

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CLINIQUE SAINTE-MARIE DE CHÂTEAUBRIANT (Département de Loire-Atlantique)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 19 mai 2022.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 LA GOUVERNANCE	6
1.1 Une clinique du groupe Vivalto Santé	6
1.1.1 Le groupe Vivalto Santé	6
1.1.2 La société de la clinique Sainte-Marie.....	6
1.2 Le cadre stratégique : le projet d'établissement.....	7
1.3 Le cadre général de la coopération avec le centre hospitalier.....	7
1.3.1 Le Pôle Choisel résulte de l'accord-cadre de 1998 qui répartit les activités de soins	7
1.3.2 Les conventions d'application ont pour effet l'imbrication de l'activité quotidienne des établissements.....	10
1.3.3 Le projet médical commun doit être réactivé comme socle partagé de cette imbrication.....	13
1.3.4 La soutenabilité d'une offre de soins par deux établissements distincts nécessite un renforcement de leur coopération	14
2 L'ACTIVITÉ	16
2.1 Le territoire de santé	16
2.2 Les autorisations d'activité, la certification HAS et la capacité	18
2.3 Les parts de marché et la zone d'attractivité.....	19
2.4 Le développement de la chirurgie ambulatoire.....	20
2.5 L'activité MCO comparée du CH CNP et de la CSM	21
2.6 Approche globale de l'activité du CH et de la CSM	23
2.6.1 Approche globale de l'activité du CH CNP.....	25
2.6.2 Approche globale de l'activité de la CSM.....	26
2.7 Un accroissement de l'activité propre du CH CNP et de la CSM	28
2.7.1 Une hausse générale du volume des CMD du CH.....	28
2.7.2 Une concentration du volume de la clinique sur trois CMD de chirurgie	30
2.8 Une érosion des GHM communs au CH CNP et à la CSM.....	32
2.8.1 L'évolution des GHM communs de médecine	33
2.8.2 L'évolution des GHM communs de chirurgie	35
2.9 La gravité des cas est une cause mineure de ces évolutions	36
2.9.1 La gravité des séjours pour l'activité propre	36
2.9.2 La gravité des séjours pour l'activité commune	38
2.10 L'établissement public ne souffre pas financièrement du rapprochement de l'établissement privé	39
2.10.1 L'activité et les recettes tarifaires de la CSM	39
2.10.2 L'activité et les recettes tarifaires du CH CNP	40
2.10.3 L'activité et les recettes tarifaires comparées du CH CNP et de la CSM.....	42

3 LA SITUATION FINANCIÈRE.....	46
--------------------------------	----

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Pays de la Loire a procédé au contrôle des comptes et de la gestion de la clinique Sainte-Marie de Châteaubriant à compter de l'exercice 2016.

La clinique Sainte-Marie, qui fait partie depuis 2012 du groupe de santé Vivalto, est située sur le Pôle santé de Choisel, à l'issue d'un regroupement avec le centre hospitalier de Châteaubriant décidé sous l'égide du régulateur régional de l'offre de soins en 1998 et réalisé en 2006. Sur la base d'un accord-cadre entre les deux établissements, l'activité a été répartie entre eux : tandis que le centre hospitalier a conservé les urgences et l'obstétrique, qu'il réalisait déjà exclusivement, l'activité de chirurgie a été attribuée à la seule clinique et l'activité de médecine au seul centre hospitalier.

Une répartition des activités complexe

Les multiples conventions conclues entre les deux établissements pour régir leurs relations, dans le domaine du soin comme dans celui de la logistique, montre que cette répartition stricte est plus complexe en réalité : les chirurgiens de la cliniques peuvent, voire doivent lorsqu'ils agissent dans le cadre de la permanence des soins, intervenir ponctuellement au centre hospitalier, notamment au bénéfice des urgences ou de l'obstétrique ; le centre hospitalier utilise le plateau technique de la clinique mais peut également mettre à la disposition de celle-ci son personnel non médical spécialisé.

Le cadre juridique de cette coopération médicale devra être actualisé : les droits et obligations conférés par ces conventions à chaque établissement, notamment les clauses financières, n'ont que très rarement été mis à jour. La fiabilité des refacturations causées par les interventions croisées des praticiens dans chaque établissement doit être améliorée.

La répartition globale de l'activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) décidée dans l'accord-cadre de 1998 a été respectée. La spécialisation des établissements continue d'ailleurs de croître. Toutefois, les deux établissements partagent encore une partie de leur activité en médecine et chirurgie et, paradoxalement, une partie de ces activités communes augmente régulièrement, sans que cela permette de caractériser une réelle situation de concurrence entre les établissements.

Une situation financière problématique

Le fonctionnement statutaire de la société par actions simplifiée qui gère l'activité lucrative de l'établissement est régulier et cette activité est encadré par un projet d'établissement solide. En revanche, la situation financière de la clinique Sainte-Marie est très problématique : si elle ne bénéficiait pas de l'apport en compte courant du groupe Vivalto, elle serait en cessation de paiement. Cette situation structurelle doit être prise en compte par ses partenaires publics et le régulateur de l'offre de soins, au regard du volume d'activité réalisé sur le territoire.

La soutenabilité de la coopération avec le centre hospitalier de Châteaubriant est donc fortement contrainte par la recherche d'une solution pérenne à ce déséquilibre financier qui illustre la difficulté de maintenir une offre de soins MCO privée rentable sur un territoire isolé et présentant de nombreuses caractéristiques défavorables.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Mettre à jour les conventions d'application de l'accord-cadre entre la clinique et le centre hospitalier.

Recommandation n° 2 : Élaborer un projet médical commun entre la clinique et le centre hospitalier.

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion de la Clinique Sainte-Marie (CSM) de Châteaubriant, à compter de l'exercice 2016, a été inscrit au programme des travaux de la chambre régionale des comptes Pays de la Loire pour l'année 2021. Il s'inscrit dans une enquête commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes, relative à la concurrence et à la complémentarité entre établissements de santé publics et privés.

La CSM est un établissement de santé privé lucratif entièrement dédié à l'activité chirurgicale grâce à un bloc opératoire de 9 salles, 31 lits et 23 places de chirurgie, la présence de 27 chirurgiens en 2018 et 72 salariés.

La chambre avait délibéré son rapport d'observations provisoires le 1^{er} février 2022, notifié le 25 février 2022 au président de la clinique (accusé de réception du 1^{er} mars), à la directrice déléguée (accusé de réception du 2 mars) et à l'ancien directeur général (accusé de réception du 27 mars). Le président a adressé une réponse le 2 mai 2022, enregistrée le 4 mai au greffe de la chambre. Le rapport d'observations définitives a été délibéré par la chambre le 19 mai 2022.

Du fait de l'enquête commune, le contrôle a été mené conjointement avec celui du centre hospitalier (CH) de Châteaubriant-Nozay-Pouancé (CH CNP), localisé sur le même site du Pôle Choisel. En conséquence, une partie des observations sont communes à ces deux établissements et la réponse apportée aux observations provisoires de la chambre par le représentant légal de l'un a pu être utilisé dans le rapport relatif à l'autre, lorsqu'elle portait sur ces observations communes. Le présent rapport d'observations définitives a été délibéré par la chambre le 19 mai 2022.

1 LA GOUVERNANCE

1.1 Une clinique du groupe Vivalto Santé

1.1.1 Le groupe Vivalto Santé

La clinique Sainte-Marie, créée en 1968 sous la forme d'une société anonyme, est constituée depuis avril 2004 sous la forme d'une société par actions simplifiée (SAS) à associé unique (SASU), inscrite au RCS de Nantes sous le n° 868 800 996 (SIREN). Elle est intégrée depuis 2012 au Groupe Vivalto Santé, créé en 2009, qui regroupe 41 établissements de santé et est organisé en directions de territoire. La clinique Sainte-Marie relève des deux territoires bretons (Est et Ouest) et non du territoire Pays de la Loire, en raison de l'ancienneté de son acquisition. Le directeur du territoire de groupe est le président commun à la société de la Clinique Sainte-Marie et à la société de l'établissement de santé principal : le CH Saint-Grégoire, situé en banlieue rennaise.

1.1.2 La société de la clinique Sainte-Marie

La clinique Sainte-Marie est juridiquement une SASU qui a pour objet social l'exploitation d'un fonds de commerce de clinique privée et dont l'unique associé était Vivalto Santé SAS jusqu'en 2020. À cette date, Vivalto Santé Investissement et Vivalto Santé SAS ont fusionné au bénéfice de la première, qui est devenue l'unique actionnaire et associé de la SASU. Son capital social est constitué de 16 448 actions d'une valeur unitaire de 15,25 €, soit un montant total de 250 832 €, conformément à l'article 7 des statuts. La clinique est donc un établissement de santé à but lucratif.

Durant la période, la direction a évolué pour mieux tenir compte du rapprochement de la clinique et du groupe Vivalto : alors que le président et le directeur général étaient propres à la clinique jusqu'en juin 2017, le directeur général, devenu président du CH Saint-Grégoire, devient à cette date seul président, sans directeur général, ce qui était conforme aux statuts (articles 12 et 13). En juin 2018, c'est la société Vivalto Santé Investissement, représentée par l'ancien président, qui devient président pour la durée du mandat restant à courir. En juin 2020, l'associé unique décide de renouveler pour trois ans le mandat de l'ancien président, nommément désigné à nouveau, un directeur général étant recruté en octobre 2019.

Aucune convention règlementée n'a été conclue sous la période et n'a donc été présentée à l'approbation de l'associé unique.

La clinique dispose de deux cadres principaux : le directeur général et de son attachée de direction. Le premier supervise les services supports tandis que la seconde supervise les services médicaux et la facturation.

1.2 Le cadre stratégique : le projet d'établissement

Le groupe Vivalto dispose de projets médicaux de territoires pour décliner la stratégie du groupe. La CSM dispose néanmoins de son propre projet d'établissement, dont celui en cours est récent (2019-2024), même si elle n'était pas soumise à l'obligation d'en disposer. Ce projet d'établissement, élaboré sur la base d'une méthode collaborative qu'il décrit (réalisation d'une étude préalable pour chacune des sept filières d'activité¹ de la CSM, échanges puis définition du projet).

Le projet d'établissement est d'abord décliné par filière et s'appuie sur un état des lieux détaillé à propos des praticiens, de l'activité, des parts de marché et du parcours de soin. Sur cette base, un bilan est formalisé et des axes stratégiques définis, avec un plan d'actions et des indicateurs. Dans un second temps, des orientations stratégiques générales, toujours avec plan d'actions et indicateurs, sont déterminées. La première action de la première orientation est de « *consolider le partenariat avec les urgences du CH* ».

Si le projet d'établissement ne cherche pas en première intention à s'inscrire dans le schéma régional de santé mais dans la stratégie du groupe, il comporte essentiellement un projet médical documenté et solide.

1.3 Le cadre général de la coopération avec le centre hospitalier

1.3.1 Le Pôle Choisel résulte de l'accord-cadre de 1998 qui répartit les activités de soins

Le site géographique de Choisel regroupe depuis 2006, sur un même lieu : le CH CNP, la CSM et un laboratoire d'analyse biomédicale privé. Il existait aussi auparavant une société privée d'imagerie médicale.

¹ Filières : digestif, urologie, orthopédie, vasculaire, ophtalmologie, ORL stomatologie, dermatologie

Schéma n° 1 : Le Pôle Choisel



Source : CH CNP

La coopération entre le centre hospitalier de Châteaubriant et la clinique Sainte-Marie est ancienne : son origine, bien antérieure à la période au contrôle, date de la fin des années 1990. Au regard de l'enquête précitée des juridictions financières, il est apparu nécessaire de rappeler à ce stade du présent rapport le cadre général dans lequel cette coopération intervient.

La clinique Sainte-Marie était auparavant en un autre lieu de Châteaubriant². Le regroupement de différents établissements de santé sur un site unique a été l'un des axes de la stratégie de l'offre de soins en Pays de la Loire menée par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), qui s'est traduit aux Sables d'Olonne (CH Côte de Lumière et Clinique chirurgicale Porte Océane), à Fontenay-le-Comte (CH et Clinique Sud Vendée), à Saumur (CH et Clinique chirurgicale de la Loire) et à Saint-Nazaire (Cité sanitaire regroupant le CH et la Clinique Mutualiste de l'Estuaire). Existente aussi des regroupements privé-privé : le Pôle Santé Sud au Mans, le Village Santé Angers Loire à Angers. Les objectifs de ces rapprochements sont les mêmes : améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des soins dans certains territoires.

La clinique Sainte-Marie a transféré son activité au Pôle Choisei à compter de 2006, sachant que la décision de l'y transférer et le cadre de la coopération avec le CH, qui s'y trouvait déjà, sont antérieurs. Le cadre de la coopération entre la clinique et le CH est constitué de trois ensembles conventionnels : un accord-cadre, un projet médical commun et de nombreuses conventions particulières d'application.

² 8 rue du prieuré de Béré, et non rue de Verdun (Pôle Choisel), 1 km plus au Nord-Est.

L'accord-cadre a été signé le 30 juillet 1998 entre l'ARH, le CH, la CSM et la société de radiologie qui exerçait à l'époque et jusqu'en 2018³. Il organisait la répartition des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) au motif que le territoire était un « *isolat géographique* » qui ne pouvait voir la qualité de son offre de soins remise en cause en raison d'une « *population significative* ». Cet accord-cadre fixait quatre objectifs : prévoir un programme d'actions ; garantir à la population une offre de soins sûre et de qualité, aussi complète que possible ; éviter les redondances entre les deux établissements ; instaurer une collaboration avec les médecins libéraux.

L'économie générale de la coopération ainsi instituée reposait sur deux principes : le respect de l'autonomie des personnes juridiques et le partage des activités hospitalières (MCO court séjour) entre les établissements. Ce partage était fixé ainsi à l'article 1^{er} : le centre hospitalier devenait le seul établissement exerçant les activités de médecine, d'urgence, et de gynécologie-obstétrique, tandis que la clinique avait le monopole de la chirurgie, sur la base d'une concession de service public permettant de garantir la permanence des soins (article 3). En outre, la clinique devait contribuer au fonctionnement de l'urgence via un contrat relais et l'activité d'anesthésie était spécifiquement organisée : les médecins libéraux devaient exercer à la CSM, étant donné son exclusivité en chirurgie, mais une participation de leur part à l'activité obstétrique du CH était prévue, sur la base d'un cahier des charges, tandis que les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) du CH devaient participer à l'activité libérale de la clinique. Enfin, l'imagerie médicale était confiée à une société privée (article 4).

C'est encore selon cette répartition et ces principes que fonctionne le Pôle Choisel aujourd'hui, à l'exception de l'imagerie médicale qui a été internalisée récemment au CH. L'accord-cadre de 1998 demeure la convention de référence et tant ses motifs que ses objectifs généraux demeurent valables.

L'accord-cadre fixait également des objectifs en matière capacitaire : tous les lits de chirurgie devaient être situés à la clinique, avec une baisse globale (90 alors qu'il y en avait 50 au CH et 78 à la CSM) ; tous les lits de médecine, d'obstétrique et de pédiatrie demeuraient au CH (il n'y en avait aucun à la CSM) ; les lits d'oncologie devaient être transférés de la CSM au CH, qui n'en avait aucun.

L'accord-cadre de 1998 prévoyait explicitement le déménagement de la clinique pour regrouper sur un seul site l'activité MCO (article 2). La CSM a été accueillie effectivement au Pôle Choisel en 2006, sur la base d'un bail emphytéotique de 50 ans concédé par le CH à la CSM et conclu le 17 décembre 2003, dont la durée (portée à 75 ans) et le loyer ont été augmentés par avenant en novembre 2011. Le regroupement sur site unique n'a pas été uniquement à la charge de la CSM : les anciens bâtiments et terrains de la CSM (plus de 8 200 m²) ont été vendus au CH CNP en décembre 2005 pour 1,8 M€ ; le CH a dû en payer la garde (130 000 € annuels selon l'avis de cession) jusqu'à sa très prochaine vente pour 1 M€ ; le CH a dû, selon les dires de son ancien ordonnateur, investir lui-même pour reconfigurer ses locaux afin de les rendre apte à accueillir la clinique en continuité de bâti.

³ La SCI Saint-Jean-de-Béré

Enfin, l'accord-cadre fixait des moyens pour réaliser ces objectifs : un projet médical commun (article 1.2), un comité d'orientation et un comité de suivi mensuel (article 5). Le « *projet médical commun aux deux établissements* », qui figure à l'annexe 1 de l'accord-cadre reprenait le principe de répartition en le précisant sur certains points. Une organisation en sept pôles d'activités⁴ répartis entre le CH et la clinique était prévue. Le projet médical indiquait que le contrat relai pour le service des urgences ne porterait que sur les spécialités chirurgicales et l'anesthésie, et que des conventions devaient être conclues entre le CH et la CSM pour le suivi des patients et l'intervention des praticiens hospitaliers du CH à la CSM. En réalité, les 30 pages de ce premier projet médical commun s'attachent à décrire les capacités existantes pour chacun des sept pôles, à faire le point sur la coopération déjà existante entre les deux établissements et à dessiner brièvement les « *conséquences organisationnelles et structurelles* » du rapprochement.

Le contrat de concession de service public hospitalier et le contrat relai ont été signés entre l'ARH et la CSM en décembre 1998, et sont régulièrement reconduits depuis lors.

