



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER D'ARMENTIÈRES (Département du Nord)

Exercices 2010 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec le destinataire concerné,
a été délibéré par la chambre le 30 mai 2017

AVANT-PROPOS

Le présent rapport d'observations définitives, une fois délibéré, est adressé aux représentants légaux des collectivités ou organismes contrôlés afin qu'ils apportent, s'ils le souhaitent, une réponse qui a vocation à l'accompagner lorsqu'il sera rendu public. C'est un document confidentiel réservé aux seuls destinataires, qui conserve un caractère confidentiel jusqu'à l'achèvement de la procédure contradictoire. Sa divulgation est donc interdite, conformément à l'article L. 241-6 du code des juridictions financières.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RAPPELS À LA RÉGLEMENTATION	4
RECOMMANDATIONS	5
INTRODUCTION.....	6
1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE	7
1.1 Le positionnement du centre hospitalier d'Armentières	7
1.1.1 Le territoire	7
1.1.2 Capacités et équipements.....	7
1.2 La gouvernance	8
1.2.1 Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et projet d'établissement.....	8
1.2.2 L'organisation en pôles.....	9
1.3 Les coopérations	10
1.3.1 La communauté hospitalière de territoire	10
1.3.2 La coopération avec l'établissement public de santé mentale Lille Métropole	11
1.3.3 Les groupements de coopération sanitaire.....	12
1.3.4 Le groupement d'intérêt économique.....	13
1.4 L'activité	13
1.4.1 L'activité d'hospitalisation	13
1.4.2 L'activité externe et des urgences.....	14
1.4.3 L'activité d'imagerie	15
1.4.4 Les autres activités.....	15
1.4.5 L'activité libérale.....	16
2 LA SITUATION FINANCIERE.....	16
2.1 La fiabilité des comptes	16
2.2 Analyse rétrospective.....	17
2.2.1 Évolution de la section de fonctionnement.....	17
2.2.2 Les investissements et leur financement.....	21
2.3 Analyse prospective	22
2.3.1 Le plan global de financement pluriannuel.....	22
2.3.2 Le plan de retour à l'équilibre.....	23
3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	24
3.1 Le personnel médical	24
3.1.1 L'évolution des effectifs médicaux.....	24
3.1.2 Les moyens de suppléance.....	25
3.1.3 Les rémunérations.....	26
3.2 Le personnel non médical	27
3.2.1 Les effectifs	27
3.2.2 Les rémunérations.....	28
3.2.3 Le temps de travail et la présence au travail.....	28
ANNEXES	30

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier d'Armentières est un établissement public de santé polyvalent. Il dessert une zone d'attractivité de plus de 150 000 habitants à proximité immédiate de la Métropole Européenne de Lille. Bien que doté de capacités et d'équipements, en particulier en imagerie, suffisants et opérationnels, son activité d'hospitalisation est en baisse, ce qui est de nature à dégrader une situation financière déjà fragile.

Malgré des efforts pour maîtriser ses charges générales et ses dépenses d'investissement, l'établissement est confronté à un déficit de ressources. Cette situation résulte, notamment, d'une vive concurrence territoriale qui engendre d'importants taux de fuite, accentuée par des coopérations déséquilibrées ainsi que par une rotation élevée des équipes médicales. Ces facteurs ne permettent pas de maintenir le niveau d'activité. De plus, malgré l'existence d'outils de pilotage et d'une gouvernance active, la participation des acteurs médicaux aux enjeux de gestion reste insuffisante. L'absence de délégation de gestion aux chefs de pôle ne facilite pas leur implication.

Si la situation semblait régulée en 2015 dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre signé avec l'agence régionale de santé, la nouvelle baisse de l'activité d'hospitalisation de 3 % en 2016 impose une révision du modèle financier envisagé et fragilise les équilibres futurs de cet établissement ainsi que sa capacité à investir. Le déficit du budget principal de l'année 2016 a dépassé 4 M€, soit plus du double de l'exercice 2015 alors que l'enjeu du plan de retour à l'équilibre initial visait à dégager une économie de 3,2 M€ à terme et rétablir un taux de marge à 4,5 %.

Dans ces conditions, dans la perspective d'une restauration de ses équilibres financiers, la croissance de l'activité de l'hôpital en volume constitue un enjeu essentiel. L'autre enjeu est de stabiliser les équipes médicales nécessaires pour assurer ce niveau d'activité. Le centre hospitalier a connu une forte rotation de ses équipes médicales, le maintien de l'offre de soins nécessitant le recours à l'intérim mais aussi le recrutement de médecins contractuels. Ces mesures, parfois exceptionnelles, ont entraîné des charges supplémentaires importantes, partiellement dues à des rémunérations supérieures à celles prévues par la réglementation.

En ce qui concerne les personnels non médicaux, l'établissement est confronté à un absentéisme élevé, qui induit des dysfonctionnements et des coûts importants, équivalant à 77 agents.

RAPPELS À LA RÉGLEMENTATION

Rappel à la réglementation n° 1 : généraliser les contrats de pôles en application de l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique.

Rappel à la réglementation n° 2 : réunir régulièrement la commission d'activité libérale afin de mettre en œuvre le contrôle de l'activité privée, en application de l'article L. 6154-11 du code de la santé publique.

Rappel à la réglementation n° 3 : respecter les plafonds de rémunération des praticiens contractuels conformément à l'article R. 6152-416 du code de la santé publique.

Rappel à la réglementation n° 4 : réserver le versement de l'indemnité différentielle aux praticiens attachés et respecter les seuils prévus à l'article R. 6152-611 du code de la santé publique.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : actualiser et compléter le projet d'établissement ainsi que ses annexes.

Recommandation n° 2 : relancer, à court terme dans le cadre du plan de retour à l'équilibre et à moyen terme, les actions de réduction de l'absentéisme et de retour à l'emploi du personnel non médical.

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier d'Armentières a été ouvert le 13 juillet 2016 par lettre du président de la chambre adressée à M. Pamart, directeur et ordonnateur sur toute la période, ainsi qu'à M. Haesebroeck, président du conseil de surveillance.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 15 décembre 2016 avec le directeur.

La chambre dans sa séance du 17 janvier 2017 a arrêté ses observations provisoires transmises à l'ordonnateur le 1^{er} mars 2017. Des extraits ont été communiqués aux tiers mis en cause conformément au code des juridictions financières. L'ensemble des tiers a répondu dans le délai de deux mois prévu par les textes. L'ordonnateur a sollicité un report dudit délai ainsi qu'une audition, qui s'est tenue à la chambre le 30 mai 2017.

Après avoir examiné l'ensemble des réponses et entendu l'ordonnateur, la chambre, dans sa séance du 30 mai 2017, a arrêté les observations définitives suivantes.

1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1.1 Le positionnement du centre hospitalier d'Armentières

1.1.1 Le territoire

Le centre hospitalier d'Armentières fait partie du territoire de santé « Métropole-Flandre intérieure » qui regroupe plus de 150 000 habitants ; il appartient au groupement hospitalier de territoire du même nom, créé en juillet 2016.

Il est confronté à une forte concurrence tout à la fois des établissements lillois, des cliniques privées qui bénéficient de l'adressage des patients qui consultent dans les cabinets libéraux, des établissements du groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille, mais aussi du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille. Ce dernier intervient essentiellement pour des soins de proximité et non en tant qu'établissement référent pour des spécialités particulières.

Dans ce contexte, l'hôpital perd des parts de marché sur l'ensemble de ses activités y compris avec les établissements partenaires.

À titre d'exemple, en chirurgie, alors que 25 % des patients du territoire étaient hospitalisés en 2010 à Armentières, ils sont 20,6 % en 2015 au profit du CHRU et de l'hôpital d'Hazebrouck. La même tendance est observée en médecine et en obstétrique, les patients s'orientent principalement vers le CHRU.

1.1.2 Capacités et équipements

Sur la période récente, les capacités d'accueil de l'établissement ont baissé d'environ 7 %. Il totalise 533 lits et places en 2016 contre 571 en 2010.

Le secteur de la médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique est passé de 246 lits et 13 places en 2010 à 200 lits et 22 places en 2016. En 2015, le plan de retour à l'équilibre a imposé de revoir à la baisse les capacités de l'établissement qui a néanmoins ouvert un court séjour gériatrique en 2011 ; il dispose, en 2016, de 20 lits.

Cette évolution s'explique par le fait que, depuis 2011, la chirurgie ambulatoire s'est développée au détriment de l'hospitalisation conventionnelle.

Suite aux observations provisoires de la chambre, le directeur précise que l'établissement a développé la chirurgie ambulatoire avec un taux de 61,89 % en 2016 sur les actes marqueurs¹ de cette activité, ce qui constitue un taux supérieur aux autres établissements publics lillois².

La réorganisation des services ne s'est pas faite sans difficultés. Les spécialités sont parfois implantées sans souci de cohérence comme le service de néonatalogie, éloignée du bâtiment de maternité, et la gériatrie aigüe est installée à côté de la chirurgie ambulatoire.

