



Rapport d'observations définitives et sa réponse

CENTRE HOSPITALIER DE SAMBRE-AVESNOIS

(Département du Nord)

Exercices 2010 et suivants

Observations délibérées le 20 juin 2017

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RAPPELS A LA REGLEMENTATION	4
RECOMMANDATIONS	5
I. PROCÉDURE	6
II. OBSERVATIONS DÉFINITIVES	6
I - ORGANISATION ET ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER	6
A - PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	6
B - L'ACTIVITE GENERALE	7
C - L'ACTIVITE LIBERALE	9
II - LA SITUATION FINANCIERE	10
A - LA VERIFICATION DE LA SINCERITE DES COMPTES	10
B - L'ANALYSE FINANCIERE	11
1 - Évolution de l'équilibre financier du budget consolidé	11
2 - L'évolution des charges	11
3 - L'évolution des produits	12
a - Produits issus de l'activité hospitalière	12
b - Autres produits	13
4 - Le résultat	14
C - L'EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION ET LA MARGE BRUTE.	14
1 - L'excédent brut d'exploitation	14
2 - L'endettement	15
3 - La capacité d'autofinancement	15
4 - L'investissement et la construction du nouvel hôpital	16
D - LE FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL, LE BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT ET LA TRESORERIE	18
E - L'EXECUTION PROVISoire 2016	18
III - DÉMARCHES STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT	18
A - L'ORGANISATION	18
B - GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	19
1 - Les effectifs	19
a - Les personnels médicaux	20
b - Les personnels non médicaux	20
2 - Le livret d'accueil du personnel	20
3 - Les données du bilan social	20
4 - L'absentéisme et les risques psychosociaux	21
5 - Le régime indemnitaire	21
C - LA GESTION PREVISIONNELLE DES RESSOURCES HUMAINES	22
D - LA POLITIQUE DE RECRUTEMENT MEDICAL	22
IV - LA COMMANDE PUBLIQUE	23
A - L'ORGANISATION DE LA COMMANDE PUBLIQUE	23
B - LA PASSATION DES MARCHES	23
1 - L'analyse des offres	24
2 - L'utilisation des critères de choix des offres	24
C - L'EXECUTION DES MARCHES	24

Synthèse

Le centre hospitalier de Sambre-Avesnois est un établissement public de santé généraliste en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie, situé dans le bassin de santé du Hainaut-Cambrésis, à Maubeuge. Avec 12 autres établissements, il appartient au groupement hospitalier de territoire du Hainaut-Cambrésis dont la convention constitutive a été signée en juillet 2016. L'établissement support de ce groupement est le centre hospitalier de Valenciennes.

En 2016, son offre capacitaire est de 606 lits et places dont 285 lits et places en médecine chirurgie et obstétrique. Sur sa zone d'attractivité, l'établissement est concurrencé par des polycliniques privées.

Construits dans les années 50, les bâtiments sont vieillissants, avec des chambres en enfilade posant des problèmes d'accessibilité. Un nouvel hôpital devrait être construit d'ici 2020. Comportant 586 lits et places, sa configuration pourrait être plus favorable au développement de l'activité ambulatoire. Le coût du projet est estimé à 115 M€, dont 41 M€ financés par des participations de l'État.

S'agissant de l'activité, les séjours « urgences » sont le principal canal d'entrée de l'établissement avec 76,4 % en 2015. Si en 2013, le centre hospitalier a su développer l'activité ambulatoire, il n'atteint pas encore les objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La persistance de taux d'occupation faibles et de durées moyennes de séjours élevées en médecine et en obstétrique, témoignent également d'une attractivité qui reste limitée.

La qualité des comptes produits a progressé depuis 2015, sous l'effet de la préparation de l'établissement à la certification de ses comptes. Après une dégradation importante de la situation financière entre 2010 et 2013, avec un résultat consolidé passant d'un excédent de 148 485 € en 2010 à un déficit proche de 2 M€ en 2013, le centre hospitalier a conclu avec l'agence régionale de santé un plan de retour à l'équilibre pour la période 2013-2015. Nonobstant un résultat en léger excédent de 761 715 € en 2015, la tendance 2016 se traduit, à nouveau, par une situation financière tendue, avec un résultat déficitaire d'1,5 M€. Alors que le report à nouveau était largement excédentaire fin 2015, il devient déficitaire fin 2016. La situation financière reste donc fragile alors même que l'établissement va devoir faire face au cours des prochaines années à la nécessité de dégager une épargne suffisante pour satisfaire au remboursement d'emprunts en liaison avec la construction du nouvel hôpital.

La gestion des ressources humaines recèle, pour l'avenir, des voies d'optimisation et d'économies budgétaires. Ainsi en 2015, le coût de l'absentéisme est chiffré à 1,8 M€ par l'établissement, celui du personnel non médical passant de 8,92 % en 2014 à 10,40 % en 2015 contre 8 % en moyenne au niveau national. Si l'hôpital a mis en place des équipes de remplacements de personnels absents, une réflexion préalable sur la prévention de l'absentéisme fait encore défaut. Les pôles d'activité n'étaient pas pleinement associés à la gouvernance jusqu'au renouvellement des contrats de pôles intervenu début 2017. De même, le volet social du projet d'établissement reste à élaborer. L'établissement gagnerait à renforcer le pilotage de ses ressources humaines, notamment dans la perspective de la construction du nouvel hôpital.

La fonction achat présente également des marges de progrès possibles. L'établissement doit veiller au respect des principes de transparence et d'égalité de traitement, à travers l'indication et la publication systématique des critères et sous-critères utilisés pour sélectionner les offres, ainsi que des modalités de leur pondération. Il doit également recourir à des procédures formalisées, dès que les seuils réglementaires sont atteints, et veiller à ne pas provoquer de rupture de l'équilibre économique du contrat lors de la passation d'avenants.

Rappels à la réglementation				
	Réalisé	En cours de réalisation	Non réalisé	Page
1. Se conformer aux dispositions des articles R. 6154-1 et suivants du code de la santé publique relatives aux conditions d'exercice des activités libérales.		X		10
2. Adopter un projet social (article L. 6143-2-1 du code de la santé publique).		X		19
3. Renouveler les contrats de pôle (article R. 6146-8 du code de la santé publique) et mettre en œuvre des délégations de gestion aux chefs de pôles (article L. 6146-1 du code de la santé publique).	X			19
4. Adopter un plan de prévention des risques psychosociaux (article L. 4612-16 du code du travail et instruction du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques).		X		21
5. Veiller au respect des principes d'égalité d'accès à la commande publique et de transparence des procédures de passation : <ul style="list-style-type: none"> - en recourant à des procédures formalisées lorsque les seuils sont atteints ; - en établissant des rapports d'analyse des offres pour les marchés publics et en publiant les critères et sous-critères pour sélectionner les offres ; - en recourant à la passation d'avenants. 		X		25

Recommandations				
	<i>Réalisée</i>	<i>En cours de réalisation</i>	<i>Non réalisée</i>	<i>Page</i>
6. Établir un livret d'accueil du personnel, précisant notamment les modalités de gestion de carrière ainsi que le régime applicable aux congés et autorisations exceptionnelles d'absence.		X		20
7. Enrichir le bilan social d'analyses littérales.			X	20
8. Conduire une réflexion sur les causes de l'absentéisme.			X	21
9. Mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences.			X	22
10. Se doter d'un outil informatisé de suivi des marchés.			X	23
11. Élaborer un guide des achats et de la commande publique.			X	23

I. PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Sambre-Avesnois a été ouvert le 24 juin 2016 par lettre du président de la chambre adressée à Mme Marie-Pierre Bongiovanni-Vergez directrice en exercice, et par lettres du 21 juillet 2016 à MM. Henri Mennecier et Serge Siméon en leur qualité d'anciens ordonnateurs, respectivement de janvier 2010 à janvier 2012 et de janvier 2012 à juin 2012.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle, préalable à la formulation d'observations provisoires, a eu lieu le 13 décembre 2016 avec l'actuel ordonnateur, le 15 décembre 2016 avec M. Mennecier et le 16 février 2017 avec M. Siméon.

