

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE KOUROU

(Département de la Guyane)

Exercices 2018 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 27 août 2024

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	8
1 LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE.....	10
1.1 Un centre hospitalier public récent répondant à des besoins de santé.....	10
1.1.1 Une mise en place contrainte du nouvel établissement.....	10
1.1.2 L'environnement du centre hospitalier	10
1.1.3 Une activité en hausse en médecine et stable en chirurgie et en obstétrique	12
1.2 Une gouvernance instable et fragile	14
1.2.1 La mise en place tardive et des dysfonctionnements du conseil de surveillance.....	14
1.2.2 Une grande instabilité à la direction, un directoire insuffisamment réuni.....	16
1.2.2.1 Une très forte rotation et une prévalence des périodes d'intérim	16
1.2.2.2 Des lacunes dans la délégation de signature.....	16
1.2.2.3 Un directoire insuffisamment mobilisé	17
1.2.2.4 Face à une situation particulièrement dégradée, la mise en place d'une administration provisoire.....	17
1.2.3 Des instances médicales à dynamiser.....	18
1.3 Un défaut majeur de pilotage stratégique et opérationnel.....	19
1.3.1 Un établissement dépourvu des principaux outils de pilotage	19
1.3.1.1 Les outils stratégiques et de pilotage.....	19
1.3.1.2 UN CPOM incomplet et une absence de plan de retour à l'équilibre.....	20
1.3.2 L'amorce de mutualisations et de développement de filières territoriales	21
1.3.2.1 Des carences en matière de commande publique	21
1.3.2.2 Les autres fonctions mutualisées.....	22
1.3.2.3 Le développement des organisations médicales territorialisées	23
1.3.3 Des difficultés de pilotage multifactorielles et non résolues.....	23
2 UNE SITUATION FINANCIERE CRITIQUE.....	25
2.1 L'insuffisante qualité de l'information financière et comptable.....	25
2.1.1 Une procédure budgétaire non conforme	25
2.1.1.1 L'adoption tardive du budget limite l'intérêt prévisionnel de ses données	25
2.1.1.2 Des comptes financiers pour partie incomplets	28
2.1.2 Un actif immobilisé à fiabiliser.....	28
2.1.3 Le principe d'indépendance des exercices non respecté	29
2.1.3.1 Le délai de la journée complémentaire n'est pas suivi	29
2.1.3.2 L'insuffisante maîtrise de la procédure de rattachement des charges.....	30
2.1.3.3 Un report de charges excessif, témoin de la situation tendue de l'établissement.....	30
2.1.3.4 Un rattachement des produits incorrect	31

2.1.3.5	Un suivi des stocks lacunaire	31
2.1.4	La constitution des provisions qui n'appelle pas de remarques significatives.....	31
2.1.5	Une chaîne comptable défaillante	32
2.1.5.1	Une comptabilité d'engagement quasi-inexistante	32
2.1.5.2	Les recettes non titrées ou mal imputées	32
2.1.5.3	Une chaîne de facturation et de recouvrement à mieux maîtriser	34
2.2	Une situation financière non soutenable	35
2.2.1	Une situation financière critique, hors aides exceptionnelles	35
2.2.2	Le cycle d'exploitation structurellement déséquilibré	38
2.2.2.1	Un déséquilibre structurel majeur.....	38
2.2.2.2	Des produits d'activité insuffisants	38
2.2.2.3	Des charges de fonctionnement excessives	39
2.2.2.4	Face à l'impossible redressement, une réflexion à conduire sur le positionnement de l'établissement	40
2.2.3	Un cycle d'investissement dépendant de subventions	41
2.2.3.1	Un niveau élevé de subventions d'investissement.....	41
2.2.3.2	Une augmentation des dépenses d'investissement en fin de période	42
2.2.3.3	Un achat disproportionné : le robot chirurgical	43
2.2.4	De fortes tensions sur la trésorerie liées au défaut de pilotage et de maîtrise de la chaîne comptable	44
3	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	46
3.1	Les conditions financières du transfert des agents entre les deux établissements.....	47
3.1.1	Le personnel médical	48
3.1.1.1	Des niveaux de rémunération excessifs	48
3.1.1.2	Une annualisation du temps de travail des praticiens à temps partiel pénalisante pour l'établissement.....	49
3.1.2	Le personnel non médical	50
3.1.2.1	La transformation des contrats de droit privé en droit public dans des conditions excessives	50
3.1.2.2	Une intégration d'une partie du personnel dans la fonction publique hospitalière dans des conditions irrégulières et onéreuses.....	51
3.1.3	Mesures communes à l'ensemble des agents	52
3.1.3.1	Un régime de congés exorbitant du droit commun et onéreux pour l'établissement.....	52
3.1.3.2	La prise en charge exorbitante d'un aller-retour annuel entre l'Hexagone et la Guyane pour les agents et leurs ayants droits	53
3.1.3.3	Une prime irrégulière pour la prise en charge de la mutuelle	54
3.2	Des rémunérations onéreuses et irrégulières pour compenser le défaut d'attractivité.....	54
3.2.1	Des rémunérations de base élevées et pour partie irrégulières.....	55
3.2.1.1	Les praticiens contractuels rémunérés à des niveaux très supérieurs à la réglementation	55
3.2.1.2	Les contrats de cliniciens	57
3.2.1.3	Les remplacements de courte durée à des conditions excessives	57
3.2.1.4	Des anomalies relatives au personnel non médical	58
3.2.2	Les indemnités et variables de paie	59
3.2.2.1	Le versement irrégulier d'une prime dite de « <i>vie chère</i> » aux agents contractuels.....	59

3.2.2.2	Autres primes et indemnités versées indûment	60
3.2.2.3	Les astreintes médicales en voie de régularisation	60
3.2.2.4	Les astreintes du personnel non médical	62
3.2.2.5	Le maintien partiel irrégulier de la rémunération en cas de jours de grève	62
3.2.3	Les avantages en nature à déclarer	63
3.3	Un pilotage des ressources humaines à mettre en place.....	65
3.3.1	Une gestion publique mise en place à marche forcée et contrainte par un dialogue social conflictuel.....	65
3.3.2	Un pilotage des effectifs et de la masse salariale à améliorer	66
3.3.3	Une organisation du travail médical coûteuse en effectifs.....	67
3.3.3.1	L'établissement des tableaux de service.....	67
3.3.3.2	Un dispositif d'indemnisation et de récupération des astreintes irrégulier	67
3.3.3.3	Un nombre de lignes d'astreintes opérationnelles excessif	68
3.3.4	L'absence de politique ressources humaines formalisée.....	69
ANNEXES	71
Annexe n° 1.	Glossaire.....	72
Annexe n° 2.	Données activité, gouvernance et pilotage.....	74
Annexe n° 3.	Données situation financière et fiabilité des comptes	75
Annexe n° 4.	Données gestion des ressources humaines	77

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Kourou (CHK) est un établissement public de santé atypique à bien des égards. Fruit des revendications sociales du printemps 2017 en Guyane, portant sur un renforcement des services publics à la population, il résulte de la reprise d'activité du centre médico-chirurgical de Kourou (CMCK) au 1^{er} janvier 2018. Cette structure hospitalière de taille modeste (114 lits et places installés), propose une offre de soins de proximité sur l'ensemble des champs de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique et quelques prises en charge uniques sur le territoire guyanais. Son budget avoisine les 60 M€ et il emploie une cinquantaine d'équivalent temps plein (ETP) médicaux et près de 370 ETP non médicaux.

Au défi de mettre en place un établissement public de santé (EPS) a succédé la crise sanitaire. Aussi deux enjeux cruciaux, identifiés dès l'origine, n'ont été que très partiellement pris en compte depuis le transfert : l'évaluation du périmètre et de la nature des prises en charge dans un contexte financier notoirement dégradé et la coordination des activités sur le territoire, notamment dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT). De la sorte, les déséquilibres financiers structurels du CMCK ont été amplifiés dans le nouvel établissement public de santé. Des agents ont été repris avec des conditions équivalentes ou plus favorables. Début 2024, des prestataires extérieurs intervenaient toujours au CHK sur la base de conventions de l'ancien CMCK, sans aucune mise en concurrence.

La gouvernance de l'établissement n'a jamais trouvé son équilibre. L'appropriation laborieuse des instances d'un établissement public, la forte rotation à la tête de l'établissement, un engagement médical limité et des tensions sociales rémanentes n'ont pas permis de définir une vision partagée. La chambre relève ainsi l'absence de tout document structurant, pourtant obligatoire à l'instar du projet d'établissement, du projet médico-soignant ou du projet social. S'en suit une absence de pilotage, faute d'orientation et d'outils indispensables. Le développement des coopérations territoriales et des mutualisations dans le cadre du GHT et du futur centre hospitalier régional universitaire est à approfondir pour favoriser les effets d'échelle et la continuité des soins.

L'examen de la fiabilité des comptes ne permet pas de considérer les montants présentés aux bilans et aux comptes de résultat comme fiables. Néanmoins la situation financière du CHK est structurellement insoutenable. Hors aides exceptionnelles, l'établissement se trouve, dès l'origine, dans une impasse financière majeure. Ces aides notifiées, hors mesures consécutives à la crise sanitaire, ont atteint 73 M€ en six ans, soit près de trois années de produits financés à l'activité. Pour autant des investissements très conséquents ont eu lieu les deux dernières années, largement subventionnés par des crédits nationaux et européens, mais démesurés eu égard à la trajectoire financière.

La gestion des ressources humaines a été marquée par la reprise des anciens agents du CMCK et par une stratégie d'attractivité forte vis-à-vis des médecins principalement. S'en suivent des irrégularités et des choix de gestion, pour partie contraints mais néanmoins coûteux pour l'établissement. La chambre estime à 7 M€ minimum en 2022 ces surcoûts indus, soit 20 % de la masse salariale. En 2024, ils atteindraient 2 M€. Les émoluments des médecins notamment vont très au-delà de ceux de l'Hexagone et même des autres centres hospitaliers guyanais. Les démarches de régularisation et de normalisation engagées doivent être poursuivies et une politique ressources humaines formalisée.

RECOMMANDATIONS

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

Recommandations (régularité)

	Totalement mis en œuvre	Mise en œuvre en cours*	Mise en œuvre incomplète	Non mis en œuvre*	Page
Recommandation n° 1 : <i>Elaborer chaque année un rapport d'activité, soumis à la délibération du conseil de surveillance, en application de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.</i>				X	15
Recommandation n° 2 : <i>Adopter un projet d'établissement conformément à l'article L. 6143-2 du CSP.</i>				X	19
Recommandation n° 4 : <i>Réaliser le retraitement comptable conformément à l'article R. 6145-7 du CSP</i>				X	19
Recommandation n° 5 : <i>Établir l'inventaire physique des biens immobiliers et mobiliers conformément à l'article 53 du décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique et aux chapitres 1 et 2 de l'instruction budgétaire M21.</i>				X	28
Recommandation n° 6 : <i>Contrôler l'exhaustivité des recettes titrées et assurer le suivi de celles perçues avant émission de titre en lien avec le comptable conformément à l'article 58 du décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique et aux chapitres 1 et 2 du tome 1 de l'instruction budgétaire et comptable M21.</i>				X	34
Recommandation n° 7 : <i>Evaluer les incidences budgétaires des projets d'investissement et les intégrer dans les prévisions du plan global de financement pluriannuel (PGFP) conformément à l'article R. 6145-65 du CSP.</i>				X	44
Recommandation n° 8 : <i>Mettre en conformité les contrats des médecins avec le plafond des émoluments fixé à l'article R. 6152-355-1 du CSP.</i>		X			56
Recommandation n° 10 : <i>Fixer les lignes directrices de gestion conformément à l'article L. 413-1 du code général de la fonction publique.</i>		X			68

Recommandations (performance)

	Totalement mis en œuvre	Mise en œuvre en cours*	Mise en œuvre incomplète	Non mis en œuvre*	Page
Recommandation n° 3 : <i>Mettre en œuvre un dialogue de gestion interne s'appuyant sur une approche médico-économique.</i>				X	19
Recommandation n° 9 : <i>Limiter les astreintes forfaitisées aux spécialités pour lesquelles les sollicitations sont élevées.</i>		X			67

* Voir notice de lecture

NOTICE DE LECTURE	
SUR L'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DES RAPPELS AU DROIT ET DES RECOMMANDATIONS	
<i>Les recommandations de régularité (rappels au droit) et de performance ont été arrêtées après examen des réponses écrites et des pièces justificatives apportées par l'ordonnateur en réponse aux observations provisoires de la chambre.</i>	
Totalement mise en œuvre	L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre la totalité des actions ou un ensemble complet d'actions permettant de répondre à la recommandation, même si les résultats escomptés n'ont pas encore été constatés.
Mise en œuvre en cours	L'organisme contrôlé affirme avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires au respect de la recommandation et indique un commencement d'exécution. L'organisme affirme, de plus, avoir l'intention de compléter ces actions à l'avenir.
Mise en œuvre incomplète	L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires sans exprimer d'intention de les compléter à l'avenir.
Non mise en œuvre	Trois cas de figure : <ul style="list-style-type: none"> - l'organisme contrôlé indique ne pas avoir pris les dispositions nécessaires mais affirme avoir l'intention de le faire ; - ou il ne précise pas avoir le souhait de le faire à l'avenir ; - ou il ne fait pas référence, dans sa réponse, à la recommandation formulée par la chambre.

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Kourou à compter de 2018 a été ouvert le 20 décembre 2023 par lettres du président de la chambre régionale des comptes (CRC) de Guyane adressées à l'ordonnateur en fonctions, M. Pierre THEPOT, administrateur provisoire, et à chacun des cinq anciens ordonnateurs.

Le contrôle a porté sur la gouvernance, le pilotage de l'établissement, sa situation financière et les ressources humaines.

Les entretiens de début de contrôle ont eu lieu entre le 27 décembre 2023 et le 9 février 2024. En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières (CJF), les entretiens de fin de contrôle se sont tenus aux dates suivantes.

Tableau n° 1 : Ordonnateurs et dates des entretiens de fin de contrôle

Ordonnateur	Nomination	Période	Date d'entretien de fin de contrôle
M. Pierre THEPOT	Administrateur provisoire	Du 27/09/2023 au 26/03/2024	22/03/2024
Mme Monica BOSI	Directrice	Du 01/11/2021 au 26/09/2023	15/04/2024
M. Bernard ROEHRICH	Directeur par intérim	Du 01/03/2021 au 30/10/2021	16/04/2024
Mme Danielle Marie BELGODERE	Directrice par intérim	Du 15/02/2021 au 28/02/2021	15/04/2024
M. Sébastien FIRROLONI	Directeur par intérim	Du 15/08/2020 au 14/02/2021	16/04/2024
M. Christophe ROBERT	Directeur par intérim	Du 30/04/2019 au 14/08/2020	16/04/2024
	Directeur	Du 15/07/2018 au 29/04/2019	
	Directeur par intérim	Du 01/10/2017 au 14/07/2018	

Source : CRC de Guyane d'après les arrêtés de nomination

La chambre, dans sa séance du 13 mai 2024, a arrêté les observations provisoires. Elles ont été communiquées aux anciens ordonnateurs et à l'ordonnateur en fonctions, M. BOURIAT, au moment de leur notification.

Des extraits ont également été adressés à onze tiers, pour ce qui les concernait. Six d'entre eux ont répondu. Le directeur général de l'agence régionale de santé a également répondu.

Après avoir examiné les réponses obtenues, la chambre, dans sa séance du 27 août 2024, a arrêté les observations définitives suivantes.

Le centre hospitalier de Kourou

Le centre hospitalier de Kourou (CHK), établissement public de santé, se situe dans la ville spatiale de Kourou (24 805 habitants) à 60 km de Cayenne. Il est issu de la transformation, au 1^{er} janvier 2018, du centre médico-chirurgical de Kourou (CMCK), établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) géré par la Croix-Rouge française en hôpital public.

Cette transformation a été actée dans le cadre des accords de Guyane du 21 avril 2017. La mise en œuvre a été rapide : par arrêté n° 154/ARS/DROSMS en date du 10 octobre 2017, était créé avec date d'effet au 1^{er} octobre 2017 un nouvel établissement public de santé et le transfert d'activité s'est opéré le 1^{er} janvier 2018.

Avec une capacité de 114 lits et places installés¹, le CHK assure une activité de proximité de court séjour en médecine, en chirurgie, en obstétrique (MCO) et certaines activités de recours à l'échelle du territoire guyanais. Il dispose d'une maternité de niveau intermédiaire² avec une unité de néonatalogie et a assuré 759 naissances en 2023. Son plateau technique est composé de quatre blocs opératoires, d'un scanner, d'une imagerie par résonance magnétique (IRM), de trois salles de radiologie et de deux salles de naissance. Il est doté également d'un service d'accueil des urgences (SAU), ouvert en continu et ayant dénombré plus de 19 000 passages en 2023 et d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), calibrés pour intervenir au centre spatial de Kourou.

Son budget consolidé 2022 est de 58,5 M€ et il emploie 51 ETP médicaux et 365 ETP non médicaux cette même année .

Le centre hospitalier de Kourou est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Guyane, avec les centres hospitaliers de Cayenne et de l'Ouest guyanais. Les fonctions mutualisées, notamment pour les achats et le système d'information, ont été mises en place et sont portées par l'établissement support, le CH de Cayenne.

¹ Le lit suppose que le patient y passe au moins une nuit, une place peut être occupée par plusieurs patients en 24 h.

² La maternité du CHK de niveau IIA est associée à un service de néonatalogie lui permettant de prendre en charge des grossesses de complexité modérée.

1 LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE

1.1 Un centre hospitalier public récent répondant à des besoins de santé

1.1.1 Une mise en place contrainte du nouvel établissement

La contestation des agents du CMCK, ESPIC relevant de la Croix-Rouge Française contre un projet de cession à un opérateur privé lucratif a été à l'origine de l'important mouvement social survenu en Guyane au printemps 2017. Les premiers blocages intervenus le 20 mars 2017 ont paralysé la ville et empêché le fonctionnement de la base spatiale avant de s'étendre sur le territoire.

L'accord de Guyane du 21 avril 2017³ conclu entre le « *Kolectif Pou Lagwiyann Dékolé* », l'État et les élus de Guyane acte l'« *abandon du projet de cession du CMCK en faveur d'un projet s'inscrivant dans le secteur public* » prévu dans le plan d'urgence. Par courrier à cette même date, la ministre de la santé confirme la création d'un établissement public de santé autonome à Kourou, dont les actions seront « *étroitement coordonnées avec celles du secteur hospitalier guyanais* » et « *s'inséreront dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire* ». Un directeur préfigurateur du CH, rattaché à l'agence régionale de santé (ARS), est alors nommé. Le nouvel établissement est créé en octobre 2017⁴ et reprend l'activité le 1^{er} janvier 2018.

L'ARS participe au dialogue sur les modalités de reprise des agents avec le syndicat majoritaire du CMCK. En octobre 2017, le directeur général adjoint de l'ARS et le représentant de l'organisation syndicale signent un document issu d'un tableur. Il retrace les avancées des négociations et identifie les points d'accord et les sujets en suspens, notamment sur la prise en compte de certains avantages antérieurs. Ce document ne se présente pas comme un protocole d'accord. Pour l'organisation syndicale précitée, il a force de protocole d'accord. La chambre s'interroge toutefois sur la portée juridique d'un tel document, dont les conséquences financières sont importantes pour la gestion du nouvel établissement sous la période contrôlée.

Le contexte politique et social entourant la mise en place du centre hospitalier a imposé un cadre d'action contraint aux premiers gestionnaires publics du CHK, les agents du CMCK disposant d'un pouvoir de négociation important.

1.1.2 L'environnement du centre hospitalier

L'action du CHK s'inscrit dans un environnement aux conditions démographiques et sanitaires défavorables. Il est implanté dans un territoire urbanisé pour la Guyane mais où la densité reste faible (11,5 habitants au km² en 2020). La population est en diminution constante depuis 2014, malgré un taux de natalité élevé à 25,6 pour 1 000 en 2020 et une forte immigration

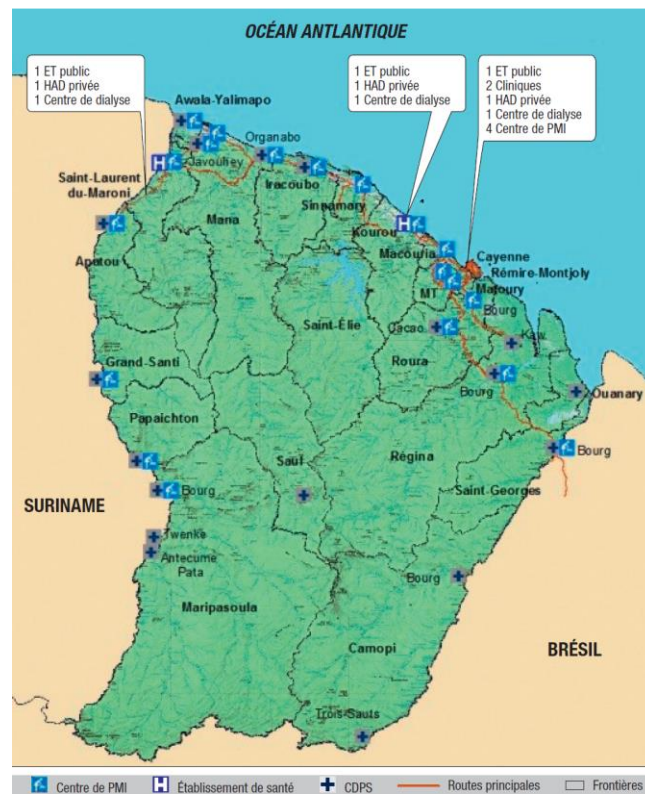
³ Publié au journal officiel du 2 mai 2017

⁴ Par arrêté n° 154/ARS/DROSMS en date du 10 octobre 2017 avec date d'effet au 1er octobre 2017

(33 % de la population est issue de l'immigration, principalement du Surinam, du Brésil et d'Haïti). L'âge moyen est de 28 ans. La fécondité en Guyane est nettement supérieure à celle observée en France hexagonale (3,52 contre 1,98 enfants par femme). L'espérance de vie est moins élevée que dans le reste de la France et la région est fortement frappée par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites et la tuberculose.

La Guyane compte deux autres établissements publics de santé le CH de Cayenne (60 km à l'Est de Kourou) et CH de l'Ouest Guyanais à Saint Laurent du Maroni (200 km à l'Ouest). Ces trois EPS font partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Guyane, le CH de Cayenne en étant l'établissement support. Sur son bassin, le CH de Kourou est l'unique établissement de santé à proposer une prise en charge en médecine-chirurgie-obstétrique. Il n'y a pas de capacité d'accueil en soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie.

Carte n° 1 : Infrastructures de soins en Guyane en 2019



Source : ARS de Guyane

En termes de démographie des professions de santé, avec 242,2 médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2023 contre 339,2 au niveau national, la région de la Guyane présente la densité la plus faible de France après Mayotte⁵. La situation est identique pour le personnel infirmier avec une densité de 609 pour 100 000 habitants contre 945 au niveau

⁵ Source : DREES, Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 ; la Guyane compte une forte présence de médecins hospitaliers (148 pour 100 000 habitants contre 107 en moyenne, soit le taux régional le plus élevé de France).

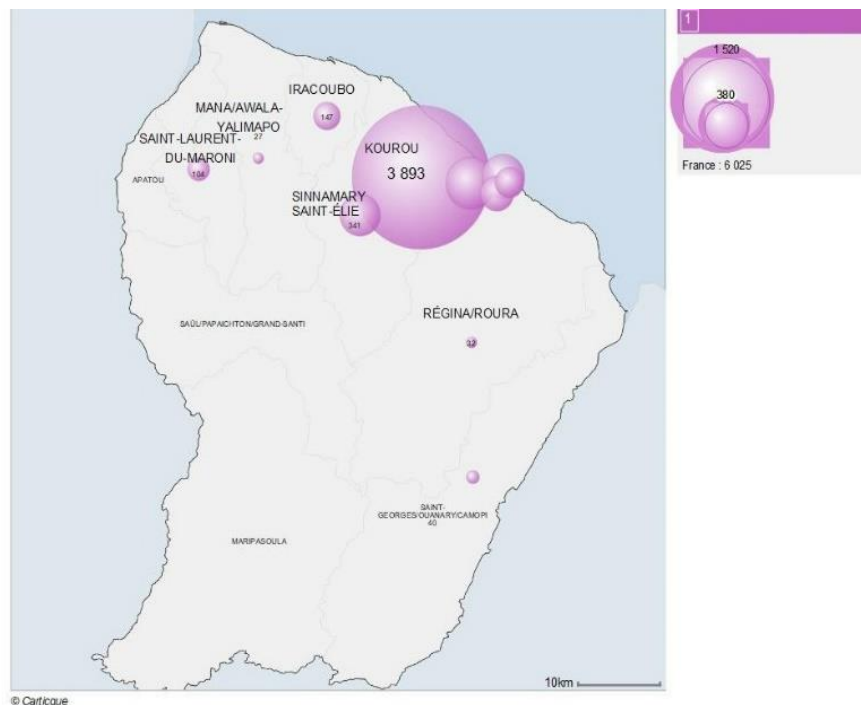
national. Le CHK fait face à un enjeu fort de recrutement et de fidélisation de son personnel médical (PM).