Le centre hospitalier possède également un plateau d'imagerie à vocation territoriale, avec les hôpitaux d'Hazebrouck et de Bailleul, ce qui a permis, selon son directeur, de « consolider l'offre publique hospitalière et la qualité des prises en charge ». Sur le site d'Armentières, il y a un scanner deux IRM³ (dont l'une est partagée avec un groupement privé) ainsi qu'un équipement de mammographie. Il bénéficie d'un secteur d'imagerie de la femme organisé en vue du dépistage du cancer du sein mais ne dispose plus de l'autorisation de traitement chirurgical. De même, au vu de la baisse de son activité, l'établissement a perdu pendant un an son autorisation de chimiothérapie, qui a été maintenue grâce à une coopération avec le groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille.

1.2 La gouvernance

Le conseil de surveillance est présidé par le maire de la commune. Le directoire se réunit tous les 15 jours, avec des réunions exceptionnelles si la situation l'exige. Dès l'origine, sa composition a été élargie à l'ensemble des responsables de pôles.

La participation médicale est cependant limitée. De même, le fonctionnement de la commission médicale d'établissement est erratique en raison, notamment, de la succession de quatre présidents sur la période.

1.2.1 Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et projet d'établissement

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé le 1^{er} juillet 2012 pour une durée de cinq ans.

Ses orientations stratégiques sont fixées autour des axes suivants : faire progresser le pilotage interne de l'établissement et améliorer la soutenabilité financière et patrimoniale, afin d'assurer un retour à l'équilibre structurel, améliorer la qualité et la sécurité des soins, développer les coopérations territoriales et améliorer les parcours de soins.

Ces orientations se traduisent par des fiches actions qui déclinent les enjeux, les conditions et le calendrier de mise en œuvre ainsi que des indicateurs de suivi.

¹ Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire et choisies à dire d'expert.

² Données établissement, comparatif établi lors de la construction du projet médical du groupement hospitalier de territoire.

³ Imagerie par Résonance Magnétique.

Le CPOM a fait l'objet de plusieurs avenants dont le premier en 2014, qui comportait des annexes sur le pilotage, la performance, l'amélioration de la qualité, les coopérations, le parcours de soins dont la chirurgie ambulatoire et l'éducation thérapeutique. La quatrième annexe comportait un volet architectural avec la centralisation des blocs opératoires, le regroupement des chirurgies dont la mise en œuvre était conditionnée au financement du projet de travaux. Sont aussi intégrés depuis 2015 une annexe sur la performance des achats et le plan de retour à l'équilibre.

Le projet d'établissement, quant à lui, a été réalisé immédiatement après le CPOM. Il couvre la période 2012-2017 et comprend un projet médical, qui a fait l'objet d'une révision en 2015.

La chambre recommande d'actualiser et compléter le projet d'établissement avec toutes ses annexes afin d'assurer la cohérence de l'ensemble du document sur des périodes identiques.

En réponse aux observations provisoires, le directeur indique que « le projet d'établissement sera actualisé et complété pour la période 2018-2022, en prenant en compte le projet médical partagé au niveau du groupement hospitalier de territoire qui doit être validé pour le 1^{er} juillet 2017, ainsi que les éléments du programme régional de santé qui ne seront disponibles que fin 2017- début 2018. »

1.2.2 L'organisation en pôles

L'établissement est structuré en sept pôles d'activités cliniques et médico-techniques : médecine, chirurgie, « urgences-SMUR⁴-réanimation », gériatrie, pharmacie-santé publique, imagerie-laboratoires et mère-enfant. Certains pôles ont des enjeux de coopération importants en particulier le pôle médico-technique. Son administration est également organisée en pôles avec notamment un pôle finances présidé par la direction des finances qui intègre le département d'information médicale.

Des outils ont été mis en place pour le pilotage de la gestion. Des objectifs d'activité sont assignés aux pôles. Un suivi *infra* annuel ainsi que des comptes de résultat analytiques sont réalisés.

L'établissement a eu des difficultés à trouver des responsables de pôles qui puissent en assumer la charge. Les chefs de service continuent, de fait, à participer et à peser sur les choix de gestion. En réponse aux observations de la chambre, le directeur indique que la restructuration est toujours en cours, notamment au niveau du pôle gériatrie et du pôle médecine.

Seuls deux contrats de pôle ont été élaborés : l'un avec le pôle urgences qui est déjà signé, l'autre avec le pôle pharmacie, qui devrait l'être prochainement. Pour autant, aucune délégation de gestion n'est mise en place, ni envisagée à court terme. Le directeur explique cette situation par les difficultés à associer les chefs de pôle dans la gestion. Il constate cependant, depuis 2016, « une meilleure implication des médecins dans les enjeux médico-économiques de leur pôle et de l'établissement en général. »

⁴ Service mobile d'urgence et de réanimation.

La chambre rappelle la nécessité de généraliser les contrats de pôles en application des dispositions de l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique.

En réponse, le directeur précise qu'« il est prévu, (...) une accélération de la contractualisation interne, dans le cadre du plan de retour à l'équilibre financier en ciblant principalement, pour les chefs de pôle, le suivi des indicateurs d'activité et financiers, les indicateurs de performance et ceux de la qualité et de la sécurité des soins au niveau de chaque pôle. »

1.3 Les coopérations

L'établissement est engagé dans de nombreux dispositifs conventionnels. Cinq sont à relever en particulier : la communauté hospitalière de territoire Flandre intérieure-Lys-Métropole avec les hôpitaux d'Hazebrouck et de Bailleul, les relations avec l'autre établissement d'Armentières l'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille Métropole, les groupements de coopération sanitaires Hospibio et Hula ainsi que le groupement d'intérêt économique d'imagerie.

Les coopérations devraient trouver un nouvel essor dans le cadre du groupement hospitalier de territoire « Lille métropole Flandre intérieure » créé en juillet 2016 qui associera autour du CHRU de Lille l'ensemble des établissements publics non psychiatriques de la métropole, dont celui d'Armentières. Selon son directeur, le centre hospitalier d'Armentières est impliqué dans la gouvernance et le projet médical de cette nouvelle entité, qui s'appuiera sur les coopérations existantes avec Hazebrouck et Lille en particulier.

1.3.1 La communauté hospitalière de territoire

Une communauté hospitalière de territoire baptisée « Flandre intérieure-Lys-Métropole » a été créée en juillet 2011 entre les hôpitaux d'Armentières, d'Hazebrouck et de Bailleul. Elle reprend les coopérations préexistantes, en particulier les fédérations inter-établissements des urgences et d'imagerie.

Elle a pour objectif de consolider les coopérations existantes, de réduire les taux de fuite ainsi que d'organiser la permanence des soins. Deux conseils communautaires se sont tenus en cinq ans, aucune évaluation des partenariats n'a été réalisée. Cette coopération est émaillée d'incidents et n'a pas produit les effets escomptés.

Pour autant, pour la direction du centre hospitalier d'Armentières, elle est nécessaire. Elle permet de mettre en place la permanence et la gradation des soins, de conforter la vocation territoriale de l'établissement, ainsi que d'atteindre un volume critique nécessaire pour l'obtention des autorisations d'activité.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, les directeurs des hôpitaux d'Armentières et d'Hazebrouck indiquent que le groupement hospitalier de territoire apporte un cadre de coopération renouvelée et devrait renforcer les partenariats entre les établissements. Après de fortes tensions entre les deux hôpitaux sur le sujet, le directeur de celui d'Armentières précise, par ailleurs, qu'une nouvelle convention de la fédération d'imagerie a été signée, en janvier 2017, avec l'hôpital d'Hazebrouck, pour cinq années.

1.3.2 La coopération avec l'établissement public de santé mentale Lille Métropole

L'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille Métropole est un établissement spécialisé en psychiatrie, situé également sur la commune d'Armentières, qui dessert cependant 82 communes pour 650 000 habitants.

Le centre hospitalier d'Armentières prend en charge des patients pouvant présenter des troubles d'ordre psychiatrique, en urgence ou dans ses services. Il rencontre des difficultés au vu des besoins à obtenir une évaluation ou une prise en charge par une équipe spécialisée de l'EPSM. En pédopsychiatrie, la situation est rendue complexe par la compétence de trois établissements spécialisés, ceux d'Armentières, Bailleul et Saint-André-lez-Lille.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la directrice de l'EPSM Lille Métropole indique mettre en place des rencontres entre ses services et ceux de l'hôpital général afin d'assurer en particulier une prise en charge optimale des adolescents. Cette démarche devrait se traduire dans un projet de convention d'accompagnement et de suivi des enfants et adolescents qui arrivent aux urgences du centre hospitalier d'Armentières, et qui ne sont pas connus de l'EPSM.

Par ailleurs, une mutualisation des fonctions supports entre les deux établissements a été réalisée. Afin de produire ensemble les repas pour les patients et les professionnels, le service a été regroupé en 2009 au sein du site de l'EPSM ; des personnels de restauration de l'hôpital d'Armentières (28 équivalents temps plein) et deux agents du service des transports y ont été mutés.

Ce projet devait générer des économies d'échelle substantielles de l'ordre de 570 000 € pour les deux établissements (un surcoût brut de 209 000 € pour le centre hospitalier et une économie de 779 000 € pour l'EPSM). Par ailleurs, ce regroupement devait libérer des locaux disponibles pour l'hôpital d'Armentières.