1.3.2 Les conventions d'application ont pour effet l'imbrication de l'activité quotidienne des établissements

Sur le fondement de l'accord-cadre et du projet médical commun, 16 conventions ont été conclues, dans deux grands domaines : les soins proprement dits et la logistique non sanitaire.

Dans le domaine des soins, les conventions portent sur le fonctionnement du plateau technique et sur les interventions des praticiens. Pour le plateau technique, deux conventions de 2007 organisent la mise à disposition au bénéfice du CH de certains locaux du bloc opératoire (4 salles d'opération et une salle logistique) et la fourniture de petits matériels pour ces salles. Une convention de 2006 avait organisé la charge de stérilisation des matériels et dispositifs médicaux utilisables. Deux conventions plus récentes permettent l'attribution à la CSM de poches de sang conservées aux urgences du CH en cas d'urgence vitale (2019) et la mise à disposition de la CSM d'infirmiers du CH (infirmiers anesthésistes diplômés d'État, IADE, et infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État, IBODE) à compter de février 2021. Pour les praticiens, une convention de 2009, pour les chirurgiens orthopédiques, puis de 2019, pour les chirurgiens viscéraux, organisent l'intervention des chirurgiens de la CSM au soutien de l'activité du CH, soit dans le cas d'une permanence des urgences, soit pour des consultations ponctuelles pour avis dans les autres services. Une convention de 2014 organise la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) en nuit profonde en anesthésie, pour les activités de chirurgie et d'obstétrique. Enfin, une convention a été conclue en 2021 pour l'usage de l'unité de soins critiques de 6 lits située aux urgences du CH mais qui a été ouverte en commun.

⁴ Chirurgie, imagerie, anesthésie, urgences et médecine, mère-enfant, SSR, long séjour et maison de retraite

Dans le domaine logistique, des conventions distinctes, s'échelonnant de 2007 à 2017, régissent le fonctionnement de l'accueil commun du bâtiment et des prestations communes servies aux patients (téléphone, télévision, point de vente, etc.), l'utilisation des parkings et des services communs relatifs aux parties extérieures, l'équipe de sécurité commune, la mutualisation de la machine à affranchir, les prestations de restauration et l'utilisation du restaurant commun et la mise à disposition par le CH d'une assistance sociale.

Un premier constat s'impose : la répartition apparemment simple entre l'activité « M » au CH et l'activité « C » à la clinique implique en réalité, en raison du regroupement sur un site unique et des besoins en personnels et en matériels générés principalement par les urgences et l'obstétrique attribués au CH, une imbrication au quotidien des activités et des ressources dont la moindre mise en commun exige, au nom du principe premier de respect de l'autonomie des personnes morales, une organisation juridique très précise par convention.

La pratique conventionnelle continue entre le CH et la CSM depuis 1998 indique que les deux établissements en ont une claire conscience. C'est en revanche moins le cas pour l'exigence de suivi et de respect de ces modalités fixées par convention.

C'est, parfois, la convention initiale elle-même qui est problématique, pour de rares cas il est vrai. Ainsi, alors que la convention de 2009 relative à l'intervention des chirurgiens orthopédiques a été conclue entre le CH et les trois chirurgiens libéraux nommément désignés, un quatrième étant devenu partie en 2012 par voie d'avenant, ce n'est pas le cas de la convention de 2019 relative à l'intervention des chirurgies viscéraux, conclue entre le CH et « *les praticiens viscéraux de la CSM* » en général, sans qu'aucun d'entre eux ne signent l'acte. Seul le président de la CME a signé « *pour les chirurgiens viscéraux* ». En l'absence de tout mandat explicite préalable des chirurgiens au président de la CME, dont il aurait dû être fait mention⁵, et de l'absence de toute disposition légale instituant le président de la CME représentant des praticiens de l'établissement dans leurs actes de la vie civile, l'effet relatif des conventions (article 1199 du code civil) rend très problématique l'application de la convention à tous les chirurgiens viscéraux exerçant à la clinique.

C'est parfois la continuité de l'application de ces conventions qui pose problème. La convention du 30 septembre 2007 relative à la mise à disposition du CH de locaux au bloc opératoire de la CSM « *prendra effet à compter du 12 février 2006* » selon son article 7, qui stipule que « *sa durée initiale se termine au 31 décembre 2015 ; cette durée est incompressible. Elle sera ensuite renouvelée par reconduction expresse de dix ans* ». Or aucun renouvellement exprès pour la période à compter du 1^{er} janvier 2016 n'a pu être produit à la chambre. Il en va de même pour d'autres conventions : celle du 5 octobre 2007 relatives aux fournitures du bloc opératoire et celle du 1^{er} janvier 2012 relative à la prestation de restauration.

Cette problématique juridique de l'applicabilité dans le temps des stipulations conventionnelles a des conséquences concrètes. Alors que l'existence de rares avenants (restauration ou accueil commun) donnent à penser que les établissements étaient conscients de leur nécessité, aucun avenant n'a actualisé le contenu de nombreuses autres obligations mises à leur charge, tant matériellement que financièrement.

⁵ Le mandat ne se présume pas selon le code civil (cf. Cass. Com., 14 novembre 1977, n° 76-11.431).

Ainsi, la convention relative à la mise à disposition du CH de locaux au bloc opératoire de la CSM comporte des mentions qui non seulement renseignent sur les caractéristiques techniques des locaux (surface, localisation) mais encore obligent la clinique à fournir un matériel précis avec la salle. Or, si la mention d'un « bras d'anesthésie » ne pose aucune difficulté, telle n'est pas le cas de celle prévoyant un « éclairage Maquet ECL 951 » ou « ECL 701 », qui prévalait à l'époque de sa conclusion mais n'a plus aujourd'hui de portée réelle. De même, l'annexe II à la convention de 2007 relative à l'accueil commun (article 3.2) prévoit des « bouquets de chaînes de télévision » offerts, avec tarifs précisés, qui n'ont fait l'objet d'aucune mise à jour depuis lors. La liste des interventions au bloc est, de même, obsolète.

C'est surtout d'un point de vue financier que l'absence quasi-systématique d'avenants pose problème. La plupart des conventions déterminent en effet, après la répartition des charges entre les deux établissements, les modalités de leur remboursement par l'autre partie. Or ces modalités sont, le plus souvent, forfaitaires, selon un tarif indiqué dans la convention, et aucun avenant modificatif de ces tarifs, à de très rares exception près, n'a pu être produit à la chambre. Les directeurs ont confirmé leur absence, alors même que ces tarifs portent, la plupart du temps, sur des prestations ou des matériels dont les coûts ont évolué. La convention relative aux prestations fournies par la clinique au CH au bloc opératoire liste ainsi dans de nombreuses annexes les forfaits applicables à chaque consommable, sans aucune révision depuis 2007.

Deux conventions illustrent plus particulièrement cette difficulté. Alors même que la convention de 2012 relative aux prestations de restauration prévoit dans son article 6 que le « *prix forfaitaire des repas est fixé par avenant annuel* » et qu'un avenant n° 1 existe pour l'année 2012, aucun avenant ultérieur n'a pu être produit. Les directeurs ont confirmé durant l'instruction que les remboursements de la CSM suivent, depuis, l'évolution des tarifs décidée unilatéralement par le CH.

La convention du 1^{er} mars 2010 sur le fonctionnement de l'équipe de sécurité du Pôle Choisel prévoit en son article 5 un financement à deux niveaux : en premier lieu, la rémunération des agents dont la sécurité incendie n'est qu'une partie de l'activité est assurée par chaque établissement employeur alors que le CH rémunère seul les agents affectés exclusivement sur cette fonction ; en second lieu, l'ensemble des charges financières est réparti ainsi : 73,9 % pour le CH CNP et 26,10 % pour la CSM. Aucune explication à cette clef de répartition si fine ne peut se trouver, sinon qu'elle semble avoir été dictée par l'effet d'une dernière clause financière : le financement sera réparti « *déduction faite des crédits de fonctionnement attribués au CH par l'ARS* ». Or jusqu'en 2017, ces crédits finançaient la totalité des coûts de l'équipe de sécurité. À partir de cette date, ils ont diminué puis ont disparu en 2019, ce qui a conduit à mettre en place la refacturation prévue à la convention, sans que la réalité et surtout le niveau des coûts refacturés puissent être contrôlés par l'autre établissement. Pour les autres conventions examinées il en va de même : les pièces justificatives de la dépense, du côté de l'établissement, ne permettent pas de s'assurer des causes (quotité, taux) de la liquidation.

La réunion régulière et systématique des organes de suivi institués par l'accord-cadre aurait possiblement permis d'éviter ces difficultés. Or il semble que leur réunion a très rapidement été abandonnée ; elle ne peut en tout état de cause, être retracée de mémoire par les ordonnateurs successifs. Pour autant, la coopération au quotidien paraît avoir bénéficié des excellentes relations informelles, et régulières, entre les directions des deux établissements. L'actualisation des diverses conventions d'application de l'accord-cadre de 1998 n'en demeure pas moins une nécessité juridique et financière. À cet égard, tant le directeur général du CH que le président de la CSM ont indiqué dans leurs réponses que, suite aux observations provisoires de la chambre, un plan prioritaire de mise à jour des conventions a été engagé entre les deux établissements. Le directeur général du CH ajoute que le plan, qui prend en compte « *l'évolution des prestations et des coûts* », se réalise en deux phases. Dans la première, « *deux conventions ont fait l'objet d'un avenant de reconduction expresse d'un an jusqu'au 31/08/2022 afin de régulariser la situation juridique (...) et permettre de régulariser les facturations. Les 2 avenants ont été régularisés début Avril 2022. Dans un second temps, un groupe de travail ad hoc sera mis en place à compter du mois de mai 2022 afin de mettre à jour les modalités et le contenu de l'ensemble des conventions* », sur la base notamment des observations de la chambre. Le président de la CSM indique en outre que le plan, à échéance 2023, comporte « *la création de certaines conventions manquantes* ».

Recommandation n° 1 : Mettre à jour les conventions d'application de l'accord-cadre entre la clinique et le centre hospitalier.

1.3.3 Le projet médical commun doit être réactivé comme socle partagé de cette imbrication

Cette absence de suivi institutionnel du cadre de la coopération entre le CH et la CSM a eu, avant le rapport d'observations provisoires de la chambre, un autre effet dommageable : alors que l'accord-cadre de 1998 faisait du « *projet médical commun castelbriantais* » le socle de cette coopération, déclinant ses modalités et les adaptant le cas échéant (l'article 1.2 parle de projet « *évolutif* »), il n'existe plus aucun projet médical commun depuis une date indéterminée⁶. Le projet d'établissement du CH en cours s'est proposé comme objectif de « *réactualiser le projet médical avec la Clinique Sainte Marie dans le cadre du renouvellement de ses engagements de service public* » (axe n° 3) mais la crise sanitaire en a repoussé l'échéance. Cette crise a d'ailleurs été l'occasion d'un renforcement institutionnel de la coopération car, étant donné l'existence d'un accueil unique impacté par les protocoles sanitaires, un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHST) commun a été mis en place et un comité de direction commun se réunit désormais tous les mois. De plus, l'ouverture en mars 2021 d'une unité de soins continus, placée aux urgences du CH mais partagée entre les deux établissements, a été une occasion de renforcer les échanges entre professionnels sur les parcours de prise en charge.

⁶ La convention de 204 organisant la PDSES en anesthésie mentionne dans son article 2 l'existence d'un « *nouveau projet médical commun du Pôle Santé de Choisel de 2013* ».

La réalisation de cet objectif apparaît très opportune, d'autant plus que les projets d'établissement des deux entités ne coïncident en effet pas temporairement (2018-2022 pour le projet du CH CNP et 2019-2024 pour celui de la CSM). Cette opportunité est bien perçue tant par le CH CNP que par la CSM, comme leurs réponses aux observations provisoires l'attestent.

Recommandation n° 2 : Élaborer un projet médical commun entre la clinique et le centre hospitalier.

1.3.4 La soutenabilité d'une offre de soins par deux établissements distincts nécessite un renforcement de leur coopération

L'article 2.3 de l'accord-cadre de 1998, qui exprime la « volonté commune » des deux établissements « de recherche, de coopération et de concertation dans tous les domaines médicaux et logistiques », entendait réserver « la possibilité de constituer toute structure juridique de coopération interhospitalière, Groupement de Coopération Sanitaire ou autre, qui pourrait s'avérer appropriée ». Cette réserve n'a pas trouvé d'application : aucune structure juridique commune n'a été créée. Au-delà des échanges informels, seuls l'accord-cadre et ses conventions d'application formalisent aujourd'hui la coopération de ces personnes morales distinctes.

Toutefois, en raison tout particulièrement de la situation financière très dégradée de la clinique, mais aussi de l'imbrication de l'activité et de ses contraintes tarifaires, ainsi que des caractéristiques du territoire de santé, les deux établissements de santé ont amorcé fin 2018 des négociations en vue d'un rapprochement institutionnel. Un cabinet d'audit a été missionné pour réaliser une étude des diverses possibilités « *d'intégration* » de la clinique au sein du CH.

Les deux établissements constatent en effet à la fois des besoins locaux importants en santé mais aussi « *un bassin de Châteaubriant économiquement insuffisant pour plusieurs opérateurs, même réunis sur un même site* ». Trois options ont été expertisées : la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens (articles L. 6133-1 à L. 6133-5 du code de la santé publique) ; la création d'un GCS dit « établissement de santé » (articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique) ; la reprise en directe de l'activité de la CSM par le CH CNP. L'option privilégiée, au moins en tant que phase transitoire, était la seconde : un GCS établissement de santé de droit privé, composé du CH et de la clinique maintenue au sein du groupe Vivalto, qui ne conserverait que la propriété du bâti et verrait son autorisation d'activité transférée au GCS. C'est surtout l'application de la tarification MCO publique à l'activité chirurgicale qui était recherchée, ce qui est possible si les praticiens deviennent salariés du GCS (et en réintégrant d'autres charges, par exemple la taxe sur les salaires) mais exige une décision en opportunité du directeur de l'ARS (article L. 6133 8 du code de la santé publique). La reprise totale de l'activité en direct par le CH, à moyen terme, est l'objectif final, car le constat est celui d'un établissement de santé non rentable en l'absence de perception de la tarification publique.

L'étude ne précise pas les causes de l'échec des premières négociations. Deux difficultés majeures subsistent en effet, nonobstant celles exposées par l'étude (transfert éventuel des contrats du personnel non médical ; maintien de deux structures distinctes, voire trois).

En premier lieu, seul un centre hospitalier universitaire (CHU) peut, en l'état actuel du droit, légalement disposer d'une filiale de droit privé (articles L. 6145-7 et R 6145-74 du code de la santé publique). Le CH CNP ne peut donc envisager que la reprise d'activité, laquelle a des conséquences sociales importantes : *« les dispositions de l'article L. 1224-3 du code du travail ne permettent pas à la personne publique de proposer aux intéressés une rémunération inférieure à celle dont ils bénéficiaient auparavant au seul motif que celle-ci dépasserait, à niveaux de responsabilité et de qualification équivalents, celle des agents en fonction dans l'organisme d'accueil à la date du transfert ; qu'en revanche, elles font obstacle à ce que soient reprises, dans le contrat de droit public proposé au salarié transféré, des clauses impliquant une rémunération dont le niveau, même corrigé de l'ancienneté, excéderait manifestement celui que prévoient les règles générales que la personne publique a, le cas échéant, fixées pour la rémunération de ses agents non titulaires »* (CAA Nantes, 18 mai 2018, Mme E., n° 16NT03080), ce qui peut entraîner le licenciement des anciens salariés en cas de refus (Cass. Soc., 27 mai 2015, n° 14-11.566).

En second lieu, l'objectif final d'un tel transfert d'activité à un organisme public, et non plus privé, a des conséquences sur les contrats d'exercice libéraux conclus entre la clinique et ses praticiens : elle constituerait un motif de rupture justifiant la mise en œuvre des clauses d'indemnisation dont le montant total excéderait la capacité financière du CH.

Malgré l'échec en 2019 de ces négociations, de nouvelles négociations se sont ouvertes début 2022. Lors d'une première réunion tenue le 23 février 2022 entre les directeurs généraux de l'ARS, du groupe privé auquel appartient la clinique et du CHU de Nantes, et du directeur du CH CNP, la question du maintien de l'activité chirurgicale dans le cadre d'une clinique privée aurait été débattue selon la réponse du directeur du CH CNP. Dans ce cadre, la création d'un GCS pourrait être le moyen d'institutionnaliser le suivi de la coopération entre les deux établissements, sur la base d'un projet médical commun.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

La gouvernance de la clinique Sainte-Marie de Châteaubriant n'appelle pas d'observations critiques : le fonctionnement statutaire de la société par actions simplifiée qui gère l'activité lucrative de l'établissement est régulier et cette activité est encadré par un projet d'établissement.

En revanche, le cadre général de la coopération avec le centre hospitalier de Châteaubriant appelle un effort rapide et global d'actualisation, qui trouverait opportunément à se fonder sur la définition d'un projet médical commun aux deux établissements.

2 L'ACTIVITÉ

Les données de l'activité et médico-économiques présentées ci-après sont extraites d'Ovalide et de ScanSanté essentiellement. Elles ont été transmises pour validation à la clinique, qui n'a fait aucun commentaire. Le présent rapport traite surtout de l'activité « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique), afin de pouvoir comparer l'activité de la clinique avec celle du centre hospitalier.

