



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES  
ET SA REPONSE**

**CENTRE D'ACCUEIL ET DE  
SOINS HOSPITALIERS DE  
NANTERRE (CASH)**

(92)

Exercices 2018 et suivants

Observations  
délibérées le 14 février 2023



**TABLE DES MATIÈRES**

<b>SYNTHESE.....</b>	<b>3</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE REGULARITE ET DE PERFORMANCE.....</b>	<b>5</b>
<b>PROCEDURE.....</b>	<b>6</b>
<b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>1 UN ETABLISSEMENT AU STATUT SINGULIER, AVEC UNE DIMENSION SOCIALE TRES MARQUEE .....</b>	<b>7</b>
1.1 L'histoire du CASH de Nanterre est intimement liée à celle de la prise en charge de l'exclusion et de la coercition .....	7
1.2 Le CASH de Nanterre, un statut <i>sui generis</i> alliant missions sanitaires, médico-sociales et sociales .....	7
1.3 Une patientèle pour l'essentiel fragile .....	8
1.3.1 Des résultats épidémiologiques hétérogènes .....	8
1.3.2 Une proportion élevée de patients en situation de précarité, qui se stabilise .....	10
1.4 Des liens forts entre la commune et l'hôpital .....	11
1.5 Une capacité d'accueil en diminution.....	12
1.6 Des durées moyennes de séjour inégales selon les spécialités et allongées par la précarité .....	13
1.7 Un projet d'établissement et des contrats de pôles à finaliser .....	14
<b>2 DES MOYENS ET UN SOUTIEN INSUFFISANTS AU REGARD DES SPECIFICITES DU CASH .....</b>	<b>15</b>
2.1 La nécessaire restructuration des plateaux techniques suite à la suppression de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète .....	15
2.2 Un soutien accru de l'ARS, qui ne couvre toutefois pas l'intégralité des besoins .....	16
2.3 Un GHT qui monte en puissance mais avec une plus-value à confirmer .....	17
2.4 Des liens resserrés avec l'hôpital voisin Louis-Mourier .....	18
2.5 Un rapprochement en cours avec le centre hospitalier Roger Prévot, établissement du GHT spécialisé en psychiatrie déjà en direction commune avec le CASH .....	19
<b>3 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A PERFECTIONNER .....</b>	<b>21</b>
3.1 L'évolution de la masse salariale.....	21
3.2 Une stabilité de l'effectif malgré les difficultés de recrutement.....	22
3.2.1 Le taux de rotation du personnel en diminution.....	23
3.2.2 L'évolution des équivalents temps plein rémunérés (ETPR).....	23
3.3 Un recours aux contractuels pour répondre aux vacances de postes nombreuses .....	24
3.4 L'évolution du temps de travail du personnel médical et non médical reflète les difficultés liées à l'attractivité et la fidélisation des agents .....	27
3.4.1 Le temps de travail additionnel du personnel médical .....	27
3.4.2 Les heures supplémentaires du personnel non médical et la continuité des soins .....	27
3.5 Un niveau élevé d'absentéisme.....	28
3.6 Un pilotage des ressources humaines qui doit se professionnaliser .....	28

3.6.1	La mobilité interne .....	28
3.6.2	Des mesures d'attractivité et de fidélisation récentes pour le personnel soignant .....	30
3.6.3	Construire le contrôle de gestion interne pour mieux maîtriser les risques .....	31
3.6.4	L'accompagnement des agents doit être renforcé .....	31
3.6.5	L'harmonisation de la gestion du temps de travail entre l'hôpital Roger Prévot et du CASH accuse des retards.....	32
3.7	La qualité de vie au travail.....	32
3.7.1	Un dialogue social difficile, en particulier dans le contexte du projet d'aménagement du site.....	32
3.7.2	La politique de prévention et gestion des risques est insuffisante.....	34
3.7.3	Le champ de la santé au travail n'est pas structuré .....	35
<b>4</b>	<b>DES MECANISMES DE SUIVI COMPTABLE INSUFFISANTS AU REGARD DES ENJEUX.....</b>	<b>35</b>
4.1	Une démarche de fiabilisation des comptes à accentuer.....	35
4.1.1	L'organisation défaillante du suivi de la qualité comptable.....	36
4.1.2	L'absence de certification des comptes .....	36
4.2	L'absence d'inventaire physique des biens .....	37
4.3	L'amélioration de la politique de recouvrement.....	37
4.4	Des comptes d'attente non apurés en fin d'exercice.....	38
4.5	De longs délais de paiement qui diminuent néanmoins sur la période récente .....	39
<b>5</b>	<b>UN PROJET ARCHITECTURAL AMBITIEUX, QUI POURRAIT REpondre AUX DIFFICULTES FINANCIERES DU CASH.....</b>	<b>39</b>
5.1	Un redressement financier nécessaire.....	39
5.1.1	L'établissement constamment menacé de disparition jusqu'en 2017 .....	39
5.1.2	L'amélioration de la situation financière à partir de 2019 .....	40
5.1.3	Un tournant pour l'établissement : le COPERMO du 31 janvier 2018 .....	41
5.1.5	Le contrat du 30 décembre 2021 relatif à la dotation pour restauration des marges financières.....	43
5.2	Un projet architectural ouvert sur la ville .....	43
5.3	L'ambition initiale du projet freinée par les contraintes de financement .....	45
5.4	Des retards dans le calendrier du projet.....	46
<b>6</b>	<b>DES MESURES EXCEPTIONNELLES DURANT LA CRISE SANITAIRE .....</b>	<b>47</b>
6.1	Les principaux dispositifs .....	47
6.2	L'impact financier.....	47
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>49</b>

## SYNTHESE

La chambre régionale des comptes Île-de-France a contrôlé les comptes et la gestion du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre, pour les exercices 2018 et suivants.

### **Un établissement à la double activité médicale et sociale, spécialisé dans la prise en charge de populations précaires**

Le CASH de Nanterre est un établissement atypique à plusieurs égards. Il dispose d'un statut unique, avec une double dimension médicale et sociale très marquée, lié à la longue tradition de cet hôpital d'accueil de personnes en grande précarité.

L'établissement est situé dans le nord du territoire des Hauts-de-Seine, qui affiche des indicateurs socioéconomiques proches de la moyenne régionale, mais qui est marqué par de fortes disparités. Il est composé de zones favorisées et d'autres ayant des indicateurs dégradés, à l'image de celles formant son bassin d'attractivité.

Son activité est stable ces dernières années malgré une baisse du capacitaire. Le CASH de Nanterre s'inscrit dans le groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud Val-d'Oise Nord Hauts-de-Seine, avec une valeur ajoutée pour l'établissement qui n'est pas établie. Un bilan pourrait être planifié par le comité stratégique du GHT pour identifier des axes d'amélioration de son fonctionnement. Par ailleurs, l'établissement de santé le plus proche du CASH, l'hôpital Louis-Mourier, relève de l'assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP) et n'appartient pas au GHT. Les relations entre ces deux établissements se sont récemment améliorées.

Le rapprochement en cours avec l'un des établissements du GHT, l'hôpital Roger Prévot de Moisselles, spécialisé en psychiatrie, constitue un élément structurant pour l'avenir du CASH de Nanterre. Il devra être mené à bien dans le cadre du projet architectural en cours.

### **Des marges de manœuvre pour améliorer la gestion des ressources humaines**

Des difficultés d'ordre structurel pénalisent le CASH dans sa gestion quotidienne du personnel. L'établissement manque de ressources et de compétences, de procédures formalisées et appropriées par les agents, d'outils de gestion opérationnels, d'une répartition claire des missions et des tâches, de circuits et modes de communication effectifs, de procédures de contrôle interne.

Le projet architectural accapare l'essentiel des ressources et des compétences alors que ces dernières sont déjà insuffisantes pour redresser la situation. Les chantiers de modernisation des outils et méthodes de la direction des ressources humaines sont différés à la livraison du projet architectural.

### **Une situation financière délicate et un suivi comptable insuffisant**

L'organisation du suivi comptable est insuffisante. Alors que ses produits d'activité sont très proches des seuils réglementaires, le CASH de Nanterre n'a pas fait appel à un commissaire aux comptes pour certifier ses comptes. Il s'attelle néanmoins depuis peu à mettre en œuvre les actions nécessaires pour se préparer à cette perspective.

Malgré l'appui de l'agence régionale de santé (ARS) et un redressement récent, la situation financière du CASH reste fragile. Sa capacité d'emprunt est restreinte sur la période, même si elle s'est récemment améliorée.

Un ambitieux projet architectural susceptible d'améliorer durablement l'équilibre financier du CASH

Le CASH a lancé un ambitieux projet architectural visant à rénover une partie des bâtiments et à en reconstruire certains, notamment en vue d'accueillir l'activité psychiatrique de l'hôpital Roger Prévot. Ce projet s'inscrit dans un cadre plus large de réaménagement du quartier du « Petit Nanterre ».. Le projet du CASH, fragilisé par un niveau de contribution financière de l'ARS inférieur aux prévisions initiales, a dû être revu à la baisse pour pouvoir être soutenable financièrement. S'il est mené à bien, il pourra constituer un important levier pour améliorer durablement l'équilibre financier de l'établissement.

### **La gestion de la crise sanitaire**

Durant les confinements liés à la crise sanitaire, l'établissement a pris les mesures nécessaires, en particulier à destination des populations en grande précarité qu'il accueille. À l'été 2020, les surcoûts ont été évalués par le CASH, pour l'ensemble de l'établissement (sanitaire, social et médico-social), à 8,5 M€, dont 7 M€ uniquement sur le pôle sanitaire.

À l'issue de son contrôle des comptes et de la gestion, la chambre formule six recommandations, dont quatre concernent la régularité et les deux autres l'amélioration de la performance de la gestion.

## **RECOMMANDATIONS DE REGULARITE ET DE PERFORMANCE**

*La chambre adresse les recommandations<sup>1</sup> reprises dans la présente section.*

### **Trois recommandations de régularité :**

---

- Recommandation régularité 1 : Adopter un projet d'établissement, dans le prolongement du projet médical commun, conformément à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique. .... 14
- Recommandation régularité 2 : Signer les contrats de pôles avec les chefs de pôles, conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. .... 14
- Recommandation régularité 3 : Mettre à jour annuellement le document unique d'évaluation des risques professionnels, conformément à l'article R. 4121-2 du code du travail. .... 34
- Recommandation régularité 4 : Dresser un inventaire physique des biens conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé. .... 37
- 

### **Deux recommandations de performance :**

---

- Recommandation performance 1 : Accentuer la démarche de fiabilisation des comptes, en s'appuyant notamment sur les ressources pouvant être fournies par les tutelles, pour préparer l'échéance de la certification. .... 36
- Recommandation performance 2 : En parallèle du projet architectural, mettre en place une équipe dédiée aux chantiers de modernisation de la gestion de l'établissement, en sollicitant l'accompagnement de l'ARS. .... 39
- 

---

<sup>1</sup> Les recommandations de régularité sont des rappels aux droit.  
Les recommandations de performance visent à améliorer la gestion de l'organisme/collectivité/établissement.

## **PROCEDURE**

La chambre régionale des comptes Île-de-France a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre.

La chambre régionale des comptes Île-de-France, délibérant en sa 7<sup>ème</sup> section a adopté le présent rapport d'observations définitives.

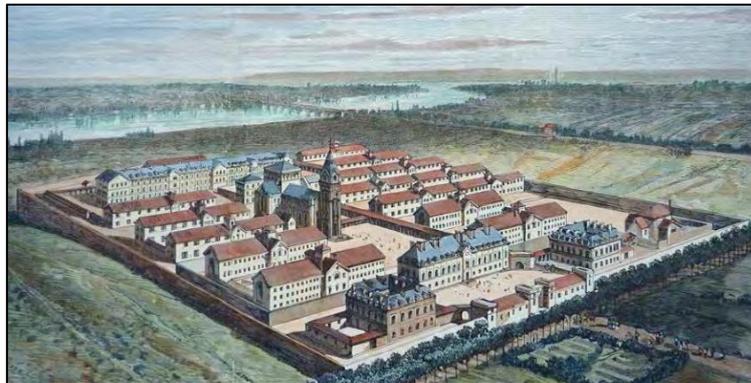
## OBSERVATIONS

### 1 UN ETABLISSEMENT AU STATUT SINGULIER, AVEC UNE DIMENSION SOCIALE TRES MARQUEE

#### 1.1 L'histoire du CASH de Nanterre est intimement liée à celle de la prise en charge de l'exclusion et de la coercition

En 1868, le transfert de la maison de répression de Saint-Denis, en surpopulation et insalubre, amène le département de la Seine à construire un établissement destiné à faire office de prison d'État et de « dépôt de mendicité ». La Maison de Nanterre doit ainsi accueillir 1 500 hommes et femmes dans un ensemble pavillonnaire délimité par un haut mur d'enceinte.

##### Schéma n° 1 : Projet présenté par l'architecte Achille HERMANT retenu en 1874



Source : « Avant le CASH, la Maison de Nanterre », Robert Cornaille, Société d'Histoire de Nanterre, 2015

Présenté comme un modèle du traitement moderne de la pauvreté, la Maison de Nanterre se heurte en réalité à de nombreuses incohérences entre ses missions et sa gestion. L'établissement, géré par le préfet de police de Paris, mêle objectif carcéral et bienfaisance. La gestion économe, ainsi que la surpopulation (jusqu'à 4 900 personnes y seront accueillies) ont rapidement entraîné des difficultés d'hygiène et de sécurité. La mission carcérale est abandonnée en 1902, tandis que l'activité sanitaire va se développer, de manière pragmatique, à partir de l'infirmerie intérieure. Transformé en hôpital, l'établissement accueille à partir de 1930 les patients de plus de 16 ans des communes environnantes.

#### 1.2 Le CASH de Nanterre, un statut *sui generis* alliant missions sanitaires, médico-sociales et sociales

Une loi<sup>2</sup> a conféré au CASH en 1989 son statut actuel "d'établissement public autonome et spécifique de la Ville de Paris à caractère social et sanitaire", unique en France<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social.

<sup>3</sup> Les règles qui lui sont applicables sont les dispositions des articles 1er à 9 du décret du 9 mai 1990 relatif à l'administration et au fonctionnement du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre.

Le CASH a été présidé par le préfet de police de Paris jusqu'à ce que la loi du 28 février 2017 relative au statut de Paris et à l'aménagement métropolitain transfère la présidence au maire de Nanterre. Le conseil d'administration du CASH comprend, entre autres, des représentants de la Ville de Paris, de la commune de Nanterre, du département des Hauts-de-Seine, le préfet de police et le préfet des Hauts-de-Seine.

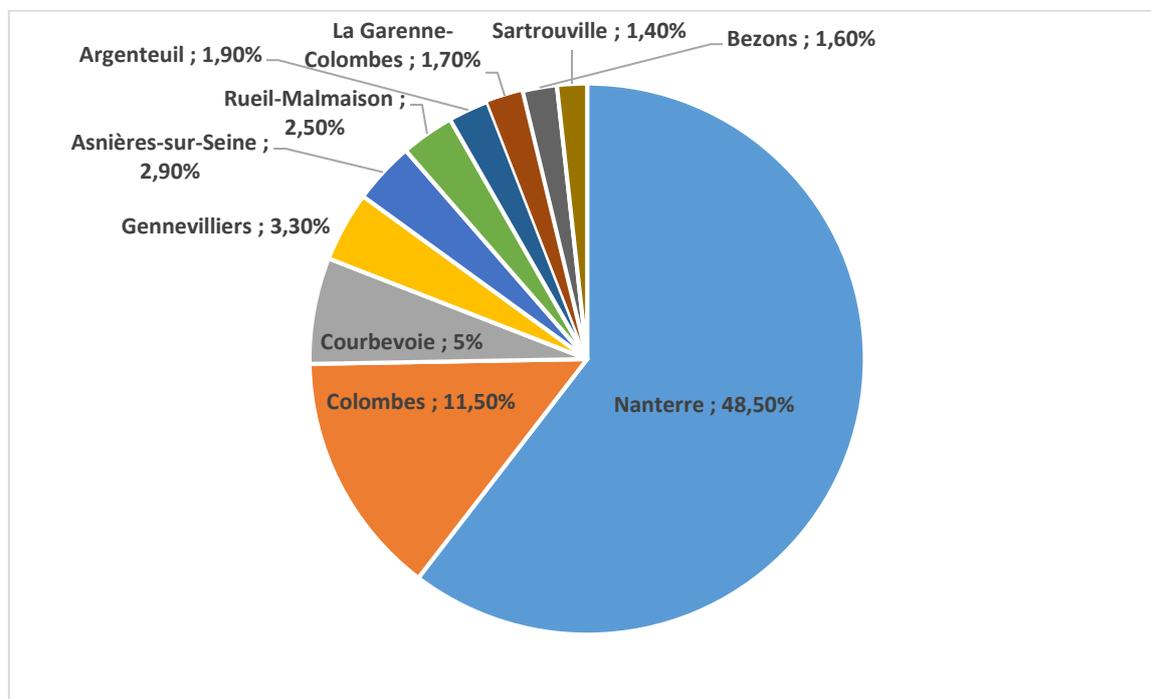
La loi du 26 décembre 1996 avait autorisé la cession gratuite de l'ensemble immobilier de la Maison de Nanterre, appartenant alors à la Ville de Paris, mais sous réserve d'une rétrocession immédiate en cas de changement d'activité. Une loi de 2017 a modifié cette disposition en limitant la contrainte au centre d'hébergement et d'assistance des personnes sans-abris (CHAPSA), pour préserver ce dernier. Ce transfert de propriété s'inscrit dans le projet mené par la commune de Nanterre dans le quartier du « Petit Nanterre »<sup>4</sup>, consistant en une modernisation sociale et urbaine de grande ampleur. Ces travaux ont nécessité la modification de l'affectation d'une partie des terrains pour construire à terme de nouvelles voies ou des logements.

### 1.3 Une patientèle pour l'essentiel fragile

#### 1.3.1 Des résultats épidémiologiques hétérogènes

Le territoire de santé<sup>5</sup> du CASH, le nord des Hauts-de-Seine, présente un profil socio-démographique hétérogène. Ce territoire urbain couvre 700 000 habitants, où sont surreprésentés les jeunes adultes et les jeunes enfants par rapport aux moyennes régionale et départementale.

**Graphique n° 1 : Provenance géographique des patients du CASH de Nanterre**



Source : données du CASH de Nanterre

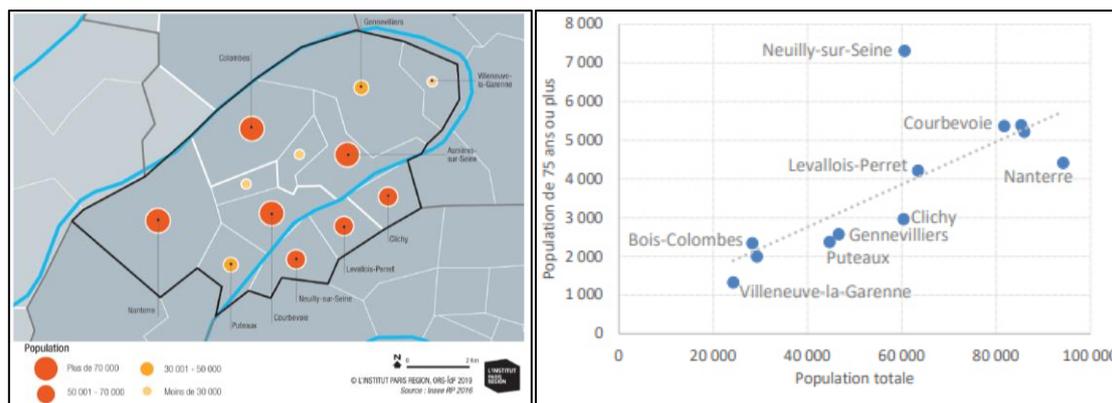
<sup>4</sup> Quartier emblématique de la mémoire ouvrière de Nanterre.

<sup>5</sup> Le territoire de santé, depuis la suppression de la carte sanitaire et la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST), constitue l'outil permettant la définition d'une « offre de soins graduée ». Les territoires de santé sont définis par chaque ARS.

La zone d'attractivité<sup>6</sup> du CASH, se situant dans le quartier du « Petit Nanterre » essentiellement, se compose d'une population présentant un degré supérieur de précarité et de fragilité sociale.

La commune de Nanterre est la plus peuplée du territoire, avec 94 260 habitants en décembre 2019. Proportionnellement à sa taille, elle compte moins de personnes âgées que les autres communes du territoire.

**Graphique n° 2 : Population totale des communes du territoire 92 Nord et nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2016**



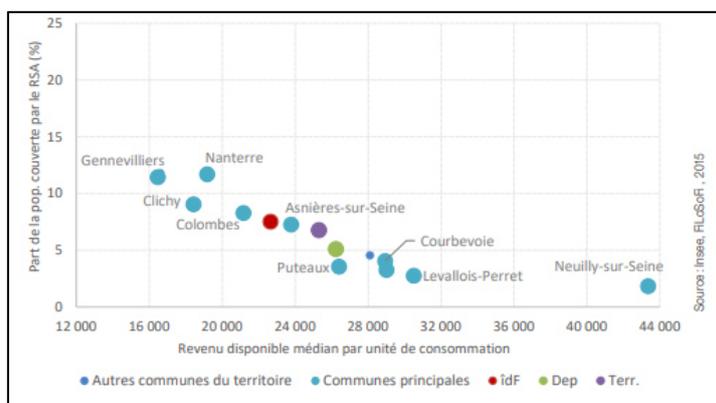
Source : « 92 Nord, profil des territoires de coordination », Observatoire régional de santé, décembre 2019, données INSEE 2016

Du fait de son hétérogénéité, les indicateurs de santé du territoire Hauts-de-Seine nord, pris dans leur ensemble, sont comparables à la moyenne régionale. L'analyse à un niveau plus fin révèle néanmoins des disparités importantes en termes de santé, à l'image des disparités socio-économiques.

Le territoire est marqué par une hétérogénéité de revenus. Les communes où les ménages sont économiquement plus défavorisés par rapport à la médiane régionale se situent au nord-est (Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Clichy) et au sud-ouest où se trouve Nanterre, qui est l'une des communes les plus pauvres du territoire, avec une part de bénéficiaires du RSA parmi les plus élevées (environ 12 %) et un revenu médian (moins de 20 000 € par an) plus faible que les moyennes régionale (23 860 € en 2018 selon l'INSEE) et départementale (28 810 €).

<sup>6</sup> La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours médicaux/ Nb habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité, les localités dont le cumul des séjours représente 80% de l'activité de l'établissement.

