



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

## CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT (Département de la Haute-Marne)

Exercices 2018 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 5 avril 2024

## SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	3
RAPPELS DU DROIT.....	5
RECOMMANDATIONS .....	5
PROCÉDURE ET THÈMES DE CONTRÔLE.....	6
1. PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT .....	6
2. REPENSER LA GOUVERNANCE DANS UN NOUVEAU PROJET DE TERRITOIRE ....	9
2.1 Un cadre stratégique à consolider .....	9
2.1.1 Un contrat de performance très volontariste, en partie abandonné depuis 2020.....	9
2.1.2 Un CPOM sanitaire lacunaire et non évalué .....	13
2.1.3 Un CPOM médico-social restant à finaliser.....	14
2.1.4 Un projet d'établissement à mettre en place .....	15
2.2 Un fonctionnement à revoir .....	15
2.2.1 Une organisation à régulariser.....	15
2.2.2 Une direction commune à clarifier.....	17
2.2.3 Le nécessaire renforcement du rôle des instances .....	19
2.3 Une gouvernance et une organisation à repenser dans le cadre du nouveau projet médical de territoire.....	20
2.3.1 Le bilan inachevé de l'administration provisoire .....	20
2.3.2 Les conditions de réussite du plan d'investissement sur les deux sites hospitaliers	21
3. DES COOPÉRATIONS Á RENFORCER DANS LE CADRE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE .....	23
3.1 Un soutien actif du CHU de Dijon, établissement support du groupement hospitalier de territoire 21-52.....	23
3.2 Les risques pour le CH de Chaumont liés à la situation des groupements de coopération sanitaire.....	23
3.2.1 Des interrogations sur la situation du groupement de coopération sanitaire pôle santé sud haut-marnais .....	24
3.2.2 Le groupement de coopération sanitaire pôle logistique sud haut-marnais, une mutualisation limitée et un résultat global déficitaire .....	27
4. UN ÉTABLISSEMENT CONNAISSANT UNE BAISSÉ TENDANCIELLE DE SON ACTIVITÉ .....	29
4.1 Une baisse tendancielle de l'activité pour l'ensemble des secteurs de soins.....	29
4.1.1 L'activité en médecine, chirurgie, obstétrique .....	30
4.1.2 L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) .....	31
4.1.3 L'activité de l'unité de soins longue durée.....	31
4.1.4 L'activité périnatale .....	31
4.1.5 L'activité des urgences .....	32
4.2 Une démarche de fiabilisation de l'information médicale à poursuivre dans le cadre de la mutualisation existante .....	33
4.2.1 Une mutualisation engagée en 2021 .....	33
4.2.2 Des procédures à harmoniser et à expliciter .....	33
4.3 Une analyse et un pilotage de l'activité à approfondir et à consolider.....	34
4.3.1 Une démarche entreprise depuis 2021 .....	34
4.3.2 Des premiers résultats.....	35
5. UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES Á FIABILISER POUR MIEUX MAÎTRISER LA MASSE SALARIALE .....	35
5.1 Vers l'instauration d'une politique des ressources humaines.....	36

5.1.1	La mise en place de référentiels .....	36
5.1.2	Des compléments nécessaires .....	36
5.2	Une diminution des effectifs ne générant pas d'économies .....	37
5.3	Un personnel médical à renouveler avec des modalités de rémunération à sécuriser .....	38
5.3.1	Une rémunération du personnel médical à sécuriser .....	39
5.3.2	Des dépenses d'intérim en apparence maîtrisées mais restant à réguler.....	42
5.4	Un suivi du temps de travail du personnel non médical à améliorer .....	43
6.	UNE SITUATION FINANCIÈRE DURABLEMENT DÉGRADÉE .....	45
6.1	Un rétablissement du pilotage financier de l'établissement à poursuivre .....	45
6.1.1	Un cadre de préparation et de suivi budgétaires non partagé .....	45
6.1.2	Des pratiques contestables liées aux insuffisances de pilotage budgétaire .....	46
6.2	Une fiabilité des comptes à renforcer .....	47
6.2.1	Des comptes arrêtés tardivement .....	47
6.2.2	Des états de suivi du patrimoine à corriger et à actualiser .....	47
6.2.3	Des opérations de fin d'exercice à améliorer .....	48
6.2.4	Des provisions à réexaminer ou à régulariser .....	50
6.3	Une situation financière durablement dégradée .....	52
6.3.1	Des produits insuffisants pour couvrir les charges depuis 2018 pour le budget principal comme pour le budget EHPAD .....	52
6.3.2	Un déficit cumulé qui s'aggrave .....	53
6.3.3	Une absence d'autofinancement.....	54
6.3.4	Un recours à l'emprunt restant impossible .....	55
6.3.5	Des investissements limités et essentiellement subventionnés.....	56
6.3.6	Une situation bilancielle tributaire des aides de l'autorité de tutelle .....	57
6.3.7	Conclusion sur la situation financière.....	59
	ANNEXE 1 : Les caractéristiques du CH de Chaumont.....	60
	ANNEXE 2 : Le cadre stratégique .....	62
	ANNEXE 3 : Les coopérations.....	64
	ANNEXE 4 : L'activité de l'établissement .....	65
	ANNEXE 5 : Les ressources humaines .....	67
	ANNEXE 6 : Les aspects financiers et comptables.....	70

## SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Grand Est a procédé pour les années 2018 et suivantes au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Chaumont.

### **Un établissement permettant le maintien d'un service public de la santé sur son territoire**

Orienté vers la médecine polyvalente, la gynécologie-obstétrique, les soins de suites et de réadaptation, de longue durée et la gériatrie, le centre hospitalier de Chaumont dispose également d'un service d'urgence, d'une structure mobile d'urgence et gère le SAMU pour le département de la Haute-Marne. Son bassin d'attractivité se situe à cheval sur les départements de la Haute-Marne, de l'Aube et de la Côte-d'Or. Territoire majoritairement rural, il se caractérise par une faible densité médicale. Sa capacité d'accueil est de 208 lits et 84 places au 31 décembre 2022 pour l'activité hospitalière, auxquels s'ajoutent 80 lits pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

### **Une gouvernance et une organisation à repenser dans le cadre du nouveau projet médical de territoire**

Ses résultats étant déficitaires depuis 2010, l'établissement a signé le 16 novembre 2018 avec l'agence régionale de santé (ARS) du Grand Est un contrat de performance. Partagé avec les centres hospitaliers de Langres et Bourbonne-les-Bains, ce contrat prévoyait pour la période 2018 - 2022 une trajectoire de réduction du déficit de 54 % avec une aide de l'ARS de 42 M€. Cet objectif volontariste n'a pas été atteint, les mesures prévues dans le plan de redressement n'ayant été que très partiellement mises en œuvre.

En effet, faute de projet médical de territoire, l'établissement n'a pas adopté de projet d'établissement. Son organisation, non conforme aux dispositions du code de la santé publique, est à régulariser. La composition, les missions de la direction commune, ainsi que les modalités de refacturation sont à clarifier dans la prochaine convention.

Toutefois, depuis 2021, des améliorations sont apparues dans le fonctionnement des instances. En outre, un projet médical de territoire est en cours d'élaboration. Il repose en partie sur la construction de deux nouveaux hôpitaux pour un montant total estimé de 140 M€. Si le pilotage de ce projet est renforcé par rapport à celui mis en œuvre pour le contrat de performance, une consolidation des coûts est néanmoins nécessaire. Il doit également reposer sur un plan pluriannuel de retour à l'équilibre qui doit être réaliste et tenir compte de l'ensemble des risques pesant sur l'établissement, notamment ceux liés aux groupements de coopération sanitaire.

Il en va de même pour la mise en place des outils de pilotage pour lesquels le travail de fiabilisation et de diffusion au sein de l'établissement, entrepris depuis 2021, doit être poursuivi, l'objectif étant de mettre en place une analyse, à minima mensuelle, de l'activité par l'ensemble des parties prenantes, notamment par le personnel soignant.

