



Rapport d'observations définitives et sa réponse

CENTRE HOSPITALIER DE CHAUNY

(Département de l'Aisne)

Exercices 2013 et suivants

Observations délibérées le 14 septembre 2017

SOMMAIRE

SYNTHESE	4
RAPPELS AU DROIT	5
RAPPELS AU DROIT (SUITE).....	6
RECOMMANDATIONS	6
I. PROCÉDURE	7
II. OBSERVATIONS DÉFINITIVES	7
I - LE CONTEXTE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHAUNY DEPUIS 2013	7
A - LE TERRITOIRE	7
B - LES MOYENS DE L'HOPITAL	8
1 - Les capacités d'accueil	8
2 - Des ressources humaines limitées	8
3 - Un patrimoine vétuste.....	8
4 - Un système d'information <i>a minima</i>	9
C - LA GOUVERNANCE.....	9
1 - La direction.....	9
2 - L'organisation interne et les documents stratégiques	9
D - L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE	10
E - LA COOPERATION INTER HOSPITALIERE	12
II - L'EXERCICE LIBERAL AU SEIN DE L'HOPITAL.....	12
A - L'ACTIVITE LIBERALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS.....	12
1 - Le cadre juridique.....	12
a - Les conditions d'exercice de l'activité libérale	12
b - Les honoraires des praticiens	13
c - La redevance due à l'établissement.....	13
d - L'information obligatoire.....	13
e - Le contrôle de l'activité libérale.....	14
2 - La pratique de l'activité libérale au centre hospitalier de Chauny	14
a - Les conventions.....	15
b - Le non-respect de l'exercice à titre personnel de l'activité libérale	15
c - Le non-respect du plafond de la durée de l'activité libérale	15
d - Le non-respect de la primauté de l'activité publique	16
e - Le non-respect de la communication des données d'activité libérale	18
f - Le contrôle réalisé et les mesures mises en œuvre	18
B - L'ACTIVITE DES PRATICIENS DE L'ANCIENNE « CLINIQUE ».....	20
1 - Le cadre juridique.....	20
2 - L'ambiguïté de l'objet des contrats	20
3 - L'ambiguïté des statuts des praticiens de la « clinique ».....	21
4 - Le contenu des contrats	21
a - La redevance	21
b - La durée de résiliation	22
5 - Le cas particulier d'un médecin.....	22
6 - Honoraires et redevances issus de l'activité de la « clinique ».....	23
7 - Le groupement de coordination sanitaire, une issue juridique ?	24
III - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	25
A - LE TEMPS DE TRAVAIL	25
1 - La permanence des soins	25
a - Définition et cadre légal	25
b - L'organisation de la permanence des soins	25
c - Le coût de la permanence des soins	26

2 -	Le respect du repos compensateur.....	26
a -	Le cas d'un pneumologue	26
b -	Le cas d'un pédiatre	27
B -	LE VERSEMENT D'INDEMNITES DIFFERENTIELLES.....	28
C -	LA MISE A DISPOSITION DE PERSONNEL.....	29
IV -	L'ANALYSE FINANCIERE	30
A -	LA FIABILITE DES COMPTES	30
1 -	Les immobilisations et l'inventaire	30
2 -	La comptabilisation des aides exceptionnelles versées	30
3 -	Les créances et les admissions en non-valeur	31
4 -	Les provisions réglementées.....	32
5 -	Le rattachement et le report des charges et des produits	32
B -	L'ANALYSE RETROSPECTIVE	33
1 -	L'évolution des produits et des charges	33
a -	Les produits d'exploitation.....	33
b -	Les charges d'exploitation	34
2 -	Des résultats d'exploitation irréguliers et un déficit cumulé chronique	34
3 -	Les principaux soldes intermédiaires de gestion	35
4 -	L'investissement et son financement.....	36
a -	La capacité d'autofinancement et le financement de l'investissement.....	36
1)	La capacité d'autofinancement.....	36
2)	Le renouvellement des immobilisations	37
b -	La dette et les données bilancielle	37
1)	L'endettement du centre hospitalier	37
2)	L'analyse bilanciel.....	38
C -	L'EXERCICE 2016 ET LES PERSPECTIVES	38
D -	LES PLANS DE RETOUR A L'EQUILIBRE	39
	ANNEXE 1 – ÉVOLUTION DE L'ACTIVITE EN CHIFFRE D'AFFAIRES (EN €)	41
	ANNEXE 2 – ÉVOLUTION DES DUREES MOYENNES DE SEJOUR EN MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE.....	41
	ANNEXE 3 – ÉVOLUTION COMPAREE (RUM ET CHIFFRE D'AFFAIRES) DE NOVEMBRE 2015 A NOVEMBRE 2016.....	42
	ANNEXE 4 – NOMBRE D'ACTES EFFECTUES PAR LES PRATICIENS EXERÇANT UNE ACTIVITE LIBERALE ANNEE 2015	43
	ANNEXE 5 – LES COUTS DE LA PERMANENCE DES SOINS AU CENTRE HOSPITALIER DE CHAUNY EN €	43
	ANNEXE 6 – RETRAITEMENTS DES ECARTS DU COMPTE 408.....	44

Synthèse

Le centre hospitalier de Chauny, situé à l'ouest du département de l'Aisne, dans une commune de 12 000 habitants, appartient au territoire de santé Aisne Nord – Haute Somme qui présente les indicateurs sociaux et sanitaires parmi les plus défavorables de la région Hauts-de-France.

Il dispose, début 2017, de 120 lits en médecine, dont 12 de soins intensifs et 6 de surveillance continue, 18 lits et 21 places en chirurgie et 25 lits en obstétrique, d'une maternité de niveau 1, de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, d'une capacité d'accueil de 166 lits, d'une unité de soins de longue durée de 44 lits et d'un institut de formation des soins infirmiers. Son effectif, à cette même date, s'élève à 847,8 équivalents temps plein, dont 63,34 pour le personnel médical. L'hôpital s'est engagé dans une démarche de réduction des charges, qui devrait entraîner une baisse du nombre de lits et des réorganisations internes de services.

Plusieurs outils de pilotage, pourtant obligatoires, n'ont pas été mis en place : l'hôpital ne dispose pas de projet d'établissement, de contrats de pôles, ni même de règlement intérieur.

Plus de dix années après son rachat de la clinique du Cèdre, le centre hospitalier connaît toujours de graves difficultés financières et voit son activité diminuer de manière constante tous les ans, à l'exception de la chirurgie ambulatoire. Son placement sous administration provisoire et les aides exceptionnelles de l'agence régionale de santé de 16,4 M€ entre 2013 et 2016 ne lui ont pas permis de restaurer sa situation financière. Au 31 décembre 2016, le déficit cumulé de l'hôpital, tous budgets confondus, s'élève ainsi à 13,5 M€. Plus de 70 % de ses dépenses moyennes annuelles sont des dépenses de personnel.

Si la fiabilité des comptes a été améliorée, en particulier en matière de dotations et de reprises de provisions, ces régularisations comptables et les aides exceptionnelles versées perturbent la lecture de la situation financière du centre hospitalier, améliorant artificiellement ses indicateurs financiers.

La vétusté d'une grande partie de ses locaux, l'obsolescence de ses équipements et le manque d'attractivité de l'établissement sur son territoire de santé aggravent ses difficultés à recruter du personnel médical. Pour l'attirer et le conserver, l'hôpital lui concède des conditions d'exercice et de rémunération qui ne respectent pas les dispositions réglementaires. Des contrats irréguliers particulièrement avantageux ont été ainsi accordés à des praticiens libéraux. L'exercice de l'activité libérale, au sein de l'établissement, par plus de la moitié des praticiens hospitaliers à temps plein dépasse de façon quasi-généralisée les plafonds autorisés. Enfin, les modalités d'organisation de la permanence des soins sont particulièrement coûteuses, tout en faisant peser un risque sur la sécurité de ceux-ci en raison de l'insuffisant respect des repos obligatoires.

Le niveau d'activité du centre hospitalier de Chauny ne lui permet pas d'envisager, à périmètre constant, de perspectives crédibles de rétablissement de sa situation financière à court et moyen terme. Un plan de retour à l'équilibre doit être mis en place dans les meilleurs délais, notamment pour ajuster ses moyens à ses ressources. Les partenariats au sein du groupement hospitalier de territoire Aisne Nord, dont il est membre, pourraient y contribuer.

Rappels au droit				
	Réalisé	En cours de réalisation¹	Non réalisé	Pages
1. Élaborer les documents stratégiques réglementaires : projet d'établissement (article L. 6143-1), règlement intérieur (article L. 6143-2), contrats de pôle (article L. 6146-1).			X	9
2. Respecter le cadre réglementaire de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens hospitaliers, en particulier : - l'interdiction d'exercer une activité libérale pour les praticiens hospitaliers à temps partiels (art. L. 6154-2) ; - le plafond de 20 % de la durée de service hospitalier octroyé à cette pratique (art. L. 6154-2-II-2°) ; - l'obligation d'exercer à titre principal dans le secteur public les consultations et les actes qu'ils effectuent à titre libéral (art. L. 6154-2-II-3°) ; - l'exercice à titre personnel de l'activité publique par les praticiens (art. L. 6154-2-II-1°), en clarifiant les pratiques de codage de l'activité publique des praticiens concernés ; - la transmission de l'état récapitulatif comportant les renseignements mentionnés aux articles R. 6154-3 et D. 6154-10-2 du code de la santé publique ; - la mention dans les contrats d'activité libérale de la quotité consacrée par le praticien à son activité libérale (10 ou 20 %), conformément aux dispositions du contrat-type figurant à l'annexe 61-2 du code de la santé publique ; - l'obligation d'établir un rapport annuel de l'activité de la commission d'activité libérale (art. L. 6154-11 du code de la santé publique).			X	12 à 19

¹ Ou ayant donné lieu à un engagement de la part de l'ordonnateur.

Rappels au droit (suite)				
	Réalisé	En cours de réalisation²	Non réalisé	Pages
3. Respecter les dispositions des articles L. 6146-2 et L. 6146-21 du code de la santé publique encadrant les contrats de participation des médecins libéraux à l'exercice des missions de service public de l'hôpital ainsi que le niveau de la redevance qui en résulte.		X		21 et 22
4. Respecter la réglementation sur le repos de sécurité en contrôlant les tableaux de service (article R. 6152-27 du code de la santé publique) et en rendant effective la commission d'organisation de la permanence des soins.		X		27
5. Mettre un terme au versement d'indemnités différentielles non justifiées en contradiction avec les articles R. 6152-611 et R. 6152-612 du code de la santé publique.			X	28
6. Tenir l'inventaire des biens meubles et immeubles prévu dans l'instruction budgétaire et comptable M21 applicable aux établissements de santé.			X	30

Recommandations				
	Réalisée	En cours de réalisation³	Non réalisée	Page
7. Élargir le contrôle de la commission d'activité libérale à l'ensemble de ses dimensions (affichage des honoraires et plages horaires, délais de rendez-vous, plafond de 20 % de durée hebdomadaire, exercice principal des consultations dans le secteur public, attestations d'assurance des praticiens etc.) et mettre en place des outils de suivi.			X	19
8. Mieux répartir entre les médecins les obligations de participation à la permanence des soins.		X		28

² Ou ayant donné lieu à un engagement de la part de l'ordonnateur.

³ Ou ayant donné lieu à un engagement de la part de l'ordonnateur.

I. PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Chauny a été ouvert le 21 septembre 2016 par lettres du président de la chambre adressées à M. Laurent Schott, directeur en exercice, à M. François Gauthiez en sa qualité de directeur par intérim du 19 novembre 2015 au 13 mars 2016, à Mme Sophie Albert, en sa qualité d'administratrice provisoire du 18 novembre 2014 au 18 novembre 2015 et à M. Philippe Arezki en sa qualité d'ancien directeur jusqu'au 17 novembre 2014.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle s'est déroulé le 1^{er} février 2017 avec MM. Schott, Arezki et Gauthiez, et le 6 février 2017 avec Mme Albert.

Lors de sa séance du 23 mars 2017, la chambre a arrêté les observations provisoires, transmises à l'ordonnateur en fonctions, ainsi qu'à ses prédécesseurs. Des extraits ont été adressés à des tiers mis en cause.

Par courriers en date, respectivement, des 28 juillet, 19 juin et 12 juillet 2017, M. Schott, Mme Albert et M. Arezki, notamment, ont adressé des réponses à la chambre.

Une personne a sollicité une audition, qui s'est déroulée le 14 septembre 2017.

Après avoir examiné les réponses qui lui sont parvenues, la chambre, dans sa séance du 14 septembre 2017, a arrêté les observations définitives suivantes.

II. OBSERVATIONS DÉFINITIVES

I - LE CONTEXTE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHAUNY DEPUIS 2013

A - Le territoire

Le centre hospitalier de Chauny est situé dans une commune de 12 000 habitants à équidistance de Saint-Quentin et de Laon, dans le département de l'Aisne.

Le taux de chômage à Chauny, en hausse constante, s'élève à 24,1 % (contre 9,9 % en France métropolitaine) et le taux de pauvreté à 26,6 % (14,1 % au niveau national)⁴.

L'hôpital de Chauny appartient au territoire de santé Aisne Nord – Haute Somme. Ce territoire, qui s'étend de Péronne à Hirson, est le deuxième moins peuplé de la région et concerne une population de moyennes et petites villes essentiellement rurales. Il présente les indicateurs sociaux (indice de mesure sociale⁵) et sanitaires (indice de mesure sanitaire⁶) parmi les plus défavorables de la région⁷. Il est membre également du groupement hospitalier de territoire Aisne-Nord, créé en juillet 2016.

⁴ Chiffres INSEE 2014.

⁵ Proportion des 75 ans ou plus, part des foyers fiscaux non imposés, taux de chômage, part des jeunes de 20-29 ans sortis du système scolaire sans diplôme, densité de logements sociaux, part des allocataires dépendant de 50 % à 100 % des prestations sociales.

⁶ Mortalité prématurée, mortalité prématurée par cancer, affections longue durée chez les personnes de moins de 65 ans, affections longue durée pour diabète chez les personnes de moins de 65 ans.