### Graphique n° 3 : Revenus médians annuels et population couverte par le RSA par commune du territoire 92 Nord en 2016



Source : « 92 Nord, profil des territoires de coordination », Observatoire régional de santé, décembre 2019

Sur le territoire, on dénombrait, en 2013, près de 11 300 logements privés potentiellement indignes (PPI), soit 5,1 % du parc des résidences principales. Ce taux est supérieur à celui des Hauts-de-Seine (3,5 %). De nombreuses pathologies sont accentuées, voire provoquées par un habitat dégradé. Le logement influence également le développement social de l'individu, ainsi que sa santé mentale.

Reflète de la diversité sociale du territoire, il comprend à la fois les communes présentant l'espérance de vie la plus faible et la plus élevée de la région. À Nanterre, l'espérance de vie la plus faible s'y observe avec en moyenne 77,7 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes (contre respectivement 80,7 et 86 ans en Île-de-France selon le bilan démographique de l'Insee<sup>7</sup> en 2021).

L'observatoire régional de santé, dans son dernier rapport sur ce territoire, note en 2019 une surmortalité liée aux cancers du poumon, aux pathologies respiratoires ou attribuables à la consommation d'alcool par rapport à la situation régionale.

#### 1.3.2 Une proportion élevée de patients en situation de précarité, qui se stabilise

Le recrutement du CASH s'opère dans un rayon de 2,5 km pour 72 % des venues, avec 85 % de patients résidant dans les Hauts-de-Seine et 5 % dans le Val-d'Oise. En 2019, 38 % des patients du CASH relèvent de secteurs précaires<sup>8</sup>, 17 % étant domiciliés dans des foyers ou des centres (8 % à la maison d'arrêt des Hauts-de-Seine (MAHS), 4 % au CASH, et 5 % dans d'autres foyers)<sup>9</sup>.

Entre 2018 et 2021, le nombre de séjours (résumé standardisé de séjours ou RSS) et le nombre de journées de prise en charge ont diminué. La part de séjours de patients précaires est passée, sur cette période, de 30,7 % à 27 %, représentant un nombre de journées en baisse plus marquée (de 37 % en 2018 à 32,7 % en 2021).

<sup>7</sup> Institut national de la statistique et des études économiques

<sup>8</sup> Proportion des patients relevant d'IRIS très précaires ; l'IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique) étant l'unité de découpage du territoire en mailles de taille homogène (2 000 habitants).

<sup>9</sup> Source : cabinet Veltys, qui a créé un score synthétique de précarité de la patientèle des établissements de santé. Ce score prend en compte le niveau de revenu, le taux d'emploi et la dépendance aux prestations sociales du territoire de résidence des patients.

**Tableau n° 1 : Prise en charge des patients en situation de précarité entre 2018 et 2021 au CASH**

	Nombre de RSS <sup>10</sup>				Nombre de journées			
	Année 2021	Année 2020	Année 2019	Année 2018	Année 2021	Année 2020	Année 2019	Année 2018
<b>Patients pris en charge par l'AM</b>	<b>3 703</b>	<b>3 925</b>	<b>4 651</b>	<b>4 317</b>	<b>22 434</b>	<b>22 765</b>	<b>26 177</b>	<b>23 686</b>
Précarité AME	148	190	247	218	1 213	1 256	1 567	1 263
Précarité CMU	511	473	497	416	3 273	3 633	3 195	2 143
Dossiers Sdf Admissions	83	69	88	88	205	187	260	275
Soins urgents	13	40	23	12	57	331	175	123
Précarité d'isolement	65	73	172	153	908	939	2 126	1 779
Précarité environnementale	422	418	373	652	4 088	4 005	3 617	6 269
Précarité financière	44	50	120	178	350	252	492	789
Précarité logement	86	108	161	198	793	790	1 303	1 297
<b>Sous total patients précaires (1)</b>	<b>1 372</b>	<b>1 421</b>	<b>1 681</b>	<b>1 915</b>	<b>10 887</b>	<b>11 393</b>	<b>12 735</b>	<b>13 938</b>
<b>Total général (2)</b>	<b>5 075</b>	<b>5 346</b>	<b>6 332</b>	<b>6 232</b>	<b>33 321</b>	<b>34 158</b>	<b>38 912</b>	<b>37 624</b>
<b>Incidence de la précarité en %(1) / (2)</b>	<b>27,03</b>	<b>26,58</b>	<b>26,55</b>	<b>30,73</b>	<b>32,67</b>	<b>33,35</b>	<b>32,73</b>	<b>37,05</b>

Source : Étude réalisée par le CASH

#### 1.4 Des liens forts entre la commune et l'hôpital

Des liens forts ont toujours existé entre l'établissement et la commune de Nanterre. L'ancien chef de service des urgences du CASH étant, entre la fin des années 1980 et la fin des années 2000, maire-adjoint de Nanterre, ses mandats ont été l'occasion d'impulser un rapprochement entre la politique municipale et les politiques de santé. Le changement de président du conseil d'administration en 2017 a renforcé ce rapprochement.

Concrètement, l'ouverture sur la ville est assurée par des partenariats<sup>11</sup> entre les structures communales (centres municipaux de santé notamment) et l'hôpital. La convention cadre de coopération a pour objet<sup>12</sup> de formaliser et renforcer les liens entre le CASH et la commune, notamment avec la direction de la santé publique de la commune et les centres municipaux de santé (CMS), afin de promouvoir la santé des populations, favoriser l'accès aux soins et participer à la réduction des inégalités de santé. Cette coopération ville-hôpital se traduit également par l'existence d'une convention d'exécution pour les analyses biologiques et d'une convention pour la mise en place du conseil local de santé mentale (CLSM)<sup>13</sup>.

La convention prévoit le développement de consultations médicales avancées avec pour objectif de couvrir l'éventail complet des spécialités médicales présentes dans les CMS, l'accès au plateau technique du CASH, la coopération autour de missions de service public et la co-construction d'une stratégie globale de santé pour le territoire.

<sup>10</sup> Le résumé de sortie standardisé (RSS) a pour objectif de permettre de mesurer ce que l'hôpital produit en termes d'utilité sociale : les soins aux malades. L'indicateur rassemble un ensemble d'informations relatives à la démographie, les données épidémiologiques, la thérapeutique etc. Circulaire n° 119 du 4 octobre 1985 relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers des RSS.

<sup>11</sup> Convention cadre de partenariats (version du 11 juillet 2019) qui est le renouvellement d'une précédente convention.

<sup>12</sup> Art. 1 de la convention cadre de coopération du 11 juillet 2019.

<sup>13</sup> La commune de Nanterre et le CASH sont les premiers dans le département à avoir mis en place un CLSM, en 2012.

## Schéma n° 2 : Les partenariats conclus entre la commune de Nanterre et le CASH

Centre de lutte anti-tuberculeuse des Hauts-de-Seine (CLAT 92)
Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites et les IST (CEGIDD)
Activité de médecine interne et maladies infectieuses
Activité de biologie
Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) : co-portage ville-CASH
Organisation de la journée ville-hôpital
Activité de médecine sociale prenant en charge les patients précaires et exclus des CMS
Participation du CASH aux travaux de constitution d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) pilotée par la commune de Nanterre. Le CASH est membre du conseil d'administration de la CPTS constituée

Source : Convention cadre de coopération du 4 avril 2019 entre le CASH de Nanterre et la commune de Nanterre

Un centre *Vital* a été mis en place pour recevoir en hospitalisation de jour des patients orientés par des médecins de ville, afin notamment de les aider dans l'établissement du diagnostic. L'accent est mis sur les pathologies chroniques.

### 1.5 Une capacité d'accueil en diminution

En 2021, le secteur sanitaire de l'établissement disposait de 267 lits, dont 140 lits et places pour la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), 40 lits pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) et 67 lits d'hospitalisation complète de psychiatrie. La diminution du nombre de lits et places pour le secteur MCO entre 2015 et 2022 s'est élevée à 45 lits. Seule la maternité a conservé ses capacités d'accueil (25 lits et places en 2021), avec un niveau d'activité tendanciellement conforté (1 431 accouchements en 2021 contre 1 363 en 2018).

Les activités médico-sociales et sociales regroupaient une totalité de 503 lits et places à la fin de l'exercice 2021. Le nombre de lits dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée (USLD) a été l'objet d'une diminution à compter de 2020, passant de 120 à 98 pour l'EHPAD et de 80 à 50 pour l'USLD, en raison des différentes dispositions du schéma directeur architectural et de la préparation des ouvertures des services de neuro-psychogériatrie et des lits d'accueil médicalisés.

En conséquence, le CASH a connu une diminution générale de son activité hospitalière entre 2018 et 2021 de - 3,3 %, (- 320 séjours hospitaliers sur la période), soit une baisse trois fois moindre que celle du capacitaire sur le champ sanitaire (- 9,8 % sur la même période). On peut noter toutefois une augmentation du nombre de séjours réalisés en ambulatoire, lesquels progressent entre 2018 et 2021 de 49 % (soit une augmentation de 1 056 séjours hospitaliers sur la période).

## 1.6 Des durées moyennes de séjour inégales selon les spécialités et allongées par la précarité

Entre 2018 et 2021, les durées moyennes de séjour (DMS) des services de médecine ont progressé<sup>14</sup>, notamment en médecine interne (de 8,3 à 10,7 journées) et en diabétologie (de 6,2 à 9,5 journées). Pour ces spécialités, l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) est supérieur à 1, ce qui signifie que l'établissement a des durées de séjour supérieures à la moyenne des établissements, donc une efficacité moindre. Le CASH explique cette évolution par la crise sanitaire et la réduction des capacités d'accueil de ces services. Néanmoins, pour certaines spécialités, les DMS se sont réduites sur la période : celle de la gastro-entérologie est ainsi passée de 1,86 à 1,73 journées et son IP-DMS est inférieur à 1 (0,879 en 2021). La maternité présente de bons indicateurs de performance avec une diminution de la durée moyenne de séjour de 3,84 à 3,67 journées sur la période et un IP-DMS à 0,956 en 2021<sup>15</sup>

En 2021, 942 séjours (correspondant à 753 patients) ont concerné des prises en charge de populations précaires, ce qui représente 10 % du *casemix*<sup>16</sup> du CASH. La DMS des patients en situation de précarité est supérieure à celle des autres patients, et au-dessus de la moyenne régionale (comprise entre 5,5 et 6 jours, entre 2018 et 2021<sup>17</sup>). Elle a, de surcroît, augmenté, sur la période, passant de 7,28 jours en 2018 à 7,84 jours en 2021<sup>18</sup>.

**Tableau n° 2 : Durée moyenne de séjour des patients en situation de précarité entre 2018 et 2021**

	Année 2021	Année 2020	Année 2019	Année 2018
<b>Patients pris en charge par l'AM</b>	<b>6,06</b>	<b>5,80</b>	<b>5,63</b>	<b>5,49</b>
<b>Précarité AME<sup>19</sup></b>	<b>8,20</b>	<b>6,61</b>	<b>6,34</b>	<b>5,79</b>
<b>Précarité CMU<sup>20</sup></b>	<b>6,41</b>	<b>7,68</b>	<b>6,43</b>	5,15
Dossiers SDF Admissions	2,47	2,71	2,95	3,13
Soins urgents	4,38	<b>8,28</b>	<b>7,61</b>	<b>10,25</b>
<b>Précarité d'isolement</b>	<b>13,97</b>	<b>12,86</b>	<b>12,36</b>	<b>11,63</b>
<b>Précarité environnementale</b>	<b>9,69</b>	<b>9,58</b>	<b>9,70</b>	<b>9,62</b>
<b>Précarité financière</b>	<b>7,95</b>	5,04	4,10	4,43
<b>Précarité logement</b>	<b>9,22</b>	<b>7,31</b>	<b>8,09</b>	<b>6,55</b>
<b>Sous total patients précaires</b>	<b>7,94</b>	<b>8,02</b>	<b>7,58</b>	<b>7,28</b>
<b>Total général</b>	<b>6,57</b>	<b>6,39</b>	<b>6,15</b>	<b>6,04</b>

Source : Étude réalisée par le CASH

<sup>14</sup> les DMS sont présentées dans l'annexe 8

<sup>15</sup> Ceci s'explique notamment par un taux d'accouchements par césarienne inférieur à la moyenne : 15,44 % en 2021, soit au niveau du 2<sup>ème</sup> décile des établissements les plus performants.

<sup>16</sup> Le *casemix* désigne l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et qui sert de référence pour l'élaboration de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

<sup>17</sup> MCO caractéristiques séjours / séances par région | Stats ATIH (scansante.fr)

<sup>18</sup> La précarité d'isolement, qui affiche la DMS la plus élevée, concerne les personnes âgées isolées prises en charge en gériatrie aigüe

<sup>19</sup> Aide médicale d'État.

<sup>20</sup> Couverture maladie universelle, remplacée par la protection universelle maladie (Puma)

## 1.7 Un projet d'établissement et des contrats de pôles à finaliser

Conformément aux dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP)<sup>21</sup>, les établissements publics de santé sont tenus de disposer d'un projet d'établissement définissant ses grandes orientations, sur une durée maximale de cinq ans.

Le CASH s'est doté des principales composantes du projet d'établissement en adoptant un projet médical et un projet de soins<sup>22</sup>. Dans la perspective du rapprochement avec l'hôpital Roger Prévot<sup>23</sup>, ce travail a été réalisé au niveau de la direction commune avec l'élaboration d'un projet médical commun aux deux établissements. Le comité de pilotage, d'abord créé pour mener les travaux relatifs au projet médical commun, s'est pérennisé et un bureau du directoire a été créé. Un schéma directeur architectural a été élaboré sur la base de ce projet médical commun.

Le CASH doit adopter les autres volets du projet d'établissement, notamment le projet social<sup>24</sup>, afin de se conformer à la réglementation en vigueur. L'établissement indique que le projet d'établissement et le projet social commun avec Roger Prévot sont en cours de finalisation et doivent être présentés aux instances de l'établissement au printemps 2023.

Enfin, si des pôles ont bien été constitués au CASH, aucun contrat de pôle n'a été signé<sup>25</sup>, en raison notamment de retards liés à la crise sanitaire.

L'adoption de ces documents stratégiques serait de nature à donner une plus grande visibilité à l'établissement et à son personnel.

**Recommandation régularité 1 : Adopter un projet d'établissement, dans le prolongement du projet médical commun, conformément à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.**

**Recommandation régularité 2 : Signer les contrats de pôles avec les chefs de pôles, conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.**

<sup>21</sup> Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. [...] Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, [...] prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs [...].

<sup>22</sup> Le dernier projet de soins couvrait la période 2008-2012. Des ébauches ont été élaborées en 2014 et 2017, mais aucun document n'a été formalisé. À la suite de la validation du projet médical commun, la direction des soins a entrepris de reprendre les travaux d'élaboration du projet de soins. Ce dernier a été présenté et validé aux instances mi-octobre 2022.

<sup>23</sup> cf. paragraphe 2.5 du rapport

<sup>24</sup> Selon l'article L. 6143-2-1 du CSP, le projet social « définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels ».

<sup>25</sup> L'article L. 6146-1 du CSP précise que « le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle ».

## 2 DES MOYENS ET UN SOUTIEN INSUFFISANTS AU REGARD DES SPECIFICITES DU CASH

### 2.1 La nécessaire restructuration des plateaux techniques suite à la suppression de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète

Le CASH est reconnu pour ses activités sociales au niveau régional, en particulier l'accueil des sans-abris au CHAPSA qui structure l'organisation de l'assistance aux personnes en situation de grande précarité en Île-de-France, notamment à Paris. Sur la majorité de la période, les budgets annexes de l'établissement (CHAPSA, EHPAD, USLD notamment) se révèlent structurellement déficitaires.

#### Encadré n° 1 : Le centre d'hébergement et d'assistance aux personnes sans-abri

D'une capacité d'accueil de 217 personnes (hors plan hivernal), le CHAPSA offre un hébergement d'urgence pour une nuit aux personnes exclusivement orientées par la Brigade d'assistance aux personnes sans-abri (BAPSA) de la préfecture de police, par la Régie autonome des transports parisiens (RATP) ainsi que par le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) Urgence/115.

Le CHAPSA fonctionne 365 jours par an et accueille les usagers de 16h à 10h le lendemain.

Outre l'hébergement à la nuitée, le CHAPSA met à disposition des personnes accueillies une bagagerie pour sécuriser leurs biens, un accès à l'accueil douche, un restaurant dans lequel le dîner et le petit déjeuner leurs sont servis, un accompagnement social ainsi qu'un accès à la consultation médicale. Il dispose également d'un vestiaire où des vêtements issus du don peuvent leur être délivrés.

Source : site internet du CASH

Le budget du CHAPSA enregistré par exemple à la fin de l'exercice 2021 un report à nouveau déficitaire de 1,98 M€ et les sections dépendance et hébergement des budgets USLD et EHPAD présentaient des montants de report à nouveau déficitaires fin 2021 respectivement de - 0,86 M€ et de - 9,42 M€. Le caractère structurellement déficitaire des activités sociales et médico-sociales est régulièrement compensé par le versement de crédits complémentaires ou d'aides en trésorerie. En 2020, le budget USLD a ainsi connu un excédent de 1,21 M€, et celui du SAVS<sup>26</sup> en 2021, un excédent de 61 000 €.

Dans son précédent rapport, la chambre avait qualifié la situation de l'activité de chirurgie du CASH de « *préoccupante* », cette dernière étant trop faible pour amortir les équipements de chirurgie dont un nouveau bloc opératoire ouvert en 2009 de sept salles<sup>27</sup>, dix chambres de chirurgie ambulatoire, et un centre d'endoscopie digestive et bronchique.

Par une décision du 27 avril 2016, l'ARS avait décidé de ne pas renouveler l'autorisation d'exercer l'activité de chirurgie en hospitalisation complète sur le site du CASH. La décision reposait sur les motifs suivants :

- une diminution de l'activité entre 2012 et 2015 (1 361 séjours en 2012, 1 268 en 2015) ;
- la nécessité d'un rapprochement avec l'hôpital Louis-Mourier, relevant de l'AP-HP ;
- des effectifs insuffisants, notamment de praticiens anesthésistes ;

<sup>26</sup> Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ont pour but de soutenir les personnes adultes handicapées dans la réalisation de leur projet de vie.

<sup>27</sup> Les opérations de remise à neuf des blocs avaient coûté 14 M€.

- une situation très dégradée des finances de l'établissement ;
- un vote défavorable de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Le CASH évalue le manque à gagner lié à la cessation de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète à plus d'1 M€ ; 2,5 M€ en incluant les coûts indirects (charges de structure et de fonctions supports) restant à la charge de l'établissement).<sup>28</sup>

Si le repositionnement de l'activité de chirurgie au CASH apparaissait nécessaire dans le contexte de la baisse d'activité, les blocs s'avèrent aujourd'hui sous-utilisés puisqu'ils ne fonctionnent plus que pour les actes de petite chirurgie, pour la pose de *pacemaker* ou des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Dans le cadre du schéma directeur architectural, des travaux d'un montant de 2,5 M€ HT sont prévus en 2023 pour réaménager le bloc. Ces travaux ont vocation à permettre une optimisation de l'utilisation totale des surfaces du bloc opératoire actuel en transférant le bloc maternité ainsi que toutes les salles de naissance et en créant les circuits debout d'endoscopie, dont le transfert vise à profiter à l'accueil de l'activité de jour de diabétologie. Par ailleurs, le transfert de l'hôpital de jour de diabétologie devrait permettre d'ouvrir le service d'hospitalisation complète de pneumologie à l'été 2023 au sein du bâtiment Hermant, partie intégrante du bâtiment de médecine-obstétrique du schéma directeur architectural.

L'optimisation des plateaux techniques et des services d'hospitalisation est donc en cours et devrait s'achever en 2025.

## **2.2 Un soutien accru de l'ARS, qui ne couvre toutefois pas l'intégralité des besoins**

L'établissement a été suivi par l'ARS dans le cadre du dispositif d'accompagnement régional des établissements sensibles (ARES), selon une périodicité mensuelle ou bimestrielle. Ce suivi s'est concentré sur l'exécution budgétaire infra-annuelle, le suivi des ETP et la mise en œuvre des plans d'efficience.

L'ARS a également accompagné le CASH dans l'élaboration d'une stratégie de retour à l'équilibre en vue d'un passage devant le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)<sup>29</sup> performance. Début 2020 a été engagée une revue de projet de performance, diligentée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur le modèle des revues de projets d'investissement de la procédure COPERMO. Les premiers travaux ont permis de démarrer l'actualisation du suivi chiffré du plan d'action validé en COPERMO performance. Certaines actions structurantes, devenues inopérantes, ont dû être abandonnées, tel le renouvellement du marché de fourniture de repas et de mise en location de l'unité centrale de production, l'appel d'offres ayant été déclaré infructueux.

<sup>28</sup> Les estimations du coût global pour l'établissement ont varié. Dans la note de présentation de l'EPRD 2017, l'impact de la suppression de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète est estimé à 6,8 M€ en année pleine. Le transfert de la chirurgie aurait entraîné, pour l'année 2017, un surcoût net estimé à 0,64 M€ compte tenu du maintien dans l'effectif rémunéré de praticiens n'exerçant plus aucune activité sur le site (0,33 M€) et des indemnités à verser (indemnités de départ, CET) pour 0,31 M€.

<sup>29</sup> Le COPERMO est une instance interministérielle permanente de décision et de conseil créée en décembre 2012, afin notamment d'accompagner les établissements dans leurs projets d'investissement d'ampleur et de définir avec l'ARS des trajectoires de retour à l'équilibre pour les établissements en difficulté.

Le CASH est par ailleurs suivi dans le cadre du dispositif conjoint entre l'ARS et la direction régionale des finances publiques de veille active des situations de trésorerie (VAST). L'ARS a régulièrement soutenu l'établissement en trésorerie, avec près de 75 M€ de crédits d'aides en trésorerie versés depuis 2011, et pour le financement de ses investissements, avec 32 M€ depuis 2013, dont 21,8 M€ issus du fonds d'intervention régional (FIR). Le montant des aides en trésorerie versées à l'établissement depuis l'exercice 2006 représente une moyenne annuelle de 5,8 M€, versée par l'ARS. Les aides en trésorerie représentent ainsi près de 7 % des produits totaux du budget principal du CASH. Entre 2018 et 2021, les aides en trésorerie de l'ARS cumulées se sont élevées à 14,6 M€.

### **2.3 Un GHT qui monte en puissance mais avec une plus-value à confirmer**

Signée en 2016, la convention constitutive du GHT Sud Val d'Oise-Nord Hauts-de-Seine entérine le rapprochement du CASH avec quatre autres établissements : le centre hospitalier Victor Dupouy (Argenteuil), le groupement hospitalier Simone Veil (Eaubonne-Montmorency), l'hôpital Le Parc (Taverny) et l'établissement public de santé Roger Prévot. Par arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2017, l'ARS a validé la composition du GHT et désigné le CH Victor Dupouy en qualité d'établissement support.