Le plan régional de santé (PRS) 2018-2028 pour la Guyane porte l'objectif capacitaire du CHK à quatre lits de soins intensifs polyvalents, lits effectivement ouverts suite à la crise sanitaire, durant laquelle une « réanimation éphémère » avait été mise en place. En matière de biologie médicale, réalisée par un opérateur privé, le PRS fixait comme objectif la pérennisation de l'activité en adéquation avec les besoins hospitaliers. Le rôle de pilote de la cancérologie attribué au CH de Kourou en 2018, n'est plus mentionné en 2023 eu égard à l'évolution de la stratégie territoriale.

1.1.3 Une activité en hausse en médecine et stable en chirurgie et en obstétrique

Avec une capacité de 114 lits et places⁶, le CHK assure une activité de proximité de court séjour en médecine, en chirurgie et en obstétrique avec une maternité de niveau IIA, avec une unité de néonatalogie. Sa zone d'attractivité se limite aux bassins de Kourou et des savanes. Quelques-unes de ses prises en charge attirent à l'échelle régionale, à l'instar de l'urologie.

Carte n° 2 : Activité 2021, provenance des patients, tous séjours médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)

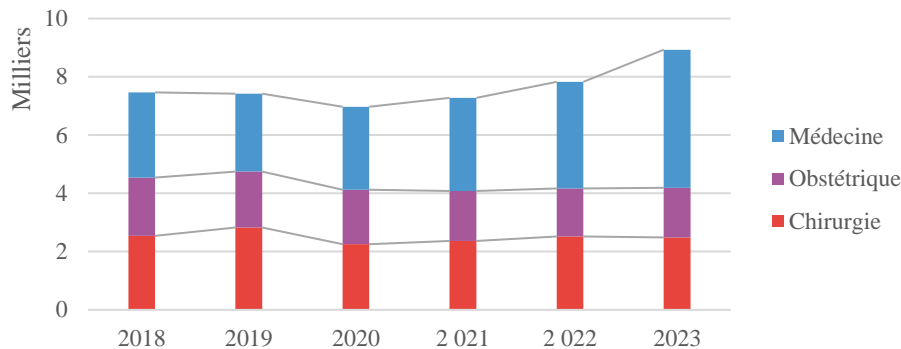


Source : ATIH, Scansanté

⁶ Le lit suppose que le patient y passe au moins une nuit, une place peut être occupée par plusieurs patients en 24 h. Cf. annexe 2.

En 2021, la part de 28 % des séjours de chirurgie était supérieure à la moyenne de 15 % dans les EPS français. Le taux est inférieur à 10 % dans les deux autres centres hospitaliers guyanais⁷.

Tableau n° 1 : Evolution de l'activité en hospitalisation par secteur (en milliers de RUM)



Source : CRC de Guyane, d'après les données du CHK (nombre de RUM)⁸

Durant la crise sanitaire, une unité de réanimation éphémère de quatre lits⁹ a été ouverte. Dans le cadre des adaptations, 231 interventions chirurgicales ont été annulées en 2020. En raison d'un *cluster* touchant le personnel, la moitié des lits de l'unité de médecine a été fermée durant une semaine en avril 2021. En 2023, le CHK n'a pas encore retrouvé son niveau de prise en charge chirurgicale d'avant crise mais a connu une augmentation notable de séjours en médecine, liée notamment au développement de l'activité de diabétologie et à l'épidémie de dengue en fin d'année.

En décembre 2022, la haute autorité de santé (HAS) a certifié la qualité de la prise en charge avec quatre recommandations d'amélioration, soit à un niveau B¹⁰. C'est une amélioration notable puisqu'en octobre 2019 la HAS avait prononcé un sursis à statuer¹¹.

L'enquête e-Satis¹² mesure la satisfaction des patients pris en charge à l'hôpital. En hospitalisation, moins de la moitié des patients ayant répondu recommanderait certainement cet

⁷ Diagnostic d'activité et financier du CHK pour l'ARS de Guyane, présenté au conseil de surveillance en mars 2023.

⁸ RUM : résumé d'unité médicale correspondant au passage d'un patient dans une unité médicale. Un séjour peut comprendre plusieurs RUM en cas de prise en charge dans plusieurs unités lors d'un même séjour

⁹ Deux lits ont été installés à compter du 9 mars 2021. La capacité maximale a atteint quatre lits de réanimation plus deux lits de soins continus du 15 juin au 4 novembre 2021.

¹⁰ Sur la base de la V2014, les quatre recommandations d'amélioration portent sur le management de la qualité et des risques, le management de la prise en charge médicamenteuse du patient, le dossier patient et la prise en charge des urgences et des soins non programmés.

¹¹ Niveau D. Décision N° 2019.0560/CCES/SCES-32749 du 22/10/2019 de la commission de certification des établissements de santé portant sur la procédure de certification de l'établissement de santé

¹² Ce dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients repose sur les réponses des patients à un questionnaire à l'issue de leur prise en charge.

établissement, cette proportion atteint 60 % pour la chirurgie ambulatoire. Ces résultats, faibles à l'échelle nationale, sont les meilleurs de Guyane pour les EPS¹³.

1.2 Une gouvernance instable et fragile

1.2.1 La mise en place tardive et des dysfonctionnements du conseil de surveillance

Le pilotage stratégique de l'hôpital et le contrôle permanent de sa gestion sont assurés par un conseil de surveillance (CS), dont certaines actions posent question au regard des obligations législatives et réglementaires fixées par le code de la santé publique (CSP).

Le premier CS s'est tenu quinze mois après la mise en place de l'établissement, le 26 mars 2019. Sa composition a été fixée par un arrêté de l'ARS du 13 décembre 2018 avec quinze membres en raison de son caractère intercommunal. Deux présidents se sont succédés, d'abord M. RINGUET, maire de Kourou, élu le 26 mars 2019, puis Mme PAPAIX-PUECH, sa 9^{ème} adjointe en charge de la santé, élue le 31 mars 2021¹⁴.

Le minimum de quatre réunions annuelles du CS fixé par la réglementation¹⁵ n'est atteint que depuis 2021¹⁶.

En réponse aux observations provisoires, son ancien président et sa présidente actuelle indiquent qu'outre l'exercice d'une fonction nouvelle pour le Maire, la crise sanitaire a perturbé les instances.

En 2023, la deuxième réunion de l'année s'est tenue avec seulement trois des quinze membres suite à l'absence de quorum constatée une semaine plus tôt. Si un tel niveau de participation n'entache pas les décisions prises par le CS, cette situation traduit néanmoins la désaffection d'une majorité de ses membres. La quatrième réunion n'a pas eu lieu en raison de la suspension des attributions du conseil induite par la mise en place de l'administration provisoire¹⁷. Toutefois un point d'information a réuni les administrateurs provisoires et cinq membres du CS. Plusieurs comptes-rendus sont manquants sur la période contrôlée. De novembre 2022 à septembre 2023 aucun n'a été approuvé, la plupart n'étant pas préparée, en raison notamment de la charge de travail de l'agent chargé de leur réalisation, alors qu'il convient de les adresser aux membres du conseil dans les quinze jours¹⁸.

Les compétences du CS, fixées notamment à l'article L. 6143-1 du CSP, n'ont été que partiellement exercées. Cette instance a par deux fois refusé la mise en place d'une direction

¹³ Le CH de Cayenne a des taux inférieurs et le CHOG n'a pas participé à la démarche, cf. www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques. Données consultées en mars 2024.

¹⁴ Le Maire a désigné son adjointe déléguée à la santé pour le représenter par arrêté municipal début octobre 2020.

¹⁵ Article R. 6143-11 du CSP.

¹⁶ Cf. annexe 2.

¹⁷ Article L. 6143-3-1 du CSP « *Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires.* ».

¹⁸ Article R. 6143-15 du CSP.

commune avec le CH de Cayenne. Lors de sa première réunion en 2019, elle a en revanche émis un avis favorable à l'adhésion au GHT de Guyane.

Le CS ne s'est pas prononcé sur le compte financier de l'exercice 2018 ni sur l'affectation du résultat. L'ARS s'y est substituée le 20 janvier 2020, conformément à l'article L. 6145-2 du CSP, soit plus de six mois après le délai légal¹⁹. Il a délibéré sur le compte financier et sur l'affectation du résultat de l'exercice 2019 le 10 mai 2021, soit plus de six mois après le délai fixé au 31 octobre 2020²⁰. Le CS du 6 juillet 2021 a été informé d'un résultat consolidé de -2 293 480 euros et n'a pas procédé à un vote pour son affectation²¹. La présidente du CS a néanmoins signé une délibération d'affectation en report à nouveau de - 8 687 388 euros, correspondant au déficit du seul exercice 2020 et non au résultat cumulé qu'il convenait d'affecter. La situation s'est normalisée depuis.

Le conseil n'a pas délibéré²² sur le rapport d'activité annuelle, présenté par le directeur, ni sur le projet d'établissement. Seules des présentations synthétiques des données d'activité et faits marquants ont été présentées ce qui ne permet l'information de l'organe. Ainsi l'information du CS n'est qu'imparfaitement assurée.

Dans le même temps, le conseil de surveillance, s'est saisi de sujets sur lesquels il n'a pas compétence. En décembre 2022, suite à une procédure disciplinaire engagée à l'encontre d'agents, sa présidente, par ailleurs ancien médecin du CMCK, a été invitée à participer à une commission médicale d'établissement (CME) restreinte afin de débattre des mesures correctrices. En juillet 2023, il a été convoqué²³ avec comme point unique à l'ordre du jour le conflit social en cours, qui ne relève pas directement de sa compétence.

En conséquence, la chambre rappelle à l'établissement la nécessité d'assurer un fonctionnement du conseil de surveillance conforme au champ de compétences et aux obligations fixées par le CSP à l'issue de l'administration provisoire.

¹⁹ Fixé au 30 juin par l'article R. 6145-46 du CSP.

²⁰ Le décret n° 2020-657 du 30 mai 2020 adaptant temporairement les délais d'adoption des comptes et des actes budgétaires des établissements de santé en raison de l'épidémie de covid-19 a étendu au 31 octobre le délai fixé au 30 juin par l'article R. 6145-46 du CSP.

²¹ En présence d'un déficit consolidé, les membres du conseil de surveillance n'avaient dans les faits qu'un choix d'affectation possible.

²² Conformément à l'article L. 6143-1 du CSP alors en vigueur.

²³ Sur demande du tiers de ses membres, ce qui est réglementaire.

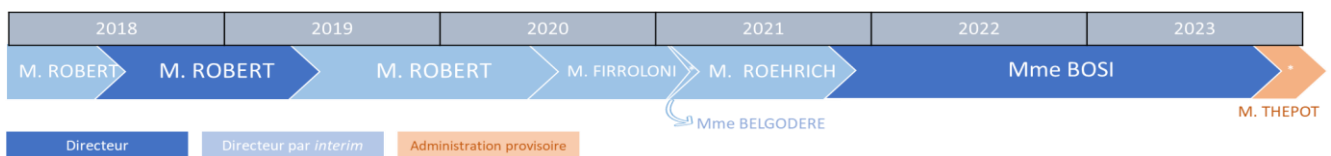
Recommandation n° 1. (Régularité) Elaborer chaque année un rapport d'activité, soumis à la délibération du conseil de surveillance, en application de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

1.2.2 Une grande instabilité à la direction, un directoire insuffisamment réuni

1.2.2.1 Une très forte rotation et une prévalence des périodes d'intérim

La direction du centre hospitalier a connu une très forte instabilité. Du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2023, six ordonnateurs différents ont été en responsabilité. Sur six années (2018-2023), la direction a été assurée par des directeurs par intérim pendant plus de trente-six mois, soit la moitié du temps. Cette situation atypique s'explique par les délais de nomination effective du premier directeur, puis par l'impossibilité de procéder à un recrutement pérenne pendant la crise sanitaire.

Schéma n° 1 : Directeurs du CHK – 2018-2023



Source : CRC de Guyane

La forte rotation à la tête du CHK a limité sa capacité à conduire les adaptations structurelles et les mises à niveau nécessaires de sa gestion. Les successions rapides, avec des objectifs nécessairement circonscrits, ont également fait obstacle à l'élaboration d'une stratégie de moyen terme. Ces changements dans la gouvernance se sont accompagnés de fragilités administratives substantielles.

1.2.2.2 Des lacunes dans la délégation de signature

Les dispositions combinées des articles L. 6143-7²⁴ et D. 6143-33²⁵ du CSP permettent au directeur de déléguer, sous sa responsabilité, sa signature. De 2018 à 2023, aucune décision de délégation n'a été publiée au recueil des actes administratifs²⁶. Au surplus, deux directeurs

²⁴ « Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. [...] Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret. ».

²⁵ « Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature. ».

²⁶ L'article R. 6143-38 du CSP « Lorsque ces décisions ou délibérations font grief à d'autres personnes que les usagers et les personnels, elles sont, en outre, publiées au bulletin des actes administratifs de la préfecture du département dans lequel l'établissement a son siège. ». L'assistante de direction du CHK indique ne pas avoir reçu les informations nécessaires pour solliciter la publication suite à ses demandes en 2020.

par intérim n'ont pas pris de telle décision, pour les périodes du 15 août 2020 au 14 février 2021 et du 1^{er} mars au 30 octobre 2021.

Cette carence, dans un contexte d'intérim et de crise sanitaire, a fragilisé la continuité administrative de l'établissement, les administrateurs de garde n'étant par exemple pas habilités à l'engager juridiquement dans ce cadre. Elle a fait peser un risque juridique significatif sur les contrats signés par des directeurs adjoints, ce d'autant plus lorsqu'ils ne respectent pas la réglementation.

La chambre constate en outre qu'une part importante des mandats de paiement ont été signés sans délégation par des directeurs adjoints, pour un montant supérieur à 18,9 M€. Elle relève également que le comptable les a pris en charge sans contrôle de la qualité de l'ordonnateur.

1.2.2.3 Un directoire insuffisamment mobilisé

L'article L. 6143-7 du CSP fixe les matières dans lesquelles le directeur agit après concertation avec le directoire de centre hospitalier, dont il est le président. Le vice-président est de droit le président de la commission médicale²⁷. Cette instance est notamment chargée de préparer le projet d'établissement et de conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'EPS²⁸. Or de 2018 à 2023, le directoire, s'est insuffisamment réuni. Le minimum de huit réunions par an fixé par la réglementation²⁹ n'a été atteint qu'en 2019, sachant que deux desdites réunions se sont tenues en l'absence concomitante du président³⁰ et du vice-président³¹. Les séances n'ont pas systématiquement fait l'objet de relevés de conclusion accessibles aux agents³² pourtant requis par la réglementation.

1.2.2.4 Face à une situation particulièrement dégradée, la mise en place d'une administration provisoire

L'article L. 6143-3-1 du CSP prévoit que « *le directeur général de l'ARS place l'EPS sous administration provisoire [...] lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis.* ». En raison d'un déficit majeur et persistant des comptes et de l'insuffisance des mesures de redressement proposées, l'ARS a désigné une administration provisoire de six mois à compter du 27 septembre 2023. Elle est composée d'un administrateur provisoire, directeur d'hôpital et d'un praticien hospitalier. Les attributions du directeur, du directoire et du conseil de surveillance sont assurées par les administrateurs provisoires.

²⁷ Article L. 6143-7-3 du CSP « *I.- Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire [...]* ».

²⁸ Article L. 6143-7-4 du CSP.

²⁹ Article D. 6143-35-5 du CSP « *[...] En outre, celui-ci le réunit au moins huit fois par an, sur un ordre du jour déterminé.* ».

³⁰ Le directeur par intérim indique avoir délégué un adjoint.

³¹ D'après les feuilles d'émargement des réunions.

³² Article L. 6143-7-5 du CSP.

La lettre de mission des administrateurs provisoires leur fixe comme objectifs : le développement du contrôle interne et des outils de pilotage ; l'augmentation de l'activité ; la participation de l'établissement à l'organisation territoriale des soins ; et, enfin, l'entretien du dialogue social. Ce dernier a pu être renoué et la communauté médicale a été remobilisée pour la validation du projet médical du futur centre hospitalier régional universitaire (CHRU) notamment. Un plan de performance sur les exercices 2024-2025 vise à réduire le déficit d'exploitation de trois millions d'euros.

1.2.3 Des instances médicales à dynamiser

La mise en place des instances médicales s'est révélée malaisée. Perçues comme chronophages par certains médecins, elles reposaient sur un petit nombre d'entre eux. La CME a notamment pour attribution d'élaborer le projet médical. De 2018 à fin 2023, la présidence de l'instance a été incombée à un médecin à temps partiel annualisé. Ce dernier fait cependant valoir que la continuité de ses fonctions a été assurée à distance et avec le concours de sa vice-présidente. En décembre 2023, dans le contexte d'administration provisoire, la CME a procédé à l'élection d'un nouveau président.

Plusieurs instances émanant de la CME sont installées, mais leur fonctionnement est ponctuel et manque de formalisation.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien PCME mentionne « *des difficultés structurelles à faire fonctionner les sous-commissions* » en raison notamment du faible nombre de médecins.

Si la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) était valablement constituée à compter de décembre 2018, l'établissement n'a pas été en mesure de transmettre de décisions relatives à l'organisation et à l'indemnisation des astreintes jusqu'en février 2024³³.

En l'absence d'objectifs, de projet d'établissement et de contrat de pôle, l'activité n'a pas été pilotée à leur niveau³⁴. A compter de 2023, trois collèges médicaux ont été constitués (spécialités médicales ; spécialités chirurgicales ; médico-technique) en lieu et place des pôles conformément aux dispositions de l'article L. 6146-1-2 du CSP. Ils ont donné lieu à des réunions régulières avant d'être suspendus par l'administration provisoire.

L'administrateur provisoire, la précédente directrice et le nouveau président de la CME ont un diagnostic convergent sur l'échec du fonctionnement des pôles et l'inadéquation de cette organisation à l'échelle d'un CH de cette taille. Cette gouvernance est trop mobilisatrice de ressources humaines, notamment médicales. Toutefois, à l'issue de l'administration provisoire, aucune autre organisation n'est définie.

³³ Une note du directeur de novembre 2018 fixe les modalités de récupération des astreintes médicales « *dans la continuité de nos échanges [...] notamment lors des réunions de la COPS qui se sont tenues les 17 octobre et 15 novembre 2018* ».

³⁴ 4 pôles créés.

1.3 Un défaut majeur de pilotage stratégique et opérationnel

1.3.1 Un établissement dépourvu des principaux outils de pilotage

1.3.1.1 Les outils stratégiques et de pilotage

Plus de six ans après sa transformation en établissement public de santé, le CH de Kourou est dépourvu des principaux outils stratégiques internes. A la fois cause et conséquence d'une gouvernance erratique et de gestion de l'urgence, il n'y a pas de projet d'établissement pour définir sa politique générale. Un plan stratégique de prise en charge des patients 2020-2025 a été élaboré en août 2019. En revanche aucun projet médical n'a été adopté jusqu'à fin 2023, après deux tentatives avortées.

Le projet médico-soignant du futur CHRU de Guyane, structurant également les filières et les projets au niveau du CHK, doit être adopté durant le premier semestre 2024. Il est primordial de traduire ces orientations dans un projet médical et un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du centre hospitalier³⁵ à même de le doter d'un horizon, d'une stratégie et d'objectifs de moyen terme. De même, définir le projet social³⁶, qui fait également défaut, est indispensable pour élaborer le projet d'établissement. Ces projets sont préalables à l'adoption du projet d'établissement.

Recommandation n° 2. (Régularité) Adopter un projet d'établissement conformément à l'article L. 6143-2 du CSP.

L'établissement n'a pas davantage mis en place de contractualisation interne avec les pôles médicaux prévue par les dispositions de l'article L. 6146-1 du CSP, alors que quatre pôles existaient jusqu'à fin 2022. En 2023 des suivis d'activité et de moyens ont été conduits au niveau des collèges médicaux, amorces d'un pilotage et d'un dialogue de gestion interne mais ont pris fin avec la suspension des collèges par l'administration provisoire. L'élaboration et l'utilisation d'outils de pilotage médico-économique est nécessaire pour disposer d'une information partagée, mener un dialogue de gestion interne et pour fonder les choix de gestion.

Recommandation n° 3. (Performance) Mettre en œuvre un dialogue de gestion interne s'appuyant sur une approche médico-économique.

Le directeur de l'établissement doit élaborer, chaque année, un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques. Sur la période sous contrôle, le CH de Kourou n'a transmis aucun fichier annuel de retraitements comptables (RTC)³⁷.

³⁵ Article L. 6143-2-2 du code de la santé publique.

³⁶ Article L. 6143-2-1 du code de la santé publique.

³⁷ Le retraitements comptables des établissements de santé consiste à calculer les charges nettes des fonctions cliniques (grands champs d'activité) majorées des charges nettes des fonctions auxiliaires.

En 2022, le travail a été amorcé mais suspendu en raison des trop nombreux écarts non résolus. L'établissement ne tient pas de comptabilité analytique, ce qui ne lui permet pas d'assurer un pilotage efficient des activités et des organisations de l'établissement.

Recommandation n° 4. (Régularité) Réaliser le retraitement comptable conformément à l'article R. 6145-7 du CSP.

L'absence de tout outil stratégique (projet d'établissement, projet médical, projet soignant, projet social, ...) et de pilotage (contrats de pôles, comptabilité analytique) dénote le retard pris par le centre hospitalier dans la mise en place des fondamentaux nécessaires à son pilotage. Cette carence entrave en retour l'instauration d'une gestion de qualité.

1.3.1.2 UN CPOM incomplet et une absence de plan de retour à l'équilibre

La mise en place d'un établissement public de santé, dans un contexte social tendu, et compte tenu des difficultés de gestion antérieures du CMCK demandait un suivi rapproché. Cependant les enjeux de redressement financier et de dimensionnement des activités n'ont guère été abordés.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2019-2023 a été signé entre le CH de Kourou et l'ARS le 29 mars 2019 conformément à l'article L. 6144-1 du CSP. Toutefois ses engagements et obligations en matière d'activités de soins, de financement, de performance et de gouvernance étaient déterminés dans des annexes que ni l'établissement ni l'ARS n'ont été en mesure de produire à la chambre. Ce contrat n'a pas été utilisé pour le pilotage et le suivi de l'établissement.

Depuis mai 2021, la situation de trésorerie fait l'objet d'un suivi régulier dans le cadre du comité régional de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé (Corevat)³⁸. Ce dernier s'est réuni quatre fois en 2022 et cinq fois en 2023, associant l'établissement, l'ARS, la direction régionale des finances publiques et la caisse générale de sécurité sociale de Guyane (CGSS). Ce comité suit effectivement les anticipations de trésorerie, les dettes sociales et les dettes fournisseurs du CHK, mais n'a pas pour objet de traiter les fondamentaux de gestion indispensables à l'amélioration de sa situation financière et de trésorerie.

Dans le cadre de la mise en place du CHRU de Guyane, l'ARS a diligenté un audit du positionnement, de l'activité et des finances de la structure, dont le diagnostic a été présenté aux instances en mars 2023, sans susciter d'adhésion³⁹. Il a toutefois permis de relever la situation financière critique de l'établissement.

Le CHK n'a pas fait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier, alors que le CMCK y était soumis pour la période 2016-2019. Selon les dispositions des articles L. 6143-3 et D. 6143-39 du CSP, « *le directeur général de l'ARS demande de présenter un plan de*

³⁸ Mis en place par la circulaire n° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2012/ 350 du 14 septembre 2012, le Corevat permet d'anticiper les situations d'insuffisance de trésorerie des EPS par une veille active de l'évolution de la trésorerie et en recherchant des solutions préventives au défaut de paiement.

³⁹ Le compte rendu a été présenté au conseil de surveillance en l'absence de quorum.

redressement, qui fait ensuite l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier intégré comme avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque, soit s'il estime que la situation financière l'exige, soit si l'un ou plusieurs des trois critères de déséquilibre financier [définis] sont remplis ».

Si tous les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) approuvés depuis 2018 présentaient un déficit prévisionnel supérieur à 12 %, soit quatre fois le seuil fixé par la réglementation, le déficit effectif n'a dépassé ce seuil qu'à compter de l'exercice 2020.

Pour redresser la situation financière, un plan d'actions a été demandé par la directrice générale de l'agence régionale de santé (DGARS) le 31 décembre 2022, en parallèle de l'attribution d'une aide de trésorerie de 14 M€. Suite à l'incapacité de l'établissement à produire ce plan, du fait de divergences de vues, de la désaffectation des instances et d'un conflit social, la mise en place d'une administration provisoire a été décidée à compter du 27 septembre 2023 pour six mois.

1.3.2 L'amorce de mutualisations et de développement de filières territoriales

La loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé instaure les groupements hospitaliers de territoire (GHT)⁴⁰. Tout établissement public de santé est tenu d'adhérer à un GHT, sauf exception au 1^{er} juillet 2016⁴¹.