Lors de sa séance du 7 février 2017, la chambre a arrêté les observations provisoires, transmises à l'ordonnateur en fonctions, ainsi qu'à ses prédécesseurs.

Par courrier du 2 juin 2017, Mme Marie-Pierre Bongiovanni-Vergez a adressé ses réponses à la chambre.

Après les avoir examinées, la chambre, dans sa séance du 20 juin 2017, a arrêté les observations définitives suivantes.

II. OBSERVATIONS DÉFINITIVES

I - ORGANISATION ET ACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER

A - Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier de Sambre-Avesnois (CHSA), implanté à Maubeuge (Nord), se situe dans la zone de proximité Sambre-Avesnois qui correspond à l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe (235 000 habitants). Le CHSA fait partie du groupement hospitalier de territoire du Hainaut-Cambrésis, dont la convention constitutive a été signée en juillet 2016. L'établissement support de ce groupement est le centre hospitalier de Valenciennes, à terme chargé des achats, des plans de formation continue et de l'information médicale de territoire.

Il emploie 1 465 agents équivalents temps plein en juin 2016 et ses charges de fonctionnement s'élèvent à 121 M€.

L'offre capacitaire du CHSA en 2010 était de 657 lits et places. Depuis, l'établissement a amorcé une décade des lits de médecine, chirurgie et obstétrique. Sa capacité en 2016 s'établit à 606 lits et places. Le domaine sanitaire (médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie) compte 406 lits et places. Le domaine médico-social, dont l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, est composé de 200 lits et places.

L'hôpital est confronté à la concurrence de proximité de la polyclinique du Val de Sambre, pour la chirurgie ambulatoire, l'obstétrique et la chimiothérapie. Sur sa zone de proximité, le CHSA est en position prépondérante pour la réanimation, les soins continus adultes, la cardiologie, les unités de soins intensifs cardiologiques, la neurologie, la télé AVC¹, l'endocrino-diabétologie, l'ORL², la stomatologie, la dermatologie, la néonatalogie et les soins continus pédiatriques. Sa maternité est de niveau 2B³. L'établissement devance les établissements privés à proximité en matière de médecine, chirurgie en hospitalisation complète, obstétrique et cancérologie.

Tableau n° 1 – Parts de marché zone d'attractivité – chirurgie en hospitalisation complète

Rang	Établissement	2011	2012	2013	2014	2015
1	CHSA	29,0	29,1	28,7	26,5	27,4
2	Polyclinique Val-de-Sambre	26,9	26,7	24,1	20,6	20,5
3	Polyclinique du Parc - Maubeuge	12,2	9,5	10,7	13,2	11,4
4	CHRU de Lille	8,7	9,3	9,5	9,6	9,4
5	CH du Valenciennois	4,0	4,9	5,5	6,8	8,1
6	Clinique du parc - Saint Saulve	4,1	4,2	4,7	5,3	5,5

Source : chambre régionale des comptes à partir des données Hospi-diag.

Le bâtiment principal du centre hospitalier comprend les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Construit dans les années 50, il est composé de chambres en enfilade. Cette configuration génère des problèmes d'accessibilité pour les différents services et toute l'activité de chirurgie. L'ancienneté et la vétusté du bâtiment ont conduit la direction de l'établissement à décider de la construction d'un nouvel hôpital pour 2020. Ce projet vise trois objectifs : la constitution d'une filière publique avec les centres hospitaliers de Valenciennes et de Fourmies, notamment de chirurgie et d'obstétrique, le développement de la part d'ambulatoire et le regroupement avec les structures privées telles les maternités, les centres de dialyse et d'imagerie médicale, afin de constituer des pôles dans ces activités.

B - L'activité générale

Les activités médicales ont fait l'objet de deux certifications par la Haute autorité de santé, en 2012 et en 2016. Celle-ci a émis une réserve en 2016 sur le management de la prise en charge du patient en endoscopie, qui a été levée courant mai 2017.

¹ Il s'agit d'un dispositif de télé-médecine (avec les médecins généralistes par exemple) afin de favoriser l'accès aux soins dans les meilleurs délais des patients présentant une suspicion d'accident vasculaire cérébral.

² ORL : Oto-Rhino-Laryngologie.

³ Le niveau 2B permet au CHSA de prendre en charge des grossesses à risque fœtal identifié ou suspecté. Un service de néonatalogie pouvant prendre en charge les soins intensifs est adossé à la maternité, afin d'assurer les soins spécialisés des nouveaux nés à risques et ceux dont l'état de santé s'est dégradé après la naissance ainsi que les prématurés.

Tableau n° 2 – Activité globale

Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
Nombre de résumés de sorties anonymes (RSA) de médecine (hospitalisation complète et ambulatoire)	14 915	14 821	14 734	14 988	15 474	0,9 %
Nombre de résumés de sorties (RSA) de chirurgie (hospitalisation complète et ambulatoire)	3 479	3 493	3 493	3 467	3 506	0,2%
Nombre de résumés de sorties d'obstétrique (hospitalisation complète et ambulatoire)	2 163	2 032	1 758	1 740	1 743	- 5,3%
Nombre total de RSA	20 557	20 346	19 985	20 195	20 723	0,2 %
Nombre de séances de chimiothérapie	249	155	71	33	30	- 41,1 %
Nombre de séances d'hémodialyse	6 099	6 451	6 438	6 958	6 244	0,6 %
Nombre de séances autres	572	367	434	629	770	7,7 %
Nombre d'actes chirurgicaux	2 653	2 720	2 676	2 547	2 534	- 1,1 %
Nombre d'accueil et traitement des urgences (ATU)	35 191	36 290	37 967	40 554	40 894	3,8 %

Source : chambre régionale des comptes à partir de la base de données Hospi-diag.

Le total des entrées (dont celles de l'hôpital de jour) augmente de manière constante sur la période avec un taux de croissance moyen annuel d'environ 2 %. On observe une baisse sensible de l'activité en obstétrique, avec une perte de 274 productions de résumés de sortie⁴ (RSA) entre 2012 et 2013, et en chimiothérapie où le nombre de séances a été divisé par 10 sur la période.

Tableau n° 3 – Entrées et journées

	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
Entrées hors hôpital de jour	21 683	21 820	21 643	21 562	22 283	0,68 %
Journées hors hôpital de jour	152 877	156 727	155 569	156 415	155 980	0,50 %
Venues hôpital de jour	14 101	14 938	15 732	16 242	16 343	3,76 %
Total entrées	35 784	36 758	37 375	37 804	38 626	1,93 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des rapports d'activité du centre hospitalier de Sambre-Avesnois.

Alors que le nombre d'entrées et de journées en hospitalisation complète évolue peu, celui relatif à l'activité ambulatoire progresse de près de 4 % en moyenne par an. Si le taux d'utilisation des places et la part de marché dans le domaine ambulatoire s'améliorent particulièrement depuis 2013 du fait de la réduction du nombre de lits, l'établissement ne satisfait pas encore aux orientations nationales qui incitent à développer ce mode de prise en charge en visant un taux de 50 % en 2016 et de 66,2 % pour 2020. Le taux de chirurgie ambulatoire en 2015 est de 34,6 %, ce qui est inférieur au contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement qui cible un taux de 44 %.

Tableau n° 4 – Évolution de la chirurgie ambulatoire

		2011	2012	2013	2014	2015
P12	Taux de chirurgie ambulatoire	25,98	25,19	28	34,64	34,57
P14	Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	82,20	80	88,90	91,00	91,80
A4	Part de marché chirurgie ambulatoire sur zone d'attractivité	11,80	11,60	13,20	14,60	14,10

Source : chambre régionale des comptes à partir de la base de données Hospi-diag.

⁴ La transmission d'informations médicales à la direction de l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci s'opère sur la base de données agrégées ou résumées de sorties anonymes (RSA).