La clinique privée Sainte Marie détient une concession de Service Public Hospitalier de Chirurgie. L'offre chirurgicale du Pôle Choisel est donc principalement proposée par la clinique Sainte Marie : chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale et bariatrique (chirurgie de l'obésité), chirurgie ophtalmologique, chirurgie de l'hépatogastro-entérologie, chirurgie urologique, chirurgie ORL, chirurgie dentaire, chirurgie vasculaire, département d'anesthésie réanimation.

2.1 Le territoire de santé

Un panier d'indicateurs socio-sanitaires territoriaux (PISSTER) tenu par l'observatoire régional de la santé (ORS) permet d'établir les caractéristiques du territoire de santé (données 2019). L'ARS Pays de la Loire a défini 28 territoires d'animation correspondant à des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ou des groupes d'EPCI. L'analyse peut aller, au sein de ces territoires d'animation, sur le territoire de chaque EPCI regroupé.

La communauté de communes Châteaubriant-Derval est un territoire qui se situe globalement dans la moyenne régionale et nationale pour la démographie et l'environnement social. S'agissant de la démographie, les différences les plus importantes concernent les familles nombreuses (27 %, loin des 18 % de la moyenne nationale) et la population des 6-17 ans (17 %, soit 2 points de plus que la moyenne nationale et 2 points de moins que le taux le plus élevé parmi les 71 EPCI de la région Pays de la Loire en 2019). La population âgée n'y est pas plus importante et l'indice de vieillissement (rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et plus et celui de moins de 20 ans) est dans la moyenne régionale (0,72) et inférieure à la moyenne nationale (0,74). S'agissant de l'environnement social, le territoire est marqué par un fort taux d'activité des jeunes (18-24 ans : 73 %, la moyenne nationale étant à 57 %) mais avec un niveau de formation des actifs tous âges confondus peu élevé et très peu de cadres (6 %, contrairement aux 13 % de la région et 15 % national).

C'est par ailleurs un territoire où le niveau de vie est moins élevé que les moyennes départementale et nationale, et dont l'état de santé de la population présente de nombreuses situations significativement moins favorable que la moyenne nationale : hospitalisation en court séjour (notamment les jeunes), maladies cardiovasculaires (indice 111 pour un indice national de référence de 100, les indices des EPCI régionaux allant de 82 à 116), troubles mentaux et du comportement (indice 107), mortalité par suicide (indice 159). L'offre de soins y est inférieure à la moyenne nationale, aussi bien en médecins généralistes libéraux (61 pour 100 000 habitants, la moyenne nationale étant à 88) qu'en chirurgiens-dentistes libéraux (40/100 000 hab. contre 59).

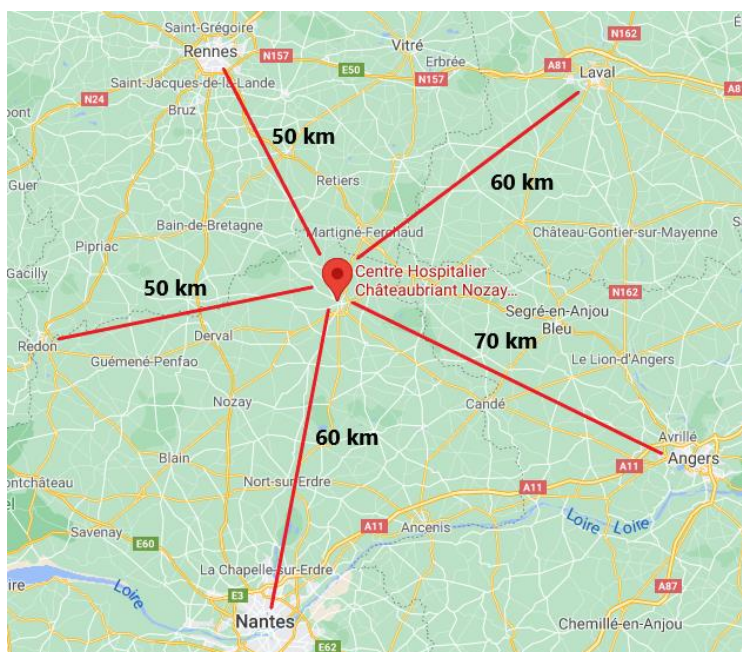
Le territoire d'animation Nord-Loire-Atlantique dont relèvent les deux établissements de santé comprend les communautés de communes de Châteaubriant-Derval et de Nozay, et confirme, voire amplifie ces caractéristiques.

Les principaux problèmes de santé sont d'abord les maladies cardiovasculaires et les troubles mentaux et du comportement, problèmes directement liés à la consommation d'alcool (plus fort indice régional des personnes hospitalisées en court séjour pour pathologie liée à l'alcool), ayant comme conséquence des accidents (plus fort indice régional des personnes hospitalisées en court séjour pour lésion traumatique et indice de mortalité par accident de la circulation parmi les plus forts). Les problèmes de cancer (hormis cancer de la prostate), de diabète et de maladies de l'appareil respiratoire sont en revanche à un niveau inférieur à la moyenne nationale et, parfois, à la moyenne régionale (cancer du poumon, diabète), ce qui pourrait toutefois traduire un sous-diagnostic.

L'offre de soins y est réduite (les indices sont systématiquement inférieurs aux moyennes régionales et nationales).

Le Pôle Choisel se trouve presque à équidistance par voie rapide, de Nantes et de Rennes : à 1h30 du CHU de Nantes et environ 1h du CHU de Rennes :

Carte n° 1 : Localisation du Pôle Choisel



Source : Google Maps et CRC

2.2 Les autorisations d'activité, la certification HAS et la capacité

La clinique Sainte-Marie dispose de 5 autorisations d'activité : 2 en chirurgie (hospitalisation complète et ambulatoire) et 3 en traitement du cancer (chirurgie des cancers hors soumis à seuil, Chirurgie des cancers : urologie et chirurgie des cancers : digestif). Elle bénéficie en outre d'une concession de service public pour participer à la permanence des soins organisée au CH CNP.

La CSM a été évalué et certifié par la Haute autorité de santé (HAS) en 2020, au niveau A : certification de l'établissement, sans recommandation ni obligation d'amélioration. Pour les 8 thématiques évaluées⁷, qui sont cotées sur une échelle de 5 niveaux⁸, la CSM est toujours au moins au niveau « défini » et régulièrement à celui « maîtrisé ».

L'établissement disposait de 72 lits de chirurgie et 10 places de chirurgie en 2016. À partir de l'année 2017, suite au réaménagement des locaux pour accueillir plus de consultations, la clinique ne dispose que de 31 lits et 23 places de chirurgie, soit 34 % de capacité en moins.

Le bloc opératoire comporte 9 salles, distinguées en deux ensembles selon leur affectataire : 3 salles, dont une dédiée à l'endoscopie, sont uniquement réservées et louées au CH CNP ; 5 salles, dont une salle dédiée à l'endoscopie, sont réservées à la CSM. Les 4 salles réservées à l'activité chirurgicale de la clinique permettent l'exercice des spécialités de chirurgie viscérale, orthopédique, vasculaire, veineuse, urologique, ophtalmologique, ORL et stomatologique, le cas échéant sous anesthésie générale. La salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de 8 places est mutualisée entre le CH et la CSM.

On assiste en revanche à un renforcement significatif du nombre de chirurgiens. Hospidag recense 13,5 ETP médicaux en 2016, puis 15 en 2017, 16,2 en 2018 et 22,3 en 2019, dont 2 anesthésistes.

Selon le projet d'établissement, l'équipe médico-chirurgicale de la CSM était composée de 27 praticiens fin 2018, dont près du tiers (8) avait plus de 60 ans et plus de la moitié (15) plus de 55 ans.

⁷ Management de la qualité et des risques, gestion du risque infectieux, droits des patients, parcours du patient, dossier patient, management de la prise en charge médicamenteuse du patient, prise en charge du patient au bloc opératoire, management de la prise en charge du patient en endoscopie

⁸ Non défini, fonctionnement de base, défini, maîtrisé, optimisé

2.3 Les parts de marché et la zone d'attractivité

La part de marché dans la « zone de recrutement »⁹ pour l'activité MCO correspond au nombre de séjours d'habitants de la zone réalisés dans l'établissement¹⁰ rapporté au nombre total de séjours d'habitants de la zone dans l'activité sélectionnée.

Les parts de marché présentées par Scansanté ont été retraitées par la chambre en raison des modifications territoriales et administratives intervenues au cours de la période¹¹.

En 2016, sont dénombrés 4 883 séjours d'habitants de la zone réalisés à la clinique sur 30 796 séjours d'habitant de la zone réalisés en MCO sur le territoire de référence¹². La part de marché globale MCO de la clinique est 15,9 %¹³. En 2019, 4 864 séjours ont été réalisés à la clinique sur 32 106 séjours des habitants de la zone, soit une part de marché égale à 15,1 %. La clinique perd 19 séjours quand le marché augmente de 1 310 séjours, ce qui se traduit par une perte de part de marché de 0,7 % entre 2016 et 2019.

S'agissant du cœur de l'activité géographique (59 % des séjours hors séances de la clinique en 2019), c'est-à-dire Châteaubriant, Derval, Moisdon-la-Rivière, Nozay, Rougé, Martigné-Ferchaud et Guémené-Penfao¹⁴, la clinique gagne 62 séjours alors que le marché a progressé de 1 490 séjours durant la période. Le marché a donc progressé de 10,6 % quand la clinique a gagné seulement 1,9 %.

Dans le détail, sur la base des données par activité non retraitées¹⁵, l'activité de médecine diminue de 92 séjours et l'activité chirurgicale augmente de 157 séjours.

⁹ Selon ScanSanté (notice « parts de marché », mai 2020) : « La zone de recrutement autour d'un établissement est construite en classant les codes géographiques des patients ayant fréquenté l'établissement par nombre de séjours décroissant et en ne gardant que ceux qui participent à 80 % de l'activité de l'établissement ».

¹⁰ Les « séjours hors séances » utilisés par Scansanté (5 403 en 2016 et 5 468 en 2019) ne représentent pas la totalité des séjours MCO réalisés par la clinique (6640 séjours -1cmd90-35pie-1cmd28 = 6 603 séjours en 2016 et 6833 séjours - 43pie = 6790 séjours en 2019). Le marché est donc légèrement plus étendu. Ovalides recense 21 codes postaux contre seulement 14 par Scansanté.

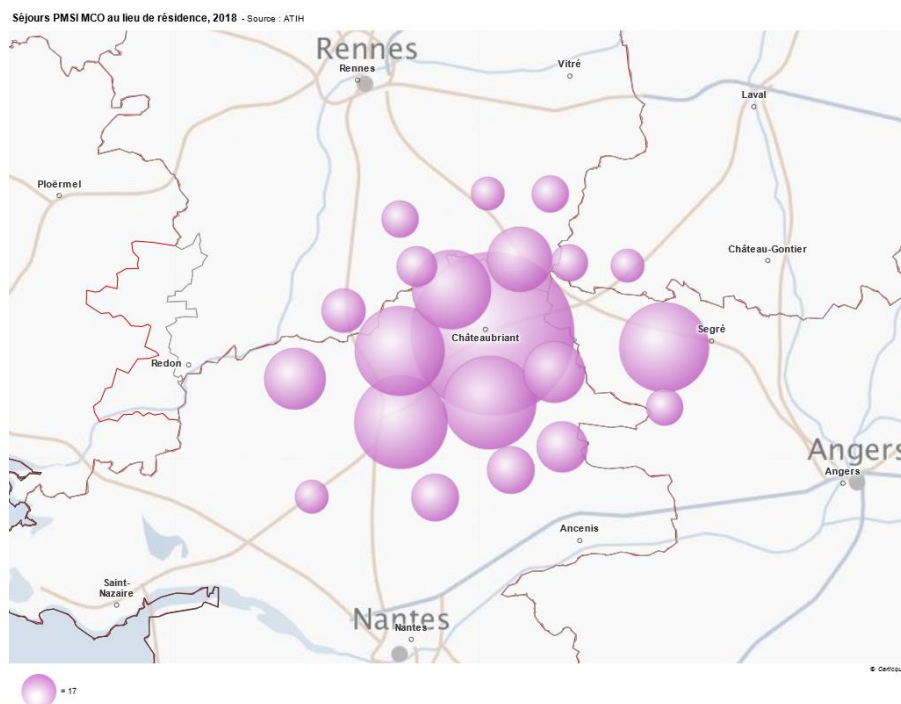
¹¹ Premièrement, à la suite des fusions de communes (notamment la commune nouvelle d'Ombrée d'Anjou) intervenues au cours de la période (loi RCT du 16 décembre 2010), le calcul du taux intègre en 2019 au dénominateur d'autres communes que celles de 2016, faussant la comparaison par rapport à 2016. Deuxièmement, en raison du paramétrage du calcul de part de marché de Scansanté basé sur un échantillon de 80 % des séjours, une partie des communes retenues en 2016 dans le calcul ne l'est plus en 2019. Le calcul est donc doublement faussé. Le retraitement par la CRC est basé sur 74,0 % des séjours en 2016 et sur 71,6 % des séjours en 2019. Il en résulte que le nombre total de séjours du territoire de référence n'est pas identique la même année pour le CH et la clinique.

¹² Regroupement de communes avec 14 codes postaux

¹³ 16,4 % en 2015 et 15,5 % en 2016 avant retraitement CRC

¹⁴ En réalité 37 communes partageant 7 codes postaux différents

¹⁵ Scansanté ne permet pas de retraiter les données MCO pour obtenir un découpage par activité M, C et O.

Graphique n° 1 : Zone d'attractivité en chirurgie de la CSM**2.4 Le développement de la chirurgie ambulatoire**

Le groupe Vivalto a opéré en 2015 un rapprochement entre la clinique Sainte-Marie et le centre hospitalier privé Saint-Grégoire situé à Rennes dans le but de passer de 65 % à 80 % des actes de la clinique en chirurgie ambulatoire, le plateau chirurgical de Saint-Grégoire venant en complément pour les pathologies lourdes. Dans son évaluation de certification de la thématique « management de la prise en charge du patient au bloc opératoire », la HAS relève à cet égard que le Pôle de Santé Ouest de Vivalto possède « *un système d'information commun proposant des filières de soins inter-établissements, des consultations déportées, de nouvelles consultations spécialisées qui lui ont permis de développer la chirurgie carcinologique essentiellement digestive grâce également à de nouveaux partenariats médicaux avec une pratique médicale « multi sites » et l'arrivée de nouveaux praticiens* ».

Pour appliquer cette stratégie, le groupe a décidé de transformer en septembre 2016 une partie des chambres d'hospitalisation de la clinique en salles de consultations, tout en recrutant de nouveaux praticiens.

Le taux de chirurgie ambulatoire a fortement bénéficié de cette stratégie volontariste. Il a progressé de 63,8 % en 2016 au total à 64,8 % en 2017, 72,2 % en 2018 et 77 % en 2019. Il stagne désormais à 78 % en 2021¹⁶.

¹⁶ Sources : projet d'établissement (p. 11), rapport de certification HAS, entretien de fin de contrôle

2.5 L'activité MCO comparée du CH CNP et de la CSM

Le contrôle de la gestion de la clinique Sainte-Marie de Châteaubriant s'est inscrit dans une enquête nationale des juridictions financières (Cour des comptes et chambres régionales des comptes) relative à la concurrence et à la complémentarité des établissements de santé publics et privés, étant donné l'existence sur le même pôle de santé de Choisel d'un centre hospitalier public et d'une clinique privée, en vertu d'un regroupement volontairement décidé.

Le cadre général de la coopération entre les deux établissements, objet de l'enquête, a été présenté et analysé ci-dessus. Il définit une répartition a priori stricte de leur activité : tandis que le CH CNP conserve les urgences et l'obstétrique (« O »), qu'il réalisait déjà exclusivement antérieurement au rapprochement, l'activité de chirurgie (« C ») est attribuée exclusivement à la CSM et l'activité de médecine (« M ») est attribuée exclusivement au CH CNP.

Pour les besoins de cette enquête, le présent rapport évoque l'activité de la clinique Sainte-Marie, mais aussi celle du centre hospitalier (CH CNP), sur la base des données le concernant en propre.

L'étude des conventions conclues entre les deux établissements a montré que cette répartition stricte est dans le détail plus complexe : les praticiens chirurgiens de la CSM peuvent, voire doivent lorsqu'ils agissent dans le cadre de la permanence des soins, intervenir ponctuellement au CH CNP, notamment au bénéfice des urgences ou de l'obstétrique ; le CH CNP utilise le plateau technique de la CSM mais peut également mettre à disposition de la CSM son personnel non médical spécialisé.

La chambre a procédé à l'analyse des données de l'activité MCO des deux établissements, en vue de répondre aux questions suivantes, posées par l'enquête : la mise en œuvre de la répartition ainsi décidée a-t-elle respecté cette organisation ? L'activité effectivement exercée confirme-t-elle la complémentarité recherchée au travers de cette répartition ? Une concurrence entre les deux établissements dans certains domaines perdure-t-elle néanmoins ? L'existence d'une telle coopération institutionnalisée est-elle financièrement soutenable ?