L'objet du GHT est de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients. Il organise un projet médical partagé couvrant les domaines suivants : les activités MCO, la santé mentale et la psychiatrie, l'activité SSR. Il met en place plusieurs instances de gouvernance, dont un comité stratégique et une instance médicale commune.

Le GHT ne produit pas de rapports d'activité. Sur un plan financier, le budget du GHT a connu une forte augmentation depuis l'exercice 2019, son montant global étant passé de 614 000 € en 2019 à 4,88 M€ en 2021, cette croissance est principalement expliquée par la mise en œuvre progressive de la direction des systèmes d'information de territoire, laquelle représente 80 % des effectifs mutualisés du GHT. Le partage des dépenses d'exploitation se fonde sur une clé de répartition entre chacun des établissements membres du GHT. La contribution du CASH a largement progressé sur la période, passant de 220 000 € en 2020, à 823 000 € en 2021 et à 1,12 M€ de manière prévisionnelle en 2022.

Les fonctions de responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) et de « Data protection officer » (DPO) sont portées par une même personne. Le positionnement est satisfaisant, puisque la personne est placée directement auprès du directeur général de l'établissement support du GHT. Néanmoins, si le cumul de ces fonctions n'est pas illégal, il n'est pas optimal pour assurer la meilleure sécurité possible.

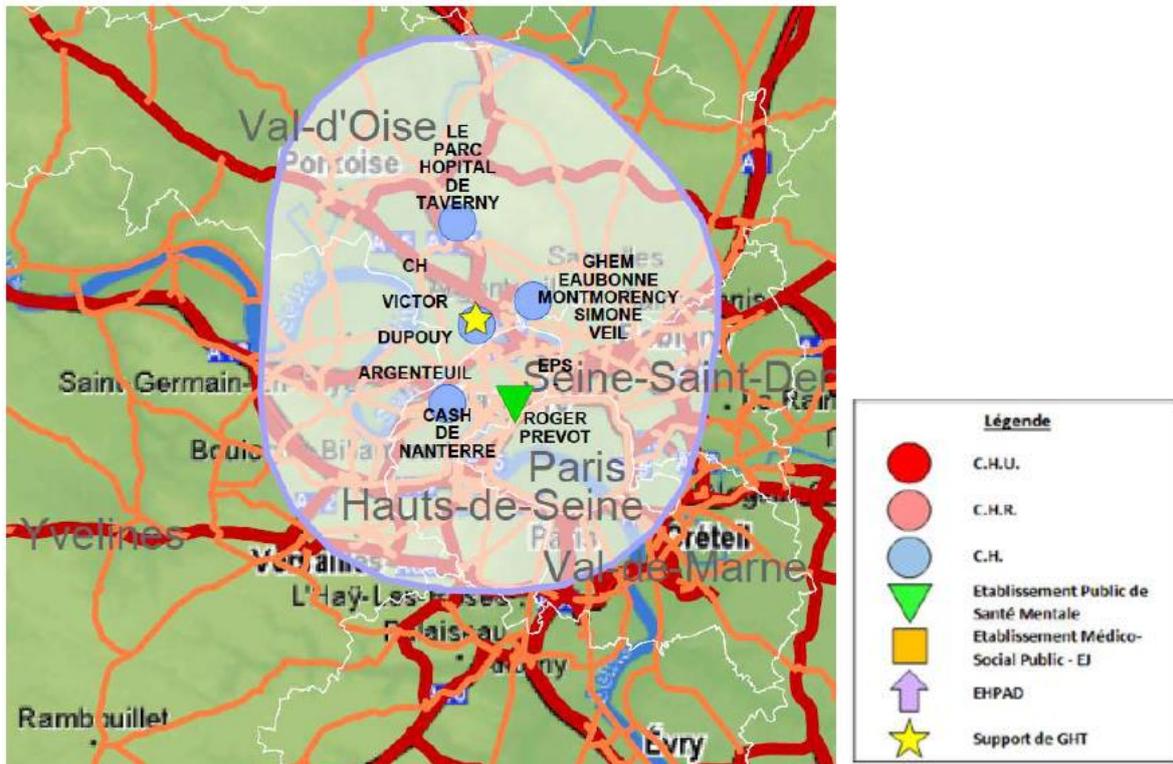
L'organisation de la prise en charge partagée et graduée<sup>30</sup> est inaboutie, contraignant l'établissement à signer une convention complémentaire avec l'hôpital Franco-Britannique sur l'orientation des patients en orthopédie, et à mettre en place un partenariat avec l'hôpital Foch en matière de pneumologie. On peut néanmoins relever plusieurs succès, comme la mise en place du laboratoire bi-site (avec un chef de service commun) depuis le 10 octobre 2022, la mise en place d'une équipe opérationnelle d'hygiène de territoire et le projet de construction d'une pharmacie à usage intérieur<sup>31</sup> de territoire pour l'année 2023.

---

<sup>30</sup> Loi de modernisation de notre système de santé, du 26 janvier 2016.

<sup>31</sup> Les pharmacies à usages intérieur aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par ces établissements, services ou organismes et assurent notamment les missions de gestion, d'approvisionnement, de vérification des dispositifs de sécurité, de préparation, de contrôle, de détention, d'évaluation et de dispensation des médicaments produits et objets relevant du monopole pharmaceutique ainsi que des dispositifs médicaux stériles (source : ministère de la santé).

Carte n° 1 : Le GHT Sud Val d'Oise Nord Hauts-de-Seine



Source : Ministère de la santé

## 2.4 Des liens resserrés avec l'hôpital voisin Louis-Mourier

Situé à Colombes, à moins de trois kilomètres du CASH, l'hôpital Louis Mourier dépend de l'AP-HP. Doté de 466 lits, il assure une mission de proximité auprès des patients adultes et enfants de six communes : Colombes, Bois-Colombes, La Garenne-Colombes, Nanterre, Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne. Il assure les soins suivants : cancérologie, chirurgie digestive et de l'obésité, ORL, urologie, ophtalmologie, médecine interne et maladies infectieuses, hépato-gastroentérologie, pneumologie, psychiatrie et addictologie, gériatrie, médecine bucco-dentaire, médecine intensive et réanimation, soins de suite et de réadaptation. Il accueille les urgences adultes, pédiatriques, de gynécologie-obstétrique et de médecine bucco-dentaire.

La proximité géographique avec le CASH a permis d'envisager des rapprochements utiles, à travers un projet médical commun, des conventions portant, par exemple, sur la mutualisation des médecins anesthésistes. Néanmoins, les relations se sont dégradées, notamment à la suite de certains projets portés par l'ARS, telle la fermeture des blocs opératoires au CASH au profit de Louis-Mourier.

Après une période de tension entre les deux établissements qui a suivi le départ de praticiens du CASH à la suite de la fermeture des blocs opératoires, les relations se sont récemment améliorées. Les rencontres, interrompues durant la crise sanitaire, ont repris en 2022, avec un comité de pilotage dont la réunion trimestrielle permet de passer en revue l'ensemble des collaborations. Un séminaire entre les deux communautés médicales s'est tenu le 5 janvier 2023. Des services bi-site sont désormais en place en médecine interne, gastro-entérologie et anesthésie.

## **2.5 Un rapprochement en cours avec le centre hospitalier Roger Prévot, établissement du GHT spécialisé en psychiatrie déjà en direction commune avec le CASH**

Le CASH comprend un service de psychiatrie, disposant de 67 lits et 20 places d'hôpital de jour. L'intégration au sein du GHT de l'établissement Roger Prévot, spécialisé en psychiatrie, a été réalisée, en dépit de la spécificité de l'activité de cet établissement, pour permettre la restructuration de l'offre en santé mentale dans le nord du département des Hauts-de-Seine.

Le GHT comprend 11 secteurs de psychiatrie adultes, dont 8 situés dans le nord des Hauts-de-Seine. Le CASH prend en charge le secteur de Nanterre, La Garenne-Colombes-Bois-Colombes et le secteur de Courbevoie. L'établissement public de santé (EPS) Roger Prévot (175 lits d'hospitalisation complète et 99 places en psychiatrie générale), situé à Moisselles (95), couvre cinq secteurs du nord des Hauts-de-Seine.

Le volet « santé mentale » du projet médical partagé du GHT a été élaboré par quatre établissements : le CASH, l'EPS Roger Prévot, le CH Louis Mourier et l'établissement de santé mentale (ESM) de Rueil-Malmaison, avec plusieurs enjeux structurants :

- d'une part, la relocalisation des lits d'hospitalisation complète sur ce territoire, en application des orientations du projet régional de santé (PRS) de l'ARS ;
- d'autre part, l'implantation dans le nord du département des Hauts-de-Seine des lits installés dans l'Oise. Ainsi, les lits de l'EPS Roger Prévot devaient, pour des raisons de vétusté, être regroupés sur un nouveau site unique non encore identifié à la date d'élaboration du projet médical partagé du GHT. Les lits de Clermont-de-l'Oise devaient quant à eux être transférés au sein du CASH et de l'ESM de Rueil-Malmaison.

Au CASH, le pôle de psychiatrie s'appuie sur le pôle de médecine. Les patients sont admis aux urgences pour l'examen somatique d'entrée et les psychiatres ont accès rapidement à des praticiens en médecine générale ou spécialisée. L'EPS Roger Prévot ne dispose que d'une unité de soins somatiques composée de trois médecins dont un chef de service, un cadre de santé, un agent administratif et les infirmiers. Pour les soins spécialisés, il a recours aux services du groupement hospitalier d'Eaubonne Montmorency, de Bichat, de Beaujon ou de partenaires privés, les urgences étant principalement envoyées au groupement hospitalier Eaubonne Montmorency (GHEM) ou au CASH.

Le rapprochement des deux établissements s'est traduit par un protocole d'accord signé le 22 juin 2018, fixant les principes directeurs de la relocalisation de l'activité de Roger Prévot et indiquant que le projet doit renforcer la complémentarité de l'offre des deux établissements par le regroupement de leurs activités en MCO et psychiatrie. La préservation de l'emploi dans la recomposition de l'offre de soins est recherchée et le regroupement sur un même site doit être un facteur d'économie grâce à la mutualisation des fonctions supports et des charges de structure.

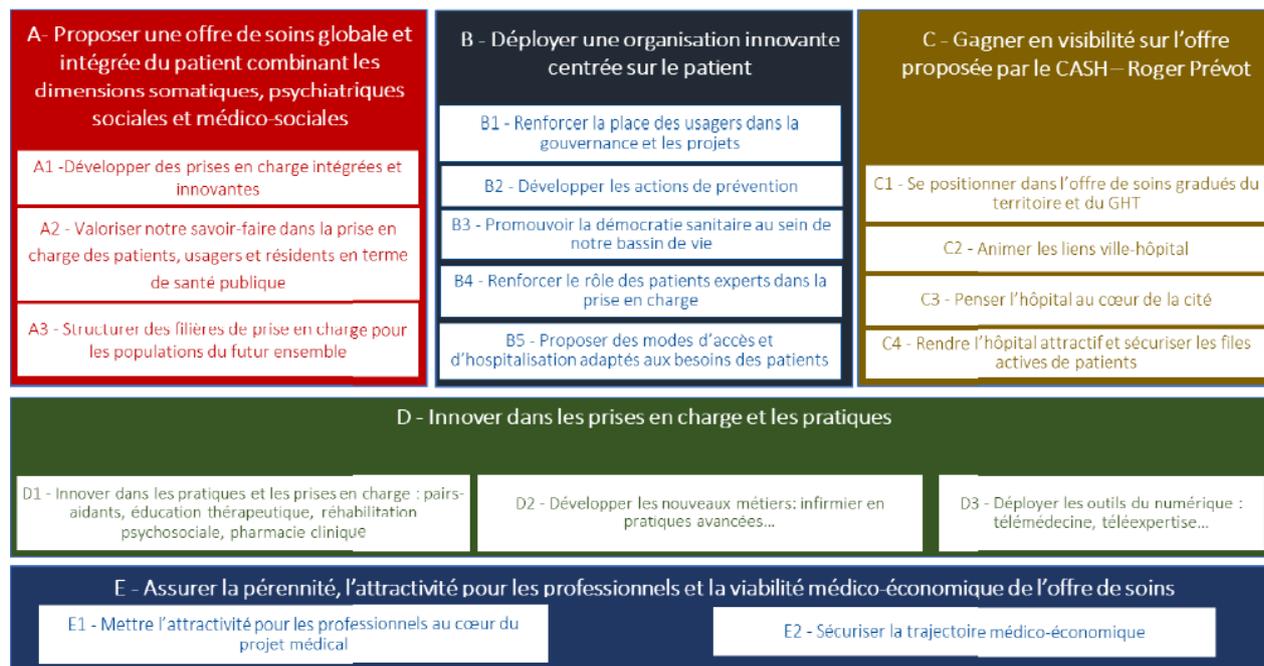
Ce rapprochement s'est ensuite concrétisé par la mise en place d'une direction commune en janvier 2019, nonobstant la conservation de deux conseils de surveillance distincts.

Le CASH et l'EPS Roger Prévot ont travaillé sur un projet de partenariat composé d'un projet médical commun, d'un schéma directeur architectural, d'un volet juridique, d'un volet social et d'un volet financier négocié avec l'ARS, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le projet médical commun a été validé en décembre 2020, après une parenthèse imposée par la crise sanitaire. Cet outil sert de socle programmatique au rapprochement des activités des deux établissements. Sa formalisation devait par la même occasion susciter l'adhésion du corps médical.

Une première réflexion menée par le comité de pilotage médical a permis de fixer les priorités portées par le projet médical du futur ensemble. À travers cet exercice, il s'agissait d'esquisser les axes autour desquels les équipes médicales et soignantes décriraient les projets institutionnels permettant de satisfaire l'ambition du projet.

### Schéma n° 3 : Les axes et objectifs du projet médical commun



Source : projet médical commun CASH-EPS Roger Prévot

Sur le volet santé mentale, sept axes, déclinés en 21 actions, ont émergé en tenant compte des besoins sur le territoire et de la problématique du taux de fuite<sup>32</sup> :

- prévenir et prendre en charge les urgences et les situations de crise ;
- développer l'offre ambulatoire ainsi que toutes les alternatives à l'hospitalisation à temps complet ;
- renforcer l'articulation avec l'offre d'aval et médico-sociale, sociale et l'offre de logement adapté ;
- renforcer le diagnostic précoce et la prise en charge des troubles psychiques et du neurodéveloppement de l'enfant ;
- s'inscrire dans une dynamique « d'aller-vers » pour fluidifier le parcours de santé et de vie de certaines populations spécifiques ;
- favoriser le développement des habiletés sociales, promouvoir les pratiques orientées « rétablissement » et l'ouverture sur la cité ;
- promouvoir la démocratie sanitaire, le respect des droits et des libertés des usagers ;

<sup>32</sup> le taux de fuite correspond à la part des patients ayant consulté hors de leur zone de résidence

- améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques.

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*Le CASH est un établissement atypique à plusieurs égards. Il dispose d'un statut unique avec une triple dimension sanitaire, médico-sociale et sociale marquée. Ce statut est lié à son histoire et à sa longue tradition d'accueil de personnes en grande précarité.*

*L'établissement est situé dans le territoire Hauts-de-Seine nord, marqué par de fortes disparités entre des zones favorisées et d'autres ayant des indicateurs nettement dégradés, à l'image du bassin d'attractivité de l'établissement.*

*Son positionnement stratégique a été bouleversé par la suppression de son activité de chirurgie en hospitalisation complète au profit de l'hôpital Louis Mourier ; établissement avec lequel la coopération a dû être mise en place dans le cadre d'un projet médical commun ad hoc, puisque Louis Mourier, en sa qualité d'établissement de l'AP-HP ne relève pas du GHT auquel appartient le CASH.*

*Le CASH s'inscrit en effet dans le GHT Sud Val d'Oise Nord Hauts-de-Seine, lequel assure certaines activités support, comme les systèmes d'information ou les achats, sans toutefois que des gains d'économie ou de qualité de service rendu apparaissent clairement pour le CASH. Le projet médical partagé que le GHT doit promouvoir a vocation à couvrir les domaines suivants : les activités MCO, la santé mentale et la psychiatrie, l'activité SSR.*

*Nonobstant certaines réussites (laboratoire, pharmacie, hygiène), l'organisation de la prise en charge partagée et graduée demeure inaboutie. La restructuration de l'offre de psychiatrie menée de concert avec l'hôpital Roger Prévot (membre du GHT et en direction commune avec le CASH), spécialisé en psychiatrie, constitue l'élément pivot de l'évolution du CASH en termes d'activité. Il devra être mené à bien dans le cadre du projet architectural en cours d'élaboration, dont l'autre enjeu majeur consiste à reconfigurer les plateaux techniques et notamment le bloc opératoire aujourd'hui sous-utilisé.*

## **3 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A PERFECTIONNER**

### **3.1 L'évolution de la masse salariale**

**Tableau n° 3 : Masse salariale<sup>33</sup> du CASH tous budgets confondus entre 2018 et 2021, en €**

	2018	2019	2020	2021
Personnel non médical	60 802 235,09	58 719 824,97	62 248 753,04	65 567 459,47
dont emplois permanents : titulaires stagiaires CDI	56 414 670,31	53 656 040,19	55 930 399,03	58 520 373,04
<i>Contrats à durée indéterminée (CDI)</i>	<i>7 790 676,05</i>	<i>6 776 429,94</i>	<i>7 132 960,67</i>	<i>7 034 595,42</i>
dont emplois temporaires : CDD et autres	4 387 564,78	5 063 784,78	6 318 354,01	7 047 086,43
<i>Contrats à durée déterminée (CDD°)</i>	<i>2 776 550,37</i>	<i>2 805 183,73</i>	<i>4 091 091,44</i>	<i>4 338 858,29</i>
Personnel médical	13 361 661,41	14 396 207,13	14 457 238,08	14 603 959,09

*Sources : bilans sociaux et comptes financiers du CASH de Nanterre 2018 à 2020*

<sup>33</sup> La masse salariale est la somme des montants bruts de la rémunération du personnel et des charges patronales de sécurité sociale et de prévoyance, impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations, autres charges sociales.

Le CASH a connu, en 2018, une hausse de sa masse salariale d'environ 2 % par rapport à l'année précédente. D'une part, l'arrivée du secteur psychiatrique de Courbevoie et la création de postes partagés commune-hôpital ont induit une hausse de l'effectif (effet volume), et d'autre part, des mesures nationales supportées par l'établissement (protocole parcours professionnels, carrières et rémunérations - PPCR, indemnité compensatrice de contribution sociale généralisée - CSG) ont augmenté de fait les rémunérations (effet prix).

**Tableau n° 4 : Dépenses de personnel médical et non médical du budget général (budget H), en CDD et CDI entre 2018 et 2020 (en €)**

Compte	Intitulé	2018	2019	2020	2021
641	Personnel non médical	27 890 097,94	26 941 653,12	29 535 681,44	31 089 586
6411	dont titulaires et stagiaires	20 554 376,34	20 486 245,72	21 675 830,00	22 744 022
6413	dont CDI	5 784 536,33	4 981 751,95	5 497 350,00	5 489 565
6415	dont CDD	1 927 431,23	2 105 785,29	3 128 923,78	3 584 259
642	Personnel médical	9 031 634,17	9 703 576,90	10 073 632,80	10 032 634

Sources : comptes de gestion du CASH 2018 à 2020

Sur le secteur hospitalier, les dépenses de personnel non médical ont augmenté de 11 % entre 2018 et 2021, avec une légère baisse en 2019, principalement due à la baisse des dépenses afférentes aux agents en contrat à durée indéterminée (CDI). Les dépenses de personnel médical ont augmenté également de 11,5 % entre 2018 et 2020 avant de diminuer très légèrement en 2021

Si les dépenses du personnel médical augmentent, elles sont inférieures aux prévisions des EPRD, en raison de postes budgétés non pourvus (en anesthésie, cardiologie, psychiatrie, centre de lutte anti-tuberculose).

### 3.2 Une stabilité de l'effectif malgré les difficultés de recrutement

Effectifs du CASH en équivalents temps plein rémunérés (ETPR)	ETPR moyens			Évolution 2020/2021 en %	Âge moyen (2021)
	2019	2020	2021		
<b>Personnel médical</b>					
Praticiens des universités	0,0	0,0	0,0		
praticiens hospitaliers temps plein	57,6	63,3	56,5	- 2	43,9
praticiens hospitaliers temps partiel	4,4	4,8	3,8	- 14	50,5
praticiens attachés	13,3	12,9	12,8	- 4	46,6
praticiens attachés associés	17,5	19,3	25,3	44	39,9
praticiens contractuels	12,8	6,2	6,6	- 49	42,9
assistants des hôpitaux	2,8	2,0	1,3	- 54	34,5
assistants associés	0,0	0,0	0,0		
autres personnels médicaux	0,0	0,0	1,9		
<b>Sous-total personnel médical</b>	<b>108,4</b>	<b>108,4</b>	<b>108,2</b>	<b>0</b>	
<b>Personnel non médical</b>					
Catégorie A	342,3	338,5	331,0	- 2	43,8
Catégorie B	153,2	152,5	215,4	41	46,6
Catégorie C	693,8	685,8	595,9	- 13	49,5
Autres PNM (non catégorisé ABC)	0,7	0,3	1,0	213	24,0
Titulaires, stagiaires et CDI	1 087,4	1 065,1	1 045,4	- 2	47,3
CDD et autres PNM	102,6	111,9	97,9	- 13	39,2
Personnels de direction et personnels administratifs	170,6	174,3	180,0	3	48,1
Personnels des services de soins	832,6	815,4	785,8	- 4	46,0
dont IDE	241,1	232,4	221,4	- 5	43,4
dont AS	261,2	257,7	247,4	- 4	46,5
Personnels éducatifs et sociaux	38,7	38,0	30,7	- 19	48,1
Personnels médico-techniques	41,3	40,1	38,1	- 5	43,1
Personnels techniques et ouvriers	106,0	109,0	107,7	- 1	50,3
Personnel hors filière	0,7	0,3	1,0	213	24,0
<b>Sous-total personnel non médical</b>	<b>1 190,0</b>	<b>1 177,1</b>	<b>1 143,3</b>	<b>- 3</b>	
<b>Total personnel médical + personnel non médical</b>	<b>1 298,4</b>	<b>1 285,5</b>	<b>1 251,5</b>	<b>- 4</b>	

Source : bilans sociaux du CASH

### 3.2.1 Le taux de rotation du personnel en diminution

Le taux de rotation du personnel<sup>34</sup> mesure le renouvellement des agents, informe sur leur stabilité et la capacité de l'établissement à les conserver. Il connaît un infléchissement depuis 2017. A cette date, il s'établissait à 20,8 %, un point au-dessus de la moyenne des établissements comparables. Ce ratio a baissé de 4,3 points entre 2018 et 2019, après avoir déjà connu une baisse de 3,1 points entre 2017 et 2018. Il est, depuis, inférieur aux moyennes nationales, pour des établissements comparables.