Le nombre total des entrées et passages aux urgences a augmenté de 11 % entre 2012 et 2015. Le principal canal des entrées en hospitalisation complète est celui des urgences avec un taux aux environs de 75 % depuis 2012. L'activité est donc essentiellement non programmée. Cette situation découle en partie de la fragilité sociale de la population et de la pénurie qui affecte la médecine de ville.

Le centre hospitalier s'est lancé, depuis 2013, dans la mise en œuvre d'un dispositif de gestion des lits assurée par un cadre de santé et accompagnée par l'achat en 2015 d'un logiciel *ad hoc*. Ces moyens nouveaux lui permettent d'avoir une vision au plus près des places disponibles dans l'établissement.

Tableau n° 5 – Entrées par les urgences⁵

		2012	2013	2014	2015	Évolution 2015/2012
A12	Pourcentage d'entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences	75,3 %	76,3 %	75,7 %	76,4 %	
CI-A13	Nombre total de passages aux urgences ne donnant pas lieu à hospitalisation	36 290	37 967	40 554	40 894	13 %
A12	Nombre de séjours avec entrée aux urgences	10 789	10 999	10 990	11 280	5 %
Total entrées et passages aux urgences		47 079	48 966	51 544	52 174	11 %

Source : chambre régionale des comptes à partir de la base de données Hospi-diag.

De ce qui précède, la chambre conclut que si l'établissement s'est investi dans l'activité ambulatoire, des marges de manœuvre demeurent pour l'avenir. Sa performance dans l'activité de court séjour en médecine et obstétrique peut également être améliorée.

Le CHSA a su mener des actions de révision capacitaire, notamment en médecine, en chirurgie, en obstétrique et en psychiatrie. L'emploi d'un gestionnaire de lit s'est révélé être un outil de pilotage utile.

Le projet de construction du nouveau centre hospitalier devrait contribuer à améliorer l'attractivité de l'établissement et lui permettre de développer davantage l'activité ambulatoire.

C - L'activité libérale

L'activité libérale est réservée aux praticiens hospitaliers temps plein et encadrée par les dispositions issues des articles R. 6154 et suivants du code de la santé publique. Cette activité peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; son exercice est soumis au respect des conditions suivantes :

- que le praticien exerce personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique ;
- que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle est astreint le praticien ;
- qu'aucun équipement ni aucun lit ne soit dédié à l'exercice de l'activité libérale.

⁵ Données 2011 partiellement indisponibles sur Hospi-diag.

Si la commission d'activité libérale se réunit chaque année, elle n'a relevé sur toute la période qu'une anomalie. Or, les relevés d'activité libérale de l'établissement pour 2015 font apparaître des déséquilibres au profit de l'activité libérale dans 7 cas significatifs sur 146 praticiens hospitaliers. Deux de ces praticiens ont exercé leur activité libérale en gastroentérologie, deux autres en neurologie, un en orthopédie, un en pédiatrie et un en cardiologie. Les activités concernées sont diverses. À titre d'exemple, pour un neurologue, ce sont les actes techniques médicaux qui donnent lieu à des dépassements : 851 dans le domaine privé contre 638 dans celui du public. Pour un orthopédiste, ce sont les actes de chirurgie qui sont concernés : 362 ont été effectués dans le cadre de son activité libérale contre 160 pour le compte de l'établissement. Pour un autre neurologue, les dépassements portent sur les consultations : 327 consultations données dans le cadre de son activité privée contre 306 pour l'hôpital public. Ces praticiens hospitaliers ne respectent donc pas le rapport entre le volume d'actes et de consultations en privé et en public. Confronté à des difficultés récurrentes pour maintenir son activité, le CHSA doit rechercher un meilleur équilibre entre ses propres intérêts et ceux des praticiens.

Si les comptes rendus des réunions de la commission d'activité libérale sont tenus, le centre hospitalier n'établit pas de rapport sur l'ensemble des conditions d'exercice et sur les informations financières qui lui sont communiquées par les organismes de sécurité sociale. La chambre rappelle qu'en vertu de l'article R. 6154-11 du code de la santé publique, ce rapport est obligatoire. Il est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, à la commission des usagers, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

II - LA SITUATION FINANCIERE

A - La vérification de la sincérité des comptes

Le centre hospitalier de Sambre-Avesnois a été retenu en 2015 dans la liste des établissements dont les comptes de l'année 2016 doivent être certifiés. Un audit à blanc a été réalisé en 2015 par une société externe, en vue de définir les actions à engager. Une cartographie des risques a été réalisée, avec des priorités : le suivi des recettes, le personnel, les immobilisations, les achats, la qualité comptable, l'endettement et la trésorerie.

Des points perfectibles avaient été relevés lors du précédent contrôle de la chambre, en 2010 : les rattachements de charges et de produits, les reports des charges et des produits, les provisions et les créances douteuses. Ils n'appellent plus d'observations.

En matière de rattachement des produits, l'établissement valorise les dates du séjour sur chaque exercice : ainsi, lorsqu'un patient commence son séjour à l'hôpital en année N et le termine en année N+1, la part du séjour qui se rapporte à l'année N est désormais rattachée à cet exercice.

Il a aussi été mis fin à la pratique de comptabilisation des heures supplémentaires sous la forme de provisions alors qu'il s'agissait d'une charge de personnel.

Les comptes du CHSA tendent donc vers une assurance raisonnable de fiabilité.

B - L'analyse financière

1 - Évolution de l'équilibre financier du budget consolidé

En fonctionnement, le budget principal représente 93 % du budget consolidé tant en charges qu'en produits. Outre le budget principal, le budget consolidé est composé de quatre budgets annexes : EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), DNA (dotation non affectée), écoles paramédicales, centres de santé.

Les écarts entre les réalisations et les prévisions du budget consolidé oscillent sur la période de - 0,37 % à 3,25 % pour les charges et de - 0,49 % à 3,20 % pour les produits, ce qui n'appelle pas d'observation particulière.

La variation annuelle moyenne des produits, tous budgets confondus, entre 2010 et 2015 est de 3,39 %, soit un taux légèrement supérieur à celui des charges qui est de 3,29 %.

2 - L'évolution des charges

Les frais de personnel du CHSA cumulés sur la période représentent 69 % des dépenses totales⁶.

Tableau n° 6 – Évolution des charges de personnel

En M€		2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
63	Impôts sur rémunérations	6,043	6,368	8,176	7,800	7,837	8,025	5,84 %
641	Rémunérations personnel non médical	35,763	37,122	38,097	39,228	40,347	41,300	2,92 %
642	Rémunérations personnel médical	11,155	10,792	11,268	12,276	12,325	11,584	0,76 %
645	Charges sociales	16,712	17,616	16,567	19,053	20,028	20,363	4,03 %
647	Autres charges sociales	0,582	0,599	0,557	0,623	0,643	0,772	5,83 %
648	Autres charges de personnel	0,657	1,266	0,585	0,389	0,912	0,313	- 13,76 %
621	Personnel extérieur à l'établissement	0,125	0,041	0,609	1,545	1,158	1,523	64,77 %
Total charges brutes de personnel budget consolidé		71,037	73,804	75,860	80,914	83,250	83,881	3,38 %
Ratio d'évolution N / N-1 au CHSA			3,89 %	2,79 %	6,66 %	2,89 %	0,76 %	
Ratio d'évolution N / N-1 au niveau national			1,70 %	2,20 %	2,80 %	2,70 %	1,80 %	

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

Les charges de personnel s'élèvent à 83,8 M€ en 2015, avec une progression moyenne annuelle de 3,38 % entre 2010 et 2015. Sauf en 2015, les ratios de l'établissement sont supérieurs à ceux rencontrés au niveau national⁷.

La rémunération du personnel médical a augmenté jusqu'en 2014, puis s'est stabilisée, baissant de 6 % entre 2014 et 2015. Quant au personnel non médical, sa rémunération a progressé de 2,92 % en rythme moyen annuel. La progression des rémunérations liée à la carrière a entraîné un coût de 827 000 € entre 2010 et 2013. La création du court séjour gériatrique au CHSA a généré des coûts de personnel d'1,4 M€.