⁷ Source : plan stratégique régional de santé de Picardie 2012-2017.

B - Les moyens de l'hôpital

1 - Les capacités d'accueil

Le centre hospitalier disposait, début 2017, de 120 lits en médecine, dont 12 de soins intensifs et 6 de surveillance continue, 18 lits et 21 places⁸ en chirurgie et 25 lits en obstétrique⁹. Il est équipé d'un scanner et de 4 salles d'intervention chirurgicale. La maternité est de niveau 1¹⁰. Il dispose également de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'une capacité d'accueil de 166 lits et d'une unité de soins de longue durée (USLD) de 44 lits, d'un institut de formation des soins infirmiers et d'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

2 - Des ressources humaines limitées

Fin 2016, les effectifs de l'hôpital s'élèvent à 847,8 équivalents temps plein (ETP), dont 63,34 ETP pour le personnel médical.

Le centre hospitalier rencontre des difficultés pour attirer le personnel médical. Son effectif administratif a, quant à lui, diminué de 4,6 % entre 2013 et 2015. Lorsque l'établissement doit faire face à des absences prolongées, comme à la direction des finances, sa gestion courante devient compliquée.

3 - Un patrimoine vétuste

Le patrimoine immobilier du centre hospitalier de Chauny construit en 1924 comporte une quinzaine de pavillons en briques de faible hauteur (R + 2 maximum généralement). Les parties les plus récentes datent de 2009.

La configuration des bâtiments ne répond plus aux besoins d'un établissement de santé contemporain : couloirs étroits, plafonds bas, portes étroites, etc. L'ensemble des bâtiments communique par un couloir sous-terrain où se croisent tous les flux de l'hôpital : matériel, lingerie, personnel, malades, visiteurs. Cette configuration particulière, très peu fonctionnelle, se révèle être, à de multiples égards (accueil des patients, gestion logistique...), un véritable handicap. De plus, il existe de nombreuses chambres à deux lits, ce qui pénalise l'établissement en termes de facturation.

Si certains bâtiments ont fait l'objet d'une rénovation, comme celui aménagé pour accueillir les services de l'ancienne clinique du Cèdre rachetée par l'hôpital en 2006, de nombreux locaux demeurent dans un état de vétusté avancé.

De la même façon, une partie du matériel médical présente des signes d'obsolescence, certains échographes atteignant 25 ans.

⁸ Le lit suppose que le patient y passe au moins une nuit, alors que la place peut être occupée par plusieurs personnes en 24 heures.

⁹ Source : HospiDiag (outil de mesure, de comparaison, d'analyse et d'évaluation de la performance des établissements publics de santé).

¹⁰ Les maternités sont classées en 3 catégories : le niveau 1 assure la prise en charge des grossesses sans risque identifiées. À *contrario* les établissements de niveau 3 prennent en charge les grossesses à haut risque pour la mère et l'enfant.

4 - Un système d'information a minima

Les moyens informatiques dont dispose le centre hospitalier sont très réduits. La salle des serveurs ne présente pas les conditions minimales de sécurité exigées pour ce type d'installation (ventilation, climatisation, etc.).

L'établissement n'a pas été en mesure de renseigner les indicateurs du dossier de candidature au plan hôpital numérique, ni ceux figurant dans HospiDiag.

La chambre constate que l'état général des ressources humaines et patrimoniales pénalise l'établissement.

C - La gouvernance

1 - La direction

La direction de l'hôpital de Chauny a connu une instabilité sur la période contrôlée, avec la succession de quatre ordonnateurs depuis 2013.

Les tensions financières de l'établissement, accrues suite au rachat de la clinique du Cèdre, ont entraîné une mise sous administration provisoire de novembre 2014 à novembre 2015. Celle-ci avait pour triple mission de remettre en place une gouvernance apaisée, d'inscrire l'établissement dans une logique de communauté de territoire et d'établir un plan de retour à l'équilibre.

Aux terme de celle-ci, un intérim de direction a été assuré jusqu'à l'arrivée d'un nouveau directeur en mars 2016.

La succession des ordonnateurs a retardé le retour des conditions de stabilité requises pour doter le centre hospitalier des outils stratégiques lui permettant de se projeter à moyen et long terme (projet d'établissement, plan de retour à l'équilibre, etc.).

2 - L'organisation interne et les documents stratégiques

L'établissement n'a pu produire, au cours de l'instruction, de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens¹¹ en cours d'exécution. Pourtant, l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France¹² indique, en réponse aux observations provisoires, qu'un tel contrat avait été signé par l'agence régionale de santé Picardie avec l'établissement, le 1^{er} décembre 2014.

Comme lors de son précédent rapport, publié en 2015, la chambre rappelle le centre hospitalier à ses obligations de formaliser les documents stratégiques réglementaires (projet d'établissement, règlement intérieur, contrats de pôle¹³).

Ces documents, chacun dans leur domaine, constituent de précieux leviers pour fédérer les équipes et les partenaires autour d'objectifs et de projets, en identifiant les moyens alloués pour les mettre en œuvre.

¹¹ Rendu obligatoire par l'article L. 6114-1 du code de la santé publique.

¹² Elle regroupe les anciennes ARS Nord-Pas-de-Calais et Picardie.

¹³ Art. L. 6143-1, L. 6143-2 et L. 6146-1 du code de la santé publique.

D - L'évolution de l'activité

Les parts globales de marchés en médecine, chirurgie et obstétrique baissent, entre 2013 et 2015, dans des proportions significatives : - 19,2 % en médecine sur sa zone d'attractivité, - 17,5 % en chirurgie et - 9,6 % en obstétrique. En 2016 la tendance est à la stabilisation.

Tableau n° 1 – Évolution des parts de marchés

	2013	2014	2015	Évolution 2015/2013
Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	51,6	43,9	41,7	- 19,19 %
Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	30,3	26,3	25	- 17,49 %
Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	58,1	55,9	52,5	- 9,64 %
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	36,4	33,7	35,3	- 3,02 %
Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)	33,8	34,2	34	0,59 %
Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	16,6	17,1	17,4	4,82 %

Source : HospDiag.

HC : hospitalisation complète.

Le nombre de résumés de sortie anonyme¹⁴ diminue de 9 % en médecine, de 51 % en médecine ambulatoire, de 28 % pour la chirurgie, de 20 % en obstétrique. En revanche, leur nombre en chirurgie ambulatoire progresse de près de 6 % et de 29 % pour l'accueil et le traitement des urgences. Ces évolutions se poursuivent en 2016.

Tableau n° 2 – L'évolution du nombre de résumés de sortie anonyme

Activité globale - Source PMSI	2013	2014	2015	Évolution 2015/2013
Nombre de résumés de sortie anonyme (RSA) de médecine (HC)	6 384	5 802	5 785	- 9,38 %
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	1 434	1 158	1 034	- 27,89 %
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	996	920	799	- 19,78 %
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	3 773	2 019	1 852	- 50,91 %
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	2 211	2 174	2 340	5,83 %
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	340	304	337	- 0,88 %
Nombre de séances de chimiothérapie	1 269	1 355	1 288	1,50 %
Nombre de séances autres	114	129	130	14,04 %
Nombre d'accouchements	824	717	664	- 19,42 %
Nombre d'actes chirurgicaux	2 980	2 922	2 901	- 2,65 %
Nb d'ATU	14 717	17 847	18 966	28,87 %
Nombre d'actes d'endoscopies	2 398	2 330	2 283	- 4,80 %

Source : HospDiag.

RSA : résumés de sortie anonyme. PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information.

¹⁴ Résumé de sortie anonyme (RSA) : document de nature médicale qui rassemble de façon anonyme des informations de démographie de diagnostic et de thérapies à propos de chaque séjour d'un malade à l'hôpital.

Les résumés d'unité médicale¹⁵ baissent, quant à eux, de 10,5 % en médecine entre 2013 et 2015. La baisse n'épargne pas les points forts de l'hôpital, l'obstétrique (- 19 %) et le pôle cœur (- 11 %) et poumons (- 8 %). La chirurgie diminue de 18,7 %.

La chirurgie ambulatoire, principalement réalisée au niveau de la « clinique » du Cèdre, est l'activité la plus dynamique, en progression de 34 % de 2013 à 2015.

Tableau n° 3 – Évolution de l'activité en nombre de résumés d'unité médicale

SERVICES	2013	2014	2015	Évolution 2015/2013
MEDECINE	2 245	2 182	2 104	- 6,28 %
MEDECINE CARDIOLOGIE	935	870	830	- 11,23 %
PNEUMOLOGIE	1 496	1 452	1 382	- 7,62 %
UNITE KANGOUROU	356	314	335	- 5,90 %
OBSTETRIQUE	1 790	1 609	1 454	- 18,77 %
TOTAL MEDECINE	6 822	6 427	6 105	- 10,51 %

CHIRURGIE Chauny	1 225	1 071	1 003	- 18,12 %
<i>Chirurgie Viscérale</i>	605	617	639	5,62 %
<i>Chirurgie Ortho-Trauma</i>	620	454	364	- 41,29 %
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (ORL)	14	4	5	- 64,29 %
GYNECOLOGIE	311	289	252	- 18,97 %
TOTAL CHIRURGIE	1 550	1 364	1 260	- 18,71 %

Chirurgie Ambulatoire CH	727	906	972	33,70 %
--------------------------	-----	-----	-----	---------

Source : centre hospitalier de Chauny.

La baisse de chiffres d'affaires (annexe 1), bien que proportionnellement moins marquée, suit logiquement la tendance du nombre de séjours. La progression de 44 % des recettes de la chirurgie ambulatoire ne suffit pas à compenser les pertes subies par les autres activités. Au total, le produit des activités du centre hospitalier enregistre une perte de près de 680 000 € entre 2013 et 2015 (- 3,37 %).

Les durées moyennes de séjour¹⁶ ne sont pas optimales (annexe 2) et les taux d'occupation des lits sont faibles, en particulier pour la maternité (en dépit d'une augmentation en 2015) et en chirurgie, ce qui interroge sur le dimensionnement des capacités d'accueil.

L'établissement accuse donc, entre 2013 et 2015, une baisse sensible de l'ensemble de son activité qui se confirme en 2016 (annexe 3).

L'ordonnateur actuel précise, dans sa réponse aux observations provisoires, que l'hôpital s'efforce de mettre en place une nouvelle stratégie en vue d'optimiser les moyens et de réduire les coûts.

¹⁵ Le résumé d'unité médicale (RUM) est produit à la fin de chaque séjour de malade dans une unité assurant des soins de courte durée. Il contient un certain nombre d'informations codées selon une nomenclature standardisée qui permet ainsi un traitement automatisé.

¹⁶ L'indicateur de durée moyenne de séjour (DMS) permet de donner une appréciation de la performance d'un établissement. Cet indice doit être le plus proche de 1 tout en restant en dessous de 1.

E - La coopération inter hospitalière

Le centre hospitalier de Chauny est membre du groupement hospitalier de territoire Aisne Nord, institué par l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du 1^{er} juillet 2016, qui regroupe onze établissements (avec les centres hospitaliers de Saint-Quentin, de Laon, de Guise, d'Hirson, de Le Nouvion, de Vervins, de La Fère, de Péronne, d'Ham et le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Saint-Gobain). L'établissement support de ce groupement est celui de Saint-Quentin.

Les relations avec l'établissement support semblent constructives. Des partenariats ont ainsi été engagés, au moins dans leur principe, entre les centres hospitaliers de Chauny et Saint-Quentin pour les analyses bactériologiques notamment¹⁷ et devraient s'approfondir à l'avenir à l'ensemble des activités de laboratoire.

L'ordonnateur en fonctions indique toutefois, dans sa réponse, que cette coopération est impactée par les difficultés croissantes rencontrées par les partenaires et par des obstacles juridiques voire techniques.

II - L'EXERCICE LIBERAL AU SEIN DE L'HOPITAL

Au sein du centre hospitalier de Chauny, les activités publiques et les activités libérales se combinent à plusieurs titres : des praticiens de la fonction publique hospitalière y assurent des activités libérales, et des praticiens libéraux contribuent au travers de la « clinique » du Cèdre aux missions de service public de l'hôpital.

Certaines de ces pratiques sont conformes à la réglementation, d'autres non. Dans les deux cas, la répartition entre l'activité publique et libérale de ces médecins n'est généralement pas favorable à l'établissement.

A - L'activité libérale des praticiens hospitaliers

Est désignée par l'appellation « activité libérale » la faculté offerte aux praticiens hospitaliers à temps plein de délivrer des soins privés dans les conditions de la médecine de ville au sein de l'établissement public de santé dans lequel ils exercent.

Cette pratique a été admise dans le but d'assurer l'attractivité de l'hôpital public tant vis-à-vis des patients que des praticiens, notamment pour inciter ces derniers à s'engager à temps plein dans le statut hospitalier face à la concurrence du secteur privé.

1 - Le cadre juridique

a - Les conditions d'exercice de l'activité libérale

Pour être autorisé à exercer une activité libérale au sein de l'établissement public qui les emploie, les praticiens doivent satisfaire plusieurs exigences (articles L. 6154-1 et L. 6154-2-II du code de la santé publique) :

- être praticien statutaire à temps plein dans l'établissement ;
- exercer personnellement et à titre principal la même activité dans l'établissement public ;

¹⁷ Chauny n'ayant pu obtenir la certification COFRAC (Comité français d'accréditation).

- la durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire du praticien ;
- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique ;
- aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation.

Elle fait l'objet d'un contrat d'activité libérale (art. R. 6154-4 et suivants du code de la santé publique) conclu entre le professionnel et l'établissement pour une durée de cinq ans renouvelable. Il doit être approuvé par le directeur de l'ARS après avis du chef de pôle et de la commission médicale. L'agence régionale de santé peut donc également suspendre ou retirer cette autorisation, ce qu'elle a rappelé à l'ensemble des établissements de la région dans une lettre circulaire en juillet 2016.

b - Les honoraires des praticiens

Les praticiens peuvent percevoir leurs honoraires directement auprès du patient ou par le biais de l'hôpital. Dans cette dernière hypothèse, l'établissement reverse mensuellement les honoraires aux praticiens.