La convention constitutive du GHT de Guyane a été signée le 15 avril 2019⁴². Le CH de Cayenne en est l'établissement support, les CH de l'Ouest guyanais et de Kourou les établissements parties. La mutualisation a lieu *a minima*, puisque seules les activités et fonctions obligatoires sont visées, conformément au I. de l'article L. 6132-3 du CSP alors en vigueur, à savoir le système d'information, le département d'information médicale (DIM), la fonction achats et la formation continue. Pour ces fonctions « *le directeur de l'établissement support [...] s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement.* ».

1.3.2.1 Des carences en matière de commande publique

La mise en place tardive de la fonction achat mutualisée du GHT a eu des incidences sur les conditions de passation et de renouvellement des marchés publics. En effet, « *l'établissement support désigné par la convention constitutive assure [...] pour le compte des établissements partie au groupement [...] la fonction achats* ». Pour cette dernière, le directeur

⁴⁰ 135 GHT étaient créés en juillet 2016. En 2019, le GHT de Guyane est le 136^{ème}, deux ans et demi après l'échéance de droit commun.

⁴¹ Article L. 6132-1-I du CSP.

⁴² Après avoir été approuvé par le conseil de surveillance du CH de Kourou lors de sa première réunion le 26 mars 2019.

du centre hospitalier de Cayenne, exerce, par dérogation, les compétences du chef d'établissement⁴³.

Au 1^{er} janvier 2018, le CHK a repris les contrats précédents du CMCK afin d'assurer la continuité de la prise en charge, le temps de lancer les procédures publiques de mise en concurrence. Cependant les mises en concurrence ont été particulièrement tardives et de sérieux écarts à la réglementation sont relevés.

Concernant la prestation de restauration, le contrat engageant le CMCK depuis 2008 auprès de SODEXO GUYANE⁴⁴ a été reconduit sous forme d'avenant de reprise suivi de multiples avenants de prolongation jusqu'en 2024. Cependant aucun de ceux-ci ne couvre la période du 30 septembre 2019 au 30 janvier 2020 et celui portant sur la période du 30 septembre 2020 au 30 septembre 2021 a été signé le 29 juin 2021.

Si le CHK indique que les conditions techniques et financières n'ont pas évolué sur la période, hormis sous la période de crise sanitaire⁴⁵, la chambre constate une évolution des tarifs de référence⁴⁶ et relève que de 2018 à 2023, le centre hospitalier a mis en paiement plus de 3,8 millions d'euros⁴⁷ de factures à ce prestataire sans aucune mise en concurrence. Un marché a été publié par le GHT pour les « *prestations de fourniture de repas externalisés pour les besoins du GHT* » le 22 février 2024, la date de réception des offres étant ultérieure à la clôture du contrôle de la chambre.

Concernant la prestation de biologie médicale, un contrat engageait le CMCK auprès du laboratoire LABM CARAGE, installé dans l'enceinte de l'établissement. Celui-ci a été reconduit par avenant afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients et dans l'attente d'une réflexion sur la mise en place d'une biologie hospitalière de territoire. Le CHK indique avoir lancé une première consultation d'externalisation infructueuse en 2019. Une nouvelle a été lancée en janvier 2020 directement par l'établissement, qui pourtant n'avait plus la compétence pour ce faire. Le seul candidat, LABM CARAGE, a été retenu. Ce laboratoire a été cédé le 1^{er} décembre 2021 à EUROFINS BIOMED OUEST-GUYANE⁴⁸ qui a repris le marché jusqu'au 31 mars 2024. La relance d'une réflexion sur la mise en place d'une biologie de territoire en septembre 2023 a conduit la direction du CHK à signer un avenant de prolongation pour une durée d'un an le 26 septembre 2023. Dans un courrier au directeur du CH de Cayenne du 6 mars 2024, l'administrateur provisoire souligne, à raison, l'urgence du projet de constitution d'un laboratoire unique entre les deux entités.

1.3.2.2 Les autres fonctions mutualisées

En matière de système d'information, les trois EPS de Guyane disposent des mêmes logiciels, en particulier pour le dossier patient informatisé. Le CH de Kourou est le plus avancé

⁴³ Article L. 6143-7 du CSP « *Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3* ».

⁴⁴ 377512074 RCS Cayenne.

⁴⁵ « *pendant laquelle les repas étaient servis en barquettes pour des raisons d'hygiène* ».

⁴⁶ Dans l'avenant relatif à la période du 1^{er} février au 30 septembre 2020.

⁴⁷ Avant clôture des comptes 2023.

⁴⁸ 481299667 RCS Cayenne.

dans le déploiement de ce dernier en raison principalement de l'engagement des équipes locales et de la conduite de projet menée par l'établissement.

Son département d'information médicale dispose d'un médecin DIM local, alors que les compétences présentes au sein du département, avec des techniciennes d'information médicales (TIM) expérimentées, sont des atouts pour une mutualisation plus poussée.

Enfin en matière de stratégie médicale et de recrutement des médecins, l'équipe de Kourou a amorcé récemment le travail en lien avec la responsable de territoire, permettant de monter en compétence rapidement, d'améliorer les procédures, de renforcer les contrats sur le plan juridique, et de mieux calibrer les rémunérations proposées.

Depuis la mise en place du GHT en 2019 et jusqu'en 2023 inclus, le centre hospitalier de Kourou n'a versé aucune contribution au budget G, budget annexe du centre hospitalier de Cayenne retraçant les fonctions et activités mutualisées du GHT⁴⁹. L'établissement fait valoir qu'il n'a pas reçu d'avis de somme à payer pour ces exercices et qu'il a inscrit une prévision de charges de 300 000 euros à son EPRD 2024.

1.3.2.3 Le développement des organisations médicales territorialisées

Dans le cadre du GHT et dans la perspective de la mise en place du CHRU de Guyane, le développement d'équipes médicales territoriales est engagé. Des fédérations médicales inter-établissement préfiguratrices ont été mises en place dans le cadre du GHT. Eu égard à la taille réduite des unités médicales du CHK et à la rareté des ressources médicales, cette dynamique est une solution susceptible de se traduire par un pilotage médical effectif, avec une déclinaison locale. Le projet médical dans la perspective du CHRU de Guyane est déjà adopté. Le versant soignant, en cours d'élaboration, est attendu pour juin 2024.

1.3.3 **Des difficultés de pilotage multifactorielles et non résolues**

La gouvernance n'est toujours pas stabilisée depuis la création en 2018 du CHK. Son pilotage a été délicat, faute de vision partagée et d'outils structurants.

Cela s'explique par des raisons propres à l'établissement. L'appropriation des instances par des acteurs peu familiers des modalités applicables aux hôpitaux publics a pris du temps et n'est pas totalement achevée fin 2023. La taille réduite du CHK, ses RH limitées en nombre et l'organisation du temps médical (voir *infra*) font reposer les instances sur un nombre restreint de médecins et d'agents, fortement sollicités. Au surplus, la forte rotation à la direction a obligé à reconstruire régulièrement les relations de travail nécessaires à une gouvernance équilibrée.

Le contexte externe au CHK a également compliqué l'instauration d'une gouvernance stable, avec la mise en œuvre poussive du GHT, la crise sanitaire, et l'évolution des projets prioritaires à l'échelle de la Guyane, notamment la perspective du CHRU.

⁴⁹ Un arrêté du 10 novembre 2016 fixe la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire à ce titre.

A l'issue de l'administration provisoire fin mars 2024, seul le changement de PCME intervenu en décembre 2023 et l'approfondissement des relations avec le CH de Cayenne, sont susceptibles de faire évoluer la gouvernance du CHK. La mise en place d'une organisation médicale, éventuellement en lien avec le CH de Cayenne dans le cadre d'un pôle Est du futur CHRU, mais permettant un suivi au niveau de l'établissement, est à définir.

Des actions cruciales restent à mettre en œuvre à l'instar de la structuration et la permanence de la fonction de directeur qui reste à installer. A l'issue de l'administration provisoire, le directeur du centre hospitalier de Cayenne a été nommé directeur par intérim du CH de Kourou, alors même qu'il assure en parallèle l'intérim de direction du CH de l'Ouest guyanais. Un directeur adjoint doit prendre des fonctions à compter de juin 2024, avec un profil de poste assimilable à un directeur délégué.

Il est crucial qu'une direction de l'établissement soit stabilisée, avec une présence sur site continue, identifiée et investie sur la durée. Eu égard à la taille, à la localisation et au développement des synergies médicales et administratives, une direction commune apparaît comme un schéma raisonnable. Un directeur sur site aux responsabilités claires doit conduire la politique de l'établissement avec la gouvernance locale et mener, en lien avec les instances, les adaptations structurelles et les mises à niveau indispensables en termes de stratégie et de gestion.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Etablissement public de santé récent, mis en place dans un contexte social et politique spécifique, le CH de Kourou offre des soins de proximité et quelques prises en charge uniques en Guyane. Sa zone d'attractivité porte sur le bassin de Kourou et des savanes.

Sa gouvernance n'est pas stabilisée plus de six ans après sa création. L'alternance de crises sociales suivies d'accalmies peu durables, la crise sanitaire, la rotation au sein de sa direction, des dissensions passées sur le rapprochement avec le CH de Cayenne et sur le pilotage de l'établissement en sont les causes.

Les axes stratégiques majeurs, clairs et pérennes, ne sont pas définis. L'absence de projet d'établissement, de projet social (inexistants à ce jour) ou de projet médico-soignant (le projet médical du CHRU de Guyane a été validé en novembre 2023 mais le CHK n'a jamais disposé du sien) pénalise le CHK et nuit à son pilotage.

La mobilisation des leviers de mutualisation dans le cadre du GHT a été lente et reste à développer dans la perspective du futur CHRU de Guyane prévu en 2025.

2 UNE SITUATION FINANCIERE CRITIQUE

L'établissement dispose d'un budget unique sur toute la période contrôlée. L'analyse de la fiabilité des comptes et de la situation financière a été effectuée sur la base des comptes financiers. Les chiffres 2023 sont provisoires.

Le poste comptable est la trésorerie hospitalière de Cayenne.

2.1 L'insuffisante qualité de l'information financière et comptable

Conformément à l'instruction M21, le système comptable des EPS permet « *d'établir des comptes réguliers et sincères* », « *de présenter des états financiers reflétant une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat à la date de clôture de l'exercice* » et « *de contribuer au calcul des coûts des actions ou des services ainsi qu'à l'évaluation de leur performance* ».

Le décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 fixe à 100 M€ pendant trois exercices consécutifs le seuil à partir duquel les hôpitaux sont soumis à certification des comptes. Avec un budget de moins de 60 M€, le CH de Kourou n'est pas soumis à ces dispositions. Il a néanmoins une obligation de fiabilisation de ses comptes.

L'établissement ne dispose pas de cartographie des risques qui est un préalable à la mise en place du contrôle interne, pas plus de guide recensant les procédures budgétaires et comptables internes, décrivant notamment les travaux de clôture d'exercice. Il n'a pas de programme d'ensemble et de calendrier de fiabilisation de ses comptes. Quelques actions ponctuelles ont été mises en œuvre, mais restent insuffisantes pour garantir la permanence des méthodes. Un véritable diagnostic des processus comptables doit être engagé par l'établissement avec pour corollaire la rédaction d'un recueil de procédures comptables. Par ailleurs, la tenue d'une comptabilité analytique⁵⁰ prévue par l'article R. 6145-7 du CSP n'est pas effective.

Les montants présentés aux bilans et aux comptes de résultat ne peuvent être considérés comme fiables.

2.1.1 Une procédure budgétaire non conforme

2.1.1.1 L'adoption tardive du budget limite l'intérêt prévisionnel de ses données

Aux termes de l'article R. 6145-29 du CSP, « *le budget et les propositions de tarifs sont fixés par le directeur et transmis au directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard le 1^{er} janvier de l'année à laquelle ils se rapportent* ». Ce délai a été reporté au

⁵⁰ La détermination des coûts des activités réalisées au sein de l'établissement et leur comparaison avec les coûts des établissements de même taille et de même périmètre en sont des objectifs recherchés.

31 mars 2021, pour le seul EPRD 2021, compte tenu de la crise sanitaire⁵¹. Le CH de Kourou n'a jamais respecté l'échéance réglementaire, cumulant sur la période sous revue jusqu'à 4,5 mois de retard⁵² dans la transmission des documents initiaux. Les EPRD modifiés après rejet de l'ARS ont fait l'objet de transmissions tardives dans l'année, le 15 juillet 2022 pour l'exercice 2022 et le 13 novembre 2023 pour celui de 2023, ce qui limite, de fait, l'intérêt de la prévision budgétaire.

Tableau n° 2 : Compte de résultat principal – prévision et exécution par exercice (en million d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>EPRD approuvé</i>						
<i>Produits</i>	44,6	36,9	40,3	39,4	42,0	52,4
<i>Charges</i>	52,1	44,3	45,3	51,6	54,1	56,2
<i>Résultat</i>	-7,4	-7,3	-5,0	-12,2	-12,1	-3,9
<i>% résultat sur produits</i>	-16,7%	-19,9%	-12,4%	-31,0%	-28,7%	-7,4%
<i>Exécution</i>						
<i>Produits</i>	51,0	50,1	44,0	53,0	58,6	NC
<i>Charges</i>	45,6	49,1	52,7	58,0	56,2	NC
<i>Résultat</i>	5,4	1,0	-8,7	-5,0	2,4	NC
<i>% résultat sur produits</i>	10,6%	1,9%	-19,7%	-9,5%	4,0%	NC

Source : CRC de Guyane, d'après les comptes de gestion et l'EPRD 2023 approuvé

Pour les établissements publics de santé, le déficit est considéré comme excessif lorsqu'il atteint ou dépasse 3 % des produits⁵³. Or jusqu'en 2022, les prévisions initiales du CHK ont systématiquement dépassé d'au moins quatre fois ce seuil d'alerte (12 % en 2020), avoisinant même les 30 % de déficit en 2021 et en 2022. L'adoption de l'EPRD 2023 en novembre a pour conséquence d'intégrer des dotations Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) complémentaires à hauteur de 7,2 M€, limitant ainsi l'ampleur du déficit prévisionnel à 7,5 %.

Des écarts importants sont constatés entre les prévisions initiales et l'exécution du budget. Sauf en 2020, le résultat est bien moins dégradé en raison principalement d'aides

⁵¹ Décret n° 2021-366 du 31 mars 2021 relatif à l'adaptation des procédures budgétaires des établissements publics de santé et des établissements à but non lucratif dans le cadre de la crise sanitaire.

⁵² 3 mois de retard pour l'EPRD de 2021, 4,5 mois pour celui de 2022, 2,5 mois pour celui de 2023, 3 mois pour celui de 2024. Les crises sanitaire et sociale et la rotation des directeurs expliquent notamment ces délais.

⁵³ Article D. 6143-39 du CSP, pour les EPS dont les produits du compte de résultat principal excèdent dix millions d'euros, comme le CHK.

exceptionnelles notifiées en fin d'exercice. L'écart est très significatif sur les produits versés par l'assurance maladie (titre 1). En 2022, la prévision initiale des recettes de titre 1 s'élevait à 35,1 M€, la dernière décision modificative étant à 40,2 M€ et le réalisé à 50,5 M€. Les produits sont ainsi supérieurs de 15,4 M€ aux prévisions initiales (+44 %). Les dotations et financements exceptionnels expliquent 14,5 M€ de cette évolution, les montants attribués représentant le double de la prévision initiale.

En conséquence du déséquilibre prévisionnel très marqué du cycle d'exploitation courante, l'insuffisance d'autofinancement (IAF) grevait les tableaux de financement prévisionnels, notoirement insoutenables de 2018 à 2022. Les prévisions d'investissement, ambitieuses⁵⁴ et sous financées jusqu'en 2022, n'ont qu'un faible taux de réalisation (de 25 % à 30 % de 2018 à 2021, et 42 % en 2022).

Tableau n° 3 : Tableau de financement et fonds de roulement (en million d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (P)
<i>PREVISION INITIALE</i>						
<i>CAF* ou IAF (-)</i>	-5,41	-5,14	-2,48	-12,00	-9,84	-0,77
<i>Total des ressources (hors CAF)</i>	1,98	0,00	0,91	1,87	1,54	9,81
<i>Total des emplois (hors IAF)</i>	3,53	1,52	4,57	2,52	4,37	9,61
<i>Apports ou prélèvement (-) sur FDR**</i>	-6,96	-6,66	-6,14	-12,64	-12,67	-0,57
<i>REALISE</i>						
<i>CAF ou IAF (-)</i>	7,63	3,14	-6,58	-2,23	6,11	NC
<i>Total des ressources (hors CAF)</i>	0,65	1,04	0,60	0,77	5,30	NC
<i>Total des emplois (hors IAF)</i>	1,06	0,45	0,70	0,63	1,82	NC
<i>Apports ou prélèvement (-) sur FDR</i>	7,22	3,73	-6,67	-2,09	9,59	NC

Source : CRC de Guyane, d'après les comptes de gestion et l'EPRD 2023 approuvé

*Capacité d'autofinancement

**Fonds de roulement

Enfin la situation financière critique du CH de Kourou rend impossible l'élaboration d'une trajectoire pluriannuelle soutenable. Ainsi aucun plan global de financement pluriannuel (PGFP)⁵⁵ n'a pas été approuvé par l'ARS.

⁵⁴ Le niveau d'investissement nécessaire au renouvellement courant, hors projet structurant, est communément estimé à 3 % des produits de gestion d'un EPS, soit de l'ordre de 1,5 M€ pour le CHK.

⁵⁵ Articles R. 6145-65 à R. 6145-69 du CSP.

2.1.1.2 Des comptes financiers pour partie incomplets

Le premier compte financier⁵⁶ a été adopté par le DGARS sur la base de l'article L. 6145-2 du CSP en l'absence de délibération du conseil de surveillance dans le délai réglementaire. La structure des comptes financiers est globalement conforme aux attendus de la réglementation, toutefois, sont manquantes certaines annexes importantes notamment les principes et méthodes comptables (état I1), les faits caractéristiques de l'exercice (état I2), et les circonstances qui empêchent de comparer d'un exercice sur l'autre certains postes (état I3). De ce fait, l'information financière n'est pas consolidée et est incomplète vis-à-vis du conseil de surveillance.

La direction des finances a produit des rapports financiers⁵⁷ pour les exercices 2018 à 2020, et des notes de présentation en 2021 et 2022, mais ne respecte pas les attendus formels, notamment la rédaction conjointe ordonnateur-comptable, la présentation en deux parties distinctes, le tome 1 qui porte sur les comptes annuels et le tome 2 sur l'exécution budgétaire.

2.1.2 **Un actif immobilisé à fiabiliser**

Les vérifications effectuées par la chambre ayant trait aux durées d'amortissement et à l'intégration des immobilisations n'appellent pas de commentaires significatifs.

En revanche les opérations d'amortissements retracées dans les comptes financiers ne correspondent pas toujours à celles inscrites dans les tableaux de suivi de l'ordonnateur, notamment pour les exercices 2021 et 2022. Par exemple, les amortissements du matériel de transport (C/28182), du matériel de bureau (C/281831) et du mobilier (C/28184) n'apparaissent pas au compte financier de 2022 respectivement pour des montants de 16 206,42 euros, 2 165,04 euros et 46 746,75 euros, soit un total de 65 118,21 euros manquant.

L'instruction M21 prévoit la tenue par l'ordonnateur d'un inventaire détaillé des immobilisations. Or, le CH de Kourou ne dispose pas d'inventaire physique de son patrimoine immobilier et mobilier. Seuls les biens faisant l'objet d'une gestion des stocks (médicaments, fournitures biomédicales, etc.) sont suivis. De plus, l'établissement n'apure pas ses sorties d'actifs et ses mises au rebut, ce qui altère la sincérité du patrimoine mobilier.

Les documents produits par l'établissement consistent en des tableaux d'amortissements annuels (par compte d'imputation et détaillés). Les tableaux détaillés des actifs par exercice produits par l'ordonnateur ne peuvent être considérés comme un état de l'actif au sens de l'instruction M21. Ils ne comportent pas l'ensemble des informations requises notamment l'identification et l'adresse du fournisseur, de l'entrepreneur ou du donateur, la référence du mandat de paiement, la date d'acquisition, le service (ou l'unité) détenteur, le mode et le taux d'amortissement. Aucun rapprochement entre les biens inscrits à l'actif et la présence sur les sites de ces biens n'a pu être produit par l'ordonnateur.

⁵⁶ Le cadre de présentation du compte financier est précisé annuellement par arrêté.

⁵⁷ Le rapport financier prévu à l'article R. 6145-44 du Code de la Santé publique (alinéas 1 et 2) pour l'ensemble des établissements publics de santé accompagne le compte financier qui est transmis au conseil de surveillance.

Le recensement des biens du CH de Kourou doit être entrepris par chaque service avec mise à jour des fiches d'inventaire. Un récolement complet des biens existants pourra ainsi être réalisé. La tenue d'un inventaire⁵⁸ selon les normes préconisées par la M21 et dont l'exhaustivité est assurée pour tous les comptes de l'actif devra être effective corrélée à une mise en place d'actions correctives en relation avec le comptable indispensable à l'amélioration de la qualité de l'information patrimoniale.

Recommandation n° 5. (Régularité) Établir l'inventaire physique des biens immobiliers et mobiliers conformément à l'article 53 du décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique et aux chapitres 1 et 2 de l'instruction budgétaire M21.

2.1.3 Le principe d'indépendance des exercices non respecté

Ce principe posé par l'instruction M21, vise à permettre « *d'effectuer des comparaisons périodiques et d'apprécier l'évolution de l'entité dans une perspective de continuité d'activité* ». Pour ce faire, les exercices sont séparés et distincts.

2.1.3.1 Le délai de la journée complémentaire n'est pas suivi

Des processus comptables non fiables conduisent au non-respect du principe d'indépendance des exercices, ce qui a des conséquences importantes sur le résultat comptable de l'établissement. Conformément au principe de l'annualité budgétaire, l'exercice comptable s'achève au 31 décembre. Cependant, l'ordonnateur dispose d'un délai d'un mois, en début d'année suivante, pour procéder à l'émission des titres de recettes et des mandats de paiement correspondant aux droits acquis et aux services faits durant l'année écoulée⁵⁹. Ce délai d'un mois, qualifié de « *journée complémentaire* », doit être compris comme constituant un délai maximal.

Or, au CH de Kourou, la journée complémentaire s'étend jusqu'à la fin du mois de mars⁶⁰ voire, pour certains exercices, jusqu'au mois d'avril. Ainsi de nombreux titres de recettes sont encore émis durant les mois de février, mars, voire avril de l'exercice suivant à celui auquel ils se rapportent. Ces titres d'émission tardive sont des reprises de provisions, des virements au compte de résultat d'une quote-part des subventions d'investissement, l'enregistrement des variations de stocks, ou bien encore la comptabilisation des recettes d'activité se rapportant à la fin de l'exercice précédent et les subventions notifiées tardivement par l'ARS.

⁵⁸ L'inventaire physique permet « *le suivi exhaustif de la réalité et la présence des immobilisations* », ce qui permet d'alimenter et de justifier l'inventaire comptable.

⁵⁹ Instruction budgétaire et comptable M21, Tome II, Titre 2, chapitre 1.

⁶⁰ C'est également le cas pour les CH de l'Ouest Guyanais et de Cayenne selon le comptable.

2.1.3.2 L'insuffisante maîtrise de la procédure de rattachement des charges

Toutes les dépenses d'exploitation doivent être rattachées à l'exercice budgétaire au cours duquel elles ont été engagées et le service a été fait avant le 31 décembre. Les autres charges s'imputent en charges sur exercices antérieurs lors de l'exercice suivant (c/ 672). Le caractère évaluatif des crédits de l'EPRD est de nature à faciliter le rattachement des charges à l'exercice et, par voie de conséquence, à supprimer les reports de charges.

À l'exclusion de l'exercice 2018, première année de fonctionnement du CHK, les taux de rattachement des charges du CHK⁶¹ sont supérieurs au ratio, particulièrement élevés entre 2019 et 2021 avec un pic en 2020 (59,20 %) qui s'explique notamment par la crise sanitaire de la Covid 19. Il diminue régulièrement depuis 2021 pour s'établir à 19,9 % en 2023.

Le CHK ne dispose pas de procédure formalisée des opérations de fin d'exercice, notamment portant sur les rattachements des charges et des produits à l'exercice. Cette carence tend à démontrer le caractère insincère des résultats.

2.1.3.3 Un report de charges excessif, témoin de la situation tendue de l'établissement

Depuis la généralisation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses issues de la réforme budgétaire et comptable engagée en 2006, les reports de charges⁶² doivent conserver un caractère exceptionnel en vertu du principe d'annualité et de sincérité budgétaire. Ainsi, l'instruction M21 indique : « *répondant à un double objectif de sincérité budgétaire et de qualité comptable, son utilisation doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné : elle a donc un caractère tout à fait exceptionnel* ».

Le CHK pratique le report de charges de manière systématique à compter de 2019, compte tenu des fortes tensions budgétaires liées aux difficultés financières récurrentes de l'établissement. Or, l'utilisation du compte 672 devrait demeurer exceptionnelle. Ce sont les charges médicales et les autres charges qui sont décalées à l'année suivante dans une plus grande proportion, avec un pic en 2020 en raison de la crise sanitaire.

