somatique des patients admis sans leur consentement prévu par la loi du 5 juillet 2011 et le suivi des patients placés en chambre d'isolement ou sous contention pourraient-ils être réalisés (cf. recommandation n°2). Sur ce point, l'établissement a bien procédé au recrutement de deux médecins « somaticiens », ce qui a effectivement permis et faciliter l'amélioration des examens somatiques et pas uniquement lors des mises en chambre d'isolement ou de contention.

Deuxièmement, les CGLPL préconisaient que la notification de l'admission en soins sans consentement se fasse dans les plus brefs délais suivant l'hospitalisation du patient. Un protocole relatif au rôle de chaque acteur dans les modalités d'application de la loi du 5 juillet 2011 devrait être rédigé (cf. recommandation n°4). À cet égard, la notification et le respect des délais pour les soins sans consentement a fait l'objet d'une note de synthèse adressée à l'ensemble du corps médical et des équipes de soins.

Ensuite, le rapport des CGLPL estimait souhaitable d'élargir le nombre de jours d'ouverture de la cafétéria, notamment pour les patients admis sans leur consentement (cf. recommandation n°11). Sur le site de Bonneval, depuis les recommandations intervenues en novembre 2012, la cafétéria a fonctionné suivant les plages d'ouverture encore limitées à deux jours par semaine (lundi et jeudi de 14h30 à 16h30), avec un encadrement assuré par un ergothérapeute et un roulement de deux patients de l'UTHR.

De même, la question de la liberté d'aller et venir de tous les patients admis en soins libres dans des unités fermées de l'établissement devait faire l'objet d'une réflexion globale (cf.

recommandation n°12). Selon l'établissement, la liberté d'aller et venir du patient est fondée sur le principe « tout est ouvert », principe modulé par l'équipe soignante au regard du contrat de soin du patient. La libre circulation du patient en hospitalisation libre ne devant dans tous les cas pas être entravée en dehors des prescriptions liées aux soins.

Par ailleurs, le rapport des CGLPL a jugé regrettable que les audiences devant le juge des libertés et de la détention s'effectuent par visioconférence même si le projet de mener les audiences au TGI de Chartres était en cours de réflexion (cf. recommandation n°15). Depuis 2014, les audiences du juge de la liberté et des détentions se tiennent désormais dans un espace spécialement aménagé (salle d'attente, bureau avocat, salle d'audience, etc.) et dédié à la tenue des audiences sur le site du Coudray.

Enfin, le dernier rapport de certification (2022) mentionne que dans le service des patients autistes adultes persistent des situations dites d'exception ou des patients ont souvent besoin d'être placés en retrait ou en apaisement, parfois avec des contentions, dans des espaces qui sont en fait des chambres d'isolement sans que le statut juridique du patient soit revu et que des décisions ou des prescriptions soient réalisées conformément à la réglementation. Ce constat avait déjà été dressé par les contrôleurs généraux des lieux de privation des libertés en 2012. L'établissement s'engage à régulariser la situation en prévoyant une opération de travaux en 2023 pour transformer les deux chambres d'isolement du service en espaces de retrait et d'apaisement, spécialement aménagés pour accueillir ces patients.

#### **4.3.4 Les hospitalisations sous contrainte des détenus**

Par convention avec le centre de détention de Châteaudun, le centre hospitalier est habilité à recevoir en hospitalisation des détenus adressés suite à une consultation d'un médecin psychiatre intervenant au centre de détention. Une ambulance affrétée par l'établissement se rend alors au centre de détention et, avec l'appui d'une escorte de gendarmerie, procède à l'extraction du détenu afin de le diriger vers une UHP. Depuis la mise en fonction de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'Orléans, l'accueil de détenus au sein de l'établissement tend à se réduire fortement.

En effet, les mesures d'hospitalisation sous contrainte (sans consentement) sont relativement peu nombreuses et se situent en moyenne à six à sept détenus accueillis par an. Celles-ci doivent néanmoins rester exceptionnelles car l'établissement ne dispose pas d'espace ou de chambre spécifiquement adaptés. Le transfert d'un détenu nécessitant des soins sans consentement en hospitalisation complète doit prioritairement s'effectuer sur l'UHSA d'Orléans, en application des dispositions du II de l'article L. 32141 du CSP. Les établissements de santé habilités à recevoir les soins sans consentement doivent être mobilisés en dernier recours, notamment lorsque les UHSA n'ont plus de places disponibles<sup>53</sup>.

L'établissement reconnaît que « les conditions d'accueil et modalités de prise en charge des détenus doivent être améliorées. Le placement en chambre d'isolement (à défaut de chambre sécurisée) doit être justifié cliniquement au regard de l'état de santé du patient. Ces points doivent être repris et précisés. »

---

<sup>53</sup> Le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté avait formulé une observation sur ce point (2012).

---

## CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

---

*Une grande partie de la patientèle bénéficie d'un suivi en ambulatoire qui permet ainsi au patient de rester à domicile en bénéficiant d'aides adaptées à son niveau d'autonomie. Ainsi, la file active exclusivement ambulatoire représente 82,76 % de l'activité de l'établissement en 2021. Clef de voûte autour de laquelle s'organise la réponse aux besoins au sein du secteur, le CMP est tenu de veiller à la bonne coordination en amont, et, en aval, avec le réseau des soins primaires (premier recours), les professionnels du champ de la santé mentale (second recours spécialisé) et du handicap psychique. Or, les délais d'obtention des rendez-vous dans les CMP sont encore très longs et le partenariat avec les structures de soins de premier recours, comme les maisons et les centres de santé, reste embryonnaire.*

*Le projet d'établissement identifie les actions de nature à fluidifier les parcours de soins des usagers, notamment celles qui visent à faciliter l'accès aux soins d'urgence et aux unités d'hospitalisation. L'établissement a identifié plusieurs risques de rupture de prise en charge auxquels il tente de remédier.*

*En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Henri Ey de Bonneval Eure-et Loir) du 5 novembre au 9 novembre 2012. Ils formulaient plusieurs recommandations qui ont été, pour l'essentiel, mises en œuvre par l'établissement.*

---

## 5 UNE GESTION RIGOUREUSE DU SERVICE DES PERSONNES PROTÉGÉES

Le service des personnes protégées (SPP) du centre hospitalier Henri Ey a fait l'objet d'une restructuration à la suite de la réforme de 2007. Alors qu'il gérait aux environs de 800 personnes protégées sur l'ensemble du département, il a été décidé que les patients relevant de la région du pays de Dreux seraient gérés par une association.

### 5.1 La réforme de 2007 et ses conséquences pour l'établissement

Le législateur a depuis longtemps mis en place un système de protection lorsque les facultés mentales ou physiques d'une personne sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, la rendant « incapable » de gérer ses biens avec discernement ou d'effectuer les actes de la vie courante. Cette protection était initialement organisée par la loi du

14 décembre 1964 relative à la tutelle, le titre X du code civil, et la loi du 3 janvier 1968 intégrée dans le code civil.

### **5.1.1 Le service des majeurs protégés**

Historiquement, le centre hospitalier Henri Ey s'est doté en 1959 d'un administrateur des biens. En application de la loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, le service devient le service public de protection et gestion de bien (SPGB), avec un gérant de tutelle et des gérants de tutelles suppléants. Le gérant de tutelle est responsable jusqu'à plus de 1000 mesures sur l'ensemble du département (1002 en 1995). Le service est à l'époque complètement autofinancé.

Le service des personnes protégées (SPP) de l'établissement est habilité à exercer ses missions conformément à l'arrêté préfectoral n° 18-11/13 du 9 novembre 2018 portant la liste des mandataires judiciaires à la protection des majeurs. Ainsi, le service des personnes protégées (SPP) gère les mesures de protection pour les personnes hospitalisées ou suivies par le centre hospitalier ou, qui sont hébergées dans des établissements médico-sociaux du département d'Eure-et-Loir avec lesquels il a passé des conventions<sup>54</sup>.

### **5.1.2 La réforme du 5 mars 2007**

Ces textes ont été modifiés par la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs dont les dispositions sont entrées en application le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Le législateur a mis à la disposition du juge un ensemble de mesures visant à la protection des majeurs incapables de gérer leurs biens ou d'effectuer les actes de la vie courante. Cette protection est modulée selon le degré d'incapacité présentée, allant de la sauvegarde de justice à la curatelle et la tutelle.

Outre le recours à la famille ou à un membre proche pour assurer les actes de gestion des biens de ces personnes, le juge peut également désigner, en qualité de gérant de tutelle, un préposé d'un établissement public. Ce préposé assume alors les actes de gestion nécessaires, dans le respect de la réglementation en ce domaine.

De plus, la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs réaffirme le principe de subsidiarité qui impose au juge de vérifier si la protection de la personne vulnérable ne peut, en aucune manière, être assurée par un autre mécanisme juridique plus léger et moins attentatoire à ses droits. Elle impose au juge de choisir et définir la mesure de protection la mieux proportionnée à la vulnérabilité et aux besoins de la personne. La loi affirme également le principe de protection de la personne et non plus seulement de son patrimoine. Les gérants de tutelle doivent avoir suivi une formation spécifique et disposer d'une certification nationale<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> Il s'agit d'un service à vocation départementale.