Une convention financière prévoyait un mécanisme de remboursement par le centre hospitalier d'Armentières : elle n'a jamais été signée.

En l'absence d'accord financier et de fixation de prix de base des prestations, un conflit s'est rapidement ouvert sur le coût de production des repas et sur les modalités de facturation des coûts de transport des repas de l'hôpital d'Armentières par l'EPSM. Les deux directions ont eu recours à deux audits en 2011 et 2015 pour évaluer les coûts respectifs et la réalité des économies réalisées. Les deux établissements ont renoué le dialogue pour tenter de trouver un compromis.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la directrice de l'EPSM Lille Métropole a confirmé devoir reverser au centre hospitalier d'Armentières la somme de 680 000 €, soit 136 000 € par an pour la période 2010 à 2014 au titre de la répartition des économies générées. Elle indique, par ailleurs, que les discussions sont en cours s'agissant des modalités et de facturation des transports de la restauration.

1.3.3 Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) « Hôpitaux universitaires Lille-Armentières » a été constitué le 11 mai 2011 pour une durée indéterminée entre le centre hospitalier d'Armentières et le CHRU de Lille. Il a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres dans une optique de gradation des soins. Quatre axes de coopération ont été définis en commun : l'imagerie de la femme, la chirurgie gynécologique et cancérologique, la pédiatrie-néonatalogie et la chirurgie vasculaire.

Le GCS repose sur un montage financier qui, indique le directeur du CHRU dans sa réponse, partage à parts égales entre les partenaires la marge nette dégagée par l'activité déployée dans le cadre du partenariat, les charges fixes étant considérées comme préexistantes.

Le groupement a très peu fonctionné ; moins d'une dizaine de patients ont été pris en charge au total et aucun depuis 2015. Pour le CHRU, des départs de praticiens de part et d'autre n'ont pas permis de pérenniser l'ensemble des actions qui avaient été engagées.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, les directeurs du centre hospitalier d'Armentières et du CHRU de Lille estiment que le projet médical et soignant partagé du GHT est appelé à renforcer leur coopération bilatérale.

A contrario, le GCS « Hospibio », créé en mars 2015, apporte une réelle plus-value pour l'activité de biologie de l'établissement. Associant, à l'origine, le laboratoire de l'hôpital et ceux des deux établissements psychiatriques du secteur Lille Flandres à Armentières et Lille Métropole à Saint André, il regroupe également les deux hôpitaux général et psychiatrique de Bailleul.

Ce regroupement n'a pas apporté d'économies en termes de centralisation des activités ou de mutualisation des effectifs. Il a toutefois permis d'atteindre des volumes d'analyses nécessaires à l'obtention de la certification, indispensable à la poursuite de l'activité de biologie. Il positionne le coût de l'analyse de biologie, selon sa direction, à 10 centimes d'euros en dessous du tarif de l'acte.

Il existe, de plus, des perspectives de développement avec l'intégration d'autres établissements, médico-sociaux ou celle de l'hôpital d'Hazebrouck, qui a pris contact, selon le directeur d'Armentières, en vue d'un transfert partiel ou total de son activité de biologie au GCS.

1.3.4 Le groupement d'intérêt économique

En 2013, l'agence régionale de santé a autorisé l'implantation d'une seconde IRM à Armentières à la condition d'un partage d'autorisation entre le centre hospitalier et le cabinet d'imagerie privé. Cet accord est assorti d'une obligation réglementaire de mise en place dans un délai de cinq ans, soit au plus tard en 2017.

La convention constitutive du groupement d'intérêt économique (GIE) a été signée en janvier 2016 au terme d'une longue discussion avec le partenaire privé sur les contours financiers de l'opération. L'équipement a finalement été réceptionné en décembre 2016, après des travaux d'aménagement, pour une mise en service en janvier 2017.

Le centre hospitalier n'a procédé à aucun recrutement complémentaire, l'équipement et les renforts en personnels non médicaux étant supportés par le groupement. Les effectifs médicaux sont apportés, quant à eux, par le cabinet privé.

La mise en place de ce groupement devrait apporter une activité nouvelle de l'ordre de 5 700 actes annuels. En matière de recettes, l'établissement doit, en tant que membre associé, percevoir la moitié du résultat du groupement, soit une somme annuelle de l'ordre de 200 000 €, sous réserve de la réalisation de l'activité précitée.

En tant que propriétaire des locaux, l'hôpital percevra une redevance d'occupation du domaine public versée par le GIE. D'un montant annuel de 31 515 €, elle ne compense pas le montant des travaux engagés par l'établissement pour l'aménagement et l'installation de l'équipement, soit 1,1 M€ dont 0,3 M€ pour la seule implantation de l'IRM.

1.4 L'activité

1.4.1 L'activité d'hospitalisation

Tableau n° 1 : Évolution des séjours

Séjours valorisés	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evol.	Evol. moy. annuelle
TOTAL	20 347	19 911	20 159	19 771	19 950	21 035	20 517	0,84 %	0,14 %
Hospitalisation complète	13 578	13 211	13 225	13 100	12 934	12 778	12 299	- 9,42 %	- 1,64 %
Hôpitaux de jour et séances	6 769	6 700	6 934	6 671	7 016	8 257	8 218	21,41 %	3,29 %

Source : plateforme EPMSI.

L'activité d'hospitalisation représente plus de 20 200 séjours par an en moyenne dont 60 % dans le cadre d'une hospitalisation complète. Cette dernière activité décroît au rythme d'1,6 % par an depuis 2010 tandis que les hôpitaux de jour et les séances augmentent et compensent la baisse de l'activité traditionnelle. Cette tendance est confirmée en 2016 où une nouvelle baisse, générale et supérieure de plus de 2 %, est constatée.

Le pôle urgences réalise le plus d'hospitalisations (cf. infra). La principale activité de l'établissement est médicale et non chirurgicale. L'activité de gynéco-obstétrique décroît depuis trois ans, compte tenu de la baisse de la natalité et du déficit d'attractivité de ce secteur.

L'activité opératoire est croissante entre 2012 et 2015, passant de 4 586 à 4 916 interventions. Cette augmentation est quasi exclusivement portée par le secteur d'orthopédie, qui réalise à lui seul près de la moitié des interventions.

Les indicateurs de performance de l'activité sont globalement satisfaisants. L'établissement se situe dans les 20 % des hôpitaux les plus performants au niveau régional et national.

1.4.2 L'activité externe et des urgences

1.4.2.1 L'activité externe

L'activité externe représente un volume de l'ordre de trois millions d'actes, principalement de laboratoires. La croissance la plus forte est celle des forfaits techniques d'imagerie.

En 2015, l'établissement a enregistré plus de 70 000 passages en consultations externes dans l'établissement. Le pôle mère-enfant représente à lui seul près de la moitié de l'activité. En trois ans, l'activité totale a augmenté globalement de 6 %, portée par des secteurs comme la cardiologie, la chirurgie traumatologique et, dans une moindre mesure, l'obstétrique.

L'activité de consultation est organisée sur plusieurs sites, ce qui mobilise des moyens humains supplémentaires et constitue un frein à son développement. Un manque de locaux est également constaté, en particulier en matière de salles polyvalentes.

1.4.2.2 Les urgences

Les urgences de l'établissement ne sont pas regroupées. D'un côté, le service des urgences accueille les urgences médicales et chirurgicales adultes et certaines pathologies chirurgicales de l'enfant. À l'étage, les patients pédiatriques sont pris en charge dans l'unité.

L'activité des urgences croît sur la période au rythme de plus de 2 % de passages supplémentaires par an. Contrairement aux tendances observées dans la majorité des établissements hospitaliers de la métropole lilloise, le taux d'hospitalisation à partir des urgences est parmi le plus élevé au sein des établissements hospitaliers de la métropole lilloise (35 % contre 25 % en moyenne), ce qui, comme l'indique le directeur dans sa réponse, marque l'importance de l'activité non programmée et génère des contraintes fortes en termes d'organisation.

Tableau n° 2 : Activité des urgences

Passages urgence	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evol totale
Externes	23 886	25 976	26 575	27 474	26 876	26 080	26 023	9 %
Hospitalisés	10 863	11 001	11 382	10 574	11 609	12 467	12 600	16 %
TOTAL	34 749	36 977	37 957	38 048	38 485	38 547	38 623	11 %
Taux d'hospitalisation	31,26 %	29,75 %	29,99 %	27,79 %	30,16 %	32,34 %	32,26 %	

Source : établissement.

1.4.3 L'activité d'imagerie

Le service d'imagerie est organisé en une fédération multi-établissements associant les hôpitaux d'Armentières, d'Hazebrouck et de Bailleul. Le site d'Armentières constitue le plateau technique le plus important, qui assure la prise en charge en urgence et la permanence des soins, grâce en particulier à une analyse à distance des examens par télé-imagerie.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur considère que cette organisation territoriale a permis aux trois établissements de développer ou de maintenir l'activité d'imagerie.