Afin de répondre à ces questions, les données de l'activité et médico-économiques ont été analysées de trois manières successives. En premier lieu, le nombre de séjours du CH CNP et de la CSM et leur évolution ont été comparés sur la base d'un échantillon de 22 groupes homogènes de malades (GHM)¹⁷ déterminé par la Cour des comptes au niveau national. Cette méthode a été ensuite étendue à la totalité des GHM des deux établissements, en prenant également en compte les racines de GHM¹⁸, les catégories majeures de diagnostic (CMD)¹⁹ et les niveaux de sévérité. Dans cette deuxième analyse, ont été distinguées les « activités propres » et les « activités communes » des deux établissements : l'activité commune regroupe tous les types de séjour (GHM) recensés à la fois au CH CNP et à la CSM ; l'activité propre comprend les autres types de séjours, c'est-à-dire tous les GHM qu'on ne trouve réalisés qu'au CH CNP ou qu'à la CSM²⁰. Enfin, à partir des groupes homogènes de séjours (GHS)²¹ associés aux GHM, une analyse de l'évolution comparée des recettes tirées de l'activité MCO et de cette activité a été réalisée, sans toutefois une prise en compte fine du *casemix*²² de chaque établissement.

¹⁷ « Un groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO. Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standardisé (RSS) de chaque patient. » (Site internet du ministère chargé de de la santé)

¹⁸ « Les racines de GHM regroupent un même type de prise en charge, défini par les diagnostics et les actes classants réalisés au cours du séjour hospitalier. Elles comportent 5 caractères correspondant :

- les 2 premiers, à la catégorie majeure de diagnostic (28 CMD),
- le 3^{ème}, au type d'activité : médecine (M), chirurgie (C), interventionnel hors bloc opératoire (K), indifférencié (Z),
- les 2 derniers, à un numéro de référence (numéro d'ordre sans signification).

Elles sont complétées par un 6^{ème} caractère définissant le niveau de sévérité du GHM, de 1 le plus faible à 4 le plus élevé, ou, le cas échéant, sa nature ambulatoire (codé J), ou sa nature de séjour de courte durée (codé T), ou l'absence de niveau de sévérité (Z). » (Site internet du ministère chargé de de la santé)

¹⁹ « La classification médico-économique utilisée pour le PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie est structurée en 28 catégories majeures de diagnostic (CMD)..

²⁰ GHM de médecine (M) ou de chirurgie (C) puisque l'obstétrique (O) n'est effectivement réalisée qu'au CH. Les séjours liés à l'obstétrique (CMD 14 et 15) n'ont donc pas été intégrés.

²¹ « Dans le cadre de la T2A, le groupe homogène de séjours (GHS) correspond au tarif du groupe homogène de malades (GHM). La très grande majorité des GHM ne correspondent qu'à un seul GHS, c'est-à-dire un seul tarif, mais dans certains cas, un GHM peut avoir deux ou plusieurs tarifs (dépendant, pour une même prise en charge – pour un même GHM –, de niveaux d'équipement différents, par exemple). » (Site internet du ministère chargé de de la santé).

²² « Anglicisme désignant l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et qui peuvent être décrits par groupes homogènes de malades (GHM), par groupes homogènes de journées (GHJ) pour les prises en charge en soins de suite ou de réadaptation, par groupes homogènes de tarifs (GHT) pour les soins en hospitalisation à domicile, par catégorie majeure de diagnostic (CMD), par catégorie majeure clinique (CMC). » (Site internet du ministère chargé de de la santé).

La chambre ne méconnaît pas certaines limites de cette méthodologie. En premier lieu, l'analyse comparative de l'activité MCO des deux établissements s'inscrit précisément dans une répartition volontaire de cette activité qui, par définition, contraint sa diversification et donc la concurrence potentielle entre les établissements. En deuxième lieu, toute analyse concurrentielle commence en principe par la détermination d'un « marché pertinent » défini par la combinaison, d'une part, d'un marché géographique, le territoire sur lequel les établissements offrent leurs services, et, d'autre part, d'un marché de produits ou de services, c'est-à-dire ce qui est offert par les établissements et qui est considéré comme interchangeable ou substituable du point de vue du patient. En l'espèce, chaque GHM a donc été considéré comme un service substituable. Or les GHM, dont la classification est révisée chaque année, ont d'abord pour finalité la facturation d'une activité à l'assurance maladie, et non la description de cette activité.

En outre, abstraction faite des situations d'erreur de codage (la fiabilité des données a toutefois été vérifiée au regard de leur cohérence), il existe des règles de codage qui peuvent influencer jusque sur la qualification d'activité M ou C. Ainsi, si une intervention chirurgicale au bloc opératoire a été finalement annulée ou déplacée alors que le patient est présent, ou en cas de séjour préalable à une intervention chirurgicale, il y aura codage d'un séjour de médecine au sein d'un établissement ne disposant pourtant que d'une autorisation de chirurgie.

En troisième lieu, certains GHM relatifs aux traumatismes de la peau (sutures), aux fractures et aux entorses (courant aux urgences), correspondent à des séjours où les actes ne sont pas réalisés obligatoirement par un chirurgien, alors qu'ils sont formellement classés en chirurgie.

En conséquence, la classification M ou C des séjours des deux établissements dépend de conditions nationales ou locales qui faussent ou biaisent une analyse concurrentielle.

Les séjours en oncologie illustrent ces limites. Le CH CNP ne dispose pas d'autorisation de chirurgie. Pourtant, au regard de l'ensemble des GHM classés « C » et dont l'intitulé comporte les mots « tumeur maligne », on y recense 5 séjours entre 2016 et 2020 (2 en 2016, 2 en 2017 et 1 en 2020) de chirurgie portant sur des cancers. Toutefois, 3 de ces séjours concernent des cancers de l'appareil génital féminin et 2 des cancers de l'appareil digestif. L'activité obstétrique et les urgences du CH, ainsi que la présence des chirurgiens, notamment viscéraux, de la clinique, expliquent donc sans difficulté ces séjours.

2.6 Approche globale de l'activité du CH et de la CSM

Le total des GHM propres (M ou C), CH et clinique réunis, atteint 57 124 séjours soit 75 % de l'activité de 2016 à 2020. Le total des GHM communs représente donc 25 % de l'activité.

L'activité de médecine du CH est prépondérante : elle représente 81 % de l'activité MCO du CH durant la période 2016-2019. Au sein de cette activité, le volume d'activité propre (c'est-à-dire réalisée exclusivement au CH) représente 81 % et l'activité commune (c'est-à-dire celle qu'on trouve réalisée aussi bien au CH qu'à la CSM), 19 %.

L'activité de chirurgie est en revanche majoritaire à la clinique, où elle représente 67 % de l'activité MCO durant la période 2016-2019. Au sein de cette activité, le volume d'activité propre représente 94 % et l'activité commune, 6 %.

La clinique est donc beaucoup plus spécialisée en chirurgie que le CH ne l'est en médecine.

Cette spécialisation globale des établissements n'écarte pas pour autant une forme de polyvalence de chacun des deux : 16 % du volume total de séjours de chirurgie, CH et clinique confondus, est réalisé au CH tandis que, à l'inverse, 23 % du volume total des séjours de médecine, CH et clinique confondus, est réalisé à la clinique.

L'activité propre des deux établissements cumulés représente globalement $\frac{3}{4}$ des séjours²³, le $\frac{1}{4}$ restant constituant donc les séjours communs.

Cette proportion de séjours communs diminue en volume durant la période, passant de 22 % pour le CH et 38 % pour la clinique en 2016, à 16 % pour le CH et 34 % pour la clinique en 2019. La variété de catégories (CMD) de ces GHM communs diminue également, ceux-ci passant de 127 catégories de GHM en 2016 à 83 catégories en 2019 (77 en 2020). Les catégories de GHM communs ainsi que les effectifs de ces GHM communs diminuent donc.

L'indice de performance de la durée moyenne des séjours (IP-DMS) permet enfin d'approcher l'efficacité de l'organisation interne d'un établissement et de comparer les établissements entre eux, en tenant compte de la diversité des activités. Il se calcule en rapportant le nombre total de journées réalisées (tous GHM confondus) au nombre de journées théorique (au regard du *casemix* de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM). Un indice de performance de 1, ou inférieur à 1, correspond à une organisation dans la moyenne nationale voire plus efficiente que celle-ci.

Tableau n° 1 : Indice de performance de la durée moyenne des séjours comparé

	2016	2017	2018	2019
IP-DMS médecine				
CH	0.987	0.988	1.007	1.019
CSM	0.926	0.964	0.93	0.911
IP-DMS chirurgie				
CH	0.905	0.903	0.917	0.948
CSM	0.951	1.01	1.018	0.97

Source : HospiDiag

Les établissements se situent tous deux juste dans la moyenne nationale, voire un peu en-dessous, ce qui traduit une bonne efficacité de l'organisation. Toutefois, la performance de la DMS tend à se dégrader dans l'activité principale de chacun des deux établissements : en médecine au CH et en chirurgie à la clinique.

²³ Il s'agit de l'activité propre cumulée du CH et de la clinique de 2016 à 2020. L'activité propre 2019 du CH atteint 84 % en 2019 et celle de la clinique égale à 66 % en 2019, en raison des endoscopies nombreuses qui sont une activité commune.

2.6.1 Approche globale de l'activité du CH CNP

Tableau n° 2 : Activité MCO globale du CH

<i>nb séjours</i>	2016	2017	2018	2019	2020
<i>C</i>	709	883	886	868	871
<i>M</i>	7046	7464	7430	7107	6897
<i>O</i>	908	892	855	815	847
<i>total</i>	8663	9239	9171	8790	8615
<i>base 100</i>					
<i>C</i>	100	125	125	122	123
<i>M</i>	100	106	105	101	98
<i>O</i>	100	98	94	90	93

Source : Ovalide retraité CRC

2.6.1.1 L'activité propre du CH

L'activité propre du CH se caractérise par un volume en médecine prépondérant, le volume des séjours en chirurgie ne représentant que 10,5 % du volume des séjours en médecine.

En médecine, 66,3 % de l'activité propre du CH en moyenne²⁴ est basé sur 6 catégories de pathologies (CMD 1, CMD 4, CMD 5, CMD 20, CMD 28 et CMD 6) alors que le CH traite 15 autres types de pathologies (hors obstétrique). Les trois premières (système nerveux, affections respiratoires et circulatoires) constituent le socle quantitatif (respectivement 600, 790 et 1 030 séjours annuels en moyenne) qui connaît une certaine stabilité. Les deux catégories suivantes (troubles mentaux ou organiques liés aux drogues, séances de chimiothérapie ou anaphèreses) présentent un volume plus restreint (entre 310 et 390 séjours annuels en moyenne) mais progressent très fortement. Enfin, la dernière catégorie (affections du tube digestif) présente un volume plus modeste (275 séjours par an en moyenne) mais également en progression.

Le volume des pathologies présentant un faible niveau de sévérité (1 et 2) baisse régulièrement au profit du niveau T (courts séjours de 0 à 2 nuits) et 3. Les cas d'addictions (CMD 20) influent très fortement (pour la moitié) sur la hausse des courts séjours (T). Les séjours ambulatoires sont, en médecine, anecdotiques.

²⁴ Moyenne calculée sur les exercices 2017, 2018 et 2019

En chirurgie, l'activité propre du CH, qui correspond à 550 séjours en moyenne par an, progresse globalement. Quatre activités (CMD 1, CMD 8, CMD 9 et CMD 13) représentent 88 % de ces séjours de chirurgie. Le volume des 16 autres CMD est très faible. Les 4 catégories principales progressent à la fois en volume et en sévérité : progression des niveaux 1 à 4, ambulatoire mais surtout courte durée (T).

2.6.1.2 L'activité de la CSM commune avec le CH

En médecine, les activités communes du CH sont prioritairement constituées, dans l'ordre décroissant, des endoscopies digestives (CMD 06K), des douleurs abdominales (CMD 06M), des affections du rein et voies urinaires (CMD 11), des affections hépatobiliaires (CMD 7), des soins de contrôle chirurgicaux (CMD 23).

En chirurgie, les activités communes du CH sont prioritairement constituées, dans l'ordre décroissant, des affections de la peau (CMD 9), des occlusions et appendicectomies (CMD 6), des affections gynécologiques (CMD 13) et des fractures (CMD 8). À part l'activité gynécologique qui baisse, le volume des autres activités communes du CH progresse et le niveau de gravité correspond de plus en plus aux courts séjours (T).

2.6.2 Approche globale de l'activité de la CSM

Tableau n° 3 : Activité MCO globale de la CSM

<i>nb séjours</i>	2016	2017	2018	2019	2020
C	4382	4290	4471	4663	3763
M	2208	2133	2137	2120	1645
O	2				
total	6592	6423	6608	6783	5408
<i>base 100</i>					
C	100	98	102	106	86
M	100	97	97	96	75
O	100	0	0	0	0

Source : Ovalide retraité CRC

2.6.2.1 L'activité propre de la clinique

Alors que le volume annuel de médecine est, à la clinique, encore élevé (supérieur à 2 000 séjours en moyenne), ce volume annuel de médecine en tant qu'activité propre de la clinique est faible (100 séjours en moyenne). La clinique ne réalise par exemple en 2019 que 168 séjours communs de médecine répartis sur 49 types de GHM hors endoscopies.

En chirurgie, 73,4 % de l'activité propre de la clinique en moyenne²⁵ est basé sur 3 catégories de pathologies (CMD 6, CMD 8 et CMD 2) alors que la clinique traite 16 autres types de pathologies. Deux spécialités (troubles musculo-squelettiques et yeux) constituent le socle quantitatif (respectivement 1 360 et 1 200 séjours annuels en moyenne) et présentent pour la première une certaine stabilité et pour l'activité ophtalmologique une nette accélération : son volume progresse de 500 séjours entre 2016 et 2019, soit + 50 %.

L'activité propre de la clinique a progressé de 400 séjours entre 2016 et 2019 : c'est donc la progression de l'activité ophtalmologique qui alimente l'augmentation de l'activité chirurgicale de la clinique.

La sévérité des actes chirurgicaux de la clinique, que ce soit pour les activités propres ou communes, se caractérise par une forte progression de l'ambulatoire (J) et un déclin du niveau 1. Les niveaux 2 à 4 sont plutôt stables et relativement faibles.

2.6.2.2 L'activité de la clinique commune avec le CH : le cas des endoscopies

En médecine, l'essentiel des GHM communs sont constitués par les endoscopies. Celles-ci sont prépondérantes pour la clinique, à la fois en volume (1 870 cas en 2019 contre seulement 278 actes au CH) et en poids relatif ; si cette activité ne représente que 19,9 % des GHM communs du CH (médecine et chirurgie confondues), avec une tendance à la baisse, elle représente 81,6 % à la clinique, globalement en hausse (diminution des endoscopies ambulatoires au profit des actes thérapeutiques).

En chirurgie, la clinique perd des séjours dans toutes les catégories de GHM communs, à l'exception du traitement des affections de la peau (CMD 9) qui progresse dans les deux établissements, en ambulatoire à la clinique et en niveau 1 et court séjour (T) au CH.

En médecine, l'endoscopie devient la seule activité apparemment concurrentielle entre les deux établissements, qui bénéficient tous deux d'une autorisation en gastro-entérologie, mais on assiste à une captation progressive des endoscopies par la clinique.

En chirurgie, d'une part l'activité chirurgicale propre du CH tend à augmenter. D'autre part, même si le nombre et les variétés de GHM chirurgicaux communs diminuent, entre 250 et 275 séjours annuellement, représentant 32 GHM communs, sont réalisés par le CH et la clinique. On observe donc un morcellement de l'activité chirurgicale entre le CH et la clinique.

²⁵ Moyenne calculée sur les exercices 2017, 2018 et 2019

Tableau n° 4 : Activité chirurgicale du CH

	2016	2017	2018	2019	2020
activité propre					
nbre séjours	406	531	566	594	665
nbre GHM	239	237	246	252	243
nbre CMD	17	17	16	16	16
activité commune					
nbre séjours	303	352	320	274	206
nbre GHM	42	33	38	32	28
nbre CMD supp	2	0	0	0	0
totaux					
nbre séjours	709	883	886	868	871
nbre GHM	281	270	284	284	271
nbre CMD	19	17	16	16	16

Source : Ovalides retraité CRC

La clinique concentre son activité chirurgicale sur l'ambulatoire et sur trois spécialités médicales (73 % de l'activité propre pour les CMD tube digestif, troubles musculo-squelettiques et ophtalmologie, surtout cette dernière).

L'obstétrique, qui est une activité réalisée exclusivement au CH CNP, connaît une baisse continue, limitée en 2020 : le nombre d'accouchements est en recul constant, tandis que l'activité de traitement des urgences (ATU) est en nette progression.