⁶ D'après le guide méthodologique de suivi de la masse salariale 2014 publié par la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé, la masse salariale des établissements de santé représente 60 à 85 % de la totalité des dépenses.

⁷ Guide de suivi de la masse salariale 2014, *opus citatum*.

Alors qu'entre 2011 et 2013, les achats de biens et de services s'élevaient à 19 M€ en moyenne, ils ont augmenté de 7,25 % la dernière année. De 19,8 M€ en 2014, ils sont ainsi passés à 21,2 M€ en 2015. Cette hausse est principalement due aux produits pharmaceutiques et produits à usage médical, plus d'1,1 M€ entre 2014 et 2015.

Tableau n° 7 – Évolution des achats de biens et services

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
Achats stockés autres approvisionnements	11,137	11,452	11,198	11,031	10,876	12,122	1,71 %
Achats non stockés matériels et fournitures	- 0,034	0,198	0,097	0,050	0,026	0,057	
Services extérieurs et autres (hors personnel intérimaire)	7,421	7,591	8,209	8,255	8,932	9,093	4,15 %
Total achats de biens et services	18,524	19,241	19,504	19,336	19,834	21,272	2,81 %
Ratio d'évolution N / N-1		3,87 %	1,37 %	- 0,86 %	2,57 %	7,25 %	

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

Au final, les charges évoluent de 3,29 % en moyenne par an entre 2011 et 2015, leur maîtrise continue d'être un enjeu essentiel pour l'établissement afin de consolider le redressement de sa situation financière.

3 - L'évolution des produits

Le total des produits, tous budgets confondus, est passé de 103 M€ en 2010 à 122 M€ en 2015. 86 % d'entre eux sont fournis par l'activité hospitalière.

a - Produits issus de l'activité hospitalière

Les produits issus de l'activité hospitalière regroupent les produits de la tarification des séjours, les médicaments facturés en sus des séjours, divers forfaits annuels et les produits des consultations externes. Ils représentaient 93 M€ en 2010 et sont passés à 101 M€ en 2015 ; ils connaissent une évolution moyenne annuelle d'1,74 %.

Les produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance maladie concentrent⁸ 58 % des produits de l'activité hospitalière et 50 % de l'ensemble des produits. Ils commencent à augmenter en 2013 du fait de la création d'un court séjour gériatrique et de la réouverture de 13 lits supplémentaires en médecine polyvalente-pneumologie (soit 2,6 M€ pour ces deux actions cumulées). Cette ressource progresse d'1,5 M€ en 2014 et de 0,9 M€ en 2015. Cette évolution positive s'explique par l'amélioration de la facturation et la centralisation du codage de l'activité auprès du directeur de l'information médicale.

Tableau n° 8 – Évolution des produits liés aux séjours

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
Compte 73111 « groupe homogène de séjour »	44,927	44,969	46,526	50,320	51,898	52,828	3,29 %
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie	51,770	52,174	54,360	58,288	60,028	60,780	3,26 %
Ratio	87 %	86 %	86 %	86 %	86 %	87 %	
Évolution n / n-1 (%) du compte 73111		0,09 %	3,46 %	8,15 %	3,14 %	1,79 %	

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

⁸ La tarification à l'activité constitue un mode de financement qui vise à la mise en place d'un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé.

Les produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique comprennent les actes de consultations, les actes externes et les prestations sans hospitalisation (le forfait accueil et traitement des urgences, le forfait sécurité environnement, les forfaits techniques). Ils représentent 10 % des produits de l'activité hospitalière et 9 % de l'ensemble des produits. Leur recouvrement s'est amélioré du fait de la mise en place par le centre hospitalier d'un système de facturation individuelle au fil de l'eau. Les produits liés aux consultations externes sont ainsi passés de 5,5 M€ en 2011 à 6,2 M€ en 2012 puis 6,4 M€ en 2013. Les actes et consultations externes, après avoir connu un pic en 2014 à 5 M€, baissent de 0,5 M€ en 2015. Le forfait accueil et traitement des urgences continue son évolution à la hausse (+ 282 000 € entre 2014 et 2015).

Tableau n° 9 – Évolution des produits des prestations à tarification spécifique

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
Actes et consultations externes	4,527	4,792	4,628	4,718	5,000	4,585	0,25 %
Forfait accueil et traitement des urgences (ATU)	0,666	0,717	0,765	0,798	0,839	1,016	8,81 %
Forfait sécurité environnement	0,052	0,048	0,043	0,040	0,051	0,032	- 9,25 %
Forfaits techniques et assimilés	0,000	0,023	0,852	0,870	0,883	0,784	
Total des produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique (A)	5,245	5,580	6,288	6,426	6,773	6,417	4,12 %
Ratio (A) / total des produits de l'activité hospitalière	6 %	6 %	7 %	7 %	7 %	6 %	
Ratio (A) / total des produits	5 %	5 %	6 %	6 %	6 %	5 %	

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

L'agence régionale de santé a accompagné l'établissement dans sa démarche de retour à l'équilibre par des aides de différentes formes : crédits exceptionnels ponctuels, dotations MIGAC⁹ ou dotation annuelle de financement. Les forfaits et les dotations s'élèvent à 28 % des produits de l'activité hospitalière et 24 % de l'ensemble des produits.

Tableau n° 10 – Évolution des forfaits et dotations

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Permet de financer des actions en faveur de : la performance, la qualité, ou encore la sécurité sanitaire.
Forfaits annuels	2,451	2,631	2,887	2,887	3,059	3,231	5,68 %
Dotation annuelle de financement	15,523	15,699	15,795	15,679	17,406	16,237	0,90 %
Dotation MIGAC	9,323	9,029	8,100	5,217	5,609	5,661	- 9,50 %
Dotation budget annexe autres activités sociales	1,266	1,275	1,283	1,301	1,312	1,505	3,52 %
Total des forfaits et dotations (B)	28,563	28,634	28,065	25,084	27,386	26,634	- 1,39 %
Ratio (B) / total des produits de l'activité hospitalière	31 %	30 %	29 %	26 %	27 %	26 %	
Ratio (B) / total des produits	28 %	26 %	26 %	22 %	23 %	22 %	

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

b - Autres produits

Les autres produits, qui représentent 4 % des produits de l'activité hospitalière, comprennent ceux liés à la dépendance et à l'hébergement ; ils sont stables depuis 2013 et n'appellent pas d'observation particulière.

⁹ MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Le fonds d'intervention régional permet de financer des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion, ou encore la sécurité sanitaire. Il se situe depuis 2013 aux alentours de 5 M€ par an. Les produits de la vente de marchandises et autres s'élèvent à 24 M€ cumulés sur la période, soit 3,58 % des produits cumulés. Les recettes liées à la rétrocession de médicaments constituent 1/3 de ce poste en moyenne sur la période. Elles n'ont cessé d'augmenter. En 2015, leur part relative s'élève à 41 % et leur montant à 2,3 M€.

4 - Le résultat

Soumis à un plan de retour à l'équilibre pour la période 2013-2015, le CHSA a connu une situation financière tendue : le résultat a chuté de 148 485 € en 2010 à - 1,06 M€ en 2012. Le déficit a atteint - 2 M€ en 2013.

Le centre hospitalier a réussi à redresser ses comptes en 2015 en dégageant un excédent de 761 715 €. Toutefois, ce montant représente moins d'1 % de la totalité des produits et reste très fragile.

C - L'excédent brut d'exploitation et la marge brute.

1 - L'excédent brut d'exploitation

L'excédent brut d'exploitation résulte de la différence entre la valeur ajoutée et les subventions reçues, d'une part, et les dépenses de personnel, impôts et taxes, d'autre part. Il est un indicateur de la rentabilité de l'exploitation du centre hospitalier.