**Tableau n° 5 : Taux de rotation du personnel et son évolution entre 2017 et 2019 (en %)**

	2017	2018	2019
CASH de Nanterre	20,8	17,7	13,4
National	14	15,2	15,2
Catégorie : centres hospitaliers ayant des produits compris entre 20M€ et 70 M€	19,4	21,6	23,4
Région : Ile-de-France	9,7	14,7	10,6

Source : Bilan sociaux, outils RH Scansanté<sup>35</sup>

Après une baisse durant les années précédentes, le taux de rotation du personnel non médical augmente en 2021 par rapport à 2020 (respectivement 12,01 % et 10,79 %).

Toutefois, le détail des mouvements montre, certes des départs en baisse, mais aussi des recrutements hors remplacement en baisse également. En 2020, le personnel soignant a représenté 67 % des départs (87 départs, dont 35 infirmières diplômées d'État - IDE). La rotation des IDE était en baisse, passant de 15,8 % en 2019 à 13,3 % en 2020.

Les changements dans la composition du personnel médical témoignent de l'évolution de l'offre de soins du CASH : en 2018, par exemple, les départs pour licenciement (quatre) ou les contrats non renouvelés (neuf) sont dus à la suppression de l'activité de chirurgie.

**Tableau n° 6 : Entrées et sorties et taux de rotation du personnel médical et des services de soins entre 2017 et 2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
Recrutements	204	184	151	127	128
Départs	250	220	174	130	153
Rotation du personnel médical en %	n.d	23,02	10,96	12,48	10,96
Rotation dans les services de soins en %	n.d	16,36	14,17	10,12	11,46

Source : Bilan sociaux 2018 à 2021

### 3.2.2 L'évolution des équivalents temps plein rémunérés (ETPR)

Conformément au décret n° 88-951 du 7 octobre 1988, l'établissement réalise chaque année un bilan social.

Le CASH connaît une baisse continue de ses ETPR, à l'exception du personnel médical, de direction<sup>36</sup> et administratif, qui a augmenté à partir de 2018.

<sup>34</sup> Le taux de rotation du personnel est calculé comme suit : ((Nombre d'arrivées d'agents dans l'établissement + nombre de départs d'agents) / 2) / Effectif physique moyen.

<sup>35</sup> À l'heure de la rédaction du rapport d'observation définitives, les données les plus récentes sur Scansanté dataient de 2019

<sup>36</sup> S'agissant des personnels de direction, au 31 décembre 2018, avant la mise en place de la direction commune, les deux équipes de direction, CASH et Roger Prévot, comptaient 22 postes au total contre 13 au 1<sup>er</sup> juin 2022 soit une diminution supérieure à 59 % de ses effectifs

**Tableau n° 7 : Evolution des ETPR par statut entre 2016 et 2021**

Effectifs en ETPR	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Écart 2018-2021
Personnel médical	106,70	95,6	98,52	108,3	108,4	108,2	9,68
Personnel de direction et administratif	184,6	167,9	168,3	171,3	174,3	179,9	11,6
Personnel de soins	859,3	806	837,5	810,3	796,5	785,84	- 51,66
<i>dont IDE</i>	<i>235,4</i>	<i>221</i>	<i>251</i>	<i>241,1</i>	<i>232,4</i>	<i>211,4</i>	- 39,6
<i>dont AS</i>	<i>264,9</i>	<i>253,5</i>	<i>269,8</i>	<i>261,2</i>	<i>257,7</i>	<i>243,9</i>	- 25,9
Personnel médico-technique	48,1	47,9	44,5	41,3	40,1	38,10	- 6,4
Personnel technique et ouvrier	148,2	130	119,7	106	109	107,69	- 12,01

Source : Bilan sociaux 2018 à 2021

L'établissement explique cette évolution par la signature de CDD afin de faire face à l'absentéisme, la vacance de poste et la modification de temps partiels. En 2020 et en 2021, ces augmentations sont principalement dues à la gestion de la crise sanitaire (centre de dépistage du Covid, centre de vaccination, unité d'hospitalisation Covid pour les précaires).

### **3.3 Un recours aux contractuels pour répondre aux vacances de postes nombreuses**

L'article 3 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dispose que les emplois civils et permanents sont en principe occupés par des titulaires de la fonction publique. Par dérogation, il est néanmoins possible de recourir à des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient.

Dans son précédent contrôle<sup>37</sup>, la chambre relevait que le CASH avait eu recours aux CDI sur des emplois pour l'essentiel administratifs et qui ne posaient pas de difficultés particulières de recrutement<sup>38</sup> parmi les titulaires de la fonction publique hospitalière. Par ailleurs, des primes réservées aux agents titulaires avaient été versées à ces contractuels. Un rappel des dérogations possibles au principe d'occupation des emplois civils permanents par des fonctionnaires figure en annexe.

Sur la période contrôlée, le recrutement en CDI reste concentré sur le personnel de soins (IDE et aide-soignant - AS) et les professions médicotéchniques (cf. annexe). La chambre observe également un recours aux CDI sur des emplois administratifs (sept en 2018, puis quatre et cinq en 2020 et 2021), mais également sur des postes d'encadrement (cf. supra). Malgré la publication des vacances de postes administratifs, le CASH a indiqué n'avoir reçu que peu ou pas de candidatures d'agents titulaires de la fonction publique, justifiant de cette manière le recours à des personnels contractuels.

<sup>37</sup> Rapport d'observations définitives, CASH de Nanterre (92), Exercices 2006 et suivants, 2012.

<sup>38</sup> D3S, AAH, adjoint des cadres, adjoint administratif etc.

**Tableau n° 8 : Personnels non médical permanent entre 2018 et 2021 en ETPR**

	2018	2019	2020	2021
Administratif	37,91	37,16	37,39	42,06
Soignants	170,99	143,82	133,39	125,68
Sociaux-éducatifs	16,98	16,70	16,15	7,38
Médico-techniques	14,08	14,33	14,57	11,42
Techniques & ouvriers	24,63	24,89	28,37	26,36
<b>Total</b>	<b>264,58</b>	<b>236,90</b>	<b>229,87</b>	<b>212,9</b>

Source : Bilans sociaux 2018 à 2021

Le CASH recourt aux CDD en cas de vacance temporaire, après publication d'une offre sur les sites spécialisés, et sur une bourse interne de l'emploi depuis 2022.

La variation à la baisse de l'effectif des personnels de soins est, entre 2018 et 2020, due à la baisse significative du nombre d'IDE titulaires de la fonction publique hospitalière, et sous CDI. Le recours aux CDD pour recruter du personnel infirmier en 2020 s'explique par le besoin apparu lors de la crise sanitaire.

**Tableau n° 9 : Personnel non médical en CDD par statut d'emploi entre 2018 et 2021 en ETPR**

	2018	2019	2020	2021
Administratif	13,11	17,25	20,08	22,81
Soignants	68,68	70,43	75,41	61,64
Sociaux-éducatifs	8,12	6,08	5,81	2,36
Médico-techniques	3,38	2,34	1,29	1,16
Techniques & ouvriers	9,86	5,82	8,04	8,88
<b>Total</b>	<b>103,15</b>	<b>101,92</b>	<b>111,62</b>	<b>96,85</b>

Source : Bilans sociaux 2018 à 2021

Depuis 2021, l'établissement recourt à une plateforme privée pour la gestion des remplacements de soignants et des postes vacants de très courte durée. En septembre 2021, 535 personnes sont inscrites dans le compte du CASH, dont 473 vacataires et 62 agents publics. La possibilité d'effectuer des heures supplémentaires a été élargie à la suite de la mise en place de cette plateforme, sur laquelle les professionnels peuvent inscrire leurs disponibilités.

Le recours aux CDD devrait néanmoins diminuer dans les années à venir, du fait de la mise en place de dispositifs de fidélisation du personnel de soins. Cette politique devrait, avec l'attractivité induite par de nouveaux locaux plus modernes, se traduire par une substitution du nombre de contractuels par l'emploi de personnel permanent, notamment pour les IDE.

Bien qu'en baisse, le recours aux intérimaires demeure particulièrement élevé pour compenser les postes vacants du personnel non médical (en particulier les IDE) et l'absentéisme des aides-soignants.

Les dépenses d'intérim ont baissé en 2019 (2 329 heures en moins), en raison d'un recours plus important aux contrats de vacances et aux heures supplémentaires. En 2020, la crise sanitaire a contraint le CASH à recourir de façon accrue (+ 54 % par rapport à 2019) à l'intérim.

**Tableau n° 10 : Dépenses brutes et ETP d'intérim entre 2018 et 2021 (en €)**

	2018		2019		2020		2021	
	Dépenses brutes	Nombre de journées rapporté en ETP	Dépenses brutes	Nombre de journées rapporté en ETP	Dépenses brutes	Nombre de journées rapporté en ETP	Dépenses brutes	Nombre de journées rapporté en ETP
PM	- €	0	- €	0	10 606,36	0,1	109 638,40	2,1
PNM	668 718,77	11,8	527 457,57	6,9	804 555,89	12,3	921 263,49	10,44
Total	668 718,77	11,8	527 457,57	6,9	815 162,25	12,4	1 030 901,89	12,54

Sources : bilans sociaux 2018 à 2021

La part des dépenses d'intérim dans les dépenses de personnel a été près de deux fois supérieure à la moyenne régionale en 2017 et 2018. L'écart se réduit en 2019 où l'indicateur se situe à un niveau légèrement inférieur à la moyenne en Île-de-France.

**Tableau n° 11 : Part des dépenses d'intérim dans les dépenses de personnel de 2017 à 2019 (en %)**

Dépense totale brute liée à l'emploi de personnels intérimaires / Dépenses totales	Personnel non médical			
	2017	2018	2019	Écart en points de %
CASH de Nanterre	1,02	1,09	0,89	- 0,13
National	0,24	0,26	0,33	0,09
<b>Catégorie : 20M &lt; CH &lt; 70M</b>	<b>0,18</b>	<b>0,23</b>	<b>0,23</b>	<b>0,05</b>
Région : Île-de-France	0,48	0,58	0,90	0,42
<b>Ecart absolu CASH/ CHIDF</b>	<b>0,84</b>	<b>0,86</b>	<b>0,66</b>	

Source : Bilan sociaux, outils RH Scansanté

Le recours à l'intérim concerne quasi-exclusivement le personnel non médical, en l'occurrence les IDE et les AS (95 et 93 % des heures en 2018 et 2019). Ils représentent encore 72 % des heures en 2020, année marquée par des besoins de préparateurs en pharmacie<sup>39</sup>.

**Tableau n° 12 : Part des heures d'intérim consommée par emploi entre 2018 et 2021 (en %)**

	2018	2019	2020	2021
IDE	80,71	71,62	56,51	70,90
Aides-soignants	14,04	21,52	14,98	1,55
Total	94,75	93,14	71,49	72,45

Source : Bilans sociaux 2018 à 2021

Les dépenses d'intérim s'expliquent également par le fort absentéisme et la difficulté de recruter sur les emplois et services en tension, à savoir l'unité de gériatrie aigue, l'EHPAD, l'USLD et le SSR, à l'instar de nombreux établissements sanitaires et médico-sociaux.

**Tableau n° 13 : Évolution de l'intérim en nombre d'heures de 2018 à 2021**

	2018	2019	2020	2021
Nombre d'heures totales	14 788,25	12 459,25	22 258,25	19 004,57

Source : Bilans sociaux 2018 à 2021

<sup>39</sup> Bilan social 2020.

### 3.4 L'évolution du temps de travail du personnel médical et non médical reflète les difficultés liées à l'attractivité et la fidélisation des agents

#### 3.4.1 Le temps de travail additionnel du personnel médical

L'augmentation du temps de travail additionnel (TTA) du personnel médical est continue sur la période, mais n'est pas expliquée dans les bilans sociaux du CASH. De même, la fiabilité des chiffres contenus dans ces documents en matière de TTA est limitée, puisque les données relatives à cet indicateur ne sont pas mises à jour d'une année à l'autre. L'ordonnateur n'a pas été en mesure d'apporter une explication à la chambre sur ces variations de TTA.

**Tableau n° 14 : Périodes de TTA indemnisées entre 2018 et 2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
Périodes de TTA indemnisées (en demi-journées)	87	96	117	951	1 015,96
Montants indemnisés (en €)	313 619,95	252 774,98	364 968,96	305 527,27	394 875,12

Source : Bilans sociaux 2018 à 2021

#### 3.4.2 Les heures supplémentaires du personnel non médical et la continuité des soins

Le temps de travail du personnel non-médical repose sur deux outils : d'une part, le protocole d'accord local sur l'aménagement et la réduction du temps de travail du 26 février 2002, et d'autre part, le guide interne de gestion du temps de travail et des activités en vigueur au CASH depuis 2016.

Ce guide, incomplet, n'a pas été mis à jour depuis 2016, mais un important travail visant à compléter et actualiser ses dispositions est en cours afin de se conformer à la réglementation et aux règles internes de gestion<sup>40</sup>.

Le guide de 2016 appliqué actuellement pose comme principe que les heures supplémentaires ne sont octroyées qu'à des fins de continuité et de sécurité des soins. L'encadrement de pôle peut faire appel à des heures supplémentaires (dans la limite de 20 heures par mois, par agent et en tenant compte de la réglementation sur le temps de travail), ainsi qu'à la cellule de remplacement créée et rattachée à la direction des soins depuis janvier 2020 ; laquelle peut faire appel à des vacataires internes à l'établissement.

Parmi le personnel non médical, près de 90 % des heures supplémentaires sont travaillées par du personnel de soins. L'augmentation observée sur la période est principalement le fait des IDE et AS, principaux emplois en tension.

La chambre n'a pas pu prendre connaissance des heures supplémentaires non récupérées ni indemnisées, cette donnée n'ayant pas été produite par le CASH. En effet, le logiciel utilisé par l'établissement est obsolète et ne donne qu'une balance horaire composée du cumul des heures stockées depuis sa mise en place. Celui-ci ne peut donc pas disposer d'une vision globale du recours au temps de travail supplémentaire.

<sup>40</sup> Il a néanmoins été rendu nécessaire par la mise en place d'une nouvelle version du logiciel de gestion des temps.

### 3.5 Un niveau élevé d'absentéisme

Indicateur du climat social, mais également du niveau de charge de travail du personnel et de la qualité de la gestion des ressources humaines (GRH), l'absentéisme est récurrent au sein du CASH, pouvant avoir un impact néfaste sur la qualité de la prise en charge. Pour assurer la continuité des soins dans ce contexte, l'établissement recourt à des remplacements pesant sur les dépenses de personnel.

**Tableau n° 15 : Taux d'absentéisme entre 2018 et 2021 (en %)**

Année	2018	2019	2020	2021
CASH de Nanterre	9,67	10,19	12,36	11,81
National	9	8,64	ND	ND
Catégorie : 20M < CH < 70M	8,4	8,51	ND	ND
Région : Ile-de-France	10,76	8,03	ND	ND

Source : Bilan sociaux

Les absences pour maladie ordinaire inférieures à six jours sont supérieures aux moyennes de comparaison, même si l'écart tend à se réduire sur la période. L'évolution la plus marquante concerne le personnel médical, dont le taux d'absentéisme continue d'augmenter depuis 2017, alors qu'il baisse pour le personnel non médical.

**Tableau n° 16 : Taux d'absentéisme pour motif médical inférieur à six jours et son évolution entre 2017 et 2019 (en %)**

Année	PM + PNM			PNM			PM		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
CASH de Nanterre	0,77	0,69	0,61	0,82	0,73	0,65	0,09	0,16	0,18
National	0,41	0,34	0,34	0,43	0,37	0,36	0,07	0,07	0,07
Catégorie : 20M<CH<70M	0,36	0,30	0,31	0,38	0,31	0,33	0,10	0,09	0,09
Région : Ile-de-France	0,52	0,44	0,46	0,57	0,48	0,48	0,05	0,06	0,07
Écart absolu CASH/ CH comparables	0,41	0,39	0,30	0,44	0,42	0,32	-0,01	0,07	0,09

Source : Bilan sociaux, outils RH Scansanté

Le CASH présente finalement un nombre de jours d'absence par agent assez élevé et dont l'augmentation est plus forte que celle observée aux niveaux national et régional, dans les établissements similaires. En moyenne, en 2019, les agents du CASH comptabilisaient 5,3 jours d'absence en plus par rapport aux établissements comparables. Le personnel médical, quant à lui, affiche 6,8 jours d'absence par agent en plus.

### 3.6 Un pilotage des ressources humaines qui doit se professionnaliser

#### 3.6.1 La mobilité interne

La mobilité interne permet de mesurer la part des besoins en moyens humains comblés en interne. Pour être efficace, elle doit essentiellement reposer sur trois éléments : une information en interne accessible, une politique de formation venant en soutien des parcours internes, et une politique d'accompagnement des agents.

**Tableau n° 17 : Indicateur de mobilité interne entre 2018 et 2021 (en %)**

	2017	2018	2019	2020	2021
Taux de mobilité des personnels non médical	11,92	7,38	6,03	7,91	6,40
Taux de mobilité des personnels des services de soins	12,22	7,09	7,21	9,03	7,20

Source : Bilan sociaux 2018 à 2021

Le taux de mobilité interne est relativement stable sur la période, après une baisse en 2018. La remontée du nombre de mutations internes est essentiellement portée par le personnel de soins, qui concentre 81 % des 73 changements internes, pour la plupart interservices, enregistrés en 2019. Ces transferts organisationnels<sup>41</sup> sont liés au contexte de mutation de l'établissement. Le projet immobilier à venir et le regroupement des activités de l'hôpital Roger Prévot sur le site du CASH ouvriront de nouvelles perspectives de développement de la mobilité interne.

**Tableau n° 18 : Repositionnement et relocalisation des agents**

	2018	2019	2020	2021
Agents repositionnés	7	3	1	9
Agents reclassés	n.d	5	n.d	3 en cours d'examen par la commission de réforme

Sources : synthèse des agents repositionnés, synthèse des agents reclassés

La majorité des mouvements internes correspondent à des repositionnements, soit pour des motifs de pénibilité et inaptitude, soit à la demande de l'agent. Pour les premiers cas, les agents ne souhaitent pas être reclassés<sup>42</sup>, car ils subiraient alors une baisse de rémunération liée à la perte de certaines primes.

La prise de connaissance des postes vacants en interne a pu ne pas être totalement assurée durant la période. En effet, en cas de vacance de poste, malgré une diffusion de l'information par d'autres canaux, la fiche de poste n'est publiée dans la bourse interne de l'emploi que depuis 2022.

L'accès à la formation professionnelle est perfectible. Jusqu'au recrutement récent d'une chargée de formation continue (CDI en 2021), les agents n'avaient pas accès à un catalogue de formation, témoignant d'un défaut de formalisation dans ce domaine et plus globalement d'une stratégie inaboutie en matière de gestion prévisionnelles des emplois et des compétences (GPEC). Un plan de formation a toutefois été élaboré pour l'année 2022. Il a vocation à nourrir l'axe formation du projet social qui doit être formalisé par le CASH dans le cadre du projet d'établissement.

La stratégie RH du CASH, à l'aube de changements structurels d'envergure, doit reposer sur une politique de mobilité interne et une GPEC. Le projet architectural doit comporter également un volet d'accompagnement du personnel dans les parcours professionnels, afin de faciliter le redéploiement et la réaffectation des moyens humains en limitant les coûts financiers et sociaux.

<sup>41</sup> Réunion du CHSCT du 18 novembre 2021.

<sup>42</sup> En vertu de l'art.81 de la loi du 26 janvier 1984, toute procédure de reclassement est subordonnée à une demande de l'intéressé. L'art. L.826-3 du code général de la fonction publique en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2022 crée une dérogation la procédure de reclassement peut être engagée en l'absence de demande de l'intéressé qui dispose, dans ce cas, de voies de recours.

### 3.6.2 Des mesures d'attractivité et de fidélisation récentes pour le personnel soignant

Les promotions sont le principal dispositif de fidélisation, tant en montant qu'en effectif concerné. Le CASH finance, depuis 2020, les études professionnelles en sus de celles de l'agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Au total, 13 IDE, quatre aides-soignants et un cadre de santé ont pu bénéficier du dispositif en 2020 et 2021. Les bénéficiaires s'engagent à exercer au sein du CASH pendant cinq ans. Ce dernier a également mis en place en 2021, avec l'ARS, un contrat d'allocation d'étude destiné aux IDE. L'ARS finance les études d'un quota d'IDE de 3<sup>ème</sup> année, tandis que le CASH finance des étudiants de 2<sup>ème</sup> année. En contrepartie, les étudiants signent un contrat d'engagement avec le CASH, d'une durée comprise entre 15 et 18 mois. L'ARS a ainsi financé 3 contrats d'allocation d'étude en 2021 et 40 en 2022.

**Tableau n° 19 : Nombre de diplômés de l'IFSI du CASH recrutés par celui-ci à l'issue de leur formation de 2018 à 2021**

	2018	2019	2020	2021
Diplômés	89	63	77	82
Recrutements	6	6	1	5

Source : tableau récapitulatif du CASH de Nanterre

Depuis octobre 2020, la mise en stage a été facilitée pour les métiers en tension. Elle intervient après six mois, trois mois dans certains cas, de CDD ou de CDI contre 12 mois pour les autres métiers, si les conditions de présentéisme et d'évaluation sont respectées.

Des mesures ponctuelles, comme l'attribution de logement dans le parc hospitalier réservés aux IDE, complètent cette politique centrée sur le personnel infirmier. Cet effort en direction de cette catégorie se justifie par l'enjeu financier et l'activité du CASH. Le nombre important d'intérimaires et vacataires parmi les IDE, outre son coût financier, n'offre pas la stabilité nécessaire à la construction d'un projet de service. Comme dans de nombreux autres établissements, en l'absence d'IDE<sup>43</sup>, des services ont dû fermer des lits, et la création d'un service de psychogériatrie a été retardée.