Par ailleurs, l'adoption d'un projet d'établissement reste une priorité afin d'adapter les capacités d'accueil aux besoins de soins de la population et de fixer des objectifs en termes d'activité. Il permettra également au centre hospitalier de Chaumont de se doter d'un cadre stratégique pour développer sa politique de ressources humaines et mieux maîtriser sa masse salariale, alors même que des irrégularités persistent, notamment au niveau de la rémunération du personnel médical et du suivi des heures supplémentaires pour le personnel non médical.

### **Une situation financière profondément et durablement dégradée**

Depuis 2018, quel que soit le secteur de soins, l'activité est en baisse constante. Dès lors, les produits perçus par l'établissement sont insuffisants pour couvrir les charges. Le

centre hospitalier de Chaumont ne dispose donc d'aucune capacité de financement pour couvrir le remboursement en capital de sa dette et ses investissements. Au 31 décembre 2022, le déficit cumulé s'établissait à 102 M€. Le besoin en fonds de roulement et les investissements n'ont été couverts que grâce aux aides versées par l'ARS Grand Est, dont le montant cumulé au cours de la période examinée s'élève à 74,4 M€.

**Une fusion souhaitable des établissements du centre et du sud de la Haute-Marne**

Enfin, le retour progressif à l'équilibre du centre hospitalier de Chaumont dans le cadre du nouveau projet médical de territoire suppose, au-delà des accords politiques, une adhésion de l'ensemble des communautés médicales des trois établissements concernés. Sa mise en œuvre pourrait donc être facilitée par leur fusion au sein d'un même établissement disposant de plusieurs sites.

## RAPPELS DU DROIT

Rappel du droit n° 1 : Établir un projet d'établissement en application des dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique. ....	15
Rappel du droit n° 2 : Mettre en conformité l'organisation interne de l'hôpital, pour le fonctionnement médical et la dispensation des soins, par rapport aux articles L. 6146-1, L. 6146-1-1 et L. 6146-1-2 du code de la santé publique. ....	17
Rappel du droit n° 3 : Établir et présenter au conseil de surveillance le rapport d'activité prévu à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique. ....	35
Rappel du droit n° 4 : Se conformer pour l'organisation et l'indemnisation de la permanence de soins aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003. ....	41
Rappel du droit n° 5 : Se conformer pour le calcul de la rémunération des praticiens hospitaliers titulaires aux dispositions de l'article R. 6152-23 du code de la santé publique et des arrêtés du 30 avril 2003 et du 8 juillet 2022. ....	42
Rappel du droit n° 6 : Respecter les dispositions de l'article 1 <sup>er</sup> du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 pour le nombre de jours de congés accordés au personnel non médical... 45	45
Rappel du droit n° 7 : Tenir une comptabilité d'engagement exhaustive en application des dispositions de l'article R. 6145-6 du code de la santé publique. ....	49
Rappel du droit n° 8 : Appliquer les dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 pour la constitution et le suivi des provisions. ....	52

## RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Engager, à la faveur de la construction des nouveaux hôpitaux, en lien avec l'agence régionale de santé, la fusion des centres hospitaliers de Chaumont, de Langres et de Bourbonne-les-Bains en application des dispositions de l'article L. 6141-7-1 du code de la santé publique. ....	22
Recommandation n° 2 : Mettre en place, en lien avec les présidents de la CME et de la CSIRMT, un comité de pilotage médico-économique pour assurer une analyse mensuelle et partagée de l'activité, au regard d'objectifs à définir dans le cadre du futur projet d'établissement.....	35
Recommandation n° 3 : Finaliser la mise en place du dispositif automatisé de contrôle du temps de travail pour le personnel non médical. ....	45
Recommandation n° 4 : Établir sans délai, en lien avec l'agence régionale de santé, un plan pluriannuel de retour progressif à l'équilibre réaliste et tenant compte de l'ensemble des risques pesant sur l'établissement. ....	59

## PROCÉDURE ET THÈMES DE CONTRÔLE

Inscrit au programme de la chambre, le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier (CH) de Chaumont qui porte sur les exercices 2018 et suivants a été ouvert par lettres du président de la chambre adressées au directeur par intérim, ordonnateur en fonctions, le 3 octobre 2022 et à ses prédécesseurs le 27 octobre 2022.

À l'issue de l'instruction, les entretiens précédents les observations provisoires, prévus par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières ont eu lieu le 31 mai 2023 avec l'ordonnateur en fonctions et le 7 juin 2023 avec ses prédécesseurs.

Les observations provisoires retenues par la chambre lors de son délibéré du 6 septembre 2023, ont été notifiées le 25 octobre 2023 à l'ancien ordonnateur et à son successeur, ainsi que les extraits afférents.

Après examen des réponses reçues, lors de sa séance du 5 avril 2024, la chambre a arrêté ses observations définitives. Elles portent sur le pilotage de l'établissement, l'activité et son évolution, les ressources humaines, la fiabilité des comptes et la situation financière.

Les observations formulées par la chambre dans son rapport du 21 juin 2017 ont également fait l'objet d'un suivi<sup>1</sup>. Ce contrôle, réalisé en 2016, faisait suite à l'avis rendu par la chambre le 3 octobre 2014 sur la situation financière de l'établissement en application des dispositions de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique<sup>2</sup>.

### 1. PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT

Le centre hospitalier est implanté sur deux sites, au centre-ville de Chaumont, chef-lieu du département de la Haute-Marne, et sur la commune de Riaucourt pour l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'unité de soins longue durée. Son bassin d'attractivité, à cheval sur les départements de la Haute-Marne, de l'Aube et de la Côte-d'Or, regroupe 32 communes<sup>3</sup>, pour une population totale de 71 823 habitants<sup>4</sup>.