<sup>55</sup> La loi n° 2008-737 du 28 juillet 2008 a autorisée la ratification de la convention de La Haye du 13 janvier 2000 sur la protection internationale des adultes.

### 5.1.3 Les conséquences pour l'établissement

À la suite de la réforme de 2007, le service a été contraint de réduire son activité<sup>56</sup> (775 dossiers en 2009), de supprimer l'antenne sur le secteur de Dreux, de transférer une partie de ses mesures<sup>57</sup> aux associations tutélaires existantes sur le département et permettre la création d'une association sur la région Drouaise.

La réforme crée une obligation de disposer en propre d'un mandataire judiciaire indépendant pour les établissements de plus de 80 lits, lequel ne peut plus cumuler cette fonction avec d'autres missions<sup>58</sup>. Conformément à l'article L. 472-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF), la mutualisation reste possible sous forme de convention de prestation ou de coopération.

Ainsi, le SPP du centre hospitalier Henri Ey gère les mesures de protection des personnes hospitalisées ou suivies (file active) par l'établissement public de santé mentale ou qui sont hébergées dans les établissements médicosociaux publics du département avec lesquels l'établissement a passé convention (essentiellement des EHPAD). En 2021, les personnes protégées suivies par le SPP étaient à 58 % des patients relevant de la file active de l'établissement, contre 42 % pour les établissements conventionnés. Une grande majorité des patients vivent à domicile.

**Tableau n° 21 : Répartition des personnes protégées (psychiatrie et conventions)**

<i>% des personnes protégées</i>	2016	2017	2018	2019	2020	2021
File active de l'établissement	52 %	50 %	52 %	56 %	59 %	58 %
Établissements sous convention	48 %	50 %	48 %	44 %	41 %	42 %

Source : données de l'établissement

## 5.2 L'activité et l'organisation du service

Le service des personnes protégées (SPP) du centre hospitalier Henri Ey a connu une baisse d'activité entre 2016 et 2021.

### 5.2.1 Une baisse de l'activité entre 2016 et 2021

Entre 2016 et 2021 le service des personnes protégées connaît une baisse de 25 % du nombre de mesures. Selon l'établissement, cette évolution s'expliquerait par le gel d'un poste

<sup>56</sup> Globalement l'activité a été réduite de moitié. Le centre hospitalier a recentré son activité sur les patients psychiatriques ou gériatriques.

<sup>57</sup> À hauteur de 135 situations de majeurs protégés.

<sup>58</sup> Article L. 4725 et 6 du code de l'action sociale et des familles.

de mandataire<sup>59</sup> et l'attribution préférentielle, par le juge des tutelles, de mesures de suivi de patients psychiatriques nécessitant une prise en charge plus lourde, ce qui laisserait moins de temps pour d'autres mesures.

**Tableau n° 22 : Évolution du nombre de mesures**

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures	385	389	370	338	308	292

Source : Données de l'établissement

La qualité du suivi assuré par ces professionnels est tributaire du nombre de dossiers qui leur est confié. Ce nombre varie actuellement entre 60 et 65 par mandataire.

**Tableau n° 23 : Répartition des mesures en fonction du nombre d'agents**

MAJEURS PAR POSTE	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>1 RESPONSABLE</b>	<b>50</b>	<b>54</b>	<b>59</b>	<b>52</b>	<b>45</b>	<b>40</b>
<b>Mandataire judiciaire</b>	<b>70</b>	<b>68</b>	<b>65</b>	<b>70</b>	<b>65</b>	<b>85</b>
Nombre d'agents	5	5	5	4	4	3
<b>ASSISTANTE</b>	<b>194</b>	<b>186</b>	<b>185</b>	<b>338</b>	<b>159</b>	<b>150</b>
Nombre d'agents	2	2	2	1	2	2
<b>AGENT COMPTABLE</b>	<b>129</b>	<b>124</b>	<b>123</b>	<b>112</b>	<b>102</b>	<b>100</b>
Nombre d'agents	3	3	3	3	3	2

Source : Données de l'établissement

## 5.2.2 L'évolution statutaire des mandataires judiciaires

Le personnel du SPP comprend neuf agents au total : le responsable du service, quatre mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) (dont un agent de catégorie C), tous titulaires du certificat national de compétences, deux assistantes comptables (dont un agent de catégorie C) et deux assistantes administratives (dont un agent de catégorie C).

En application de la réforme de 2007, un décret devait fixer les conditions d'exercice des fonctions des mandataires judiciaires travaillant dans un établissement de santé, ou dans un établissement social ou médico-social<sup>60</sup>. En attente de la parution de ce décret, la direction de l'établissement a fait le choix de promouvoir, tous les trois ans, sur le grade d'adjoint des cadres (catégorie B), les mandataires judiciaires de l'établissement de sorte qu'il ne reste à ce jour plus qu'un mandataire sur un grade de catégorie C. Cette évolution statutaire est conforme au principe de professionnalisation contenu dans la loi précitée de mars 2007.

<sup>59</sup> Depuis le 15 octobre 2021 un mandataire judiciaire est suspendu en raison de la crise sanitaire pour refus de répondre à l'obligation de schéma vaccinal. Cela a entraîné une augmentation du nombre de dossiers suivis par les autres mandataires, qui est ainsi passé de 65 à 85 mesures par mandataire.

<sup>60</sup> Cf. article 7 de la loi du 5 mars 2007.

### 5.2.3 Le profil des bénéficiaires du service

Une grande majorité de bénéficiaires du service dispose de ressources modestes (85 % en dessous du SMIC). Seulement une quinzaine de personnes sous tutelle ont des ressources supérieures à 20 000 € par an et un patrimoine dépassant les 100 000 €. Dans l'ensemble, les personnes sous tutelle sont bénéficiaires de minima sociaux, notamment l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'aide sociale personnes âgées (ASPA). Sur ce point, les agents du SPP sont amenés à instruire des dossiers de prestations sociales alors même que cette tâche est normalement dévolue aux services sociaux. De même, ce service est parfois sollicité pour effectuer des visites à domicile, ce qui traduit, selon son responsable, une relative méconnaissance des missions qui lui sont confiées.

## 5.3 Le financement du service

Le coût du service des personnes protégées, qui s'élève à près de 605 000 € en 2020, est principalement financé par les participations financières des établissements conventionnés avec le centre hospitalier Henri Ey.

### 5.3.1 Un service faiblement financé par l'assurance maladie

Les produits versés par l'assurance maladie restent fixes depuis 2009, à l'exception de l'année 2020 qui connaît une légère augmentation, alors que les mesures suivies en psychiatrie, le plus souvent des mesures de curatelle à domicile sont, selon l'établissement, les mesures les plus chronophages en temps agent. En 2020, les dotations de l'assurance maladie (213 520 €) représentent environ 35 % des recettes du service. La participation financière propre de l'établissement s'élève à environ 58 000 €.

**Tableau n° 24 : Tableau des charges et des produits**

Libellé	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	557 524,88	558 270,29	566 946,50	604 988,95
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	510 334,44	596 335,87	574 703,00	605 824,84
<b>RÉSULTAT de l'exercice</b>	<b>-47 190,44</b>	<b>-3 802,42</b>	<b>3 658,54</b>	<b>-835,89</b>

Source : Note de l'établissement sur le service des personnes protégées

### 5.3.2 Les participations des établissements conventionnés

Les établissements sanitaires ou médico-sociaux actuellement sous convention avec le SPP sont principalement des EHPAD et quelques centres hospitaliers de proximité. Le montant des participations financières des établissements conventionnés s'élève à près de 239 000 € par an, soit environ 40 % des recettes du service.

La convention précise le mode de calcul de la contribution des établissements conventionnés. Elle prévoit que le coût de fonctionnement du service est déterminé chaque année par le directeur du centre hospitalier Henri Ey, en fonction des éléments entrant dans le calcul du prix de revient prévisionnel de l'unité fonctionnelle correspondant à l'activité du SPP.

Le montant net des dépenses prévisionnelles, une fois retirées la participation des personnes protégées et l'enveloppe de la dotation globale du centre hospitalier Henri Ey, est réparti entre les établissements. Pour une moitié, il est calculé en proportion de leur nombre de lits rapporté à l'ensemble des lits des établissements conventionnés pour la mutualisation de ce service et, pour l'autre moitié, en proportion de leur nombre de mesures gérées rapporté à l'ensemble des mesures des établissements conventionnés.

## **5.4 Les dispositifs de contrôle mis en place**

En application de la loi 5 mars 2007, le service des personnes protégées de l'établissement a dû renforcer ses dispositifs de contrôle. S'ajoutant aux dispositifs de contrôle d'ordre institutionnel, des procédures de contrôle interne ont été mises en place par l'établissement afin de limiter les risques.

### **5.4.1 Les contrôles d'ordre institutionnel**

L'établissement doit garantir un exercice indépendant des mesures qui sont confiées par le juge au mandataire judiciaire, en qualité de préposé de l'établissement hébergeant des majeurs. Les mesures de contrôle relèvent aussi bien de l'autorité administrative que de l'autorité judiciaire.