Il a doublé entre 2011 et 2014 où il atteint 7,5 M€, dû notamment à l'augmentation de la valeur ajoutée.

Tableau n° 11 – Excédent brut d'exploitation et marge brute

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
Valeur ajoutée	73,731	73,899	78,367	83,850	88,233	87,073	3,38 %
Subvention d'exploitation	2,122	2,042	0,363	0,388	0,340	0,282	- 33,21 %
Impôts et taxes	0,057	0,054	0,035	0,028	0,028	0,027	- 13,88 %
Charges de personnel (en net)	69,945	72,284	74,467	78,750	81,033	81,760	3,17 %
Excédent brut d'exploitation	5,851	3,603	4,228	5,460	7,512	5,568	- 0,99 %
Ratio d'évolution de l'excédent brut d'exploitation N / N-1		- 38,42 %	17,36 %	29,13 %	37,59 %	- 25,88 %	
Autres produits de gestion courante	0,686	0,545	0,190	0,168	0,189	0,192	- 22,48 %
Autres charges de gestion courante	0,379	0,307	0,780	0,605	0,520	0,624	10,49 %
Marge brute	6,158	3,841	3,638	5,023	7,181	5,136	- 3,56 %
Ratio d'évolution de la marge brute N / N-1		- 37,62 %	- 5,27 %	38,05 %	42,97 %	- 28,48 %	
Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	1,522	3,690	0,509	1,313	3,509	3,674	19,27 %
Dotations aux amortissements	5,780	5,241	5,423	5,511	5,528	5,752	- 0,10 %
Dotations aux provisions et dépréciations	0,790	0,580	1,160	0,711	3,472	3,835	37,16 %
Résultat d'exploitation	1,110	1,710	- 2,436	0,114	1,690	- 0,777	- 193,11 %

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

La marge brute permet de mesurer ce que l'établissement dégage sur son exploitation pour financer les charges liées à ses investissements (charges financières et amortissements compris). Elle est inférieure aux dotations aux amortissements et charges financières, excepté en 2014. Elle se dégrade de nouveau en 2015.

2 - L'endettement

L'encours de la dette baisse régulièrement depuis 2013. Fin 2015, il s'élevait à 13,9 M€. Composé de 19 emprunts à taux fixes et de 3 à taux variables, il ne présente pas de risque.

Le ratio d'indépendance financière¹⁰ est passé de 32 % en 2012 à 25 % en 2015. La durée apparente de la dette est inférieure à 10 ans.

Tableau n° 12 – Évolution de l'endettement

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
Remboursements d'emprunts	1,86	1,432	1,58	1,868	1,659	1,697	- 1,82 %
Refinancement de la dette	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Remboursements d'emprunts (nets)	1,86	1,432	1,58	1,868	1,659	1,697	- 1,82 %
Intérêts d'emprunts	0,644	0,572	0,621	0,772	0,664	0,587	- 1,84 %
Annuité de la dette	2,504	2,004	2,201	2,64	2,323	2,284	- 1,82 %
Emprunts nouveaux	2,000	2,000	6,000	0,000	0,000	0,000	
Encours de la dette au 31/12/N	14,205	14,774	19,194	17,326	15,667	13,970	- 0,33 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers et direction générale des finances publiques.

3 - La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement permet de déterminer la marge de manœuvre de l'établissement pour investir.

Les mesures prises dans le cadre du plan de retour à l'équilibre ont permis au centre hospitalier d'améliorer sa capacité d'autofinancement brute¹¹ depuis 2013. Le remboursement de l'annuité du capital de la dette a pu être couvert. La capacité d'autofinancement brute s'améliore nettement en 2014 et en 2015 et s'élève à 6,1 M€ en 2015. Cette augmentation exceptionnelle est due pour partie à une augmentation des produits exceptionnels, résultat d'une régularisation de charges de personnel dans le cadre de la préparation à la certification des comptes.

Le taux de capacité d'autofinancement nette mesure la part de l'autofinancement absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus le ratio est élevé, plus l'établissement dispose d'autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements, dont le renouvellement des immobilisations. La capacité d'autofinancement nette, toujours positive sur la période, atteint 4,5 M€ en 2015.

¹⁰ Ce ratio est un indicateur qui permet de déterminer le niveau de dépendance d'un établissement vis-à-vis des emprunts bancaires. Plus ce ratio est élevé, plus cette structure est indépendante des banques.

¹¹ La capacité d'autofinancement brute permet de mesurer la différence entre les produits encaissables effectivement comptabilisés par le centre hospitalier et les charges décaissables qu'il a parallèlement enregistrées. Le résultat positif obtenu correspond au montant dégagé par l'établissement pour autofinancer ses investissements. Un résultat négatif est signe d'une insuffisance d'autofinancement.

Tableau n° 13 – Capacité d'autofinancement

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
Excédent brut d'exploitation	5,851	3,603	4,228	5,460	7,512	5,568	- 0,99 %
Transferts de charges d'exploitation	0	0	0	0	0	0	
Autres produits d'exploitation	0,687	0,545	0,19	0,168	0,189	0,192	- 22,51 %
Autres charges d'exploitation	0,379	0,307	0,780	0,605	0,521	0,624	10,49 %
Produits financiers (sauf reprises)	0,006	0,009	0	0	0	0	
Charges financières (sauf dotations)	0,660	0,572	0,621	0,772	0,664	0,587	- 2,33 %
Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital)	0,971	0,524	0,464	0,516	0,303	2,484	20,67 %
Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital)	0,651	0,76	0,696	0,525	0,5	0,84	5,23 %
Capacité d'autofinancement brute	5,825	3,042	2,785	4,243	6,320	6,193	1,23 %
<i>Ratio d'évolution de la CAF brute N / N-1</i>		- 47,78 %	- 8,44 %	52,32 %	48,96 %	- 2,01 %	
Annuité de remboursement du capital de la dette	1,860	1,432	1,58	1,868	1,659	1,697	- 1,82 %
<i>Ratio d'évolution de l'annuité N / N-1</i>		- 23,01 %	10,34 %	18,23 %	- 11,19 %	2,29 %	
Capacité d'autofinancement nette	3,965	1,610	1,205	2,375	4,661	4,496	2,55 %
<i>Ratio d'évolution de la CAF nette N / N-1</i>		- 59,39 %	- 25,13 %	97,02 %	96,27 %	- 3,54 %	

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

CAF : capacité d'autofinancement.

4 - L'investissement et la construction du nouvel hôpital

Le remboursement des dettes financières a baissé d'1,82 % par an en moyenne sur la période. Depuis 2014, le remboursement de la dette est stable autour d'1,6 M€ par an.

La réalisation de travaux nécessaires à la poursuite de l'activité a entraîné l'augmentation des immobilisations qui ont atteint un pic de 9,4 M€ en 2011. Les dépenses totales d'investissement ont baissé de 8 % en moyenne par an sur la période et particulièrement depuis 2013. Elles s'élèvent à 5,2 M€ en 2015. Le CHSA a ajusté, dans le cadre notamment du plan de retour à l'équilibre¹², son niveau d'investissement au regard de ses possibilités financières.

¹² L'ordonnateur indique qu'afin de maintenir l'équilibre de ses finances, il a mis en œuvre, au premier trimestre 2017, un nouveau plan d'amélioration des performances internes 2017-2019 comprenant 9 actions dont certaines sont quantitativement déclinées dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2017.