---

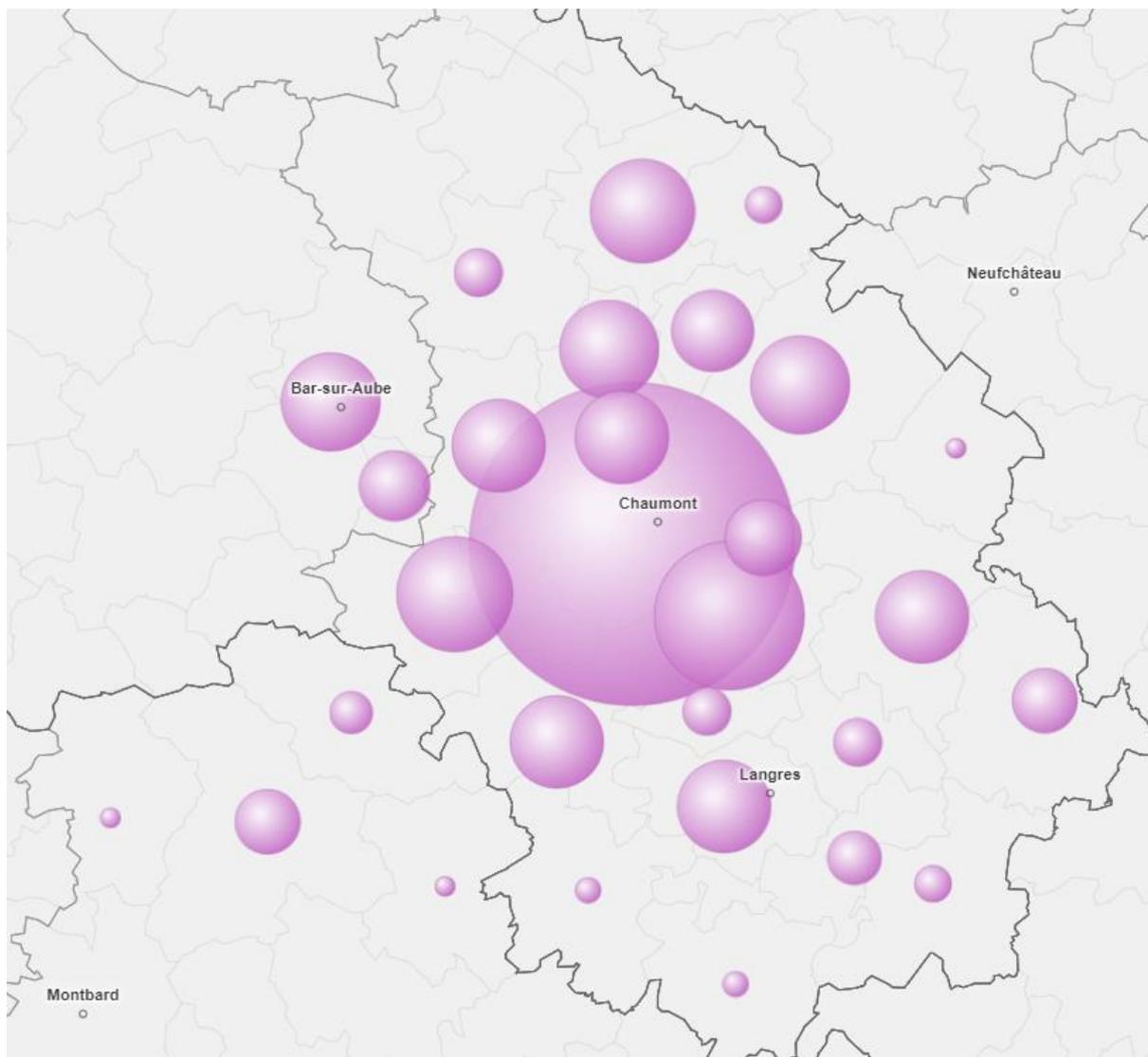
<sup>1</sup> Dans son précédent rapport, la chambre formulait trois rappels du droit et cinq recommandations en matière de gouvernance et d'organisation interne, de fiabilité des comptes, de politique achats, de pilotage de l'activité et de gestion des ressources humaines. Elle constatait, en outre, une dégradation de la situation financière déjà fortement fragilisée depuis 2010, les principales causes relevées étant la baisse de l'activité, le recours important au personnel intérimaire et un déficit de gouvernance.

<sup>2</sup> Dans cet avis, la chambre relevait que le centre hospitalier était confronté à une situation financière grave, caractérisée par un déficit structurel important et plusieurs situations de cessation de paiement évitées grâce aux aides exceptionnelles de trésorerie versées par l'ARS. Elle signalait également des irrégularités importantes en matière de rémunération du personnel médical.

<sup>3</sup> Le détail des communes (population, densité et classement par zone de densité médicale) est présenté dans l'annexe 3 du rapport.

<sup>4</sup> Données 2019 publiées le 22 septembre 2022 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Figure 1 : Le bassin d'attractivité du CH de Chaumont



Source : CRC à partir des données HospiDiag

Comme pour le reste du département, ce territoire majoritairement rural, avec une densité moyenne de population de 71,67 habitants au km<sup>2</sup>, se caractérise par une population vieillissante et une faible densité des professionnels de santé.

33 % des habitants du département de la Haute-Marne ont plus de 60 ans. Le taux de mortalité (12,7 ‰) est supérieur à celui de la région Grand Est (9,6 ‰) et de la France métropolitaine (9,1 ‰). L'espérance de vie (76,8 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes) est inférieure à celle de la population régionale (77,8 ans pour les hommes et 83,7 ans pour les femmes) et de la métropole (79,2 ans pour les hommes et 85,2 ans pour les femmes). Les principales causes de mortalité sont les cancers, les maladies cardio-vasculaires et celles liées à l'alcoolisme. À l'instar des autres départements français, la Haute-Marne connaît également un développement des affections de longue durée, notamment du diabète de type 2<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Les données relatives à la démographie de la population du département de la Haute-Marne sont issues de deux sources, les données démographiques 2019 publiées par l'Insee et le bilan des actions menées par la région Grand Est en matière de santé sur la période 2016-2020, intitulé « la région, une volonté et un engagement au service de la santé en Grand Est, tour d'horizon des actions conduites par la région Grand Est ».

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la densité médicale<sup>6</sup> du département s'établit à 240 médecins libéraux, toutes spécialités confondues, niveau largement inférieur à la moyenne régionale (322 médecins) et métropolitaine (340 médecins), en raison d'un déficit marqué de médecins spécialistes et d'une diminution depuis 2018 du nombre de médecins généralistes (152 médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2018 contre 135 en 2022). En outre, la part des médecins de plus de 55 ans représente en moyenne 64 % des médecins libéraux depuis 2018.

À la même date, 164 médecins exercent à titre principal dans les établissements de santé du département, ils étaient 199 au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Avec 404 médecins en activité, le département de la Haute-Marne ne représente donc que 2,3 % des effectifs médicaux implantés en région Grand Est (17 856 médecins).

Il ressort de cette situation que toutes les communes composant le bassin d'attractivité du CH de Chaumont ont été identifiées, en 2022, par les ARS Grand Est et Bourgogne - Franche Comté, comme soit ayant une offre de soins insuffisante, soit présentant des difficultés d'accès à cette offre. Deux tiers d'entre elles ont été classées en zone d'intervention prioritaire, le restant en zone d'action complémentaire. La présence de cet établissement public de santé est donc indispensable au maintien d'un service public de la santé sur ce territoire.

La densité des professionnels de santé intervenant en matière de soins de premiers recours<sup>7</sup>, à la différence de celle des médecins, connaît une augmentation de 47 % entre 2018 et 2022, passant de 311 professionnels au 1<sup>er</sup> janvier 2018 à 458 au 1<sup>er</sup> janvier 2022, en raison d'une forte augmentation du nombre d'infirmiers libéraux et de kinésithérapeutes<sup>8</sup>.

Le CH de Chaumont est un hôpital orienté vers la médecine polyvalente, la gynécologie-obstétrique, y compris sur le volet chirurgical, les soins de suites, de réadaptation, de longue durée et la gériatrie. Il dispose d'un service d'urgence et d'une structure mobile d'urgence et de réanimation. Il gère le centre de régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU).

Il offre un accès à un plateau technique d'imagerie médicale (radiologie conventionnelle, échographie, mammographie, scanner, imagerie par résonance magnétique (IRM) et Pet scan), géré par un groupement d'intérêt économique (GIE) dont il est un des membres. Il permet également l'accès à un plateau de biologie médicale géré par le groupement de coopération sanitaire (GCS) pôle logistique sud Haute-Marne dont il fait partie. En outre, il est en capacité d'orienter les patients pour l'activité de chirurgie, y compris pour le traitement chirurgical du cancer vers le groupement de coopération sanitaire pôle de santé sud haut-marnais, dont il est membre.

Il fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) 21- 52 depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, dont l'établissement support est le centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon. Sur le territoire national, il s'agit du seul GHT dont le périmètre géographique se situe à cheval sur le ressort de deux agences régionales de santé (ARS), Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est.

Le CH de Chaumont est également signataire du contrat local de santé du pays de Chaumont 2020 - 2024.

Au 31 décembre 2022, sa capacité d'accueil pour l'activité hospitalière est de 208 lits et 84 places, auxquels s'ajoutent 80 lits pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

---

<sup>6</sup> Selon l'INSEE, la densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins (omnipraticiens et spécialistes) à la population d'un territoire donné. Elle s'exprime en nombre de médecins pour 100 000 habitants.

<sup>7</sup> Conformément aux dispositions de l'article L. 1411-11 du code de la santé, il s'agit en complément des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des infirmiers libéraux et des kinésithérapeutes.

<sup>8</sup> Les données concernant la densité médicale et celle des professionnels de santé sont issues des travaux statistiques de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de l'INSEE et de la caisse nationale d'assurance maladie.