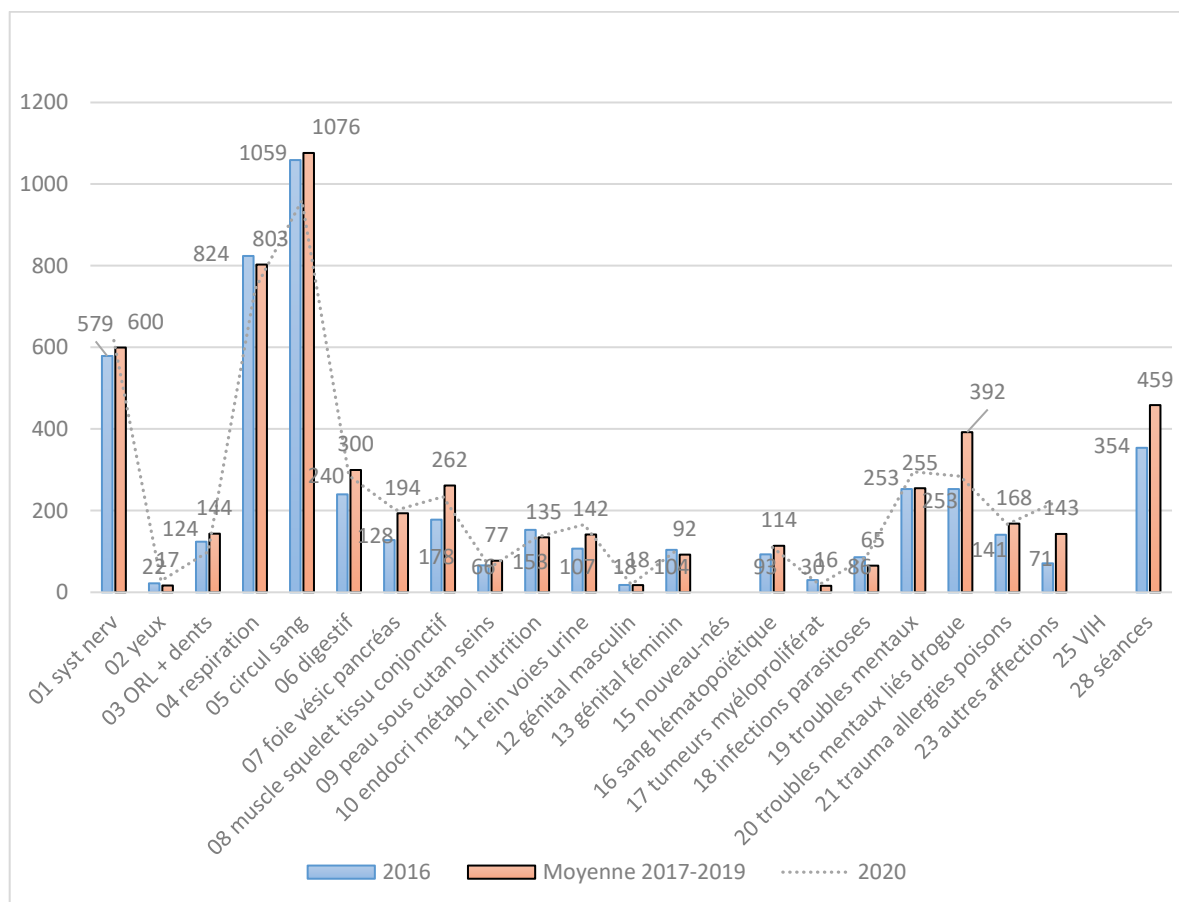
2.7 Un accroissement de l'activité propre du CH CNP et de la CSM

2.7.1 Une hausse générale du volume des CMD du CH

La méthode d'analyse consiste à comparer à l'année 2016 (série 1), retenue comme référence, la moyenne des années 2017 à 2019 (pour lisser la volatilité et dégager une tendance – série 2). L'année 2020 est présentée en pointillé dans le graphique (série 3).

2.7.1.1 Une hausse générale des CMD en médecine

Sur une moyenne de presque 5 180 séjours par an de 2016 à 2019 compris, cinq CMD présentent un effectif supérieur ou égal à 400 séjours par an : système nerveux (CMD 1), appareil respiratoire (CMD 4), appareil circulatoire (CMD 5), troubles mentaux liés aux drogues (CMD 20), séances (CMD 28). L'ensemble de ces cinq catégories représentait 3 070 séjours en 2016 contre un effectif moyen annuel de 3 330 de 2017 à 2019 c'est-à-dire 61 % du total des séjours (2 960 en 2020 soit 57 % du total des séjours).

Graphique n° 2 : Évolution des CMD propres de médecine du CH

Source : Ovalide retraité CRC

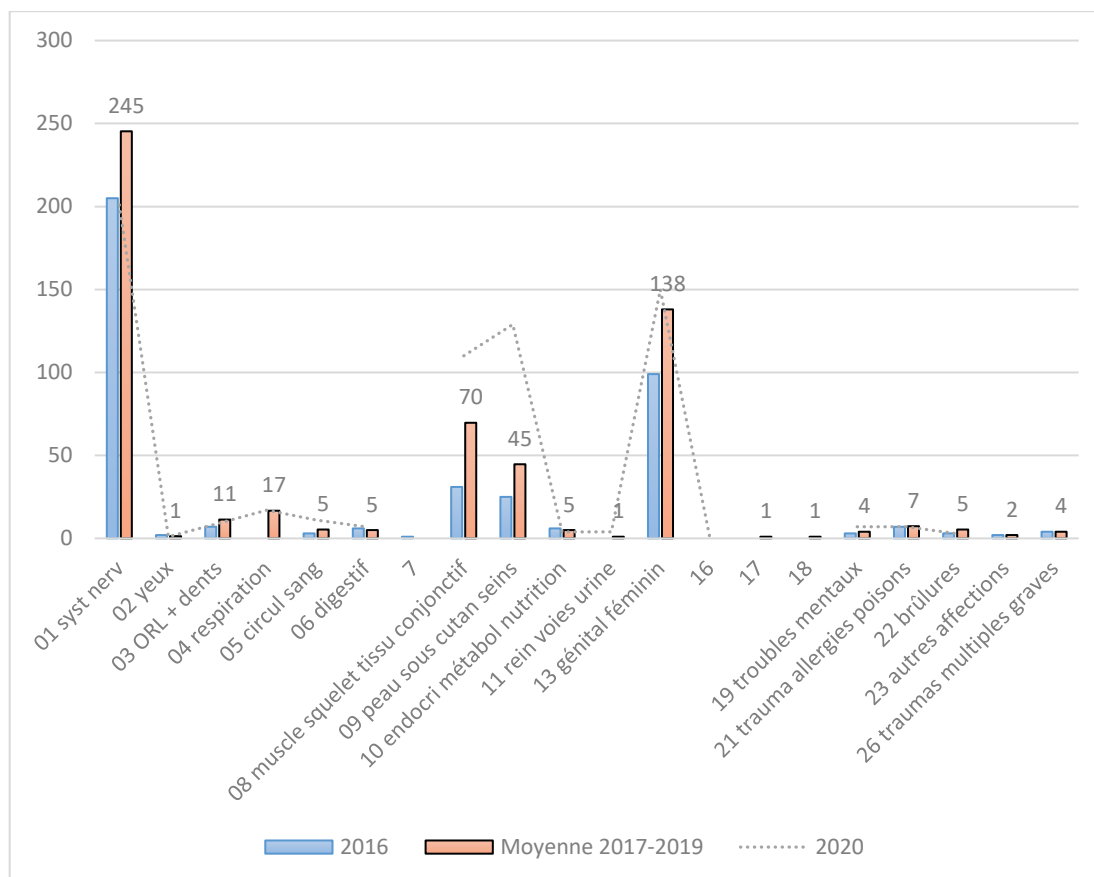
De 2016 à 2019, deux catégories progressent faiblement (système nerveux et appareil circulatoire), deux catégories progressent fortement (troubles mentaux liés aux drogues et séances). Les affections de l'appareil respiratoire diminuent légèrement. Au sein des 16 autres CMD, dix progressent et une stagne.

L'effectif moyen 2017 à 2019 de toutes les CMD s'élève à 5 470 séjours, ce qui correspond à une hausse de 12 % du volume 2016. Les 5 CMD les plus importantes contribuent presque à la moitié (44 %) de la hausse de l'ensemble des 21 CMD.

L'année 2020 ne dément pas le constat précédent puisque 14 CMD progressent en dépit de la baisse de deux CMD importantes (appareil respiratoire et appareil circulatoire). L'effectif 2020 progresse de 307 séjours soit 6,3 % de hausse par rapport à 2016.

2.7.1.2 Une hausse générale des CMD en chirurgie

Avec un chiffre moyen annuel de 550 séjours, les effectifs sont nettement moindres qu'en médecine. Deux CMD sont prépondérantes : 230 séjours par an pour le système nerveux (CMD 1) et 130 séjours par an en gynécologie (CMD 15). Les troubles musculo-squelettiques (CMD 8) viennent en troisième position avec 70 séjours par an en moyenne.

Graphique n° 3 : Évolution des CMD propres de chirurgie du CH

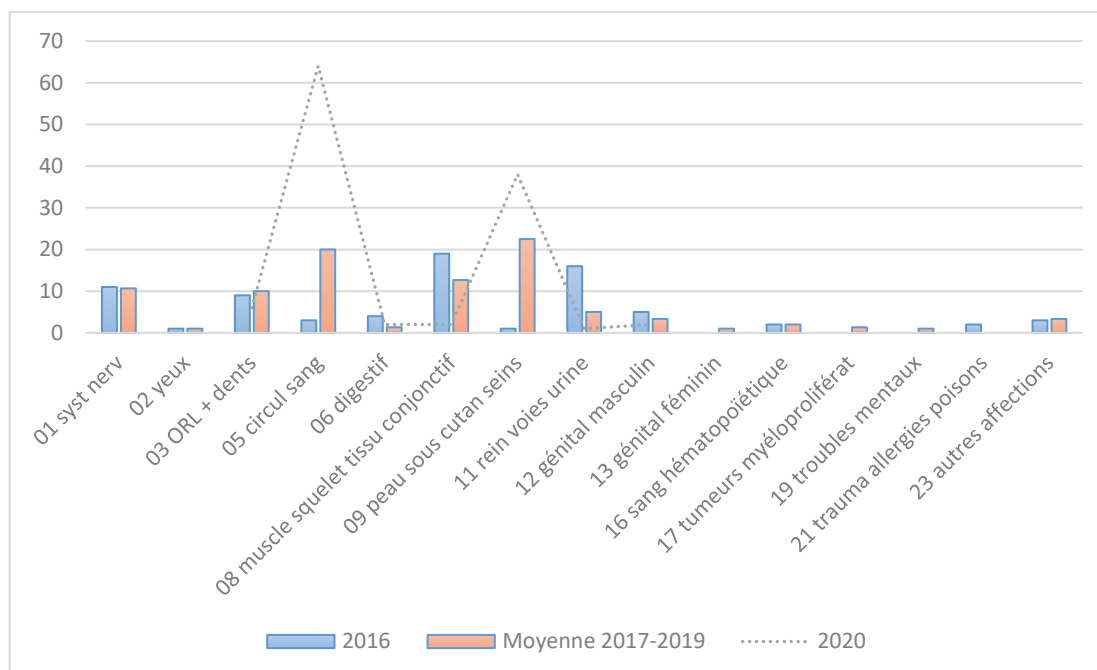
Source : Ovalide retraité CRC

Les chiffres de la période 2017 à 2019 sont supérieurs à ceux de l'année 2016, que ce soit pour ces trois catégories ou globalement (+ 160 séjours). À l'instar de l'activité médecine, l'année 2020 accroît encore ce phénomène (+ 261 séjours). La CMD 1 (système nerveux) redescend au niveau de 2016 mais les CMD 8 et 9 (peau et tissus sous cutanés) progressent fortement.

2.7.2 Une concentration du volume de la clinique sur trois CMD de chirurgie

2.7.2.1 Une hausse des CMD en médecine mais un faible nombre total

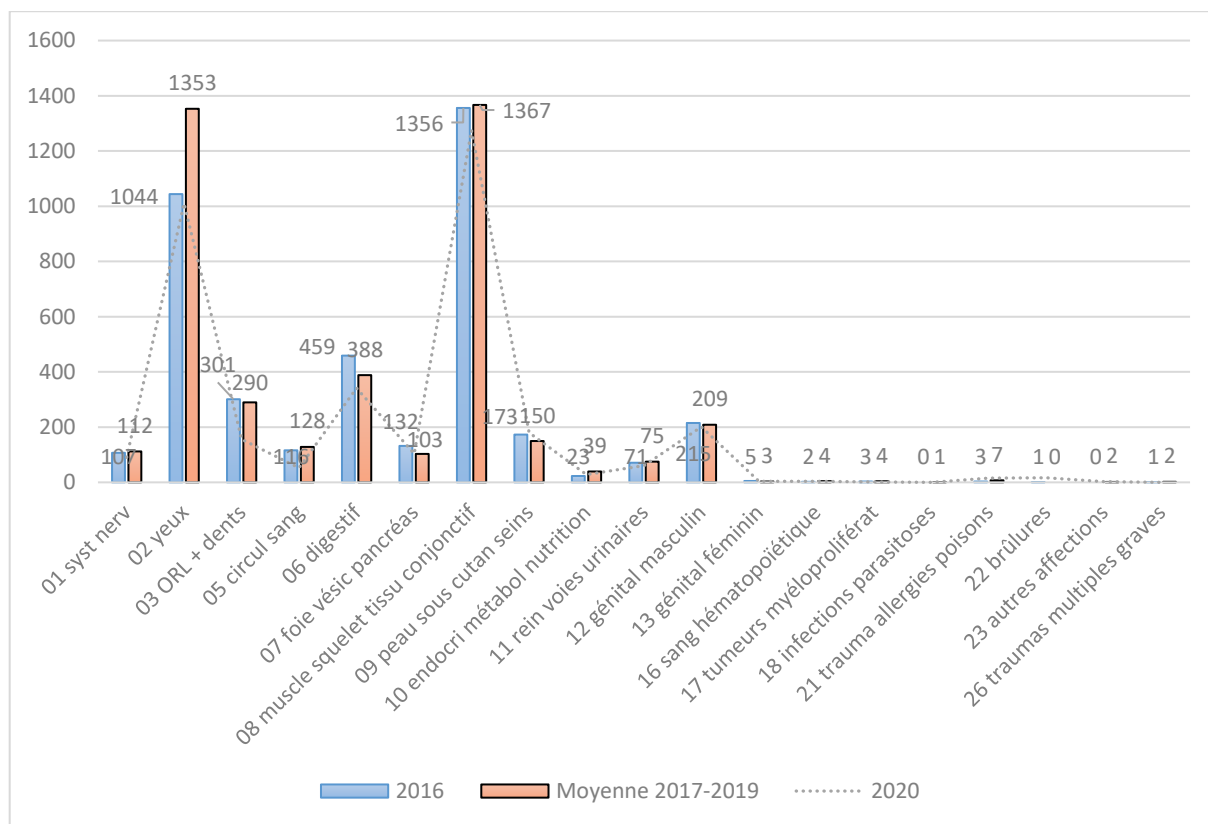
Les volumes sont très faibles : on passe d'un total de 76 séjours en 2016 à 95 séjours en moyenne annuelle pour la période 2017-2019 (116 séjours en 2020). Le volume relativement faible des séjours par CMD (de 1 à 23 séjours par CMD pour la période 2017-2019 et 64 séjours en CMD 5 en 2020) n'est pas significatif.

Graphique n° 4 : Évolution des CMD propres de médecine de la CSM

Source : Ovalide retraité CRC

2.7.2.2 Une hausse des CMD en chirurgie

Sur une moyenne d'un peu plus de 4 120 séjours par an de 2016 à 2019 compris, trois CMD présentent un effectif supérieur ou égal à 400 séjours par an : affections de l'œil (CMD 2), appareil digestif (CMD 6), troubles musculo-squelettiques et du tissu conjonctif (CMD 8). Ces trois catégories représentaient 2 860 séjours en 2016 et 3 110 séjours de 2017 à 2019 (2 630 en 2020), soit 74 % du volume total d'activité.

Graphique n° 5 : Évolution des CMD propres de chirurgie de la CSM

Source : Ovalide retraité CRC

De 2016 à 2019, une catégorie (yeux) progresse fortement (+ 310 séjours ? soit + 29,6 %), une catégorie stagne (troubles musculo-squelettiques) et une catégorie (troubles digestifs) faiblit (- 70 séjours soit - 15,4 %). Les chiffres de l'année 2020 diminuent légèrement. Au sein des 16 autres CMD, 10 CMD progressent, dont 8 très faiblement.

L'effectif moyen 2017-2019 de toutes les CMD s'élève à 4 230 ce qui correspond à une hausse de 5,6 % du volume de 2016. En réalité, la progression 2016-2019 de 310 séjours de la CMD 2 (yeux) contribue à la totalité de la progression de la clinique (+ 225 séjours). L'année 2020 confirme ce constat spécifique à la CMD 2 puisque si le volume total des séjours diminue de 485 unités en 2020, celui de la CMD 2 ne diminue que de seulement 34 séjours.

2.8 Une érosion des GHM communs au CH CNP et à la CSM

Le CH CNP et la CSM ont 127 catégories de GHM en commun en 2016 et seulement 83 en 2019 puis 77 en 2020. Les GHM communs de médecine sont nettement plus nombreux (16 375 de 2016 à 2020) que ceux de chirurgie (2 783 de 2016 à 2020), qui ne représentent que 17 % des premiers.

Parallèlement le nombre de séjours de ces GHM communs diminue. Le CH a réalisé 1 863 séjours de GHM communs en 2016 et 1 398 séjours en GHM communs en 2019 soit - 465 séjours en 3 ans. La clinique a réalisé 2 504 séjours de GHM communs en 2016 et 2 291 séjours en GHM communs en 2019 soit - 213 séjours.