Tableau n° 14 – Dépenses d'investissement

EMPLOIS (en M€)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
Insuffisance d'autofinancement	0	0	0	0	0	0	
Titre I - Remboursement des dettes financières	1,860	1,432	1,580	1,868	1,659	1,697	- 1,82 %
Remboursement d'emprunts hors CLTR	1,860	1,432	1,580	1,868	1,659	1,697	- 1,82 %
Titre II - Immobilisations	6,184	9,408	6,590	3,615	3,143	2,542	- 16,29 %
Immobilisations incorporelles	0,051	0,165	0,150	0,501	0,275	0,491	57,29 %
Construction sur sol propre	2,546	1,446	1,943	0,938	0,748	0,476	- 28,49 %
Construction sur sol d'autrui	0,074	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	- 57,72 %
Installations techniques, matériel et outillage industriel	1,803	2,343	1,673	1,144	0,683	1,018	- 10,80 %
Autres mobilisations corporelles	0,728	0,476	0,528	0,744	0,349	0,556	- 5,25 %
Immobilisations en cours	0,982	4,971	2,296	0,288	0,002	0,000	
Titre III - Autres emplois	0,000	0,000	0,018	0,000	0,251	1,007	
Autres immobilisations financières	0,000	0,000	0,002	0,000	0,001	0,007	
Autres	0,000	0,000	0,016	0,000	0,250	1,000	
Total des emplois	8,044	10,840	8,188	5,483	5,053	5,246	- 8,19 %
Ratio d'évolution N / N-1		34,76 %	- 24,46 %	- 33,04 %	- 7,84 %	3,82 %	

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers et direction générale des finances publiques.

Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers¹³ a donné son accord en décembre 2015 à la construction d'un nouvel hôpital. Le site du nouvel établissement se situe à 2,5 km de l'actuel et à 1 km du centre-ville de Maubeuge, il sera desservi par une ligne de bus. Son offre capacitaire devrait être ramenée à 586 lits et places dont 242 lits et 23 places dédiées à la médecine, chirurgie et obstétrique. Il devrait ainsi favoriser le développement de la médecine ambulatoire. L'EHPAD, le centre de psychothérapie et l'institut de soins hospitaliers infirmiers resteraient sur le site actuel.

Dans sa réponse aux observations provisoires, la directrice de l'hôpital indique que l'ouverture du chantier est prévue pour fin 2017, la réception de l'ouvrage au premier semestre 2020 et l'emménagement au second semestre 2020.

Le plan de financement a été validé par le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins en avril 2016. Le coût du projet est estimé à 115 M€ TTC, l'État le financerait à hauteur de 40 M€, l'autofinancement s'élèverait à 3 M€, le solde serait couvert par l'emprunt. L'établissement devra donc impérativement se mettre en capacité de dégager une épargne suffisante pour faire face aux frais financiers supplémentaires et aux remboursements du capital de ces emprunts.

¹³ Le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins a été mis en place en 2012 afin de valider et suivre les actions proposées par les agences régionales de santé, de sélectionner et de prioriser les projets d'investissements nécessitant un financement de l'État et d'assurer le suivi des établissements en difficulté.

D - Le fonds de roulement net global, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie

Le fonds de roulement net global, différence entre les ressources stables et les emplois stables, mesure la trésorerie disponible pour couvrir le besoin en fonds de roulement. L'établissement n'a pas eu recours à une ligne de trésorerie.

Tableau n° 15 – Évolution du fonds de roulement net global, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie au 31 décembre

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
FRNG*	13,961	8,48	10,292	11,034	13,195	20,138	7,60 %
BFR**	8,184	4,301	7,738	5,639	8,323	12,898	9,52 %
Trésorerie	5,777	4,18	2,555	5,394	4,872	7,239	4,62 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers et direction générale des finances publiques.

* FNRG : fonds de roulement net global. ** BFR : besoin en fonds de roulement.

Durant toute la période, le fonds de roulement net global couvre le besoin en fonds de roulement. De fait, la trésorerie est positive, jusqu'à atteindre 7,2 M€ en 2015.

E - L'exécution provisoire 2016

L'état de prévision des recettes et des dépenses validé par l'agence régionale de santé le 1^{er} juin 2016 prévoyait un déficit de 228 195 € au titre du budget principal, et de 227 650 € tous budgets confondus. D'après le compte financier provisoire, le résultat de l'exercice 2016 tendra vers un déficit d'1,5 M€. Le report à nouveau excédentaire de 7,6 M€ fin 2015, est déficitaire de 5,4 M€ fin 2016, dû notamment aux opérations liées aux dépréciations des immobilisations (- 9,6 M€ au compte 29).

Le compte financier provisoire 2016 affiche une capacité d'autofinancement brute qui se dégrade ; elle s'élève à 4,3 M€ contre 6,1 M€ en 2015.

Au total, si la situation financière s'est globalement améliorée sur la période, l'équilibre financier du CHSA reste encore à consolider. Au regard du projet du nouvel hôpital, la chambre encourage le centre hospitalier à poursuivre et amplifier ses efforts.

III - DÉMARCHES STRATÉGIQUES ET MANAGEMENT

A - L'organisation

Le centre hospitalier a établi en 2013 un projet d'établissement conforme aux objectifs du schéma régional des soins 2012-2016. Le projet médical s'articule autour d'axes comprenant : une offre de soins structurée en matière médicale, chirurgicale, soins urgents, pédiatrie et obstétrique, gériatrie, santé mentale et psychiatrie.

Le projet d'établissement ne comporte pas de projet social. La chambre rappelle qu'il en est une composante obligatoire, en vertu des articles L. 6143-2 et suivants du code de la santé publique.

Dans sa réponse aux observations provisoires, la directrice de l'hôpital indique qu'elle a constitué des groupes de travail afin d'en adopter un, ce dont la chambre prend acte. Elle précise également que, dans le cadre du nouveau centre hospitalier, un dispositif spécifique à l'organisation et l'évaluation des conditions de travail dans ce nouvel équipement sera mis en place. Il comprendra quatre axes principaux : l'amélioration et la valorisation des parcours de fin de carrière ; la gestion de l'absentéisme et des remplacements ; les agents non statutaires et la prévention des risques individuels.

Les objectifs du projet d'établissement sont, pour l'essentiel, ceux qui figurent également dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de santé, sur la période 2012-2017. Ledit contrat est orienté vers l'amélioration du pilotage interne, la qualité des soins et le redressement de la situation financière. Sa mise en œuvre n'a pas donné lieu à une évaluation spécifique des résultats obtenus avec l'agence régionale de santé, telle qu'elle est prévue à l'article 3 « le suivi du contrat ».

L'établissement comprend cinq pôles médicaux, un pôle santé publique et un pôle dédié à la pharmacie et au laboratoire. Les sept contrats de pôles ont été conclus en 2011 et sont arrivés à échéance en 2015, sans avoir été renouvelés.

La chambre rappelle qu'en application de l'article R. 6146-8 du code de la santé publique : « *[Le contrat de pôle] est conclu pour une période de quatre ans* ». Elle relève qu'aucune délégation de gestion n'avait été consentie aux pôles alors même qu'en vertu de l'article L. 6146-1 du code précité, elles auraient dû être formalisées dans ces mêmes contrats.

La structuration interne apparaît comme inaboutie, ainsi que le soulignait le précédent rapport d'observations de la chambre. D'importantes marges de manœuvre existent afin d'impliquer davantage les responsables de pôle dans le management interne.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la directrice précise que les contrats de pôle ont fait l'objet d'une évaluation dès 2013, puis en 2014 et 2015, et que les nouveaux contrats de pôle mis en place en 2017 comportent des délégations de gestion dans des domaines tels que la formation, les recrutements d'été, les remplacements de congés maternité, le plan de formation. Elle s'engage à accroître ces délégations dès 2018.

L'établissement gagnerait, également, pour l'avenir, à développer le suivi des démarches stratégiques, non engagées lors du dernier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

B - Gestion des ressources humaines

En matière de gestion des ressources humaines, l'analyse de la chambre s'est limitée aux points suivants.

1 - Les effectifs

Une croissance globale des effectifs de 4,5 % a été enregistrée, ceux-ci passant de 1 402 équivalents temps pleins (ETP) en 2012 à 1 465 en juin 2016. Elle s'explique par l'évolution du personnel non médical, qui a progressé de 7,35 % entre 2013 et 2015, soit 97 ETP supplémentaires (y compris les emplois aidés).

a - Les personnels médicaux

Les effectifs des praticiens hospitaliers ont augmenté légèrement passant de 69,05 équivalents temps plein rémunérés (ETPR¹⁴) en 2012 à 73,65 en 2015. Le nombre de praticiens contractuels, de praticiens attachés a diminué passant de 26,03 ETPR à 19,97 en 2015, tandis que le nombre de praticiens attachés associés a été multiplié par 5 passant de 4,25 ETPR en 2012 à 22,85 en 2015.