Tableau 1 : Évolution du capacitaire du CH de Chaumont entre 2018 et 2022

	2018		2019		2020		2021		2022		Évolution 2022/2018	
	Lits	Places	Lits	Places								
Médecine	90	6	100	8	110	8	105	8	100	8		
Chirurgie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Gynéco- obstétrique	19	1	17	4	17	4	17	4	17	4		
Soins de suite et réadaptation	22	15	25	15	25	15	49	15	47	15		
Unité de soins de longue durée	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0		
Service d'accueil d'urgence - Unité d'hospitalisation de courte durée	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0		
Service de soins infirmiers à domicile	0	50	0	50	0	50	0	50	0	57		
EHPAD	80	0	80	0	80	0	80	0	80	0		
Total	255	72	266	77	276	77	295	77	288	84	13 %	17 %

Source : CRC à partir de S.A.E diffusion et les décisions d'autorisation d'activité de l'ARS Grand Est

Il dispose également d'une maternité de niveau IIA, de deux salles de bloc dédiées aux actes d'obstétriques et de six postes de réveil associés, de deux ambulances et deux véhicules légers pour le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Au 31 décembre 2022, les effectifs du CH de Chaumont sont de 64,67 équivalents temps plein (ETP) moyens annuels pour le personnel médical et 693,17 ETP moyens annuels pour le personnel non médical, soit un total de 757,84 ETP moyens annuels pour l'ensemble des activités de l'établissement.

## 2. REPENSER LA GOUVERNANCE DANS UN NOUVEAU PROJET DE TERRITOIRE

### 2.1 Un cadre stratégique à consolider

#### 2.1.1 Un contrat de performance très volontariste, en partie abandonné depuis 2020

En application des dispositions des articles L. 6143-3 et D. 6143-39 du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS peut demander à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement s'il présente une situation de déséquilibre financier. Cette dernière s'apprécie au regard de trois critères non cumulatifs :

- un compte de résultat principal présentant un résultat déficitaire d'un montant supérieur à 3 % du total des produits de ce compte ;
- un compte de résultat principal déficitaire et une capacité d'autofinancement insuffisante ou représentant moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues ;
- une capacité d'autofinancement ne permettant pas de couvrir le remboursement en capital de la dette.

L'établissement dispose d'un délai compris entre un et trois mois pour proposer le plan de redressement. Les modalités de retour à l'équilibre prévues dans le plan sont intégrées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le CH de Chaumont présentait un déficit d'exploitation cumulé d'un montant de 12,69 M€, le report à nouveau s'établissant à - 34,54 M€. Le déficit du compte de résultat principal (12,61 M€) correspondait à 25,42 % du total des produits de ce compte (49,61 M€), soit un niveau supérieur au seuil de 3 % fixé par l'article D. 6143-39 du code de la santé publique. En outre, l'établissement ne disposait d'aucune capacité d'autofinancement pour couvrir l'annuité en capital de sa dette (en moyenne 2 M€ par an)<sup>9</sup>.

Comme l'a relevé la chambre dans son avis budgétaire et son précédent rapport, cette situation financière dégradée perdure depuis 2010. Sur décision du directeur général de l'ARS Grand Est, en application des dispositions du code de la santé publique précitées, un contrat de performance a été signé le 16 novembre 2018. Au préalable, il avait été présenté et approuvé par l'ensemble des instances du CH de Chaumont<sup>10</sup>.

Conclu pour une durée de cinq ans, ce contrat concerne les trois hôpitaux du centre et sud haut-marnais (Chaumont, Langres et Bourbonne-les-Bains). Il a été élaboré avec l'appui du CHU de Dijon, établissement support du GHT 21-52 auquel appartiennent les trois hôpitaux. Il a été précédé par deux audits, un sur le volet médical réalisé par un professeur des universités - praticien hospitalier du CHU de Dijon et un sur l'environnement et le fonctionnement des trois hôpitaux, effectué par un prestataire.

Les principaux constats ressortant de ces audits et repris dans le contrat de performance portaient sur :

- un besoin en soins stable sur le bassin d'attractivité des centres hospitaliers mais une nécessaire adaptation de l'offre de soins pour prendre en compte le vieillissement de la population ;
- une activité en baisse constante, les réorganisations entreprises entre 2015 et 2017 étaient justifiées, toutefois en l'absence de collectif soudé, elles n'ont pas permis de rétablir la situation. Pour le CH de Chaumont, il s'agit de la mise en place de services de médecine polyvalente et non plus par spécialité, du développement d'une filière gériatrique, de la création d'une unité de médecine ambulatoire et du transfert de l'unité de soins continus au GCS pôle de santé sud haut-marnais ;
- un indicateur de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)<sup>11</sup> supérieur à un. Il est de 1,10 pour le CH de Chaumont en 2017 ;
- un niveau de soutien financier exceptionnel de la part de l'ARS Grand Est ;
- une absence de pilotage et de gouvernance (pas de projet d'établissement et de projet médical), constat déjà établi par la chambre dans son avis de 2014 et dans son rapport d'observations de 2017 ;
- une problématique d'attractivité médicale et de pérennisation des équipes soignantes ;

<sup>9</sup> Les données financières sont issues des comptes financiers 2018 et 2019.

<sup>10</sup> Procès-verbal (PV) du conseil de surveillance du 24 octobre 2018, PV du directoire du 19 octobre 2018, PV de la commission médicale d'établissement du 19 octobre 2018, PV de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du 19 octobre 2018 et PV du comité technique d'établissement du 24 octobre 2018.

<sup>11</sup> L'IP-DMS permet de mesurer l'efficacité des établissements de santé. Il est déterminé par comparaison entre le nombre de journées en médecine, chirurgie et obstétrique, réalisées en hospitalisation complète et le nombre de journées théoriques. Lorsqu'il est supérieur à un, les durées de séjour sont en moyenne plus longues que pour l'ensemble des établissements.

- une perte de confiance de la part des professionnels de santé (médecine de ville notamment) et de la population ; le taux de fuite<sup>12</sup> sur le périmètre d'attractivité des trois établissements s'établissant à 41 % en 2017.

Au niveau des axes d'amélioration retenus dans le contrat, le premier fixe le principe d'une gradation de l'offre de soins entre les trois établissements, reposant sur un projet médical de territoire en accord avec celui du GHT 21-52, basé sur la création de filières de soins.

Concernant la chirurgie et les soins continus, l'activité doit être mutualisée avec les deux cliniques implantées respectivement sur Langres et Chaumont, via un groupement de coopération sanitaire. Il en est de même pour les fonctions logistiques, techniques et médico-techniques. La mise en œuvre de ces mesures a été initiée de façon concomitante à l'élaboration du plan de performance.

Par ailleurs, l'articulation entre les services d'urgence et les autres services d'hospitalisation doit être revue, une gestion des lits doit être mise en place, les activités de consultation externe, comme la médecine ambulatoire doivent être développées.

En termes de gouvernance et de pilotage, les actions prévues par le plan de performance sont :

- une extension de la direction commune, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018 entre les trois établissements, au CHU de Dijon ;
- la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des carrières et d'une politique d'attractivité pour le recrutement médical en lien avec le CHU de Dijon en ciblant prioritairement les spécialités suivantes : pneumologie, gastrologie, oncologie, néphrologie, dermatologie, rhumatologie et filière rééducative ;
- le rattachement conjoint des trois hôpitaux aux facultés de médecine de Reims et de Dijon pour le recrutement des internes ;
- un renforcement des outils de pilotage et de la communication interne comme externe.

Ces axes d'amélioration ont été déclinés, en annexes du contrat de performance, au sein de 33 fiches actions réparties en quatre thèmes :

- stratégie et organisation médicale en réseau ;
- amélioration du parcours patients sur le territoire et au sein des établissements ;
- optimisation des fonctions supports à une échelle territoriale ;
- adéquation des ressources à l'activité.

C'est sur la base de ces fiches qu'une trajectoire de redressement pluriannuelle de la situation financière des trois établissements a été fixée dans le contrat.