La part de ces activités communes, qui représentait en 2016 22 %²⁶ des séjours recensés du CH et 38 %²⁷ de ceux de la clinique, ne représente plus en 2019 que 16 %²⁸ des séjours du CH et 34 %²⁹ de ceux de la clinique. La tendance se confirme encore en 2020 avec - 35 GHM communs du côté du CH et - 739 GHM communs du côté de la clinique.

Le CH perd 29 séjours communs de chirurgie, passant de 303 séjours en 2016 à 206 en 2019 et 428 séjours communs de médecine, passant de 1 552 séjours en 2016 à 1 124 en 2019. Pour la période 2016-2020, sont dénombrés 97 séjours communs en moins en chirurgie, et 430 séjours en médecine de moins.

La clinique perd, quant à elle, 117 séjours communs de chirurgie, passant de 370 séjours en 2016 à 253 en 2019, et 94 séjours communs de médecine, passant de 2 132 séjours en 2016, à 2 038 en 2019. Pour la période 2016-2020, on compte 134 séjours communs en chirurgie et 603 séjours communs en médecine de moins.

L'évolution des séjours communs les plus représentés en nombre est présentée ci-après (82,9 % des séjours communs en 2019 pour l'activité médecine, et 84,3 % pour l'activité chirurgicale)³⁰. Les autres numéros de GHM communs sont nombreux mais l'effectif de chacun des numéros est très faible, l'analyse de ceux-ci ne modifiant pas le constat à partir de ceux qui sont présentés ci-après.

2.8.1 L'évolution des GHM communs de médecine

Le nombre d'endoscopies, dites thérapeutiques (niveau Z) de la clinique progresse régulièrement alors que celles du CH diminuent. L'effectif des 3 autres activités de médecine (douleurs abdominales, calculs rénaux, voies biliaires) est plus important au CH qu'à la clinique. Ces activités augmentent légèrement au CH, au profit des séjours de courte durée (T) à la place des séjours de niveau 1 et 2, et diminuent à la clinique.

Les GHM endoscopies, douleurs abdominales et calculs rénaux représentent 81,2 % des GHM communs en 2019. Avec les GHM voies biliaires et soins de contrôle, ils représentent 82,9 % de ces GHM communs en 2019.

²⁶ Soit 1 863 séjours sur 8 663 séjours recensés

²⁷ Soit 2 504 séjours sur 6 592 séjours recensés

²⁸ Soit 1 398 séjours sur 8 790 séjours recensés

²⁹ Soit 2 291 séjours sur 6 783 séjours recensés

³⁰ Les GHM de chirurgie représentent 1 979 séjours et les GHM de médecine 13 010 séjours.

2.8.1.1 Les endoscopies digestives sont progressivement captées par la clinique

L'effectif des GHM d'endoscopies³¹ représente l'activité la plus commune entre le CH et la clinique (médecine seule, ou M et C). On recense 2 076 séjours en 2016, tous séjours confondus entre la clinique et le CH, soit 56 % des GHM communs en médecine, et 68 % des séjours en 2019.

Sauf durant l'année 2020, la clinique semble capter lentement, mais irrésistiblement, les endoscopies digestives : d'une part, les séjours endoscopies du CH sont faiblement représentés par rapport à ceux de la clinique, 18 % en 2016 et 15 % en 2019 ; d'autre part, le CH perd des séjours d'endoscopies (- 44 entre 2016 et 2019 ; - 81 entre 2016 et 2020). Les endoscopies digestives de la clinique progressent au contraire (+ 116 séjours entre 2016 et 2019), selon un rythme plus rapide que la perte constatée du côté du CH. L'exercice 2020 est atypique (- 344 séjours par rapport à 2016) en lien vraisemblablement avec la crise sanitaire.

2.8.1.2 Les douleurs abdominales sont captées par le CH

L'effectif des GHM douleurs abdominales³² représente la deuxième activité commune entre le CH et la clinique. On recense 426 séjours en 2016, tous séjours confondus entre la clinique et le CH, soit 12 % des GHM communs en médecine, et 10 % des séjours en 2019. L'addition des séjours endoscopies et douleurs abdominales représente 78 % des séjours communs en 2019.

Les séjours du CH restent stables alors que les séjours de la clinique décroissent rapidement : les GHM douleurs abdominales du CH sont supérieurs à ceux de la clinique, en progression étant donné le recul de la clinique (62 % en 2016 et 83 % en 2019) et ils restent stables, avec moyenne de 270 séjours, y compris en 2020. Les GHM douleurs abdominales de la clinique diminuent en revanche fortement (- 110 séjours entre 2016 et 2019, - 121 séjours entre 2016 et 2020).

2.8.1.3 Les calculs rénaux sont essentiellement au CH

L'effectif des GHM calculs rénaux³³ représente la troisième activité commune entre le CH et la clinique. On recense 80 séjours en 2016, tous séjours confondus entre la clinique et le CH, soit 2,2 % des GHM communs en médecine, et 3,1 % des séjours en 2019.

Les séjours du CH progressent (progression de 34 % entre 2016 et 2019 et 53 % entre 2016 et 2020) alors que les séjours de la clinique restent anecdotiques : les GHM calculs rénaux du CH sont supérieurs à ceux de la clinique, et en progression (91 % en 2016 et 99 % en 2019) ; ils présentent une tendance à la hausse (moyenne de 94 séjours sur la période 2016-2020). Les GHM calculs rénaux de la clinique restent anecdotiques avec 4 séjours en moyenne.

³¹ GHM 06K02Z et 06K04J

³² GHM 06M12T, 06M03T, 06M031, 06M09T, 06M201, 06M16Z, 06M121, 06M091

³³ GHM 11M02T

2.8.1.4 Les voies biliaires et soins de contrôle sont aussi essentiellement au CH

L'effectif des GHM voies biliaires et soins chirurgicaux³⁴ représente les 4^{ème} et 5^{ème} activités communs entre le CH et la clinique. On recense 71 séjours en 2016, tous séjours confondus entre la clinique et le CH, soit 2,8 % des GHM communs en médecine, et 1,6 % des séjours en 2019.

Les séjours du CH sont bien supérieurs à ceux de la clinique mais régressent beaucoup sauf en 2020 : les GHM voies biliaires et soins de contrôle du CH sont supérieurs à ceux de la clinique (69 % en 2016 et 76 % en 2019) et présentent une tendance à la baisse, passant de 71 séjours en 2016 à 39 séjours en 2019. L'exercice 2020 est atypique avec un total de 126 GHM. Les GHM de la clinique diminuent, passant de 32 séjours en 2016 à 12 séjours en 2019 (27 en 2020).

2.8.2 L'évolution des GHM communs de chirurgie

On observe en premier lieu une érosion des séjours « traumatismes de la peau » du CH (niveau 1, 2 et 3 remplacés par 1) au profit de l'ambulatoire à la clinique (séjours J). En second lieu, le nombre d'occlusions intestinales et d'appendicectomies est plus important à la clinique (séjours 1) mais volatile et tendant à diminuer, alors qu'il progresse au CH (séjours T). En troisième lieu, les actes gynécologiques (séjours 1) sont prépondérants au CH mais diminuent ainsi qu'à la clinique. Enfin les fractures et entorses sont plus nombreuses au CH (nombreux séjours 3 et 4 en 2019 et moitié des effectifs en T), alors qu'elles tendent à diminuer à la clinique.

2.8.2.1 Les traumatismes de la peau sont progressivement captés par la clinique

L'effectif des GHM traumatismes de la peau³⁵ représente la première des activités chirurgicales communes entre le CH et la clinique. On recense 92 séjours en 2016, tous séjours confondus entre la clinique et le CH, soit 14 % des GHM communs et 34 % des séjours en 2019.

Les séjours du CH sont supérieurs à ceux de la clinique mais la clinique progresse rapidement et supprime le CH en 2020 : la proportion de ces GHM au CH passe de 89 % à 62 % entre 2016 et 2019, puis à 44 % en 2020. Les séjours de la clinique sont passés de 10 en 2016, à 69 en 2019, puis 84 en 2020 contre seulement 67 pour le CH cette dernière année.

2.8.2.2 Les occlusions et appendicectomies sont majoritairement à la clinique

L'effectif des GHM occlusions intestinales et appendicectomies³⁶ représente la deuxième des activités chirurgicales communes entre le CH et la clinique. On recense 147 séjours en 2016, tous séjours confondus entre la clinique et le CH, soit 22 % des GHM communs, et 125 séjours en 2019, soit 24 % des séjours.

³⁴ Racines GHM 07M02 et GHM 23M101

³⁵ Racines GHM 09M03 et 09C10

³⁶ Racines GHM 06M06, 06C081 et 06C091

Les GHM du CH correspondent à une moyenne de 38 séjours avec une légère tendance à la hausse. Les séjours de la clinique sont très importants en 2016 (123 GHM) puis atones en 2017 et 2018, pour reprendre plus modérément en 2019 et 2020 (respectivement 75 et 65 séjours). La moyenne de la clinique s'établit à 56 séjours.

2.8.2.3 Les actes chirurgicaux en gynécologie sont progressivement désinvestis par les deux établissements

L'effectif des GHM gynécologiques³⁷ représente la troisième des activités chirurgicales communes entre le CH et la clinique. On recense 99 séjours en 2016, tous séjours confondus entre la clinique et le CH, soit 15 % des GHM communs, et 42 séjours soit 8 % en 2019 (44 séjours en 2020).

Alors que la moyenne des GHM du CH s'élève à 74 séjours entre 2016 et 2018, leur nombre tombe à 27 en 2019 puis est de 34 en 2020. La moyenne de la clinique s'élève à 19 séjours par an, ne cessant de diminuer d'année en année.

2.8.2.4 Les fractures et entorses sont majoritairement au CH

L'effectif des GHM fractures et entorses³⁸ représente la quatrième des activités chirurgicales communes entre le CH et la clinique. On recense 90 séjours en 2016, tous séjours confondus entre la clinique et le CH, soit 13 % des GHM communs, et 96 séjours soit 18 % en 2019 (64 séjours en 2020).

Alors que la moyenne des GHM du CH s'élève à 73 séjours entre 2016 et 2020, la moyenne de la clinique s'élève à 24 séjours, ne cessant de diminuer d'année en année.

2.9 La gravité des cas est une cause mineure de ces évolutions

La chambre a examiné la causalité de ces évolutions par l'évolution des niveaux de gravité des GHM.

2.9.1 La gravité des séjours pour l'activité propre

2.9.1.1 Les niveaux de sévérité des GHM propres du CH

En médecine, le niveau de sévérité 1 diminue sensiblement, passant de 1 300 à 1 000 GHM alors que le niveau T (courts séjours de 0, 1 ou 2 nuitées) passe de 1 100 GHM en 2016 à plus de 1 500 GHM en 2020.

³⁷ Racines GHM 13C03, 13C04, 13C17 et GHM 13C071

³⁸ Racines GHM 08M37, 08M04, 08M07, 08M21 et GHM 08M201, 08M221

Entre ces mêmes dates, les séjours de niveau 2 passent de 935 GHM à 850 GHM alors que les séjours de niveau 3 passent de 720 GHM à 955 GHM. Les séjours de niveau 4, beaucoup moins nombreux, progressent lentement mais régulièrement de 185 GHM à 260 GHM.

L'activité médicale sans facteur de gravité (classée Z) passe de plus de 600 GHM en 2016, à plus de 800 GHM en 2019, et presque 700 en 2020. Cette activité est avant tout liée aux séances (CMD 28 chimiothérapies et anaphèreses) et aux diagnostics généraux (CMD 23 autres motifs).

Au sein des séances, ce sont surtout les troubles mentaux liés à la drogue (CMD 20) qui progressent, passant de 250 séjours en 2016 à environ 450 séjours en 2018 et 2019 (et presque 300 en 2020). Le changement du niveau de sévérité des GHM de la CMD 20 influe très fortement sur l'évolution décrite ci-avant. En effet, le niveau 1 passe de 216 séjours en 2016 à 168 en 2019 (129 en 2020), alors que les séjours de courte durée T passent de 11 en 2016 à 269 en 2018 puis 253 en 2019 (119 en 2020).

L'effectif des GHM ambulatoires (J) et donnant lieu à décès (E) n'est pas significatif.

En chirurgie, les niveaux 1 à 4 augmentent légèrement (sauf le niveau 1 en 2020). L'effectif global des 4 niveaux passe de 316 en 2016 à 407 en 2019 (375 en 2020). De même pour les GHM ambulatoire (J) et courte durée (T) passant, entre 2016 et 2020, respectivement de 72 à 126 et de 16 à 162.

Les évolutions du nombre des GHM décrites tant en chirurgie qu'en médecine étant relativement linéaires (si on met de côté l'année 2020), elles représentent probablement les tendances de fond, peu sensibles aux chocs exogènes.

2.9.1.2 Les niveaux de sévérité des GHM propres de la clinique

En médecine, l'effectif des niveaux 1 à 3 est peu significatif et diminue au fil du temps. En revanche, l'effectif du niveau 4 passe de 20 en 2016 à 104 GHM en 2020. L'effectif des autres niveaux J T Z est peu significatif.

En chirurgie, l'effectif du niveau 1 chute de manière très importante et linéaire, passant de 1 222 séjours en 2016 à 923 en 2019 (766 en 2020). Les niveaux 2 à 4, dont l'effectif moyen atteint 390 séjours, sont stables.

Corrélativement, on constate une hausse significative des GHM ambulatoires (J) passant de 2 350 séjours en 2016 à 3 060 séjours en 2019 (2 388 en 2020). L'effectif des autres séjours (T et Z) est peu significatif.

2.9.2 La gravité des séjours pour l'activité commune

2.9.2.1 Le niveau de sévérité des GHM communs de médecine

Les GHM endoscopies digestives ne présentent pas, à la CSM, de niveau de sévérité et sont liés à un acte thérapeutique (classés Z³⁹). Ils progressent fortement entre 2016 et 2019 (+ 211) alors que les effectifs de GHM ambulatoire sont non seulement moins nombreux mais diminuent fortement (- 95).

Les GHM douleurs abdominales de très courte durée (classés T⁴⁰) prennent le pas au CH CNP sur les séjours de niveau 1 (sans gravité). Le faible nombre de GHM classés Z n'est pas déterminant pour l'analyse. Du côté de la clinique ces séjours sont en perte de vitesse quel que soit le niveau T ou 1.

Concernant les GHM voies biliaires, le nombre de séjours au CH de niveau 1 et 3 diminue notablement au profit du niveau 2 (gravité moyenne) et du niveau T (surtout en 2020). Le faible nombre de GHM de la clinique n'est pas déterminant.

Enfin, pour les GHM calculs rénaux, l'évolution constante des séjours du CH ne dépend pas du niveau de gravité puisqu'ils sont exclusivement classés T (très courte durée).

2.9.2.2 Le niveau de sévérité des GHM communs de chirurgie

L'évolution 2016-2020 des GHM traumatismes de la peau se caractérise par une forte progression à la clinique, notamment des séjours ambulatoires (+ 81 en J). L'activité du CH progresse faiblement jusqu'en 2019 (concentration sur le niveau 1 et T) et régresse en 2020 alors que la clinique continue de progresser.

Une évolution inverse caractérise les GHM des occlusions intestinales et appendicectomies : alors que ceux de la clinique étaient presque exclusivement concentrés sur le niveau 1, les autres niveaux augmentent, alors que le CH progresse sur la catégorie T (séjours de courte durée).

Les fractures et entorses se caractérisent par une diminution relativement importante des niveaux 1 et 2, que ce soit au CH ou à la clinique, en 2019 et en 2020. On constate pour l'année 2019 une forte activité au CH. L'année 2020 n'est pas significative.

Il résulte de ces constats que la gravité des cas n'explique pas significativement les évolutions observées : d'un point de vue général, elle diminue tendanciellement aussi bien au CH qu'à la clinique. En revanche, la sévérité n'est pas sans effet : on observe en effet une augmentation des séjours de niveau 3 et 4 en médecine.