Dans tous les cas, ceux-ci doivent faire parvenir régulièrement un état récapitulatif¹⁸ de leur activité à l'établissement médical, afin de rendre cette information disponible à la commission locale d'activité libérale. Cet état doit indiquer le détail des actes réalisés au titre de l'activité libérale, en code et en valeur¹⁹.

c - La redevance due à l'établissement

En contrepartie du droit d'exercer cette activité, le praticien doit s'acquitter d'une redevance²⁰ trimestrielle afin de contribuer au coût des moyens humains et matériels mis à sa disposition par l'hôpital.

Le taux de cette redevance varie, selon la nature de l'établissement et de l'acte dispensé. Pour les centres hospitaliers, elle est de 15 % des honoraires perçus pour les consultations, 16 % pour les actes, 20 % pour les actes d'imagerie interventionnelle et 60 % pour les autres actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie.

d - L'information obligatoire

Pour garantir le respect des droits des patients, une information claire doit être disponible. Les montants des honoraires pratiqués doivent être affichés, qu'ils soient en dépassement ou non des tarifs de l'assurance-maladie²¹. Les actes pratiqués doivent être détaillés.

¹⁸ Art. R. 6154-3 du code de la santé publique.

¹⁹ Art. D. 6154-10-2 du code de la santé publique.

²⁰ Art. L. 6154-3 du code de la santé publique.

²¹ Art. R. 1111-21 à R. 1111-25 du code de la santé publique.

Les patients doivent également être préalablement informés par écrit du tarif des actes effectués, du montant du dépassement éventuel et des conditions de remboursement par l'assurance-maladie²².

En cas d'hospitalisation, si le patient souhaite être traité en secteur libéral, il (ou un ayant droit) doit formuler cette option par écrit, dès son entrée, après avoir pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix²³. À défaut, la responsabilité de l'établissement peut être mise en cause.

e - Le contrôle de l'activité libérale

L'exercice de l'activité libérale se fait sous le contrôle de la commission d'activité libérale de l'établissement, selon l'article L. 6154-5 du code de la santé publique.

L'alinéa 4 de l'article R. 6154-11 du même code impose à la commission d'établir « *chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application de l'article L. 6154-2²⁴.* »

La commission exerce son contrôle notamment à partir des relevés d'activité libérale transmis par les médecins concernés et les tableaux de service. Elle peut croiser ces données et en vérifier l'exactitude en s'appuyant sur les informations transmises par les organismes d'assurance-maladie, qui communiquent semestriellement au directeur de l'établissement et au président de la commission d'activité libérale les informations sur les honoraires, le nombre et le volume des actes effectués par les praticiens concernés²⁵.

2 - La pratique de l'activité libérale au centre hospitalier de Chauny

En octobre 2016, 12 praticiens hospitaliers temps plein sur un total de 22,9 ETP exerçaient une activité libérale, soit 52 %, ce qui constitue une pratique conséquente au regard de la moyenne nationale (10 %)²⁶.

Les spécialités exercées par ces praticiens au titre de l'activité libérale sont variées : la cardiologie (3 médecins), la pneumologie (2), la pédiatrie (1), la gynécologie (3), la chirurgie orthopédique (1), la chirurgie viscérale (1), la gastro-entérologie (1).

Les processus d'encaissement et de reversement des honoraires et de liquidation de la redevance sont assurés par une régisseuse rattachée au service des finances, en lien avec les secrétariats médicaux.

²² Art. L. 1111-3 du code de la santé publique.

²³ Aucun patient ne peut être transféré dans le secteur d'activité libérale d'un praticien hospitalier, s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public et inversement, sauf demande motivée du patient (ou de ses ayants droits) et après avis du chef de service (article R. 1112-23 du code de la santé publique).

²⁴ « *Sous réserve du respect du secret médical, cette commission a accès à toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale, en vue d'exercer les prérogatives prévues au présent chapitre.* »

²⁵ Art. L. 6154-3 du code de la santé publique.

²⁶ Source : rapport du 31 mars 2013 à Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé de Mme Dominique Laurent, Conseillère d'État, relatif à l'activité libérale dans les établissements publics de santé.

a - Les conventions

Les conventions respectent globalement le modèle de contrat-type figurant dans le code de la santé publique. Toutefois, l'établissement ne contrôle pas régulièrement le respect de l'obligation d'assurance par les praticiens de leur activité libérale.

La chambre rappelle à l'hôpital l'obligation de mentionner la quotité consacrée par le praticien à son activité libérale, 10 ou 20 %²⁷, ainsi que celle d'inclure une clause interdisant au praticien d'exercer une activité à proximité de l'hôpital en cas de départ²⁸.

Elle recommande à l'établissement de solliciter annuellement une copie de la police d'assurance souscrite par les médecins concernés.

b - Le non-respect de l'exercice à titre personnel de l'activité libérale

Le code de la santé publique précise que pour pratiquer une activité libérale, les médecins « doivent exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier »²⁹.

Or, les procès-verbaux de la commission d'activité libérale font apparaître que certains médecins se voient attribuer des consultations ou actes publics qu'ils n'ont pas effectués personnellement.

La chambre rappelle qu'il appartient à l'établissement de s'assurer du respect de cette règle en mettant fin aux pratiques de codage erronées consistant, dans certains cas, à coder l'activité publique sur le code du responsable de l'unité de soins, et non sur celui du médecin concerné.

c - Le non-respect du plafond de la durée de l'activité libérale

Le plafond de 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire des praticiens auquel est soumis l'activité libérale n'est pas systématiquement respecté.

Un examen des plannings de consultations de l'ensemble des praticiens concernés sur le 4^{ème} trimestre 2015 et le 1^{er} trimestre 2016 a permis de constater que certains d'entre eux dépassent ce plafond de façon systématique (planning de consultations libérales excédant deux demi-journées hebdomadaires) et d'autres de façon ponctuelle (consultations ponctuellement ajoutées aux deux demi-journées).

À titre d'exemples, un pédiatre consultant officiellement en libéral deux après-midi par semaine, débute dans les faits ses rendez-vous dès le matin, quand parallèlement ses consultations publiques se restreignent à une journée et demi. Un de ses confrères, censé consulter deux demi-journées en privé et trois en publics, réalise en pratique la proportion inverse. Un autre assure également trois demi-journées de consultations libérales.

²⁷ Annexe 61-2 du code de la santé publique instituant le contrat-type d'activité libérale, lequel constitue le « minimum que doit obligatoirement comporter tout contrat », selon l'article IV de la circulaire DHOS n° 2005-469 du 14 octobre 2005.

²⁸ Art. L. 6154-2-IV du code de la santé publique.

²⁹ Art. L. 6154-2-II-1° du code de la santé publique.

Depuis le milieu de l'année 2016, sous l'effet des mises en garde et rappels à la règle des directeurs successifs et de la commission d'activité libérale, les praticiens en infraction respectent désormais globalement le plafond. Cependant, le contrôle des plannings de rendez-vous du mois de novembre 2016 de trois praticiens démontre que les consultations privées dépassent encore les deux demi-journées.

d - Le non-respect de la primauté de l'activité publique

Le nombre des consultations et actes effectués au titre de l'activité publique de certains médecins est inférieur à celui réalisé à titre libéral, contrairement à la réglementation.

Ainsi, sur la période contrôlée, le pédiatre précédemment évoqué se trouve systématiquement en infraction, le nombre de ses consultations libérales s'élevant au double au minimum de celui de ses consultations publiques. Ce pédiatre effectue plus de 4 000 consultations libérales par an sur la période contrôlée, ce qui représente une durée moyenne de consultation d'environ 6 mn 30 (sur la base de deux demi-journées de 5 h par semaine).

Le directeur actuel de l'hôpital indique, en réponse aux observations provisoires de la chambre, que ce médecin a postulé sur un poste de praticien hospitalier à temps partiel pour pouvoir exercer une activité libérale à Chauny. La chambre rappelle que le statut de praticien hospitalier à temps partiel ne permet pas d'exercer une activité libérale au sein de l'établissement employeur³⁰.

Au cours de l'exercice 2015, six autres praticiens n'ont pas respecté la primauté de l'activité publique sur l'activité libérale. Cela représente 70 % des praticiens concernés cette année-là.

Tableau n° 4 – Nombre de praticiens ne respectant pas l'équilibre entre activité publique et activité libérale

Année	Consultations		Actes		Hospitalisation	
	Nombre de praticiens en infraction ¹	En proportion des praticiens exerçant une activité libérale	Nombre de praticiens en infraction ¹	En proportion des praticiens exerçant une activité libérale	Nombre de praticiens en infraction ¹	En proportion des praticiens exerçant une activité libérale
2015	7	70 %	0	0	0	0
2014	7	87,5 % ²	2	25 % ²	0	0
2013	5	62,5 % ²	1 en nb d'actes 2 en chiffre d'affaires	12,5 % ² 25 % ²	1	12,5 % ²

¹ Qu'il s'agisse du nombre de consultations ou actes comme du chiffre d'affaires, les résultats sont les mêmes.

² Un praticien pour lequel aucune donnée de suivi n'a été transmise, n'a pas été comptabilisé dans ce calcul.

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du centre hospitalier de Chauny.

Le volume global de consultations libérales réalisées par l'ensemble des praticiens dans l'établissement excède, sur la période contrôlée, celui effectué au titre du secteur public, constituant ainsi un véritable dévoiement de la pratique de l'activité libérale accordée à ces praticiens.

³⁰ Articles L. 6154-1 et L. 6154-2-II du code de la santé publique.

Tableau n° 5 – Activité totale réalisée en nombre par les praticiens exerçant une activité libérale

Année	Consultations externes			Actes externes			Actes en hospitalisation		
	Activité publique	Activité libérale	Part de l'activité publique	Activité publique	Activité libérale	Part de l'activité publique	Activité publique	Activité libérale	Part de l'activité publique
2015	7 434	11 559	39 %	4 875	3 212	60 %	14 865	1 070	93 %
2014	5 823	10 160	36 %	6 291	4 567	58 %	17 675	542	97 %
2013	5 940	10 402	36 %	6 851	4 633,5	60 %	9 860	194,5	98 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du centre hospitalier de Chauny.

Les procès-verbaux de la commission d'activité libérale indiquent que les praticiens sont considérés comme respectant leurs obligations lorsque le total de leur activité publique (consultations additionnées aux actes externes et à ceux effectués en hospitalisation) est supérieur à celui de leur activité privée. Mais il s'agit là d'une lecture erronée de la réglementation, puisque l'équilibre entre activité publique et activité libérale doit bien être apprécié en séparant les consultations des actes médico-techniques et des soins en hospitalisation³¹.

En termes de chiffre d'affaires, le constat est identique : alors que les médecins ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires sur leur activité libérale (à l'exception de l'un d'entre eux), le chiffre d'affaires qu'ils réalisent au titre des consultations libérales est presque le double de celui des consultations publiques.

Tableau n° 6 – Chiffre d'affaires réalisé sur les consultations externes

Année	Consultations publiques	Consultations privées
2015	222 332 €	406 603 €
2014	155 384 €	336 123 €
2013	172 817 €	332 147 €

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du centre hospitalier de Chauny.

Le non-respect de la priorité donnée aux activités publiques génère un manque à gagner pour l'établissement, pour les seules consultations³², qui peut être estimé au minimum au montant de la différence entre le chiffre d'affaires réellement perçu au titre des consultations publiques et la moyenne des chiffres d'affaires des consultations publiques et libérales, comme indiqué dans le tableau suivant.

Tableau n° 7 – Estimation du manque à gagner de l'établissement sur les consultations externes

	Manque à gagner	En proportion du chiffre d'affaires des consultations publiques perçu par le CH de Chauny
2015	92 135 €	41 %
2014	89 869 €	57 %
2013	79 665 €	46 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du centre hospitalier de Chauny.

³¹ Avis du Conseil d'État, section sociale, n° 358 679 du 6 février 1996.

³² L'équivalent pour les actes aboutit à un résultat plus aléatoire, la valeur des actes pouvant varier fortement selon leur typologie.

À titre d'illustration de ce déséquilibre, pour l'année 2013 un praticien a enregistré 59 258 € de chiffre d'affaires d'activité publique alors que son activité privée lui a rapporté 132 672 € sur lesquels environ 20 000 € ont été versés au titre de la redevance. Dans ce cas, la commission avait décidé la suspension des versements dans l'attente que le médecin se mette en conformité (en pratique, le versement des honoraires a été différé d'un mois).

Au cours de l'année 2015, l'administratrice provisoire s'est attelée à faire évoluer cette situation, avec un succès relatif. Elle a ainsi organisé une formation pour améliorer les pratiques de codage, mais à laquelle aucun des praticiens concernés ne s'est rendu. Elle a également sollicité auprès de la commission d'activité libérale l'application de sanctions envers des praticiens en infraction, après plusieurs rappels à la réglementation de la commission restés infructueux. Elle a, enfin, saisi l'agence régionale de santé de Picardie de ce problème.

En septembre 2016, l'agence régionale de santé Hauts-de-France a refusé le renouvellement de la convention d'autorisation d'exercer une activité libérale à un praticien, au motif que son activité externe privée dépassait en volume son activité externe publique.

e - Le non-respect de la communication des données d'activité libérale

Les tableaux de service ne mentionnent pas les périodes consacrées par les médecins à leur activité libérale, contrairement aux dispositions de la circulaire DHOS/M2 2005-469 du 14 octobre 2005³³.

En outre, aucun des professionnels concernés ne transmet à l'établissement d'état récapitulatif détaillant les actes réalisés au titre de l'activité libérale en code et en valeur³⁴.

f - Le contrôle réalisé et les mesures mises en œuvre

La commission d'activité libérale a exercé son contrôle de manière effective et régulière, se réunissant deux fois par an sur la période. Des procès-verbaux de ses réunions sont établis et rendent compte de son activité.

Dès 2012, elle a utilisé à l'encontre de certains médecins en infraction l'arsenal des mesures à sa disposition : courriers de rappel à la règle, audition des médecins concernés, délai pour se conformer à la norme, ajournement du versement des honoraires, demande à l'ARS de Picardie de suspendre une autorisation d'exercer une activité libérale.