#### **5.4.1.1 La professionnalisation des mandataires judiciaires**

Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs sont des auxiliaires de justice. Ils ont tous prêté serment conformément au dispositif réglementaire (cf. article R. 471-2 du CASF). Ils doivent justifier d'un casier judiciaire vierge ainsi que de l'obtention du certificat national de compétence à l'exercice de la profession de mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Les justificatifs (diplômes, casier judiciaire) sont envoyés au tribunal judiciaire pour organiser la prestation de serment et au représentant de l'état dans le département et satisfaire aux exigences de l'article R. 472-16 du CASF. Tous les mandataires judiciaires de l'établissement ont bien prêté serment et disposent du certificat national de compétence précité. Les autres collaborateurs du SPP du centre hospitalier Henri Ey, agents comptables, assistantes, ont également dû justifier d'un casier judiciaire vierge au moment d'entrer dans la fonction publique hospitalière.

#### 5.4.1.2 Le contrôle de l'autorité judiciaire

En qualité d'auxiliaire de justice, le SPP tient tous ses mandats de l'autorité judiciaire. Conformément aux dispositions du code civil, le mandataire rend compte de son mandat auprès du juge des tutelles tout au long de la mesure.

Le SPP comme tous services tutélaires, est régulièrement invité à rendre compte de sa gestion près du juge des tutelles. La réponse est matérialisée soit par une présence physique lors des audiences lorsque le SPP est convoqué, soit par un rapport détaillé sur la situation évoquée à la demande du greffier ou du juge des tutelles. L'ensemble des courriers adressés au juge des tutelles est visé par le responsable de service.

À l'ouverture de chaque mesure, un inventaire doit être adressé au juge des tutelles selon l'article 503 du code civil en respectant les modalités de l'article 1253 du code de procédure civile. Le délai est de trois mois pour les biens corporels et de six mois pour les autres biens. Un inventaire type est adressé par le juge des tutelles<sup>61</sup>.

Le compte de gestion du SPP comprend systématiquement une synthèse des comptes de la personne protégée<sup>62</sup>. Un bilan du compte de fonctionnement de la personne protégée ainsi que le relevé du compte détaillé. Les pièces annexées au compte de gestion sont les relevés bancaires ou des assurances vie à la date du 31 décembre de l'année du compte rendu et la fiche de calcul de frais de participation financière des personnes sous protection juridique conformément au décret du 23 décembre 2020.

### 5.4.2 Les contrôles internes

#### 5.4.2.1 Les fonctionnalités du logiciel de gestion

Le logiciel de gestion <sup>63</sup>conforme au cadre légal et administratif, dispose de toutes les fonctionnalités nécessaires pour centraliser la gestion des majeurs protégés comme la gestion des dépenses et recettes, la mise en place d'alertes et de processus automatiques, l'édition des comptes rendus de gestion, le suivi de l'activité et, enfin, le suivi social de la personne protégée dans son ensemble. L'utilisation d'un logiciel unique pour la gestion comptable et administrative des majeurs protégés permet une visualisation globale de la situation du majeur et chaque transaction ou interaction avec le logiciel est identifiable et traçable par utilisateur habilité<sup>64</sup>.

Le logiciel permet d'établir le calcul automatisé des frais de participation financière. Ceux-ci sont calculés en fonction des ressources de l'année N-1 en fonction des tranches selon les montants annuels de l'allocation adulte handicapé (AAH) et du SMIC annuel brut de l'année N-1. Ainsi, il n'y a aucune participation pour les personnes soumises strictement à l'AAH.

Chaque utilisateur doit être identifié pour pouvoir accéder aux informations sensibles et deux identifications sont exigées : Une première, via une carte, permet d'accéder à son poste informatique ; une deuxième identification autorise l'accès au logiciel et permet la connexion.

---

<sup>61</sup> Note transmise lors de l'instruction intitulée « SPP – procédures de contrôle », annexe 1.

<sup>62</sup> Comme a pu le constater sur place l'équipe de contrôle le 28 avril 2022.

<sup>63</sup> MEDIANE est un outil édité par la Société ELAP.

<sup>64</sup> L'équipe de contrôle a pu assister à une présentation de l'outil de gestion et tester ses fonctionnalités.

Les habilitations sont octroyées par le service informatique de l'hôpital à la demande du responsable du SPP. L'accès aux différentes données est individualisé en fonction du niveau d'habilitation.

Avec l'application de la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022, une sécurisation plus forte a dû être mise en place pour permettre l'accès à la télétransmission bancaire via un protocole spécifique.

#### 5.4.2.2 Les procédures de contrôle interne

Depuis l'application de la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la Justice, les retraits en numéraire se font par les majeurs eux-mêmes, dans leur banque, par carte bancaire ou au guichet sur un compte à leur nom<sup>65</sup>. Le service ne dispose pas de carte de retrait ou de paiement au nom des personnes protégées, ces moyens de paiement étant strictement personnels et attachés à la personne.

L'application de la loi du 23 mars 2019 précitée a également modifié en profondeur les règles applicables aux majeurs protégés par les préposés d'établissement. En effet, la fin de l'utilisation des comptes 46311, et l'arrêt du suivi par la trésorerie hospitalière, ont amené le SPP à revoir ses procédures comptables.

Pour éviter tous risques, le SPP s'appuie sur une procédure écrite<sup>66</sup> par laquelle chaque intervenant de la chaîne de dépense exerce un contrôle. Certains points d'attention sont identifiés par l'établissement pour lesquels des mesures et protocoles sont envisagés dès cette année. Ainsi, pour les dépenses importantes, l'établissement envisage l'instauration d'une obligation de double signature pour la validation de montants supérieurs à un seuil de dépenses qui reste à définir.

Toutefois, au moment du contrôle, la chambre a constaté que les demandes des personnes protégées n'étaient pas retracées de manière systématique et exhaustive dans le logiciel de gestion du service. Ainsi, le SPP n'est pas en mesure de garantir que les décisions prises par les mandataires judiciaires sont toujours conformes aux souhaits ou à la volonté des personnes vulnérables. En effet, les demandes des personnes vulnérables sont multiples (petits achats ou abonnements, virement sur le compte « argent de poche » etc.) et certaines d'entre-elles peuvent parfois se heurter à un refus de la part du mandataire judiciaire de l'établissement, notamment lorsque le compte de la personne protégée n'est pas suffisamment approvisionné.

Bien que les éléments recueillis lors de l'instruction tendent à montrer que les biens des personnes protégées sont gérés en « bon père de famille », la chambre recommande néanmoins que les demandes des personnes vulnérables, et les suites réservées à celles-ci, soient retracées de manière exhaustive dans le logiciel de gestion.

**Recommandation n° 5 : Retracer de manière exhaustive, dans le logiciel de gestion, les demandes des personnes protégées relatives à la gestion de leurs biens afin de s'assurer du respect de leur volonté concernant les décisions qui touchent à leur vie personnelle.**

<sup>65</sup> En conséquence, la régie a été supprimée.

<sup>66</sup> Note transmise lors de l'instruction intitulée « SPP – procédures de contrôle », annexe 5.

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*À la suite de la réforme introduite par la loi du 5 mars 2007, le service des personnes protégées (SPP) du centre hospitalier Henri Ey a été contraint de réduire significativement son activité, de supprimer l'antenne sur le secteur de Dreux, de transférer une partie de ses mesures aux associations tutélaires existantes sur le département et permettre la création d'une association sur la région Drouaise.*

*Le service des personnes protégées (SPP) a connu une baisse d'activité entre 2016 et 2021. Les mandataires judiciaires de ce service ont progressivement été reclassés en catégorie B conformément à la logique de professionnalisation contenue dans la loi précitée.*

*Le coût du service des personnes protégées, qui s'élève à près de 605 000€ en 2020, est notamment financé par les participations financières des établissements conventionnés avec le centre hospitalier Henri Ey.*

*Le service des personnes protégées (SPP) du centre hospitalier Henri Ey a dû s'adapter aux nouvelles exigences légales et renforcer ses dispositifs de contrôle interne. Toutefois, les demandes des personnes vulnérables, et les suites réservées à celles-ci, demanderaient à être retracées de manière plus exhaustive dans le logiciel de gestion.*

---

## ANNEXES

Annexe n° 1. Procédure .....	66
Annexe n° 2. Les activités et pôles de l'établissement .....	67
Annexe n° 3. L'organigramme de la direction.....	68
Annexe n° 4. Les données des ressources humaines .....	69
Annexe n° 5. Les données financières .....	71
Annexe n° 6. Les données sur l'activité.....	75
Annexe n° 7. Le parcours patient.....	77
Annexe n° 8. Le service des personnes protégées .....	78
Annexe n° 9. Glossaire .....	79
Annexe n° 10. Réponse .....	81