⁶¹ Pour mesurer la performance dans ce domaine, un taux de rattachement des charges est calculé en comparant le solde créditeur du compte 408 « *Fournisseurs - factures non parvenues* » au total des soldes débiteurs des comptes de charges 60, 61 et 62 (achats, services extérieurs et autres services extérieurs). Est traditionnellement considéré comme acceptable un taux de rattachement correspondant à un douzième des dépenses sur factures de l'année, soit 5 à 10 % de leur montant.

⁶² Le taux de report de charges sur exercices antérieurs, correspondant au rapport entre le compte 672 « *Charges sur exercices antérieurs* » et les principaux comptes de charges (hors amortissements et dotations aux provisions), permet de mesurer le niveau de charges reportées d'un exercice à l'autre. Ce taux est considéré comme traduisant des difficultés s'il est supérieur à 0,2 % ; en dessous de ce taux, les éventuels reports de charges sont qualifiés de « *techniques* ».

2.1.3.4 Un rattachement des produits incorrect

Toutes les recettes d'exploitation doivent être rattachées à l'exercice en cours dès lors qu'elles correspondent à un droit acquis avant le 31 décembre dudit exercice. Les produits qui n'ont pas pu être rattachés s'imputent au compte 772 « *Produits sur exercices antérieurs* ».

Jusqu'en 2020, le CHK rattachait les produits aux exercices concernés, ce qui contribue à évaluer correctement les recettes de fonctionnement d'un exercice donné. Or, à compter de 2021, compte tenu d'une clôture très tardive de la journée complémentaire, les recettes sont directement imputées à l'exercice concerné, exception faite de recettes non titrées ou mal imputées (voir *infra*).

Par ailleurs, l'ordonnateur impute au compte 772 les produits sur exercices antérieurs qui n'ont pas pu être rattachés à ces exercices et les réémissions de titres sur exercices clos.

Compte tenu des mécanismes de financement de l'assurance maladie, le CH de Kourou doit comptabiliser les produits notifiés par l'ARS avant la clôture des comptes. Les recettes notifiées après clôture se comptabilisent au compte 7722 « *Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie* », y compris les versements issus des données du logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (Lamda)⁶³. Par exemple pour l'exercice 2023, l'ARS a notifié⁶⁴ une dotation concernant des séjours Lamda de 2022 à l'établissement pour un montant de 97 072,16 € qui n'a pas été enregistrée au compte 7722 mais directement au compte 73111 « *Produits de la tarification des séjours MCO* » qui est sensé concerner le seul exercice en cours.

2.1.3.5 Un suivi des stocks lacunaire

Les écritures liées aux mouvements de stocks sont concordantes. Cependant la sortie de stock a lieu dès qu'un produit sort de la pharmacie ou du magasin central. Les stocks déportés, c'est-à-dire présents dans les services de soin, ne sont pas comptabilisés ni suivis. Cette carence restreint la fiabilité des comptes de stocks. En ce qui concerne les stocks pharmaceutiques, l'absence de comptabilisation des stocks déportés entraîne un défaut de suivi des dotations et des péremptions au sein des services.

2.1.4 **La constitution des provisions qui n'appelle pas de remarques significatives**

Le centre hospitalier n'expose pas précisément sa méthode de constitution des provisions. Il suit néanmoins les dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 pour celles des comptes épargne temps (CET) et celles pour risques. L'établissement a constitué des provisions réglementées et les reprises sur provisions sont justifiées aux comptes financiers, ce

⁶³ Dans le cadre de la valorisation de l'activité MCO, les établissements peuvent modifier en cours d'année des données d'activité précédemment transmises si ces modifications sont motivées. Ces données sont ensuite validées par l'ARS.

⁶⁴ Arrêté de l'ARS de Guyane n° 2023/188 du 16 juin 2023.

qui n'appelle pas de remarques. Toutefois, les provisions pour dépréciations des comptes de tiers ne sont pas comptabilisées réglementairement⁶⁵.

Le CH de Kourou est un établissement récent, le stock de créances contentieuses n'est donc pas très élevé et ne comporte pas de risques financiers importants. Leur montant total s'élève à 664 528 euros fin 2023, soit 1,38 % des produits de gestion. Les provisions constituées au compte 49 d'un total de 134 284 euros ne couvrent que 20 % du montant des créances contentieuses. L'établissement devrait établir en concertation avec le comptable une évaluation fondée sur une méthode à la fois statistique et de suivi exhaustif, selon le montant et l'ancienneté des créances.

2.1.5 Une chaîne comptable défaillante

2.1.5.1 Une comptabilité d'engagement quasi-inexistante

L'article R. 6145-6 du CSP prévoit que « *l'ordonnateur tient une comptabilité des engagements, au moins pour chacun des chapitres prévus au 2° de l'article R. 6145-3* ». Or la chaîne de la dépense au CHK est défaillante à bien des égards.

Selon l'ordonnateur, l'encours des dettes fournisseurs s'élevait à 8,5 M€ en septembre 2023, dont 2,1 M€ mandatés mais sans ordre de priorité⁶⁶. Ceci implique que plus de 6 M€ de factures étaient alors en souffrance. La situation s'est améliorée puisque qu'en mars 2024⁶⁷, les dettes fournisseurs étaient de l'ordre de 4,2 M€ dont 1,8 M€ déjà traités mais non mandatés.

La chaîne comptable comporte ainsi plusieurs failles que l'établissement doit combler, notamment les délais de traitement des factures reçues et l'attestation des services faits, les erreurs sur les bons de commandes, l'émission de mandats en doublon⁶⁸ et la mauvaise imputation comptable. L'optimisation de la comptabilité d'engagement des dépenses est un préalable à une diminution effective des délais de paiement, particulièrement dégradés, qui s'établissent à 128 jours en mars 2024 contre 157 jours fin octobre 2023.

2.1.5.2 Les recettes non titrées ou mal imputées

Au cours de son contrôle, la chambre a relevé des recettes d'exploitation manquantes dans les comptes du CH de Kourou, non titrées ou mal imputées, ce qui nuit à la fiabilité des résultats annuels. Elles concernent les exercices 2018, 2020 et 2021. De la sorte, le résultat

⁶⁵ L'instruction codificatrice n° 07-004-M21 du 16 janvier 2007 précise que les comptes 491 et 496 sont débités par le crédit du compte 7817 « *Reprises sur dépréciation des actifs circulants* ». Les pertes sur créances irrécouvrables sont enregistrées au débit du compte 654 « *Pertes sur créances irrécouvrables* » à hauteur des admissions en non-valeur prononcées par l'ordonnateur.

⁶⁶ Corevat de septembre 2023.

⁶⁷ Note préparatoire au 1^{er} Corevat de 2024.

⁶⁸ Par exemple : la facture Sélectour Affaires n° f-001 0153682 du 11 mai 2023 d'un montant de 2 136 € a été mandatée et prise en charge deux fois par le comptable (mandats n° 1763 émis le 6 juin 2023 et n° 2541 émis le 2 août 2023).

d'exploitation annuel a été minoré de 450 674 euros en 2018 et de 6 770 712 euros en 2021. Une régularisation est intervenue en avril 2024 en clôture de l'exercice 2023 pour un total de 2 530 244 euros titrés en produits sur exercices antérieurs au compte 7722.

Tableau n° 4 : Récapitulatif des recettes mal imputées ou titrées tardivement

Exercice concerné	Financement	Titre émis	Imputation comptable	Libellé	Montant (en €)
2018	FIR ⁶⁹	OUI (Titre en date du 25 avril 2024, sur l'exercice 2023)	7722-(exercice 2023)	Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie -	450 674
2020 (rattachement)	T2A MCO M12 de 2020 ⁷⁰	OUI en 2020 (produit rattaché). Mais manquant en 2021. OUI (Titre en date du 9 avril 2024, sur l'exercice 2023)	731111 Un titre de produits à recevoir a été émis sur l'exercice 2020 et annulé sur l'exercice 2021 sans que le produit afférent ne soit titré- 7722 (exercice 2023)	Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie	1 313 717
2020 (rattachement)	MIGAC ⁷¹	OUI en 2020 (produit rattaché). Mais manquant en 2021 OUI en 2022, mais imputation erronée	731182 Un titre de produits à recevoir a été émis sur l'exercice 2020 et annulé sur l'exercice 2021 sans que les produits afférents ne soient titrés 1021-	Dotation	4 691 142
2021	MIGAC ⁷²	OUI (Titre du 9 avril 2024, sur l'exercice 2023)	7722 (exercice 2023)	Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie	765 853
Total des recettes					7 221 386

Source : Comptes financiers, arrêtés ARS de Guyane, CRC de Guyane

La chambre relève qu'un produit de près de 4,7 M€ correspondant à des aides à la contractualisation pour les surcoûts liés à la crise sanitaire (neutralité budgétaire, complément

⁶⁹ Décision n° FIR/ARS/2018/129 pour la télémedecine.

⁷⁰ Transmission validée par l'ARS le 16/02/2021.

⁷¹ 6^e et 7^e notification des dotations MIGAC de 2020.

⁷² 4^e notification des dotations MIGAC de 2021 selon l'arrêté n° 87/2022 de l'ARS de Guyane du 6 avril 2022.

« prime covid ») et le soutien aux établissements en difficulté a été correctement titré en produits rattachés sur l'exercice 2020 au compte afférent de classe 7. La contre-passation a eu lieu sur l'exercice 2021 sans prise en charge des titres en crédits de classe 7⁷³. Il y a ainsi un manquant de produits d'exploitation de près de 4,7 M€ sur l'exercice 2021. Le manquement constaté lors d'un audit externe, la gestionnaire du CHK a voulu suivre la préconisation de l'intervenant relative à la correction d'erreur en situation nette⁷⁴ en faisant une erreur d'écriture. La comptable, plusieurs fois interrogée par l'ordonnateur n'a pas répondu, et a pris en charge le titre au compte 1021 adapté dans le cas d'une correction patrimoniale.

La trésorerie hospitalière de Cayenne dispose d'un compte unique au trésor pour les trois établissements de santé de son ressort et procède à la ventilation des versements encaissés avant émission de titre. Or de 2018 à 2022, l'imputation par le comptable public des recettes encaissées n'a pas été conforme aux dispositions de l'instruction M21. Les recettes à classer ou à régulariser sont inscrites au compte 47* qui est un compte transitoire dans l'attente de l'imputation définitive devant être apuré dès que possible. L'instruction détermine notamment que le comptable crédite le compte 4713 intitulé « *recettes perçues avant émission de titre* » des recettes encaissées qu'il ne peut rapprocher d'un titre. Il établit sur cette base un relevé P 503 à viser par l'ordonnateur⁷⁵. Sur cette période, les flux sur ce compte sont minimes⁷⁶ et l'établissement n'a pu prendre connaissance de recettes non titrées et procéder à leur régularisation. Ces recettes encaissées ont été émargées par le comptable sur des titres qui ne correspondent pas à leur objet. Cette situation s'est améliorée à compter de 2023, avec le changement d'agent comptable.

Recommandation n° 6. (Régularité) Contrôler l'exhaustivité des recettes titrées et assurer le suivi de celles perçues avant émission de titre en lien avec le comptable conformément à l'article 58 du décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique et aux chapitres 1 et 2 du tome 1 de l'instruction budgétaire et comptable M21.

2.1.5.3 Une chaîne de facturation et de recouvrement à mieux maîtriser

Le maintien à l'actif du bilan de créances dont le recouvrement n'est pas certain fausse la sincérité des comptes. Lorsque le recouvrement de la créance est définitivement compromis, celle-ci est admise en non-valeur au compte 4152 « *Créances irrécouvrables admises en non-valeur* », la perte étant enregistrée au compte 654 « *Pertes sur créances irrécouvrables* ». Les deux comptes doivent correspondre ce qui est le cas.

Le CH de Kourou est un établissement relativement récent, ainsi l'état des restes à recouvrer à la clôture de l'exercice 2022 (état IC5 du compte financier de 2022) indique que seuls 48 titres concernent l'exercice 2018, en revanche, de nombreux titres émis entre 2019 et

⁷³ Cf. Fiche 3 de l'annexe 3 du Tome 1 de la M21.

⁷⁴ Instruction M21, Tome 2, chapitre 10.

⁷⁵ Instruction M21, Tome 1, explications relatives au compte 4713.

⁷⁶ Cf. annexe 3.

2022 sont non recouverts (entre 3 000 à 4 900 par exercice). Pour l'année 2019, l'état de restes comporte 4 947 titres sur hospitalisés et consultants pour un total de 786 795,61 euros susceptibles d'être atteints par la prescription quadriennale en 2023. Au vu du caractère récent des créances, l'irrecouvrabilité représente un risque limité à la date du contrôle de la chambre. Il prendra néanmoins de l'importance dans les années à venir, compte tenu de difficultés de recouvrement exacerbées en Guyane (absence de fiabilité des coordonnées des débiteurs, inexistence de compte bancaire, solvabilité limitée, ...). Une coordination renforcée entre l'établissement et la trésorerie hospitalière est cruciale en la matière pour limiter l'irrecouvrabilité des créances et les admissions en non-valeur.

2.2 Une situation financière non soutenable

Le compte financier d'un établissement public de santé se décompose en trois résultats : le résultat d'exploitation, le résultat financier et le résultat exceptionnel.

Tableau n° 5 : Evolution du résultat comptable (en milliers d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Produits d'exploitation</i>	49 944	47 476	40 571	48 891	55 238	NC
<i>Charges d'exploitation</i>	44 522	46 454	48 777	54 093	53 237	NC
<i>Résultat d'exploitation</i>	5 422	1 022	-8 206	-5 202	2 002	NC
<i>Résultat financier</i>	0	0	0	0	0	NC
<i>Résultat exceptionnel</i>	1	-51	-481	174	354	NC
<i>Résultat comptable</i>	5 423	971	-8 687	-5 028	2 356	NC

Source : chambre régionale des comptes à partir du compte de résultat du budget principal

Le résultat d'exploitation du CHK est passé d'un excédent de 5,4 M€ en 2018 à un déficit de 8,7 M€ en 2020 (soit 20 % des produits d'exploitation). En cumulé sur la période 2018-2022 (cinq exercices), ce résultat est de -5 M€, représentant 2 % des produits d'exploitation, aides comprises. Au 1^{er} janvier 2023, le déficit cumulé atteignait 4,9 M€, soit 13,3 % du montant des recettes de fonctionnement. Ce résultat ne traduit cependant pas la situation effective des comptes de l'établissement, en raison des carences majeures dans la fiabilité de ses comptes, ni ne rend compte du résultat de son activité, eu égard aux aides très importantes dont il a bénéficié.

2.2.1 Une situation financière critique, hors aides exceptionnelles

Les aides ponctuelles, notamment les aides en trésorerie, atteignent un niveau très élevé. Depuis la mise en place du CH de Kourou et jusqu'à fin 2023, l'ARS lui a attribué plus de 73 M€ d'aides exceptionnelles hors mesures consécutives à la crise sanitaire, dont près

de 50 M€ d'aides de trésorerie. L'agence souligne d'ailleurs dans la lettre de mission de l'administration provisoire⁷⁷ que « le centre hospitalier de Kourou est désormais l'établissement le plus aidé de France en pourcentage de ses produits ».

Tableau n° 6 : Aides exceptionnelles notifiées (en million d'euros)

	2017/ 2018	2019	2020	2021	2022	2023 (p)*	Total (p)
<i>MIGAC et FIR notifiés</i>	19,5	20,0	15,4	26,3	22,9	13,2	117,3
<i>dont aides exceptionnelles (hors mesures covid)</i>	14,3	14,9	3,9	17,5	15,8	7,0	73,4

Source : CRC de Guyane d'après les arrêtés de notification, détail en annexe 3

* notifications à décembre 2023 / (p) comptes provisoires

Hors aides exceptionnelles, l'établissement se trouve, dès l'origine, dans une impasse financière majeure. Le montant cumulé des aides exceptionnelles, hors mesures liées à la crise de la covid 19, titrées comme produits de gestion s'élève à 67 M€ pour la période 2018-2023⁷⁸, soit plus de 23 % desdits produits.

La marge brute d'exploitation

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

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

Dans les faits le taux de marge brute des hôpitaux publics était de 3,1 % en 2021 et de - 0,7 % pour les établissements de taille moyenne comme le CHK⁷⁹. Néanmoins son taux de marge brute d'exploitation moyen sur la période 2018-2023 est de 3,5 % mais s'élève à -25 % hors aides exceptionnelles. En 2021, du seul fait de son fonctionnement courant, en défalquant

⁷⁷ Du 25 septembre 2023.

⁷⁸ Exercice 2023 provisoire.

⁷⁹ DREES, Les établissements de santé en 2021 – Juillet 2023, Annexe Taux de marge brute des hôpitaux publics, par catégorie d'établissements, depuis 2005. La somme des produits des CH moyens est comprise entre 20 et 70 M€.

les financements exceptionnels de l'ARS, l'établissement a généré une marge brute négative de 13,1 M€, soit plus du tiers de ses produits hors aide.

Graphique n° 1 : Evolution des produits et des charges de gestion et de la marge brute (en million d'euros)



Source : CRC de Guyane, d'après les comptes financiers et l'exécution provisoire 2023

Depuis 2021, sous réserve des résultats définitifs des comptes 2023, la marge brute hors aides exceptionnelles s'améliore sensiblement, passant de - 13,1 M€ à - 5,7 M€. Cette inversion de la tendance résulte d'une augmentation des produits de gestion (5,4 M€) et d'une réduction des charges (1,9 M€). La dynamique de redressement est engagée.

2.2.2 Le cycle d'exploitation structurellement déséquilibré

2.2.2.1 Un déséquilibre structurel majeur

Des déséquilibres initiaux, déjà présents et croissants au CMCK ont été importés et aggravés au sein de l'établissement public. Parmi les facteurs, la taille du CHK ne permet pas d'optimiser le dimensionnement des unités de soins et de développer les effets d'échelle, notamment pour les fonctions supports. L'activité avant la pandémie de covid 19 se caractérisait par des taux d'occupation faibles, très inférieurs aux deux autres EPS guyanais et aux autres CH⁸⁰ et des indices de performance des durées moyennes de séjour à améliorer. En outre, les choix de gestion se sont faits en l'absence de contrôle de gestion et de pilotage médico-économique, bien que des cibles d'activité aient été assignées aux collèges médicaux et suivies pendant un temps. L'évolution des moyens, humains et matériels, a été ainsi décorrélée de l'activité jusqu'en 2021.

2.2.2.2 Des produits d'activité insuffisants

Les produits de la tarification à l'activité sont restreints et en tout état de cause insuffisants pour financer l'exploitation du CH de Kourou. Les produits financés directement à l'activité étaient de l'ordre de 24 M€ en 2019 et atteignent près de 28,5 M€ en 2023, soit une progression moyenne par an de 4,3 %. Cela s'explique notamment par un nombre de séjours hospitaliers limité quoiqu'en augmentation en 2023.

La valorisation des séjours en tarification à l'activité (T2A) repose sur plusieurs paramètres⁸¹ : le nombre de séjours, le type de pathologie, la sévérité de chaque patient et le coefficient géographique⁸². Concernant le nombre de séjours, le centre hospitalier est pénalisé par quelques séjours très longs (supérieurs à un an) qui bloquent des lits faute d'aval médico-social ou social⁸³. Compte tenu du nombre réduit de lits, deux patients représentent 7,5 % des lits de médecine adulte et le manque à gagner est par conséquent significatif. Le CHK réalise surtout des prises en charge et des actes simples, sur une population jeune. Ainsi les séjours codés montrent de faibles sévérités, et ce malgré une prise en compte satisfaisante des comorbidités et des diagnostics associés dans le codage. Le rythme de remboursement des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables est irrégulier et mérite une vigilance renforcée. Enfin, les produits issus de l'aide médicale d'État représentent plus de 1,6 M€ en 2023 et sont en croissance (+52 % depuis 2019).

⁸⁰ 51 % en médecine, 72 % en chirurgie et 72 % en obstétrique, plaçant le CHK parmi les 20 % d'établissements avec le taux d'occupation le plus faible en médecine et en chirurgie et proche de la moyenne pour l'obstétrique.

⁸¹ Cf. Cour des comptes, La tarification à l'activité, juillet 2023.

⁸² Conformément à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre 2023, puis à l'article L. 162-23-4 du même code à compter du 1^{er} janvier 2024. Le coefficient géographique pour la Guyane était de 29 % de 2017 à 2023 et est de 31,05 % pour 2024.

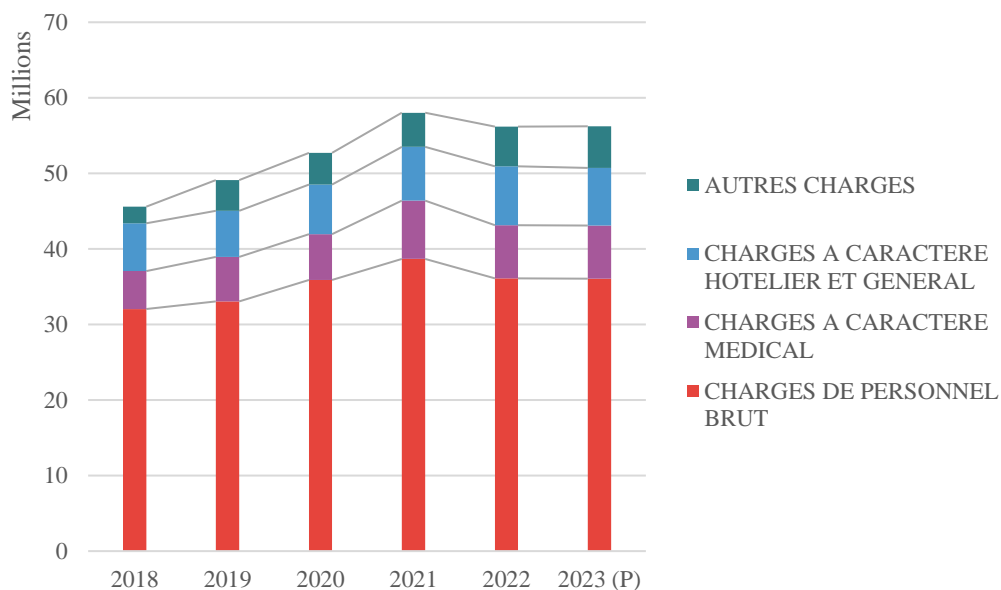
⁸³ Lors de la visite sur site le 6 février 2024, deux patients étaient hospitalisés dans le service de médecine générale depuis plus d'un an, l'un depuis le 26/07/2021, l'autre depuis le 22/11/2022. Ils l'étaient toujours à la clôture de l'instruction le 22 mars 2024.

Comme vu précédemment, les financements par dotations et forfaits, qui atteignaient 21,8 M€ en 2019 sont en repli à 18,5 M€ en 2023, du fait principalement de la baisse des financements exceptionnels (aides en trésorerie, etc.) attribués par l'ARS. Les produits des activités annexes représentent 1 % des produits du CHK et pourront être développés avec le lancement de la facturation des chambres individuelles prévue en 2024.

2.2.2.3 Des charges de fonctionnement excessives

La structure de charges se caractérise par un poids important des charges de personnel (Titre 1) comparé aux autres centres hospitaliers. Le titre 1 représente ainsi 67 % des charges totales contre 65 % en moyenne dans les CH ultra-marins et 62,7 % à l'échelle nationale⁸⁴. A l'inverse les frais financiers et le niveau d'amortissement sont moindres, en l'absence d'emprunt et en raison d'un faible investissement jusqu'à une période récente. Les charges à caractère hôtelier et général progressent de manière marquée pour atteindre 15 % des charges du CHK en 2023.

Graphique n° 2 : Evolution des charges d'exploitation (en million d'euros)



Source : CRC de Guyane, logiciel Anafi

Ce niveau élevé des charges de personnel s'explique par des rémunérations qui excèdent le droit commun, compte tenu de la reprise des agents issus du secteur privé et des modalités de recrutement pour renforcer l'attractivité. La structure du CH est également coûteuse en effectif, avec de petites unités sous-optimales pour le dimensionnement des maquettes⁸⁵ et une

⁸⁴ DREES 2023, Les établissements de santé en 2021.

⁸⁵ Le CHK dispose d'une unité de néonatalogie de 4 lits au lieu de 6 minimum, en raison de son caractère isolé conformément à l'article D. 6124-51 du CSP. S'agissant d'un service normé, une infirmière doit être postée en continu par tranche de 6 nouveau-nés présents. Lors de la visite sur site, aucun patient n'était pris en charge

organisation du temps de travail en cycle de 12h dans toutes les unités d'hospitalisation complète. La taille de l'établissement est également une contrainte pour les services administratifs et support, trop petits pour permettre des effets d'échelle.