Bien qu'appropriées et conformes à sa mission, les décisions de la commission de l'activité libérale sont toutefois restées sans effet, les médecins concernés poursuivant leur activité libérale dans les mêmes conditions.

Face à ces dérives persistantes, la commission en octobre 2015 a donné son accord à l'administratrice provisoire pour saisir l'ARS de Picardie de la question du codage et du manque de lisibilité sur la répartition entre activités publiques et privées.

³³ Relative au contrôle de l'activité libérale, au rôle de la commission locale, à la procédure à suivre dans le cas d'une suspension ou d'un retrait de l'autorisation d'exercer une activité libérale et à certaines dispositions relatives à cette activité.

³⁴ Articles R. 6154-3 et D. 6154-10-2 du code de la santé publique.

Si ces mesures attestent de l'effectivité du contrôle assuré par la commission d'activité libérale et de ses efforts pour mettre fin aux abus, l'efficacité de son action se heurte à trois limites :

- Son contrôle est incomplet : il porte en effet sur les seules données transmises par les médecins qui, comme sus- évoqué, ne répondent pas exhaustivement aux exigences réglementaires (codage erroné, absence de transmission des états récapitulatifs etc.). Par ailleurs, la commission ne contrôle pas les plages horaires de consultation afin de s'assurer que le plafond applicable aux consultations privées (deux demi-journées) est effectivement respecté. Enfin, elle ne vérifie pas les délais d'obtention de rendez-vous dans les secteurs publics et privés.
- Elle sous-estime l'étendue des abus : en effet, elle compare la somme des activités publiques d'un praticien (consultations, soins externes et soins en hospitalisation) avec la somme de ses activités libérales, concluant sur cette base que seuls quelques praticiens isolés ne respectent pas le cadre réglementaire. En réalité, comme précisé précédemment, c'est séparément que l'équilibre public/privé de chacune de ces activités doit être apprécié, conduisant à constater des abus quasi-généralisés. En conséquence, les décisions de la commission ont visé principalement deux médecins, les autres n'étant pas remis en cause dans leurs pratiques pourtant non réglementaires.
- La commission, installée en 2011 pour trois ans, n'a pas été réinstallée en 2014. En l'absence du respect de ce formalisme, la poursuite de ses travaux était dépourvue de base juridique, ce qui ne lui a pas permis de donner suite à ses décisions à l'égard des praticiens en infraction (suspension d'autorisation, suspension de versement des honoraires). Elle a finalement été renouvelée par arrêté du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 10 juin 2016.

En outre, la commission d'activité libérale n'a jamais produit de rapport annuel. La chambre rappelle à l'établissement les dispositions de l'article L. 6154-11 du code de la santé publique relatives à l'obligation de la commission d'activité libérale de présenter un rapport annuel.

L'agence régionale de santé Hauts-de-France, de son côté, indique, dans sa réponse, s'être efforcée d'impulser une régularisation « de l'activité libérale des praticiens hospitaliers », ce qui l'a d'ailleurs amené à ne pas approuver le renouvellement du contrat d'activité libérale d'un praticien en septembre 2016, au motif que le nombre de consultations et d'actes de son activité libérale excédait celui de son activité publique.

Elle précise, dans sa réponse, qu'elle a également saisi le président de la commission d'activité libérale, pour avis, du cas de quatre autres praticiens, dont les pratiques irrégulières perdurent. En réponse, celui-ci, dans un courrier du 13 juillet 2017, a sollicité le maintien de la confiance de l'agence pour prendre acte des efforts en cours de rectification de la situation, lui demandant d'en apprécier les effets à partir des statistiques du second semestre 2017.

B - L'activité des praticiens de l'ancienne « clinique »

Depuis son rachat par l'hôpital de Chauny en 2006, la « clinique du Cèdre » a cessé d'exister juridiquement. Pour autant, au sein de l'établissement, elle conserve une activité identifiée isolément et l'appellation « clinique du Cèdre » demeure au sein de l'hôpital³⁵ et de son personnel. Un bâtiment distinct du reste de l'établissement lui est dédié, dans lequel ont principalement lieu une activité de chirurgie ambulatoire et des consultations externes.

Désormais, les patients et l'activité pris en charge par les praticiens de l'ancienne clinique relèvent de l'activité publique du centre hospitalier dont ils font partie intégrante. Toutefois, les médecins qui y pratiquent conservent le statut de praticiens libéraux, ainsi qu'une activité libérale exercée à l'extérieur de l'établissement ou, plus rarement, au sein même de la « clinique ».

L'intervention de médecins libéraux auprès de patients désormais considérés comme relevant de l'hôpital public doit donc être encadrée.

1 - Le cadre juridique

Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui a supprimé le dispositif dit « clinique ouverte », les praticiens libéraux peuvent participer aux missions de l'hôpital public selon deux modalités :

- la création d'un groupement de coordination sanitaire de moyens, sur le fondement de l'article L. 6133-1-3° du code de la santé publique ;
- le contrat prévu à l'article L. 6146-2 dudit code.

Aux termes de ce dernier, les praticiens libéraux peuvent participer à l'exercice des missions de service public et de soins de l'établissement. Les honoraires sont à la charge de l'établissement, qui les verse aux intéressés aux tarifs conventionnels. Une redevance est due à l'établissement par les praticiens, en déduction des honoraires versés, pour compenser les frais engagés par l'hôpital pour mettre à la disposition des professionnels les moyens nécessaires à leur exercice médical. Ces contrats sont approuvés par le directeur général de l'ARS.

C'est cette forme contractuelle qui a, dans un premier temps, été privilégiée par l'établissement pour assoir juridiquement l'intervention des praticiens de la « clinique ».

2 - L'ambiguïté de l'objet des contrats

Les contrats indiquent, en préambule, qu'ils sont « relatifs à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé », alors que l'article 1^{er} stipule que « le centre hospitalier de Chauny autorise le praticien à pratiquer au sein de l'établissement, à titre libéral et dans les conditions définies aux présentes, les actes relevant de sa spécialité ».

Cela révèle l'ambiguïté de la nature de la « clinique » depuis son rachat par l'établissement. Le centre hospitalier de Chauny s'est, en effet, retrouvé contraint de concilier la poursuite d'une activité des praticiens libéraux de la « clinique » avec la nature désormais publique de l'activité de celle-ci. Ce qui l'a conduit à combiner les dispositions du contrat d'association au service public³⁶, qui permet aux libéraux d'utiliser les moyens techniques de l'hôpital pour des consultations

³⁵ Raison pour laquelle le terme « clinique » continuera d'être utilisé dans la suite du rapport mais entre guillemets.

³⁶ Ex-article L. 6112-4 du code de la santé publique, supprimé par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

destinées à leurs propres patients³⁷, et celles du contrat de participation aux missions de service public³⁸, qui permet à l'hôpital de recourir à des médecins libéraux pour assurer certaines de ses missions.

Il en résulte une confusion sur la finalité de la mission confiée à ces praticiens, qui ont brandi la menace d'un départ de l'établissement avec leur patientèle pour conserver un statut dérogatoire avantageux.

La chambre rappelle au centre hospitalier que les conventions conclues avec des praticiens libéraux pour leur participation à ses missions de service public doivent respecter le cadre de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique sus-évoqué.

3 - L'ambiguïté des statuts des praticiens de la « clinique »

Une dizaine de praticiens libéraux exercent au sein de la « clinique ». Les spécialités concernées sont l'anesthésie, l'ophtalmologie, la dermatologie, l'ORL³⁹, la chirurgie dentaire, la gastro-entérologie. Ils répondent à différents statuts.

Quatre d'entre eux sont praticiens attachés à temps partiel au sein de l'établissement et deux autres sont praticiens hospitaliers à temps partiel. Leur contribution à la prise en charge médicale des patients de l'hôpital de Chauny est donc rémunérée, d'une part, au titre de leur statut d'employés et, d'autre part, à celui de médecin libéral. Cette dualité de statut interroge.

En effet, les praticiens statutaires à temps partiel et les praticiens attachés ne peuvent exercer d'activité libérale au sein de l'établissement qui les emploie, *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de patients relevant des missions de service public de l'hôpital.

Les ambiguïtés liées à l'objet des contrats et au statut des médecins révèlent la complexité de la nature de la « clinique ».

La chambre invite donc l'hôpital à mettre un terme à la dualité de statut des praticiens exerçant en tant que libéraux à la « clinique ».

En réponse, l'actuel directeur, qui avait déjà demandé aux praticiens attachés et aux hospitaliers à temps partiel de clarifier leur situation en optant, soit pour une activité purement statutaire au sein de l'établissement, soit au contraire exclusivement libérale, indique que depuis septembre 2016, trois d'entre eux ont régularisé leur position en démissionnant de leurs fonctions de praticien hospitalier au sein du centre hospitalier pour ne plus exercer qu'en libéral à la « clinique ».

4 - Le contenu des contrats

a - La redevance

L'article 8 « Redevance » de ces contrats fixe généralement⁴⁰ le taux de la redevance due à l'établissement à 12 %, quels que soient la consultation ou l'acte pratiqués.

³⁷ Mais qui ne peut concerner les patients hospitalisés.

³⁸ Art. L. 6146-2 du code de la santé publique précité.

³⁹ ORL : oto-rhino-laryngologie.

⁴⁰ A une exception près, concernant un anesthésiste, voir *supra*.

Or, la redevance due dans le cadre des contrats de participation des professionnels libéraux aux missions des établissements publics de santé est déterminée par l'arrêté du 28 mars 2011⁴¹ à :

- 10 % pour les consultations ;
- 60 % pour certains actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation ;
- 30 % pour les autres actes pratiqués dans l'établissement.

Le taux liant contractuellement l'établissement aux praticiens est donc sensiblement plus avantageux pour ces derniers en ce qui concerne les actes. La chambre rappelle à l'établissement l'obligation de respecter les taux de redevance fixés par l'arrêté du 28 mars 2011.

b - La durée de résiliation

Le délai de préavis mentionné à l'article 11 pour résilier les conventions varie de 6 mois au début de l'exercice de l'activité du médecin à 2 ans au-delà de 15 années d'exercice de son activité.

Un tel délai engage excessivement et de façon injustifiée l'établissement.

5 - Le cas particulier d'un médecin

Le contrat conclu avec un anesthésiste interroge plus particulièrement. En tant que praticien hospitalier à temps partiel, celui-ci ne peut réglementairement exercer une activité libérale au sein de l'hôpital.

Pourtant, en 2007, à la demande du centre hospitalier, il remplace l'anesthésiste de la clinique du Cèdre qui vient d'être rachetée. Il cumule donc une activité libérale avec celle de praticien hospitalier à temps partiel au sein de la « clinique » et de l'hôpital, qui ne forment plus qu'une entité juridique unique.

Un contrat de type « clinique ouverte » est conclu en 2007, puis en 2011 un « contrat de participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé »⁴², contournant l'impossibilité qui lui est faite d'exercer une activité externe au sein de l'hôpital.

Ce contrat prévoit le versement par l'établissement au médecin d'une avance sur honoraires de 20 000 €⁴³. Celle-ci constitue en réalité un revenu minimum garanti, comme l'a confirmé l'intéressé dans sa réponse à la chambre, puisqu'il conserve le bénéfice de cette somme lorsque le montant de ses honoraires y est inférieur⁴⁴. Bien qu'il affirme que l'avance ne lui a jamais été versée, les mandats de paiement démontrent le contraire. En revanche, sur la période contrôlée, le montant réel des honoraires qui lui étaient dus, sur la base de ce contrat, semble effectivement avoir été systématiquement supérieur à celui de l'avance. Cette disposition ne respecte néanmoins pas la règle du service fait. L'administratrice provisoire a mis un terme au versement de cette avance en 2015.

⁴¹ Arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique.

⁴² Article 1 « Objet » du contrat conclu entre le praticien et l'établissement.

⁴³ Somme ramenée à 14 000 € par un avenant conclu le 12 novembre 2013.

⁴⁴ Article 7 du contrat d'exercice libéral du 19 septembre 2011 liant le médecin à l'établissement.

Le volume d'activité de ce médecin au titre de la « clinique », alors qu'il est parallèlement praticien à temps partiel à hauteur de 60 % de son temps de travail, soit 98 heures par mois, interroge. Il lui procure en effet, en plus des salaires versés par l'hôpital en sa qualité de praticien hospitalier à temps partiel, des honoraires annuels jamais inférieurs à 350 000 € sur la période.

Tableau n° 8 – Activité libérale d'un anesthésiste au sein de la « clinique »

	2013	2014	2015	2016*	TOTAL
Actes et consultations effectués au titre de son statut libéral	5 418	5 509	5 106	5 921	21 954
Actes et consultations effectués au titre de son statut de praticien hospitalier temps partiel	734	225	1 840	2 608	5 407
Honoraires perçus (en €)	382 574	375 495	368 989	351 057	1 458 101

* Chiffres provisoires.

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du centre hospitalier de Chauny.

Ces chiffres correspondent à l'activité exercée auprès des patients de l'hôpital, c'est-à-dire relevant du secteur public. Ils représentent plus du tiers des honoraires reversés aux praticiens de la « clinique » (cf. *infra*).

Il apparaît de façon nette que ce médecin a imputé l'essentiel de son activité (environ 80 % des actes et consultations réalisés sur la période) sur son activité de « libéral » au sein de la « clinique », au détriment de son activité statutaire.

Sur ces honoraires conséquents, le taux de la redevance due par le praticien ne s'élève qu'à 5 %, contre 12 % pour les autres praticiens de la « clinique ». Le manque à gagner pour l'hôpital par rapport à une redevance perçue avec un taux identique à celui appliqué à ses collègues est estimé à plus de 20 000 € par an. Le manque à gagner au regard de la redevance prévue au titre du contrat de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique (30 % pour les actes), s'élèverait, quant à lui, à plus de 85 000 € annuels.