Cette activité est croissante. Fin 2015, l'établissement a réalisé 6 145 IRM, soit 5 % de plus qu'en 2010, et près de 14 000 scanners, soit 14 % de plus qu'en 2010. Le nombre d'analyses de mammographie est stable avec 1 400 actes en moyenne.

Pour réaliser cette activité, la fédération a réussi à fidéliser une équipe médicale, qui comprend 6,33 équivalents temps plein (ETP) de médecins pour l'ensemble des trois sites, soit davantage que les hôpitaux similaires. Les praticiens concernés perçoivent une prime multi établissement, et une part variable complémentaire pour les praticiens hospitaliers.

1.4.4 Les autres activités

Sont concernées l'activité du secteur de soins de suite de l'établissement, celles de l'unité de soins de longue durée (USLD) et de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; l'ensemble constitue le pôle gériatrique de 300 lits et 12 places. L'USLD a une capacité de 60 lits ; l'EHPAD se compose de deux résidences de 90 lits chacune et d'un accueil de jour Alzheimer de 12 places. Ces structures se situent en dehors du site principal armentierois.

Le secteur de soins de suite se compose de 60 lits. 569 séjours y ont été réalisés en 2015. Le nombre de journées y est en diminution depuis 2012.

Sur l'USLD et l'EHPAD, les niveaux de dépendance des personnes hébergées sont modérés dans l'ensemble. Le taux d'occupation de l'unité de soins de longue durée reste insatisfaisant au regard des objectifs et emporte un risque financier sur les recettes d'hébergement si la tendance se maintient.

1.4.5 L'activité libérale

Très peu de praticiens à l'hôpital d'Armentières ont une activité libérale. Ils sont quatre en 2016 et exercent les disciplines suivantes : ophtalmologie, imagerie (scanner), pneumologie et cardiologie.

Le mode de gestion et la comptabilisation des éléments d'activité et financiers n'appellent pas de remarques.

La chambre a pu néanmoins constater que la commission d'activité libérale ne s'est réunie que trois fois entre 2011 et 2016. Elle rappelle qu'en application de l'article L. 6154-11 du code de la santé publique, ladite commission doit veiller au bon fonctionnement de cette activité.

2 LA SITUATION FINANCIERE

Le centre hospitalier d'Armentières dispose d'un budget principal et de quatre budgets annexes (USLD, EHPAD, école paramédicale, dotation non affectée).

2.1 La fiabilité des comptes

La chambre a particulièrement examiné la question de la constitution des provisions car elle a une incidence sur le résultat.

L'établissement a constitué, fin 2015, une provision d'1,2 M€ pour couvrir l'éventuel paiement des comptes épargne-temps. Le nombre de jours épargnés est de 4 524 pour les personnels non médicaux et 1 878 chez les médecins. Dans l'hypothèse d'un paiement, la provision permet de rémunérer les comptes épargne-temps mais ne compense que partiellement les charges sociales afférentes. Selon l'établissement, il resterait à sa charge 0,46 M€, non provisionnés.

Sur les admissions en non-valeur, l'établissement et le comptable public ont défini une méthode afin d'évaluer le risque de dépréciation des créances de redevables. D'un montant de 273 991 € fin 2015, la provision alimentée chaque année couvre les admissions en non-valeur réalisées.

2.2 Analyse rétrospective

Les soldes intermédiaires de gestion de l'établissement, budget principal et ensemble des budgets consolidés, sont détaillés en annexe 1.

2.2.1 Évolution de la section de fonctionnement

Sur le budget principal, qui représente plus de 85 % des recettes totales, les recettes ont connu une croissance moyenne annuelle de 2,6 %, contre 2,9 % pour les charges.

2.2.1.1 Les recettes

Entre 2010 et 2015, les recettes, tous budgets confondus, sont passées de 74,2 M€ à 79,8 M€, soit une croissance moyenne annuelle d'1 %. En 2016, la diminution d'activité a induit une baisse des recettes de 3,7 M€, soit - 5 % par rapport à 2015.

Les produits de l'activité, qui ne concernent que le budget principal, sont constitués des recettes sur les séjours d'hospitalisation, les médicaments et dispositifs médicaux sur liste non pris en charge dans les tarifs de l'hospitalisation et les actes de consultation, actes externes et passages aux urgences. Entre 2010 et 2015, ces produits sont passés de 44,8 M€ à 48,7 M€, soit une croissance annuelle moyenne d'1,7 %. Les recettes sur les séjours, qui représentent 85 % de ces produits, ont connu la croissance la plus faible. L'activité externe a engendré près d'1,5 M€ de recettes supplémentaires (+ 28 %). En 2016, les produits de l'activité chutent de 6,6 % pour atteindre 45,48 M€, tous les postes de recettes sont concernés par cette baisse.

Tableau n° 3 : Évolution des recettes d'activité du budget principal

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits de l'activité	44,78	44,73	46,3	47,15	47,82	48,69	45,48
dont Séjours	39,12	39,04	39,86	40,17	40,5	41,12	38,4
dont Médicaments	0,84	0,7	0,87	0,96	1,04	1,15	0,92
dont DMI	0,32	0,24	0,36	0,5	0,52	0,52	0,43
dont Activité externe	4,49	4,75	5,2	5,52	5,76	5,9	5,73

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers.

Le codage de l'activité d'hospitalisation est performant, tant dans les délais de production, l'exhaustivité et la qualité des données. Le codage est décentralisé, réalisé dans les unités de soins par les médecins grâce à un dossier médical informatisé généralisé. Les niveaux de sévérité sont élevés et témoignent de l'état de santé assez dégradé de la population prise en charge à Armentières. *A contrario*, l'amélioration du codage n'est pas source de marges financières supplémentaires pour l'établissement.

Il n'en a pas été de même pour le service de facturation qui, par le passé, a accumulé des retards.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur indique qu'« une vraie dynamique de facturation au fil de l'eau a été instaurée » et que « différents axes d'amélioration continuent à être travaillés, notamment en ce qui concerne la formation des agents et le développement en amont de la qualité de facturation. Dans cette optique, est envisagé un renfort de la cellule facturation / contentieux de l'établissement. »

L'établissement perçoit également des recettes sous forme de dotations pour l'activité des urgences, les soins de suite et les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). La plus importante de cette dotation concerne le financement du service mobile d'urgence et de réanimation. Entre 2010 et 2015, la dotation de fonctionnement du secteur de soins de suite évolue à la baisse. Les missions d'intérêt général sont désormais arrêtées à 2,7 M€. En 2016, l'ensemble des dotations est stable.

Les recettes sur patients et mutuelles représentent un volume moyen stable de 7,6 M€ sur la période. En 2016 elles enregistrent une baisse de 8 % pour atteindre 6,9 M€.

Tableau n° 4 : Évolution des recettes sur usagers et mutuelles

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evol. globale	Evol. Moyenne annuelle
Produits Hospit. Compl	2,44	2,87	3,03	2,91	2,73	2,79	2,63	7,79%	1,26%
Produits Hospit. Jour	0,99	0,15	0,166	0,188	0,21	0,23	0,2	- 79,80%	- 23,40%
Produits Act. Externe	1,41	1,43	1,46	1,515	1,52	1,51	1,44	2,13%	0,35%
Forfait journalier	1,41	1,4	1,46	1,47	1,45	1,44	1,42	0,71%	0,12%
TOTAL	6,25	5,85	6,116	6,083	5,91	5,97	5,69	- 8,96%	- 1,55%
Patients étrangers	0,723	0,694	0,907	0,868	0,964	0,842	0,64	- 11,48%	- 2,01%
Autres établissements	0,629	0,669	0,821	0,699	0,868	0,771	0,31	- 50,72%	- 11,12%
TOTAL	7,6	7,21	7,84	7,65	7,74	7,58	6,94	- 8,68%	- 1,50%

Source : chambre régionale des comptes à partir du compte financier.

Les autres produits, sans lien direct avec l'activité de soins, concernent essentiellement les ventes de prestations et services dits subsidiaires. Leur volume global est de 8 M€ en moyenne sur le budget principal. Elles connaissent une croissance importante, passant de 6,6 M€ à 10,2 M€ en 2015 pour une prévision à 12,2 M€ en 2016.

De l'ordre de 30 000 €, les recettes tirées de l'activité libérale sont d'un faible niveau. Les recettes de rétrocession⁵ de médicaments représentent 525 000 € en moyenne par an. Les suppléments pour chambre individuelle, qui existent depuis 2010, apportent 500 000 € de ressources en moyenne par an. Il en est de même pour les recettes reversées par les praticiens libéraux qui utilisent le plateau d'imagerie existant, en dehors du GIE.

⁵ Les rétrocessions concernent les ventes par la pharmacie hospitalière de médicaments et produits majoritairement non distribués dans les officines de ville.

Enfin, les recettes des budgets annexes connaissent une évolution positive, à l'exception de la dotation soins qui a baissé. La réforme du financement de la dotation soins des EHPAD a diminué la dotation des budgets annexes gériatriques de 400 000 € entre 2010 et 2011.