**Annexe n° 1. Procédure**

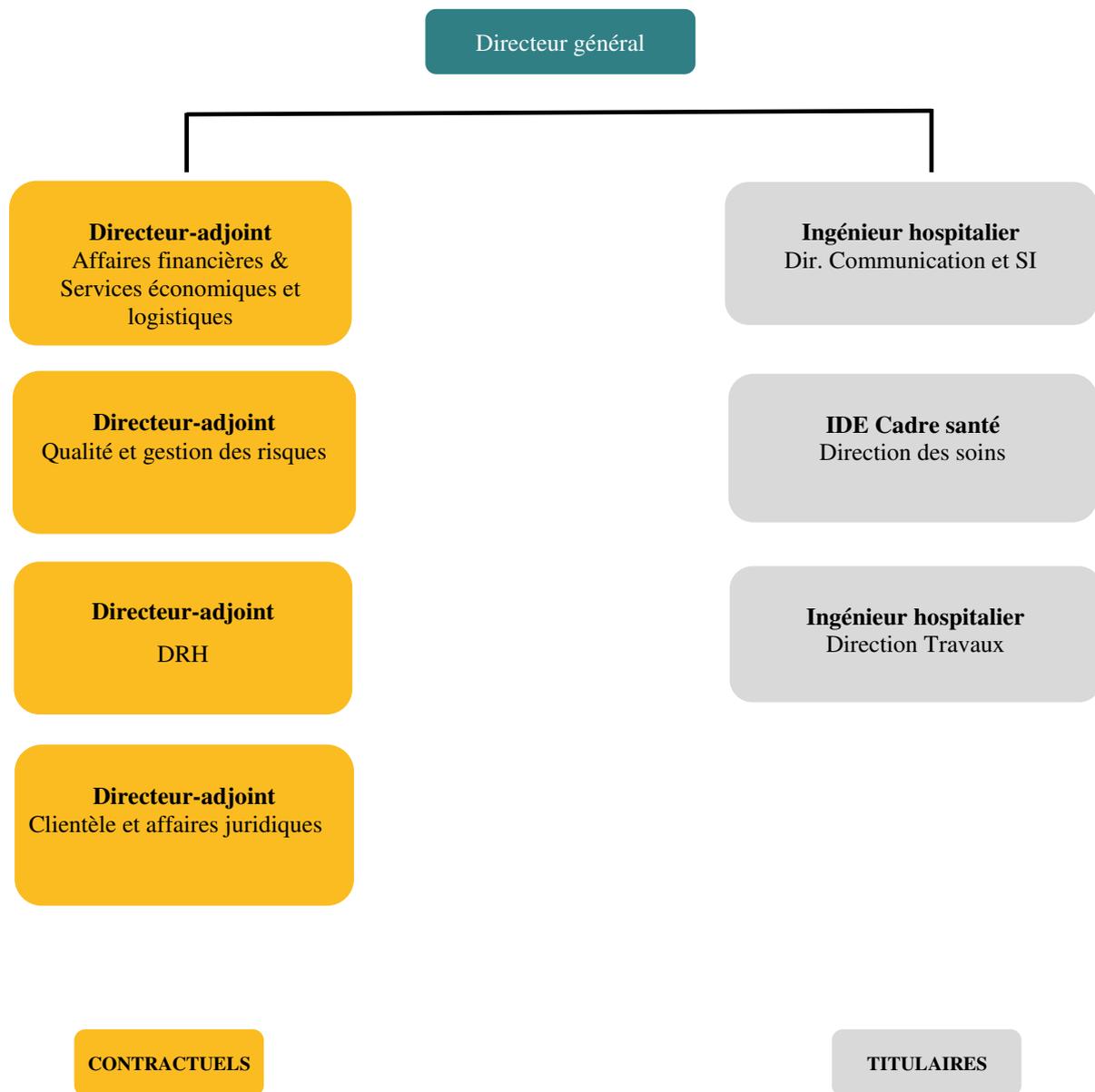
Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

<i>Objet</i>	<i>Dates</i>	<i>Destinataire</i>	<i>Dates de réception des réponses éventuelles</i>
<i>Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle</i>	15 septembre 2021 reçue le 22 septembre 2021	Philippe Villeneuve, ordonnateur à compter du 1 <sup>er</sup> septembre 2016	
	15 octobre 2021 reçue le 18 octobre 2021	Joël Billard, président du conseil de surveillance du centre hospitalier Henri Ey	
<i>Entretien de fin de contrôle</i>	28 avril 2022	Philippe Villeneuve	
<i>Délibéré de la chambre</i>	31 mai 2022		
<i>Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)</i>	27 juin 2022 reçu le jour même	Philippe Villeneuve	26 juillet 2022
<i>Délibéré de la chambre</i>	23 septembre 2022		
<i>Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)</i>	12 octobre 2022 reçu le jour même	Philippe Villeneuve	21 octobre 2022

## Annexe n° 2. Les activités et pôles de l'établissement

LES QUATRES POLES MEDICAUX	Lits	Places	Sites
<b>Pôle de psychiatrie adulte</b>	<b>135</b>	<b>82</b>	
• Centres médico-psychologiques (C.M.P.)			4
• Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)			2
• Hôpital de jour (H.D.J)		58	3
• Centre et dispositif d'accueil permanent et urgences psychiatriques (C.E.D.A.P.)	15		1
• Unité d'hospitalisation en psychiatrie (U.H.P.)	40		2
• Unité thérapeutique de réadaptation (U.T.H.R.)	40		2
• Unité de psychologie médicale (U.P.M.)	15	3	1
• Maison d'aide à la réinsertion (M.A.R)		15	2
• Équipe mobile précarité psychiatrie (E.M.P.P.)			1
• Permanence d'accès aux soins de santé (P.A.S.S.)			1
• Réhabilitation psycho-sociale (R.P.S.)			1
• Équipe mobile de géronto-psychiatrie (E.M.G.P.)			1
• Unité de soins de géronto-psychiatrie	25		1
• Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires – centre de détention			1
• Accueil familial thérapeutique		6	
<b>Pôle addictologie</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	
• Centres médico-psychologiques (C.M.P.)			1
• Hôpital de jour (H.D.J)		13	1
• Unité d'hospitalisation complète	16		1
<b>Pôle pédopsychiatrie autisme</b>	<b>51</b>	<b>85</b>	
• Centres médico-psychologiques			2
• Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)			2
• Hôpitaux de jour		45	2
• Unité de soins « Saint-Florentin » (U.S.F.) – autisme adultes	25		1
• Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.)	26	10	1
• Établissement et service d'aide par le travail (E.S.A.T.)		30	1
<b>Pôle gériatrie</b>	<b>175</b>		
• Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.)	125		1
• Unité de soins de longue durée (U.S.L.D.)	50		1
<b>TOTAL</b>	<b>377</b>	<b>180</b>	

### Annexe n° 3. L'organigramme de la direction



## Annexe n° 4. Les données des ressources humaines

Tableau n° 25 : La répartition des effectifs et des charges de personnel au sein du budget principal

Services du budget principal	Effectifs			Charges de personnel 2020		
	personnel médical	personnel non médical	total	personnel médical	personnel non médical	total
CMP (adultes et enfants)	8,81	64,03	72,84	1 286 993 €	3 412 864 €	4 699 857 €
Hôpitaux de jour (adultes)	0,7	25,35	26,05	132 480 €	1 312 466 €	1 444 946 €
Hôpital de jour (enfants)	0,19	26,35	26,54	19 349 €	1 140 666 €	1 160 015 €
Addictologie	3,13	31,82	34,95	446 550 €	1 668 390 €	2 114 940 €
Centre et dispositif d'accueil permanent	2,02	30,98	33	342 936 €	1 552 416 €	1 895 352 €
Unité d'hospitalisation en psychiatrie	3,81	54,26	58,07	569 023 €	2 573 543 €	3 142 566 €
Unité thérapeutique et réadaptation	1,29	51,24	52,53	250 352 €	2 481 502 €	2 731 854 €
Maison d'aide à la réinsertion	0,05	2,78	2,83	7 401 €	108 750 €	116 151 €
Équipe mobile de précarité en psychiatrie		2,08	2,08		119 885 €	119 885 €
Permanence d'accès en soins de santé en psychiatrie		0,59	0,59		31 454 €	31 454 €
Unité de psychologie médicale	1,86	25,56	27,42	247 337 €	1 343 555 €	1 590 893 €
Unité de géronto-psychiatrie	1,62	30,25	31,87	323 285 €	1 474 845 €	1 798 129 €
Équipe mobile de géronto-psychiatrie	0,33	2,55	2,88	52 454 €	136 112 €	188 565 €
Unité Saint Florentin	1,27	33,77	35,04	265 029 €	1 573 053 €	1 838 082 €
Accueil familial thérapeutique		2,93	2,93		108 083 €	108 083 €
Urgences Chartres	0,61	3,9	4,51	97 801 €	216 851 €	314 652 €
Unité de consultations de soins ambulatoire en centre de détection	0,32	2,54	2,86	62 064 €	129 389 €	191 453 €
	<b>26,01</b>	<b>390,98</b>	<b>416,99</b>	<b>4 103 053 €</b>	<b>19 383 825 €</b>	<b>23 486 879 €</b>

**Tableau n° 26 : Les données du personnel médical (budget principal)**

ETPR personnel médical	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	CF 2021	Écart 2021-2016
Praticiens hospitaliers	15,82	14,53	12,70	10,72	12,84	14,16	-1,66
Attachés et attachés associés	0,46	1,00	1,00	1,00	1,91	2,55	2,09
Praticiens contractuels en CDI	0,00	0,00	0,00	0,75	1,00	1,00	1,00
<b>Personnel médical permanent</b>	<b>16,28</b>	<b>15,53</b>	<b>13,70</b>	<b>12,47</b>	<b>15,75</b>	<b>17,71</b>	<b>1,43</b>
Praticiens contractuels en CDD	5,34	4,79	5,81	6,07	6,86	6,42	1,08
Attachés et attachés associés en CDD	2,73	3,35	2,92	3,31	2,97	2,07	-0,66
<b>Personnel médical CDD</b>	<b>8,07</b>	<b>8,14</b>	<b>8,73</b>	<b>9,38</b>	<b>9,83</b>	<b>8,49</b>	<b>0,42</b>
Internes	3,86	4,87	4,53	2,51	1,42	1,00	-2,86
<b>Personnel extérieur et autres</b>	<b>3,86</b>	<b>4,87</b>	<b>4,53</b>	<b>2,51</b>	<b>1,42</b>	<b>1,00</b>	<b>-2,86</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28,21</b>	<b>28,54</b>	<b>26,96</b>	<b>24,36</b>	<b>27,00</b>	<b>27,20</b>	<b>-1,01</b>