Les autres charges de fonctionnement, que sont les charges à caractère médical (Titre 2) et les charges à caractère hôtelier et général (Titre 3), ont également un niveau élevé. L'établissement fait face à des surcoûts propres à la Guyane, mais n'a pas mobilisé les possibilités de mutualisation et le levier de l'achat public. Ainsi en mars 2024 le prestataire historique du CMCK continue à assurer la restauration sans mise en concurrence. Lors du travail préparatoire à l'élaboration du RTC 2022, le coût complet par repas au CHK s'élevait à 19,18 euros, contre 8,81 euros pour les établissements de même taille ayant externalisé la prestation au niveau national⁸⁶. D'autres postes de coûts ne peuvent être comparés faute de données suffisantes, mais méritent une étude prioritaire comme la pharmacie à usage intérieur, l'imagerie et le laboratoire extérieur. Le contrôle interne au sein de l'établissement est limité. Alors que la majorité des examens de biologie est assurée par un laboratoire privé installé au sein du CHK, le contrôle des factures au regard des prescriptions transmises par les services n'est pas assuré.

En outre la chambre relève la forte dynamique de certaines charges à caractère hôtelier et général, notamment liées aux services extérieurs qui ont progressé de près de 1,5 M€ entre 2019 et 2023, soit une augmentation de plus de 31 % en quatre ans. La politique d'attractivité de l'établissement pour recruter des agents a également des effets sur le titre 3, en raison de la prise en charge des déplacements et des frais de location de logements et de véhicules. Par exemple, en 2022, ces dépenses ont représenté respectivement 94 372 euros, 313 789 euros et 40 785 euros.

2.2.2.4 Face à l'impossible redressement, une réflexion à conduire sur le positionnement de l'établissement

Les leviers de redressement financier identifiés sont insuffisants pour approcher l'établissement d'un équilibre financier hors aides exceptionnelles, même s'ils permettent d'infléchir la trajectoire. Dans le même temps, la nécessaire réflexion sur la structuration de l'activité offerte par le CHK, au prisme de la soutenabilité financière d'ensemble n'a pas été conduite.

L'administration provisoire a élaboré un plan de performance visant à améliorer le résultat de fonctionnement de près de trois millions d'euros en deux ans, dont 2,4 millions d'euros de réduction de charges. Les mesures d'économies portent principalement sur la maîtrise des charges de personnel (1,7 M€) et l'optimisation des achats (assurance, maintenance). Sa mise en œuvre reste à concrétiser.

S'agissant du titre 1 « *charges de personnel* », le niveau d'exécution des crédits est déjà élevé par rapport aux prévisions inscrites à l'EPRD. L'hypothèse de réduction de 11,5 ETP issue du travail sur les maquettes des services de soins reste à mettre en œuvre. Des

dans cette unité. De la même manière, l'unité de soins continus de 4 lits requiert des effectifs calibrés pour 6 à 10 patients (respectivement de jour et de nuit).

⁸⁶ ScanSanté Référentiel de coût des unités d'œuvre. L'échantillon d'établissements ultra-marins ayant renseigné l'enquête est insuffisant pour disposer d'une donnée mieux contextualisée.

augmentations de rémunération n'ont pas été prises en compte⁸⁷. Une économie d'un million d'euros est attendue de la mise en conformité des astreintes médicales, pour moitié avec la suppression du cumul rémunération et récupération, pour moitié avec la rationalisation du nombre ou du type d'astreintes. Or peu de récupération étaient indemnisées, la mesure dégagera surtout du temps médical au profit de l'établissement, sans réduire aussi sensiblement ses charges. Surtout à la fin du contrôle, aucune ligne d'astreinte opérationnelle n'avait été transformée en astreinte de sécurité ou supprimée. A fin mars 2024, le niveau d'exécution des charges de personnel dépasse les prévisions inscrites à l'EPRD.

En parallèle, le CHK fera face à des coûts additionnels, non ou partiellement couverts. Ses nouveaux équipements vont induire des surcoûts d'utilisation et d'amortissement non anticipés. Sa contribution au budget G du GHT devra s'accompagner d'une mutualisation effective, véritable levier d'amélioration et de maximisation d'effets d'échelle.

Une réflexion sur le dimensionnement des services et des choix structurels sur le périmètre d'activité sont indispensables. Il se positionne en effet comme établissement de proximité, avec une offre de soin de premier recours impliquant le maintien de prises en charges médicales et obstétricales. La chirurgie a bénéficié d'un très fort investissement dans ses équipements. Le développement de l'activité, l'augmentation du nombre d'interventions et la sécurisation de la ressource médicale sont des enjeux forts.

De nouvelles activités et prises en charge sont proposées, en lien avec les besoins de santé identifiés, mais sans atteindre la taille nécessaire à leur équilibre financier, à l'instar de l'unité de soins continus de quatre lits, de l'unité de néonatalogie ou du projet de redimensionnement du secteur d'hospitalisation en pédiatrie.

2.2.3 Un cycle d'investissement dépendant de subventions

Le financement des investissements repose exclusivement sur des subventions et des financements exceptionnels. En effet, de 2020 à 2023, en situation cumulée, le CH a une insuffisance d'autofinancement de plus de 600 000 euros, aides exceptionnelles d'exploitation titrées incluses. Il est ainsi dans l'incapacité de financer directement le moindre investissement.

2.2.3.1 Un niveau élevé de subventions d'investissement

Le niveau de subvention d'investissement s'est considérablement accru sur la période, en raison de financements dédiés suite à la crise sanitaire et de la mobilisation opportuniste du fonds européen de développement régional (Feder). La chambre relève néanmoins des défauts dans les produits d'investissements enregistrés dans les comptes, puisqu'en 2022 une correction d'erreur en situation nette a abondé le compte 1021 de près de 4,7 M€ et qu'en 2023 la totalité du produit pluriannuel relatif au soutien à l'investissement structurant a été titrée⁸⁸.

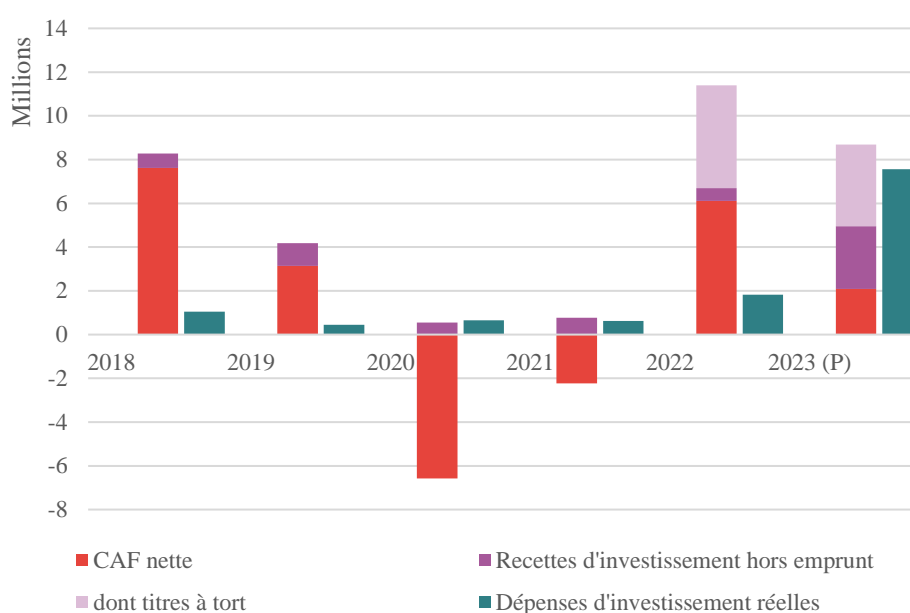
⁸⁷ Augmentation de 5 points de la rémunération des fonctionnaires et de 1,5 % des rémunérations des contractuels issus du CMCK.

⁸⁸ Titre pour 6 264 574 euros, alors que 2 532 601 euros ont été notifiés pour l'exercice 2023 compte tenu de l'avancée des projets.

Le CH de Kourou n'a pas d'endettement long terme. En 2023, il a enregistré au compte 1641 « *Emprunts en euros* » un produit de 5,4 M€ qui consiste en réalité à une avance de trésorerie consentie par l'agence française de développement (AFD) au titre du Feder restant à percevoir. Comme l'établissement a cédé une partie de sa créance au titre du fonds Feder à l'AFD, il lui appartiendra lorsque la subvention sera versée, de la titrer en totalité au compte afférent (comptes 13188 ou 13988) et de solder l'avance de l'AFD au chapitre 16.

2.2.3.2 Une augmentation des dépenses d'investissement en fin de période

Graphique n° 3 : Cycle d'investissement 2018-2023



Source : CRC de Guyane, d'après les comptes de gestion et les comptes 2023 provisoires

Nota : En recettes d'investissement : en 2022, 4,7 M€ correspondant à des aides d'exploitation de l'exercice 2021 ont été titrés à tort au compte 1062 ; en 2023 6,2 M€ ont été titrés pour le soutien à l'investissement structurant alors que 2,5 M€ étaient notifiés pour l'exercice

De 2018 à 2021, les investissements étaient à l'étiage, en raison de la mise en place de l'établissement puis de la crise sanitaire. En cumulé sur cette période, ces dépenses ont représenté moins de 1,5 % de ses produits, lorsque la moyenne au niveau national était de 2,6 % et que le seuil considéré comme nécessaire pour le renouvellement courant des équipements est de 3 %⁸⁹. Moins du quart des investissements prévus sur la période 2018-2021 ont été réalisés, avec un repli notable en 2020 lié à la pandémie. Par conséquent, le taux de vétusté était de 75 % en 2018, et atteignait 85 % en 2021.

En 2022, puis surtout en 2023, le niveau d'investissement a très fortement augmenté, en lien avec les financements obtenus. Ces dépenses réalisées en 2023 dépassent les 7,5 M€. Elles

⁸⁹ Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, octobre 2023, p.75.

représentent 15 % des produits de gestion de l'année et atteignent ainsi plus de huit fois la moyenne annuelle des cinq exercices précédents. Ces achats ont porté presque exclusivement sur des équipements médicaux et du matériel informatique afin d'être réalisés dans le délai resserré du fonds Feder⁹⁰. Le rapport d'exécution transmis à la collectivité territoriale de Guyane, entité gestionnaire du fonds, rend compte d'une réalisation au 31 décembre 2023 de 7,67 M€, soit 83 % du montant initial programmé. La réhabilitation des bâtis anciens et les travaux d'aménagement ont représenté moins de 2,5 % des dépenses, laissant en suspend certains besoins d'investissement dans l'entretien des bâtiments et des infrastructures notamment. Conséquence de cet effort en matière d'équipement, le taux de vétusté des « *installations techniques, matériel et outillage industriel* » est passé de 84 % en 2021 à 50,8 % en 2023. Dans le même temps, celui des constructions est passé de 69 % à 72,5 %.

2.2.3.3 Un achat disproportionné : le robot chirurgical

Parmi les équipements médicaux financés au titre du fonds Feder se trouve un robot chirurgical d'un montant HT de 1,05 M€.

Un projet d'acquisition d'un robot chirurgical a été élaboré par cinq médecins des trois hôpitaux guyanais au titre du GHT. Portant sur les spécialités d'urologie, de gynécologie et de chirurgie viscérale, ce document relève l'absence de robot chirurgical en Guyane, l'avantage qu'il représente pour la pratique chirurgicale, le développement de la chirurgie mini-invasive et l'attractivité pour les praticiens et les patients. L'activité prévisionnelle est tantôt de 170 interventions la première année, tantôt de 100 cas avec une progression de 10 % par an sur les quatre premières années d'utilisation et l'analyse médico-économique proposée est qu'« *a priori 150 procédures robotisées environ peuvent suffire à rentabiliser l'achat d'un robot à l'état neuf* ».

La chambre relève l'absence de toute étude médico-économique et d'évaluation de la soutenabilité financière du projet. Par rapport à une intervention chirurgicale classique, l'utilisation d'un robot chirurgical ne génère pas de produit supplémentaire dans le cadre de la tarification à l'activité⁹¹, mais engendre des coûts additionnels (temps de formation et délai opératoire, consommables, amortissement de l'investissement consenti). A supposer que le CHK amortisse la subvention Feder, ce qui neutraliserait une partie de l'effet des amortissements sur son résultat, les projections d'activités sont encore insuffisantes pour couvrir les surcoûts de consommables, les frais de maintenance, les temps de formation et pour amortir la part d'autofinancement de l'établissement.

L'achat du robot chirurgical avait pour objectif de conforter sa position sur les activités chirurgicales du territoire, d'attirer et de fidéliser les médecins et les patients. Marqueur d'innovation et source de notoriété pour l'établissement, il a été réceptionné en septembre 2023 et la première intervention s'est déroulée en février 2024. En mars 2024, seul un médecin du CHK utilise ce robot, pour un nombre encore limité d'interventions.

⁹⁰ Ce type d'achats permet en effet de passer commande via des centrales d'achat sans avoir à lancer de nouvelles procédures et présente moins d'aléas en termes de délai de livraison définitive que les travaux.

⁹¹ Cour des comptes, La tarification à l'activité, juillet 2023 « *Les activités lourdes de chirurgie [...] et la chirurgie robotique sont historiquement insuffisamment valorisées* ».

Au regard du capacitaire, du nombre réduit de blocs opératoires, du coût de fonctionnement de l'équipement non couvert et de la situation financière critique de l'établissement, la chambre considère cet investissement, bien que largement subventionné, comme disproportionné au regard de l'activité. Elle invite l'établissement à mettre rapidement en œuvre une mutualisation avec les autres centres hospitaliers.

Recommandation n° 7. (Régularité) : Evaluer les incidences budgétaires des projets d'investissement et les intégrer dans les prévisions du plan global de financement pluriannuel (PGFP) conformément à l'article R. 6145-65 du CSP.

2.2.4 De fortes tensions sur la trésorerie liées au défaut de pilotage et de maîtrise de la chaîne comptable

Entre 2018 et 2021 un prélèvement cumulé de 5 M€ a été effectué sur le fonds de roulement. Le fonds de roulement net global (FRNG) s'élevait en 2021 à 2,2 M€, couvrant seulement 15 jours de charges courantes. Ces indicateurs, issus des comptes financiers, sont à nuancer en raison notamment du défaut d'inscription de 6,2 M€ de recettes d'exploitation en 2021. En 2022, il atteint 11,8 M€, couvrant 87 jours de charges courantes.

Tableau n° 7 : Fonds de roulement et besoin de fonds de roulement

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Fonds de roulement investissement (+/-)</i>	1,6	4,1	5,9	8,2	13,9	NC
<i>Fonds de roulement exploitation (+/-)</i>	5,6	6,8	-1,6	-6,1	-2,1	NC
<i>Fonds de roulement net global (FRNG)</i>	7,2	10,9	4,3	2,2	11,8	NC
<i>FRNG en nombre de jours de charges courantes</i>	62,24	90,54	33,47	15,60	87,34	
<i>Besoin en fonds de roulement</i>	4,7	7,9	3,3	0,3	3,5	NC
<i>Trésorerie</i>	2,5	3,0	1,0	1,9	8,3	NC
<i>Trésorerie en nombre de jours de charges courantes</i>	22	25	8	13	61	

Source : CRC de Guyane d'après les comptes financiers

De ce fait, l'établissement a connu de fortes tensions sur sa trésorerie. Il a mis en place un ordre de priorité des paiements conformément à l'article L. 6145-8 du CSP. Cette situation perdurait à la clôture du contrôle. Ses dettes fournisseurs se sont accrues de même que ses dettes sociales. Au 1^{er} janvier 2024 sa dette à l'égard de la CGSS de Guyane s'élevait ainsi à plus de 4 M€, majorations de retard comprises, dont près de 3,3 M€ de cotisations patronales non

versées sur la période de juillet 2022 à mai 2023. Une convention pour aménager les versements a été négociée avec la caisse et avec l'Ircantec pour un montant moindre.

A compter de la fin d'année 2023, les tensions sur la trésorerie sont pourtant moindres. Aussi, ce sont les difficultés de pilotage et d'engorgement de la chaîne de la dépense (attestation du service fait, liquidation et mandatement), qui expliquent les mauvais délais de paiements. De fait, le solde du compte 515 (compte au trésor) au 29 avril 2024 approchait les 18 M€.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La qualité de l'information financière et comptable présente des insuffisances significatives, notamment le non-respect des échéances réglementaires de production des documents budgétaires à l'ARS, l'absence d'annexes obligatoires au compte financier, ou encore le manque de formalisme des rapports financiers.

Le patrimoine du CHK n'est pas complètement recensé puisqu'aucun inventaire physique n'a été fait à ce jour. Des amortissements sont parfois manquants dans les comptes financiers et aucune sortie d'actif ou mise au rebut ne sont comptabilisées.

La chaîne comptable, tant en recettes qu'en dépenses, présente des fragilités auxquelles il convient de remédier. Les montants présentés aux bilans et aux comptes de résultat ne peuvent être considérés comme fiables.

Le résultat approche de l'équilibre grâce aux aides exceptionnelles de l'ARS. Elles ont évité l'impasse de trésorerie. La situation financière structurelle est en réalité critique. L'exploitation courante, dégage une marge brute négative, comprise entre -36 % et -22 % sur la période contrôlée par la chambre.

L'écart est marqué entre des charges élevées, insuffisamment maîtrisées et des recettes d'activité restreintes, dont le développement et la diversification s'amorcent. Le pilotage médico-économique et un contrôle de gestion sont impératifs pour identifier et mobiliser les leviers de redressement. De plus, l'absence de taille critique du CHK peut-être en partie compensée par des mutualisations sur des filières médicales et les fonctions support.

Après une phase de sous-investissement suite à sa mise en place puis à la crise sanitaire, l'établissement a saisi les opportunités de financement nationales et européennes sur les deux dernières années, installant notamment certains équipements médicaux démesurés pour son seul usage.

3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des ressources humaines a été marquée par le chantier complexe de la reprise des agents de droit privé du CMCK au 1^{er} janvier 2018, et ce dans un contexte social revendicatif. Elle se caractérise également par des conditions de rémunérations et des accessoires dérogatoires et coûteux pour pallier un défaut d'attractivité, notamment pour les recrutements des médecins.

La chambre relève des irrégularités onéreuses qui sont en voie de normalisation. Elle estime ainsi leurs montants dans ce rapport à 5,5 M€ de surcoûts en 2022, hors charges patronales, soit de l'ordre de 7,1 M€ charges patronales comprises. Ceci correspond à 20 % des charges de personnel de l'établissement. Compte tenu des évolutions réglementaires et des régularisations faites par le CHK, le surcoût demeure de l'ordre de 1,6 M€ hors charges patronales en 2024.

Tableau n° 8 : Synthèse des coûts des irrégularités relevées (en euro)

	Catégorie	Nature	Estimation en 2022	Estimation en 2024
<i>Agents issus du CMCK</i>	PM et PNM	Rémunération au-delà des plafonds lors de la reprise des anciens agents du CMCK	non chiffrée	
	PNM	Ecart indemnité compensatrice 100% cat. A et B	75 000	65 000
	PNM	Ecart indemnité "vie chère" 36/40%	75 000	65 000
	PM	CA ex cmck	90 000	90 000
	PNM	CA ex cmck	50 000	50 000
	PM et PNM	Indemnité billet avion	300 000	200 000
	PM et PNM	Indemnité mutuelle	40 000	30 000
<i>Tous les agents</i>	PM et PNM	Jour de carnaval	150 000	150 000
	PM	Dépassement plafond PHC post CMCK	385 000	
	PNM	Indemnité de vie chère	900 000	900 000
	PM	Indemnité de vie chère PHC	1 700 000	
	PM	Prime exercice territorial non justifiée	20 000	20 000
	PM	Indemnité différentielle d'astreinte	650 000	0
	PM	Récupération des astreintes médicales	1 100 000	0
	PNM	Astreinte 33% au lieu de 25%	45 000	45 000

	Catégorie	Nature	Estimation en 2022	Estimation en 2024
	PM et PNM	Paiement des jours de grève Avantages en nature	non chiffrés	
			5 580 000	1 615 000

Source : CRC de Guyane

3.1 Les conditions financières du transfert des agents entre les deux établissements

Dans le cadre de la préfiguration du centre hospitalier de Kourou, un simple tableau des avancées de la négociation a été signé par le directeur général de l'ARS et l'organisation syndicale majoritaire du CMCK le 3 octobre 2017. Il mentionne les conditions de reprise des agents. Il évoque le maintien d'un certain nombre d'avantages pour ceux-ci en dérogation aux textes régissant les praticiens contractuels, les fonctionnaires hospitaliers et les contractuels de droit public.

L'ARS a reconnu de fait que ces avantages avaient un coût pour le nouvel établissement en versant en 2018 1,1 M€ de l'enveloppe « aide à la contractualisation ». Celle-ci vise « principalement à maintenir le niveau de rémunération des personnels souhaitant intégrer la fonction publique hospitalière ». Le courrier de notification de cette aide précisait alors : « Cette délégation pourra être ajustée en 2019 en fonction du nombre d'agents ayant opté pour l'intégration au sein de la fonction publique hospitalière ». Or, le seul maintien du niveau de rémunération préalable n'a pas pour conséquence d'augmenter les coûts pour l'établissement, sauf exception⁹². L'ARS n'a pas reconduit le financement par la suite.

⁹² La prise en compte d'une « indemnité billet d'avion » en tant qu'avantage en nature a entraîné le paiement de charges sociales afférentes, le CHK ayant maintenu le montant net perçu par les agents.

3.1.1 Le personnel médical

3.1.1.1 Des niveaux de rémunération excessifs

Conditions de transfert des salariés de droit privé à une personne publique

Par l'effet de l'article L. 1224-3 du code du travail, l'équivalent de la rémunération des médecins transférés doit être en principe maintenu dans la proposition de contrat de droit public.

Néanmoins, ce maintien de rémunération est effectué sous réserve de ne pas excéder « *manifestement* » celle d'un praticien hospitalier ou d'un praticien des hôpitaux à temps partiel dans une situation comparable (ancienneté, expérience, qualification...) ⁹³.

Les médecins du CMCK se sont vu proposer des contrats de praticiens contractuels pour la plupart avec un niveau de rémunération équivalent à celui qu'ils détenaient précédemment. Cette modalité, qui s'appuie sur le code du travail, ne devait pas déboucher sur des rémunérations « *excédant manifestement* » celles des praticiens hospitaliers. La jurisprudence administrative n'a pas déterminé avec précision le niveau de dépassement accepté à ce titre.

Le contrôle d'un échantillon de sept praticiens montre que six ont eu une rémunération supérieure à 120 % du dernier échelon de la grille des praticiens hospitaliers du 1^{er} janvier 2018 au 30 juin 2022, deux d'entre eux restant toujours au-dessus après augmentation du dernier échelon à compter du 1^{er} juillet 2022⁹⁴. De plus, les émoluments de trois d'entre eux ont été augmentés par voie d'avenant entre mai et juillet 2021.

Ces rémunérations sont donc manifestement plus élevées que celles des praticiens hospitaliers et ce sans tenir compte de l'indemnité dite de vie chère, pourtant dépourvue de fondement réglementaire à cette date pour les praticiens contractuels.

Le maintien de la rémunération antérieure des praticiens lors du transfert est considéré par l'ordonnateur alors en fonctions comme un impératif pour conserver un effectif médical indispensable au fonctionnement du centre hospitalier. En décembre 2017 et janvier 2018, dix-

⁹³ Conseil d'Etat, 25 juillet 2013, 5^{ème} et 4^{ème} sous-sections réunies, n° 355804 ; « [...] ces dispositions font obstacle à ce que soient reprises, dans le contrat de droit public proposé au salarié transféré, des clauses impliquant une rémunération dont le niveau, même corrigé de l'ancienneté, excéderait manifestement celui que prévoient les règles générales fixées, le cas échéant, pour la rémunération de ses agents non titulaires ; qu'en l'absence de règles applicables au salarié transféré, il appartient à l'autorité administrative de rechercher si des fonctions en rapport avec ses qualifications et son expérience peuvent lui être confiées et de fixer sa rémunération en tenant compte des fonctions qu'il exerce, de sa qualification, de son ancienneté et de la rémunération des agents titulaires exerçant des fonctions analogues ».

⁹⁴ Arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé.

sept médecins, toutes spécialités confondues, refusaient en effet la proposition de contrat public dans les conditions déjà exorbitantes du droit commun⁹⁵.

3.1.1.2 Une annualisation du temps de travail des praticiens à temps partiel pénalisante pour l'établissement

Les praticiens du CMCK à temps partiel bénéficiaient de la possibilité d'annualiser leur temps de travail. Ils travaillaient ainsi à temps plein sur une période de l'année, puis quittaient souvent le territoire de la Guyane pour exercer une autre activité professionnelle le reste de l'année. Alors que le CSP⁹⁶ fixe une organisation hebdomadaire du service à temps partiel, ce fonctionnement annuel a été maintenu au centre hospitalier de Kourou, et entériné dans les contrats des médecins transférés⁹⁷.

Cette souplesse est un avantage personnel indéniable mais elle génère aussi des conséquences fâcheuses pour l'établissement tenu de faire appel à des remplaçants sur les périodes d'absence des praticiens. Elle ne permet parfois pas d'assurer la continuité de service sur toutes les activités médicales et/ou d'organisation du service.

⁹⁵ Point de situation de M. ROBERT à l'ARS du 21 février 2018.

⁹⁶ Article R. 6152-223 du code de la santé publique puis article R. 6152-349 du code de la santé publique à compter du 7 février 2022, hormis dans les cas d'organisation en temps continu qui ne trouve pas à s'appliquer au CHK en dehors du service d'accueil des urgences.