2.2.1.2 Les dépenses

Tableau n° 5 : Évolution 2010-2016 des dépenses du budget principal

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evol. globale	Evol. Moyenne annuelle
Personnel	46,25	48,03	49,57	50,95	51,92	52,87	54,23	17,25 %	2,69 %
Médicales	9,39	9,26	9,72	10,02	10,2	10,2	9,44	0,53 %	0,09 %
Générales	7,09	7,21	7,07	7,32	7,45	10,12	10,49	47,95 %	6,75 %
Financières	4,52	4,73	5,15	4,39	4,63	4,21	4,35	- 3,76 %	- 0,64 %
Total budget principal	67,25	69,23	71,5	72,68	74,2	77,4	78,51	16,74 %	2,61 %
Total tous budgets	80,28	82,13	84,45	85,5	87,46	90,8	93,02	15,87 %	2,49 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers.

Les dépenses du budget principal ont évolué de 15 % entre 2010 et 2015, soit une croissance moyenne annuelle de 2,85 %. Les charges de l'ensemble des budgets ont augmenté de 16 % entre 2010 et 2016 et suivent l'évolution des dépenses du budget principal.

Globalement, sur la période, le taux de progression des dépenses de personnel reste élevé même s'il suit le rythme de l'augmentation des charges totales de fonctionnement. L'effort de maîtrise a essentiellement porté sur les personnels non médicaux.

Les achats d'approvisionnements et de service représentaient, fin 2015, près de 20 M€. Ils ont augmenté de près de 7 % entre 2010 et 2015, tant sur le budget principal que sur l'ensemble des budgets. Avec une progression moyenne annuelle d'1,3 %, leur évolution est maîtrisée.

Tableau n° 6 : Évolution des charges générales

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tous budgets	18,59	18,66	19,03	19,42	19,48	19,87
dont achats d'approvisionnements	8,46	8,30	8,63	9,07	9,25	8,91
dont autres achats et charges externes	10,20	10,35	10,39	10,38	10,27	10,89
Budget principal	15,95	15,93	16,14	16,54	16,64	17,06
dont achats d'approvisionnements	8,04	7,87	8,18	8,59	8,80	8,47
dont autres achats et charges externes	7,97	8,05	7,95	7,98	7,88	8,52

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers.

Sur le budget principal, les achats de médicaments sont passés d'1,69 M€ en 2010 à 1,78 M€ en 2015, soit une croissance moyenne d'1,1 % par an qui reste modérée par rapport à l'activité. L'établissement a mis en place la dispensation journalière individuelle et nominative dans l'ensemble de ses services, ainsi qu'un contrôle des prescriptions. Ce mode d'approvisionnement des unités en médicaments s'accompagne d'une baisse des consommations, des stockages inappropriés et limite l'iatrogénie⁶.

La sous-traitance médicale a progressé de 50 % entre 2010 et 2015. Les trois quarts de cette dépense proviennent des examens de biologie spécialisés réalisés à l'extérieur et qui ont évolué de 0,27 M€ à 0,36 M€, soit une hausse de 40 %.

Sur les charges générales, l'établissement est soumis à des impératifs de maîtrise au titre du programme PHARE⁷ et du plan de retour à l'équilibre. Les dépenses générales, hôtelières et logistiques sont relativement maîtrisées autour de 7,2 M€ en moyenne jusqu'en 2016 où intervient la première participation au GCS Hospibio pour plus de 2,7 M€.

Les charges financières du budget principal représentent 540 000 € en moyenne et 630 000 € sur l'ensemble des budgets.

2.2.1.3 Les indicateurs financiers

La valeur ajoutée a augmenté de 8 % entre 2010 et 2015 proportionnellement à la croissance des produits de l'ensemble des budgets. Elle représente 60,6 M€ en 2015 et se dégrade en 2016 à 57,85 M€.

Tableau n° 7 : Évolution du taux de marge

En %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de marge tous budgets	4,7	4,3	4,0	2,7	2,7	2,9	- 0,7
Taux de marge budget principal	3,6	3,1	3,1	2,1	2,0	2,0	- 1,9

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers.

Le taux de marge⁸, budget principal ou budgets cumulés, diminue et devient même négatif en 2016. Il classe l'établissement parmi ceux ayant les plus faibles taux de la région et se situe en deçà du taux de marge moyen des établissements de même catégorie.

Dans ces conditions, la marge ne permet pas de financer les dotations aux amortissements et provisions, qui sont pourtant d'un faible niveau compte tenu de la politique d'investissement peu dynamique. L'établissement devrait dégager un montant de l'ordre d'1,5 M€ supplémentaires pour couvrir ce besoin.

⁶ L'iatrogénie médicamenteuse désigne les effets indésirables provoqués par les médicaments.

⁷ « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE).

⁸ La marge mesure le niveau que l'établissement doit dégager sur son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions. Le taux de marge est calculé en divisant la marge par les produits de fonctionnement.

Le résultat de l'exercice est déficitaire sur la période, en dégradation continue. Une aide exceptionnelle de 400 000 € à la clôture du budget principal a été versée en 2011 par l'agence régionale de santé. D'autres concours ont été apportés par la suite (0,974 M€ en 2012 et 1 M€ en 2013) mais ont été fléchés comme aide en capital, sans impact donc sur le résultat. En 2016, l'établissement a bénéficié d'une aide exceptionnelle d'1 M€.

Tableau n° 8 : Évolution du résultat du budget principal

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Résultat	- 0,5	- 1,3	- 1,0	- 1,3	- 1,59	- 1,55	- 5,6
Aide de l'agence régionale de santé	-	0,4	-	-	-	-	1
Résultat corrigé	0,5	- 0,9	- 1	- 1,3	- 1,59	- 1,55	- 4,6

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers.

En 2016, le déficit est de 5,6 M€, compensé par une aide exceptionnelle de l'agence régionale de santé d'1 M€. Le déficit global, sur l'ensemble des budgets, devrait dépasser 2,4 M€.

2.2.2 Les investissements et leur financement

Entre 2010 et 2016, l'établissement a consacré plus de 22,3 M€ aux dépenses d'équipement, principalement aux fins d'acquisition et de renouvellement d'équipements médicaux. Grâce à l'aide de 2 M€ de l'agence régionale de santé, l'établissement a pu lancer en 2016 son chantier de rénovation des urgences rendu nécessaire par l'insuffisance des locaux et la croissance du nombre de passages dans ces services. Le montant total de cette opération est de 5 M€ hors équipements.

En 2016, pour financer ce besoin, le centre hospitalier a contracté pour 5,1 M€ d'emprunts alors qu'à titre prévisionnel n'étaient envisagés que 3,5 M€. Ainsi que le confirme l'agence régionale de santé, cet emprunt permet donc de financer non seulement le projet de rénovation des urgences mais aussi les investissements courants et le remboursement de la dette.

Faute de dégager une épargne suffisante, le centre hospitalier a mobilisé effectivement des emprunts à hauteur de 57 % du montant des investissements. Les dotations et les subventions constituent 30 % des ressources.

La capacité d'autofinancement diminue de moitié entre 2010 et 2015. À partir de cette date, elle ne finance plus l'annuité en capital de la dette.

Tableau n° 9 : Évolution de la capacité d'autofinancement (tous budgets)

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT DE L'EXERCICE	3,10	2,84	2,87	2,00	1,98	1,58	0,23
ANNUITE DE LA DETTE	1,74	1,77	1,86	1,77	1,71	1,78	1,99
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT NETTE	1,36	1,06	1,02	0,23	0,27	- 0,20	- 1,97

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers.

* Données provisoires.

Tableau n° 10 : Taux de capacité d'autofinancement (CAF)

En %	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de CAF : CAF / Produits	3,9	3,5	3,4	2,4	2,3	1,8

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers.

Le taux de capacité d'autofinancement de l'établissement se situe parmi les plus bas de ceux des hôpitaux de la région et également de ceux de même catégorie. Il représente seulement 1,8 % des produits en 2015 et devient négatif en 2016.

Fin 2016, la dette atteint 22,9 M€.

Sa structure de la dette se compose essentiellement de prêts à taux fixe. Le taux moyen des emprunts est de 2,65 % et la durée de vie moyenne de la dette est de 12 années.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La situation du centre hospitalier d'Armentières reste déséquilibrée compte tenu des baisses d'activité et des dépenses, notamment de personnel, qui continuent à progresser. Le résultat est dès lors déficitaire sur toute la période, il s'aggrave fortement en 2016, ce qui a conduit au versement d'une aide de l'agence régionale de santé. Le niveau d'épargne, déjà faible et parmi les plus bas de la région, ne permet plus de rembourser le capital de la dette.

2.3 Analyse prospective

2.3.1 Le plan global de financement pluriannuel

Le plan global de financement pluriannuel constitue une annexe obligatoire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, soumis dans les mêmes termes à approbation et révision infra annuelle.

Le dernier plan a été validé par l'agence régionale de santé en avril 2016, qui accompagne l'établissement par une aide de 2 M€ en investissement destinée à assurer le financement du service des urgences et rétablir un niveau de renouvellement suffisant. 17,1 M€ de dépenses sont prévues dont 5 M€ seront consacrés aux travaux de réaménagement du service des urgences. Un retour à l'équilibre sous deux ans est envisagé avec une amélioration des ratios financiers et de l'endettement. Le plan global de financement pluriannuel intègre les axes du plan de retour à l'équilibre mais ne tient pas compte des variables de rémunération du personnel titulaire.