Masse salariale en € personnel médical	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	CF 2021	Écart 2021-2016
Praticiens hospitaliers	2 500 501	2 244 608	2 089 619	1 848 834	2 177 574	2 467 528	-32 973
Attachés et attachés associés	73 672	123 313	141 977	179 243	293 376	413 029	339 357
Praticiens contractuels en CDI	0	0	0	113 720	172 747	189 538	189 538
<b>Personnel médical permanent</b>	<b>2 574 173</b>	<b>2 367 921</b>	<b>2 231 596</b>	<b>2 141 797</b>	<b>2 643 697</b>	<b>3 070 095</b>	<b>495 922</b>
Praticiens contractuels en CDD	630 923	574 072	905 357	1 102 447	1 165 670	1 143 732	512 809
Attachés et attachés associés en CDD	284 193	320 404	330 728	380 855	417 193	300 950	16 757
<b>Personnel médical CDD</b>	<b>915 116</b>	<b>894 476</b>	<b>1 236 085</b>	<b>1 483 302</b>	<b>1 582 864</b>	<b>1 444 682</b>	<b>529 566</b>
Internes	150 269	185 147	184 494	114 582	59 865	40 319	-109 950
<b>Personnel extérieur et autres</b>	<b>150 269</b>	<b>185 147</b>	<b>184 494</b>	<b>114 582</b>	<b>59 865</b>	<b>40 319</b>	<b>-109 950</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3 639 558</b>	<b>3 447 544</b>	<b>3 652 175</b>	<b>3 739 680</b>	<b>4 286 426</b>	<b>4 555 096</b>	<b>915 539</b>

Source : Données de l'établissement

**Tableau n° 27 : Les données du personnel non médical (budget principal)**

ETPR personnel non médical	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	CF 2021	Écart 2021-2016
Titulaires, stagiaires	461,96	457,90	438,10	436,02	429,37	425,63	-36,33
CDI	20,74	19,88	17,68	26,07	35,47	41,73	20,99
Placement familiaux (AFT)	2,08	3,00	3,00	3,00	2,42	1,09	-0,99
CDD emploi permanent	32,26	33,52	45,68	52,11	49,49	50,64	18,38
<b>Personnel médical permanent</b>	<b>517,04</b>	<b>514,30</b>	<b>504,46</b>	<b>517,20</b>	<b>516,75</b>	<b>519,09</b>	<b>2,05</b>
CDD remplacement, renfort	17,70	16,04	16,14	9,30	8,35	12,17	-5,53
Vacataires	4,82	5,64	12,26	4,02	5,96	5,32	0,50
<b>Personnel médical CDD</b>	<b>22,52</b>	<b>21,68</b>	<b>28,40</b>	<b>13,32</b>	<b>14,31</b>	<b>17,49</b>	<b>-5,03</b>
Apprentis	0,99	0,62	0,04	0,91	0,99	1,40	0,41
<b>Personnel extérieur et autres</b>	<b>0,99</b>	<b>0,62</b>	<b>0,04</b>	<b>0,91</b>	<b>0,99</b>	<b>1,40</b>	<b>0,41</b>
<b>TOTAL</b>	<b>540,55</b>	<b>536,60</b>	<b>532,90</b>	<b>531,43</b>	<b>532,05</b>	<b>537,98</b>	<b>-2,57</b>

Masse salariale en € personnel non médical	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	CF 2021	Écart 2021-2016
Titulaires, stagiaires	21 946 331	22 326 812	21 459 927	21 570 947	22 481 855	23 381 767	1 435 436
CDI	838 013	784 734	757 971	1 051 484	1 659 218	2 136 626	1 298 613
Placement familiaux (AFT)	61 979	96 426	110 354	87 923	60 728	28 079	-33 899
CDD emploi permanent	1 015 460	1 049 191	1 448 391	1 662 980	1 702 610	1 965 857	950 396
<b>Personnel médical permanent</b>	<b>23 861 784</b>	<b>24 257 163</b>	<b>23 776 642</b>	<b>24 373 333</b>	<b>25 904 411</b>	<b>27 512 329</b>	<b>3 650 546</b>
CDD remplacement, renfort	630 144	520 350	573 913	312 794	303 738	373 247	-256 898
Vacataires	196 737	237 806	323 318	186 946	277 299	285 985	89 248
<b>Personnel médical CDD</b>	<b>826 882</b>	<b>758 156</b>	<b>897 230</b>	<b>499 739</b>	<b>581 038</b>	<b>659 231</b>	<b>-167 650</b>
Apprentis	12 432	4 778	340	6 304	11 942	24 521	12 089
<b>Personnel extérieur et autres</b>	<b>12 432</b>	<b>4 778</b>	<b>340</b>	<b>6 304</b>	<b>11 942</b>	<b>24 521</b>	<b>12 089</b>
<b>TOTAL</b>	<b>24 701 097</b>	<b>25 020 096</b>	<b>24 674 212</b>	<b>24 879 376</b>	<b>26 497 391</b>	<b>28 196 082</b>	<b>3 494 985</b>

Source : Données de l'établissement

## Annexe n° 5. Les données financières

Tableau n° 28 : Structure budgétaire de l'établissement en 2020

CHS Henri Ey	Code interne CHS	Objet	CR (charges en euros)	CR/CRP+CRA (%)
<b>Budget principal</b>				
H Budget principal		Psychiatrie	40 251 325	74,7 %
<b>Comptes annexes</b>				
A DNA	A	Dotation non affectée	3 096	0,0 %
B USLD	B	Soins médicaux de longue durée	3 384 651	6,3 %
E1 EHPAD	E	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	6 513 866	12,1 %
P1 FAM Les Magnolias	P	Foyer d'accueil médicalisé	2 362 422	4,4 %
L1 ESAT soc la ferme	L	Établissements ou Services d'Aide par le Travail, Structure sociale (ESAT Social)	450 744	0,8 %
L2 Foyer hébergement	Y	Foyer d'hébergement	413 824	0,8 %
L3 SAVS	S	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	15 949	0,0 %
M0 ESAT commercial	M	Établissements ou Services d'Aide par le Travail, Structure Commerciale (ESAT Commercial),	471 597	0,9 %
<b>TOTAL</b>			<b>53 867 476</b>	<b>100,0 %</b>

Source : Compte financier 2020

Tableau n° 29 : Soldes intermédiaires de gestion

Soldes intermédiaires de gestion du compte principal	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	Évol° moyenne annuelle	Évol° 2020/2016
<b>Produits d'exploitation</b>	<b>33 005 886,00</b>	<b>33 271 251,00</b>	<b>33 596 814,00</b>	<b>34 728 303,00</b>	<b>37 065 888,00</b>	<b>2,9 %</b>	<b>12,3 %</b>
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	160 753,00	147 293,00	147 245,00	139 377,00	109 564,00	-9,1 %	-31,8 %
= Production propre	32 845 133,00	33 123 958,00	33 449 569,00	34 588 927,00	36 956 324,00	3,0 %	12,5 %
- Achats	2 539 024,00	2 567 793,00	2 495 122,00	2 533 960,00	2 446 139,00	-0,9 %	-3,7 %
- Sces extérieurs	1 441 641,00	1 384 005,00	1 428 135,00	1 478 870,00	1 654 121,00	3,5 %	14,7 %
- Autres services extérieurs	935 584,00	980 408,00	1 019 888,00	1 103 550,00	1 044 567,00	2,8 %	11,6 %
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	38 617,00	36 749,00	39 039,00	40 127,00	43 738,00	3,2 %	13,3 %
<b>= Valeur ajoutée</b>	<b>27 890 266,00</b>	<b>28 155 003,00</b>	<b>28 467 385,00</b>	<b>29 432 420,00</b>	<b>31 767 760,00</b>	<b>3,3 %</b>	<b>13,9 %</b>
en % des produits d'exploitation du budget H	85 %	85 %	85 %	85 %	86 %		
- Charges totales de personnel	28 501 097,00	28 631 043,00	28 466 758,00	28 770 055,00	30 846 706,00	2,0 %	8,2 %
+ Remboursement de frais budgets annexes	2 100 005,00	2 168 065,00	2 207 516,00	2 219 193,00	2 188 412,00	1,0 %	4,2 %
<b>= Résultat économique brut</b>	<b>1 600 677,00</b>	<b>1 784 836,00</b>	<b>2 294 088,00</b>	<b>2 950 331,00</b>	<b>3 184 929,00</b>	<b>18,8 %</b>	<b>99,0 %</b>
en % des produits d'exploitation du budget H	7 %	8 %	9 %	11 %	11 %		
+ Autres produits de gestion	371 157,00	511 763,00	502 301,00	493 466,00	543 986,00	10,0 %	46,6 %
- Autres charges de gestion	36 277,00	65 949,00	105 272,00	119 244,00	96 163,00	27,6 %	165,1 %
<b>= Marge brute d'exploitation</b>	<b>1 935 558,00</b>	<b>2 230 651,00</b>	<b>2 691 117,00</b>	<b>3 324 553,00</b>	<b>3 632 752,00</b>	<b>17,0 %</b>	<b>87,7 %</b>
en % des produits courants de fonctionnement du budget H	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %		
en % de la marge brute d'ex. consolidée	68 %	62 %	69 %	73 %	74 %		