6 - Honoraires et redevances issus de l'activité de la « clinique »

Sur la période 2013-2016, l'activité de la « clinique » a généré les honoraires et redevances suivants :

Tableau n° 9 – Honoraires et redevances de l'activité « clinique » de 2013 à 2016

En €	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Honoraires versés aux praticiens	979 720	969 340	970 555	962 236	3 680 933
Redevances versées à l'hôpital	81 163	79 099	81 545	93 958	335 765
Part de la redevance sur les honoraires	8,3 %	8,16 %	8,40 %	9,76 %	9,12 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du centre hospitalier de Chauny.

Ces sommes peuvent être mises en perspective avec le montant des recettes générées par la « clinique » qui s'élevait en 2015 à 3,2 M€. L'hôpital conserve donc environ deux tiers des produits de l'activité de la « clinique », le tiers restant étant reversé aux médecins qui y exercent.

Elles peuvent également être rapprochées du résultat analytique de la « clinique » qui en 2014 (dernier chiffre connu) était de 16 830 € (- 604 898 € en incluant les charges indirectes).

Si l'on compare la redevance réellement versée à celle prévue par les dispositions contractuelles, le manque à gagner peut être estimé sur la période au minimum aux montants figurant dans le tableau suivant⁴⁵.

Tableau n° 10 – Les redevances de l'activité « clinique » de 2013 à 2016

En €	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Honoraires versés aux praticiens	979 720	969 340	970 555	962 236	3 680 933
Redevances 12 %	117 566	116 321	116 466	115 468	465 822
Écart (manque à gagner pour l'hôpital)	36 403	37 221	34 921	21 511	130 057

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du centre hospitalier de Chauny.

7 - Le groupement de coordination sanitaire, une issue juridique ?

Les contrats liant l'établissement aux praticiens, qui expiraient en septembre 2016, ont été résiliés par le directeur par intérim à la demande de l'ARS Hauts-de-France. Depuis, l'exercice médical des praticiens de la « clinique » n'avait donc plus de base légale. Pour ce motif, la comptable de l'établissement a refusé, à juste titre, le paiement des honoraires des praticiens, début 2017.

Le nouveau directeur, depuis son arrivée, s'est employé à régulariser le fonctionnement et les pratiques de la « clinique ». Ainsi, un projet de création de groupement de coordination sanitaire a été soumis à l'ARS qui l'a approuvé par arrêté du 31 mars 2017. Les membres en sont l'hôpital et les praticiens exerçant à la « clinique », soit neuf médecins actuellement.

Le groupement, dénommé « GCS⁴⁶ du Cèdre », clarifie dans l'article 2 du projet de convention constitutive l'objet de l'intervention des médecins : « *le groupement aura pour objet (...) l'intervention de chirurgiens libéraux membres du groupement auprès des patients du centre hospitalier de Chauny* ».

L'article 2 du projet de règlement intérieur précise pour sa part que « *les médecins libéraux assurent la prise en charge des patients du centre hospitalier, soit au titre des hospitalisations, soit au titre des consultations externes* ».

« *Les actes médicaux et consultations assurés par les médecins libéraux sur les patients du centre hospitalier de Chauny sont rémunérés par le centre hospitalier à l'acte, sur la base des tarifs de secteur I* » (article 7 du projet de règlement intérieur). Les honoraires versés aux médecins sont minorés d'une redevance.

En réponse, la directrice générale de l'ARS indique que si l'article 11-3 de la convention constitutive du GCS prévoit un taux de redevance fixé d'un commun accord entre le professionnel de santé libéral membre du groupement et le centre hospitalier et peut varier selon les disciplines médicales, elle a toutefois demandé que ce taux couvre les frais de fonctionnement.

⁴⁵ Qui ne tient compte que du niveau de redevance figurant dans les contrats (12 %) alors que la réglementation prévoit un taux de 30 % pour les actes.

⁴⁶ GCS : groupement de coordination sanitaire.

En conclusion, la chambre observe que les conditions d'exercice octroyées par l'établissement pour compenser son déficit d'attractivité et attirer ou fidéliser des médecins qualifiés s'avèrent exorbitantes et doivent, sans délai, faire l'objet d'un réexamen.

III - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

L'examen de la gestion des ressources humaines s'est concentré sur le personnel médical et en particulier sur le temps de travail et les rémunérations.

A - Le temps de travail

1 - La permanence des soins

a - Définition et cadre légal

La permanence des soins en établissement de santé se définit comme l'accueil et la prise en charge de patients nécessitant des soins non programmés le soir à partir de 18 h 30, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

Elle comprend à la fois des astreintes, qui sont effectuées au domicile de l'agent et impliquent une intervention sur place en cas d'appel, et des gardes, qui correspondent à une présence sur place de nuit ou de week-end.

Les besoins en matière de permanence des soins sont définis par l'ARS à l'échelle du territoire de santé et doivent figurer en annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens⁴⁷.

b - L'organisation de la permanence des soins

Les besoins de permanence des soins ne sont pas arrêtés entre l'ARS et l'établissement.

Il n'existe pas non plus de décision du directeur relative à l'organisation de la permanence des soins, contrairement aux dispositions de l'article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié, 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.

Celle-ci semble décidée au niveau de chaque service, sans qu'il y ait de coordination générale au niveau de l'établissement.

⁴⁷ Instruction n° DGOS/R3-R512011 du 16 décembre 2011.

c - Le coût de la permanence des soins

Les coûts de la permanence des soins sont élevés (annexe 5), notamment en proportion de la rémunération du personnel médical, ce que semble confirmer la comparaison suivante avec d'autres établissements de la région.

Tableau n° 11 – Coût comparé de la permanence des soins en 2015

	CH Chauny	CH Saint-Quentin	CH Tourcoing
Nombre de lits en médecine	120	290	318
Nombre de lits en chirurgie	18	98	68
Nombre d'ETP médicaux	47,76	171,93	152,98
Coût de la permanence des soins	1 748 315 €	3 760 466 €	2 122 557 €
Rémunération du personnel médical	4 892 415 €	18 329 000 €	13 525 984 €
% de la permanence des soins sur rémunérations du personnel médical	35,74 %	20,52 %	15,70 %

Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes financiers et les données HospiDiag 2015.

Plus que le périmètre de la permanence des soins, qui d'après les interlocuteurs concernés serait plutôt pertinent, il semble que ce soient les arbitrages entre gardes et astreintes, ainsi que les modes de rémunération fixés pour celles-ci, qui soient onéreux pour l'établissement.

D'ailleurs en 2015, l'administratrice provisoire a diminué de 15 % la rémunération des gardes et astreintes des personnels médicaux, avec un effectif en baisse de près de 10 % (de 53 à 48 ETP).

Il apparaît ainsi, au regard des coûts générés, qu'une mise à plat de l'organisation de la permanence des soins soit nécessaire, en établissant avec l'agence régionale de santé les besoins au regard du territoire de santé et en réinterrogeant les modes de rémunération individuelle.

La directrice générale de l'ARS, en réponse aux observations provisoires de la chambre, précise qu'une telle remise à plat de la permanence des soins est prévue dans le cadre du nouveau projet régional de santé, au cours du second semestre 2017.

2 - Le respect du repos compensateur

a - Le cas d'un pneumologue

Les tableaux de service révèlent qu'un pneumologue cumule très fréquemment des astreintes et des gardes dans des proportions qui interrogent sur la sécurité des soins. Ce praticien contractuel enchaîne parfois une activité ininterrompue de 20 jours, sans journée de repos ni repos de sécurité au terme de ses gardes et astreintes. Ce médecin est parfois de service sur place durant 72 heures consécutives.

La réglementation⁴⁸ prévoit pourtant un repos de sécurité, de 11 heures après chaque garde de nuit et à l'issue du dernier déplacement réalisé au cours de l'astreinte. De plus, les praticiens ne peuvent être de garde sur place pendant plus de 24 heures consécutives. Le temps de travail réalisé par ce médecin contrevient donc de façon récurrente à ces dispositions réglementaires.

⁴⁸ Article R. 6152-407 du code de la santé publique.

L'intéressé et l'ordonnateur précisent, dans leurs réponses respectives, que ces volumes de permanence ont été réalisés à la demande de l'hôpital pour pallier le déficit de médecins. Cela ne peut pour autant, selon la chambre, expliquer l'important écart entre le nombre de gardes et astreintes que ce praticien a réalisé sur cette période et celui effectué par ses collègues.

Si la participation à la permanence des soins, au-delà des obligations de service, repose sur le volontariat, elle ne peut, au mépris de la réglementation, atteindre des volumes tels que la sécurité des soins en paraît compromise.

Il appartient au directeur de l'établissement, au moyen du tableau mensuel de service⁴⁹, et à l'ARS, au travers de la commission consultative régionale⁵⁰, de contrôler l'application des dispositions sur le repos de sécurité, notamment en s'assurant d'une répartition plus harmonieuse entre les médecins de la charge des permanences effectuées.

Dans sa réponse, le directeur du centre hospitalier précise qu'une meilleure répartition des sujétions entre confrères sera demandée à la commission de l'organisation de la permanence des soins.

b - Le cas d'un pédiatre

Le pédiatre déjà mentionné précédemment comme ne respectant pas les dispositions applicables à l'activité libérale, affiche également une activité excessive et même illégale en termes de sécurité des soins.

En 2016, il a réalisé 245 gardes, soit une moyenne de plus de 5 gardes par semaine (déduction faite des 5 semaines de congés payés), pour le seul hôpital de Chauny. Si l'on se fie à ces chiffres, étant rappelé qu'une garde doit être effectuée sur place, à la différence d'une astreinte (qui s'effectue à son domicile, les déplacements sur place n'intervenant qu'en cas d'appel), ce médecin reste jour et nuit au sein de l'établissement.

Cela signifie, soit que les dispositions du repos compensateur⁵¹ ne sont pas respectées, faisant peser un danger significatif, au regard du temps de travail effectué, sur la sécurité des soins dispensés, soit que ces gardes ne sont pas toutes effectuées et sont donc indûment rémunérées.

Parallèlement, dans le cadre d'une convention de participation de l'hôpital de Chauny à la permanence des soins de celui de Saint-Quentin en néonatalogie, ce médecin effectue 1 à 3 gardes par mois au sein de cet établissement. Enfin, dans le cadre du même type d'accord conventionnel entre Chauny et le CHU⁵² d'Amiens, il y réalise également des gardes ou astreintes. Cette convention prévoit, dans son article 2, que les gardes effectuées par ce médecin à Amiens ne pourront pas faire l'objet d'un repos quotidien pris dans les heures normales d'activité qu'il doit effectuer à Chauny. Cette disposition semble en totale infraction avec la réglementation sur le repos de sécurité.

Le directeur actuel du centre hospitalier, en réponse aux observations provisoires de la chambre, indique prévoir de supprimer cette clause dans la prochaine convention. Mais la chambre l'invite d'ores et déjà à ne plus en faire application.

⁴⁹ Article 11 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 dépendante.

⁵⁰ Article R6152-326 du code de la santé publique.

⁵¹ Article R. 6152-27 du code de la santé publique.

⁵² CHU : centre hospitalier universitaire.

Par ailleurs, le directeur et l'intéressé ont indiqué à la chambre, dans leurs réponses respectives, que certaines gardes devraient être transformées en astreintes, ce qui permettra d'alléger quelque peu son activité.

Ce même médecin, tout en étant rémunéré pour ses gardes et astreintes, a bénéficié, jusqu'en avril 2016, d'un logement mis à sa disposition à proximité de l'hôpital, sans payer de loyer et de charges jusqu'en avril 2015. Dans un tel cas, le bénéfice du paiement de gardes et d'astreintes⁵³ est interdit par la réglementation.

L'intéressé et l'ordonnateur, en réponse aux observations provisoires de la chambre, précisent que ce logement était seulement utilisé durant ses gardes, que le praticien s'est acquitté d'un loyer entre 2015 et 2016 et, enfin, qu'il a restitué le logement en 2016.

Au surplus, ce praticien hospitalier à temps plein réalise des consultations publiques à l'hôpital de Laon sans l'autorisation de son employeur, qui avait mis un terme à la convention le liant à cet autre établissement. Contrairement aux affirmations de ce médecin énoncées dans sa réponse à la chambre, il n'avait pas cessé ses activités dans cet établissement en septembre 2017.

Il est donc permis de se demander comment l'intéressé peut raisonnablement remplir ces multiples obligations. Bien que les effectifs réduits en pédiatrie compliquent l'organisation de la permanence des soins, ils ne peuvent justifier de telles extrémités.

La chambre invite l'hôpital à mettre un terme à ces deux situations individuelles, à contrôler le respect du repos de sécurité et à mieux répartir la charge de la permanence des soins entre les médecins.

B - Le versement d'indemnités différentielles

Un centre hospitalier peut recruter des praticiens contractuels en vertu des articles R. 6152-611 et R. 6152-612 du code de la santé publique.

Le praticien ainsi recruté doit être rémunéré selon l'échelon acquis au cours de sa carrière. Cependant, lorsque la rémunération ainsi déterminée est inférieure à celle perçue dans son emploi précédent, une indemnité différentielle peut lui être versée dans la limite du 11^{ème} échelon.

Quatre praticiens recrutés en 2015 et 2016, ont bénéficié d'une indemnité différentielle, prévue dans leur contrat de travail, alors qu'ils ne remplissent pas les conditions. Les montants individuels en jeu représentent entre 610 € et 1 188 € par mois, soit un coût cumulé de 36 828 € en 2016 pour cinq praticiens.

Pour le directeur, cette pratique, moins onéreuse qu'un recours à l'intérim, est justifiée par les difficultés à recruter dans un contexte de forte concurrence entre les différents hôpitaux.

La chambre recommande au centre hospitalier de respecter, en matière de rémunération des praticiens contractuels, les dispositions de l'article R. 6152-611 du code de la santé publique en mettant fin au versement de ces indemnités différentielles.

⁵³ Article 18 de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné.

C - La mise à disposition de personnel

Par courrier du 10 février 2015, le centre hospitalier de La Fère a sollicité de celui de Chauny le remboursement de la mise à disposition d'un agent, à hauteur de 144 220,77 € au titre d'une convention du 2 janvier 2012.