---

<sup>12</sup> Le taux de fuite se définit comme la part des séjours des patients d'une zone géographique réalisés hors de cette zone alors même que l'activité y est proposée, selon l'ARS Grand Est, dans le contrat de performance signé en 2018.

Tableau 2 : La trajectoire de redressement pluriannuelle de la situation financière du CH de Chaumont

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Produits d'exploitation	51 974 000 €	50 272 000 €	50 621 000 €	51 149 000 €	51 773 000 €	52 408 000 €
Charges d'exploitation	62 527 000 €	58 987 000 €	57 095 000 €	56 778 000 €	56 589 000 €	56 809 000 €
Résultat	- 10 553 000 €	- 8 714 000 €	- 6 474 000 €	- 5 629 000 €	- 4 815 000 €	- 4 401 000 €
Marge brute générée	- 7 306 000 €	- 5 813 000 €	- 3 351 000 €	- 2 255 000 €	- 1 272 000 €	- 847 000 €
Évolution de la trésorerie	- 14 650 000 €	- 9 851 000 €	- 7 275 000 €	- 5 882 000 €	- 4 268 000 €	- 3 199 000 €

Source : CRC à partir du contrat de performance centres hospitaliers du sud haut-marnais 2018-2023

Au titre de ce plan de redressement, il était prévu que le CH de Chaumont bénéficie sur la période 2018-2023, d'une aide exceptionnelle globale de 42 M€ de la part de l'ARS Grand Est.

Tableau 3 : Répartition par année de l'aide apportée par l'ARS Grand Est entre 2018 et 2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aide ARS	15 000 000 €	11 000 000 €	7 650 000 €	5 250 000 €	3 100 000 €	0 €

Source : CRC à partir du contrat de performance centres hospitaliers du sud haut-marnais 2018-2023

Si la trajectoire financière et le montant des aides exceptionnelles versées par l'ARS Grand Est ont bien été individualisés pour chaque établissement, la chambre constate néanmoins que les mesures d'économies ont été évaluées globalement, à 12,7 M€, sans être réparties entre les établissements. Il en va de même pour la réduction des effectifs (- 61,84 ETP). Pour les recettes supplémentaires attendues de 19,04 M€, seul 7,28 M€ de recettes ont été attribuées, dont 4,51 M€ pour le CH de Chaumont.

Par ailleurs, elle relève l'existence de nombreuses incohérences pour une même donnée entre le contenu du contrat, le tableau de synthèse intitulé « plan d'action consolidé » et les annexes, la plus importante concernant le montant des gains attendus avec un écart de 1,2 M€ entre le contrat (montant de 13,9 M€ évoqué au point 5.2.2) et le tableau de synthèse et les annexes (montant affiché de 12,7 M€).

En outre, à la lecture des annexes, les prévisions de recettes et de gains attendus apparaissent, pour une majorité d'entre elles, insuffisamment étayées. À titre d'exemple, les gains complémentaires pour les budgets principaux de 3,2 M€ et de 1,96 M€ pour les budgets EHPAD et unité de soins longue durée, mentionnés dans le tableau de synthèse, ne sont pas justifiés en annexe dans une fiche action.

Il en va de même pour les recettes de 1,2 M€ pour le virage ambulatoire et le développement des consultations externes (fiche 2.4) et de 0,75 M€ issues de l'amélioration du codage, de la chaîne de facturation et de l'optimisation des fonctions médicales et logistiques n'entrant pas dans le périmètre des GCS (fiches 3.6 et 3.8), les tableaux mentionnés dans les annexes ne permettant pas d'identifier la méthodologie de calcul.

Enfin, l'analyse de la trajectoire financière fait apparaître un écart positif moyen de 3,28 M€ entre le résultat et la marge brute générée entre 2018 et 2023.

Tableau 4 : Écart moyen entre le résultat et la marge brute généré entre 2018 et 2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Résultat	- 10 553 000 €	- 8 714 000 €	- 6 474 000 €	- 5 629 000 €	- 4 815 000 €	- 4 401 000 €
Marge brute générée	- 7 306 000 €	- 5 813 000 €	- 3 351 000 €	- 2 255 000 €	- 1 272 000 €	- 847 000 €
Écart entre la marge brute et le résultat	3 243 000 €	2 901 000 €	3 123 000 €	3 374 000 €	3 543 000 €	3 554 000 €

Source : CRC à partir du contrat de performance centres hospitaliers du sud haut-marnais 2018-2023

Si cet écart semble correspondre au solde positif des autres produits et charges de gestion (comptes 75 et 65), il repose cependant sur une prévision de recette qui ne fait l'objet d'aucune précision dans le contrat de performance.

Pour conclure, si le diagnostic et les axes d'amélioration ont été clairement exposés dans le contrat de performance, sa déclinaison opérationnelle méritait d'être développée et consolidée, au-delà des ajustements envisagés à l'article 11 du contrat, lors de sa mise en œuvre et dans le cadre de son suivi.

Par ailleurs, les suivis mensuels et trimestriels avec le délégué territorial de l'ARS, les présidents des conseils de surveillance et des commissions médicales d'établissement, prévus à l'article 11 du contrat, n'ont été effectifs que jusqu'à la mise en place de l'administration provisoire en novembre 2019, soit moins d'un an après la signature du contrat de performance. Si des points réguliers ont été maintenus par la suite, ils n'ont pas porté directement sur la mise en œuvre de ce contrat. Selon l'ordonnateur, elle a été de *facto* suspendue en 2020 dans l'attente des conclusions de l'administration provisoire et de la validation d'un nouveau projet médical de territoire. Toutefois, le travail initié sur certains axes d'amélioration (gestion des lits notamment) a été poursuivi au cours de la période examinée.

### 2.1.2 Un CPOM sanitaire lacunaire et non évalué

En application des dispositions des articles L. 6114-1 et L. 6114-2 du code de la santé publique, chaque établissement de santé est tenu de conclure, avec l'ARS, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée de cinq ans, fixant ses objectifs stratégiques, sur la base du projet régional de santé.

Le CPOM 2018-2023, conclu le 19 décembre 2018 entre le centre hospitalier et l'ARS, a été prolongé, le 18 décembre 2023, pour une durée de 24 mois. Il succède au CPOM de 2012-2017 signé le 1<sup>er</sup> juillet 2012. Ce dernier avait été prorogé de six mois après la publication du projet régional de santé (PRS) 2018-2022. Il n'a pas fait l'objet d'un rapport final d'exécution comme le prévoit l'article D. 6114-8 du code de la santé publique.

Les objectifs fixés dans le CPOM 2018-2023 sont succincts et très généraux et ne sont pas assortis d'indicateurs. S'il apporte certaines précisions en matière de capacitaire, de recrutement médical et d'autorisation d'activité, il s'agit essentiellement d'un outil de notification financière. À ce titre, le contrat initial qui prévoyait une dotation de base annuelle reconductible de 8 766 075 € pour le CH de Chaumont, a fait l'objet de 67 avenants qui ont permis d'augmenter cette dotation à 8 914 764 € et l'octroi d'aides complémentaires pour un montant cumulé de 3 823 284 € au 31 décembre 2022<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Détail en annexe 2.

Toutefois, contrairement aux dispositions de l'article D. 6114-1 du code de la santé publique, ne figure pas en annexe la liste des accords et des autres contrats en cours de validité signés par l'établissement avec l'ARS, notamment le contrat de performance signé le 16 novembre 2018. De même, les modalités de retour à l'équilibre prévu dans le contrat de performance n'ont pas été intégrées dans le CPOM ou ses avenants au niveau des financements accordés. Le CPOM ne permet donc d'avoir qu'une vision partielle des financements accordés par l'ARS.

L'article 2 du contrat prévoit un suivi par le biais d'une revue annuelle tel que prévu à l'article D. 6114-8 du code de la santé publique. Pour le CH de Chaumont, aucune revue annuelle n'a été effectuée.