Au global, l'effectif médical a augmenté de 12 ETPR depuis 2012, pour atteindre 122 ETPR en 2015.

Le rythme de renouvellement du personnel médical est de 19,11 % en 2015 : il est plus faible que celui enregistré au niveau national en 2014 (23,3 %) par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

b - Les personnels non médicaux

L'effectif du personnel non médical est en augmentation sur la période : de 1 378,63 ETPR en 2012, il est passé à 1 415,28 ETPR en 2015.

2 - Le livret d'accueil du personnel

Le centre hospitalier ne possède pas de livret d'accueil. Ce dernier sert à informer le personnel sur les modalités de gestion de la carrière, le régime des absences, la formation, les composantes du salaire, ainsi que l'organisation de l'établissement. La chambre en recommande l'élaboration.

En réponse aux observations provisoires, la directrice indique qu'un « kit d'accueil », comportant les informations essentielles pour le nouvel arrivant, a été élaboré et sera remis puis complété par le livret d'accueil des professionnels. La chambre en prend acte.

3 - Les données du bilan social

Les bilans sociaux des établissements publics relevant de la fonction publique hospitalière ont fait l'objet, à compter de 2013, d'une modification de leur présentation. L'objectif était de leur donner une dimension stratégique et dynamique. Le CHSA a joint à cette nouvelle présentation un focus particulier chaque année sur un pôle.

S'il comporte de nombreuses données chiffrées ventilées par filière, par catégorie, par grade et par pôle, la chambre recommande que le bilan social soit enrichi d'analyse littérale et qualitative des tendances observées.

Dans sa réponse, la directrice s'engage à faire évoluer, dès 2017, le bilan social dans le sens des recommandations de la chambre.

¹⁴ L'ETPR permet le décompte des effectifs en intégrant la sur-rémunération dont bénéficient les agents exerçant à temps partiel. Par exemple, un agent employé à 80 % perçoit 86 % de la rémunération d'un temps plein. Cette approche en ETPR est devenue systématique dans le cadre de l'EPRD. En effet, le suivi infra-annuel des effectifs et le bilan annuel effectué dans le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) se font en ETPR.

4 - L'absentéisme et les risques psychosociaux

L'absentéisme repose principalement sur des motifs de maladie et concerne presque exclusivement les personnels non médicaux. De 8,92 % en 2014, le taux d'absentéisme est passé à 10,40 % en 2015. Cette année-là, le coût de l'absentéisme tout motif confondu est chiffré à 1,8 M€ par le CHSA.

Le centre hospitalier a décidé, dans les services de soins, de remplacer quasi systématiquement les congés maternités pour le personnel soignant, ainsi que les congés longue maladie¹⁵ et congés longue durée. La mise en place d'une équipe de compensation d'infirmiers et aides-soignants depuis 2015 a permis d'atténuer les surcharges de travail générées par l'absentéisme dans les unités. L'établissement estime à 178 000 € par an le coût de l'équipe de compensation.

Afin de compléter cette initiative, la chambre recommande à l'établissement d'élaborer un diagnostic des causes de l'absentéisme et de mettre en place des politiques de contrôle, de prévention et de régulation des motifs récurrents de l'absentéisme. Elle rappelle que l'établissement doit mener une réflexion sur les risques psychosociaux et se doter d'un plan d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux, rendu obligatoire par les articles L. 4612-16 et L. 4612-17 du code du travail.

La chambre prend acte de la réponse de la directrice qui fait part, à la fois, de la création fin 2016 d'une commission interne pour la prévention des risques psycho sociaux des médecins, et de la mise en place, en lien avec le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), d'un accompagnement spécifique, notamment en matière d'amélioration du cadre de vie au travail dans le cadre du nouvel hôpital.

5 - Le régime indemnitaire

L'examen de la paie 2015 a révélé une anomalie quant au versement de l'indemnité différentielle. Prévue à l'article R. 6152-611 du code de la santé publique et par l'article 4 de l'arrêté interministériel du 21 octobre 2003, celle-ci est versée mensuellement, dans la limite d'un plafond, aux praticiens attachés et praticiens attachés associés. Si elle est versée à d'autres praticiens, elle constitue un complément de rémunération irrégulier.

L'indemnité différentielle versée dépasse, dans neuf cas, la limite prévue par l'arrêté précité de 2003 correspondant au 1^{er} échelon de praticien attaché, pour un montant total d'environ 51 000 €.

Par ailleurs, l'indemnité différentielle a été versée de façon indue à 60 praticiens : contractuels, hospitaliers, assistants spécialistes associés et constitue un complément irrégulier de rémunération pour un montant estimé à 377 755 €.

La chambre demande à l'établissement de se mettre en conformité avec la réglementation en vigueur sur l'indemnité différentielle.

¹⁵ Le congé de longue maladie est accordé pour une durée maximale de trois ans à compter de la date du premier arrêt maladie et rémunéré à plein traitement pendant un an puis à demi traitement les deux années suivantes. Enfin, en application de l'article 57-4° de la loi précitée, un congé de longue durée est octroyé lorsque le fonctionnaire est atteint de l'une des cinq maladies limitativement énumérées par la loi : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis. Il est accordé pour une durée maximale de cinq ans à compter de la date du premier arrêt maladie dont trois ans à plein traitement et deux ans à demi traitement.

C - La gestion prévisionnelle des ressources humaines

Le CHSA n'a pas mis en œuvre de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et compétences. La perspective du nouvel hôpital et des restructurations induites rend cet outil d'autant plus nécessaire. Il lui permettra de cibler ses besoins précis en termes d'effectifs, d'adapter les compétences des agents aux profils des postes et ainsi d'améliorer le fonctionnement des services par des affectations et des formations adaptées. La chambre en recommande l'adoption.

Dans sa réponse, la directrice indique que cet axe sera développé lors de l'adoption du projet social.

Le renforcement du pilotage des ressources humaines pourrait permettre d'identifier des voies potentielles d'économies budgétaires. Celles-ci sont rendues indispensables dans la perspective de la construction du nouvel hôpital.

La chambre relève avec intérêt le développement des équipes de remplacement. Toutefois, l'établissement ne doit pas seulement pallier les inconvénients de l'absentéisme, il doit également recourir à une réflexion de fond sur ses raisons et les moyens de le prévenir.

D - La politique de recrutement médical

Les difficultés de recrutement du centre hospitalier de Sambre-Avesnois, principalement en anesthésie-réanimation, gériatrie, psychiatrie ou pneumologie, sont identiques à celles constatées au plan national.

L'établissement peine à retenir les jeunes praticiens en raison de la forte attractivité du centre hospitalier de Valenciennes et du centre hospitalier régional universitaire de Lille. Dans ce contexte, il a recouru à l'intérim médical et aux cabinets de recrutements.

Le recours à l'intérim médical augmente régulièrement à compter de 2013 et atteint presque 5 % des dépenses de personnel médical en 2015. Il a coûté ainsi 418 298,25 € en 2014 et 590 331,97 € en 2015 et s'explique en partie par l'implantation du CHSA et sa difficulté à recruter.