³⁹ En lien avec un acte thérapeutique et pas seulement un diagnostic

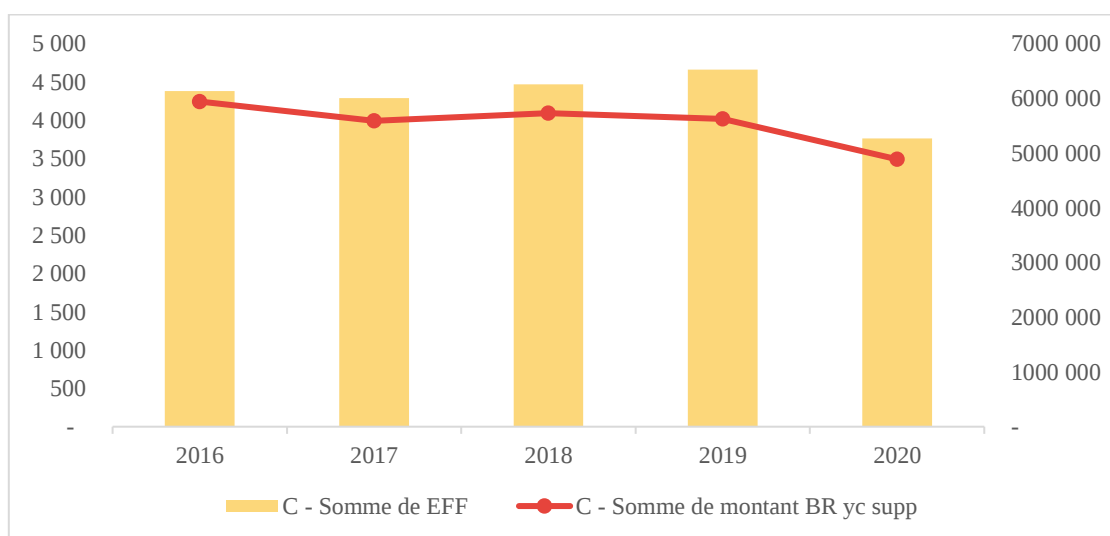
⁴⁰ Il s'agit de séjours non ambulatoires allant de 0 nuits à 2 nuits maximum

2.10 L'établissement public ne souffre pas financièrement du rapprochement de l'établissement privé

Les conséquences sur les recettes d'exploitation des deux établissements de ces évolutions structurelles de leur activité ont été examinées par la chambre. Les comparaisons ont été effectuées sur la base du nombre total des séjours M, C ou O⁴¹, et non du *casemix* précis (GHS par GHS), et des sommes totales représentant la base de remboursement de la sécurité sociale à chacun des établissements, selon les grilles tarifaires propres (publique ou privée)⁴².

2.10.1 L'activité et les recettes tarifaires de la CSM

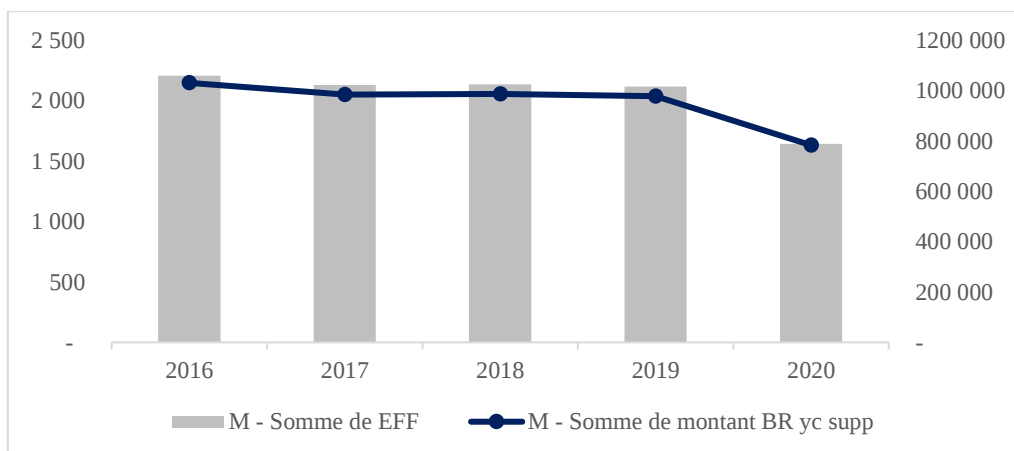
Graphique n° 6 : Volume et recettes de l'activité chirurgicale de la CSM



Source : CRC

⁴¹ Noté « EFF » dans les graphiques, échelle de gauche, en nombre absolu de séjours

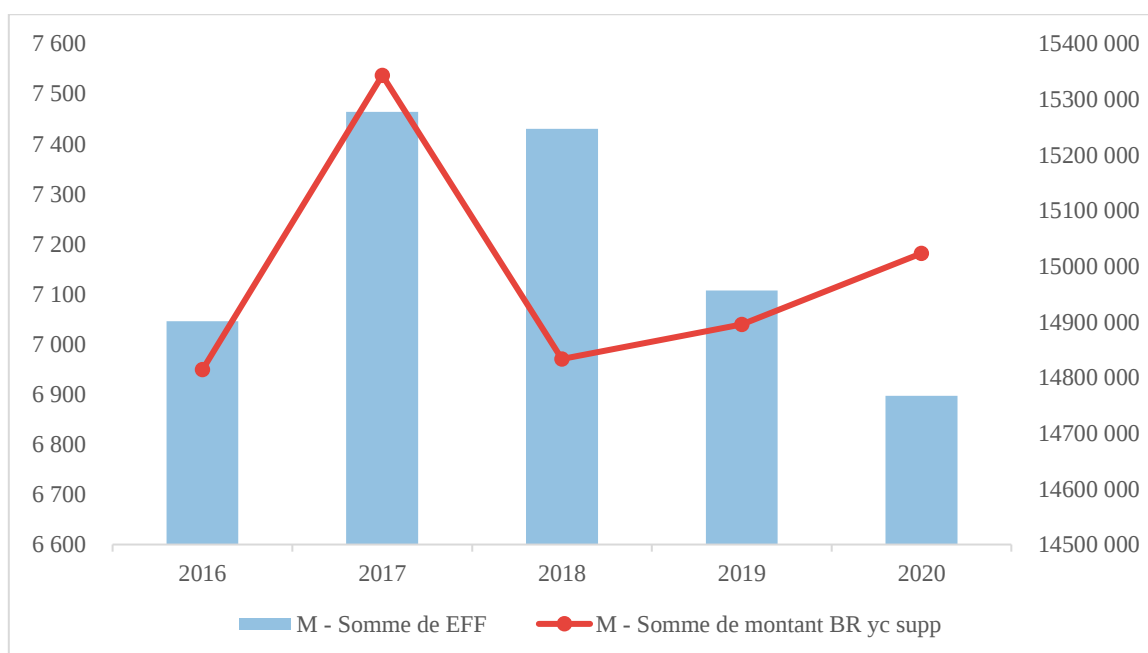
⁴² Notées « BR yc supp » dans les graphiques, échelle de droit, en €

Graphique n° 7 : Volume et recettes de l'activité de médecine de la CSM

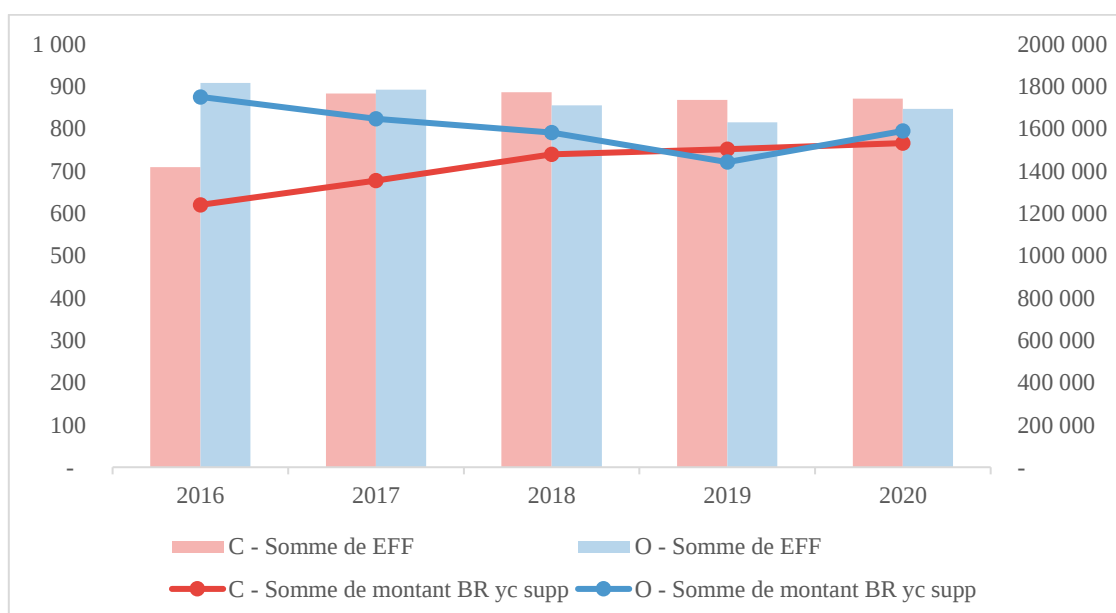
Source : CRC

Si les recettes tirées de l'activité médicale diminuent corrélativement à la diminution du nombre de séjours de médecine, l'évolution est différente en chirurgie : l'année 2020 mise à part, l'activité y augmente alors que les recettes de cette activité baissent tendanciellement. On doit y voir l'effet de la modification structurelle de ces séjours de chirurgie, de plus en plus ambulatoire : les tarifs ambulatoires sont en effet moins rémunérateurs que les tarifs en hospitalisation classique.

2.10.2 L'activité et les recettes tarifaires du CH CNP

Graphique n° 8 : Volume et recettes de l'activité de médecine du CH CNP

Source : CRC

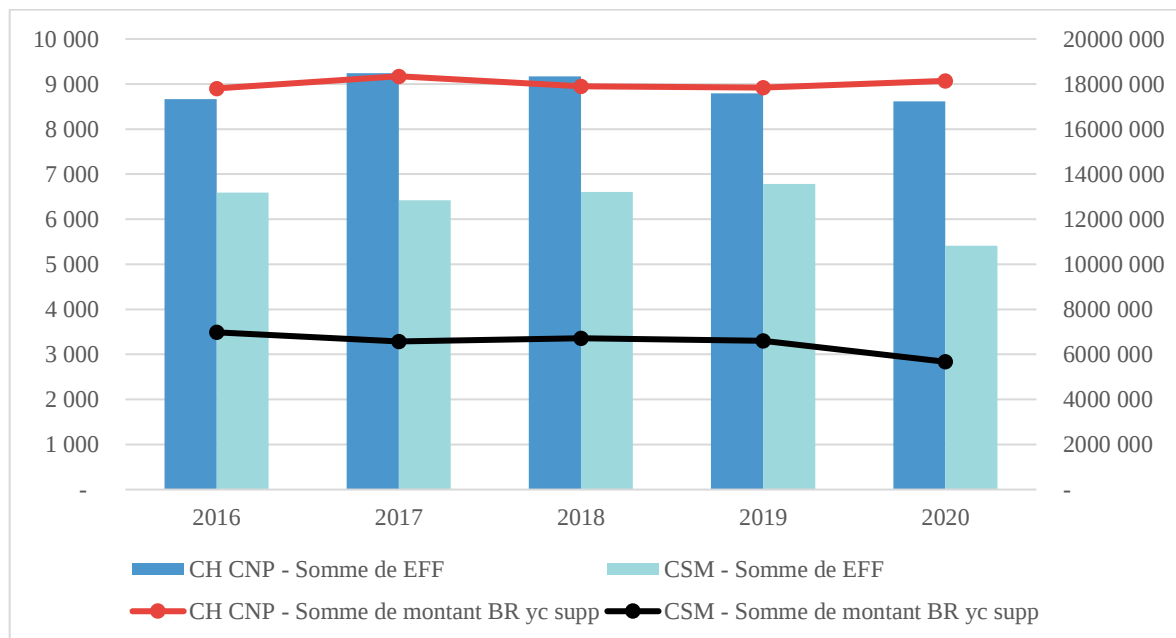
Graphique n° 9 : Volume et recettes des activités de chirurgie et obstétrique du CH CNP

Source : CRC

Si les recettes tirées de l'activité obstétrique suivent une évolution corrélative à celle du nombre de séjours obstétricaux, l'évolution est différente en chirurgie : les recettes progressent entre 2016 et 2020, comme le volume des séjours, mais alors que le volume stagne entre 2017 et 2019, les recettes ont continué d'augmenter. L'augmentation de la sévérité des cas de séjours dans les GHM propres contribue à cette hausse.

2.10.3 L'activité et les recettes tarifaires comparées du CH CNP et de la CSM

Graphique n° 10 : Volume et recettes de l'activité MCO CH CNP / CSM



Source : CRC

Alors que la CSM pâtit de la structure de son activité, dont les produits stagnent voire diminuent globalement, avant une forte baisse en 2020, le CH CNP bénéficie d'une activité moins sujette à la conjoncture et dont certaines recettes sont plus dynamiques. En conséquence, ses recettes d'exploitation MCO stagnent globalement.

Si l'essentiel de l'activité commune restante entre les deux établissements s'explique, des interrogations subsistent toutefois à la marge. Les constats formulés dans l'encadré ci-après invitent à interroger l'efficacité du codage croisé entre le CH CNP et la CSM. Le directeur général du CH CNP a indiqué à cet égard dans sa réponse que l'hôpital a décidé de mettre en place pour 2023 un codage centralisé de l'activité MCO.

Les interventions croisées des praticiens entre la clinique et le CH

Les interventions des chirurgiens libéraux de la clinique au CH sont nombreuses et de diverses natures (PDES, convention particulière le prévoyant...). Des refacturations ont donc lieu entre les deux établissements

Des factures d'honoraires de consultations adressées par les chirurgiens sont ainsi comptabilisées en charges par le CH au compte 61115 « personnel médical extérieur affecté à l'établissement ». Or, par exemple, en 2019, pour les chirurgiens orthopédistes, les pièces justificatives (dont certaines, mais pas toutes, mentionnent la convention du 1^{er} mars 2009 qui fonde leur intervention au CH) ne comportent pas les mentions obligatoires exigées par la réglementation pour caractériser des factures.

D'autres factures sont adressées par la clinique et comptabilisées en charges par le CH au compte 61117 « sous traitance – hospitalisations à l'extérieur ». Les pièces justificatives portent les mentions obligatoires permettant de caractériser une facture. Ces factures donnent systématiquement lieu à deux mandats : un premier mandat reprenant le tarif associé au GHS indiqué en haut de la facture et destiné à compenser les « frais de structure et de soins » et un deuxième mandat correspondant aux « honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire » facturés par les praticiens dont le nom et la signature attestent la prestation des actes, l'exactitude des honoraires et la dispense d'avance de frais.

Durant l'exercice 2019 ce sont 89 mandats qui sont enregistrés au compte 61117 par le CH. Certaines situations soulèvent différentes interrogations, lorsque le CH et la clinique comptabilisent tous les deux des GHS qui portent le même numéro.

Par exemple, un GHS n° 1794 est comptabilisé en produit par le CH sur la base d'un tarif BR de 650,06 € avec suppléments et la clinique comptabilise un produit au tarif de 313,21 €. En ajoutant les honoraires des praticiens libéraux, le montant total de la facture de la clinique atteint 411,48 €. Ou encore, le CH et la clinique comptabilisent tous les deux des GHS n° 1955, le premier au tarif BR de 2 002,05 € et la deuxième au tarif de 984,18 €. En ajoutant les honoraires des praticiens libéraux, le montant total de la facture de la clinique atteint 1 500,95 €. Troisième exemple, le CH et la clinique comptabilisent tous les deux des GHS n°3169, le premier au tarif BR de 588,96 € et la seconde au tarif de 364,41 €. Enfin, le CH comptabilise un produit pour un GHS n°1951 au tarif BR de 2 912 € et la clinique au tarif de 1 201,78 € auquel il faut ajouter les honoraires des praticiens libéraux pour un montant de 656,77 € soit un total de 1 858,55 €.

La CRC a cherché à savoir si les GHS enregistrés pouvaient correspondre à une double comptabilisation par l'un et l'autre des deux établissements du même séjour.

L'absence de transmission par la clinique des documents adéquats n'a pas permis d'aller au bout de ces investigations. Toutefois, à parti des documents transmis par le CH, on relève que :

- La liste des patients GHS n°1794 ne comporte pas le patient X. pourtant présent sur la pièce justificative annexée aux mandats n°4601 et 4602 comptabilisés au compte 61117 en 2019 ;

- La liste des patients GHS n°1955 comporte le patient Y. qui est bien présent sur la pièce justificative annexée aux mandats n°2632 et 2633 comptabilisés au compte 61117 en 2019. Cependant la date de sortie est le 28/01/2019 sur l'ordonnance et pas le 30/01/2019 comme indiqué par le CH et l'acte ZCQM005 ne figure pas sur l'ordonnance ; d'autre part, un GHS n°1955 pour le patient Z. en pièce justificative annexée aux mandats n°12322 et 12323 comptabilisés au compte 6117 en 2019, est classé par le CH en GHS n°1951, la date de sortie est le 28/08/2019 sur l'ordonnance et pas le 30/08/2019 et enfin les actes MEG, ZCQK002, ZCQM008 ne figurent pas sur l'ordonnance ;

- La liste des patients GHS n°3169 ne comporte pas le patient A. pourtant présent en PJ annexée au mandat n°12443 comptabilisés au compte 61117 en 2019.

- La liste des patients GHS n°1951 comporte le patient B. en PJ annexée aux mandats n° 11475 et 11476 comptabilisés au compte 61117 en 2019. Cependant la date de sortie est le 10/08/2019 sur l'ordonnance et pas le 12/08/2019 comme indiqué par le CH et les actes ZCQK002 et ZCQM008 ne figurent pas sur l'ordonnance.

Ces anomalies, qui ne permettent pas de conclure avec sûreté, devraient toutefois inviter le CH et la clinique à améliorer leur contrôle interne, voire à mettre en place des processus coordonnés de contrôle pour les patients ayant été soignés dans les deux établissements.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

Quatre observations principales peuvent être tirées de l'analyse de l'activité.