Celle-ci est signée pour les hôpitaux concernés par la même personne, alors directeur des deux établissements. Selon ce dernier, elle ne ferait que régulariser la mise à disposition de l'agent depuis le 1^{er} janvier 2011, période correspondant à la durée de la direction commune de ces hôpitaux. La convention prévoit expressément cet effet rétroactif, ce qui est contraire au principe de non rétroactivité des actes administratifs, en dépit des arguments de l'ancien directeur qui, dans sa réponse à la chambre, en conteste l'application au cas d'espèce.

L'agent mis à disposition du centre hospitalier de Chauny exerçait les mêmes fonctions qu'à celui de La Fère, c'est-à-dire celles d'assistante de direction ainsi que d'autres missions relevant du secrétariat général, des affaires générales, des coopérations inter hospitalières, de la communication et de la qualité et gestion des risques. Cela correspondrait, selon les précisions apportées par le directeur de l'époque dans sa réponse, aux postes habituellement occupés par deux cadres supérieurs de santé gestion des risques et qualité (catégorie A) et un adjoint des cadres aux affaires générales (catégorie B).

La convention ne mentionne aucune quotité de temps de travail, pour cette mise à disposition mais laisse à l'agent le soin d'organiser ses missions en précisant que celles-ci ne peuvent se résumer à « *une quotité de temps dévolue à chaque établissement, ni un lien entre ces missions et le lieu où elles sont exercées* ».

Les arguments liés à « l'impossibilité de déterminer des quotités de travail par site » et au fait que « le directeur et l'agent soient synchrones sur chacun des sites » qu'évoque, sans les justifier, l'ancien directeur dans sa réponse, ne peuvent suffire à attester du contrôle, par l'établissement, de la quantité et de l'effectivité du travail réalisé par l'agent.

L'article 7 de la convention adosse la durée de la mise à disposition à celle de la direction commune et la relie à la personne de l'ancien directeur, puisqu'une clause prévoit que la convention prendrait fin lorsque ce dernier cesserait d'exercer à Chauny.

Les dispositions des articles 48 et suivants de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 prévoient que le fonctionnaire mis à disposition continue de percevoir sa rémunération dans son établissement employeur. Elle doit faire l'objet, ainsi que les charges afférentes, d'un remboursement par l'établissement bénéficiaire au prorata de la quotité de travail que lui consacre l'agent.

Or, au cas d'espèce, la somme de 1 500 € attribuée mensuellement à l'agent s'ajoute à sa rémunération perçue au centre hospitalier de La Fère et constitue donc un complément de salaire non prévu par ces textes.

Enfin, le remboursement de ces sommes n'a été sollicité par l'hôpital de La Fère auprès de celui de Chauny qu'à l'issue de la direction commune. À ce jour, ce dernier n'a pas réglé la somme réclamée, qu'il a en revanche provisionnée pour risque de litige.

Les conditions d'emploi et la rémunération du personnel hospitalier de Chauny s'écartent donc parfois significativement du cadre réglementaire et font peser sur le centre hospitalier des risques sur la sécurité des soins dispensés.

D'un point de vue tant juridique que financier, l'établissement doit mettre rapidement un terme à ces pratiques.

IV - L'ANALYSE FINANCIERE

A - La fiabilité des comptes

La fiabilité des comptes du centre hospitalier de Chauny porte sur la période 2013 à 2015. Elle doit être abordée prudemment au regard des nombreuses régularisations effectuées durant cette période, en grande partie sous l'administration provisoire.

1 - Les immobilisations et l'inventaire

Les services du centre hospitalier de Chauny ont indiqué ne pas effectuer d'inventaire physique des biens meubles et immeubles, pourtant prévu par l'instruction budgétaire et comptable M21 (tome 3).

L'absence d'inventaire physique réel a des conséquences, notamment sur le montant des amortissements et des provisions et donc, *in fine*, sur le résultat de l'exercice.

La chambre rappelle au centre hospitalier de Chauny, comme lors de son précédent rapport publié en 2015, l'obligation de tenir un inventaire des biens meubles et immeubles.

2 - La comptabilisation des aides exceptionnelles versées

De 2013 à 2016, le centre hospitalier de Chauny a reçu chaque année de l'ARS des aides exceptionnelles, qui ont notamment contribué à la régularisation budgétaire, comptable et financière des dépenses antérieures de l'établissement.

Le tableau suivant présente leur répartition par catégorie de dotations forfaitaires et leur imputation comptable.

Tableau n° 12 – Les aides exceptionnelles de l'ARS entre 2013 et 2016

En €	Montant des dotations forfaitaires	Dont aides exceptionnelles d'urgence ou de trésorerie	Imputation comptable aide exceptionnelle
2013	53 420	-	-
2014	4 110 314	4 000 000	731182
2015	2 083 167	2 000 000	731182
2016	1 587 167	1 500 000	
TOTAL AC⁵⁴	7 834 068	7 500 000	
FIR			
2013	1 435 882	-	-
2014	2 847 882	1 500 000	7471
2015	1 816 332	450 000	7471
2016	?	450 000	
TOTAL FIR⁵⁵	6 100 096	2 400 000	
DAF			
2013	7 169 044	4 500 000	73117
2014	2 818 594	-	73117
2015	4 715 518	2 000 000	731172
2016	2 727 733	-	
TOTAL DAF⁵⁶	17 430 889	6 500 000	
TOTAL AIDES EXCEPTIONNELLES	31 365 053	16 400 000	

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Chauny.

Les aides exceptionnelles ont représenté, sur la période, plus de la moitié des sommes versées par l'autorité de tutelle, soit 16,4 M€ sur un total de 31,36 M€

En 2013, les 4,5 M€ de majoration de la dotation annuelle de financement ont été partagés en tiers, dont deux tiers devaient être imputés en provision réglementée et en provision pour charges afin de contribuer au plan d'actions à mener pour le redressement de l'établissement. Un seul tiers a été réellement provisionné, les deux autres impactant le compte de résultat en majorant artificiellement les produits et, par conséquent, le résultat. Il en découle une altération de la réalité des comptes annuels de 2013 à 2016 du centre hospitalier de Chauny.

L'attribution de ces aides a conduit l'établissement à procéder à un grand nombre de régularisations comptables (admissions en non-valeur, provisions). Celles-ci, bien que nécessaires, perturbent l'interprétation des données comptables des exercices contrôlés.

3 - Les créances et les admissions en non-valeur

En 2014, le montant total des créances s'élevait à plus de 8 M€. Celui des créances supérieures à 24 mois était de plus d'1,13 M€, dont 0,57 M€ supérieures à 48 mois.

Malgré un provisionnement de 0,98 M€ en 2014 et une reprise de provision en 2015 de 0,55 M€ pour prendre en charge des admissions en non-valeur, la très grande ancienneté des créances altère la sincérité des données du bilan par la dégradation irrémédiable de leur recouvrabilité réelle et complète. Cette situation affecte l'encaissement des recettes et la trésorerie.

⁵⁴ AC = aides à la contractualisation.

⁵⁵ FIR = fonds d'intervention régional.

⁵⁶ DAF = dotations annuelles de financement.

4 - Les provisions réglementées

Comme le préconisait le précédent rapport de la chambre, à partir de fin 2014 l'administration provisoire a fait procéder à un ensemble de régularisations des provisions, notamment sur les dépenses de personnel afin de fiabiliser les comptes du centre hospitalier.

L'établissement a donc procédé à des régularisations de provisions, pour des montants de 6,1 M€ en dotations et 5,67 M€ en reprises, mais aussi en correction en passant par les comptes de bilan pour ne pas affecter le résultat d'exploitation.

Cet effort louable de fiabilisation des comptes a généré un nombre important de mouvements comptables sur une courte période, 2014-2015, compliquant l'appréciation de la situation réelle du centre hospitalier.

5 - Le rattachement et le report des charges et des produits

Le principe d'indépendance des exercices implique de procéder, à la fin de chaque exercice, aux opérations de régularisation permettant le rattachement des charges et des produits à l'exercice auquel ils se rapportent.

Bien que la plupart des comptes de charges à rattacher aient été mouvementés sur la période, le rattachement des charges du centre hospitalier présente une fréquence irrégulière.

Avec l'apport du surcroît d'aides de la tutelle, l'hôpital a pu régulariser en 2014 le versement du solde des primes de service que l'insuffisance de crédits budgétaires conduisait à sous-évaluer depuis plusieurs années.

Toutefois, cette charge, comme d'autres (impayés de temps additionnel des médecins depuis 2012), a été imputée au compte 408 « Factures non parvenues » alors qu'elles auraient dû être affectées en charges à payer et conduire à retraiter les comptes de dettes au bilan, comme indiqué en annexe 6.

Les régularisations de la prime de service, la hausse exponentielle du compte 408 en 2014 tout comme les faibles mouvements du compte 672 « Charges sur exercices antérieurs » démontrent une exhaustivité incertaine des charges, et un report réel sur les exercices suivants.

Au niveau des produits, le rattachement est faible également. Les séjours à cheval sur deux exercices ne sont pas valorisés et constatés sur chaque exercice. La fraction de séjour constatée et propre à l'exercice N, comptabilisée en produits à recevoir, doit venir minorer les charges réellement nées de son exécution et déjà comptabilisées.

Il convient cependant de noter que les régularisations effectuées depuis 2014 ont permis d'améliorer la fiabilité et la sincérité des comptes de l'établissement, bien que ces pratiques restent à consolider.

B - L'analyse rétrospective

1 - L'évolution des produits et des charges

a - Les produits d'exploitation

Les produits bruts d'exploitation sont en légère diminution entre 2013 et 2015. Ils sont constitués des produits de l'activité hospitalière (produits liés à la tarification à l'activité et produits forfaitaires liés à l'activité hospitalière) et des produits des budgets annexes, principalement les deux EHPAD, l'USLD et l'institut de formation des soins infirmiers.

Tableau n° 13 – Évolution des produits d'exploitation 2013-2015

En milliers d'€	2013	2014	2015
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	30 955	30 129	29 738
Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	0	0	0
Sous-total MCO & HAD (A + B)	30 955	30 129	29 738
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	5 100	4 699	5 057
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	36 055	34 828	34 795
MIGAC et FIR	3 039	8 466	5 418
Forfaits annuels	1 131	1 131	1 468
Dotation annuelle de financement (DAF)	7 169	2 819	4 716
Sous-total produits de l'activité hospitalière	47 394	47 244	46 397
Produits afférents aux soins (CRA)	4 009	4 095	3 960
Produits afférents à la dépendance	1 113	1 176	1 183
Produits de l'hébergement	3 437	3 466	3 538
Autres produits de tarification des CRA	118	138	139
Ventes de marchandises	334	371	624
Autres produits	3 142	3 150	3 167
Produits bruts d'exploitation	59 548	59 639	59 008

Source : comptes financiers du centre hospitalier de Chauny (direction départementale des finances publiques).

MCO : médecine, chirurgie et obstétrique ; MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

FIR : fonds d'intervention régional. CRA : comptes de résultat annexes.

Les produits d'activité sont en diminution entre 2013 et 2015 avec une variation annuelle de - 1 %, mais la baisse est plus forte (0,9 M€) entre 2014 et 2015. En effet, les produits liés à la tarification à l'activité enregistrent une diminution de plus de 4 % entre 2013 et 2015.

La part des dotations forfaitaires annuelles (dotation annuelle de fonctionnement, missions d'intérêt général, aides à la contractualisation, fonds d'interventions régionaux) dans l'ensemble des produits bruts d'exploitation est d'un peu moins de 20 %. Elles comprennent les aides exceptionnelles versées par l'ARS, de l'ordre de 8 % des produits bruts d'exploitation.

En l'absence de validation par l'ARS de Picardie des propositions de plan de redressement de l'équilibre financier transmises par l'établissement (*cf. infra*), elles ont été consommées comme des produits courants de l'activité hospitalière.

Enfin, sur les cinq budgets annexes, les trois plus importants que sont ceux des EHPAD, de l'unité USLD et de l'institut de formation des soins infirmiers apportent une recette de plus de 10,5 M€ soit près de 18 % des produits bruts en 2015. Bien qu'irréguliers, notamment pour les EHPAD, leur évolution est faible sur la période.

b - Les charges d'exploitation

Dans leur ensemble, les charges courantes évoluent faiblement avec une croissance annuelle moyenne de moins d'1 %. Elles connaissent un pic en 2014 avec une augmentation de plus de 4,6 %, puis reviennent en 2015 à un niveau plus conforme à celui de 2013 (+ 1,96 % entre 2015 et 2013).

Tableau n° 14 – Charges courantes de l'établissement 2013-2015

En milliers d'€	2013	2014	2015	2015/2013	TCAM*
Consommations intermédiaires	11 095	10 902	11 518	3,81 %	1,89 %
+ Impôts et taxes	4	7	7	75,00 %	32,29 %
+ Charges de personnel (en net)	42 846	45 687	43 116	0,63 %	0,31 %
+ Autres charges de gestion courante	89	70	640	619,10 %	168,16 %
+ Charges financières	682	584	507	- 25,66 %	- 13,78 %
= Charges courantes	54 716	57 250	55 788	1,96 %	0,97 %
<i>Frais de personnel / Charges courantes</i>	<i>78,31 %</i>	<i>79,80 %</i>	<i>77,29 %</i>		

Source : comptes financiers du centre hospitalier de Chauny (direction départementale des finances publiques).

* Taux de croissance annuel moyen.

Les charges de personnel représentent en moyenne plus de 70 % des charges totales et presque 75 % des produits bruts d'exploitation. Elles connaissent un pic en 2014 (+ 6,8 %) lié aux diverses régularisations comptables et au paiement de charges au titre des exercices antérieurs (solde de prime de service et de compte épargne-temps, temps additionnel) pour plus de 2,7 M€

En dépit de la chute de l'activité hospitalière, les charges de personnel ne diminuent pas sur la période. Les rémunérations des personnels non médicaux augmentent, du fait d'un mouvement de titularisation de personnels contractuels. En revanche, la rémunération du personnel médical diminue, notamment sous l'effet de la baisse des effectifs et de la baisse des indemnités d'astreinte et de garde, mises en œuvre sous l'administration provisoire.