Enfin, une crèche de 84 places en propose 60 aux agents du CASH, mais est peu fréquentée. Elle affiche un faible taux d'occupation de 58 % en semaine et 11 % un samedi sur deux, contre la cible de 70 % imposée par la CNAF, ce qui compromet son équilibre financier et soumet l'établissement à des sanctions de la CNAF<sup>44</sup>. Selon l'établissement, les personnels hospitaliers, principalement les soignants, ne travaillent pas en semaine complète mais avec des jours de travail suivis de plusieurs jours de récupération (notamment pour les personnels travaillant en 12 heures) ce qui induit des jours d'absence qui pénalisent le taux d'occupation. L'occupation du samedi étant effectivement très faible, il a été mis fin à l'accueil du samedi à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2019 (passage au comité technique d'établissement d'avril 2019). Par ailleurs, le CASH a été retenu suite à sa candidature au dossier de consultation de la ville de Nanterre visant à accueillir des enfants de cette commune pour améliorer son taux d'occupation.

Affecté par la crise sanitaire, le CASH a relancé fin 2022 le champ de la qualité de vie au travail avec l'inscription de l'établissement dans la démarche menée par l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT). Ce chantier devra être investi au premier semestre 2023 en collaboration avec les organisations syndicales et les personnels.

<sup>43</sup> Entretien du 1<sup>er</sup> avril 2022.

<sup>44</sup> Réunion du CHSCT du 26 mars 2019.

Pour attirer un plus grand nombre d'étudiants de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) vers le CASH à la sortie de leur formation, l'établissement a organisé, au mois de juin 2022 un espace d'échange avec les étudiants de l'IFSI de 3<sup>ème</sup> année, afin de réaliser un bilan de ses points forts et faibles et tenter d'endiguer la progression du taux d'infirmiers partant exercer en libéral<sup>45</sup>.

### 3.6.3 Construire le contrôle de gestion interne pour mieux maîtriser les risques

La chambre a également constaté d'importants retards et lacunes en matière de formalisation des procédures relatives à la GRH.

Cet état de fait est reconnu par le CASH, et la nécessité de mettre en place les outils préalables à un véritable contrôle interne n'est pas démentie. Néanmoins, les chantiers pilotés par la DRH sont nombreux, les moyens humains insuffisants et les compétences en contrôle de gestion et audit interne difficiles à recruter, tant parmi les agents titulaires que contractuels.

Cette absence de formalisation des procédures est, dans la perspective du regroupement avec l'hôpital Roger Prévot, un facteur de risque pesant sur l'efficacité et la régularité de la gestion des ressources humaines.

### 3.6.4 L'accompagnement des agents doit être renforcé

Jusqu'en 2019, le CASH de Nanterre disposait d'un espace d'accompagnement et d'orientation professionnelle (EAOP), service de la direction des ressources humaines créé en 2014, afin d'accompagner les restructurations dans l'établissement. Il avait pour mission d'assister les agents ayant un souhait d'évolution professionnelle ou contraints de changer de poste ou d'orientation professionnelle.

Tableau n° 20 : Activité de l'EAOP

	Nombre d'agents rencontrés pour la 1 <sup>ère</sup> fois en 2018	Nombre d'entretiens menés	Mobilités internes réalisées	Recherches externes abouties
2018	156	458	130 <sup>46</sup>	2
2019	93	244	62	2

Source : bilan social 2018

Devant le constat d'une redondance de certaines de ses missions avec d'autres services de la DRH<sup>47</sup>, il a été supprimé à la suite d'un accord, conclu début 2020 entre le coordinateur des soins et la DRH, aux termes duquel le recrutement du personnel soignant ne relevait plus de l'EAOP, mais de la direction des soins, conformément à la réglementation.

L'enjeu devient particulièrement prégnant avec la délocalisation sur Nanterre du site de Moisselles et la nécessité d'accompagner le personnel contraint à une mobilité géographique. Le CASH, avec l'appui de l'ARS, a ainsi concentré ses efforts d'accompagnement sur le personnel de ce site<sup>48</sup>.

<sup>45</sup> Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la part des personnels infirmiers en région francilienne exerçant en libéral progresse (+7,44% entre 2018 et 2021) tandis que celle exerçant dans les établissements de santé diminue (-3,63% entre 2018 et 2021).

<sup>46</sup> Sur un total de 141 mobilités internes.

<sup>47</sup> Le recrutement, la mobilité, la carrière, la protection sociale, la formation continue, la prévention des troubles physiques, le soutien psychologique

<sup>48</sup> Un protocole signé en 2018 prévoit l'accompagnement de ces personnels dans une reconversion ou recherche d'emploi. Le volet social du protocole d'accord entre le CASH et l'hôpital Roger Prévot est financé par des moyens octroyés par l'ARS dans le cadre

### **3.6.5 L'harmonisation de la gestion du temps de travail entre l'hôpital Roger Prévot et du CASH accuse des retards**

L'harmonisation de la gestion du temps de travail repose sur la mise en exploitation d'un nouveau système d'information (SI) commun aux deux établissements, dans une logique de mutualisation des fonctions de gestion, en cohérence avec l'organisation en direction commune. Par ailleurs, le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) du GHT prévoit une harmonisation complète des SI de l'ensemble des hôpitaux appartenant au GHT.

Le guide du temps de travail est en phase d'actualisation, deux questions restant en discussion avec la direction des soins et les organisations représentatives du personnel : d'une part, le personnel soumis au pointage, et d'autre part, l'intégration des temps de repas dans le temps de travail effectif<sup>49</sup>.

La difficulté réside principalement dans l'éventail des métiers et des missions du personnel, du fait de la spécificité des publics et des différentes structures sociales et médico-sociales en son sein.

## **3.7 La qualité de vie au travail**

### **3.7.1 Un dialogue social<sup>50</sup> difficile, en particulier dans le contexte du projet d'aménagement du site**

#### **3.7.1.1 Les instances sont informées**

La commission médicale d'établissement (CME) est obligatoirement consultée pour avis sur tout projet touchant l'organisation interne de l'établissement. Elle se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement<sup>51</sup>. Le projet de rapprochement a été présenté le 25 juin 2018 à la CME, qui l'a approuvé.

Le comité technique d'établissement (CTE) est une instance représentative du personnel (IRP) obligatoirement consultée dans les matières pour lesquelles la CME l'est aussi<sup>52</sup>, notamment les orientations stratégiques de l'établissement, les politiques ayant trait à la GRH, ainsi que tout projet ayant un impact sur l'organisation du travail. Le projet de rapprochement a été présenté au CTE le 19 juin 2018.

---

du CPOM en vigueur depuis le 28 décembre 2018. Les crédits FIR sont consacrés à 68 % aux opérations de modernisation, restructuration et à l'accompagnement des personnels (7,3 M€). Ils comportent une enveloppe dédiée à l'accompagnement RH, représentant 1,5 M€ (dispositifs RH : 808 150 € ; cellule accompagnement social : 137 912 € ; indemnités de départ volontaire : 542 930 € ; actions de reconversion : 11 008 €).

<sup>49</sup> L'article 5 décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de santé définit ainsi le temps de travail effectif : les temps de restauration et de pause sont considérés comme du temps de travail effectif quand l'agent a besoin d'être joint à tout moment par son employeur.

<sup>50</sup> Les dispositions légales et réglementaires afférentes au CHSCT et au CTE sont celles applicables avant la réforme des instances de l'hôpital introduite par l'article 4 de la loi du 6 août 2019 sur la transformation de la fonction publique et mis en œuvre par le décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement qui fusionne les deux instances.

<sup>51</sup> Article R. 6144-1 du CSP

<sup>52</sup> Article R. 6144-40 du CSP (version en vigueur du 30 avril 2016 au 6 décembre 2021).

Indicateur de la qualité du dialogue social, les réunions de concertation, en dehors des réunions règlementaires et institutionnelles, témoignent de la fluidité des échanges entre les partenaires sociaux et la direction, ainsi que leur implication dans la vie du CASH et les questions touchant la santé et la sécurité au travail<sup>53</sup>. Cet indicateur n'a pas été renseigné par l'établissement dans ses bilans sociaux<sup>54</sup>. L'établissement indique toutefois que, les directions les plus concernées par le dialogue social rencontrent régulièrement les partenaires sociaux notamment la réunion avec chaque organisation prévue annuellement par la direction. A cela s'ajoutent les réunions de préparation des instances également employées pour les situations individuelles ou les sujets de portée générale.

Conformément à la réglementation<sup>55</sup>, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) s'est réuni au moins une fois par trimestre sur toute la période de contrôle. Le protocole de rapprochement du CASH et de Roger Prévot lui a été présenté le 13 juin 2018. Bien que les organisations syndicales aient émis un avis favorable sur les orientations générales du projet, le manque de précisions, notamment en ce qui concerne le socle juridique, les conséquences et les garanties offertes, a été critiqué. Elles ont exprimé des craintes sur l'objectif de mutualisation des fonctions supports, et surtout souligné leurs effets potentiellement négatifs sur l'organisation du travail et les effectifs. Les représentants du personnel (RP) ont souhaité que chaque élément soit retravaillé en concertation avec les instances, demande réitérée à plusieurs reprises au cours des réunions suivantes. Le premier schéma directeur architectural (SDA) a également été présenté au CHSCT, le 22 juin 2021.

### **3.7.1.2 Des partenaires sociaux informés sur les projets structurants, mais peu associés à leur élaboration**

Les comptes-rendus des réunions des IRP témoignent d'une demande de plus forte association des partenaires sociaux à la construction du SDA. Cette question avait déjà été soulevée par le COPERMO, le 31 janvier 2018. Parmi les réserves formulées, le comité constatait que le processus de concertation, d'information et de validation avec les organisations et IRP n'était pas décrit.

Un point d'information régulier est néanmoins proposé par la direction et ce lors de l'ensemble des instances de l'établissement. En complément et dans le cadre du CHSCT, sont communiquées aux organisations syndicales les présentations détaillées relatives aux circuits organisationnels et au plan de fonctionnement des opérations préalables de travaux (blocs opératoires, urgences notamment).

L'information faite en CHSCT sur les avancées du projet architectural ne précise toutefois pas les réflexions en cours sur l'organisation du travail et du personnel, volet sur lequel le CHSCT aurait souhaité contribuer<sup>56</sup>. Les représentants du personnel (RP) ont également souhaité que les partenaires sociaux et le personnel non médical soient associés de manière active à la réflexion et la construction de la nouvelle organisation, en raison des conséquences importantes sur les conditions de travail.

---

<sup>53</sup> Les réunions de concertation en dehors des réunions règlementaires et institutionnelles, peuvent être liées au fonctionnement quotidien de l'établissement (gestion quotidienne, mise en œuvre de la réglementation, projet local, etc.), à la gestion d'un événement exceptionnel ou encore au suivi et à la préparation du projet social.

<sup>54</sup> Indicateur n° 15 : Nombre de réunions de concertation en dehors des réunions règlementaires et institutionnelles. Bilans sociaux 2018 à 2020.

<sup>55</sup> Article L. 4614-7 du code du travail.

<sup>56</sup> Réunion du CHSCT du 12 septembre 2021.

Interrogée sur la stratégie de communication et le plan de communication éventuel du projet, la direction a indiqué ne pas l'avoir formalisé<sup>57</sup>. Elle s'appuie sur une lettre d'information, dont un seul numéro est disponible sur le site internet du CASH, une « lettre travaux » envoyée par mail et par courrier interne (modes de diffusion auquel n'ont pas accès l'ensemble des agents et des services), et les points d'information lors de réunions des IRP.

### 3.7.2 La politique de prévention et gestion des risques est insuffisante

L'article L. 4121-1 du code du travail dispose que « l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3 ».

La chambre constate que la prévention des risques a bien été investie avec l'élaboration d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) datant d'octobre 2015.

Toutefois, il n'a pas été révisé annuellement depuis lors<sup>58</sup>, contrairement à l'obligation introduite par l'article R. 4121-2 du code précité. Par ailleurs, seuls deux risques ont été recensés et ont fait l'objet d'un plan d'action (non transmis à la chambre).

Selon les comptes-rendus de réunion du CHSCT (notamment des 19 mars 2018 et 18 octobre 2018), la DRH a commencé à toiletter le DUERP. Elle a recouru aux services d'un prestataire externe avec une livraison prévue à la fin de l'année 2018.

La révision du DUERP était, toutefois au moment de l'instruction, encore en chantier. Sa méthodologie d'élaboration a pour la première fois été testée dans le service maternité, dont les premiers retours auraient dû aider à construire le document<sup>59</sup>. Deux stagiaires ont ensuite pris le relais, sans succès. L'établissement a donc choisi de recourir de nouveau à un prestataire extérieur en septembre 2022. Le comité de pilotage a été constitué, le travail initié en novembre 2022 et le DUERP devrait être présenté aux instances de mars 2023 selon le CASH.

Le CASH a été contrôlé par les services de l'inspection du travail, entre octobre 2018 et janvier 2019. Les conclusions révèlent un important retard dans l'évaluation des risques en général, et sur la prévention des troubles psycho-squelettiques. Parmi ses recommandations figure le lancement d'un processus d'évaluation des risques professionnels et de transmettre un DUERP à jour.

De manière générale, la chambre constate, que l'analyse des risques est insuffisante en raison d'indicateurs partiels, peu détaillés, parfois absents, et une exploitation superficielle qui ne permet pas d'en tirer les conséquences ni de proposer des actions correctrices. L'absence de tableau de suivi des actions ne permet pas de mesurer les avancées, critique réitérée par la présidente du CHSCT<sup>60</sup>.

**Recommandation régularité 3 : Mettre à jour annuellement le document unique d'évaluation des risques professionnels, conformément à l'article R. 4121-2 du code du travail.**

<sup>57</sup> Entretien avec la direction du 1<sup>er</sup> avril 2022.

<sup>58</sup> Indicateur n° 22 : Existence du document unique. Bilans sociaux 2018 à 2020.

<sup>59</sup> Réunion du CHSCT du 22 juin 2021.

<sup>60</sup> Réunion des 12 octobre 2021 et 18 novembre 2021, pour les derniers en date.

### **3.7.3 Le champ de la santé au travail n'est pas structuré**

En l'absence de projet social, la chambre ne peut conclure à l'existence d'une politique en faveur de l'amélioration de la qualité et de l'environnement de travail au sein du CASH. Ce manque de structuration ne permet pas une organisation cohérente et stratégique de l'ensemble des mesures existantes.

Le CASH ne dispose plus d'assistante sociale pour ses agents, ce poste ayant été supprimé afin de recruter une infirmière en médecine du travail<sup>61</sup>, alors que l'établissement ne disposait plus de service de médecine du travail en interne. Le CASH justifie ce choix par la possibilité pour une IDE de suivre un plus grand nombre d'agents, et de dégager du temps au médecin du travail externe pour recevoir les agents nécessitant un suivi particulier.

Le CASH éprouve cependant des difficultés à trouver un prestataire pour assurer la médecine du travail. Son service actuel de santé au travail, assuré en libéral, est saturé par les demandes des agents du CASH qui ne disposent pas d'assez de créneaux. En dépit de ces difficultés, le recrutement d'une infirmière de santé au travail, qui devrait être effectif en 2023, permettra d'assurer les visites d'information et de prévention ainsi que les vaccinations des personnels.

---

#### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*En matière de GRH, des difficultés d'ordre structurel pénalisent le CASH dans sa gestion quotidienne du personnel : l'établissement manque de ressources et de compétences, de procédures formalisées, d'outils de gestion opérationnels, d'une répartition claire des missions et des tâches, de circuits et modes de communication effectifs, de procédures de contrôle interne.*

*Parallèlement, le projet architectural accapare l'essentiel des ressources et des compétences, alors que ces dernières sont déjà insuffisantes. Les chantiers de modernisation des outils et méthodes de la DRH sont mis en attente, leur traitement étant renvoyé à la livraison du projet architectural matérialisant le regroupement du CASH et de l'hôpital Roger Prévot.*

---

## **4 DES MECANISMES DE SUIVI COMPTABLE INSUFFISANTS AU REGARD DES ENJEUX**

### **4.1 Une démarche de fiabilisation des comptes à accentuer**

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

L'organisation comptable de l'établissement, fondée sur l'instruction comptable M21, se compose d'un budget principal pour l'hôpital et des dix budgets annexes suivants :

- l'unité de soins de longue durée (USLD) ;
- l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- le service de lits halte soins santé (LHSS) ;
- le centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ;

---

<sup>61</sup> Réunion du 12 octobre 2021.

- le centre d'hébergement et de réinsertion sociale de longue durée (CHRS LD) ;
- le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) du CHRS LD ;
- le centre d'hébergement et d'assistance aux personnes sans-abri (CHAPSA) ;
- le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ;
- la résidence sociale ;
- les écoles paramédicales.

#### **4.1.1 L'organisation défaillante du suivi de la qualité comptable**

L'analyse de l'organisation comptable du CASH fait ressortir des manquements par rapport à l'objectif de fiabilisation des comptes. En effet, le CASH ne dispose pas d'un service de contrôle interne, ni de cartographie des risques comptables, qui seraient pourtant de nature à assurer un meilleur suivi de la qualité comptable.

La direction des affaires financières du CASH ne dispose pas de ressources suffisantes et souffre d'une rotation élevée de ses agents. Le CASH a été invité par la chambre à mettre en place des procédures robustes permettant d'assurer de manière plus efficace le suivi de la qualité comptable. Il s'est engagé à produire une cartographie des risques, constituant un préalable à un engagement dans la voie de la certification des comptes.

#### **4.1.2 L'absence de certification des comptes**

La loi prévoit que les établissements publics de santé, au-delà d'un certain seuil, sont tenus de faire certifier leurs comptes par un commissaire aux comptes (CAC). Le seuil de certification est fixé, par deux décrets et un arrêté du 23 décembre 2013, à un produit total supérieur ou égal à 100 M€ pendant trois exercices successifs pour le budget principal. Le CASH se situe à 147 M€ (en 2019), en incluant les budgets annexes, mais à 91 M€ sans ces derniers. Il n'est donc pas tenu de faire certifier ses comptes.

Pourtant, dans le protocole du 27 juin 2018 entre le CASH, l'hôpital Roger Prévot et l'ARS, il était prévu que les deux établissements engagent une procédure de fiabilisation des comptes menée par un CAC. Au regard des difficultés financières du CASH et de la perspective d'un rapprochement avec l'hôpital Roger Prévot, la chambre l'invite à prendre au plus vite les dispositions pour améliorer ses procédures de fiabilisation des comptes et se préparer à s'engager dans le dispositif de certification dès lors que le seuil sera dépassé. Pour ce faire, il pourrait solliciter un accompagnement spécifique de l'ARS.

Suite aux observations provisoires de la chambre, un travail de préparation à la certification des comptes a été engagé depuis le mois de septembre 2022, lequel doit conduire dans un premier temps à la définition d'une cartographie des risques fonctionnels et comptables des cycles d'immobilisation, d'achats, de personnel, de recettes, de trésorerie et d'endettement. Ce sujet figure parmi les objectifs prioritaires de l'année 2023 pour le CASH, avec notamment le recrutement d'un chargé de mission comptable dont les tâches principales concerneront la fiabilisation des états comptables.

**Recommandation performance 1 : Accentuer la démarche de fiabilisation des comptes, en s'appuyant notamment sur les ressources pouvant être fournies par les tutelles, pour préparer l'échéance de la certification.**

## 4.2 L'absence d'inventaire physique des biens

La nomenclature budgétaire et comptable M21 applicable aux établissements publics de santé rappelle que la comptabilité hospitalière a pour objet de « *présenter des états financiers reflétant une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat à la date de clôture de l'exercice* »<sup>62</sup>.

La démarche de fiabilisation des comptes implique de mettre en place certaines bonnes pratiques, comme l'élaboration d'un inventaire physique des biens. Le CASH ne dispose pas d'un tel inventaire et ne recense qu'un état comptable de l'actif. La direction envisage de recourir en 2023 à un prestataire externe afin d'établir cet inventaire physique des actifs de l'établissement. Le changement de logiciel de gestion économique et financière dès le début de l'année 2023 pourrait aussi contribuer à faciliter la gestion des actifs et des fiches d'immobilisation.

**Recommandation régularité 4 : Dresser un inventaire physique des biens conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé.**

## 4.3 L'amélioration de la politique de recouvrement

L'état des restes à recouvrer (RAR) montre une augmentation des soldes débiteurs et du nombre de titres, tendance qui s'est accélérée sur la période contrôlée, en particulier en 2020. Les montants correspondant aux poursuites sont relativement faibles et concentrés sur les hospitalisés et consultants (19 626,60 €).

Le montant global des restes à recouvrer concernant les hospitalisés et les consultants à la fin de l'exercice 2021 s'élève à 12,3 M€. Ces sommes non encaissées participent à l'aggravation de la situation de trésorerie du CASH. Les créances non recouvrées sont majoritairement d'un montant inférieur à 100 € (77 % du nombre de titres), témoignant du caractère massif des impayés relatifs à l'activité de consultation au sein du CASH, lesquels représentent près de 1,2 M€ de créances en une décennie. En raison des spécificités du CASH en termes d'accueil de populations précaires et de la manière dont les services sont organisés, le recouvrement constitue un sujet de préoccupation pour l'hôpital et l'ARS.

Concernant la sécurisation des prises d'informations administratives des patients consultants et hospitalisés, plusieurs mesures sont en cours de déploiement dont notamment la mise en œuvre d'une convention tiers-payant avec les principales mutuelles pour les patients consultants (service d'accueil des urgences, consultations spécialisées). En outre, la mise en place du dispositif de remboursement des organismes complémentaires (ROC) devrait permettre de sécuriser le recouvrement auprès des assurances complémentaires. Enfin, la centralisation progressive des points d'enregistrement administratif des patients (avec à terme un bureau des admissions unique dans le futur bâtiment) devrait favoriser l'homogénéisation des pratiques dans le renseignement administratif des patients pris en charge.

---

<sup>62</sup> Le tome budgétaire de cette instruction précise que « la tenue de l'inventaire comptable permanent ne dispense pas les établissements d'un inventaire physique qui doit avoir lieu au moins une fois par an pour ce qui concerne les stocks ». Il précise par ailleurs que « tout enregistrement comptable sur un compte d'immobilisation ne pouvant être rapproché d'un bien inscrit à l'inventaire doit être sorti du bilan ».

En mars 2019, l'ARS a confié à un prestataire une mission de diagnostic complet sur le des sommes dues par les patients du CASH. L'étude reposait sur l'analyse, pour la période de janvier 2016 à juin 2018, des données enregistrées au niveau le plus fin (venues et factures) par le CASH, croisées avec les données extérieures de la DRFiP et de l'Insee. Elle met en avant le fait que les RAR patients représentent 5 % de la facturation et 80 % du non recouvrement, et que sur 4,8 M€ de facturation directe aux patients (ticket modérateur, absence de justificatif de droits, non assuré social...), 2,4 M€ n'ont pas été recouverts, soit 50 % du total.