Les chantiers d'investissement (IRM et urgences) ont été lancés, respectant le calendrier et les engagements. Le niveau d'activité de 2016 compromet cependant la réalisation des objectifs et introduit un décalage majeur dans le retour à l'équilibre. Dans le projet de budget 2017, la marge brute serait négative pendant deux ans et le retour à l'équilibre serait visé en 2021 seulement. Le taux d'indépendance financière resterait au-delà du seuil réglementaire de 50 %, qui signale une situation de surendettement.

2.3.2 Le plan de retour à l'équilibre

Un plan de retour à l'équilibre a été signé entre l'agence régionale de santé et l'établissement en juillet 2015. Le plan constitue une annexe du CPOM et fait l'objet d'un suivi infra annuel. Il comprend 19 actions regroupées en quatre objectifs prioritaires :

- réorganiser les services cliniques au plan médical et soignant et revoir le dimensionnement capacitaire ;
- mettre en place le management par pôle et des outils de pilotage de l'activité et du temps médical ;
- mettre en place un plan d'actions afin d'améliorer les indicateurs sociaux ;
- clarifier les objectifs médicaux stratégiques en interne et au niveau territorial.

Ce plan devait permettre à l'établissement de réaliser à terme 3,2 M€ d'économies en 2019, au travers de réorganisations notamment capacitaires et de baisses de dépenses de personnel non médical. Aucune recette d'activité supplémentaire n'est intégrée, en particulier celle tirée du développement de l'activité de chirurgie ambulatoire.

Ainsi, le plan de retour à l'équilibre initial repose sur des économies à réaliser, sur la performance des activités et non sur la croissance des recettes. L'effort demandé à l'établissement est équivalent à 4 % des charges pour lui permettre de reconstituer une marge autour de 4,5 % nécessaire au financement des investissements. La marge ainsi définie est cependant inférieure à la cible initiale et non atteinte de 6 % du CPOM.

Un décrochage important est constaté en 2016 avec un effet ciseau majeur : une baisse d'activité non anticipée de plus de 2 % se conjugue à une évolution des charges de personnel de près de 3 %, issue de revalorisations salariales en particulier. En conséquence, un avenant au plan de retour à l'équilibre a dû être présenté en décembre 2016. Essentiellement axé sur des recettes supplémentaires et la revalorisation d'activités sous dotation, il a été rejeté par l'agence régionale de santé.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur du centre hospitalier indique que l'agence régionale de santé a demandé, pour juin 2017, la présentation d'un nouveau plan basé à 70 % sur des économies des dépenses et 30 % sur les recettes. Dans l'intervalle, il précise avoir obtenu le soutien financier de l'agence régionale de santé pour 2017 ainsi que l'appui du comité de performance et de modernisation pour le suivi du plan de retour à l'équilibre. L'agence régionale de santé insiste, quant à elle, dans sa réponse, sur l'enjeu de réduction de l'absentéisme (cf. *infra*) responsable « de problématiques d'organisation et de visibilité vis-à-vis de la médecine de ville ».

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Au vu de l'adaptation de ses effectifs et de ses capacités d'accueil, le redressement de la situation financière de l'établissement passe impérativement par l'augmentation de l'activité d'hospitalisation programmée. Les nouveaux partenariats issus du groupement hospitalier de territoire constitueront une opportunité en ce sens. La maîtrise des charges, en particulier de personnel, reste indispensable.

3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des ressources humaines est assurée, d'une part, par la direction des affaires médicales pour ce qui concerne les personnels médicaux et, d'autre part, par la direction des ressources humaines, appuyée par la direction des soins pour les personnels soignants, pour les personnels non médicaux.

3.1 Le personnel médical

3.1.1 L'évolution des effectifs médicaux

Entre 2010 et 2015, les effectifs de médecins ont augmenté de 81 équivalents temps plein (ETP) à 94. L'effectif total du personnel médical évolue de 121 à 127, du fait d'une diminution du nombre d'internes de 18 %, soit 7 ETP en moins.

En 2015, près de 70 % de l'effectif médical exerce une discipline médicale, soit 10 ETP de plus qu'en 2010. Le nombre de chirurgiens est stable tandis que les gynécologues-obstétriciens ont vu leur nombre diminuer de 35 %.

Sur la période, l'établissement a connu d'importantes rotations de ses équipes avec des situations de crise dans deux services : la réanimation et la gynécologie-obstétrique. Entre 2010 et 2015, 95 départs de médecins hospitaliers sont enregistrés dont 7 départs en retraite seulement mais 36 fins de contrats, 29 démissions et 2 licenciements. Le taux de rotation des équipes est important.

3.1.2 Les moyens de suppléance

Pour pallier la rotation des équipes et assurer le maintien des activités concernées, l'établissement a utilisé des prestations de service d'intérim médical ; il a aussi développé le recrutement de praticiens contractuels.

3.1.2.1 L'intérim médical

Le recours à l'intérim s'est fortement accru avec 565 jours constatés à la fin septembre 2016 contre 94 sur toute l'année 2012.

Tableau n° 11 : Évolution du recours à l'intérim depuis 2012 (en jours)

Spécialité	2012	2013	2014	2015	2016
Gériatrie	54		11	5	112,5
Anesthésie				9	225
Réanimation				44	135
Urgences				11	
Pneumologie	21				
Gastro-entérologie	14	17	20,5	34	106
Pédiatrie	5				
Chirurgie viscérale		19	46	32	
Ortho-traumatologie					5
Total en journées	94	36	77,5	135	583,5
Total en mensualités (nombre de jours/30)	3,13	1,20	2,58	4,50	19,45

Source : chambre régionale des comptes d'après les données du centre hospitalier d'Armentières.

Les dépenses d'intérim atteignent près de 0,6 M€ à la fin 2016.

Tableau n° 12 : Dépenses d'intérim médical

En €	2012	2013	2014	2015	2016
Dépenses d'intérim médical	84 761	42 372	87 206	148 495	571 773

Source : chambre régionale des comptes d'après les données du centre hospitalier d'Armentières.

La rémunération d'un intérimaire pour 10 heures de travail en journée varie de 500 € à 650 € selon le prestataire, hors honoraires de ce dernier. La rémunération est 2,5 fois supérieure au traitement d'un praticien hospitalier en fin de carrière.

L'établissement a recours aussi aux sociétés privées. Ces dernières lui proposent des praticiens dont les seules conditions de recrutement sont le diplôme de spécialité et l'inscription à l'ordre, sans que soient examinées les questions de respect des règles sur le cumul d'activités ou encore de repos de sécurité. Pourtant, la chambre a relevé que des intérimaires exercent dans d'autres établissements sur des statuts de praticiens hospitaliers.

3.1.2.2 Le recours aux praticiens contractuels

Depuis 2014, le centre hospitalier recrute en majorité des praticiens contractuels. Sur les 47 recrutements réalisés entre 2014 et mai 2016, 26 l'ont été en tant que praticiens contractuels ; 11 praticiens attachés et 1 praticien hospitalier ont été recrutés dans le même temps. Le reste des recrutements relève du statut des assistants.

L'établissement se révèle particulièrement dépendant des personnels contractuels. Dans certains secteurs, ceux-ci représentent plus de la majorité de l'effectif médical.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur indique qu'en 2016, 13 contractuels ont été nommés en tant que praticiens hospitaliers, soit trois fois plus qu'en moyenne. Ces titularisations ont permis de stabiliser les nouvelles équipes.

Les recrutements de contractuels et le recours à l'intérim ont été opérés afin d'assurer la continuité du service et la pérennité de l'ensemble des activités, en particulier en réanimation. L'incidence sur l'activité est à ce stade non perceptible, l'établissement connaissant une décline dans l'ensemble de ses secteurs. En réponse aux observations de la chambre, le directeur précise que le recours à l'intérim n'est plus d'actualité pour 2017, estimant que les équipes sont stabilisées.

3.1.3 Les rémunérations

3.1.3.1 Évolution

Les charges de personnel médical⁹ ont connu globalement une évolution annuelle moyenne supérieure à 4 %, compte tenu, notamment, de la croissance des rémunérations des médecins contractuels de 321 % entre 2010 et 2016. En 2016, les dépenses de personnel médical s'établissent à 14,6 M€, dont 9,8 M€ au titre des rémunérations, soit une hausse de plus de 8 % par rapport à 2015.

3.1.3.2 Les rémunérations des contractuels

3.1.3.2.1 Les rémunérations versées

En vertu des dispositions de l'article R. 6152-416 du code de la santé publique, les praticiens contractuels sont rémunérés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers ou aux praticiens des hôpitaux recrutés en début de carrière, proportionnellement à la durée de travail définie au contrat en ce qui concerne les praticiens des hôpitaux. Ces émoluments peuvent être majorés dans la limite des émoluments applicables aux praticiens parvenus au 4^e échelon de la carrière, majorés de 10 %.

Seuls des praticiens recrutés pour des missions spécifiques ou techniques peuvent prétendre déroger à ces grilles de rémunération.