Les autres charges, hors masse salariale, sont en hausse de près de 6,8 % entre 2013 et 2015 en raison notamment de la prise en charge des admissions en non-valeur au cours de l'exercice 2015 pour un montant de près de 0,55 M€

Les consommations intermédiaires présentent une hausse de plus de 3,8 % sur la période et de plus de 5,6 % entre 2014 et 2015. Les charges à caractère médical sont en augmentation de près de 14 %, ce qui contraste avec le fléchissement de l'activité du centre hospitalier.

2 - Des résultats d'exploitation irréguliers et un déficit cumulé chronique

Tableau n° 15 – Résultat comptable consolidé de 2013 à 2015

En €	2013	2014	2015	2015/2013	TCAM
REPORT A NOUVEAU EXCEDENTAIRE	309 084	588 747	224 838	- 27,26 %	- 14,71 %
REPORT A NOUVEAU DEFICITAIRE	- 12 052 409	- 11 075 038	- 12 377 704	2,70 %	1,34 %
RESULTAT COMPTABLE	1 014 232	- 1 030 379	1 910 498	88,37 %	37,25 %

Source : comptes financiers du centre hospitalier de Chauny (direction départementale des finances publiques).

Le résultat net est très variable d'un exercice à l'autre, positif d'1 M€ en 2013 et d'1,9 M€ en 2015 et négatif d'1 M€ en 2014, en raison des régularisations précédemment décrites.

Ces résultats sont à apprécier avec une grande précaution car ils intègrent les crédits exceptionnels alloués par la tutelle. Sans ce soutien, les résultats seraient ceux figurant dans le tableau qui suit.

Tableau n° 16 – Résultats annuels hors aides de l'ARS (résultats structurels)

En €	2013	2014	2015
RESULTAT HORS AIDES EXCEPTIONNELLES DE L'ARS	- 1 985 768	- 6 530 379	- 2 539 502

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers du centre hospitalier de Chauny.

Les montants de déficits, hors aides exceptionnelles, placent le centre hospitalier de Chauny, sur chaque exercice de la période, largement au-delà du seuil de 3 % des produits de fonctionnement à partir duquel le directeur général de l'ARS demande au directeur de l'établissement de présenter un plan de redressement⁵⁷.

L'apport conséquent des aides exceptionnelles n'a, pour autant, pas permis de résorber le déficit cumulé au cours de la période. Le report à nouveau déficitaire a augmenté entre 2013 et 2015 pour s'élever, fin 2015, à plus de 12,37 M€. Il diminue toujours dangereusement les capitaux propres de l'établissement.

3 - Les principaux soldes intermédiaires de gestion

Les principaux soldes intermédiaires de gestion (valeur ajoutée, excédent brut d'exploitation, marge brute) présentent une situation globalement peu favorable, artificiellement soutenue par les concours exceptionnels de l'ARS.

L'excédent brut d'exploitation évolue irrégulièrement sur la période, tout en restant positif. Entre 2013 et 2015, il baisse de plus de 16 %, l'année 2014 constituant le point le plus bas avec une diminution de plus de 41 %.

Tableau n° 17 – L'excédent brut d'exploitation

En milliers d'€	2013	2014	2015	2015/2013	TCAM
= VALEUR AJOUTEE	48 453	48 737	47 490	- 2 %	- 1 %
+ Subventions d'exploitation	150	173	191	27 %	13 %
- impôts et taxes	4	7	77	1825 %	338 %
- Charges de personnel (en net)	42 846	45 687	43 116	0,63 %	0,31 %
= EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	5 454	3 216	4 558	- 16,43 %	- 8,6 %

Source : comptes financiers du centre hospitalier de Chauny (direction départementale des finances publiques).

La marge brute d'exploitation⁵⁸ est irrégulière mais permet de couvrir les charges d'amortissements et les charges financières. En 2014, son montant est affecté par les nombreuses régularisations comptables précédemment décrites. En 2015, c'est la prise en charge des admissions en non-valeur pour la première fois d'un montant de plus de 0,55 M€ qui pèse sur son niveau.

⁵⁷ Critères de déséquilibre financier prévus à l'article D. 6143-39 du code de la santé publique.

⁵⁸ Qui mesure la capacité de l'établissement à dégager des résultats sur son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissement, de provisions et de l'autofinancement pour les investissements.

Tableau n° 18 – La marge brute

En milliers d'€	2013	2014	2015	2015/2013	TCAM
= EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	5 454	3 216	4 558	- 16,43 %	- 8,58 %
+ Autres produits de gestion courante	440	543	507	15,23 %	7,34 %
- Autres charges de gestion courante	89	70	640	619,10 %	168,16 %
= MARGE BRUTE	6 104	3 688	4 425	- 27,51 %	- 14,86 %
Produits bruts d'exploitation	59 548	59 639	59 008	- 0,91 %	- 0,45 %
Part MB / Produits bruts	10,25 %	6,18 %	7,50 %		

Source : comptes financiers du centre hospitalier de Chauny (direction départementale des finances publiques).

Le taux de marge brute⁵⁹ de l'hôpital est supérieur à la médiane pour les établissements de même catégorie (6,11 en 2015⁶⁰). Sans les aides exceptionnelles de l'ARS, cela n'aurait pas été le cas et la marge brute aurait même été négative en 2014 et 2015.

4 - L'investissement et son financement

a - La capacité d'autofinancement et le financement de l'investissement

1) La capacité d'autofinancement

Tableau n° 19 – Affectation de la capacité d'autofinancement brute de l'hôpital 2013-2015

En milliers d'€	2013	2014	2015	2015/2013	TCAM
Résultat de l'exercice	1 014	- 1 030	1 910	88,36 %	37,25 %
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés	0	0	22		
+ Dotations aux amortissements et aux provisions	4 009	4 060	2 876	- 28,26 %	- 15,30 %
- Produits des cessions d'éléments d'actif	1	0	26		
- Quote-part des subventions virées au compte de résultat	0	0	17		
- Reprises sur amortissements et provisions	0	663	1 047		
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	5 022	2 366	3 717	- 25,99 %	- 13,97 %

Source : comptes financiers du centre hospitalier de Chauny (direction départementale des finances publiques).

La capacité d'autofinancement brute est irrégulière au cours de la période. Elle demeure positive et couvre l'annuité de la dette.

Sur les trois années de la période, son montant cumulé est de 11,105 M€. Sans le soutien financier exceptionnel de la tutelle, la capacité d'autofinancement aurait été négative de 3,35 M€ et le remboursement des annuités en capital de la dette pour la période (4,70 M€) n'aurait pu être honoré.

Grâce à ces aides, la capacité d'autofinancement nette permet de couvrir chaque année les faibles investissements de l'hôpital, soit 1,8 M€ sur la période, concentrés sur du matériel et des installations médicales et informatiques, des fournitures et du mobilier et des travaux de mises aux normes de bâtiments.

⁵⁹ Qui mesure la part de la marge brute dans les produits d'exploitation.

⁶⁰ Source : tableaux de bord financiers des établissements publics de santé.

2) Le renouvellement des immobilisations

Le « taux de renouvellement des immobilisations » traduit en pourcentage le rythme des investissements de l'hôpital (travaux et/ou équipements). Il rapporte le montant des investissements réalisés au cours de l'exercice à l'actif immobilisé brut : un taux de 5 % par exemple signifie que les constructions et autres actifs sont renouvelés en 20 ans.

Ce ratio ne cesse de décliner pour le centre hospitalier de Chauny et atteint, en 2015, 0,84 %, ce qui signifie qu'il lui faudrait presque 120 ans pour les renouveler intégralement. La médiane des établissements de santé de même catégorie est de 2,73 % en 2015⁶¹.

Le « taux de vétusté des équipements » mesure, quant à lui, la part moyenne des équipements déjà amortis et permet d'en déduire l'âge moyen. Plus le ratio est élevé, plus il traduit un vieillissement des éléments de patrimoine. Avec un taux de 92 % en 2015⁶², pour une médiane à 81,61 %, l'établissement se situe parmi les moins bien dotés en équipements récents.

Ces deux ratios illustrent la difficulté pour le centre hospitalier de Chauny de renouveler ses installations et matériels en raison de sa situation financière. Il est essentiel pour l'établissement de moderniser ses équipements et son patrimoine affectés aux soins afin d'assurer, en sécurité, la continuité des services à la population et de garantir un avenir à l'activité hospitalière par l'amélioration de son attractivité sur son territoire.

b - La dette et les données bilanciell

1) L'endettement du centre hospitalier

L'encours de la dette est en diminution continue. Le remboursement en capital augmente régulièrement, tandis que les intérêts diminuent du fait du faible recours à l'emprunt durant les derniers exercices. Un seul emprunt nouveau a été mobilisé en 2014 pour un montant d'1,2 M€ Celui-ci, non nécessaire au financement de l'investissement, résulte de la consolidation d'une ligne de trésorerie en emprunt, exigée par le prêteur.

Au 31 décembre 2015, l'encours de la dette s'élève à 10,8 M€, réparti en 17 emprunts auprès de six établissements prêteurs. Environ 95 % des emprunts sont répartis sur deux banques que sont la Caisse d'épargne et Dexia. L'ensemble de l'encours est à taux fixe avec un taux moyen de 4,35 %.

Le ratio de la durée apparente de la dette mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaires pour éteindre l'encours de la dette si l'intégralité de la capacité d'autofinancement y est consacrée. Ce ratio est de 2,91 années en 2015, grâce aux concours exceptionnels reçus, pour une médiane à 7,23 années.

Le ratio d'indépendance financière mesure le poids de l'endettement sur l'ensemble des capitaux permanents de l'établissement. Comme son nom ne l'indique pas, il mesure en réalité la dépendance financière de l'établissement auprès de l'extérieur et des établissements bancaires. Il est considéré comme très préoccupant si l'établissement dépasse les 50 %. Le centre hospitalier se situe à 57,29 % en 2015, pour une médiane à 44,85 %. Sans les aides exceptionnelles, ce ratio s'élèverait à plus de 65 %.

⁶¹ Source : tableaux de bord financiers des établissements publics de santé.

⁶² Source : HospiDiag.

Les caractéristiques de la dette ne présentent pas de risque particulier, bien qu'elle soit assez dépendante du financement extérieur en raison de la baisse des fonds propres du centre hospitalier.

2) L'analyse bilancielle

L'analyse bilancielle permet de visualiser l'équilibre des moyens de financement des investissements et du cycle d'exploitation de l'établissement.

Tableau n° 20 – Évolution du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie

Au 31 décembre (en milliers d'€)	2013	2014	2015
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL	3 052	4 483	5 974
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	1 161	- 1 383	8
TRESORERIE	1 889	5 866	5 966

Source : comptes financiers du centre hospitalier de Chauny (direction départementale des finances publiques).

Le fonds de roulement est positif et en hausse continue. Les ressources stables excèdent les immobilisations du centre hospitalier sur la période.

L'augmentation du fonds de roulement est favorisée par les aides exceptionnelles qui ont permis un apport d'un montant de 5,6 M€ et aucun prélèvement n'a été effectué depuis 2013.

Le besoin en fonds de roulement, qui mesure le besoin de financement du cycle d'exploitation de l'activité, est sur ces trois années beaucoup plus erratique. Il est surtout négatif en 2014 et presque nul en 2015. Depuis 2014, le centre hospitalier n'a pas de besoin en fonds de roulement parce qu'il finance ses stocks et ses créances par ses dettes dues à ses fournisseurs. Celles-ci, qui s'élevaient à 9,4 M€ en 2014, ont baissé à 6,4 M€ en 2015. Le règlement des fournisseurs s'est accéléré grâce à l'amélioration du fonds de roulement.

Pour ne pas déséquilibrer le bilan, face à la baisse des dettes fournisseurs qui s'est poursuivie au cours de l'année 2016 pour arriver à un niveau courant, le centre hospitalier sera contraint d'accélérer le recouvrement de ses créances et de poursuivre les efforts sur la chaîne de la facturation, afin de ne pas recourir à l'endettement bancaire par une ligne de trésorerie ou un emprunt à long terme.

La trésorerie atteint quasiment 6 M€ en 2014 et 2015, ce qui constitue un niveau important rapporté à l'importance de l'encours de dettes fournisseurs par ailleurs. Cette situation résulte d'une stratégie de constitution de réserve de la part de l'établissement en vue d'éviter les incidents de paiement. En 2016, le règlement d'une grande partie du stock de dettes de l'établissement a ramené la trésorerie à un niveau d'environ 1,5 M€.

C - L'exercice 2016 et les perspectives

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses de l'établissement, au titre de l'exercice 2016, a été validé en mars 2016. Il prévoyait un déficit du budget principal de 2,22 M€ hors aides exceptionnelles, et des budgets annexes à l'équilibre.

L'évaluation des prévisions, pour le budget principal, était très prudente avec un recul de l'ensemble des produits de près de 9 % (48,3 M€) par rapport à la réalisation de 2015 (53 M€). Quant aux charges de l'exercice 2016, elles étaient évaluées en baisse d'environ 2 % à 50,52 M€ avec des charges de personnel en stagnation à 36,9 M€

Les résultats d'exécution de l'exercice 2016 sont bien en deçà des prévisions, l'hôpital n'ayant pu réduire ses charges (- 0,35 %) à la hauteur de ce qu'il avait prévu (- 2 %). Le compte financier définitif présente un déficit de 2,575 M€ tous budgets confondus (2,69 M€ pour le budget principal), portant le déficit cumulé au 31 décembre 2016 à 13,5 M€

Les produits reculent de 8,5 % par rapport à l'exercice 2015. La chute de ceux issus de l'activité hospitalière se confirme, avec un recul de plus de 10 %. Les dotations forfaitaires baissent également fortement en raison, en grande partie, de la baisse des aides exceptionnelles de l'ARS qui s'élèvent en 2016 à 1,95 M€ contre 4,5 M€ en 2015.

Les charges de personnel diminuent d'un peu moins de 0,8 %, mais le recours aux personnels contractuels est en augmentation, notamment pour les médecins. En dépit de la baisse d'activité, les charges à caractère médical progressent de plus de 8 %. La permanence des soins subit une augmentation de près de 14 %. En revanche, les charges à caractère hôtelier et général diminuent de 7 %.