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après comptes financiers 2016-2020

Tableau n° 30 : Structure de coûts du compte de résultat principal 2016-2020

Charges d'exploitation du budget principal (en euros)	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	Évol° moyenne annuelle	Évol° 2020-2016	CF anticipé 2021
<b>Dépenses totales</b>	<b>41 541 965,99</b>	<b>37 177 158,18</b>	<b>37 193 221,85</b>	<b>38 453 313,16</b>	<b>40 682 537,33</b>	<b>-0,5 %</b>	<b>-2,1 %</b>	<b>41 325 687,64</b>
Évolution		-10,5 %	0,0 %	3,4 %	5,8 %			1,6 %
<b>Titre 1 Charges de personnel</b>	<b>28 675 596,83</b>	<b>28 776 401,40</b>	<b>28 638 872,14</b>	<b>28 884 489,58</b>	<b>31 063 128,60</b>	<b>2,0 %</b>	<b>8,3 %</b>	<b>33 099 406,19</b>
dont charges de personnel PM	3 641 914,34	3 447 544,21	3 652 175,19	3 740 680,48	4 286 426,17	4,2 %	17,7 %	4 555 096,41
dont charges de personnel PNM	24 885 204,82	25 099 157,93	24 674 212,32	24 879 406,26	26 497 391,11	1,6 %	6,5 %	28 196 081,90
dont autres charges	148 477,67	229 699,26	312 484,63	264 402,84	279 311,32	17,1 %	88,1 %	348 227,88
Évolution		0,4 %	-0,5 %	0,9 %	7,5 %			6,6 %
Part (%)	69 %	77 %	77 %	75 %	76 %			80 %
<b>Titre 2 Charges à caractère médical</b>	<b>645 511,49</b>	<b>676 279,58</b>	<b>740 505,39</b>	<b>713 781,58</b>	<b>708 105,95</b>	<b>2,3 %</b>	<b>9,7 %</b>	<b>708 484,33</b>
Évolution		4,8 %	9,5 %	-3,6 %	-0,8 %			0,1 %
Part (%)	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %			2 %
<b>Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général</b>	<b>4 690 463,36</b>	<b>4 674 555,66</b>	<b>4 673 164,20</b>	<b>4 863 783,94</b>	<b>4 900 974,59</b>	<b>1,1 %</b>	<b>4,5 %</b>	<b>4 912 362,04</b>
Évolution		-0,3 %	0,0 %	4,1 %	0,8 %			0,2 %
Part (%)	11 %	13 %	13 %	13 %	12 %			12 %
<b>Titre 4 Charges d'amortissement, provisions, financières et exceptionnelles</b>	<b>7 530 394,31</b>	<b>3 049 921,54</b>	<b>3 140 680,12</b>	<b>3 991 258,06</b>	<b>4 010 328,19</b>	<b>-14,6 %</b>	<b>-46,7 %</b>	<b>2 605 435,08</b>
Évolution		-59,5 %	3,0 %	27,1 %	0,5 %			-35,0 %
Part (%)	18 %	8 %	8 %	10 %	10 %			6 %

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après comptes financiers 2016-2020, note technique de l'établissement

Tableau n° 31 : Les appels à projets de l'ARS

Appels à projets	Montants	Année
Constitution d'une Équipe territoriale de géronto-psychiatrie	300 000 €	2 018
Amélioration de la prise en charge des situations de crise dans les CMP	240 000 €	2 018
Constitution d'une Équipe Territoriale d'Accueil Primaire pour Enfants au CMP	170 000 €	2 018
Innovation Urgences Psychiatrique CAROSM	189 564 €	2 019
Réhabilitation des structures de Réhabilitation Psychosociale de Proximité	295 000 €	2 019
Rebasage DAF	321 100 €	2 019
Extension de la Maison des adolescents	150 850 €	2 020
Télé médecine	20 000 €	2 020
Renfort Psychologues CMP	180 000 €	2 021
<b>TOTAL</b>	<b>1 866 514 €</b>	

Source : Note technique de l'établissement

Tableau n° 32 : Le financement des dépenses d'équipement

Budget consolidé (en euros)	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	Évol° moyenne annuelle	Évol° 2020-2016	cumul 2016-2020
<b>Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)</b>	<b>1 498 449</b>	<b>1 703 595</b>	<b>2 955 303</b>	<b>5 774 100</b>	<b>1 076 388</b>	<b>-7,9 %</b>	<b>-28,2 %</b>	<b>13 007 835</b>
Financement :								
<b>Capacité d'autofinancement brute</b>	<b>1 008 360</b>	<b>3 294 101</b>	<b>3 552 371</b>	<b>4 621 255</b>	<b>4 874 397</b>	<b>48,3%</b>	<b>383,4%</b>	<b>17 350 484</b>
- Annuité en capital de la dette	1 158 982	1 402 947	1 427 394	1 451 406	1 630 903	8,9%	40,7%	7 071 632
<b>= Capacité d'autofinancement nette (a)</b>	<b>- 150 622</b>	<b>1 891 154</b>	<b>2 124 977</b>	<b>3 169 849</b>	<b>3 243 494</b>			<b>10 278 852</b>
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	1 206 438	103 892	566 398	1 410 469	489 543	-20,2 %	-59,4 %	3 776 740
dont apports en capital	1 203 079	18 926	125 905	30 469	100			1 378 479
dont subventions d'équipement reçues	-	-	435 993	665 000	489 443			1 590 436
dont produits de cession	3 358	84 967	4 500	715 000	-			807 825
<b>= Financement propre disponible (a+b)</b>	<b>1 055 816</b>	<b>1 995 046</b>	<b>2 691 374</b>	<b>4 580 319</b>	<b>3 733 036</b>	<b>37,1 %</b>	<b>253,6 %</b>	<b>14 055 591</b>
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	474 684	-	874	-	-			<b>475 558</b>
- Charges à répartir	2 070 000	- 230 000	- 230 000	- 230 000	- 230 000			<b>1 150 000</b>
<b>= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre</b>	<b>- 2 987 317</b>	<b>521 451</b>	<b>- 34 803</b>	<b>- 963 781</b>	<b>2 886 648</b>			<b>- 577 802</b>
- Var. du besoin en fonds de roulement global (hors fonds en dépôt)	-	- 349 185	911 103	2 710 774	- 3 658 406			<b>- 385 714</b>
= Besoin (ou disponible) après financement des inv. et du cycle d'exploitation, dit BAFIC (ou DAFIC)	- 2 987 317	870 635	- 945 906	- 3 674 556	6 545 054			<b>- 192 090</b>
<b>+ Nouveaux emprunts de l'année</b>	<b>2070 000</b>	<b>27 601</b>	<b>1 077 415</b>	<b>2 911 815</b>	<b>36 424</b>	<b>-63,6%</b>	<b>-98,2%</b>	<b>6 123 255</b>
= Variation de la trésorerie nette	- 917 317	898 237	131 509	- 762 740	6 581 478			<b>5 931 167</b>
Taux d'emprunt sur les investissements	138 %	2 %	36 %	50 %	3 %			
Taux d'autofinancement sur les investissements	70 %	117 %	91 %	79 %	347 %			

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après comptes financiers 2016-2020

Tableau n° 33 : Le résultat des budgets annexes

Résultat consolidé (en euros)	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	ERPD 2021	CF anticipé 2021	Évol° 2021-2016
B USLD	41 527,30	85 384,28	63 281,11	49 164,74	39 205,53	0,00	<b>-11 084,81</b>	-52 612,11
E1 EHPAD	<b>-50 665,13</b>	<b>-117 310,51</b>	41 630,66	<b>-36 824,20</b>	401,25	0,00	75 295,46	125 960,59
P1 FAM Les Magnolias	<b>-89 054,92</b>	69 376,27	<b>-8 184,74</b>	6 752,18	584,75	<b>-53 410,00</b>	<b>-4 119,76</b>	84 935,16
L1 ESAT social la ferme	212,77	<b>-8 584,99</b>	3 945,20	17 624,31	30 198,44	<b>-13 250,00</b>	20 361,85	20 149,08
L2 Foyer hébergement	31 850,91	40 536,27	10 347,39	<b>-16 077,27</b>	<b>-34 337,16</b>	<b>-11 580,00</b>	<b>-6 167,56</b>	-38 018,47
L3 SAVS	<b>-5 310,38</b>	1 390,24	4 857,46	6 864,88	5 895,82	<b>-620,00</b>	2 586,33	7 896,71
M0 ESAT commercial	13 973,78	11 151,24	14 144,28	32 833,91	13 619,60	0,00	1 193,04	-12 780,74
A DNA	9 932,20	7 671,25	14 912,05	12 401,35	12 688,93	11 500,00	11 917,38	1 985,18
<b>TOTAL</b>	<b>-47 533,47</b>	<b>89 614,05</b>	<b>144 933,41</b>	<b>72 739,90</b>	<b>68 257,16</b>	<b>-67 360,00</b>	<b>89 981,93</b>	<b>137 515,40</b>