Par ailleurs, à l'échéance du CPOM actuel, une évaluation finale du contrat doit être établie comme le prévoit l'article D. 6114-8 du code de la santé publique. Initialement prévue le 17 décembre 2023, l'établissement aurait dû réaliser l'évaluation au plus tard le 31 décembre 2022, conformément à l'article 2 du CPOM 2018-2023. Il ne s'y est pas conformé. Toutefois, la chambre note qu'à la faveur de la prolongation du CPOM, l'ordonnateur dispose d'un délai supplémentaire allant jusqu'au 31 décembre 2024 pour effectuer cette évaluation.

### 2.1.3 Un CPOM médico-social restant à finaliser

En application de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et de la famille<sup>14</sup>, deux conventions tripartites pluriannuelles relatives au fonctionnement de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été signées respectivement les 11 et 18 juin 2008 entre le directeur général de l'ARS, le président du conseil départemental de la Haute-Marne et le directeur du CH de Chaumont et de l'EHPAD.

Pour la prise en charge des personnes accueillies, ces conventions ont fixé des objectifs de qualité, en termes de soins prodigués, de conditions de vie et d'accompagnement proposées. Les conditions de fonctionnement de l'établissement, les modalités de financement et d'évaluation y ont été également prévues.

Elles ont été conclues pour une durée de cinq ans, avec une entrée en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier et du 1<sup>er</sup> mars 2008. Elles ont été prorogées par avenant jusqu'au 31 décembre 2016. Depuis cette date, elles n'ont pas été renouvelées ou remplacées.

L'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population est venu modifier l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Désormais, les personnes morales ou physiques gérant un EHPAD doivent conclure un CPOM avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS.

Cette nouvelle obligation est entrée en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, avec une mise en œuvre progressive jusqu'au 31 décembre 2021<sup>15</sup>.

Pour l'EHPAD et le service de soins infirmiers à domicile du CH de Chaumont, les négociations pour la conclusion du CPOM ont débuté en septembre 2021, sur la base d'un document de travail élaboré par un cabinet, financé par le conseil départemental de la Haute-Marne. Il comprend 26 fiches actions constituant le projet d'établissement et une proposition de budget « base zéro » établie à partir des données financières de l'année 2019.

<sup>14</sup> Version en vigueur jusqu'au 30 décembre 2015.

<sup>15</sup> Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Les discussions sont toujours en cours. Selon l'ordonnateur, le principal point de divergence porte sur la prise en compte ou non dans le budget « base zéro » des mesures de revalorisation salariale mises en place dans le cadre du Ségur de la santé et du plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie, ainsi que de l'augmentation des coûts de l'énergie et des matières premières.

La chambre invite l'établissement à finaliser sans délai, en lien avec l'ARS et le département, les démarches entreprises pour la conclusion du CPOM médico-social.

#### 2.1.4 Un projet d'établissement à mettre en place.

L'élaboration d'un projet d'établissement est une obligation légale pour tous les établissements publics de santé, selon l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

Il comprend un projet médical, de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de prise en charge des patients, psychologique et social. Depuis la loi du 26 avril 2021<sup>16</sup>, il doit également comporter un volet éco-responsable définissant les objectifs et la trajectoire de réduction du bilan carbone de l'établissement, ainsi qu'un projet de gouvernance et de management. Il doit également prévoir les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont le centre hospitalier doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Au cours de la période examinée, le projet médical de territoire prévu par le contrat de performance n'ayant pas été établi, aucun projet d'établissement, dans toutes ses composantes, n'a été élaboré.

Dans son avis budgétaire du 3 octobre 2014, la chambre relevait que le CH de Chaumont se caractérisait par certains dysfonctionnements institutionnels qui ne favorisaient pas son développement. Elle soulignait que la mise en place d'un projet médical, couplé au fonctionnement régulier des instances de l'hôpital et au respect du calendrier budgétaire était une condition indispensable au rétablissement de son équilibre organisationnel et financier.

Dans son rapport d'observations définitives du 22 février 2017, elle avait rappelé à l'établissement son obligation d'établir un projet médical conformément à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique. Sur ce point, les constats et le rappel du droit formulés précédemment par la chambre restent d'actualité.

Rappel du droit n° 1 : Établir un projet d'établissement en application des dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

## 2.2 Un fonctionnement à revoir

### 2.2.1 Une organisation à régulariser

Les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Toutefois, en application des articles L. 6146-1 et L. 6146-1-1 du code de la santé publique, elle doit reposer sur des pôles d'activités « *composés de services, de départements, d'unités fonctionnelles et de toutes autres structures de prise en charge du malade qui leur sont associées* ». Par ailleurs, les services « *constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité* ».

<sup>16</sup> Article 34 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

*des équipes médicales et paramédicales, des internes et des étudiants de santé, ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail ».*

Cette organisation est définie par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME) depuis 2021<sup>17</sup>. De même, en application de l'article L. 6146-1-2 du code de la santé publique nouvellement créé en 2021, ils peuvent déroger, pour le fonctionnement médical et la dispensation des soins, à la structuration en pôles et services. Cette décision est prise sur avis conforme de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le comité technique d'établissement doit également être consulté au préalable.

L'organisation retenue doit être déclinée au sein d'un règlement intérieur.

Depuis 2018, l'organisation du CH de Chaumont n'est pas structurée en pôles d'activité. Il n'y a donc pas eu de désignation de chef de pôle et d'instauration de contrats de pôle conformément aux dispositions de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

Elle repose sur les services, au nombre de 12 entre 2018 et 2022 : deux services de médecine polyvalente, un service de gynécologie-obstétrique, un service de pédiatrie, un service d'urgence, un service d'aide médicale urgente, un service de court séjour gériatrique, un service de médecine physique et réadaptation, un service de soins infirmiers à domicile, une unité de soins de longue durée, un institut de formations en soins infirmiers et d'aides-soignants et l'EHPAD. Le service d'imagerie médicale, le laboratoire et la pharmacie à usage interne sont mutualisés au sein du GCS pôle logistique sud Haute-Marne et du GCS médecine nucléaire.

Les services sont intégrés au sein de filières inter-établissements constituées avec les CH de Langres et de Bourbonne-les-Bains, au nombre de cinq : les filières gériatrique, soins de suite - médecine physique et réadaptation, femme - mère - enfant, médecine et spécialités, structure des urgences et GCS logistique.

L'organisation de ces filières doit se faire dans le cadre de fédérations médicales hospitalières prévues à l'article L. 6135-1 du code de la santé publique.

Ces fédérations reposent sur une convention définissant la nature, l'étendue des activités mutualisées, les modalités de participation du personnel des établissements à la réalisation de ces activités, ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur responsable de la fédération. Il est également prévu qu'il soit assisté par un cadre de santé et par la directrice des soins.

Depuis 2018, seule la filière soins de suite - médecine physique et réadaptation a été organisée en fédération, la convention constitutive a été signée en décembre 2018 par les trois présidents de CME. Cependant, avec le départ en retraite du médecin coordonnateur, non remplacé, son fonctionnement a été suspendu.

Pour autant, cette organisation en services est cohérente avec le projet médical du GHT articulé également autour de 10 filières de soins. En outre, elle s'inscrit dans la logique de gradation des soins prévue dans le contrat de performance. En revanche, elle n'a fait l'objet d'aucune décision formelle. Étant postérieure au règlement intérieur qui date de 2006, elle n'y est pas retranscrite.

Par ailleurs, seules quatre décisions du directeur portant désignations de chefs de services<sup>18</sup> sont conformes aux dispositions de l'article R. 6146-4 du code de la santé publique, les autres ayant plus de quatre ans. Pour certaines des autres décisions, au regard de leur ancienneté et des réorganisations intervenues depuis leur signature, il est difficile d'identifier le service concerné.