Trois principaux axes d'amélioration ont été identifiés, dont le premier jugé comme prioritaire :

- le renforcement et la fiabilisation de la prise en charge en hospitalisation et aux urgences (ces deux secteurs concentrant 76 % des RAR patients) ;
- la sécurisation des parcours patient en psychiatrie et SSR ;
- la fiabilisation du parcours patient sur le plateau des consultations.

La prise en charge des patients en hospitalisation est rendue difficile par les différents modes d'entrée dans les services, qui compliquent la détection de leurs couvertures médicales. Dans le cadre du projet architectural, comme le CASH l'envisage, il est donc essentiel que les parcours des patients avant entrée en hospitalisation soient mieux pris en compte pour réduire le non recouvrement, de même qu'il apparaît nécessaire de rendre plus homogènes les pratiques concernant la sortie des patients.

#### 4.4 Des comptes d'attente non apurés en fin d'exercice

Les comptes d'attente de recettes et de dépenses à classer ont vocation à être apurés en fin d'exercice, apurement qui n'est pas réalisé au CASH.

Le compte 471 relatif aux recettes à classer et à régulariser a connu une constante augmentation entre 2018 et 2020, son solde ayant pratiquement été multiplié par dix entre 2019 et 2020. Cette hausse s'explique, selon le CASH, par les difficultés du comptable pour établir la corrélation entre les titres de recettes émis et les virements correspondants de la CPAM. L'exercice 2020 ayant été une année complexe en raison du caractère nombreux et divers des notifications transmises (subventions Covid diverses). En 2021, le solde s'établit à 10,9 M€.

**Tableau n° 21 : Recettes à classer et à régulariser entre 2018 et 2020 en €**

2018	2019	2020	2021
1 489 054,58	2 832 806,48	27 798 658,13	10 896 408,24

Sources : comptes de gestion

S'agissant des dépenses à régulariser, les montants non apurés sont moindres.

**Tableau n° 22 : Dépenses à classer et à régulariser entre 2018 et 2020 en €**

2018	2019	2020	2021
58 707,73	9 055,76	42 295,93	8 959,17

Sources : comptes de gestion

## 4.5 De longs délais de paiement qui diminuent néanmoins sur la période récente

Dans le secteur public, l'article R. 2192-11 du code de la commande publique prévoit que le délai global de paiement des établissements publics de santé ne peut excéder 50 jours. Sur la période contrôlée, les délais de paiement du CASH étaient très au-dessus de ce seuil.

Les délais de paiement entre 2018 et 2020	2018	2019	2020	2021 (11 premiers mois)
Délai global de paiement moyen (jours)	95	86	79	53,55
Délai moyen pour les seuls mandats éligibles au délai global de paiement (DGP) en jours	36	27	25	2,44

Source : données de l'établissement

En 2021, la situation s'améliore néanmoins. Selon un document fourni par l'établissement, concernant les 11 premiers mois de l'année, le délai moyen de paiement s'établirait en moyenne à 53,5 jours.

## 5 UN PROJET ARCHITECTURAL AMBITIEUX, QUI POURRAIT REpondre AUX DIFFICULTES FINANCIERES DU CASH

### 5.1 Un redressement financier nécessaire

La trajectoire financière de l'établissement, dégradée en début de période, est censée s'améliorer grâce à la perspective d'intégration des capacités d'hospitalisation de l'hôpital Roger Prévot sur le site du CASH, et au développement de nouvelles activités.

La chambre a identifié des facteurs freinant la restauration de marges financières : les équipes et les compétences au sein de la direction des ressources humaines, et de la direction des finances apparaissent sous-dimensionnées<sup>63</sup>. Le président du conseil d'administration s'est inquiété, en 2020, du départ de plusieurs cadres qui, à leur arrivée et à l'initiative de la nouvelle directrice, avaient su donner un nouvel élan à la gestion de l'établissement et contribuer à son redressement.

**Recommandation performance 2 : En parallèle du projet architectural, mettre en place une équipe dédiée aux chantiers de modernisation de la gestion de l'établissement, en sollicitant l'accompagnement de l'ARS.**

#### 5.1.1 L'établissement constamment menacé de disparition jusqu'en 2017

Après une amélioration de la santé financière du CASH en 2014 et 2015 et en dépit de la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre financier (PREF), la trajectoire financière du CASH s'est fortement dégradée en 2016. La principale raison tient au transfert de l'activité de chirurgie à l'hôpital Louis-Mourier, entraînant une perte de recettes estimée à 3,4 M€. Viennent ensuite des coûts non anticipés à l'EPRD (1,1 M€) et un retard dans la réalisation du PREF (1 M€).

<sup>63</sup> Certaines tâches de saisie techniques sont ainsi réalisées par les deux directeurs par manque d'effectifs.

La non reconduction de l'activité de chirurgie a été la dernière décision de recomposition de l'offre sanitaire du CASH. Cette transformation avait débuté par le transfert de la pneumologie à l'hôpital Louis Mourier en 2015, la transformation de la réanimation en surveillance continue et l'intégration de 40 lits en court séjour gériatrique et USLD en provenance de l'hôpital Louis-Mourier. Ces activités représentaient 38 % des recettes du CASH en 2014.

Le CASH a ensuite présenté un plan d'action de 15,3 M€ portant sur la période 2017-2021, pour accompagner la restructuration des activités de médecine engagée depuis 2015. Selon le COPERMO, ce plan ne permettrait pas d'assurer la soutenabilité financière du CASH.

Le COPERMO, dans sa décision du 5 juillet 2017, a enjoint l'ARS et le CASH de revoir leur plan d'action et de répondre aux recommandations sur le développement d'activités non MCO, afin de s'inscrire dans une trajectoire financière permettant d'atteindre un taux de marge brute de 8 % en 2021 ; niveau finalement atteint en 2019.

La relocalisation de l'hôpital Roger Prévot était objet de débat. Les arguments de l'ARS sur ce projet portent tant sur le rapprochement des lieux de prise en charge en santé mentale des patients que sur la redéfinition d'un modèle économique viable du CASH. Ce projet s'accompagnerait en outre d'une plus forte coopération avec l'AP-HP.

Face aux interrogations du conseil d'administration<sup>64</sup> du CASH quant à l'avenir des activités d'urgence, médecine et obstétrique, l'ARS a confirmé la stabilisation du périmètre des activités de soins du CASH. La recommandation portant sur la densification des activités non MCO serait mise en œuvre par la relocalisation des activités de l'hôpital Roger Prévot sur le site du CASH. Ce projet a également vocation à s'intégrer dans le projet architectural et urbain du quartier du « Petit Nanterre ». La réorganisation du bâti devrait libérer des emprises au sol permettant l'implantation de l'hôpital de Moisselles et la cession de parcelles.

La fin du projet régional de santé 2013-2017 marque le terme d'une période marquée par l'incertitude quant au devenir du CASH en tant qu'établissement sanitaire. Jusqu'alors, le CASH avait enchaîné les décisions du COPERMO<sup>65</sup> de rejet de ses projets de plans d'action. Les décisions de l'ARS afférentes à la restructuration des activités MCO de l'établissement avaient pour effet de recentrer les activités du CASH sur le domaine médico-social, mais aussi de diminuer ses ressources, compromettant son retour à l'équilibre et son existence. La recommandation de l'ARS et le projet de reconstruction sont finalement apparus comme la garantie de la préservation du caractère sanitaire du CASH.

## 5.1.2 L'amélioration de la situation financière à partir de 2019

**Tableau n° 23 : Compte de résultat consolidé**

<i>en €</i>	2018	2019	2020	2021
Résultat d'exploitation	- 2 889 312	568 167	2 383 996	- 1 499 683
Résultat financier	- 1 364 307	- 1 311 941	- 2 568 274	- 1 029 650
Résultat courant	- 4 253 618,66	- 743 774	- 184 278	- 2 529 334
Résultat exceptionnel	- 611 806,29	1 017 098	556 669,62	251 064
Bénéfice ou perte	- 4 865 425	273 324	372 392	- 2 278 270

*Source : comptes de gestion*

<sup>64</sup> Séance du 26 octobre 2017.

<sup>65</sup> En décembre 2014 et janvier 2016.

Les difficultés financières du CASH sont anciennes. L'établissement était déjà en déficit les années précédant la période de contrôle (- 5,2 M€ en 2017, - 0,45 M€ en 2016 et - 1,26 M€ en 2015), mais la situation s'est aggravée en 2018, avec un résultat net de - 4,87 M€, dont - 3,37 M€ pour le budget principal et - 1,5 M€ pour les budgets annexes.

Selon la synthèse de l'analyse du COPERMO du 26 mars 2018, cette dégradation s'expliquait notamment par la diminution des produits de la tarification des séjours (- 2,7 M€ en 2017). Cette évolution était principalement due à une baisse des recettes de T2A<sup>66</sup>, causée par la perte de l'activité de chirurgie, et des charges d'exploitation<sup>67</sup> supérieures aux prévisions de mai 2017, malgré la baisse des charges liées à la rémunération des personnels médicaux et non médicaux (- 5,7 % et - 2,8 %).

La situation s'améliore à partir de 2019, avec un résultat qui est légèrement excédentaire, notamment en raison de ressources d'exploitation exceptionnelles. On peut noter que, pour l'exercice 2020, la présentation d'un résultat comptable proche de l'équilibre, à hauteur de 482 € s'explique par le versement d'une aide en trésorerie de 5,5 M€ et de 12 M€ de financement complémentaire lié à la gestion de la crise Covid.

Le taux de marge brute s'est également redressé passant de 3,1 % en 2017 à 8,4 % en 2019 et 13,3 % en 2020.

### **5.1.3 Un tournant pour l'établissement : le COPERMO du 31 janvier 2018**

En dépit d'une situation financière qui demeurerait fragile, le COPERMO a validé le plan d'action et la trajectoire financière exposés par le CASH, sous conditions et sous réserve de la mise en œuvre de recommandations. Ainsi, dans l'hypothèse où les objectifs de croissance des recettes ne seraient pas atteints, des mesures complémentaires devaient être déployées dès 2019. Le comité a également prévu un point d'étape en février 2019 pour suivre le plan d'action et la mise en œuvre des huit recommandations du COPERMO.

La trajectoire financière dessinée par le CASH prévoyait un retour à l'équilibre à l'horizon 2021, reposant sur une hypothèse de croissance d'activité de 5,3 %, et la suppression de 163 ETP. Ces conditions reposent essentiellement sur l'intégration de l'activité de l'hôpital Roger Prévot sur le site du CASH (+ 1,5 M€ en recettes), la gestion des ressources humaines (0,6 M€ d'économies) et la performance des achats (0,5 M€ de gains).

La décision du COPERMO est principalement fondée sur le projet stratégique du CASH, consistant en la relocalisation des lits d'hospitalisation complète de l'hôpital Roger Prévot dans un bâtiment unique sur le site du CASH. Ce projet est, selon les termes du comité, conforme au PRS prévoyant une relocalisation de la psychiatrie à proximité des lieux de domiciliation des patients.

Des réserves sur la crédibilité des hypothèses sous-jacentes du projet d'investissement ont néanmoins été soulevées, dont les huit recommandations ont précisément pour objet de lever ces réserves. La réunion prévue en février 2019 devait s'assurer de leur suivi.

---

<sup>66</sup> La tarification à l'activité (T2A) est une méthode de financement des établissements de santé mise en place en 2004 dans le cadre du plan "Hôpital 2007". Elle repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements, qui détermine les ressources allouées.

<sup>67</sup> Concentrées sur les charges hôtelières et à caractère général et les rémunérations hors charges employeur.

A ce jour, les chantiers n'ont pas encore été amorcés, accusant d'importants retards en partie liés à la crise sanitaire. La livraison du nouveau CASH, initialement prévue en 2024, a été repoussée à 2026. Selon l'établissement, l'année 2022 a vu l'avancée effective d'un chantier majeur relatif à une opération préalable de travaux consistant en la centralisation de l'ensemble des activités de consultation en un lieu unique, la livraison finale de ces travaux étant attendu au premier trimestre 2023. Parallèlement, de nombreuses opérations préalables de travaux ont formellement débuté et ont donné lieu à la transmission des éléments relatifs à la phase d'étude, comme l'étude d'avant-projet sommaire et l'étude d'avant-projet définitive.

#### 5.1.4 Une amélioration des ratios d'endettement.

Les dettes financières du CASH, composées principalement d'emprunts bancaires, sont en baisse sur la période. Néanmoins, l'établissement reste très endetté, alors qu'il doit faire face aux besoins de financement liés au projet architectural en cours. Ces dernières années et en raison de l'absence de recours à l'emprunt, le CASH a diminué l'encours de son endettement, celui-ci passant entre 2020 et 2021 de 41,9 M€ à 36,8 M€. L'établissement s'inscrit donc dans une trajectoire de désendettement progressif et ce dans la perspective de recourir à l'emprunt sur la période 2023-2026 afin d'assurer le financement partiel du schéma directeur architectural. Sur la période 2018-2021, en ce qui concerne les principaux ratios liés à l'endettement<sup>68</sup>, le taux de dépendance financière passe de 53,7 % en 2018 à 41,1 % en 2021, le poids de la dette de 39,4 % en 2018 à 31,2 % en 2021. En dépit de ces améliorations apparentes, la situation d'endettement et la solvabilité du CASH restent toutefois significativement dépendantes des aides en trésorerie, dont le versement sur la période abaisse artificiellement les durées apparentes de la dette sous le seuil de 10 ans.

**Tableau n° 24 : Niveau des fonds propres, des immobilisations en cours et des dettes financières du CASH**

En €	2017	2018	2019	2020
<b>Fonds propres élargis</b>	<b>34 777 361</b>	<b>35 346 253</b>	<b>36 155 500</b>	<b>38 742 711</b>
<i>dont fonds propres</i>	<i>18 682 667</i>	<i>13 817 242</i>	<i>14 090 566</i>	<i>14 462 958</i>
<i>dont subventions d'investissement</i>	<i>12 973 413</i>	<i>16 009 703</i>	<i>16 349 379</i>	<i>15 509 122</i>
<b>Immobilisations en cours</b>	<b>151 504,34</b>	<b>95 450,23</b>	<b>56 283,89</b>	<b>139 961,54</b>
<b>Dettes financières</b>	<b>59 396 364,68</b>	<b>53 248 862</b>	<b>47 507 441</b>	<b>41 866 397</b>

Source : comptes financiers

Les établissements publics de santé doivent respecter les dispositions de l'article D. 6145-70 du CSP, restreignant le recours à l'emprunt si deux des conditions suivantes sont réunies :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Jusqu'en 2019, le CASH dépassait deux des trois seuils d'alerte, ce qui conditionnait ses capacités d'emprunt à une autorisation de l'ARS. En 2020, seul le taux d'indépendance financière demeure légèrement au-dessus du seuil d'alerte, signe d'une restauration progressive des capacités d'emprunt de l'établissement.

<sup>68</sup> définis dans le cadre du décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt

**Tableau n°26 : Ratio d'endettement du CASH au regard des seuils d'alerte<sup>69</sup>**

Exercice	2017	2018	2019	2020
Durée apparente de la dette <sup>70</sup> en années (seuil < 10 ans)	26	9	8	7
Taux d'indépendance financière <sup>71</sup> (seuil < 50 %)	62,91 %	60 %	57 %	52 %
Encours dette / produits (seuil < 30 %)	42,52 %	37 %	33 %	26 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

### 5.1.5 Le contrat du 30 décembre 2021 relatif à la dotation pour restauration des marges financières

Cette dotation correspond au dispositif de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 visant à compenser les charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à sa transformation, dans un contexte d'endettement important et ancien des établissements concourant au service public hospitalier<sup>72</sup>. Il s'agit d'un dispositif de reprise de la dette hospitalière restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), soit 13 Md€, et qui repose sur un schéma de contractualisation entre les établissements de santé éligibles et volontaires et les ARS.

Le contrat relatif à la dotation pour restauration des marges financières du 30 décembre 2021 est la déclinaison au sein du CASH du dispositif national. Le montant de la dotation attribuée à l'établissement est de 9,5 M€. Le déclenchement des financements est conditionné à la réalisation de cinq objectifs : la restauration de la santé financière ; la qualité d'amélioration de la chaîne de facturation ; la qualité de la gestion immobilière ; répondre aux standards numériques et l'attractivité des professionnels de santé.

S'agissant du premier objectif, la restauration de la santé financière du CASH suppose le respect d'une trajectoire financière reposant sur :

- l'atteinte dans trois ans d'un taux plancher d'investissement courant de 3 % des produits courants de fonctionnement ;
- l'amélioration de son taux de marge brute hors aides passant d'un objectif de - 9 % en 2022 à - 4 % en 2026<sup>73</sup> ;
- la réduction de son taux d'endettement pour atteindre un maximum de 20 % d'ici 2026.

Cette trajectoire financière telle que décrite dans le contrat signé avec l'ARS suppose le respect des objectifs sur lesquels le CASH s'est engagé contractuellement. A des fins de suivi, les objectifs du contrat sont évalués à raison de neuf fois par an.

## 5.2 Un projet architectural ouvert sur la ville

L'ARS a choisi mi-2018 le secteur de la politique de la ville du « Petit Nanterre », qui intègre le CASH pour mener l'expérimentation d'un « hôpital et territoire, promoteurs de santé » (HTPS), expérimentation qui n'a pas fait l'objet d'un appel à manifestation d'intérêt.

<sup>69</sup> Seuils d'alerte prévus à l'article D. 6145-70 d code de la santé publique.

<sup>70</sup> Il s'agit du ratio entre la capacité d'autofinancement et le capital restant à rembourser exprimé en années.

<sup>71</sup> Il résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents.

<sup>72</sup> Commentaire de l'article 27 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le PLFSS pour 2021 (n°3397), Tome II.

<sup>73</sup> Le taux de marge brute hors aides était de - 11 % en 2018, - 11 % en 2019 et - 6 % en 2020.

L'expérimentation HTPS menée depuis lors au CASH n'a pas engendré de dépenses pour l'hôpital ni ne lui a octroyé de financement. Il s'agit d'une démarche partenariale de réflexion expérimentale sur la manière de mieux prendre en compte la promotion de la santé dans les choix de restructuration des projets hospitaliers et des projets urbains, afin d'optimiser l'impact de la dépense publique sur l'état de santé de la population.

À horizon 2026, le groupe hospitalier CASH-Roger Prévot doit regrouper l'offre de court et moyen séjour, de psychiatrie, de santé publique, les structures médico-sociales en gériatrie (EHPAD, USLD), les unités d'accueil, d'orientation et de prise en charge sociale et médico-sociale des personnes sans abri, le campus regroupant les instituts de formation (IFSI, IFAS<sup>74</sup>, IFAP<sup>75</sup>) et la fondation pour la recherche sur la précarité et l'exclusion sociale.

Le projet médical commun entre le CASH et l'hôpital Roger Prévot se veut être une réponse aux différentes orientations définies par l'ARS en matière d'offre de soins sur le territoire.

S'il est mené à bien, ce projet pourrait permettre d'offrir aux patients l'accès à un plateau technique hospitalier performant, efficient, et proposant des conditions d'accueil modernisées, les locaux actuels des deux structures étant particulièrement vétustes. Il s'agira également de consolider les activités de médecine, d'obstétrique, de soins critiques, de santé publique et de gériatrie portées par le CASH.

Conformément aux orientations du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), il s'agit aussi d'apporter une réponse à la question de l'accessibilité géographique des soins. La spécificité historique de l'offre du CASH lui confère un rôle majeur en matière de lutte contre les inégalités et d'accessibilité aux soins et à la santé des plus démunis. En particulier, le projet d'intégration d'un hôpital psychiatrique sur le même espace qu'un hôpital généraliste sera un moyen de renforcer l'accessibilité aux soins somatiques des patients pris en charge à temps complet en secteur psychiatrique.

Les patients résidant à Asnières, Clichy, Gennevilliers, Bois-Colombes, La Garenne-Colombes, et Villeneuve-la-Garenne étant pris en charge à l'hôpital Roger Prévot, le regroupement à Nanterre des deux hôpitaux assurera une offre au plus près de leur résidence.

La reconstruction de l'hôpital est un des éléments d'un projet d'aménagement urbain du quartier du « Petit Nanterre », qui veut intégrer les aspects et enjeux d'un territoire dans leur ensemble. Il s'agit d'un projet urbain mixte élaboré dans le cadre de l'appel à projets « Inventons la Métropole du Grand Paris – IMG P ». Il prévoit la construction de 260 logements, d'une école Montessori, d'une résidence infirmière, ainsi que le développement de réseaux de transport et de l'activité économique. A cette fin, le CASH, qui occupe près de 10 % de la surface du quartier (17 hectares), a été sélectionné par l'ARS pour l'expérimentation « Hôpital et Territoires, promoteurs de santé ». Celle-ci promeut une approche décloisonnée et territorialisée de la santé, entre ville, hôpital et médico-social.

---

<sup>74</sup> institut de formation d'aide-soignant

<sup>75</sup> institut de formation d'auxiliaire de puériculture

#### Schéma n° 4 : Le quartier du « Petit Nanterre »



Source : « L'hôpital de Nanterre cède pour plus de 10 M€ près de 20 % de son site », Hospimedia, publié le 06/07/2022.

S'agissant de l'accessibilité du site, une dynamique est également engagée, prévoyant sa desserte par des transports en commun .

### 5.3 L'ambition initiale du projet freinée par les contraintes de financement

Le projet initial porté par le CASH contenait deux phases de travaux, une phase d'opérations préalable, et une phase de construction, pour un budget de 180 M€, dont 56 M€ à la charge de l'hôpital Roger Prévot pour la construction de son bâtiment.

En 2021, le préprogramme du schéma directeur architectural prévoyait l'édification d'un bâtiment principal de près de 24 000 m<sup>2</sup> (surface dans œuvre) pour un coût prévisionnel de 110 M€. De manière complémentaire et en raison de son incapacité à assurer un autofinancement substantiel, le CASH prévoyait une aide à l'investissement de l'ARS de 105 M€, soit la quasi-totalité du coût anticipé du bâtiment principal. Dans le cadre du dispositif d'aide à l'investissement Ségur et la mise en place du comité régionale d'investissement en santé en juillet 2022, l'ARS a indiqué au CASH le principe d'une limitation de l'aide potentielle à l'investissement au seuil de 30 % des montants généraux des projets. Cette condition de support financier limité de la part de la tutelle a conduit le CASH à remodeler la composition de ses opérations préalables de travaux ainsi que de son bâtiment principal MCO, cette révision ayant conduit à une diminution des surfaces anticipées dans le futur bâtiment et à un abaissement du coût prévisionnel de l'opération principale pour le CASH.