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après comptes financiers 2016-2020

## Annexe n° 6. Les données sur l'activité

Tableau n° 34 : L'activité d'hospitalisation

Services	Activité d'hospitalisations							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	var° 2021/2016	var° 2021- 2016
<b><u>Hospitalisations à temps complet</u></b>								
File active	1 218	1 184	1 192	1 026	1 033	1 148	-6 %	-70
Nombre d'admissions totales	2 328	2 324	2 273	1 998	1 935	2 299	-1 %	-29
Nombre de sorties totales	2 344	2 309	2 272	2 003	1 945	2 295	-2 %	-49
Nombre de journées réalisées	52 703	53 385	55 018	54 445	54 058	54 752	4 %	2 049
Durée moyenne de séjours (DMS)	21	22	23	25	26	22	5 %	1
Durée moyenne d'hospitalisation (DMH)	43	45	46	53	52	48	10 %	4
<b><u>Hospitalisations à temps partiel</u></b>								
<b>Hospitalisations de jour</b>								
File active	464	502	486	498	483	521	12 %	57
Nombre d'admissions totales	354	393	339	327	274	314	-11 %	-40
Nombre de sorties totales	322	381	329	335	281	263	-18 %	-59
Nombre de 1/2 venues réalisées	41 920	41 871	42 235	41 533	23 930	28 837	-31 %	-13 083
<b>Hospitalisations de nuit</b>								
File active	34	27	40	37	22	17	-50 %	-17
Nombre d'admissions totales	44	43	52	39	17	17	-61 %	-27
Nombre de sorties totales	42	44	48	37	20	18	-57 %	-24
Nombre de nuitées réalisées	575	559	692	646	226	150	-74 %	-425

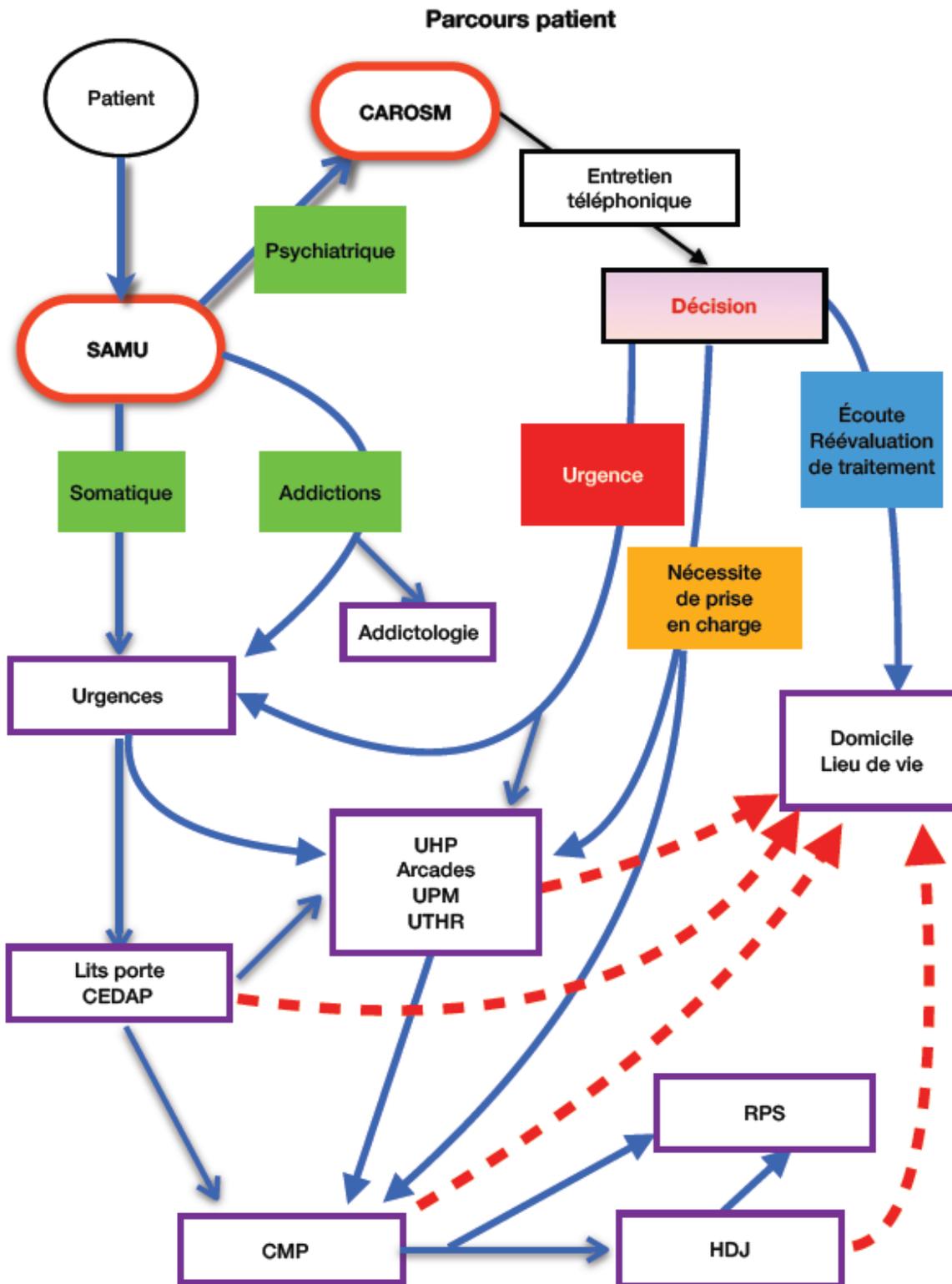
Source : Données de l'établissement

**Tableau n° 35 : L'activité ambulatoire**

Services	Activité ambulatoire sur les autres lieux de consultations les files actives							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	var° 2021/2016	var° 2021- 2016
<b>Psychiatrie adultes</b>								
Visite à domicile	312	235	204	223	352	262	-16 %	-50
PASS Psy	59	68	70	42	33	39	-34 %	-20
RPS	na	na	na	na	na	23		
EMGP	na	na	na	3	80	143		
EMPP	249	247	259	242	192	164	-34 %	-85
Cedap Urgences CH Chartres	1 730	1 669	1 452	1 465	1 432	1 762	2 %	32
Cedap Liaison CH Chartres	721	641	212	233	267	282	-61 %	-439
Sur les unités d'hospitalisations TC	393	304	283	203	240	266	-32 %	-127
Sur les unités d'hospitalisations TP	297	226	174	157	164	244	-18 %	-53
Centre de détention	615	625	571	597	568	640	4 %	25
Urgences CH Châteaudun	25	6	-	1	36	15	-40 %	-10
Liaison CH Châteaudun	46	49	44	24	4	2	-96 %	-44
Urgences CH Nogent-Le-Rotrou	21	4	4	20	34	7	-67 %	-14
Liaison CH Nogent-Le-Rotrou	-	44	47	3	-	-		
<b>Pédo psychiatrie</b>								
Visite à domicile	8	9	5	8	31	20	150 %	12
Sur les unités d'hospitalisations TC	8	15	3	14	4	13	63 %	5
Sur les unités d'hospitalisations TP	-	-	-	-	68	-		
<b>Addictologie</b>								
Visite à domicile	9	17	17	18	19	27	200 %	18
Sur les unités d'hospitalisations TC	49	-	1	-	-	-	-100 %	-49
Sur les unités d'hospitalisations TP	66	53	31	53	118	82	24 %	16
<b>FILE ACTIVE TOTALE HORS CMP</b>	<b>4 150</b>	<b>3 937</b>	<b>3 340</b>	<b>3 318</b>	<b>3 356</b>	<b>3 562</b>	<b>-14 %</b>	<b>-588</b>

Source : Données de l'établissement

Annexe n° 7. Le parcours patient



## Annexe n° 8. Le service des personnes protégées

Tableau n° 36 : Répartition des mesures en fonction du lieu de vie

RÉSIDENCE	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DOMICILE	157	157	152	142	142	134
HOSPITALISE	28	31	31	31	28	25
ETS HORS CONVENTION SUIVI HENRI EY	14	6	11	16	18	9
<b>TOTAL FILE ACTIVE ETS</b>	<b>199</b>	<b>194</b>	<b>194</b>	<b>189</b>	<b>188</b>	<b>168</b>
ETS CONVENTIONNES HORS BONNEVAL	130	137	124	101	85	81
ETS BONNEVAL	56	58	54	48	46	43
<b>TOTAL ETS CONVENTIONNES</b>	<b>186</b>	<b>195</b>	<b>178</b>	<b>149</b>	<b>131</b>	<b>124</b>
<b>TOTAL</b>	<b>385</b>	<b>389</b>	<b>372</b>	<b>338</b>	<b>319</b>	<b>292</b>