⁹ Cf. annexe 2.

Pourtant, sur les 26 praticiens contractuels recrutés de 2015 à octobre 2016, la chambre a recensé 12 médecins bénéficiant d'une rémunération basée sur le 13^{ème} échelon du grade de praticien hospitalier. Les écarts sur la période concernée, parfois conjugués au versement d'indemnités, s'élèvent à plus de 250 000 €. Certains praticiens, une fois nommés en tant que praticien hospitalier, ont vu leur échelon baisser avec la reprise d'ancienneté.

L'établissement considère, cependant, que ces recrutements ont permis la poursuite d'activités essentielles pour l'établissement comme la réanimation ; il affirme qu'ils ont été moins coûteux que le recours à l'intérim médical.

La chambre rappelle que l'établissement doit respecter les seuils de rémunération des praticiens contractuels en application de l'article R. 6152-416 du code de la santé publique.

3.1.3.2.2 L'indemnité différentielle

L'indemnité différentielle est prévue par l'article R. 6152-611 du code de la santé publique. Destinée à compenser la précarité de certains statuts médicaux, elle est exclusivement réservée aux praticiens attachés ; elle est plafonnée au montant du 11^{ème} échelon de la grille d'attaché.

La chambre a pu constater qu'une indemnité différentielle est cependant versée à des praticiens contractuels et au-delà des limites du plafond.

Sur un échantillon de praticiens présents depuis 2014, la chambre a pu relever que 8 praticiens contractuels percevaient une indemnité différentielle en plus de leur traitement, soit un montant indûment perçu de 179 555 € ; pour 6 praticiens attachés, ce montant est de 696 664 € et enfin pour trois praticiens hospitaliers, il s'agit de 66 994 €. Les écarts ainsi constatés dépassent 0,94 M€ cumulés à ce jour.

La chambre rappelle que l'indemnité différentielle ne peut être attribuée que dans les limites fixées par le code de la santé publique ci-dessus rappelées.

3.2 Le personnel non médical

3.2.1 Les effectifs

Le nombre total d'agents non médicaux, titulaires et non-titulaires, est passé de 799,2 équivalents temps plein (ETP) en 2010 à 833,2 ETP en 2015 sur le budget principal¹⁰. Les trois budgets annexes, EHPAD, USLD et école paramédicale, représentent fin 2015 230 ETP. Compte tenu de la spécificité des métiers sur ces secteurs, l'analyse se focalisera sur le budget principal.

¹⁰ Selon l'établissement en réponse aux observations provisoires, le nombre d'ETP moyen travaillé en 2016 sur le budget principal serait de 801,3 contre 809,24, soit une baisse de l'ordre d'1 %.

Depuis 2011, date de l'ouverture de la gériatrie aiguë, les effectifs du centre hospitalier sont stables.

Les agents titulaires, toutes catégories confondues, sont en baisse sur la période ; ils sont passé de 683,3 ETP en 2010 à 663,1 ETP en 2015. L'établissement privilégie le recrutement de contractuels compte tenu de la contrainte financière qu'il supporte. Le nombre de contractuels a évolué de 8 % par an pour atteindre 170 ETP en 2015.

Près d'un infirmier sur quatre en octobre 2016 est contractuel. Sur les 60 infirmiers non spécialisés présents en octobre 2016, 18 étaient déjà contractuels à l'hôpital en 2013, 21 en 2014 et 39 en 2015.

Une partie des activités non soignantes de l'établissement n'est plus exercée en régie. C'est le cas de la restauration réalisée par l'EPSM Lille Métropole, de la blanchisserie et du ménage, qui sont des prestations désormais sous-traitées à une société privée. De ce fait, la filière soignante représente plus des deux tiers de l'effectif de l'établissement.

3.2.2 Les rémunérations

Les rémunérations du personnel non médical¹¹ évoluent d'1,6 % en moyenne par an, soit moins vite que celles du personnel médical. Au total, les charges de personnel non médical représentent, fin 2016, 38,1 M€.

Le recours aux contractuels comme variable d'ajustement se traduit par la hausse des rémunérations de personnels en contrat à durée indéterminée, dont les traitements ont évolué de 225 %.

Les dépenses de personnel non médical sont fortement impactées par les mesures nationales de revalorisation des carrières et des salaires. La dernière en date, le parcours professionnel carrière et rémunérations, représente une enveloppe supplémentaire de 80 000 €. Le glissement vieillesse technicité¹² représente une charge équivalente tandis que la hausse du point d'indice au 1er juillet 2016 aura un impact de l'ordre de 300 000 € en année pleine.

3.2.3 Le temps de travail et la présence au travail

3.2.3.1 Le temps de travail

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et l'organisation du temps de travail, modifié par le décret n° 2007-826 du 11 mai 2007, fixe le temps de travail annuel de référence, au sein des établissements publics de santé, à 1 607 heures pour les agents en repos fixe, 1 582 heures pour les agents en repos variable et 1 476 pour les agents travaillant de nuit.

¹¹ Cf. annexe 2.

¹² Le glissement vieillesse technicité (GVT) est une notion de variation de la masse salariale à effectif constant. Le GVT dit « positif » retrace l'incidence sur la masse salariale des avancements (à l'ancienneté, aux choix, par concours interne, etc.) et de l'acquisition d'une technicité.

La mise en conformité du centre hospitalier aux dispositions précitées n'est intervenue que très tardivement, en janvier 2015, par simple décision du directeur.

La rémunération d'heures supplémentaires est stable entre 2011 et 2015. Elle représente une charge moyenne annuelle de l'ordre de 70 000 €. Hormis quelques situations individuelles exceptionnelles, les plafonds sont respectés.

4.2.3.1 Absentéisme et moyens de suppléance

L'absentéisme constitue un problème majeur au sein de l'hôpital d'Armentières. Le nombre de jours d'absence pour maladies (maladie ordinaire et longue maladie) a augmenté de 60 % sur la période et représente 28 618 jours d'absence en 2015. La maladie ordinaire, 12 614 jours en 2015, reste stable et représente l'équivalent de 34 ETP absents.

Tableau n° 13 : Évolution de l'absentéisme budget principal de 2011 à 2015

Absences		Année					Evol. globale
		2011	2012	2013	2014	2015	
Maladie ordinaire	Nombre de jours calendaires d'absence	12 353	13 429	15 015	13 261	12 614	2 %
	<i>Jours d'absence convertis en ETP</i>	<i>33,84</i>	<i>36,79</i>	<i>41,14</i>	<i>36,33</i>	<i>34,56</i>	2 %
Congé longue maladie Congé longue durée	Nombre de jours calendaires d'absence	5 619	6 482	13 048	14 590	16 004	185 %
	<i>Jours d'absence convertis en ETP</i>	<i>15,39</i>	<i>17,76</i>	<i>35,75</i>	<i>39,97</i>	<i>43,85</i>	185 %

Source : chambre régionale des comptes d'après les données du centre hospitalier d'Armentières.

L'établissement est, par contre, confronté à une augmentation du nombre des congés de longue maladie ou de longue durée, qui a triplé entre 2011 et 2015, représentant l'équivalent de 43 agents absents en permanence.

Pour pallier ces absences, l'établissement n'a pas eu recours à l'intérim. Il dispose d'un pool de remplacement de six personnes ne couvrant que les personnels infirmiers et aides-soignants. Des contractuels non permanents sont recrutés en cas de besoin. La règle et les critères de remplacement ont été revus à la baisse en septembre 2016. La nouvelle règle, adaptable selon le service demandeur, est de remplacer un arrêt sur trois, quel que soit le type d'absence. Les effets de ce nouveau mode de gestion sur les dépenses de personnel ne sont pas encore mesurables.

La chambre relève que l'établissement avait mis en place une politique de retour à l'emploi des agents ayant connu une absence de longue durée et ne pouvant réintégrer leur poste initial. Une commission spécifique était chargée d'étudier ces situations. La démarche a été mise en sommeil depuis 2013.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur précise que la nouvelle directrice des ressources humaines, recrutée en septembre 2016, a pour lettre de mission de « relancer une politique active et offensive de prévention de l'absentéisme, favorisant le présentisme et le retour à l'emploi. »

Compte tenu des enjeux financiers pour l'établissement, de l'inscription de cet objectif dans le plan de retour à l'équilibre, et d'une gestion jusqu'ici trop empirique, la chambre recommande de relancer la politique de prévention de l'absentéisme et de promotion du retour à l'emploi.