Les résultats de l'exercice 2016 confirment donc la baisse de l'activité hospitalière et l'impossibilité d'assurer le fonctionnement courant de l'hôpital sans l'attribution d'aides exceptionnelles, sauf à ajuster les moyens à l'activité.

Le projet de budget 2017 prévoit, quant à lui, un nouveau résultat déficitaire de 2,55 M€ supérieur au déficit prévisionnel de 2016, avec une maîtrise des charges (- 0,7 M€) et une diminution des produits plus importante encore (- 1,3 M€).

Les derniers chiffres ne traduisent donc pas de perspectives de redressement à court terme de la situation financière dégradée du centre hospitalier de Chauny.

Le directeur actuel fait valoir cependant, dans sa réponse aux observations provisoires, que l'établissement s'est engagé, en 2017, dans une démarche de réorganisations diverses et de réduction des effectifs à hauteur d'une cinquantaine d'équivalents temps plein, qui ne produiront toutefois pas pleinement leurs effets avant l'exercice 2018.

La gestion de la période 2013 à 2016 a été fortement impactée par les aides conséquentes de l'ARS. Celles-ci ont permis à l'établissement de financer la poursuite de son activité, d'apurer ses dettes à l'égard de son personnel et de ses fournisseurs et d'améliorer la fiabilité de ses comptes. A défaut de formalisation d'un plan de retour à l'équilibre, elles ne l'ont cependant pas suffisamment contraint à mettre en œuvre les mesures structurelles nécessaires à l'amélioration durable de sa situation. Hors aides exceptionnelles, l'établissement ne présente pas de perspectives crédibles de retour à l'équilibre.

D - Les plans de retour à l'équilibre

Au cours de la période contrôlée, l'ARS a sollicité à plusieurs reprises auprès des ordonnateurs successifs l'élaboration d'un plan de retour à l'équilibre en vue d'identifier les mesures structurelles de correction de la trajectoire financière de l'établissement.

Deux propositions de plans de redressement ont été élaborées mais leur faisabilité n'a pas été jugée suffisante pour permettre leur validation et aboutir à une contractualisation avec l'autorité de tutelle.

Le premier couvrait la période 2014-2016. Il prévoyait de dégager sur la période 4,5 M€ de marges de manœuvre, dont 3,7 M€ dès la première année. Insuffisamment réaliste, et en partie appuyé sur une politique de valorisation artificielle de l'unité d'hospitalisation de courte durée (qui a d'ailleurs valu à l'établissement une pénalité de la commission de recours de l'assurance-maladie), il n'a pas donné lieu à contractualisation avec l'ARS de Picardie.

Le second, établi pour la période 2015-2017, s'appuyait sur six axes opérationnels. Au total, il prévoyait une diminution des charges d'1,5 M€ et une augmentation de près de 2 M€ des produits à l'horizon 2017. Le retour à l'équilibre aurait été obtenu à cette échéance. Les mesures inscrites dans ce projet, bien que constituant des pistes certaines d'optimisation de l'activité et de maîtrise des charges de l'établissement, n'ont pu être suffisamment approfondies et chiffrées durant l'administration provisoire. Comme le précédent, ce plan n'a pas été contractualisé avec l'ARS et ne s'est donc pas appliqué.

L'absence de plan de rétablissement de l'équilibre, applicable et contractualisé avec la tutelle, a privé d'un véritable effet de levier les aides conséquentes octroyées par celle-ci.

Depuis 2016, l'ARS Hauts-de-France a intensifié ses sollicitations auprès de l'hôpital pour obtenir un nouveau plan. Le directeur actuel précise, dans sa réponse, qu'un plan devrait formaliser au plus vite les diverses réorganisations en cours.

En conclusion, le centre hospitalier de Chauny se trouve confronté à une chute de son niveau d'activité qui, conjuguée à un niveau de charges élevé, ne lui permet pas de résoudre durablement ses difficultés financières. Celles-ci l'empêchent d'endiguer la dégradation de son patrimoine et de son équipement médical, ce qui aggrave ses problèmes d'attractivité, tant à l'égard des patients qu'à celui du personnel médical, entretenant ainsi la poursuite de la baisse de son activité.

L'enjeu dans les prochaines années, pour lui permettre d'attirer patients et médecins, sera de renforcer son rayonnement sur son bassin de vie. Cela passera inévitablement par une amélioration et un assainissement de sa gestion, sans laquelle il ne pourra conduire les nécessaires efforts de modernisation et d'amélioration de la qualité du service rendu.

Pour ce faire, l'hôpital de Chauny devra renforcer ses relations avec ses partenaires de santé du territoire, aussi bien au niveau de la médecine de ville qu'à celui du groupement hospitalier de territoire Aisne Nord. Ce dernier peut constituer une opportunité pour l'établissement, à condition de ne pas craindre de développer les coopérations avec les autres membres, en particulier celles déjà initiées avec l'établissement support, le centre hospitalier de Saint-Quentin. Ce n'est qu'en se plaçant dans cette perspective de complémentarité et non de concurrence que le centre hospitalier pourra s'inscrire durablement comme établissement de recours sur son bassin de vie.

*

* *

ANNEXE 1 – ÉVOLUTION DE L'ACTIVITE EN CHIFFRE D'AFFAIRES (EN €)

SERVICES	2013	2014	2015	Évolution 2015/2013
MEDECINE	6 477 231	6 530 066	6 964 140	7,52 %
MEDEC CARDIO (VB)	1 630 143	1 513 987	1 458 459	- 10,53 %
PNEUMOLOGIE	4 473 541	4 351 676	4 306 234	- 3,74 %
UNITE KANGOUROU	404 471	389 059	371 647	- 8,12 %
OBSTETRIQUE	2 703 944	2 476 102	2 138 737	- 20,90 %
TOTAL MEDECINE	15 689 330	15 260 890	15 239 217	- 2,87 %
CHIRURGIE Chauny	3 173 731	3 075 221	2 816 432	- 11,26 %
<i>Chirurgie Viscérale</i>	<i>1 255 907</i>	<i>1 569 397</i>	<i>1 562 788</i>	<i>24,44 %</i>
<i>Chirurgie Ortho-Trauma</i>	<i>1 917 824</i>	<i>1 505 824</i>	<i>1 253 644</i>	<i>- 34,63 %</i>
O-R-L	12 564	6 180	5 657	- 54,97 %
GYNECOLOGIE (*)	595 205	575 397	426 530	- 28,34 %
TOTAL CHIRURGIE	3 781 500	3 656 798	3 248 619	- 14,09 %
Chirurgie Ambulatoire CH (*)	686 005	916 772	989 505	44,24 %
TOTAL	20 156 835	19 834 460	19 477 341	- 3,37 %

Source : centre hospitalier de Chauny.

ANNEXE 2 – ÉVOLUTION DES DUREES MOYENNES DE SEJOUR EN MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE

	2013	2014	2015	Fourchette des 2ème et 8ème décile de la même typologie d'étps en 2015
DMS médecine	0,997	1,034	1,027	0,854-1,074
Taux d'occupation des lits	79,8	81,1	89,05	
DMS chirurgie	0,978	0,939	1,004	0,896-1,115
Taux d'occupation des lits	69	63,5	64,85	
DMS obstétrique	1,144	1,149	1,095	0,935-1,044
Taux d'occupation des lits	54,2	50,5	64,4	

Source : HospiDiag. DMS : durées moyennes de séjour.

**ANNEXE 3 – ÉVOLUTION COMPAREE (RUM ET CHIFFRE D’AFFAIRES)
DE NOVEMBRE 2015 A NOVEMBRE 2016**

Situation à novembre	2015			2016			Écart		
	RUM	CA (en €)	CA Moyen/ RUM (en €)	RUM	CA (en €)	CA Moyen/RUM (en €)	RUM	CA (en €)	CA Moyen /RUM
MEDECINE	1 925	6 341 782	3 294,4	1 804	6 040 936	3 348,6	- 121,00	- 300 846	54,2
MEDEC CARDIO (VB)	755	1 323 518	1 753,0	757	1 296 399	1 712,5	2	- 27 119	- 40,5
PNEUMOLOGIE	1 256	3 920 085	3 121,1	1 272	3 921 306	3 082,8	16	1 221	- 38,3
UNITE KANGOUROU	314	346 661	1 104,0	287	333 016	1 160,3	- 27,00	- 13 645	56,3
OBSTETRIQUE	1 349	1 971 515	1 461,5	1 259	1 885 456	1 497,6	- 90,00	- 86 059	36,1
TOTAL MEDECINE	5 599	13 903 561	2 483,2	5 379	13 477 113	2 505,5	- 220,00	- 426 448	22,3
CHIRURGIE Chauny	921	2 597 858	5 930,8	879	2 428 656	5 665,2	- 42,00	- 169 202	- 265,5
<i>Chirurgie Viscérale</i>	587	1 431 490	2 438,7	509	1 217 648	2 392,2	- 78,00	- 213 842	- 46,4
<i>Chirurgie Ortho- Trauma</i>	334	1 166 368	3 492,1	370	1 211 008	3 273,0	36,00	44 640	- 219,1
ORL	5	5 657	1 131,4	0	-				
GYNECOLOGIE(*)	228	384 274	1 685,4	263	477 895	1 817,1	35,00	93 621	131,7
TOTAL CHIRURGIE	1 154	2 987 789	2 589,1	1 142	2 906 551	2 545,1	- 12,00	- 81 238	- 43,9
CHIRURGIE AMBULATOIRE	890	903 251	1 014,9	958	1 033 667	1 079,0	68,00	130 416	64,1

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du centre hospitalier de Chauny.

**ANNEXE 4 – NOMBRE D’ACTES EFFECTUES PAR LES PRATICIENS EXERÇANT
UNE ACTIVITE LIBERALE ANNEE 2015**

	Consultations externes			Actes externes			Actes en hospitalisation			TOTAL		
	Secteur public	Secteur libéral	Part de l'activité publique	Secteur public	Secteur libéral	Part de l'activité publique	Secteur public	Secteur libéral	Part de l'activité publique	Secteur public	Secteur libéral	Part de l'activité publique
Docteur 1	432	824	34 %	802	606	57 %	-	-	-	1 234	1 430	46 %
Docteur 2	949	1 230	44 %	571	450	56 %	4 623	-	100 %	6 143	1 680	79 %
Docteur 3	417	332	56 %	980	1 126	47 %	2 516	-	100 %	3 913	1 458	73 %
Docteur 4	573	644	47 %	17	6	74 %	1 328	381	78 %	1 918	1 031	65 %
Docteur 5	1 018	457	69 %	21	2	91 %	960	205	82 %	1 999	664	75 %
Docteur 6	270	443	38 %	300	126	70 %	49	-	100 %	619	569	52 %
Docteur 7	184	1 759	9 %	732	507	59 %	461	171	73 %	1 377	2 437	36 %
Docteur 8	997	1 288	44 %	918	332	73 %	143	-	100 %	2 058	1 620	56 %
Docteur 9	290	279	51 %	217	57	79 %	1 230	313	80 %	1 737	649	73 %
Docteur 10	2 304	4 303	35 %	317	-	100 %	3 555	-	100 %	6 176	4 303	59 %
TOTAL	7 434	11 559	39 %	4 875	3 212	60 %	14 865	1 070	93 %	27 174	15 841	63 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du centre hospitalier de Chauny.

**ANNEXE 5 – LES COUTS DE LA PERMANENCE DES SOINS
AU CENTRE HOSPITALIER DE CHAUNY EN €**

	RECETTES		DEPENSES					C/642 Rémunération totale personnel médical	Part de la permanence des soins dans la rémunération du personnel médical
	FIR Permanence des soins PDSH / PDSSES	C/64251 Permanence sur place obligation de service	C/64252 permanence sur place temps travail additionnel	C/642531 indemnités forfaitaires de base ou permanences des soins par astreinte	C/6426 Temps de travail additionnel de jour	Total dépenses annuelles permanence des soins			
2013	360 000,00	691 925,19	234 676,03	398 520,49	537 791,00	1 862 912,71	5 163 968,15	36,08 %	
2014	360 000,00	725 299,93	401 130,83	420 366,22	799 238,24	2 346 035,22	5 759 505,33	40,73 %	
2015	360 000,00	521 156,30	366 520,32	337 563,49	523 075,14	1 748 315,25	4 892 415,91	35,74 %	
TOTAL	1 440 000,00	1 938 381,42	1 002 327,18	1 156 450,20	1 860 104,38	5 957 263,18	15 815 889,39	37,67 %	

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers (direction départementale des finances publiques).

ANNEXE 6 – RETRAITEMENTS DES ECARTS DU COMPTE 408⁶³

En €	2014	2015	Variation
Solde du 408 inscrit aux comptes financiers	3 069 571,40	329 795,69	- 2 739 775,71
- Dépenses de personnel mal affectées	- 2 542 003,87		
Solde du 408 retraité	527 567,53	329 795,69	- 197 771,84
Dettes fournisseurs et comptes rattachés inscrites aux comptes financiers	9 416 516,98	6 418 685,13	- 2 997 831,85
-Dépenses de personnel mal affectées	- 2 542 003,87		
Dettes fournisseurs et comptes rattachés retraitées	6 874 513,11	6 418 685,13	- 455 827,98
Dettes fiscales et sociales inscrites aux comptes financiers	687 355,64	2 248 985,50	1 561 629,86
+ Dépenses de personnel mal affectées	2 542 003,87		
Dettes fiscales et sociales retraitées	3 229 359,51	2 248 985,50	- 980 374,01

Source : comptes financiers (direction départementale des finances publiques) et centre hospitalier de Chauny.

⁶³ Le compte 408 retrace les factures non parvenues.



Réponse au rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER DE CHAUNY

(Département de l'Aisne)

Exercices 2013 et suivants

Ordonnateurs en fonctions pour la période examinée :

- M. Philippe Arezki : réponse de 13 pages.
- Mme Sophie Albert : pas de réponse.
- M. François Gauthiez : pas de réponse.
- M. Laurent Schott : pas de réponse.

« 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 leurs auteurs** » (article 42 de la loi 2001-1248 du 21 décembre 2001).