En premier lieu, la répartition globale de l'activité MCO décidée dans l'accord-cadre de 1998 est respectée : les activités de médecine (majoritairement) et d'obstétrique (en totalité) sont réalisées au CH CNP tandis que l'activité de chirurgie est (très majoritairement) exercée à la CSM. Située sur un territoire présentant de nombreuses difficultés sanitaires, la clinique Sainte-Marie s'est de plus en plus concentrée sur son cœur de métier chirurgical, en développant l'ambulatoire, l'endoscopie préopératoire et la chirurgie ophtalmique.

En deuxième lieu, cette spécialisation des établissements continue de croître, au moins en médecine. La chambre note en effet un lent processus de transfert des GHM communs de médecine de la clinique vers le CH puis à leur transfert en activité propre du CH. De manière générale, les activités médicales et chirurgicales communes le sont de moins en moins entre 2016 et 2020. Cette érosion des catégories et du nombre de GHM communs correspond à une spécialisation croissante de chaque établissement.

Plusieurs situations peuvent se présenter : soit certaines activités sont absorbées par un seul des deux établissements, soit elles diminuent dans les deux établissements ou bien encore elles disparaissent purement et simplement du champ d'activité des deux établissements.

En troisième lieu, au-delà de cette spécialisation globale et croissante, les deux établissements continuent néanmoins de partager une partie de leur activité en médecine et chirurgie, 23 ans après l'accord-cadre de 1998 et 15 ans après l'installation de la clinique au Pôle Choisel. Paradoxalement, une partie de ces activités communes augmente même régulièrement.

L'activité en médecine de la clinique est essentiellement liée aux endoscopies digestives (thérapeutiques), qui s'accroît et constitue aujourd'hui la seule activité a priori concurrentielle entre les deux établissements. Les deux directions ont indiqué qu'aucune d'entre elles n'avaient une stratégie définie en matière d'accroissement de parts de marché dans ce domaine. L'endoscopie suit en réalité les activités majoritaires des deux établissements : elle a une vocation diagnostique au sein de l'activité médecine du CH tandis qu'elle a un objectif préopératoire pour l'activité chirurgicale de la CSM. En conséquence, cette activité n'est pas, en réalité, concurrentielle.

Si l'activité chirurgicale du CH n'est pas comparable à celle de la clinique, elle progresse néanmoins régulièrement, que ce soit pour les activités communes ou pour l'activité propre. Contrairement à la clinique, cette progression en chirurgie est caractérisée surtout par les courts séjours (T) même si les autres niveaux de sévérité 1 à 4 et ambulatoire progressent également. Nonobstant l'année 2020, où le nombre de séjours d'obstétrique augmente à nouveau après quatre années de baisse, cette hausse continue de l'activité chirurgicale du CH a pour conséquence que, suivant deux évolutions contraires, les recettes tirées de l'activité chirurgicale ont dépassé en 2019 celles tirées de l'activité obstétrique.

Les directions des deux établissements ont confirmé que le maintien de GHM communs, essentiellement en gastro-entérologie, digestif et urologie, s'explique principalement par l'existence des activités d'urgence et d'obstétrique au CH. Les urgences impliquent de nombreux passages d'accidentés de la route ou de victimes de chutes qui exigent des actes chirurgicaux, de même que certains séjours obstétricaux. Le service des urgences comporte aussi une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et, depuis le 8 mars 2021, une unité de soins continus (USC). L'UHCD autorise une hospitalisation de 48h maximum, comptabilisée comme un séjour MCO, donnant lieu le cas échéant à un GHS minoré en cas d'hospitalisation complète dans un autre service ensuite ce qui, au Pôle Choisel, aura alors lieu à la CSM qui pourra comptabiliser son propre séjour. L'USC permet d'accueillir des patients exigeants une surveillance accrue et des équipements lourds, en amont ou en aval de la réanimation. Elle a été organisée en coopération avec la clinique Sainte-Marie. Les deux directions confirment aussi que les GHM communs en médecine sont essentiellement les endoscopies.

En dernier lieu, la concurrence apparente entre le CH CNP, établissement public de santé, et la CSM, établissement privé à but lucratif, ne s'effectue pas au détriment du premier, bien au contraire. Cela tient en grande partie au fait que cette concurrence n'existe en réalité pas : il y a une complémentarité réelle des deux établissements, quoique la soutenabilité à l'avenir de cette complémentarité soit mise en cause par la situation financière de la clinique.

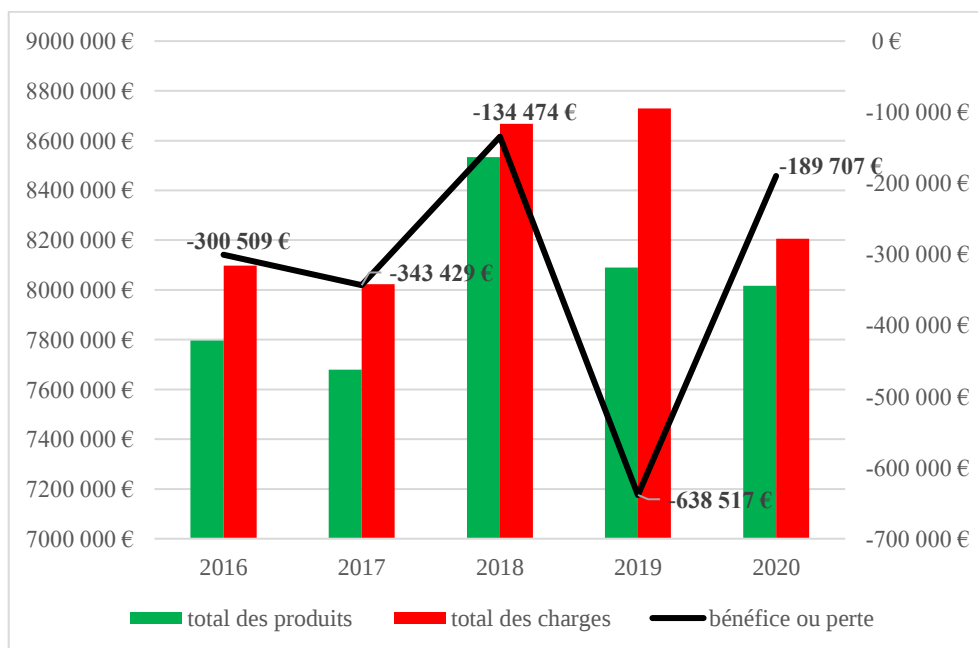
3 LA SITUATION FINANCIÈRE

La situation financière de la SAS Clinique Sainte-Marie est particulièrement problématique. En réalité, son actionnaire aurait déjà dû soit reconstituer les capitaux propres, soit procéder à sa dissolution.

Tableau n° 5 : Résultat courant de la clinique Sainte-Marie (en €)

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>ventes marchandises refacturable</i>	7 549	6 567	15 695	10 444	15 155
<i>CA médical</i>	6 448 417	5 873 945	6 104 799	6 227 522	6 230 675
<i>CA prestations médecins</i>	246 242	273 016	282 384	247 088	230 782
<i>autres prestations</i>	756 117	812 658	862 237	894 090	783 247
<i>chiffre d'affaires net</i>	7 458 325	6 966 186	7 265 115	7 379 144	7 259 859
<i>subventions d'exploit perçues</i>	206 592	417 607	544 540	405 371	385 688
<i>reprises sur amortissement</i>	0	0	0	0	0
<i>transfert de charges</i>	3 846	62 592	36 113	4 384	22 956
<i>reprises prov pensions, litiges, gros entretien</i>	7 879	73 007	153 643	196 525	222 088
<i>autres produits</i>	10 566	61 659	506	6 535	13 407
<i>total produits d'exploitation</i>	7 687 208	7 581 051	7 999 917	7 991 959	7 903 998
<i>achat de marchandises</i>		142			10 902
<i>achats matières premières et approvision^t</i>	1 414 709	1 368 060	1 457 100	1 664 919	1 318 311
<i>variation stocks</i>				-13 382	-19 913
<i>autres achats</i>	2 579 538	2 412 699	2 372 176	2 391 584	2 419 145
<i>total charges externes</i>	3 994 247	3 780 901	3 829 276	4 043 121	3 728 445
<i>impôts, taxes</i>	378 510	354 500	345 812	336 944	367 196
<i>salaires, traitements</i>	2 305 910	2 403 713	2 435 689	2 521 950	2 424 511
<i>charges sociales</i>	807 354	837 394	868 572	937 278	866 992
<i>total personnels</i>	3 113 264	3 241 107	3 304 261	3 459 228	3 291 503
<i>dotations d'exploitation</i>	526 314	617 416	757 857	703 410	713 887
<i>autres charges</i>	4 333	4 787	2 730	7 604	7 685
<i>total charges d'exploitation</i>	8 016 668	7 998 711	8 239 936	8 550 307	8 108 716
<i>résultat d'exploitation</i>	-329 460	-417 660	-240 019	-558 348	-204 718
<i>total des produits financiers</i>		11	3 808	0	193
<i>total des charges financières</i>	81 005	24 288	25 109	27 152	32 218
<i>résultat financier</i>	-81 005	-24 277	-21 301	-27 152	-32 025
<i>résultat courant</i>	-410 465	-441 937	-261 320	-585 500	-236 743

Source : CRC, d'après comptes sociaux

Graphique n° 11 : Résultat net de la clinique Sainte-Marie

Source : CRC, d'après comptes sociaux

La clinique Sainte-Marie est systématiquement déficitaire depuis au moins 2016⁴³ et, selon le rapport des commissaires aux comptes sur les comptes 2016, l'était déjà fortement en 2015 (- 565 115 €). Cette situation est générée par un résultat d'exploitation toujours déficitaire d'au moins - 200 000 €, que vient accroître un résultat financier lui aussi négatif en raison des intérêts des dépôts créditeurs. Seul le résultat exceptionnel est parfois positif, notamment en 2018, en raison de la cession d'actifs financiers⁴⁴.

La baisse continue des effectifs ne vient aucunement enrayer la progression de la masse salariale, alors que le chiffre d'affaires diminue globalement sur la période.

Tableau n° 6 : Effectifs de la clinique Sainte-Marie (en personne)

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Cadres</i>	3	3	6	3	2
<i>Agents de maîtrise</i>	3	3	3	4	3
<i>Employés</i>	92	85	77	68	67
Total	98	91	86	75	72

Source : Rapports des CAC⁴⁵

⁴³ Selon le rapport 2017 sur la gestion 2016, le dernier exercice bénéficiaire a été 2014 (+ 97 607 €).

⁴⁴ Cession de la société civile immobilière Saint-Jean de Béré, radiée du RCS

⁴⁵ Les chiffres en ETP selon Hospiddiag sont : 80 en 2016 et 79 en 2019. En 2012, les effectifs étaient de 136 salariés.

En l'absence d'emprunt, le financement de l'activité n'est assuré que par les délais de paiement aux fournisseurs⁴⁶ et, très majoritairement, par des dettes envers le groupe Vivalto. L'importance de cette dernière dette correspond à la pratique confirmée par le directeur général de la clinique de centralisation de la trésorerie au niveau du groupe, pratique dite de « cash pooling ».

Tableau n° 7 : État des dettes de la clinique Sainte-Marie (en €)

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Fournisseurs</i>	1 239 339	1 308 634	1 140 490	1 317 762	935 131
<i>Groupe</i>	4 383 344	4 407 632	4 240 513	4 647 665	4 685 441
<i>Autres*</i>	1 427 463	1 698 108	1 647 571	1 423 355	1 218 876
Total	7 050 146	7 414 374	7 028 574	7 388 782	6 839 448

Source : Rapports des CAC / * : dettes fiscales et sociales essentiellement, ainsi que dettes envers le personnel

Il convient d'y ajouter la dette de la clinique envers la caisse pivot de l'assurance maladie en 2020, étonnement inscrite en négatif à l'actif du bilan, d'un montant conséquent de 1 324 379 €, ce qui explique le montant particulièrement élevé du besoin en fonds de roulement 2020.

C'est ainsi l'analyse bilancielle qui révèle l'ampleur des difficultés financières de la clinique.

Tableau n° 8 : Bilan de la clinique Sainte-Marie (en €)

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Fonds de roulement</i>	- 671 317	- 998 053	- 659 979	- 828 945	- 784 854
<i>Besoin en fonds de roulement</i>	- 677 363	- 1 132 022	- 786 281	- 1 061 712	- 2 529 496
<i>Trésorerie</i>	6 044	133 971	126 303	232 767	1 744 641

Source : CRC, d'après comptes sociaux

Le fonds de roulement est systématiquement négatif, fortement (jamais supérieur à - 650 000 €). La trésorerie, très faible sauf en 2020, année atypique en raison de la crise sanitaire, est insuffisante, même si elle augmente sur la période (de 0 jours de chiffre d'affaires à 12 en 2019, puis 88 en 2020). C'est donc bien le besoin en fonds de roulement qui permet d'éviter le défaut de paiement, grâce aux dettes fournisseurs, et alors même que le montant des créances à court terme non encore recouvrées est très important : il varie entre 1,6 M€ et 2 M€ entre 2016 et 2019.

⁴⁶ Très majoritairement le délai de paiement des dettes échues est supérieur à 60 jours selon les rapports de gestion de la société (sauf en 2020).

Au-delà de cette situation financière particulièrement tendue et structurellement déficitaire, l'analyse bilancielle révèle un problème majeur pour la survie de la société. Par renvoi de l'article L. 227-1, alinéa 3, du code de commerce, l'article L. 225-248 du même code dispose en effet (alinéa 1^{er}) : « Si, du fait de pertes constatées dans les documents comptables, les capitaux propres de la société deviennent inférieurs à la moitié du capital social, le conseil d'administration ou le directoire, selon le cas, est tenu dans les quatre mois qui suivent l'approbation des comptes ayant fait apparaître cette perte, de convoquer l'assemblée générale extraordinaire à l'effet de décider s'il y a lieu à dissolution anticipée de la société. »⁴⁷ Or les capitaux propres de la société, selon la définition qu'en donne l'article R. 123-191 du code de commerce, sont structurellement très inférieurs à la moitié de son capital social, puisqu'ils sont négatifs, en diminution constante.

Tableau n° 9 : Comparaison du capital social et des capitaux propres de la clinique

	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre d'actions	16 448	16 448	16 448	16 448	16 448
Valeur nominale action	15,25 €	15,25 €	15,25 €	15,25 €	15,25 €
Capital social	250 832 €	250 832 €	250 832 €	250 832 €	250 832 €
Moitié du capital social	125 416 €	125 416 €	125 416 €	125 416 €	125 416 €
Capitaux propres	-507 085 €	-949 024 €	-1 182 003 €	-1 919 031 €	-2 220 698 €

Source : CRC, d'après comptes sociaux et rapports des CAC

En conséquence, le conseil d'administration de la SASU devait, dès 2017 au moins, décider de convoquer dans les quatre mois l'assemblée générale extraordinaire dans le but soit de dissoudre la société, soit de reconstituer avant fin 2018⁴⁸ les capitaux propres « à concurrence d'une valeur au moins égale à la moitié du capital social » (2^{ème} alinéa de l'article L. 225-248 du code de commerce), la résolution de l'assemblée générale devant être publiée.

Comme l'indiquent les rapports de gestion, le problème étant en réalité antérieur, l'assemblée générale a décidé par résolution du 11 mai 2016 de poursuivre l'activité, le délai pour reconstituer les capitaux propres arrivant donc à échéance à la fin de l'exercice 2018. À cette date, comme le constate le rapport de gestion 2018, les capitaux propres n'ont pas été reconstitués. Conformément à l'article L. 225-248 du code de commerce et comme en informe ce rapport, la société est donc désormais susceptible d'être dissoute en justice à la demande de tout intéressé. Les décisions annuelles de l'associé unique qui approuvent les comptes et affectent le résultat constatent chaque année, depuis 2016, que les résultats de l'exercice ne permettent pas de reconstituer les capitaux propres qui demeurent inférieurs à la moitié du capital social. Mention est faite de cette situation dans l'extrait Kbis de la société.

⁴⁷ Ces dispositions sont rappelées à l'article 28 des statuts de la SASU Clinique Sainte-Marie

⁴⁸ La loi donne, pour soit reconstituer les capitaux propres soit réduire le capital social (ce qui est impossible en l'espèce car si la loi n'exige aucun minimum pour le montant du capital social d'une SAS, il ne peut être négatif), un délai allant « au plus tard à la clôture du deuxième exercice suivant celui au cours duquel la constatation des pertes est intervenue ».

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La situation financière de la clinique Sainte-Marie est très problématique : si elle ne bénéficiait pas de l'apport en compte courant du groupe Vivalto, elle serait en cessation de paiement depuis plusieurs années. Cette situation structurelle doit être prise en compte par ses partenaires publics et le régulateur de l'offre de soins, au regard du volume d'activité réalisé sur le territoire.

La soutenabilité de la coopération avec le centre hospitalier de Châteaubriant est donc fortement contrainte par la recherche d'une solution pérenne à ce déséquilibre financier, qui manifeste la grande difficulté à maintenir une offre de soins MCO privée rentable sur un territoire isolé et présentant de nombreuses caractéristiques défavorables.



Les publications de la chambre régionale des comptes
Pays de la Loire
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/crc-pays-de-la-loire

Chambre régionale des comptes Pays de la Loire

25 rue Paul Bellamy

BP 14119

44041 Nantes Cedex 01

Adresse mél. : paysdelaloire@ccomptes.fr