ANNEXES

Annexe n° 1. Soldes intermédiaires de gestion.....	31
Annexe n° 2. Dépenses de personnel.....	33

Annexe n° 1. Soldes intermédiaires de gestion

Tableau n° 14 : Budget principal

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution globale 2016/2010	Évolution moyenne
Ventes de marchandises	0,62	0,52	0,41	0,50	0,48	0,64	0,70	13,2 %	2,1 %
Production vendue	62,41	64,01	65,38	65,45	66,76	67,41	63,68	2,0 %	0,3 %
Production de l'exercice	63,02	64,53	65,79	65,95	67,24	68,05	64,37	2,1 %	0,4 %
Achats d'approvisionnements	- 8,04	- 7,87	- 8,18	- 8,59	- 8,80	- 8,47	- 7,87	- 2,1 %	- 0,4 %
Variation des stocks (SI-SF)	0,06	- 0,01	- 0,01	0,03	0,03	- 0,07	0,00	- 100,0 %	- 100,0 %
Autres achats et charges externes	- 7,97	- 8,05	- 7,95	- 7,98	- 7,88	- 8,52	- 8,34	4,6 %	0,8 %
Consommation en provenance des tiers	- 15,95	- 15,93	- 16,14	- 16,54	- 16,64	- 17,06	- 16,21	1,6 %	0,3 %
Valeur ajoutée (VA)	47,07	48,60	49,65	49,41	50,60	50,98	48,16	2,3 %	0,4 %
Subvention d'exploitation	0,25	0,35	1,04	2,11	1,96	1,95	2,84	1056,3 %	50,4 %
Impôts et taxes	- 4,23	- 4,47	- 4,62	- 4,78	- 4,81	- 5,04	- 5,17	22,2 %	3,4 %
Charges de personnel	- 41,87	- 43,37	- 44,81	- 46,03	- 46,77	- 47,17	- 48,50	15,8 %	2,5 %
Excédent brut d'exploitation (EBE)	1,22	1,11	1,26	0,72	0,98	0,72	- 2,66	- 318,8 %	
Autres produits	1,18	0,97	1,00	0,96	0,85	3,96	4,86	312,0 %	26,6 %
Autres charges	- 0,05	- 0,04	- 0,17	- 0,23	- 0,45	- 3,22	- 3,59	7722,6 %	106,8 %
Marge brute	2,35	2,04	2,10	1,45	1,38	1,47	- 1,40	- 160 %	
Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	- 3,37	- 3,31	- 3,32	- 2,94	- 3,24	- 2,94	- 3,13	- 7 %	- 1 %
Reprises sur dépréciations et provisions (et amortissements)	0,65	0,52	0,52	0,22	0,54	0,56	0,62	- 3 %	- 1 %
Résultat d'exploitation (REX)	- 0,37	- 0,75	- 0,69	- 1,27	- 1,32	- 0,91	- 3,90	944 %	48 %
Produits financiers	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Charges financières	- 0,58	- 0,59	- 0,53	- 0,48	- 0,54	- 0,53	- 0,52	- 10 %	- 2 %
Résultat courant	- 0,96	- 1,34	- 1,23	- 1,76	- 1,86	- 1,44	- 4,43	364 %	29 %
Produits exceptionnels	1,03	1,21	1,52	1,38	1,12	0,62	0,52	- 50 %	- 11 %
Charges exceptionnelles	- 0,57	- 0,83	- 1,30	- 0,96	- 0,85	- 0,73	- 0,69	22 %	3 %
Résultat exceptionnel	0,46	0,38	0,22	0,42	0,27	- 0,11	- 0,17	- 137 %	
Résultat de l'exercice	- 0,49	- 0,96	- 1,01	- 1,34	- 1,59	- 1,55	- 4,60	- 838 %	- 45 %

Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes de gestion, provisoire pour 2016.

Tableau n° 15 : Tous budgets

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution globale 2016/2010	Évolution moyenne
Ventes de marchandises	0,62	0,52	0,41	0,50	0,48	0,64	0,70	- 22,5 %	2,1 %
Production vendue	74,27	76,05	77,33	77,32	79,23	79,86	76,16	6,7 %	0,4 %
Production stockée (SF-SI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Production immobilisée	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Production de l'exercice	74,89	76,56	77,75	77,83	79,70	80,50	76,85	6,4 %	0,4 %
Achats d'approvisionnements	- 8,46	- 8,30	- 8,63	- 9,07	- 9,25	- 8,91	- 8,34	9,4 %	- 0,2 %
Variation des stocks (SI-SF)	0,06	- 0,01	- 0,01	0,03	0,03	- 0,07	0,00	- 44,2 %	- 100,0 %
Autres achats et charges externes	- 10,20	- 10,35	- 10,39	- 10,38	- 10,27	- 10,89	- 10,66	0,7 %	0,7 %
Consommation en provenance des tiers	- 18,59	- 18,66	- 19,03	- 19,42	- 19,48	- 19,87	- 19,00	4,8 %	0,4 %
Valeur ajoutée (VA)	56,30	57,90	58,71	58,41	60,22	60,63	57,85	7,0 %	0,5 %
Subvention d'exploitation	1,69	1,90	2,62	3,66	3,58	3,66	4,62	111,7 %	18,2 %
Impôts et taxes	- 4,99	- 5,24	- 5,39	- 5,58	- 5,61	- 5,86	- 6,01	12,3 %	3,1 %
Charges de personnel	- 49,34	- 50,89	- 52,35	- 53,71	- 54,71	- 55,03	- 56,54	10,9 %	2,3 %
Excédent brut d'exploitation (EBE)	3,66	3,68	3,59	2,78	3,49	3,40	- 0,08	- 4,6 %	
Autres produits	1,21	1,02	1,07	1,05	0,90	4,02	4,91	- 25,0 %	26,3 %
Autres charges	- 1,25	- 1,27	- 1,44	- 1,56	- 2,08	- 4,90	- 5,42	66,9 %	27,8 %
Marge brute	3,62	3,43	3,22	2,26	2,31	2,52	- 0,59	- 30 %	
Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	- 4,48	- 4,22	- 4,13	- 3,66	- 3,94	- 3,82	- 3,77	- 15 %	- 3 %
Reprises sur dépréciations et provisions (et amortissements)	0,68	0,59	0,62	0,33	0,68	0,66	0,80	- 3 %	3 %
Résultat d'exploitation (REX)	- 0,18	- 0,20	- 0,30	- 1,06	- 0,94	- 0,65	- 3,56	254 %	64 %
Produits financiers	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Charges financières	- 0,68	- 0,70	- 0,62	- 0,56	- 0,62	- 0,60	0,59	- 12 %	
Résultat courant	- 0,87	- 0,89	- 0,92	- 1,62	- 1,56	- 1,25	- 2,97	45 %	23 %
Produits exceptionnels	1,14	1,44	1,70	1,65	1,63	0,81	1,34	- 29 %	3 %
Charges exceptionnelles	- 0,94	- 1,15	- 1,48	- 1,00	- 1,03	- 0,75	- 0,79	- 21 %	- 3 %
Résultat exceptionnel	0,20	0,28	0,22	0,65	0,60	0,07	0,54	- 67 %	
Résultat de l'exercice	- 0,67	- 0,61	- 0,70	- 0,97	- 0,96	- 1,19	- 2,43	77 %	24 %

Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes de gestion, provisoire pour 2016.

Annexe n° 2. Dépenses de personnel

Tableau n° 16 : Évolution des charges de personnel médical

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evol. 2010-2016	Evol. moy.
6421 - Praticiens hospitaliers	4,37	4,56	4,41	4,22	4,3	4,38	4,94	13,04 %	2 %
6422 et 6423 - Attachés et praticiens contractuels	0,89	1,37	1,85	2,2	2,19	2,27	2,72	321,05 %	27 %
6424 - Internes et étudiants	1,2	1,3	1,42	1,14	1,22	0,96	0,84	- 30,00 %	- 6 %
6425 - Permanence des soins	1,18	1,18	1,21	1,22	1,27	1,36	1,26	6,78 %	1 %
Total rémunération	7,64	8,41	8,89	8,78	8,98	8,97	9,76	27,75 %	4 %
Total charges sociales et taxes	3,61	3,96	4,11	4,27	4,31	4,56	4,87	34,90 %	5 %
Total des dépenses de personnel médical	11,24	12,37	13	13,05	13,29	13,53	14,63	30,16 %	4 %

Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes financiers.

Tableau n° 17 : Évolution des charges de personnel non médical

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evol. 2010-2016	Evol. moy.
Titulaire/stagiaire.	20,08	20,07	20,37	20,64	20,87	20,7	20,83	4 %	0,61 %
Contrat à durée indéterminée	0,67	0,74	1,42	1,8	1,67	1,9	2,18	225 %	21,73 %
Contrat à durée déterminée	2,03	2,22	1,74	1,7	2,04	1,98	2,1	3 %	0,57 %
Total rémunération	22,82	23,07	23,57	24,23	24,74	24,75	25,11	10 %	1,61 %
Total charges sociales et taxes	11,28	11,67	12,24	12,7	12,99	12,89	13,05	16 %	2,46 %
Charges de personnel	34,1	34,74	35,82	36,93	37,73	37,64	38,16	12 %	1,89 %

Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes financiers.



RÉPONSE AU RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER D'ARMENTIÈRES (Département du Nord)

Exercices 2010 et suivants

Ordonnateur en fonctions pour la période examinée :

- M. Pierre Pamart : réponse de 11 pages.

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leur auteurs » (article 42 de la loi 2001-1248 du 21 décembre 2001).



Les publications de la chambre régionale des comptes
Hauts-de-France
sont disponibles sur le site :
www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-france

Chambre régionale des comptes Hauts-de-France

14, rue du Marché au Filé – 62012 – Arras cedex

adresse mél. : hautsdefrance@crtc.ccomptes.fr