⁹⁷ « à titre dérogatoire et avec l'approbation de l'ARS, de Dr. X est autorisé à poursuivre son service à temps partiel annualisé. »

3.1.2 Le personnel non médical

3.1.2.1 La transformation des contrats de droit privé en droit public dans des conditions excessives

Conditions de transfert des salariés de droit privé à une personne publique

En vertu de l'article L. 1224-3 du code du travail, « lorsque l'activité d'une entité économique employant des salariés de droit privé est, par transfert de cette entité, reprise par une personne publique dans le cadre d'un service public administratif, il appartient à cette personne publique de proposer à ces salariés un contrat de droit public, à durée déterminée ou indéterminée selon la nature du contrat dont ils sont titulaires.

Sauf disposition légale ou conditions générales de rémunération et d'emploi des agents non titulaires de la personne publique contraires, le contrat qu'elle propose reprend les clauses substantielles du contrat dont les salariés sont titulaires, en particulier celles qui concernent la rémunération.

Les services accomplis au sein de l'entité économique d'origine sont assimilés à des services accomplis au sein de la personne publique d'accueil.

En cas de refus des salariés d'accepter le contrat proposé, leur contrat prend fin de plein droit. La personne publique applique les dispositions relatives aux agents licenciés prévues par le droit du travail et par leur contrat ».

Les agents issus du CMCK qui préféreraient conserver un statut de contractuel ou qui ne remplissaient pas la condition d'ancienneté pour intégrer la fonction publique (cf. *infra*) se sont vu proposer un contrat de droit public avec un maintien des clauses substantielles de leur contrat.

Leur rémunération antérieure pouvait donc être maintenue avec trois limites. La première est celle qui découle du principe selon lequel « le montant de la rémunération [de l'agent contractuel] est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience »⁹⁸. La deuxième est celle de la rémunération perçue par un fonctionnaire placé dans une situation comparable au regard de ses fonctions, de ses qualifications, de ses compétences et de son expérience⁹⁹. Dans le cadre d'un transfert d'activité, le Conseil d'État (CE) fait preuve de davantage de souplesse dans la fixation de la rémunération du salarié transféré, puisqu'il ne censure que la rémunération qui excéderait « manifestement » la rémunération d'un fonctionnaire¹⁰⁰. La troisième résulte du principe de

⁹⁸ Article 1-2 du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux contractuels de la fonction publique hospitalière.

⁹⁹ Conseil d'état, 5^{ème} et 4^{ème} sous-sections réunies, 30 décembre 2013, n° 243766.

¹⁰⁰ Conseil d'Etat, Avis, 21 mai 2007 n° 299307.

parité qui interdit de verser aux agents contractuels une rémunération supérieure à celle des fonctionnaires d'État.

En l'espèce, ce travail d'analyse n'a pas été effectué, la rémunération antérieure ayant été maintenue, avec en plus une indemnité de cherté passée de 36 % au CMCK à 40 % au CHK. En janvier 2024, alors que le niveau de rémunération du personnel non médical est élevé, l'administration provisoire a mis en œuvre une augmentation de 1,5 % des rémunérations des 28 agents en contrat à durée indéterminée (CDI) issus de l'ancien établissement qui n'avaient pas bénéficié de la hausse de la valeur du point d'indice. Eu égard aux conditions dérogatoires appliquées lors du transfert, aux avantages conservés par ces agents et à la situation financière du CHK, la chambre considère que cette mesure, dont le surcoût est évalué à 20 256 euros par an, n'était pas prioritaire.

3.1.2.2 Une intégration d'une partie du personnel dans la fonction publique hospitalière dans des conditions irrégulières et onéreuses

Conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière des salariés de droit privé en cas de transfert de leur activité à un établissement public de santé :

En vertu de l'article 102 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière alors applicable, « *en cas de transformation d'un établissement privé à caractère sanitaire ou social en établissement public, ou en cas de transfert total ou partiel de l'activité d'un tel établissement à l'un des établissements mentionnés à l'article L. 5, les agents concernés peuvent, si nécessaire, être recrutés en qualité de fonctionnaire hospitalier, selon des modalités pouvant déroger aux dispositions des articles L. 311-2, L. 325-1 et L. 327-10* ».

Le décret n° 99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social précise les conditions. L'intégration comme fonctionnaire est possible pour les agents de l'établissement privé qui ont occupé leurs fonctions à temps complet pendant deux ans. Les agents doivent effectuer leur demande dans les six mois. Le directeur doit alors adresser dans les trois mois un projet d'intégration à l'agent qui dispose à son tour de trois mois pour accepter ou refuser.

Les agents issus du CMCK qui le souhaitent et qui remplissent la condition d'ancienneté ont pu bénéficier d'une intégration dans la fonction publique hospitalière. Conformément au décret n° 99-643 susvisé, c'est l'arrêté du ministre des solidarités et de la santé du 19 juillet 2018 qui a autorisé 196 agents à intégrer l'un des corps fonction publique hospitalière à effet du 1^{er} janvier 2018. Trois carences sont relevées par la chambre dans la mise en œuvre de cette mesure : une reprise d'ancienneté parfois excessive, un montant de l'indemnité compensatrice erroné et l'intégration dans un grade d'avancement pour 71 agents.

Alors que la réglementation¹⁰¹ fixe les modalités de classement indiciaire dans le grade et le corps et les conditions de reprise de l'ancienneté dans l'emploi exercé, le syndicat majoritaire de l'établissement, qui exigeait la reprise totale de l'ancienneté, en a fait un point de revendication majeure. Le CHK a parfois procédé à une reprise d'ancienneté excessive. Par exemple pour les infirmiers les services dans un autre emploi que celui d'infirmier ont été repris en contradiction avec le statut particulier du corps¹⁰².

Le montant de l'indemnité compensatrice n'a pas respecté la réglementation pour deux catégories d'agents. Si le classement indiciaire aboutissait à une rémunération inférieure à celle que l'agent percevait antérieurement, une indemnité compensatrice était prévue¹⁰³. Son montant vise à garantir 100 % de la rémunération antérieure pour les agents de catégorie C. Ce taux de couverture n'est que de 95 % pour les agents de catégorie B et de 90 % pour les agents de catégorie A.

Or, sous la pression syndicale, le CHK a mis en place une indemnité compensatrice à hauteur de 100 % pour les catégories A et B¹⁰⁴. Le coût de cette mesure est estimé par exemple à 106 550 euros pour l'année 2020.

Par ailleurs, le calcul de cette indemnité compensatrice est erroné puisque pour déterminer le montant de la rémunération antérieure, une indemnité de vie chère à 40 % a été prise en compte alors qu'elle n'était que de 36 % au CMCK. Le coût de cette mesure est évalué à 102 000 euros en année pleine la première année.

Ces deux surcoûts ont eu un impact chaque année mais leur montant annuel diminue au fur et à mesure de la prise d'échelons des intéressés.

Le classement dans le corps a lieu au premier grade du corps conformément au décret n° 99-643 précité ou aux décrets portant statut particulier des corps concernés. Or, pour 71 agents, le classement a eu lieu au deuxième grade du corps voire au troisième grade pour quatre d'entre eux.

3.1.3 Mesures communes à l'ensemble des agents

3.1.3.1 Un régime de congés exorbitant du droit commun et onéreux pour l'établissement

Le personnel médical et non médical a droit à 25 jours ouvrés de congés annuels au prorata de leurs obligations de service hebdomadaires¹⁰⁵. Or, le protocole signé

¹⁰¹ Le décret n° 99-643 susvisé ou le décret portant statut particulier du corps concerné. La règle est bien souvent celle de la reprise de la moitié des services effectués comme contractuels de droit privé.

¹⁰² Vidéo YouTube du 03/01/2019.

¹⁰³ Décret n° 99-643 susvisé.

¹⁰⁴ Protocole d'accord de janvier 2019.

¹⁰⁵ Article R. 6152-35 du code de la santé publique, article R. 6152-358 du code de la santé publique, article 1 du décret n° 2022-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 8 du décret 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.

le 3 octobre 2017 a prévu le maintien de 5 jours de congés supplémentaires pour l'ensemble des agents issus du CMCK.

Le surcoût estimé de la mesure pour cinq exercices est de 251 963 euros pour le personnel médical et de 450 916 euros¹⁰⁶ pour le personnel non médical sur la période 2018-2022.

A ces jours supplémentaires, s'ajoute le jour chômé de Carnaval¹⁰⁷ qui bénéficie pour sa part à l'ensemble du personnel, celui du personnel issu du CMCK et les autres, dont le coût est évalué à 154 139 euros par an.

3.1.3.2 La prise en charge exorbitante d'un aller-retour annuel entre l'Hexagone et la Guyane pour les agents et leurs ayants droits

Le personnel du CMCK bénéficiait de la prise en charge d'un billet d'avion pour l'Hexagone par an pour le personnel médical et ses ayant-droits et d'un billet d'avion tous les trois ans pour le personnel non médical et ses ayant-droits.

Le tableau susmentionné prévoyait la mise en place d'une prime de 750 euros bruts par praticien et d'une prime de 425 euros par agent pour le personnel non médical, augmentées pour les ayant-droit, afin de compenser la perte de cet avantage en nature non prévu dans la fonction publique hospitalière. Ce sont finalement une prime de 937,50 euros bruts par médecin et une prime de 531,24 euros bruts par agent non médical qui ont été retenues, afin de maintenir le montant versé aux agents après déduction des charges sociales.

Le coût total de cette mesure sur la période 2018-2023 s'élève à plus de 2 millions d'euros bruts, hors charges employeurs.

Tableau n° 9 : Versement de l'indemnité dite de billets d'avion par année (en euro)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Nombre d'agents</i>	275	264	226	214	201	173
<i>Total brut</i>	419 688	411 613	369 014	338 393	303 061	216 660
<i>Moyenne par agent</i>	1 526	1 559	1 633	1 581	1 508	1 252
<i>Maximum par agent</i>	5 625	5 625	5 625	5 625	5 625	5 156

Source : CRC de Guyane, d'après les fichiers de paie (code paie 4190 – indemnité diverse)

En outre, l'application de cette mesure est favorable aux agents puisque le service ressources humaines interprète la notion d'ayant droit de façon extensive en ne demandant pas aux agents de justifier que les enfants sont toujours à leur charge après 16 ans. Il supprime la prime aux 25 ans de l'enfant.

¹⁰⁶ Hors charges employeur.

¹⁰⁷ Guide du temps de travail et planning de février.

Par ailleurs, de 2018 à 2020, de nouveaux ayants droit ont même été comptabilisés et ont donné lieu à l'augmentation de cette prime. Ce n'est qu'à partir de 2021 qu'il a été considéré que le principe des avantages acquis ne permettait pas de prendre en compte de nouveaux ayants droit. Or, le protocole d'accord du 11 août 2023 a de nouveau acté le principe de l'actualisation du montant versé en les prenant en compte. Au jour de la clôture du contrôle, cette disposition n'avait pas été mise en œuvre.

Enfin, un praticien a négocié et obtenu en plus de la prime versée en paie la prise en charge directe de deux billets d'avion supplémentaires par an pour elle et son conjoint par ailleurs praticien au sein du CHK.

Il existe un dispositif pour les praticiens hospitaliers et les fonctionnaires, celui du régime des congés bonifiés qui permet de prendre en charge les frais de transport pour rejoindre la région où ils ont des intérêts moraux mais les praticiens contractuels comme le personnel non médical contractuel en sont exclus.

3.1.3.3 Une prime irrégulière pour la prise en charge de la mutuelle

Contrairement aux deux autres versants de la fonction publique, la fonction publique hospitalière n'a pas organisé de régime de protection sociale complémentaire. La participation de l'employeur à la protection sociale ne sera possible qu'à compter du 1^{er} janvier 2026¹⁰⁸. Or, le document déjà évoqué du 3 octobre 2017 a prévu le versement d'une prime de 38,83 euros bruts mensuels, destinée à participer au financement de la mutuelle.

L'attribution d'une telle prime est discutable pour les contractuels dans la mesure où les clauses contractuelles peuvent prévoir le versement de primes ou d'indemnités dès lors qu'il ne s'agit pas de celles prévues pour les agents titulaires¹⁰⁹. En revanche, elle n'est pas possible pour les fonctionnaires. Le coût de ce versement irrégulier se monte à 285 217 euros bruts (non chargés) sur la période 2018-2023.

3.2 Des rémunérations onéreuses et irrégulières pour compenser le défaut d'attractivité

Le CHK entend compenser un défaut d'attractivité par des conditions avantageuses tant en matière d'accueil que dans les rémunérations. Certains nouveaux agents, praticiens contractuels notamment, obtiennent de l'établissement les conditions avantageuses des personnels issus du CMCK. En 2019, le traitement moyen d'un médecin était deux fois plus

¹⁰⁸ Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique.

¹⁰⁹ Instruction n° DGOS/RH4/2015/108 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

élevé que celui d'un homologue des CH de Cayenne et de l'Ouest guyanais, la rémunération moyenne d'un agent du personnel non médical étant supérieure de près de 25 %¹¹⁰.

3.2.1 Des rémunérations de base élevées et pour partie irrégulières

Recrutement et carrière des médecins hospitaliers

Le recrutement des médecins en établissement public de santé se fait en principe sur le statut de praticien hospitalier (PH)¹¹¹ accessible aux médecins inscrits sur une liste d'aptitude suite à un concours national ou ayant déjà ce statut au sein d'un autre établissement de santé. Leur carrière, définie par ce statut, est gérée par le centre national de gestion.

Par dérogation, un établissement de santé peut recruter directement des médecins par contrat, les praticiens contractuels¹¹². Les motifs de recrutement¹¹³ et les rémunérations sont encadrées par voie réglementaire. Le contrat entre l'établissement et le médecin fixe la relation de travail.

3.2.1.1 Les praticiens contractuels rémunérés à des niveaux très supérieurs à la réglementation

La rémunération des praticiens contractuels en établissement public de santé est encadrée par des textes réglementaires¹¹⁴. Le plafond des émoluments a évolué au cours de la période sous-revue : le traitement de base hors prime mensuel maximal était de 4 823,28 euros du 1^{er} janvier 2018 au 30 septembre 2020, de 4 852,22 euros du 1^{er} octobre 2020 au 6 février 2022, de 5 645 euros du 7 février au 30 juin 2022, de 5 842,59 euros du 1^{er} juillet 2022 au 30 juin 2023 et de 5 930,23 euros à compter du 1^{er} juillet 2023.

Le montant des rémunérations versées au-delà du plafond aux praticiens recrutés après le transfert CMCK est évalué à 2,2 M€ entre 2020 et 2022, dont 387 000 euros pour l'année 2022. En ajoutant des charges patronales de l'ordre de 30 %, ce surcoût se monte à 2,9 M€ sur

¹¹⁰ Selon le rapport présenté au conseil de surveillance du 17 mars 2023, l'écart étant respectivement de +113 % et +95 % pour le personnel médical et de +24 % et +27 % pour le personnel non médical.

¹¹¹ Articles R. 6152-1 à R. 6152-333 du CSP.

¹¹² Articles R. 6152-334 à R. 6152-394 du CSP.

¹¹³ Depuis le 7 février 2022, quatre motifs sont fixés à l'article R. 6152-338 du CSP : pour assurer le remplacement d'un praticien hospitalier lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité / en cas de difficultés particulières de recrutement / dans l'attente de son inscription sur la liste d'aptitude au concours national de praticien hospitalier / pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés.

¹¹⁴ Article R. 6152-416 du code de la santé publique et arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé avant la réforme de 2022 puis à partir de la réforme, article R. 6152-355 du code de la santé publique et arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé.

la période de trois ans, dont 503 000 euros pour l'année 2022. Le taux de dépassement du plafond est supérieur à 50 % en 2020 et 2021 et reste supérieur à 30 % en 2022.

Les dépassements sont les plus marqués pour les anesthésistes et les urgentistes, mais concernent toutes les spécialités. Par exemple en 2022, vingt-cinq praticiens contractuels non issus du CMCK avaient des émoluments de base supérieurs à 7 500 euros par mois en équivalent temps plein, l'un d'eux en contrat long touchant 13 985 euros. Treize anesthésistes ont bénéficié d'émoluments de base mensuels compris entre 12 727 et 17 355 euros correspondant à un temps plein¹¹⁵, pour des contrats d'un à trois mois. Trois urgentistes ont perçu des émoluments de base mensuels compris entre 7 500 et 7 852 euros mensuels, en année pleine.

Selon les ordonnateurs successifs, ces niveaux de rémunération ont été consentis dans l'objectif d'assurer la permanence des soins dans différentes spécialités médicales. Pour la chambre, il n'en demeure pas moins qu'ils sont excessifs au regard des plafonds réglementaires.

En 2023, le plafond prévu pour les praticiens contractuels recrutés en application du 2° de l'article R. 6152-338 du code de la santé public par les établissements publics de santé dans certaines collectivités d'outre-mer a été instauré, tenant compte de l'indemnité des 40 %¹¹⁶. Ce type de contrat, prévu « *en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire* », dont les plafonds sont plus élevés, est fréquemment utilisé par le CHK.

La chambre relève que le dispositif dérogatoire pour la Guyane relatif au recrutement de praticiens diplômés hors Union Européenne¹¹⁷ a permis d'engager des médecins avec un niveau de rémunération conforme à la réglementation courante.

L'administration provisoire a sollicité un cabinet d'avocats pour identifier les irrégularités prévues aux contrats des médecins qu'ils soient ou non issus du transfert CMCK dont le sujet épineux des rémunérations prévues au-delà des plafonds réglementaires. A l'issue de cette analyse, des courriers individuels ont été adressés le 25 mars 2024 à chaque médecin concerné pour proposer les mises en conformité nécessaires par voie d'avenant.

Cette démarche ouvre la possibilité pour l'avenir d'une normalisation des conditions de rémunération ce que confirme le directeur général de l'ARS de Guyane dans sa réponse aux observations provisoires. Il précise également que « *les nouveaux contrats ont été rédigés sous l'autorité du directeur par intérim du CHK et ont été envoyés aux médecins concernés.* » Compte tenu des départs en retraite et des non renouvellement « *moins de dix contrats conformes à la réglementation devront donc être mis à la signature pour pallier les contrats ex CMCK* ».

¹¹⁵ Douze d'entre eux exerçant en temps partiel, les émoluments versés étaient compris entre 7 520 et 13 450 euros par mois. Ces émoluments représentent de 2,3 à 3 fois le plafond réglementaire alors applicable

¹¹⁶ Arrêté du 31 mars 2023 relatif au montant des émoluments versés aux praticiens contractuels recrutés en application du 2° de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique par les établissements publics de santé dans certaines collectivités d'outre-mer.

¹¹⁷ Décret n° 2020-377 du 31 mars 2020 relatif à l'exercice dans certains territoires d'outre-mer des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des personnes ne remplissant pas les conditions de nationalité et de diplôme normalement applicables.

Recommandation n° 8. (Régularité) : Mettre en conformité les contrats des médecins avec le plafond des émoluments fixé à l'article R. 6152-355-1 du CSP.

3.2.1.2 Les contrats de cliniciens

Avant le 1^{er} janvier 2022, le contrat de clinicien hospitalier permettait de recruter des médecins sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus¹¹⁸ avec des conditions de rémunérations bien plus attractives, avec des plafonds plus élevés¹¹⁹ et une part variable conditionnée à la réalisation d'objectifs fixés par le contrat. Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de cliniciens hospitaliers dans un établissement public de santé sont fixés par le CPOM¹²⁰ et le contrat devait être transmis à l'ARS¹²¹.

Au CHK, le recours à ces contrats a été particulièrement élevé pour un centre hospitalier de cette taille. En 2020 et 2021, plus de 10 % des ETP médicaux relevaient de cette modalité. Or, aucun recrutement de ce type n'a été prévu par le CPOM¹²² signé entre l'ARS et l'établissement et ce dernier n'a pas attesté de l'accord donné par l'agence pour ce faire. Par conséquent, la régularité des contrats n'est pas démontrée.

Des contrats de cliniciens ont ainsi été signés avec six médecins. Pour trois d'entre eux, les objectifs n'ont pas été déterminés et précisés par le contrat. Pour les trois autres, aucune évaluation de la réalisation des objectifs ne figure à leur dossier individuel. Pour autant, chacun des six cliniciens a perçu sa part variable au taux maximal. Elle était même versée chaque mois d'emblée pour deux d'entre eux. Au surplus ces médecins ont perçu la majoration de traitement de 40 %, non réglementaire (voir *infra*). Leurs émoluments mensuels moyens, hors indemnisation des astreintes, étaient compris entre 11 663 euros et 14 736 euros¹²³, dépassant pour certains les plafonds réglementaires.

Ce type de contrat a été supprimé par le décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels.

3.2.1.3 Les remplacements de courte durée à des conditions excessives

Des médecins remplaçants ont été recrutés sur des contrats de courte durée avec des rémunérations excessives (traitement brut indiciaire hors prime de cherté et autres primes) allant parfois jusqu'à trois fois le plafond de rémunération prévu par l'article R. 6152-416 du CSP, à savoir du 1^{er} janvier 2018 au 30 janvier 2022 le montant des émoluments applicables au 4^{ème}

¹¹⁸ Article L. 6152-1 du code de la santé publique.

¹¹⁹ L'article R. 6152-709 du CSP alors applicable fixait le plafond au dernier échelon de la grille de PH + 65 %, part variable comprise, puis au 10^{ème} échelon + 65 % à compter du 1^{er} janvier 2021, soit 12 376 euros mensuels.

¹²⁰ Article L. 6152-3 du code de la santé publique.

¹²¹ Article R. 6152-704 du code de la santé publique.

¹²² Dont les annexes n'ont pas été produites dans le cadre du contrôle de la chambre.

¹²³ Cf. annexe 4, la rémunération la plus élevée concerne un clinicien à temps partiel, retraitée en temps plein.

échelon de PH plus 10 %¹²⁴. A partir du 1^{er} février 2022, le plafond est fixé par l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé.

L'impératif d'assurer la continuité des soins a conduit différents ordonnateurs à signer des contrats de gré à gré courts à des niveaux de rémunération irréguliers.

3.2.1.4 Des anomalies relatives au personnel non médical

La rémunération d'un ancien ingénieur contractuel était notoirement élevée. Il a été recruté par le CHK à compter du 27 septembre 2018 comme ingénieur contractuel sur des fonctions de directeur des systèmes d'information. Sa rémunération a été augmentée de façon très significative (+45 %) à compter du 7 octobre 2019 atteignant une rémunération brute mensuelle hors prime de cherté de 6 234,19 euros, soit 166 % de celle d'un ingénieur principal au dernier échelon. L'intéressé avait vocation, d'après les éléments figurant à son dossier, à occuper la fonction de responsable d'une direction des systèmes d'information commune aux trois centres hospitaliers du GHT. Le CHK a bénéficié d'une subvention de l'ARS pour le développement de la télémedecine qui aurait été dédiée au financement de son poste mais qui n'a été titrée qu'en avril 2024.

Or, il a très peu travaillé sur le site de l'établissement et figurait comme directeur des systèmes d'information du centre hospitalier de Cayenne à compter d'octobre 2019.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur en fonctions en mai 2021 indique que l'agent figurait à l'annuaire de la fédération hospitalière de France comme DSI du CH de Cayenne à cette date et qu'il a mis fin à son contrat le 30 septembre de cette année.

Le 4 août 2020, une nouvelle indemnité d'un montant de 1 485 euros bruts mensuels lui a été versée. Il s'agit d'une indemnité compensatrice de logement en contrepartie de gardes de direction alors qu'il n'en a effectuées aucune au CHK.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'agent indique qu'il était localisé physiquement au CH de Cayenne mais que sa « *mission était toujours territoriale* » et qu'il a effectué ses gardes au CH de Cayenne. Cependant aucun document au niveau du CHK n'en atteste, cette indemnité n'était par conséquent pas justifiée.

Issue du CMCK, une responsable des RH a été intégrée au grade d'attaché d'administration hospitalière à effet rétroactif au 1^{er} janvier 2018. Elle a ainsi bénéficié d'un avancement irrégulier. Dans les courriers qui l'informaient de sa situation, il lui était proposé à tort une intégration au grade d'attaché principal¹²⁵. Elle a demandé aux différents directeurs son avancement à ce grade compte tenu de « *l'engagement pris* », ce qui a finalement été fait par arrêté du 13 juin 2022. Cette décision est illégale puisque l'agent ne remplissait pas les

¹²⁴ Plafond applicable du 1^{er} janvier 2018 au 30 septembre 2020 = 4 823 € bruts mensuels, plafond applicable du 1^{er} octobre 2020 au 31 janvier 2022 = 4852 € bruts mensuels, plafond applicable du 1^{er} février 2022 au 30 juin 2022 = 5 645 € bruts mensuels, plafond applicable du 1^{er} juillet 2022 au 30 juin 2023 = 5842.59 € bruts mensuels, plafond applicable du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2023 = 5 930.23 € bruts mensuels.