---

<sup>17</sup> Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

<sup>18</sup> Services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, d'urgence et d'imagerie médicale.

La chambre n'est donc pas en mesure de savoir si tous les services sont dirigés par un chef de service conformément aux dispositions des articles L. 6146-1-1 et R. 6146-4 du code de la santé publique. Cette situation résulte en partie, selon l'ordonnateur, de la pénurie de médecins et de la difficulté de trouver, parmi les praticiens hospitaliers présents, des volontaires pour exercer ces fonctions.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, des maquettes organisationnelles pour l'ensemble des services ont été mises en place. Elles reposent sur un capacitaire en diminution pour l'hospitalisation complète (166 lits contre 208 en 2022) et l'hospitalisation de jour (12 places contre 27 en 2022). En revanche, le nombre de services reste inchangé. Ces évolutions n'ont toutefois fait l'objet d'aucune décision formelle.

Pour conclure, la chambre rappelle qu'une organisation dérogatoire aux pôles et services, pour le fonctionnement médical et la dispensation des soins, est possible conformément à l'article L. 6146-1-2 du code de la santé publique. Elle doit toutefois faire l'objet d'une décision conjointe du directeur et du président de la CME prise sur avis conforme de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le comité technique d'établissement doit également être consulté au préalable. En l'absence de cette décision, le fonctionnement du centre hospitalier doit être structuré en pôles et services selon les dispositions des articles L. 6146-1 et L. 6146-1-1 du code de la santé publique.

Dans son précédent rapport, la chambre avait relevé que le CH de Chaumont ne disposait pas de contrats de pôle permettant de formaliser l'organisation interne et d'assigner au personnel médical et non médical des objectifs quantitatifs et qualitatifs.

La situation étant inchangée, il est impératif pour l'établissement de régulariser son organisation au regard des dispositions légales précitées. Les décisions de désignation des chefs de services doivent également être complétées et renouvelées. De même, le règlement intérieur doit être actualisé. Sur ce point, la chambre note les travaux en cours de refonte de ce document et invite l'ordonnateur à les finaliser sans délai.

Rappel du droit n° 2 : Mettre en conformité l'organisation interne de l'hôpital, pour le fonctionnement médical et la dispensation des soins, par rapport aux articles L. 6146-1, L. 6146-1-1 et L. 6146-1-2 du code de la santé publique.

### 2.2.2 Une direction commune à clarifier

Au cours de la période examinée, cinq directeurs, se sont succédés. Leurs modalités de désignation n'appellent pas cependant d'observation.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018, cette direction est commune<sup>19</sup> avec celle des établissements de Langres et de Bourbonne-les-Bains. Les trois conseils de surveillance ont donné un avis favorable à sa mise en place les 25 février, 21 mars et 21 avril 2016.

La convention constitutive fixe de façon succincte la composition de la direction commune, ses missions et les modalités de financement.

Le seul membre prévu est le directeur qui définit à son niveau, par décision, la composition de l'équipe commune de direction. Au cours de la période examinée, sur la base des quatre décisions prises, la direction commune est composée du directeur des soins et des directeurs adjoints des CH de Langres et de Chaumont.

---

<sup>19</sup> Le cadre légal de la direction commune est fixé par l'article 4 du décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Toutefois, il ressort des différents organigrammes transmis sur la direction commune et de l'analyse des règles de refacturation que sa composition ne se limite pas à cet effectif théorique de quatre membres et varie annuellement, sans pour autant qu'il y ait eu de décision formelle à ce sujet de la part des ordonnateurs successifs et de présentation aux trois conseils de surveillance comme cela est prévu à l'article 5 de la convention.

Les coûts liés à la direction commune sont partagés entre les trois établissements en application de la convention. En revanche, les modalités de répartition de ces coûts n'y sont pas précisées. Elles ont fait l'objet d'une note interne du directeur signée le 6 octobre 2020. Cette note reprend la pratique mise en place à compter de 2019.

Seule la masse salariale des membres composant l'équipe de direction est prise en compte. La clé de répartition repose sur la quotité de travail effectuée au profit de chaque établissement. En fonction des agents, cette quotité peut être établie sur la base du temps de travail, du nombre de lits gérés, de véhicules et extincteurs entretenus ou du volume financier des travaux suivis.

Tableau 5 : Évolution des effectifs et du coût de la direction commune entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Effectif direction commune	NC	39	38	50	48	23 %
Coût pour le CH de Chaumont	1 725 086 €	1 040 445 €	737 732 €	1 163 141 €	1 313 993 €	- 24 %
Coût pour le CH de Langres	975 118 €	578 586 €	568 122 €	816 853 €	1 013 776 €	4 %
Coût pour le CH de Bourbonne-les-Bains	429 135 €	221 690 €	239 381 €	407 589 €	495 252 €	15 %
<b>Coût total direction commune</b>	<b>3 129 339 €</b>	<b>1 840 721 €</b>	<b>1 545 235 €</b>	<b>2 387 583 €</b>	<b>2 823 020 €</b>	<b>- 10 %</b>

Source : CRC à partir des données retraitées des fichiers annuels relatifs à la direction commune transmis par l'ordonnateur

Si en apparence, le coût global diminue de 10 % au cours de la période examinée, ce constat doit être nuancé. En 2020, les membres de l'administration provisoire apparaissent bien dans les effectifs de la direction commune. En revanche, leur masse salariale n'a pas été prise en compte dans le calcul du coût de cette direction. Par ailleurs, l'ancien ordonnateur en fonction depuis 2021 n'apparaît pas dans les effectifs de la direction commune et sa rémunération n'est pas intégrée dans le coût global en 2021 et 2022, cette dernière étant encore assumée par le CHU de Dijon. Cette situation a été corrigée rétroactivement avec la mise en place d'une convention de mise à disposition. Son coût reste toutefois inférieur à celui d'une direction autonome (un écart de 0,9 M€ par rapport au coût estimé par l'administration provisoire pour une direction autonome).

Si une partie des missions fixées à la direction commune par la convention sont en cours de mise en œuvre, la principale, le projet médical commun, reste à élaborer. Il en va de même pour le développement d'une stratégie commune en matière de recrutements médicaux, paramédicaux et managériaux sur les emplois « sensibles » et pour la mutualisation des compétences médicales et paramédicales au sein des fédérations médicales hospitalières.

Pour conclure, la convention d'une durée de cinq ans ayant expiré le 30 juin 2023, la chambre invite l'ordonnateur à préciser la composition de cette direction commune dans la prochaine convention. Il serait également pertinent d'y inclure la méthodologie de calcul de son coût, ainsi que sa répartition entre les trois établissements, et de revoir le périmètre de ses attributions.

En outre, dans un souci d'amélioration de l'information des conseils de surveillance des trois établissements, elle lui recommande de présenter un bilan annuel sur le coût de cette direction

et les actions réalisées. Ce bilan pourrait être intégré dans le rapport annuel d'activité, prévu à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, mais qui reste à mettre en place.

### 2.2.3 Le nécessaire renforcement du rôle des instances

Depuis 2018, conformément aux dispositions du code de la santé publique, le directeur dirige le centre hospitalier en s'appuyant sur un directoire qu'il préside<sup>20</sup>. Le fonctionnement du directoire, dont la composition n'appelle par ailleurs pas d'observation, s'améliore depuis 2021, avec un rythme régulier de réunion (huit en 2021 et six en 2022) et une participation accrue des représentants du personnel médical. En revanche, contrairement aux dispositions de l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique, les procès-verbaux du directoire ne sont pas diffusés à l'ensemble du personnel de l'établissement.

En application de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, la gestion de l'établissement est contrôlée par un conseil de surveillance, dont la composition et le fonctionnement n'appellent pas non plus de remarques. Néanmoins en l'absence de projet d'établissement, de comptabilité analytique jusqu'en 2021, de rapport d'activité de la part du directeur et avec une présentation tardive des comptes financiers entre 2018 et 2021, le conseil de surveillance n'a pas été en mesure d'exercer un contrôle adapté sur la gestion de l'établissement. En revanche, il a eu un rôle déterminant dans la mise en place de l'administration provisoire, en alertant l'ARS sur les difficultés rencontrées, notamment sur les fragilités de l'équipe de direction.