Source : Données de l'établissement

Tableau n° 37 : Tableau des charges et des produits

Libellé	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020
CHARGES DE PERSONNEL	456 429,08	460 257,30	434 759,93	448 030,98
CHARGES À CARACTÈRE MEDICAL	0,00	0,00	0,00	0,00
CHARGES A CARACTERE HÔTELIER ET GÉNÉRAL	21 051,97	19 501,98	19 816,12	18 067,73
CHARGES D'AMORTISSEMENTS FINANCIERES ET EXCEPTIONNELLES	2 528,83	2 310,01	2 303,45	27 722,57
DONT CHARGES EXERCICES ANTÉRIEURS				8 341,74
<b>CHARGES DIRECTES</b>	<b>480 009,88</b>	<b>482 069,29</b>	<b>456 879,50</b>	<b>502 163,02</b>
CHARGES INDIRECTES	77 515,00	76 201,00	110 067,00	111 167,67
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>557 524,88</b>	<b>558 270,29</b>	<b>566 946,50</b>	<b>604 988,95</b>
PRODUITS VERSES PAR L'ASSURANCE MALADIE	204 520,00	204 520,00	204 520,00	213 520,00
AUTRES PRODUITS	256 626,22	337 349,87	306 904,78	334 004,84
DONT EMOLUMENTS	60 097,22	62 640,45	66 046,82	85 917,27
DONT PARTICIPATION DES ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES	196 505,00	231 970,00	236 760,00	238 900,00
DONT PRODUITS EXERCICES ANTERIEURS	0,00	41 868,00	4 097,96	9 125,12
PRODUITS DIRECTES	461 146,22	541 869,87	511 424,78	547 524,84
PARTICIPATION CH HENRI EY	49 188,22	54 466,00	63 278,22	58 300,00
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>510 334,44</b>	<b>596 335,87</b>	<b>574 703,00</b>	<b>605 824,84</b>
<b>RESULTAT de l'exercice</b>	<b>-47 190,44</b>	<b>-3 802,42</b>	<b>3 658,54</b>	<b>-835,89</b>

Source : Données de l'établissement

**Annexe n° 9. Glossaire**

AAH :	Allocation adulte handicapé
ALD :	Affection de longue durée
ARS :	Agence régionale de santé
AT :	Appartement thérapeutique
BEH :	Bail emphytéotique hospitalier
CAF :	Capacité d'autofinancement
CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CAROSM :	Centre d'accueil et de crise
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CDI :	Contrat à durée indéterminée
CEDAP :	Centre et dispositif d'accueil permanent
CHS :	Centre hospitalier spécialisé
CLS :	Contrat local de santé
CME :	Commission médicale d'établissement
CMP :	Centre médico-psychologique
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT :	Communauté psychiatrique de territoire
CPTS :	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRA :	Compte de résultat annexes
CRP :	Compte de résultat principal
CSP :	Code de la santé publique
CTI :	Complément de traitement indemnitaire
CTSM :	Contrat territorial de santé mentale
DAF :	Dotation annuelle de financement
DEESMS :	Directeur d'établissement sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux
DG :	Dotation globale
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD :	État des prévisions de recettes et de dépenses
ESAT :	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS :	Établissement ou service social ou médico-social

ETPR :	Équivalent temps plein rémunéré
FAM :	Foyer d'accueil médicalisé
FINESS :	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR :	Fond d'intervention régionale
FPH :	Fonction publique hospitalière
GCS :	Groupement de coopération sanitaire
GHT :	Groupement hospitalier de territoire
GIP :	Groupement d'intérêt public
HAS :	Haute autorité de santé
HDJ :	Hôpital de jour
IDE :	Infirmier diplômé d'État
IPA :	Infirmier en pratique avancée
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
JLD :	Juge des libertés et de la détention
MAS :	Maison d'accueil spécialisée
MAR :	Maisons d'aide à la réinsertion
MDA :	Maison des adolescents
MSP :	Maison de santé pluri-professionnelle
MJPM :	Mandataire judiciaire à la protection des majeurs
ONDAM :	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PGFP :	Plan global de financement pluriannuel
PPI :	Plan pluriannuel d'investissement
PTSM :	Projets territoriaux de santé mentale
SAVS :	Service d'accompagnement à la vie sociale
SISM :	Semaine d'information de la santé mentale
SPGB :	Service de protection et de gestion des biens
SPP :	Service des personnes protégées
SRDE :	Soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat
UHP :	Unité d'hospitalisation en psychiatrie
UHSA :	Unité hospitalière spécialement aménagée
UPM :	Unité de psychologie médicale
UTHR :	Unité thérapeutique de réadaptation
USLD :	Unité de soins de longue durée

**Annexe n° 10. Réponse**





Bonneval, le 17 octobre 2022



Monsieur le Président  
Chambre Régionale des Comptes  
15, rue d'Escures  
BP 2425  
45032 ORLEANS CEDEX 1

Le Directeur

Nos Réf : D/PV/CH/2022-74  
Vos Réf : greffe n°D2021-457/LC  
Objet : notification du rapport d'observations  
définitives relatives au contrôle des comptes et de  
la gestion du centre hospitalier Henri Ey de Bonneval  
PJ : organigramme de direction

Monsieur le Président,

En ma qualité de représentant légal du Centre Hospitalier Henri Ey de Bonneval, j'accuse réception du rapport d'observations définitives relatives au contrôle des comptes et de la gestion du CH Henri Ey de Bonneval.

Je tiens à rappeler que la situation financière, médicale et sociale du centre hospitalier Henri Ey est saine de 2017 à 2022 :

- financier : le taux de marge brut est de 7,80% en 2017 à 9,40 % en 2021 ; la CAF est passée de 3 296 889€ en 2017 à 3 961 580 en 2021.
- médical : renforcement des effectifs médicaux (inscrits au conseil de l'ordre) - entre octobre 2018 et octobre 2022, il est constaté une augmentation de +15 %
- social : dialogue social de qualité – grèves marginales

*Recommandation n°1 : Respecter la réglementation en matière de recrutement et de rémunération des agents contractuels, notamment les dispositions de l'article L.332 .15 du code général de la fonction publique*

Des démarches ont déjà été engagées durant le contrôle :

1. S'agissant de la publication des postes de Directeur adjoint, le poste de directeur adjoint en charge des usagers et des projets a été publié au JO du 17 juin 2022 et a donné lieu au recrutement d'une directrice adjointe titulaire.

**Direction Générale**  
32 rue de la Grève – 28800 Bonneval  
tél. 02 37 44 76 02 – fax 02 37 44 76 82

**Siège social**  
32 rue de la Grève  
28800 Bonneval

tél. 02 37 44 76 00  
fax 02 37 44 76 82  
[www.ch-henriey.fr](http://www.ch-henriey.fr)

Deux postes de directeurs adjoints l'un pour les Ressources Humaines et l'autre pour la qualité ont été publiés au JO du 9 septembre à l'attention des élèves directeurs. Cette parution n'a malheureusement donné lieu à aucune candidature.

Il a été proposé à l'établissement de republier un poste lors d'un additif DH du 13/10. Le poste de directeur adjoint en charge des ressources humaines a donc été republié.

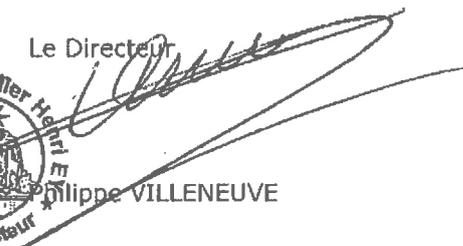
2. S'agissant du niveau de rémunération des directeurs adjoints contractuels, le niveau indemnitaire a été revu significativement à la baisse durant l'exercice du contrôle. Ce processus de révision du niveau de rémunération des directeurs adjoints contractuels va se poursuivre.

3. Durant le contrôle, il a été constaté deux départs de directeur adjoint contractuel : Le directeur adjoint contractuel en charge des usagers au 01/09/22 et la directrice adjointe contractuelle en charge des ressources humaines au 01/11/22.

4. Comme annoncé dans le 1<sup>er</sup> point, une directrice adjointe titulaire a été recrutée et a pris ses fonctions, ce jour, le 17 octobre.

5. Suite aux départs de directeurs adjoints contractuels et au recrutement de directeur adjoint titulaire, vous trouverez ci-joint l'organigramme de direction mis à jour qui ne fait apparaître que deux directeurs adjoints contractuels.

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

Le Directeur  
  
Philippe VILLENEUVE  


**ORGANIGRAMME DE DIRECTION**

**Directeur général**

**Directeur-adjoint**  
Affaires financières et  
Services économiques  
Et Logistiques

**Ingénieur hospitalier**  
Direction SI et  
Communication

**Directeur-adjoint**  
Qualité et gestion des  
Risques et Pôle médico  
Social

**IDE Cadre de Santé**  
Direction des soins

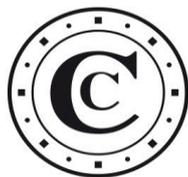
**Ingénieur hospitalier**  
Direction des travaux

**Directeur-adjoint**  
Clientèle, affaires  
Juridiques et Projets

**Directeur adjoint**  
DRH  
Poste publié

**CONTRACTUELS**

**TITULAIRES**



Les publications de la chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire  
sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-centre-val-de-loire>

**Chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire**

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

[centrevaldeloire@crtc.ccomptes.fr](mailto:centrevaldeloire@crtc.ccomptes.fr)