La nouvelle version du projet, qui ne remet pas en question le regroupement des activités de l'hôpital Roger Prévot sur le site du CASH, prévoit une réduction de la surface du bâtiment MCO, passant de près de 24 000 m<sup>2</sup> à 15 000 m<sup>2</sup>, avec pour incidence une diminution du coût prévisionnel à 65 M€, contre 110 M€ initialement prévu. Cette compression des surfaces et du coût prévisionnel nécessitera une nouvelle implantation des directions administratives et des services techniques, ainsi qu'une diminution très significative du nombre de lits d'hospitalisation complète à intégrer dans le futur bâtiment.

## 5.4 Des retards dans le calendrier du projet

Le calendrier du projet a accusé d'importants retards, de sorte qu'au premier semestre 2022, le CASH et l'hôpital Roger Prévot venaient à peine d'annoncer l'ouverture du concours d'architecture pour sélectionner le maître d'œuvre<sup>76</sup>. Le concours de sélection d'une maîtrise d'œuvre a fait l'objet d'un lancement officiel le 11 juillet 2022, la première phase de ce processus relative au recensement et à la sélection des trois candidatures finales s'est achevée le 18 novembre 2022. La seconde phase consacrée à l'analyse des projets sur esquisse devait se dérouler au cours des deux premiers trimestres de l'année 2023.

Si les chantiers n'ont pas encore été lancés, la préparation du projet architectural a nécessité la passation de marchés avec des sociétés de conseil.

Le CASH a fait appel à des prestataires en conseil pour l'accompagner dans la mise en œuvre opérationnelle de son plan d'action COPERMO. Il a ainsi recouru à une prestation d'assistance à maîtrise d'ouvrage et de programmation pour le futur site hospitalier.

En plus des actions visant à rétablir l'équilibre budgétaire du CASH (maîtrise des charges, optimisation des recettes, développement de nouvelles activités), le plan d'action du CASH portait aussi sur l'amélioration de la GRH, l'organisation logistique et administrative ou encore l'optimisation des activités et le redimensionnement du site. Le plan d'action intégrait également les recommandations du COPERMO en matière de gouvernance.

En raison des montants en jeu, une attention particulière devra être accordée au suivi des marchés passés dans le cadre du projet architectural.

---

### CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

---

*Les comptes du CASH ne font pas l'objet d'un suivi suffisamment structuré. Alors que le niveau de ses produits est très proche des seuils réglementaires, l'établissement n'a pas fait appel à un commissaire aux comptes pour certifier ses comptes. Il a toutefois récemment commencé à mettre en œuvre les actions nécessaires à la préparation d'une telle certification.*

*La situation financière du CASH reste fragile. Ses difficultés financières sont anciennes et il a longtemps été menacé de disparition. Sa capacité d'emprunt est restreinte même si elle s'est légèrement améliorée depuis 2019.*

*Le CASH est en cours d'élaboration d'un ambitieux projet architectural visant à rénover une partie des bâtiments, en reconstruire d'autres, notamment en vue d'accueillir l'activité psychiatrique de l'hôpital Roger Prévot. Ce projet s'inscrit dans le cadre plus large de réaménagement du quartier du « Petit Nanterre » porté par la commune. Le projet du CASH a dû être revu à la baisse pour pouvoir être soutenable financièrement. S'il est mené à bien, il pourrait constituer un fort levier d'amélioration de la situation financière de l'établissement.*

---

---

<sup>76</sup> L'hôpital de Nanterre et l'établissement Roger-Prévot lancent leur concours d'architecture • HOSPIMEDIA – 09/08/2022

## **6 DES MESURES EXCEPTIONNELLES DURANT LA CRISE SANITAIRE**

### **6.1 Les principaux dispositifs**

À l'annonce du premier confinement en mars 2020, le CASH a mis en place un ensemble de mesures exceptionnelles en réponse à la situation sanitaire, tout en les adaptant aux caractéristiques de ses patients, précaires et exclus.

La première mesure a été d'organiser le confinement pour les 250 sans domicile fixe reçus uniquement de nuit. À la demande de l'ARS, le CASH a par ailleurs ouvert rapidement, au sein de l'établissement, un centre de dépistage et un centre de vaccination pour l'ensemble de la population. Plusieurs actions de dépistage hors-les-murs et de vaccination ont été organisées, sur la ville, dans le centre pénitentiaire des Hauts-de-Seine, ou encore à l'université de Nanterre.

Les patients non précaires ont, quant à eux, bénéficié de la mise en place d'une filière de prise en charge Covid-19, mobilisant plusieurs composantes de l'offre de soins du CASH (augmentation des capacités de l'unité de soins continus, unité de gériatrie Covid, plateforme de médecine polyvalente...).

Pour les sans-abris, le CASH a ouvert une unité de dépistage et de prise en charge, dispositif unique en Ile-de-France, ayant permis l'accueil de 48 patients symptomatiques. L'unité a accueilli des usagers du pôle de médecine sociale ou des personnes sans-abri orientées par la Croix-Rouge française via un dispositif de maraudes dans les Hauts-de-Seine ou orientées par la plateforme régionale.

La mise en place d'un parcours EHPAD/CASH a encadré l'admission directe dans le service de gériatrie aigüe Covid et le partage de l'expertise médicale par une garde médicale commune ainsi qu'un soutien de l'équipe d'hygiène opérationnelle du CASH dans les EHPAD demandeurs. Par ailleurs, ces derniers ont bénéficié d'un accès direct au plateau technique de l'hôpital autant que nécessaire.

Une unité de psychiatrie territoriale Covid a été créée pour les patients atteints de troubles psychiatriques, ne pouvant pas respecter les règles barrières dans leur propre établissement.

En sortie de confinement, les capacités du centre de dépistage au CASH ont été augmentées, afin de répondre à l'objectif national de tester toute personne présentant des symptômes Covid et son entourage. Une consultation post-Covid a aussi été ouverte pour les patients.

### **6.2 L'impact financier**

La gestion de la crise du Covid-19 a entraîné tant des dépenses supplémentaires que des pertes de recettes.

Les dépenses de personnel ont, en juin 2020, représenté un surcoût de 2,4 M€, dont 1,7 M€ sur le budget hospitalier. Ces dépenses sont, pour plus de la moitié, inhérentes aux primes Covid (1,6 M€ pour le CASH tous budgets confondus, dont 1,2 M€ pour le budget principal). Les mesures de remplacement du personnel ont coûté 0,8 M€, dont 0,5 M€ sur le budget hospitalier.

**Tableau n° 25 : Journées d'absence par catégorie en 2020**

	Absences liées au Covid	Tout motifs confondus	% d'absences liées au Covid
Personnels administratifs	1 456	8 998,5	16
Personnels des services de soins	4 776	3 7770	13
Personnels éducatifs et sociaux	754	2 405	31
Personnels médico-techniques	222	1 553	14
Personnels techniques et ouvriers	852	8 120	10

Source : état détaillé de l'absentéisme au CASH de Nanterre en 2020

Le CASH a enregistré une progression de sa masse salariale de 6,5 % entre 2019 et 2020. Elle s'explique principalement par les surcoûts liés à la gestion de la crise sanitaire, le versement de la prime d'attractivité et de la prime grand âge du plan « Investir pour l'hôpital », ainsi que la mise en œuvre du Ségur de la santé via le complément du traitement indiciaire.

Le CASH a dû faire appel à du personnel de soins intérimaire pour faire face aux difficultés de recrutement rencontrées antérieurement à la crise sanitaire, notamment pour le personnel infirmier. L'absentéisme a connu une augmentation de 20 %, portant le taux d'absentéisme de l'établissement à 12,4 % en 2020 (contre 10,2 % en 2019). Les besoins en remplacement ont nécessité 12,32 ETP d'intérim (+ 78,6 %) et un volume d'heures supplémentaires équivalent à 36,02 ETP (+ 42,3 %). Les dépenses supplémentaires en investissement se sont élevées à 0,7 M€.

Le CASH a bénéficié en 2020 des mesures déployées par l'Etat, en particulier des aides en trésorerie, une garantie de financement visant à assurer un seuil minimal de financement à l'activité pour 2020 fondé sur les chiffres d'activité 2019<sup>77</sup> et des dotations complémentaires. Le montant des ressources exceptionnelles de l'ARS, à hauteur de 6,5 M€, a permis au CASH d'atteindre un résultat d'exécution proche de l'équilibre (482 €) au niveau du budget de l'hôpital. Retraité des aides, le résultat sur ce budget aurait donc atteint un déficit de 6,5 M€.

<sup>77</sup> Ordonnance n°2020-309 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale

## ANNEXES

Annexe n° 1. État des restes à recouvrer 2017-2020 .....	50
Annexe n° 2. Projet présenté par le CASH de Nanterre et réserves formulées par le COPERMO .....	51
Annexe n° 3. Contrats à durée indéterminée par fonction entre 2018 et 2021 .....	52
Annexe n° 4. Principales dérogations au principe d'occupation des emplois civils permanents par des fonctionnaires .....	53
Annexe n° 5. Organisation médicale du CASH de Nanterre .....	54
Annexe n° 6. Durées moyennes de séjour au CASH entre 2018 et 2021 .....	55
Annexe n° 7. Glossaire des sigles.....	56

**Annexe n° 1. État des restes à recouvrer 2017-2020**

	Hospitalisés et consultants		Caisses de sécurité sociale		Etat		Département		Autres tiers payants		Autres débiteurs	
	Solde débiteur	Nombre de titres	Solde débiteur	Nombre de titres	Solde débiteur	Nombre de titres	Solde débiteur	Nombre de titres	Solde débiteur	Nombre de titres	Solde débiteur	Nombre de titres
2017	1 022 467,29	7 924	13 974,26	397	2 048,55	94	625 068,26	856	185 459,52	2 884	57 404,48	1 728
2018	1 268 982,44	7 340	2 338,77	62	347,91	17	1 046 554,38	1 840	339 772,34	4 399	42 254,88	186
2019	1 272 858,42	11 360	120 946,53	113	5 787,15	8	1 256 473,43	1 695	294 269,56	2 866	55 001,66	226
2020	1 550 436,53	12 125	35 800 970,39	10 045	35 523,48	353	2 363 361,10	2 356	1 183 589,62	7 286	269 181,15	91
Total RAR (1)	10 291 051,67	58 053	36 035 604,89	10 874	519 502,01	3 520	5 966 781,92	9 920	2 341 667,96	20 168	729 170,95	4 810
Total RAR 2018-2020 (2)	4 092 277,39	30 825	35 924 255,69	10 220	41 658,54	378	4 666 388,91	5 891	1 817 631,52	14 551	366 437,69	503
% (2) / (1)	39,77 %	53,10 %	99,69 %	93,99 %	8,02 %	10,74 %	78,21 %	59,39 %	77,62 %	72,15 %	50,25 %	10,46 %

Sources : comptes de gestion

## Annexe n° 2.    Projet présenté par le CASH de Nanterre et réserves formulées par le COPERMO

Volet du projet	Trajectoire financière	Investissement	Plan de financement	Evolution du site et sa planification	Relocalisation des activités de Roger Prévot	Gouvernance du projet
Hypothèses et prévisions	Retour à l'équilibre en 2021 grâce à une croissance des recettes de 5,3 %, des actions en matière RH et de gestion hôtelière qui permettrait in fine un taux de marge brute de 7 %.	Coût global estimé à 35 M€ déclinés en 7 postes.	Financement reposant sur les recettes de cession prévues en 2020 (21 M€) et 2021 (4 M€) ainsi que les aides de l'ANH (7,7 M€ pour les projets sociaux) et de la CDC (financement des restructurations préalables).	Les chantiers et leur phasage sont répartis sur 4 années (2018 à 2021).	Ne concerne que les capacités d'hospitalisation complètes.	Comprend un comité de pilotage, une équipe projet et un chef de projet. Le CASH est également accompagné dans le pilotage du projet par des cabinets de conseil. La délégation départementale de l'ARS suit le projet mensuellement. Un espace d'accompagnement et d'orientation professionnelle (EAOP) accompagne le changement des personnels concernés.
Réserve du COPERMO	Les hypothèses de croissance sont très ambitieuses et peu crédibles : - un taux de croissance des recettes T2A de 3 % par an bien supérieur au taux de croissance annuel moyen de 2,15 % observés dans les établissements du département ; - absence de documentation explicative sur les hypothèses de croissance bien supérieures aux estimations antérieures ; - des prévisions incohérentes au regard des tendances d'évolution de l'activité du CASH (2014 et 2016).	Le coût global n'intègre pas toutes les dépenses, notamment implicites. Le projet d'investissement et sa déclinaison n'ont pas fait l'objet d'étude de programmation multidisciplinaire permettant d'en sécuriser les aspects urbains, architecturaux, médicaux et financiers.	La trajectoire de la trésorerie affiche un montant négatif à hauteur de 27 M€ en 2019. Le financement de l'opération reste conditionné à des hypothèses incertaines : - les recettes des cessions dépendent, pour les dates, de la mise en œuvre du calendrier des chantiers, pour les montants, de la confirmation de l'estimation par la direction immobilière de l'Etat (DIE) ; - les montants définitifs de l'ANH et la CDC ne sont pas connus.	Tous les principaux paramètres n'ont pas été intégrés dans le calendrier du CASH questionnant la crédibilité du cadencement du tableau de financement.	Le devenir des activités restant sur le site de Moisselles (MAS, IFSI et IFAS) n'est pas explicité.	Le processus de concertation, d'information et de validation avec les organisations et instances représentatives du personnel n'est pas décrit.

*Source : Notification de décision du COPERMO du 31 janvier 2018*

### Annexe n° 3. Contrats à durée indéterminée par fonction entre 2018 et 2021

Année	Nombre de contrats	Année	Nombre de contrats	Année	Nombre de contrats	Année	Nombre de contrats
2018		2019		2020		2021	
Adjoint Administratif	4	Aide-Soignant	10	Adjoint Administratif	1	Adjoint administratif	1
Adjoint des cadres	2	ASH	2	Aide-Soignant	6	Adjoint des cadres	1
Adjoint technique	1	Assistante social	3	Assistante social	2	Aide-Soignant	1
Aide-Soignant	21	Educateur Technique spécialisé		Attaché d'administration	2	Assistante social	2
Assistante sociale	2	Ergothérapeute	2	Directeur	1	Attaché d'administration	3
Cadre socio-éducatif	1	I.D.E.	1	Educateur Technique spécialisé	1	Auxiliaire de puériculture	1
IDE.	29	Masseur-Kinésithérapeute	17	I.D.E.	10	Cadre de pôle	1
Manipulateur radio	1	Orthoptiste	1	Ingénieur	1	Cadre de santé	1
Moniteur éducateur	1	Psychomotricien	1	Masseur-Kinésithérapeute	1	Directeur	1
Ouvrier	1	Technicien de Laboratoire	4	Préparateur en pharmacie	1	I.D.E.	7
Préparateur en pharmacie	2	Technicien supérieur hospitalier	2	Secrétaire médicale	1	Ingénieur	1
Psychologue	3			Technicien de Laboratoire	1	Préparateur en pharmacie	1
Secrétaire médicale	1			Technicien supérieur hospitalier	6	Psychologue	1
Technicien de Laboratoire	1					Psychomotricien	1
						Technicien de Laboratoire	2
						Technicien supérieur hospitalier	2
<b>Total général</b>	<b>70</b>	<b>Total général</b>	<b>45</b>	<b>Total général</b>	<b>34</b>	<b>Total général</b>	<b>27</b>

*Sources : recensement des recrutements en CDI de 2018 à 2021, CASH de Nanterre*

## Annexe n° 4. Principales dérogations au principe d'occupation des emplois civils permanents par des fonctionnaires

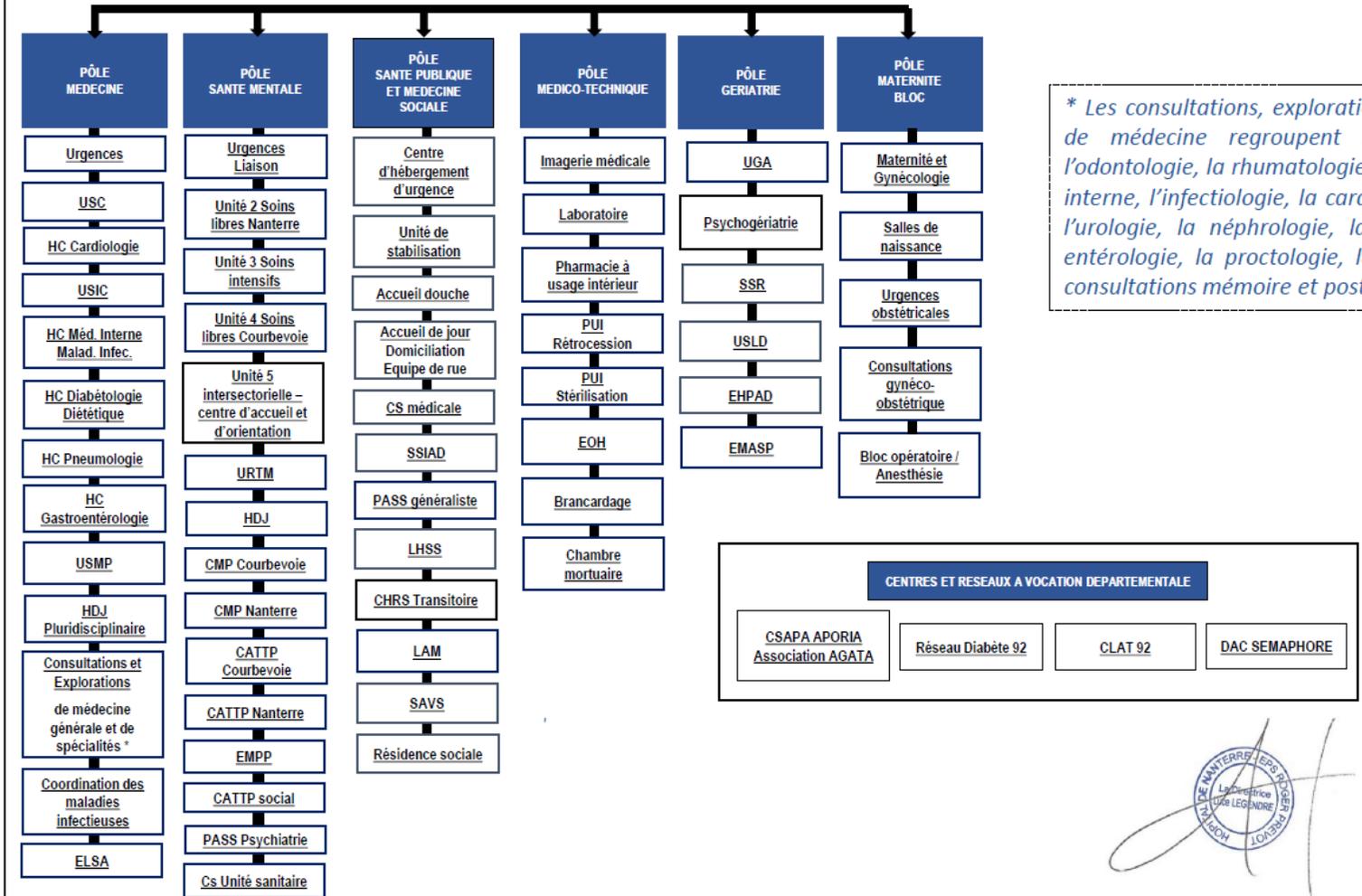
Article	art. 4 de la loi du 11 janvier 1984	art. 4 de la loi du 11 janvier 1984	Article L. 332-2 du code général de la fonction publique
En vigueur	14 mars 2012 au 22 décembre 2019	22 décembre 2019 au 1 <sup>er</sup> mars 2022	Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2022
Contenu	Par dérogation au principe énoncé à l'article 3 du titre Ier du statut général, des agents contractuels peuvent être recrutés dans les cas suivants : 1° Lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes ; 2° <b>Pour les emplois du niveau de la catégorie A</b> et, dans les représentations de l'Etat à l'étranger, des autres catégories, lorsque la nature des fonctions ou les besoins des services le justifient.	Par dérogation au principe énoncé à l'article 3 du titre Ier du statut général, des agents contractuels peuvent être recrutés dans les cas suivants : 1° Lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes ; 2° Lorsque la nature des fonctions ou les besoins des services le justifient, notamment : a) <b><u>Lorsqu'il s'agit de fonctions nécessitant des compétences techniques spécialisées ou nouvelles</u></b> ; b) <b><u>Lorsque l'autorité de recrutement n'est pas en mesure de pourvoir l'emploi par un fonctionnaire présentant l'expertise ou l'expérience professionnelle adaptée aux missions à accomplir à l'issue du délai prévu par la procédure mentionnée à l'article 61<sup>78</sup></u></b> ; 3° Lorsque l'emploi ne nécessite pas une formation statutaire donnant lieu à titularisation dans un corps de fonctionnaires.	Par dérogation à la règle énoncée à l'article L. 311-1, des agents contractuels de l'Etat peuvent être également recrutés dans les cas suivants : 1° En l'absence de corps de fonctionnaires de l'Etat susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes ; 2° Lorsque la nature des fonctions ou les besoins des services le justifient, notamment : a) Pour des fonctions nécessitant des compétences techniques spécialisées ou nouvelles ; b) Lorsque l'autorité de recrutement n'est pas en mesure de pourvoir l'emploi par un fonctionnaire de l'Etat présentant l'expertise ou l'expérience professionnelle adaptée aux missions à accomplir à l'issue du délai prévu par la procédure mentionnée à l'article L. 311-2 ; 3° Lorsque l'emploi ne nécessite pas une formation statutaire donnant lieu à titularisation dans un corps de fonctionnaires de l'Etat.

Source : Légifrance

<sup>78</sup> La durée de publicité du poste vacant ou nouvellement créé dans un espace numérique commun est fixé à 1 mois par l'article 4 du décret n° 2018-1351 du 28 décembre 2018 relatif à l'obligation de publicité des emplois vacants sur un espace numérique commun aux trois fonctions publiques.

## Annexe n° 5. Organisation médicale du CASH de Nanterre

### ORGANISATION MEDICALE DU CASH DE NANTERRE JANVIER 2021



\* Les consultations, explorations et l'éducation thérapeutique du pôle de médecine regroupent la médecine générale, l'ORL, l'OPH, l'odontologie, la rhumatologie, l'orthopédie, l'addictologie, la médecine interne, l'infectiologie, la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, l'urologie, la néphrologie, la dermatologie, la gériatrie, la gastro-entérologie, la proctologie, la chirurgie vasculaire, le CeGIDD et les consultations mémoire et post-urgences.