Tableau n° 16 – Évolution de l'intérim médical

En M€		2010	2011	2012	2013	2014	2015	Taux de croissance annuel moyen
62113	Personnel extérieur médical	0,048	0,003	0,007	0,215	0,418	0,590	65 %
621	Personnel extérieur à l'établissement	0,125	0,041	0,609	1,545	1,158	1,523	64,77 %
% compte 62113 / compte 621		38 %	7 %	1 %	14 %	36 %	38 %	
642	Rémunération personnel médical	11,155	10,792	11,268	12,276	12,325	11,584	0,76 %
Ratio d'évolution N / N-1 CHSA compte 642			- 3,26 %	4,42 %	8,95 %	0,40 %	- 6,01 %	
Total personnel médical (62113 + 642)		11,203	10,795	11,275	12,491	12,743	12,168	1,67 %
% compte 62113 / total personnel médical		0,43 %	0,03 %	0,06 %	1,72 %	3,28 %	4,80 %	

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

Le CHSA a également eu recours à des cabinets de consultants pour recruter des praticiens hospitaliers. Ces prestations se sont échelonnées de 2012 à 2015 pour un coût cumulé de 315 541 €. Aucune mise en concurrence avec les sociétés retenues n'a été mise en œuvre.

La chambre rappelle que l'établissement ne peut recourir à des consultations informelles et doit procéder à une publicité et une mise en concurrence. Elle prend acte de l'engagement pris par la directrice, dans sa réponse, de recourir, pour les prochains contrats, à des procédures formalisées quand les seuils seront atteints.

Tableau n° 17 – Les contrats passés avec des cabinets de recrutement de praticiens (en €)

Nom du cabinet de recrutement	2012	2013	2014	2015
Medediscis consult	-	13 156	26 356	
Moving people	-		130 679	42 350
MEDJOB consulting	10 000	50 000	33 000	10 000
Total	10 000	63 156	190 035	52 350

Source : centre hospitalier de Sambre-Avesnois.

IV - LA COMMANDE PUBLIQUE

A - L'organisation de la commande publique

L'organisation de la commande publique doit permettre de respecter les principes de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures. Elle doit également contribuer à maîtriser les dépenses engagées par l'établissement.

Le rôle du « département marchés » au sein de l'hôpital est d'assurer la sécurité juridique des appels d'offres et des marchés. Cinq acheteurs sont répartis au sein des directions du patrimoine, des investissements, de la logistique et des achats.

Aucune procédure d'évaluation des besoins n'a été formalisée en amont. Il n'existe pas de guide interne afférent à la commande publique.

L'établissement n'a pas totalement pris la mesure de l'intérêt stratégique de la fonction achat. Cette situation est accentuée par l'absence de gestion informatisée des marchés en cours de passation ou arrivant à échéance. La chambre recommande l'utilisation d'un outil informatisé de suivi permettant d'assurer une meilleure anticipation des marchés. Elle recommande également l'adoption d'un guide des procédures.

B - La passation des marchés

La chambre a procédé à une étude par échantillonnage de 32 marchés. Au cours de la période 2012 à 2016, le CHSA a conclu, toutes catégories confondues, environ 90 marchés.

Tous les types de procédures ont été contrôlés dans cette sélection (appels d'offres, procédures adaptées, marchés négociés) et toutes les catégories de marchés (prestations de services, fournitures et travaux).

1 - L'analyse des offres

Les modalités de choix des offres ne sont pas toujours présentées de façon précise et explicite. Certains tableaux intitulés « analyses des offres » se bornent à indiquer des notes chiffrées.

Ainsi, pour le marché à procédure adaptée « mission d'accompagnement et de préparation du CHSA à la certification des comptes », aucun rapport d'analyse des offres n'était présent dans le dossier. Or ce type de document permet à l'établissement de déterminer ses besoins et la façon dont sont comparées les offres.

Concernant un marché de fournitures de dispositifs médicaux de cardiologie rythmologie (2015), ce sont des tableaux avec des notes, sans explication littérale, qui sont censés expliciter le choix retenu.

Il en est de même pour le marché de fournitures de consommables informatiques, dont le dossier ne contient qu'un tableau comparatif des offres qui n'explique pas le choix effectué par le CHSA. Enfin, les marchés de travaux de sécurité dans le bâtiment principal en 2016, comprennent seulement un tableau intitulé « rapport d'analyse des offres », sans rapport écrit.

La chambre invite le centre hospitalier à rédiger systématiquement des rapports d'analyses des offres afin de garantir l'impartialité et la neutralité du choix des attributaires et lui rappelle que le respect de la transparence nécessite que l'établissement détaille et formalise les analyses des choix effectués.

2 - L'utilisation des critères de choix des offres

Si l'hôpital indique que « le critère technique est toujours prépondérant. Les pondérations les plus souvent utilisées sont 60 % pour le critère technique et 40 % pour le prix », il ne les définit pas toujours avec précision. Tel est le cas pour un marché de maintenance du parc d'endoscopes souples et rigides (2012) et pour le contrat de maintenance des équipements de radiologie (2012). Les candidats doivent pouvoir connaître les qualités des matériels qui seront appréciées, le poids respectif de chacune des pondérations, et de manière générale l'ensemble des éléments qui seront utilisés pour juger une offre.

S'agissant par exemple du marché des logiciels de gestionnaire de lits, le CHSA utilise des sous-critères au stade du jugement des offres sans qu'ils aient été communiqués aux candidats dans le règlement de la consultation. La chambre rappelle que lorsque des sous-critères sont utilisés, ils doivent être portés à la connaissance des candidats dans le règlement de la consultation ou dans l'avis d'appel public à la concurrence.

C - L'exécution des marchés

Deux marchés sur l'échantillon contrôlé ont donné lieu à des avenants qui sont venus bouleverser l'équilibre économique du contrat. Ainsi, le marché « mission d'accompagnement et de préparation du CHSA à la certification des comptes », comprenant une tranche ferme de 40 404,00 € TTC, deux tranches au forfait et une tranche conditionnelle à 39 000 € TTC, a fait l'objet d'un avenant intitulé « accompagnement à la direction financière » pour un montant de 127 437 €.

Si les marchés peuvent faire l'objet, en cours d'exécution, d'adaptations nécessaires, le marché ne saurait être étendu à une prestation non prévue initialement. Cet avenant aurait dû donner lieu à la passation d'un autre marché puisqu'il bouleverse l'économie du marché.

Un marché de fourniture de denrées alimentaires a également donné lieu à un avenant ; il s'agissait d'un appel d'offres européen passé en 2012 pour une durée de 25 mois, comprenant 82 lots pour un montant d'environ 3,6 M€ TTC. L'avenant prolonge le contrat de 25 mois pour environ 3,9 M€ TTC supplémentaires. Il aurait été préférable, dans ces conditions, que l'établissement passe un nouveau marché.

La chambre rappelle que les avenants doivent respecter l'équilibre économique du marché initial.

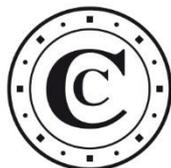
La chambre fait le constat que l'établissement n'établit pas systématiquement des rapports justifiant, sur le plan scientifique, technique, et économique, les choix réalisés. Elle l'engage fortement à mettre en œuvre de réelles analyses des offres afin de garantir l'égalité de traitement des candidats.

L'observation du circuit de la commande publique, alliée à l'insuffisance constatée des ressources techniques nécessaires, témoignent du fait que l'établissement n'a encore pas pris la mesure du caractère primordial de la fonction achat.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la directrice fait valoir que « l'établissement a pleinement conscience du manque de formalisation de l'ensemble des données concernant l'explication des choix et des critères dans les procédures de passation de marchés ». Elle indique que « pour l'ensemble des marchés en cours, le règlement de la consultation précise les critères et sous-critères utilisés pour l'analyse des offres » et qu'un rapport argumenté explique les choix réalisés. Elle signale qu'au plus tard le 1^{er} janvier 2018, la passation des marchés sera assurée par le centre hospitalier de Valenciennes, établissement support des 12 centres hospitaliers du Hainaut Cambrésis.

*

* *



Réponse au rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER DE SAMBRE-AVESNOIS

(Département du Nord)

Exercices 2010 et suivants

Ordonnateurs en fonctions pour la période examinée :

- M. Henri Mennequier : pas de réponse.
- M. Serge Siméon : pas de réponse.
- Mme Marie-Pierre Bongiovanni-Vergez : réponse de 2 pages.

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