¹²⁵ Au 10^{ème} échelon par courrier du 5 janvier 2018 puis au 4^{ème} échelon par courrier du 26 novembre 2018.

conditions statutaires. Cette décision n'a pas eu d'incidence financière pour l'établissement dans la mesure où l'agent bénéficiait d'une indemnité différentielle réduite et qu'il l'a quitté peu après.

3.2.2 Les indemnités et variables de paie

3.2.2.1 Le versement irrégulier d'une prime dite de « vie chère » aux agents contractuels

En outre-mer, les fonctionnaires hospitaliers bénéficient des mêmes dispositifs de sur-rémunération que ceux applicables aux fonctionnaires de l'État et notamment une indemnité dite de vie chère.

Au centre hospitalier de Kourou, les agents contractuels bénéficient de la sur-rémunération comme les agents titulaires. Or, elle n'est pas prévue pour cette catégorie de personnel¹²⁶. Les textes relatifs à la sur-rémunération visent expressément les fonctionnaires, ce qui les exclut en principe, sauf dispositions législatives et réglementaires contraires. Toutefois l'autorité administrative a la faculté de fixer leur rémunération. L'article 1-2 du décret n° 91-155 du 11 février 1991 relatif aux dispositions applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière dispose que « *le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience* ». A partir des données de paie, le coût de la sur-rémunération représente près de 900 000 euros par an.

En outre, jusqu'en avril 2023 aucun texte ne permettait de fonder juridiquement l'octroi d'une prime dite de vie chère aux praticiens contractuels alors qu'elle était bien prévue pour les praticiens hospitaliers notamment¹²⁷. Or jusqu'à cette date les effectifs médicaux du CHK comprenaient presque exclusivement des praticiens contractuels¹²⁸. Tous ont perçu la prime de cherté, d'ailleurs prévue par leurs contrats, mais irrégulièrement versée jusqu'en mars 2023 faute de base réglementaire.

Cette pratique, courante dans les établissements de santé en outre-mer, a eu des conséquences financières d'une grande ampleur pour le centre hospitalier de Kourou. De janvier 2020 à mars 2023, ces versements ont atteint 5 550 457 euros bruts, hors charges employeur.

Le décret n° 2023-242 relatif à l'indemnité spéciale des étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie, des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et du personnel enseignant et hospitalier exerçant leurs fonctions dans certaines collectivités d'outre-mer du 31 mars 2023 permet le versement de la prime de cherté aux praticiens contractuels à compter du 2 avril 2023. Cette évolution réglementaire¹²⁹ vient

¹²⁶ CAA Bordeaux, 22 février 2011, n° 10BX02526.

¹²⁷ Articles R. 6152-71, R. 6152-247 et R. 6152-529 du CSP.

¹²⁸ Et ne comptait aucun praticien hospitalier.

¹²⁹ Article R. 6152-355-1 du CSP.

sécuriser les attributions et versements de cette « *indemnité spéciale* » pour les praticiens sous contrats.

3.2.2.2 Autres primes et indemnités versées indûment

Instaurée par un décret de 2017¹³⁰, la prime d'exercice territorial est ouverte aux médecins qui exercent leur activité sur plusieurs établissements. Son montant varie de 250 euros à 1 000 euros bruts mensuels en fonction du nombre de demi-journées par semaine passées en dehors de leur site principal. Ce texte prévoit également qu'une convention soit passée entre les établissements pour déterminer les modalités de cette mise à disposition.

Le CHK l'a octroyée à dix praticiens. Or, aucune convention ne figure au dossier individuel de quatre d'entre eux et pour quatre autres, le nombre de demi-journées justifiées est inférieur au montant de la prime attribuées. De 2019 à 2023, le trop versé dépasse les 100 000 euros. Pour la période 2022-2023 non-prescrite, il s'élève à 57 750 euros. Aussi, la chambre demande à l'établissement d'obtenir son remboursement auprès des agents concernés.

Une indemnité de changement de résidence a fait l'objet d'une erreur de liquidation. Les agents ont droit en cas de changement de résidence, sous certaines conditions, à la prise en charge de leurs frais de transport des personnes, des bagages et/ou de leur mobilier. L'indemnité forfaitaire de transport de bagages et/ou de mobilier¹³¹ est déterminée par une formule spécifique pour les départements d'outre-mer. Un ancien ordonnateur du CHK, a bénéficié en février 2018 du versement d'une indemnité de changement de résidence de 23 243,61 euros nets alors que le montant auquel il pouvait prétendre était de 8 876,17 euros. En effet, le calcul a été fait sur la base du tarif hexagonal¹³² et non sur la base du tarif hexagone-outre-mer¹³³. Le remboursement du montant de 14 367,44 euros indûment versé ne peut plus être obtenu en raison de la prescription biennale des créances publiques de salaire.

3.2.2.3 Les astreintes médicales en voie de régularisation

Le CMCK rémunérait ses médecins 255,36 euros¹³⁴ pour la réalisation d'une garde ou astreinte, somme doublée les dimanches et jours fériés. Suite au transfert, les praticiens ont convenu avec la direction du versement, en sus de l'indemnisation réglementaire des

¹³⁰ Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux.

¹³¹ Article 26 et 27 du décret du 12 avril 1989 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais de changements de résidence des personnels civils à l'intérieur des départements d'outre-mer, entre la métropole et ces départements, et pour se rendre d'un département d'outre-mer à un autre.

¹³² Arrêté du 26 novembre 2001 fixant les taux des indemnités forfaitaires de changement de résidence prévues aux articles 25 et 26 du décret n° 90-437 du 28 mai 1990.

¹³³ Arrêté du 12 avril 1989 fixant les taux des indemnités forfaitaires de changement de résidence prévues aux articles 26 et 27 du décret n° 89-271 du 12 avril 1989.

¹³⁴ Correspondant à 57 points de la convention collective.

astreintes¹³⁵, d'une indemnité différentielle, couvrant la différence entre l'indemnisation perçue par le praticien au titre de l'exécution d'une astreinte et la somme forfaitaire de 190 euros bruts pas astreinte, doublée les dimanches et jours fériés. Ces dispositions figurent au contrat de travail et ont été étendues aux nouveaux entrants.

Le montant de cette indemnité différentielle astreinte versée illégalement s'élève à 2 706 309 euros pour la période 2018-2022. Un même praticien, issu du CMCK, a perçu à ce titre un total de 150 523 euros pour les cinq années.

Tableau n° 10 : Indemnité différentielle astreinte (montants en euro)

	Nb d'agents	Montant	Nb de mois	Moyenne par médecin	Mensualité moyenne	Maximum par médecin
2018	83	357 343	337	4 305	1 060	27 555
2019	86	475 478	387	5 529	1 229	28 602
2020	91	557 985	462	6 132	1 208	36 463
2021	95	662 630	475	6 975	1 395	41 568
2022	78	652 873	459	8 370	1 422	41 791

Source : CRC de Guyane, d'après les fichiers de paie du CHK

L'arrêté du 30 avril 2003 ouvrait dès la mise en place du CHK la possibilité de forfaitiser l'indemnisation des astreintes opérationnelles¹³⁶, avec un plafond à 176,28 euros « pour une structure donnée » et à 189,96 euros « dans les structures dont l'activité le justifie »¹³⁷. Néanmoins les formalités requises pour la mettre en œuvre n'ont pas été attestées par l'établissement, notamment la proposition de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS), la décision de la CME, l'évaluation annuelle du dispositif réalisé par le directeur avec la COPS et sa transmission au conseil de surveillance et au DGARS.

A partir de 2023, le centre hospitalier a fait le choix de remplacer le paiement de l'indemnité différentielle par le paiement d'un tarif de l'astreinte à 190 euros bruts et la réglementation a évolué à compter du 1^{er} juillet 2023.

L'administration provisoire a acté¹³⁸ d'un nouveau tarif de l'astreinte forfaitisée à 199,56 euros bruts tenant compte de l'évolution des plafonds. Cette mesure aura l'intérêt de supprimer la récupération du temps de déplacement des praticiens et le doublement du tarif les dimanches et jours fériés. L'administration provisoire a estimé à 500 000 euros pour l'année 2024¹³⁹ l'économie possible. La chambre relève la mise en conformité avec la

¹³⁵ Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

¹³⁶ IV de l'article 14 du décret du 30 avril 2003.

¹³⁷ Plafonds respectifs portés progressivement à 185,46 euros et à 199,56 euros à compter du 3 juillet 2023.

¹³⁸ CHK, diaporama relatif au cadre juridique de la COPS de février 2024.

¹³⁹ CHK, diaporama de présentation de l'EPRD 2024.

réglementation tout en insistant sur le coût élevé pour l'établissement de ce choix. Certaines lignes d'astreinte opérationnelle ne génèrent que très peu d'appels et de déplacements (voir *infra*).

3.2.2.4 Les astreintes du personnel non médical

Le temps passé en astreinte « donne droit soit à une compensation horaire, soit à une indemnisation »¹⁴⁰. « La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile ». « Cette indemnisation peut, à titre exceptionnel, dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels, être portée au tiers de la somme évoquée au précédent alinéa, lorsque le degré des contraintes de continuité de service [...] est particulièrement élevé dans le secteur et pour les personnels concernés ». Or l'établissement a porté ce taux à 33 % pour l'ensemble du personnel non médical¹⁴¹ à l'exception des cadres. Il s'agit donc d'une mesure générale et non d'une mesure ciblée sur les seules catégories de personnel dont les contraintes de continuité de service ont été jugées particulièrement élevées. Le surcoût de cette mesure est évalué à 229 096 euros pour la période 2019-2023, dont 95 748 euros pour les années 2022 et 2023.

Les cadres de santé du CHK bénéficient d'une rémunération *ad hoc* en dehors du dispositif réglementaire précité qui leur est pourtant applicable et perçoivent un forfait de 550 euros bruts par période d'astreinte.

Enfin les cadres effectuant des gardes administratives se voient attribuer depuis 2019 une indemnité compensatrice de logement de 1 485 euros bruts mensuels. Au 1^{er} janvier 2018, ces astreintes étaient rémunérées selon les mêmes conditions que le reste du personnel non médical. Le 30 juin 2019, une décision est intervenue pour attribuer soit un logement de fonctions soit une indemnité compensatrice mensuelle de 1 485 euros par mois. A noter que cette décision a été mise en paie en mars 2019 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019 avant la prise de l'arrêté. Cette mesure, si elle est régulière¹⁴², est un choix de gestion qui représente un surcoût estimé à 44 287 euros pour l'année 2019.

3.2.2.5 Le maintien partiel irrégulier de la rémunération en cas de jours de grève

L'établissement a été confronté à des mouvements de grève réguliers qui ont fortement impacté le service. A titre d'exemple, le mouvement de grève de 2021 a généré une absence évaluée par le CHK à 8,11 ETP en année pleine.

¹⁴⁰ Article 1 décret n°2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

¹⁴¹ Protocole d'accord de fin de conflit entre la direction du centre hospitalier de Kourou et le syndicat UTG-CGT du centre hospitalier de Kourou de janvier 2019.

¹⁴² Décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Conséquences de la grève sur les rémunérations

La grève correspond à un cas d'absence de service fait ; elle entraîne par conséquent une retenue automatique sur la rémunération de l'agent égale au trentième de la rémunération mensuelle de l'agent ou à une fraction de la rémunération calculée en comparant la durée de la grève avec les obligations de service sur la période¹⁴³.

Est donc illégale la décision prise par le CHK, dans le cadre d'un accord passé avec les organisations syndicales, d'accorder le versement de leur rémunération à des agents n'ayant pas accompli leur service en raison d'un mouvement de grève¹⁴⁴. Or, au cours de la période sous revue, l'établissement n'a mis en œuvre que partiellement les retenues pour grève. Tout d'abord, par usage, le premier jour de grève ne donnait pas lieu à retenue. Ensuite le protocole d'accord du 19 janvier 2019 a prévu une prise en charge à 60 % par le centre hospitalier, les 40 % des jours restants pouvaient être assimilés à des jours de congés annuels, récupération, journées de récupération du temps de travail (JRTP) ou être déduits de la paye de manière échelonnée dans le temps.

En 2021, pour la première fois, les jours de grève ont donné lieu à retenue sur salaire mais de façon incomplète. Le protocole du 11 août 2023 pour sa part, n'a pas prévu le paiement des jours de grève mais un « *étalement des retraits sur salaires pour les jours de grève (15 jours au maximum par mois de paie)* », et la « *possibilité de compensation sur les congés et récupérations en fonction de la situation individuelle de chaque agent* ».

Enfin, la règle du trentième a été appliquée aux personnels en cycle variable alors qu'il convenait de faire un prorata en comparant la durée de la grève avec les obligations de service sur la période. Ainsi un personnel soignant qui est en grève pendant sa journée de douze heures doit se voir appliquer une retenue de l'ordre de 11 %¹⁴⁵ de sa rémunération mensuelle. La règle du 30^{ème} a été appliquée aux personnels en cycle variable en 2023, soit cinq heures de travail déduites du salaire environ alors que le temps de travail a été comptabilisé du nombre d'heures prévu au planning, soit 12 heures dans la plupart des cas. Ce dispositif très avantageux pour les agents n'est pas régulier.

3.2.3 Les avantages en nature à déclarer

Afin de renforcer son attractivité, au-delà des éléments de rémunération, l'établissement a une politique d'accueil et d'accompagnement des nouvelles recrues venant de l'hexagone. Un poste de concierge à 70 % a été créé en 2023 pour gérer leurs arrivées. Des avantages en nature sont proposés, comme la mise à disposition d'un logement pendant une durée de trois mois et d'un véhicule pendant une durée de deux mois. Ces durées ont été réduites par l'administration provisoire à deux mois. Certains médecins ont obtenu un logement et un véhicule de fonction sur des durées ou dans des conditions excédant la politique d'accueil proposée par le CHK. Des médecins issus du CMCK en temps partiel annualisé sont ainsi logés lors de leur période de présence à Kourou. D'autres ont bénéficié de logement sur des durées de près d'un an¹⁴⁶.

¹⁴³ CE 17 juil. 2009 n° 303588 ; quest. écr. AN n° 43145 du 23 sept. 1996 ; CE 17 juil. 2009 n° 303588.

¹⁴⁴ CAA Douai 21 juin 2007 n° 07DA00028.

¹⁴⁵ 1 554 heures / 12 mois / 12h = 10,8 %, contre une retenue de 3,3 % appliquée dans le cadre du 30^{ème}.

¹⁴⁶ Cf. annexe 4.

Cette politique répond incontestablement à un besoin puisque les recrues arrivent bien souvent de l'hexagone avec des contraintes personnelles d'installation. Pour la chambre, elle n'en demeure pas moins irrégulière, ces avantages n'étant pas liés aux fonctions des intéressés et a aussi un coût. L'effort de rationalisation et d'harmonisation des règles d'attribution va dans le bon sens.

Ces avantages ne donnent pas systématiquement lieu à déclaration en paie contrairement à ce que prévoit la réglementation¹⁴⁷. Cette déclaration a vocation à générer le paiement de charges sociales et à intégrer ces avantages au revenu soumis à impôt des intéressés. Ainsi, sur 34 agents bénéficiant d'un logement en février 2024, seuls sept d'entre eux ont fait l'objet d'une déclaration de leur avantage en paie et sept agents sont logés depuis plus de trois mois (dont six pour lesquels l'avantage en nature n'est pas déclaré).

Le cumul de rémunérations élevées, d'avantages fixés par les contrats et au-delà est relevé. A titre d'exemple, un médecin anesthésiste en CDI à mi-temps annualisé issu du CMCK, bénéficie d'une rémunération brute comprenant l'indemnité billet d'avion à laquelle s'ajoutent la mise à disposition d'un logement, d'un véhicule et la prise en charge de deux billets d'avion par an. La prise en charge du véhicule et des billets d'avion revient à 1 000 euros environ pour un mois de travail à temps complet¹⁴⁸.

Quelques anomalies ont été identifiées concernant les logements des directeurs. L'avantage en nature logement n'a pas été déclaré pour un ancien directeur, alors qu'il en a bénéficié de janvier 2018 à mai 2019. Un ancien directeur adjoint a cumulé le bénéfice d'un logement les trois mois suivant son arrivée et celui de l'indemnité compensatrice de logement pour un montant total de 5 296 euros bruts. Cette somme a donc été perçue à tort par l'intéressé à qui il conviendra de demander le remboursement.

Des plateaux repas sont commandés au nom de l'hôpital par des agents de nuit, les agents en 12h, le service de médecine et les agents du week-end en cumul avec les chèques déjeuner. En 2023, la direction a identifié la problématique, a évalué l'écart pour 2022 entre le nombre de patients et le nombre de repas livrés à 12 758 sans y avoir remédié. En parallèle, les tickets restaurants étaient remis aux agents, quel que soit le nombre de jours effectifs de travail dans le mois alors qu'*« un même salarié ne peut recevoir qu'un titre-restaurant par repas compris dans son horaire de travail journalier »*¹⁴⁹. L'administrateur provisoire indique avoir mis fin à ces pratiques.

¹⁴⁷ Article 82 du code général des impôts.

¹⁴⁸ Cf. annexe 4.

¹⁴⁹ Article R. 3262-7 du code du travail.

3.3 Un pilotage des ressources humaines à mettre en place

3.3.1 Une gestion publique mise en place à marche forcée et contrainte par un dialogue social conflictuel

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le CHK a dû mettre en place de nombreux dispositifs de gestion des RH spécifiques au secteur public. Il convenait en effet d'appliquer les règles spécifiques aux fonctionnaires hospitaliers, aux contractuels de droit public, aux praticiens hospitaliers et aux praticiens contractuels en établissement public de santé dans les domaines suivants : la grève, le paiement des cotisations salariales et patronales et la paie (traitement de base et primes), la carrière (avancements d'échelon, avancements de grade, promotions internes, classements indiciaires), les autorisations de cumul d'activités, le recrutement, les entretiens professionnels, les procédures disciplinaires, les absences et les congés, les positions statutaires et les instances représentatives du personnel.

Ce chantier de grande ampleur a été mené dans un contexte social et sanitaire particulièrement délicat. Même si des atypies et des irrégularités issues du transfert demeurent, le pilotage du projet, le résultat obtenu, et les compétences développées par les agents du service RH en la matière en six ans méritent d'être soulignés.

La commission administrative paritaire (CAP) locale issue des dernières élections n'a été installée qu'en décembre 2023. Elle était compétente jusqu'en 2020 inclus pour traiter des avancements de grade¹⁵⁰. Une CAP s'est réunie le 21 septembre 2020¹⁵¹ mais huit avancements de grade ont été pris en 2020 sans avis de la CAP. Ils sont donc irréguliers. En juillet 2021, une CAP préfiguratrice a été mise en place dans l'attente des élections de décembre 2022. Elle n'a finalement été installée qu'en décembre 2023.

Au cours de la période sous revue, l'établissement a connu trois mouvements de grève : du 26 novembre 2018 au 16 janvier 2019, du 15 septembre 2021 au 31 janvier 2022 et du 6 juin au 11 août 2023. Si le deuxième avait pour point de revendication un motif national, celui de la vaccination, les deux autres ont été particulièrement intenses et ont débouché sur des protocoles d'accords avec parfois des décisions irrégulières prises sous la pression syndicale.

Depuis février 2021¹⁵², les protocoles d'accords signés peuvent sous conditions être opposables. En l'espèce celui de fin de grève a été signé le 11 août 2023. Il aurait dû être transmis formellement à l'ARS afin de vérifier préalablement sa conformité aux règles supérieures¹⁵³. Ce protocole indique dans ses visas que le directeur général adjoint de l'ARS de Guyane était présent lors des négociations. Il contient notamment un engagement irrégulier à prendre des décisions d'avancement de façon rétroactive, et à augmenter la prime « *billet d'avion* » déjà irrégulière en prenant en compte les nouveaux ayants droit.

¹⁵⁰ Article 21 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

¹⁵¹ Conseil de surveillance du 6 juillet 2021.

¹⁵² Ordonnance n°2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique.

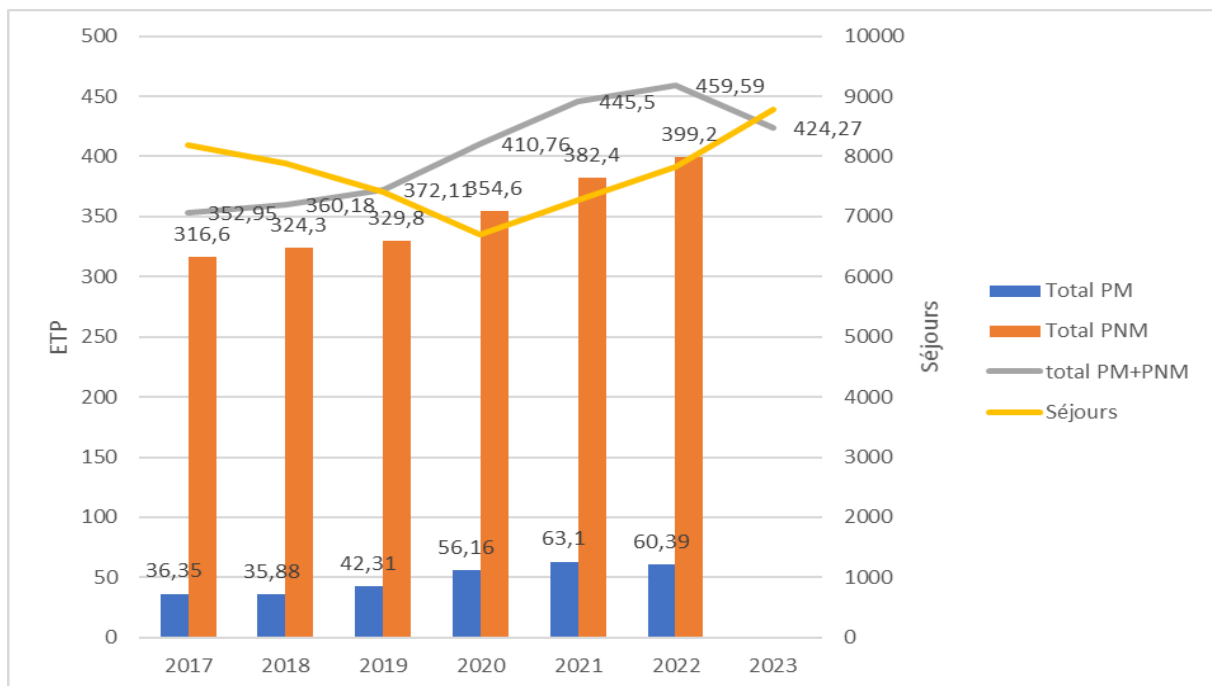
¹⁵³ IV de l'article 8 quater de l'ordonnance précitée.

3.3.2 Un pilotage des effectifs et de la masse salariale à améliorer

L'établissement a une bonne connaissance de ses effectifs. Cela étant, des incohérences entre les chiffres du bilan social, le tableau de bord suivi par le service RH et ceux présentés lors du vote de l'EPRD ont été relevées.

Les effectifs du personnel médical (PM) et non-médical (PNM) ont évolué à la hausse depuis 2017¹⁵⁴ à l'inverse de celle des séjours avec un effet ciseaux jusqu'à 2020 puis une évolution parallèle pour les deux indicateurs à compter de 2021.

Graphique n° 4 : Evolution des effectifs PM et PNM au regard de celle des séjours



Source : bilans sociaux, rapport EPRD 2024 et rapports d'activités

A partir de 2022, un dialogue de gestion a été enclenché avec certains services en amont de la préparation de l'EPRD. Une approche médico-économique a été retenue pour la présentation des rapports d'activité où sont comparés les effectifs alloués avec le nombre de séjours réalisés par spécialités. A l'exception de 2023, ils n'ont pas été analysés au sein des pôles et n'ont donc pas servi à piloter les effectifs et à prendre des décisions adaptées.

En revanche, les maquettes organisationnelles ont été revues lors de l'administration provisoire et adaptées à l'activité.

¹⁵⁴ Cf. annexe 4.

3.3.3 Une organisation du travail médical coûteuse en effectifs

Le temps de travail médical, étant rare et cher, est une ressource que le CHK n'a pas optimisée.

3.3.3.1 L'établissement des tableaux de service

D'après l'article R. 6152-26 CSP, le temps de présence médicale est arrêté annuellement par le chef d'établissement après avis de la CME. La détermination d'une équivalence en heures d'une demi-journée de service est nécessaire pour décompter le temps de travail du praticien qui ne doit pas dépasser une moyenne hebdomadaire de 48 heures sur une période de quatre mois consécutifs. Ce décompte permet aussi de déterminer à contrario les heures de temps de travail additionnel et la permanence des soins assurées par le biais d'une astreinte. Ce même article précise qu'« *un tableau de service nominatif (...) est arrêté mensuellement par le directeur après avis du chef de pôle sur proposition du chef de service* ». Or, au centre hospitalier de Kourou, la demi-journée de travail n'est pas calibrée.

Les plannings des praticiens examinés par la chambre indiquent tous une présence des praticiens le vendredi après-midi alors que certains services (pharmacie, consultations externes) sont fermés sur cette demi-journée¹⁵⁵. Certains praticiens cumulent la comptabilisation en temps de travail de leur vendredi après-midi et le paiement en astreinte.