**Légende**

- **CATTP** : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- **CeGIDD** : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
- **CHAPSA** : centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans abri
- **CLAT** : centre de lutte antituberculeuse
- **CMP** : centre médico-psychologique
- **ELSA** : équipe de liaison et de soins en addictologie
- **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **EMASP** : équipe mobile de soins palliatifs
- **EMPP** : équipe mobile psychiatrie précarité
- **EOH** : équipe opérationnelle d'hygiène
- **HDJ** : hôpital de jour
- **LAM** : lits d'accueil médicalisés
- **LHSS** : lits halte soins de santé
- **PASS** : permanence d'accès aux soins de santé
- **SAVS** : service d'accompagnement à la vie sociale
- **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile
- **SSR** : service de soins et de réadaptation
- **UGA** : unité de gériatrie aigue
- **URTM** : unité de réadaptation et de thérapie de médiation
- **USC** : unité de soins continus
- **USIC** : unité de soins intensifs cardiologiques
- **USLD** : unité de soins longue durée
- **USMP** : unité sanitaire en milieu pénitentiaire



## Annexe n° 6. Durées moyennes de séjour au CASH entre 2018 et 2021

## EVOLUTION DE LA DMS EN HOSPITALISATION COMPLETE

### ANNEE 2018-2021

	Année 2021	Année 2020	Année 2019	Année 2018
<b>DMS</b>				
<i>Unité Covid</i>	7,27	7,49		
<i>Cardiologie</i>	7,39	7,39	6,72	6,58
<i>USIC</i>	4,07	3,89	2,75	2,88
<i>Médecine Interne</i>	10,74	9,96	9,84	8,30
<i>Gériatrie Aigue</i>	11,67	9,85	10,41	10,49
<i>Gastro-Entérologie</i>	1,73	1,95	1,91	1,86
<i>Diabéto-Endocrinologie</i>	9,51	7,38	6,17	6,20
<i>Surveillance Continue</i>	4,75	4,07	3,71	3,21
<i>Urgences UHCD</i>	0,99	1,04	0,94	0,93
<i>Gynéco-Obstétrique</i>	3,67	3,67	3,78	3,84
<b>IPDMS</b>				
<i>Unité Covid</i>	1,067	0,990		
<i>Cardiologie</i>	1,296	1,255	1,121	0,969
<i>USIC</i>	1,200	1,173	1,157	0,995
<i>Médecine Interne</i>	1,499	1,305	1,153	1,006
<i>Gériatrie Aigue</i>	1,095	1,009	1,030	0,981
<i>Gastro-Entérologie</i>	0,879	0,858	0,838	0,729
<i>Diabéto-Endocrinologie</i>	1,565	1,359	1,121	1,148
<i>Surveillance Continue</i>	1,152	1,145	1,033	1,024
<i>Urgences UHCD</i>	1,145	1,086	1,051	0,996
<i>Gynéco-Obstétrique</i>	0,977	0,936	0,954	0,956
<b>PRECARITE CMU AME CIM10</b>				
<i>Unité Covid</i>	36,90%	38,00%		
<i>Cardiologie</i>	31,41%	25,21%	25,56%	24,68%
<i>USIC</i>	22,22%	24,86%	24,73%	23,53%
<i>Médecine Interne</i>	47,13%	50,14%	48,09%	51,95%
<i>Gériatrie Aigue</i>	41,35%	35,83%	36,59%	44,88%
<i>Gastro-Entérologie</i>	27,37%	25,00%	29,29%	24,58%
<i>Diabéto-Endocrinologie</i>	28,37%	28,69%	22,56%	27,79%
<i>Surveillance Continue</i>	38,25%	31,52%	34,27%	42,33%
<i>Urgences UHCD</i>	42,18%	37,66%	33,97%	39,10%
<i>Gynéco-Obstétrique</i>	6,64%	8,04%	12,05%	14,27%

## Annexe n° 7. Glossaire des sigles

<b>ANFH</b>	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
<b>AP-HP</b>	Assistance publique des hôpitaux de Paris
<b>ARES</b>	Accompagnement régional des établissements sensibles
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>AS</b>	Aide-soignant
<b>BAPSA</b>	Brigade d'assistance aux personnes sans-abri
<b>CAC</b>	Commissaire aux comptes
<b>CADES</b>	Caisse d'amortissement de la dette sociale
<b>CASH</b>	Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre
<b>CDD</b>	Contrat à durée déterminée
<b>CDI</b>	Contrat à durée indéterminée
<b>CEGIDD</b>	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
<b>CHAPSA</b>	Centre d'hébergement et d'accueil aux personnes sans-abris
<b>CHRS</b>	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
<b>CHRS LD</b>	Centre d'hébergement et de résidence sociale de longue durée
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, sécurité et des conditions de travail
<b>CLAT</b>	Centre de lutte anti tuberculeuse
<b>CLSM</b>	Conseil local de santé mentale
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CMS</b>	Centre médico-social
<b>CNAF</b>	Caisse nationale d'allocations familiales
<b>COPERMO</b>	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soin
<b>CPOM</b>	Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens
<b>CPTS</b>	Communauté professionnelle territoriale de santé
<b>CRSA</b>	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
<b>CSOS</b>	Commission spécialisée de l'organisation des soins
<b>CSP</b>	Code de santé publique
<b>CTE</b>	Comité technique d'établissement
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>DPO</b>	Délégué à la protection des données
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>DRFIP</b>	Direction régionale des finances publiques
<b>DUERP</b>	Document unique d'évaluation des risques professionnels
<b>EAOP</b>	Espace d'accompagnement et d'orientation professionnelle
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EPRD</b>	État des prévisions de recettes et de dépenses
<b>EPS</b>	Établissement public spécialisé
<b>ESM</b>	Établissement de santé mentale
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>ETPR</b>	Équivalent temps plein rémunéré
<b>FIR</b>	Fonds d'intervention régionale
<b>GHEM</b>	Groupement hospitalier Eaubonne Montmorency
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>GPEC</b>	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
<b>GRH</b>	Gestion des ressources humaines
<b>HTPS</b>	Hôpital et Territoire, Promoteurs de Santé

<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'Etat
<b>IFSI</b>	Institut de formation en soins infirmiers
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IP-DMS</b>	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
<b>IRIS</b>	Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
<b>IRP</b>	Instance représentative du personnel
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>LHSS</b>	Lits halte soins santé
<b>MAHS</b>	Maison d'arrêt des Hauts-de-Seine
<b>MCO</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique
<b>PLFSS</b>	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
<b>PM</b>	Personnel médical
<b>PNM</b>	Personnel non-médical
<b>PPCR</b>	Parcours Professionnels Carrières et rémunérations
<b>PPI</b>	Privés potentiellement indignes
<b>PRAP</b>	Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
<b>PREF</b>	Plan de retour à l'équilibre financier
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>RAR</b>	Restes à recouvrer
<b>RATP</b>	Régie autonome des transports parisiens
<b>ROC</b>	Remboursement des organismes complémentaires
<b>RP</b>	Représentants du personnel
<b>RSA</b>	Revenus de solidarité active
<b>RSS</b>	Résumé standardisé de séjours
<b>RSSI</b>	Responsable de la sécurité des systèmes d'information
<b>SAVS</b>	Service d'accompagnement à la vie sociale
<b>SDA</b>	Schéma directeur architectural
<b>SDSI</b>	Schéma directeur des systèmes d'information
<b>SI</b>	Systèmes d'information
<b>SIAO</b>	Service intégré d'accueil et d'orientation
<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>SSR</b>	Soins de suite et réadaptation
<b>TTA</b>	Temps de travail additionnel
<b>USLD</b>	Unité de soins longue durée
<b>VAST</b>	Veille active des situations de trésorerie



## **REPONSE**

### **DU CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS DE NANTERRE (\*)**

*(\*) Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du Code des juridictions financières.*



## DIRECTION GENERALE

Luce LEGENDRE

Directrice

luce.legendre@ch-nanterre.fr

Meuy SEPHAN

Secrétaire générale

meuy.sephan@ch-nanterre.fr

Assistantes de direction

Katia LESMARIE

Hôpital de Nanterre

01 47 69 65 02

direction@ch-nanterre.fr

Camille CHARLES

EPS Roger Prévot

01 39 35 65 02

direction@eps-rogerprevot.fr



Monsieur Thierry VUGHT

Président

Chambre régionale des comptes

6 cours des Roches

Noisiel – BP 187

77315 Marne-la-Vallée cedex 2

Nanterre, le 14 septembre 2023

N/réf. : LL/MS/CC/KL/2023/137

V/réf. : contrôle n°2022-0026 – Rapport n°2023-0013 R

Objet : réponse à la notification d'observations définitives relatives au contrôle des comptes et de la gestion du centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre

Monsieur le Président,

Par courriel en date du 28 juillet 2023, vous avez bien voulu me transmettre le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes d'Ile-de-France établi consécutivement au contrôle des comptes et de la gestion du Centre d'accueil et de soins hospitaliers pour les exercices 2018 et suivants.

En application des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières et compte tenu de la période estivale, vous avez accordé la possibilité de vous adresser une réponse écrite à ces observations définitives jusqu'au 15 septembre 2023 et je vous en remercie. Je tiens également à vous remercier pour avoir pris en compte dans le rapport d'observations définitives la plupart des remarques formulées dans la précédente note en date du 11 janvier 2023.

Je vous prie de bien vouloir trouver, au terme des présentes, les compléments que je souhaite apporter au rapport d'observations définitives concernant les recommandations de régularité et de performance (A), ainsi que les remarques qu'appellent le rapport d'observations (B).

## **A. Informations complémentaires concernant les cinq recommandations du rapport d'observations définitives**

- Recommandation de régularité 1 : adopter un projet d'établissement, dans le prolongement du projet médical commun, conformément à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique

Les projets socles du projet d'établissement ont été présentés aux instances de chacun des deux établissements :

- Le projet médical commun en novembre 2020 ;
- Le projet de soins commun en octobre 2022 ;
- Le projet social commun en juin 2023 ;

Le projet d'établissement commun dont la rédaction est finalisée pourra désormais être présenté aux instances d'octobre 2023.

- Recommandation de régularité 2 : signer les contrats de pôle avec les chefs de pôle, conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique

Il convient de rappeler que le contrat de pôle ne peut être mis en place qu'à la faveur de l'existence d'un projet de pôle, ce dernier ne pouvant être élaboré qu'à l'aune d'un projet médical commun. Ainsi, bien qu'une réflexion ait été engagée sur la formalisation des contrats de pôle en janvier 2020, l'élaboration du projet médical commun a été priorisée et approuvée en 2020, et les projets de pôle ont pu être présentés au directoire de chaque hôpital. Concernant ceux relevant du CASH, ont été présentés :

- le projet du pôle de santé publique-médecine sociale, en septembre 2020 ;
- le projet du pôle santé mentale, en décembre 2022 ;

Le projet de pôle de médecine, ainsi que celui du pôle de gériatrie sont prêts et seront présentés aux instances d'octobre 2023. Enfin, les deux derniers projets, celui du pôle de maternité et du pôle médico-technique, sont en cours de finalisation et seront présentés aux instances de décembre 2023.

Un travail en vue de la contractualisation a déjà été approfondi, donnant lieu à la définition d'indicateurs communs à l'ensemble des pôles. Ceux spécifiques à chaque pôle sont en cours de détermination par le trio de pôle. Une contractualisation progressive pourra en conséquence être initiée à compter de fin 2023 jusqu'au premier trimestre 2024.

Par ailleurs, et ce depuis plusieurs années, la direction des affaires financières fournit sur la base d'un échange régulier et continu les informations relatives à l'activité hospitalière, ambulatoire et externe des pôles et entretient par ce biais auprès des responsables médicaux une dynamique de dialogue de gestion.

- Recommandation régularité 3 : mettre à jour annuellement le document unique d'évaluation des risques professionnels, conformément à l'article R. 4121-2 du code de la santé publique

Le DUERP a été présenté à la formation spécialisée du 30 juin 2023. Les travaux pour la déclinaison du programme annuel de prévention des risques et de l'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT) qui doit être établi au regard de l'article L. 4121-3-1 du code du travail se dérouleront dans le quatrième trimestre 2023 afin de présenter ce plan d'action à la formation spécialisée de décembre 2023.

La mise à jour du DUERP interviendra de façon régulière et plus particulièrement au travers des visites de services que réaliseront les membres de la formation spécialisée tout au long de l'année.

Par ailleurs, afin de consolider l'axe d'amélioration de la santé au travail, l'infirmière santé au travail, dont le recrutement était prévu sur 2023, a débuté ses missions en janvier 2023.

- Recommandation régularité 4 : dresser un inventaire physique des biens conformément à l'instruction budgétaire et comptable M.21 des établissements publics de santé

La direction des achats et la direction des affaires financières se sont rapprochées à la fin de premier semestre 2023 de sociétés prestataires en vue de recourir à l'une d'elles pour dresser l'inventaire physique des biens en corrélation avec l'état comptable de l'actif déjà établi. L'objectif est d'initier l'inventaire avant la fin de l'année, néanmoins, ce délai sera déterminé par la nécessité de recourir ou non au marché public.

- Recommandation performance 1 : accentuer la démarche de fiabilisation des comptes en s'appuyant notamment sur les ressources pouvant être fournies par les tutelles, pour préparer l'échéance de la certification

L'établissement a, sous l'égide de la direction des affaires financières, depuis le début de l'exercice 2023, structuré une démarche de gestion de projet relative à la préparation de la certification des comptes.

Un comité de pilotage de la certification des comptes a été institué au cours du premier trimestre de l'année et a permis la coordination d'un travail préparatoire commun de l'ensemble des directions fonctionnelles impliquées et du comptable public. Ce travail a conduit notamment à la réalisation de cinq cartographies d'analyse et d'évaluation des risques comptables et budgétaires de l'établissement. Ces avancées ont permis l'objectivation des principaux cycles et processus métier des directions fonctionnelles financières, RH, achats et travaux et doivent aboutir à la définition de mesures spécifiques de contrôle interne.

Parallèlement, la direction des affaires financières a pris l'attache de divers cabinets externes spécialisés en comptabilité publique hospitalière afin de bénéficier d'un accompagnement au long cours. Pour cela, le CASH de Nanterre a sollicité un soutien de l'ARS et obtenu un accord oral pour un financement de cette mission durant trois mois.

- Recommandation performance 2 : en parallèle du projet architectural, mettre en place une équipe dédiée aux chantiers de modernisation de la gestion de l'établissement, en sollicitant l'accompagnement de l'ARS

La mutualisation des services supports du CASH et de l'EPS Roger Prévot, telle que prévue au protocole de juin 2018 signé entre les deux hôpitaux et l'ARS, permettra un renforcement des compétences en capacité de mener à bien le chantier de modernisation de la gestion du CASH. D'ores et déjà, la formation initiale et la formation continue réunies sous la responsabilité d'un seul directeur depuis janvier 2023 permet de mieux s'inscrire dans cette perspective. Les autres directions (achats, logistique, ressources humaines, affaires médicales, finances, travaux) seront mutualisées début 2024.

## **B. Remarques sur le rapport d'observations**

- Page 19 – sur le rapprochement en cours avec le centre hospitalier Roger Prévot, établissement du GHT spécialisé en psychiatrie déjà en direction commune avec le CASH

Il convient de comprendre de la façon suivante la répartition des secteurs de psychiatrie : le CASH prend en charge le secteur de Nanterre et celui de Courbevoie. L'hôpital Roger Prévot couvre quant à lui cinq secteurs du nord des Hauts-de-Seine (Clichy, Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne, Levallois, Asnières, La Garenne-Colombes/Bois-Colombes) dont les patients sont hospitalisés à temps complet à Moisselles (Val d'Oise), exceptés ceux de la Garenne-Colombes/Bois-Colombes dont l'unité d'hospitalisation est implantée sur le site du CASH, mais restent juridiquement rattachés à l'EPS Roger Prévot.

Quant au volet santé mentale du projet médical partagé du GHT, ce dernier n'a pas été élaboré par le CASH, l'hôpital Roger Prévot, l'hôpital Louis Mourier et l'établissement de santé mentale de Rueil-Malmaison. Il s'est appuyé sur le projet commun de psychiatrie du nord des Hauts-de-Seine, construit par les quatre établissements susvisés, dans le cadre du projet territorial de santé mentale 2017-2022.

- Page 24 – sur le recours aux contractuels pour répondre aux vacances de postes nombreuses

Si les métiers administratifs ne peuvent être qualifiés de métiers en tension (hormis pour les assistants sociaux), néanmoins lorsque le CASH de Nanterre publie des annonces pour recruter des attachés d'administration hospitalière, des adjoints des cadres ou des adjoints administratifs (en charge de la paie ou du bureau des entrées ou de la gestion achat) il ne se présente que très peu, voire aucun candidat titulaire de la fonction publique. Pour ce qui concerne les attachés d'administration hospitalière, l'établissement a publié des postes pour les sortants de l'EHESP récemment diplômés. Le recours aux personnels contractuels n'est pas un choix de l'établissement mais est le fait du manque de candidats titulaires.

- Page 28 – sur la mobilité interne

La formulation quant au recrutement de la responsable de formation pourrait laisser entendre que ce poste n'existait pas auparavant. Or, il existe depuis au moins le début des années 2000. Il serait plus adapté d'indiquer que malgré l'absence d'un responsable de formation pendant 10 mois en 2021 au CASH, les plans de formation 2021 et 2022 ont été élaborés comme chaque année. Ces plans ont également fait l'objet, comme antérieurement, de discussions en commission de formation (qui se réunit environ deux fois par an) avant la présentation en comité technique d'établissement.

Enfin, depuis janvier 2023, dans une logique d'optimisation des compétences et de parcours de formation, la formation continue est sous la responsabilité de la directrice des instituts de formation (IFSI, IFAP, IFAS).

- Page 31 – sur la construction du contrôle de gestion interne pour mieux maîtriser les risques

La formalisation des procédures RH, peu existante aujourd'hui, se mettra en place en 2024 avec la mutualisation des équipes RH du CASH et de l'hôpital Roger Prévot (les deux hôpitaux étant en direction commune et le site d'hospitalisation de l'hôpital Roger Prévot à Moisselles ayant vocation à déménager sur le site du CASH). Un consultant mène actuellement une étude sur ce projet afin d'accompagner la direction des ressources humaines dans ce projet de rapprochement. A la faveur de cette transformation, une modernisation de la fonction RH sera mise à l'œuvre.

De même, le travail mené dans le cadre de la certification des comptes permettra d'évaluer les risques en matière de ressources humaines visant ainsi à l'efficacité de la gestion des ressources humaines par la mise en place de mesures.

- Page 32 – sur l’harmonisation de la gestion du temps de travail entre l’hôpital Roger Prevot et le CASH

« deux questions restant en discussion avec la direction des soins et les organisations représentatives du personnel : d’une part, le personnel soumis au pointage, et d’autre part, l’intégration des temps de repas dans le temps de travail effectif »

Ces points ont été finalisés et présentés au comité technique d’établissement le 16 juin 2022.

- Page 33 – sur le dialogue social

L’indicateur réunions de concertation figure bien à la page 70 du bilan social 2021 (28 réunions propres à la direction des ressources humaines en 2021) et figurera dans les documents 2022 et suivants, les éléments de cet indicateur étant suivis désormais.

Concernant l’association des représentants du personnel à la construction du schéma directeur architectural, il convient de rappeler que Les professionnels ont été associés en 12 groupes de travail qui se sont réunis deux fois pour la médecine-obstétrique et trois fois pour la psychiatrie en 2019 en vue de l’élaboration des programmes techniques détaillés (PTD) des nouveaux bâtiments. Les PTD, définis en tenant compte des remarques des groupes de travail, ont été transmis aux équipes de maître d’œuvre en vue de la remise de leurs esquisses. Une fois que les esquisses seront rendues dans le cadre de la phase concours (retardée du fait de la crise sanitaire puis pour des motifs administratifs, cette phase étant également soumise à autorisation), sept groupes de travail formés d’une dizaine de professionnels toutes compétences confondues fourniront une analyse des esquisses. Il est souligné que les thématiques des groupes de travail ont été validés aux instances de décembre 2022.

Enfin, lorsque le lauréat sera retenu, de nouveaux groupes de travail constitués de professionnels des deux hôpitaux seront associés à la conception du nouvel hôpital.

- Page 35- sur l’absence d’un assistant social du personnel

Il convient de préciser que les agents du CASH sollicitent la cadre référent protection sociale de la direction des ressources humaines pour leurs difficultés sociales (aides financières, DALO, prestations familiales, aides exceptionnelles), cette dernière étant habilitée en tant qu’assistante sociale de formation.

- Page 42 – sur le retard des chantiers du schéma directeur architectural

La mise en œuvre du schéma directeur architectural accuse effectivement, à l’instar de nombreux autres établissements, des retards importants, notamment du fait de la crise sanitaire. Cependant, des chantiers ont été amorcés et certains achevés.

Il convient de rappeler que le schéma directeur architectural se dissocie en deux phases. La phase 1 comprend des opérations préalables qui doivent permettre la libération des emprises cédées et le déménagement des services concernés au sein de l’hôpital. La phase 2 consiste à la construction de deux bâtiments hospitaliers dont un qui accueillera les services d’urgences générales, de médecine, de maternité et le plateau médico-technique et l’autre qui accueillera l’activité de psychiatrie.

Une des opérations préalables majeures s’est concrétisée en juillet 2023 à travers l’ouverture du plateau de consultations. Parallèlement, de nombreuses opérations préalables de travaux ont formellement débuté et ont donné lieu à la transmission des éléments relatifs à la phase d’étude-programme, APS (étude d’avant-projet sommaire) et APD (étude d’avant-projet définitive) notamment.

- Page 43 – sur le contrat relatif à la dotation des marges financières du 30 décembre 2021

Concernant les conditions d'évaluation du contrat du 30 décembre 2021 relatif à la dotation pour restauration des marges financières, l'évaluation et le suivi des conditions d'engagement s'inscrivent dans une fréquence annuelle sur une période de 9 ans et non de 9 fois par an comme mentionné dans le rapport.

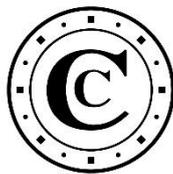
Je vous remercie par avance pour l'attention que vous porterez à la présente réponse et vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma parfaite considération.

La directrice de l'Hôpital de  
Nanterre et de l'EPS Roger  
Prévot



Luce LEGENDRE





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

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives  
est disponible sur le site internet  
de la chambre régionale des comptes Île-de-France :  
[www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france)

**Chambre régionale des comptes Île-de-France**  
6, Cours des Roches  
BP 187 NOISIEL  
77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2  
Tél. : 01 64 80 88 88  
[www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france)