Ces plannings ne font l'objet d'aucun contrôle attesté ni a priori ni a posteriori. Les feuilles mensuelles de présence des praticiens ne sont pas toutes signées par le chef de service. Quand elles le sont, certaines déclarations surprennent¹⁵⁶. Ces chiffres sont d'ailleurs en contradiction avec les statistiques d'appel établies par l'administration provisoire plutôt de l'ordre de moins d'un appel par nuit par spécialité chirurgicale.

3.3.3.2 Un dispositif d'indemnisation et de récupération des astreintes irrégulier

La rémunération des astreintes au sein du CHK n'était pas régulière (cf. *supra*). De plus, depuis le 1^{er} janvier 2019 avec la note du directeur du 26 novembre 2018, un dispositif irrégulier de récupération des heures d'astreinte a été instauré. Celui-ci aurait été validé par la commission d'organisation de la permanence des soins le 15 novembre 2018 mais aucun procès-verbal ne permet d'établir sa validation.

Ce dispositif prévoit 0,5 à 1 jour de récupération d'astreinte pour les astreintes de rang 1 et 1 à 1,5 jours de récupération d'astreinte pour les astreintes de rang 2. Le CHK a donc un système très favorable aux praticiens hospitaliers. Leurs heures d'astreinte sont indemnisées à des niveaux excédant la réglementation jusqu'en février 2024. Elles sont également pour partie

¹⁵⁵ Cf. horaires de la pharmacie.

¹⁵⁶ Un chirurgien déclare par exemple 14 déplacements en 7 jours d'astreinte, soit 14 heures d'intervention alors que l'activité chirurgicale est quasiment exclusivement programmée. Un autre déclare jusqu'à 9 heures d'intervention de nuit pour une seule nuit.

recupérées. Se voulant d'abord expérimental, ce système a été généralisé alors qu'il n'est pas conforme à la réglementation¹⁵⁷.

Le rapport relatif au bilan social 2021 présenté au conseil de surveillance du 8 juillet 2022 souligne l'impact de ces récupérations. « *Ce système a pour conséquence de générer des récupérations à hauteur de 726,70 jours en 2021, ce qui équivaut à peu près à 5 ETP au titre des récupérations d'astreinte du PM* », soit un surcoût de 1,1 million d'euros par an.

Le cumul récupération et paiement a pris fin le 1^{er} janvier 2024¹⁵⁸. Avec cette mesure, l'administration provisoire a prévu à l'EPRD 2024 une diminution de dépenses de l'ordre de 500 000 euros. Toutefois la chambre relève que deux médecins ont bénéficié en février 2024 d'un rappel d'indemnisation au titre des récupérations d'astreinte d'un montant significatif¹⁵⁹.

3.3.3.3 Un nombre de lignes d'astreintes opérationnelles excessif

Certaines feuilles de présence des praticiens contiennent un faible nombre de déplacements. Par ailleurs, douze puis onze lignes d'astreinte opérationnelle est un nombre inadapté pour un établissement de cette taille. Par exemple en 2022, 820 astreintes opérationnelles ont été mises en paie pour la chirurgie orthopédique, correspondant à 2,25 lignes¹⁶⁰. Un même médecin a été indemnisé de 305 astreintes sur l'année et neuf autres médecins entre 140 et 181 astreintes. La ligne en chirurgie orthopédique spécifique pour la main semble excessive et mériterait à tout le moins d'être mutualisée au niveau du GHT. La ligne d'astreinte hygiéniste a été supprimée par l'administration provisoire à juste titre.

L'établissement a décidé de fixer le montant de l'indemnisation des astreintes au plafond permis par la réglementation en février 2024, y compris pour les lignes d'astreinte peu sollicitées. Des organisations alternatives moins coûteuses existent : la suppression de certaines lignes d'astreinte, la mise en place d'astreintes mutualisées avec d'autres CH ou la transformation en astreinte de sécurité, dont le montant d'indemnisation prévu par la réglementation est moindre. Elles sont à examiner, tout en tenant compte des besoins de la permanence des soins.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur général de l'ARS de Guyane indique que « *l'astreinte forfaitisée de maladies infectieuses a été supprimée, et la commission de la permanence des soins de la CME va proposer en septembre une suppression des astreintes forfaitisées ne correspondant pas aux besoins. Certaines pourraient être territorialisées.* »

¹⁵⁷ Article 17 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

¹⁵⁸ Note d'information n° 66-2023 du 18 décembre 2023 et diaporama de présentation du cadre juridique de la permanence des soins au CHK de février 2024.

¹⁵⁹ Respectivement 18 636,56 euros pour le Dr P. et 15 127,04 euros pour le Dr A..

¹⁶⁰ A deux lignes dans les faits compte tenu du versement d'une double astreinte les week-ends et jours fériés, voir *infra*.

Recommandation n° 9. (*Performance*) Limiter les astreintes forfaitisées aux spécialités pour lesquelles les sollicitations sont élevées.

3.3.4 L'absence de politique ressources humaines formalisée

Le CHK a bien formalisé sa politique sur la question du transfert CMCK par différents supports (notes d'information, revue, courriers individuels). Par ailleurs, des notes d'information ont défini les conditions de récupération des astreintes du PM et la politique en matière d'heures supplémentaires. Le comité technique d'établissement du 24 décembre 2019 a validé un guide du temps de travail. Le protocole d'accord signé le 16 janvier 2019 fixe un certain nombre d'éléments relatifs à la politique RH principalement sur les conditions du transfert CMCK.

Cependant le CHK ne dispose pas d'informations claires et transparentes à disposition du personnel sur les autres éléments de sa politique RH en matière notamment de carrière, d'évaluation, de compte épargne temps, de prime de service, de formation ou d'avantages sociaux. Parmi ces outils, un document est pourtant obligatoire : les orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels. Composantes des lignes directrices de gestion, elles sont nécessaires aux décisions d'avancement de grade et de promotion interne mais n'ont pas été arrêtées.

L'absence de lignes directrices de gestion illustre le défaut de stratégie en matière de gestion des RH. En effet, « *les lignes directrices de gestion déterminent la stratégie pluriannuelle de pilotage de RH, notamment en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Elles fixent les orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours des agents publics, sans préjudice du pouvoir général d'appréciation de l'autorité compétente en fonction des situations individuelles, des circonstances ou d'un motif d'intérêt général* »¹⁶¹. Elles doivent être arrêtées par le directeur de l'établissement après avis du comité social d'établissement.

Cela étant, le CHK a établi au cours de la période son bilan social chaque année¹⁶² et l'a présenté au conseil de surveillance. Son contenu doit être composé de plusieurs parties : l'état et l'analyse des données sociales, la mise en perspective de celles-ci au regard du projet d'établissement (volet social) et la gestion des RH au sein des pôles d'activités. Si l'hôpital a détaillé la première partie, les deux autres sont inexistantes faute de projet d'établissement et de contrats de pôle. Il lui appartient d'adopter et de suivre son projet social conformément à l'article L. 6143-2-1 du CSP. Cette démarche est nécessaire à l'adoption du projet d'établissement. Le CHK dispose donc partiellement des éléments et données lui permettant d'établir ses lignes directrices de gestion.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur général de l'ARS de Guyane indique que les lignes directrices de gestion sont en cours de rédaction.

¹⁶¹ Article L. 413-1 du code général de la fonction publique et suivants.

¹⁶² A compter de l'année 2021, le bilan social devient un rapport social unique avec un nouveau contenu. Une période transitoire permettait aux établissements de mettre en place la nouvelle base de données sociales jusqu'au 31 décembre 2022.

Recommandation n° 10. (Régularité) Fixer les lignes directrices de gestion conformément à l'article L. 413-1 du code général de la fonction publique.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La gestion des RH a été marquée par la reprise des anciens agents du CMCK et par une stratégie de renforcement de l'attractivité vis-à-vis des médecins principalement.

Lors du transfert au secteur public des agents du CMCK au 1^{er} janvier 2018, la mise en place de la gestion publique du personnel s'est faite rapidement. De nombreuses irrégularités ont été actées, issues d'un dialogue social contraint et déjà avancé avant la création du CHK. Pour autant, le résultat obtenu en termes d'adaptation des processus des RH est à souligner.

La chambre relève de nombreuses irrégularités particulièrement onéreuses. Elle les a évaluées à 5,6 M€ en 2022, soit à plus de 7 M€ charges employeurs comprises. Début 2024, elles représentent encore 1,6 M€. Ces surcoûts indus expliquent pour partie la situation financière dégradée de l'établissement. Le CHK doit procéder aux régularisations, et le cas échéant, répéter les indus auprès de ses agents. Le niveau de rémunération excessif tient en grande partie au contexte de menace de départs et donc de risque pour la continuité des soins et aux tensions sociales qui ont conduit à céder sur un certain nombre d'avantages acquis du CMCK alors même qu'ils n'étaient pas conformes à la réglementation.

Les émoluments des médecins issus du CMCK ou recrutés ultérieurement vont très au-delà de ceux de l'Hexagone et même des autres centres hospitaliers guyanais, certains praticiens de l'établissement ayant fait le choix d'abandonner leur statut de praticien hospitalier ou de professeur pour le statut de praticien contractuel au centre hospitalier de Kourou. Face à certaines irrégularités, l'administration provisoire a adressé fin mars 2024 aux praticiens concernés un courrier pour proposer un avenant de mise en conformité réglementaire. L'établissement doit impérativement poursuivre cette démarche.

Le pilotage des effectifs et des ressources humaines reste à mettre en place. Alors que la ressource est chère, l'organisation du temps de travail médical en particulier de la permanence des soins reste à optimiser.

Enfin, la politique ressources humaines doit être formalisée, notamment ses lignes directrices de gestion et le projet social.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire.....	72
Annexe n° 2. Données activité, gouvernance et pilotage.....	74
Annexe n° 3. Données situation financière et fiabilité des comptes	75
Annexe n° 4. Données gestion des ressources humaines	77

Annexe n° 1. Glossaire

AFD	Agence française de développement
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAF	Capacité d'autofinancement
CAP	Commission administrative paritaire
CDI	Contrat à durée indéterminée
CE	Conseil d'État
CET	Compte épargne temps
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CH	Centre hospitalier
CHC	Centre hospitalier de Cayenne
CHK	Centre hospitalier de Kourou
CHOG	Centre hospitalier de l'Ouest guyanais
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJF	Code des juridictions financières
CMCK	Centre médico-chirurgical de Kourou
CME	Commission médicale d'établissement
COPS	Commission de l'organisation de la permanence des soins
Corevat	comité régional de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRC	Chambre régionale des comptes
CS	Conseil de surveillance
CSP	Code de la santé publique
DGARS	Directeur/directrice de l'agence régionale de santé
DJ	Demi-journée
DIM	Département d'information médicale
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement public de santé
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Equivalent temps plein
Feder	Fonds européen de développement régional

FDR	Fonds de roulement
FRNG	Fonds de roulement net global
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
IAF	Insuffisance d'autofinancement
IRM	Imagerie par résonance magnétique
JRTT	Journée de récupération du temps de travail
Lamda	Logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité
MCO	Médecine – chirurgie - obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation
PCME	Président de la commission médicale d'établissement
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PM	Personnel médical
PNM	Personnel non médical
PRS	Projet régional de santé
RH	Ressources humaines
RTC	Retraitement comptable
RUM	Résumé d'unité médicale
SAU	Service d'accueil des urgences
SMUR	Structures mobiles d'urgence et de réanimation

Annexe n° 2. Données activité, gouvernance et pilotage

Tableau n° 11 : Lits et places installées au 1^{er} janvier 2024

Unité	Lits installés	Lits autorisés	Evolution 2018	depuis
<i>Médecine polyvalente</i>	28	28		0
<i>Hôpital de jour</i>	5	5		0
<i>HDJ diabétologie</i>	6	6		+6
<i>Chirurgie/gynécologie</i>	26	27		0
<i>Chirurgie ambulatoire</i>	7	5		-1
<i>Obstétrique</i>	18	16		0
<i>Néonatalogie</i>	4	4		0
<i>UHTCD</i>	5	5		0
<i>Unité de soins continus</i>	4	4		+4
<i>Pédiatrie</i>	11	11		0
Total	114	111		+9

Source : CRC de Guyane d'après les données du CHK

Tableau n° 12 : Séances du conseil de surveillance

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Nombre de réunions</i>	0	2	3	4	4	3
<i>... dont reconvoction en l'absence de quorum</i>	0	0	1	0	0	1
<i>... dont absence de compte-rendu validé</i>	0	1	2	1	1	3

Source : CRC Guyane d'après le calendrier et les comptes-rendus transmis par le CHK

Tableau n° 13 : Séances du directoire

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Nombre de réunions</i>	4	8	3	4	7	3
<i>... en l'absence du président du directoire (Directeur du CHK)</i>	0	4	0	0	0	0
<i>... en l'absence du vice-président du directoire (Président de la CME)</i>	1	3	1	2	4	1

Source : CRC de Guyane, d'après les feuilles d'émargement du directoire

Annexe n° 3. Données situation financière et fiabilité des comptes

Tableau n° 14 : Les produits sur exercices antérieurs (en euro)

Comptes	Libellé	2019	2020	2021	2022	2023 (P)
SC / 772	Produits sur exercices antérieurs (a)	1 032 544	1 362 201	1 052 775	1 208 372	4 006 091
dont 772 2	Produits sur ex. antérieurs à la charge de l'assurance maladie	0	0	519 628	0	2 539 705
dont 772 8	Autres produits	977 027	1 304 397	1 005 533	1 133 366	1 456 196
Produits de fonctionnement N (b)		47 476 416	40 570 581	48 891 221	53 236 619	55 238 315
Taux de produits sur exercices antérieurs en % (a)/(b)		2,17%	3,36%	2,15%	2,27%	7,25%

Source : Comptes financiers, retraitement CRC de Guyane

Tableau n° 15 : Synthétique des provisions (en euro)

Comptes	Nature des provisions	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (P)
	<i>Provisions pour risques et charges</i>						
SC /151	Risques	0	0	0	0	177 540	82 317
SC /153	Charges de personnel CET	170 992	430 916	658 231	1 210 942	2 579 745	2 040 763
	<i>Sous-total c/15 (1)</i>	<i>170 992</i>	<i>430 916</i>	<i>658 231</i>	<i>1 210 942</i>	<i>2 757 285</i>	<i>2 123 081</i>
	<i>Dépréciations autres que comptes financiers</i>						
SC /49	Dépréciation des comptes de tiers (2)	0	0	0	46 073	103 373	134 284
	<i>Total des provisions (1) + (2)</i>	<i>170 992</i>	<i>430 916</i>	<i>658 231</i>	<i>1 257 015</i>	<i>2 860 658</i>	<i>2 257 365</i>

Source : Comptes financiers, CRC de Guyane

Tableau n° 16 : Compte 471* - Opérations créditrices par année (en million d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (P)
c/. 4713	0,45	1,01	0,28	0,21	2,89	59,74
c/. 4718	6,20	4,00	1,05	0,85	1,07	1,98
Total c/. 471*	24,53	13,72	10,74	10,39	20,93	83,87

Source : CRC de Guyane d'après les comptes de gestion et la balance 2023 provisoire

Tableau n° 17 : Aides exceptionnelles notifiées (en million d'euros)

	2017/ 2018	2019	2020	2021	2022	2023 (p)*	Total (p)
<i>MIGAC et FIR notifiés</i>	19,5	20,0	15,4	26,3	22,9	13,2	117,3
<i>dont aides exceptionnelles (hors mesures covid)</i>	14,3	14,9	3,9	17,5	15,8	7,0	73,4
<i>dt AC mesures exceptionnelles</i>	8,0	9,3					17,3
<i>dt AC soutien étab en difficulté</i>			0,5	12,0	9,7	4,0	26,2
<i>dt FIR soutien trésorerie</i>				2,0	3,1		5,1
<i>dt FIR maintien de l'activité déficitaire</i>	5,2	5,2	3,0	3,0	3,0	3,0	22,4
<i>dt FIR pacte d'avenir intégration FPH</i>	1,2						1,2
<i>dt FIR protocole CHK</i>		0,4	0,4	0,5			1,3

Source : CRC de Guyane d'après les arrêtés de notification

* notifications à décembre 2023

Tableau n° 18 : Marge brute d'exploitation non aidée (en million d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (P)	Cumulé/ moyenne
<i>Produits de gestion</i>	49,9	47,3	40,6	49,3	55,2	50,4	292,8
<i>- Aides exceptionnelles titrées</i>	-14,3	-14,9	-3,9	-11,3	-15,8	-7,0	-67,2
<i>Produits de gestion hors aides exceptionnelles titrées</i>	35,6	32,4	36,7	38,0	39,5	43,4	225,6
<i>Charges de gestion nettes</i>	42,3	44,1	46,6	51,1	49,2	49,1	282,4
<i>Marge brute d'exploitation</i>	7,6	3,2	-6,0	-1,8	6,0	1,3	10,4
<i>Marge brute d'exploitation non aidées</i>	-6,7	-11,7	-9,9	-13,1	-9,7	-5,7	-56,8
<i>Taux de MB</i>	15,3%	6,7%	-14,8%	-3,6%	10,9%	2,6%	3,5%
<i>Taux de MB non aidée</i>	-18,9%	-36,1%	-27,0%	-34,4%	-24,6%	-13,1%	-25,2%

Source : CRC de Guyane, d'après les comptes financiers et l'exécution 2023 (provisoire)

Annexe n° 4. Données gestion des ressources humaines

Tableau n° 19 : Rémunérations des praticiens issus du CMCK – échantillon des 8 médecins

	Rémunération de base mensuelle en € au 1 ^{er} janvier 2018	% supérieur par rapport au revenu maximum – du 1 ^{er} janvier au 30 juin 2022	Rémunération de base mensuelle en € au 1 ^{er} juillet 2021	% de dépassement du plafond – à partir du 1 ^{er} juillet 2022
<i>Dr A.</i>	9 531,95	+28 %	10 103,87	+9,47 %
<i>Dr B.</i>	8 998,08	+20,7 %	9 807,97	+6,26 %
<i>Dr C.</i>	7 840,56	+40 %		-
<i>Dr D.</i>	8 910,72	+19,5 %		-
<i>Dr E.</i>	11 278,72	+51,3 %	11 703,72	+26,80 %
<i>Dr F.</i>	13 985,00	+87,5 %		+51,52 %
<i>Dr G.</i>	9 706,67	+30,2 %		+5,16 %

Tableau n° 20 : Quelques recrutements effectués avant la réforme de février 2022

	Fondement juridique	Rémunération mensuelle brute (base 100 %)	Plafond	Conformité	Période de conclusion du contrat
<i>Dr H.</i>	R 6152-402 2°CSP	7 182,85 €	4 852,20 €	Non	16/10/2020
<i>Dr I.</i>	R 6152-403 CSP	8 977,26 €	4 852,20 €	Non	CDI depuis le 26/11/2020
<i>Dr J.</i>	Pas de fondement juridique précisé	7 546,09 €	5 930,24 au 1 ^{er} février 2022	Non	CDD du 18 janvier 2018 au 17 juin 2020 prolongé en CDI

Tableau n° 21 : Quelques recrutements effectués après la réforme de février 2022

	Fondement juridique	Rémunération mensuelle brute (base 100 %)	Plafond	Conformité	Période de conclusion du contrat
<i>Dr K.</i>	R. 6152-338 1°	7 879,80	5 930,24	Non	04/09/2023 au 31/12/2023
<i>Dr L.</i>	R. 6152-338 2°	7 763,35	9 927,50	Non	01/03/2023 au 29/02/2024
<i>Dr M.</i>	CDI	6 065,68	5 930,24	Non	01/06/2022

Tableau n° 22 : Contrats de cliniciens et part variable

	Spécialité	Dates de contrat	Objectifs précisés dans le contrat	Evaluation des objectifs	Versement de la prime variable conditionnée
Dr N.	Médecine interne	01/04/2018 - 31/03/2021	Oui	?	D'emblée chaque mois
Dr O.	Radiologie	29/04/2019-28/04/2022	Oui	?	D'emblée chaque mois
Dr P.	Chirurgie de la main	04/09/2019-31/08/2022	Oui qualitatifs et quantitatifs	Non	Tous les 4 mois
		01/09/2022 - 30/07/2024*	Les mêmes	Non	Tous les 4 mois
Dr R.	Obstétrique	01/10/2020-30/09/2023	Non	?	Tous les 4 mois
Dr S.	Chirurgie viscérale	01/10/2020 - 30/09/2023	Non	Non	Tous les 4 mois
Dr T.	Radiologie	26/10/2020-15/10/2023	Non	?	Tous les 4 mois

Source : CRC de Guyane d'après les contrats et les dossiers des agents

* aucun contrat de clinicien ni aucun renouvellement ne pouvait être signé à partir du 1^{er} janvier 2022. Or, un avenant a été signé avec un médecin pour prolonger son contrat au-delà de son terme la veille de l'entrée en vigueur du texte.

Tableau n° 23 : Les émoluments des cliniciens (hors astreintes)

	Spécialité	Dates de contrat	Rémunération moyenne brute hors astreinte mensuelle incluant les 40 % et la part variable
Dr N.	Médecine interne	01/04/2018 - 31/03/2021	12 754 €
Dr O.	Radiologie	29/04/2019 - 28/04/2022	11 663 €
Dr P.	Chirurgie de la main	04/09/2019 - 31/08/2022	13 469 €
		01/09/2022 - 30/07/2024	
Dr R.	Obstétrique	01/10/2020 - 30/09/2023	14 736 €*
Dr S.	Chirurgie viscérale	01/10/2020 - 30/09/2023	13 360 €
Dr T.	Radiologie	26/10/2020 - 15/10/2023	12 443 €

Source : Retraitement CRC de Guyane d'après les fichiers de paie

* Clinicien à temps partiel, rémunération retraitée à hauteur d'un temps complet

Tableau n° 24 : Praticiens ayant bénéficié d'une prime d'exercice territorial

Matricule des bénéficiaires de la prime d'exercice territorial	Prime versée - demi-journées	Eléments dans le dossier – demi-journées	Trop versé de 2019 à 2023	Trop versé 2022-2023
Dr U.	1 DJ	2 DJ	OK	0
Dr V.	1 DJ	1DJ	OK	0
Dr W.	1 DJ	0	3 733,33	0
Dr J.	1 DJ	0	9 858,33	5 250
Dr X.	2 DJ à 3DJ	1 DJ	5 600	7 100
Dr Y.	2 DJ à 3DJ	1 DJ	8 600	2 400
Dr Z.	2 DJ à 3DJ	1 DJ	8 400	2 250
Dr M.	sup à 4 DJ	0	16 000	16 000
Dr AA.	sup à 4 DJ	0	19 000	19 000
Dr F.	sup à 4 DJ	1DJ ?	30 750	5 750
Total			101 941,66	57 750

Source : CRC et dossiers individuels

Tableau n° 25 : Exemples d'avantages en nature attribués au-delà de la pratique habituelle du CHK

Matricule	Avantage	Durée de l'avantage	Avantage déclaré en paie
Dr AB.	logement	De février à décembre 2023	non
Dr AC.	logement	De février 2018 à août 2019	oui
	véhicule	De février 2018 à février 2020	oui
Dr AD.	logement	De janvier 2018 à ce jour	oui
Dr AE.	logement	De janvier 2018 à ce jour	non
Dr AF.	logement	De décembre 2019 à septembre 2020	oui
Dr AE.	logement	De février à avril 2022, d'octobre 2022 à avril 2023 et de décembre 2023 à février 2024	non

Source : contrats et déclarations avantages en nature

Tableau n° 26 : Rémunération d'un praticien contractuel à temps partiel (50 %) et avantages

	Montant annuel 2023 (a)	Moyenne pour un mois à temps plein (a/6)
<i>Traitement de base</i>	53 565,71	8 927,62
<i>Indemnité de vie chère</i>	21 426,24	3 571,04
<i>Avantage en nature logement inscrit en paie</i>	4 419,80	736,63
<i>Astreintes</i>	6 822,02	1 137,00
<i>Indemnité différentielle d'astreinte</i>	2 894,81	482,47
<i>Indemnité billet d'avion</i>	859,43	143,24
<i>Indemnité mutuelle</i>	427,13	71,19
<i>Total brut en paie</i>	90 415,14	15 069,19
<i>2 billets d'avion par an</i>	Montant mandaté en 2023 : 3 269,90 euros (3 billets)*	544,98
<i>Avantage en nature véhicule prévu au contrat mais non déclaré en paie</i>	Estimation sur la base d'une location de 4 mois 695 € X 4 = 2 780 euros	463,30
<i>Charges patronales</i>	29 986,18	4 997,70
<i>Coût CHK</i>	126 451,22	21 075,17

Source : CRC de Guyane, d'après le fichier paie et les factures

* Quatre mandats figurent en charges courantes 2023 concernant trois billets d'avion, un voyage réalisé en 2022 et deux en 2023. Une facture mandatée en doublon n'est pas prise en compte



Chambre régionale des comptes de la Guyane

Parc d'activités La Providence – Kann'Opé – Bât. D – CS 18111
97181 LES ABYMES CEDEX

Adresse mél. : antillesguyane@crtc.ccomptes.fr

<https://www.ccomptes.fr/fr/antilles-guyane>