Le corps médical est associé à la gestion de l'établissement par le biais de la commission médicale d'établissement<sup>21</sup> et du directoire qu'il compose pour moitié<sup>22</sup>. Le président de la CME est également vice-président du directoire<sup>23</sup>. En revanche, la charte de gouvernance prévue par l'article L. 6143-7-3 du code de la santé publique n'a pas encore été conclue entre le président de la CME et le directeur.

Si la CME s'est régulièrement réunie au cours de la période examinée, en l'absence de projet d'établissement et d'outils de pilotage consolidés, elle n'a pas été en mesure de se prononcer sur l'ensemble des sujets relevant de son périmètre de compétence, en premier lieu sur le projet médical. En outre, certaines instances émanant de la CME, amenées à se prononcer annuellement sur des questions de ressources médicales, telles que la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) et la commission d'activité libérale, ne se sont réunies qu'une fois depuis 2018.

Le personnel non médical est également associé à cette gestion, par le biais du comité technique d'établissement (CTE) et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), jusqu'en 2022<sup>24</sup>, pour le dialogue social et par le biais de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) pour l'organisation des soins.

Le fonctionnement des deux premières instances, au cours de la période examinée, n'appelle pas d'observation. En revanche, si la CSIRMT s'est bien réunie annuellement, comme pour la CME, elle n'a pas été en mesure de se prononcer sur l'ensemble des sujets relevant de son périmètre de compétence en l'absence de projet d'établissement et d'outils de pilotage consolidés. En outre, contrairement aux dispositions de l'article R. 6146-16 du code de la santé publique, aucun rapport annuel d'activité n'est établi par son président et adressé au directoire.

---

<sup>20</sup> Article L. 6143-7 du code de la santé publique.

<sup>21</sup> Articles L. 6144-1 et L. 6144-2 du code de la santé publique.

<sup>22</sup> Article L. 6143-7-5 du code de la santé publique.

<sup>23</sup> Article L. 6143-7-3 du code de la santé publique.

<sup>24</sup> Le comité social d'établissement prévu par la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a été mis en place suite aux élections professionnelles en 2022.

Pour conclure, l'analyse des procès-verbaux de l'ensemble des instances permet de constater une amélioration au niveau de leur fonctionnement et de l'information dont elles disposent depuis 2021. Cependant, en l'absence de projet d'établissement et d'outils de pilotage consolidés, aucune instance n'est en mesure de jouer pleinement son rôle dans la gouvernance de l'établissement. Leurs réunions consistent plus à des séances d'information sur la gestion, les difficultés rencontrées, les perspectives, que l'occasion de véritables échanges sur les questions stratégiques. Ce constat avait déjà été souligné par la chambre dans son précédent rapport concernant le directoire et la CME.

### 2.3 Une gouvernance et une organisation à repenser dans le cadre du nouveau projet médical de territoire

#### 2.3.1 Le bilan inachevé de l'administration provisoire

En application des dispositions de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS peut, sur décision motivée, placer un établissement public de santé sous administration provisoire, pour une durée n'excédant pas 12 mois, notamment lorsque ce dernier, soumis à la procédure prévue à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, n'exécute pas le plan de redressement ou que celui-ci ne permet pas de rétablir la situation de l'établissement.

Par décision en date du 4 novembre 2019, le CH de Chaumont a été placé sous administration provisoire pour les motifs suivants : un non-respect de la trajectoire de redressement fixée dans le contrat de performance dans les documents budgétaires pour l'année 2019 (état prévisionnel des recettes et des dépenses, plan global de financement pluriannuel), des mesures de redressement complémentaires proposées par l'établissement non étayées, des indicateurs financiers restant très dégradés (prévision de déficit et de rupture de trésorerie, absence d'autofinancement et délai de paiement important) et une fragilité au niveau de l'équipe de direction.

Seules les attributions du directeur lui ont été confiées. Composée de quatre membres<sup>25</sup>, elle avait pour mission :

- d'évaluer la pertinence des orientations retenues dans le contrat de performance en matière d'offre et d'organisation de la dispensation des soins, y compris sur le volet coopération (GCS établissement de santé) ;
- d'optimiser les fonctions supports en questionnant le maintien du GCS pôle logistique ;
- d'objectiver les mesures complémentaires à mettre en place pour permettre le redressement financier des trois établissements ;
- de remobiliser la communauté médicale autour d'un projet médical partagé ;
- de présenter un plan de redressement permettant un retour à l'équilibre.

Les CH de Langres et de Bourbonne-les-Bains n'ont pas été placés sous administration provisoire. Toutefois, en raison de la direction commune, cette dernière a exercé, par intérim, la direction de ces deux établissements. Conformément à l'article L. 6143-3-1 précité, les administrateurs ont régulièrement informé le conseil de surveillance et le directoire des mesures prises. Ils ont également remis un rapport de gestion au directeur de l'ARS, composé de cinq documents établis tout au long de leur mission.

À la lecture de ces documents, la chambre constate que l'administration provisoire n'a pas proposé de plan de redressement, sa mission ayant été impactée en partie par la gestion de

---

<sup>25</sup> Elle était composée d'un inspecteur de l'inspection générale des affaires sociales, de deux directeurs d'hôpitaux et d'un praticien hospitalier (pneumologue).

la crise sanitaire. En revanche, ses travaux ont permis de mettre en évidence les sujets suivants :

- une nécessaire redéfinition de l'offre de soins. Elle ne préconise pas de fermeture de lits mais un développement de l'activité des soins de suite et de réadaptation, de l'offre de spécialités en lien avec le CHU de Dijon pour les consultations internes et une transformation du GCS pôle santé sud en un GCS de moyen avec une répartition des autorisations d'activité, la chirurgie aux deux cliniques et l'unité des soins continues aux hôpitaux publics ;
- le maintien du GCS pôle logistique mais en réduisant le nombre de fonctions supports mutualisées et en les regroupant sur un seul site ;
- une refonte de la gouvernance avec la mise en place d'un projet d'établissement, d'outils de pilotage et de suivi performants, cette action pourrait être facilitée par la fusion administrative des trois établissements ;
- un appui indispensable de la part du CHU de Dijon.

En complément du travail de l'administration provisoire, un audit de la situation financière des trois établissements de santé et des deux GCS a été réalisé par un consultant, à la demande conjointe de l'ARS Grand Est et du CHU de Dijon. Il en ressort que le gain d'efficacité que doit atteindre le CH de Chaumont est de 11,8 M€ par an, pour dégager une marge brute annuelle de 3,9 M€ permettant ainsi la couverture de l'annuité en capital de sa dette et un investissement à hauteur de 3 % des produits d'exploitation.

Même si cette possibilité est offerte par l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, l'administration provisoire n'a pas été prorogée à l'issue de son mandat. L'ARS a fait le choix en concertation, avec le préfet et le président du conseil départemental de la Haute-Marne, de poursuivre les travaux qu'elle a initié dans le cadre d'une conférence territoriale de santé.

Cette conférence avait pour objectif de remédier aux difficultés rencontrées par les communautés médicales pour arrêter un projet médical de territoire, préalable indispensable à tout projet d'établissement, en associant à ce travail, par le biais d'ateliers, des représentants des professionnels de santé du territoire, des usagers et des élus locaux, avec l'appui du CHU de Dijon.

### 2.3.2 Les conditions de réussite du plan d'investissement sur les deux sites hospitaliers

Les travaux de la conférence territoriale de santé, d'une durée de neuf mois (avril à décembre 2021), ont permis de dégager trois scénarios :

- le maintien de la répartition de l'offre de soins en l'état ;
- un seul établissement (fusion des CH de Langres et de Chaumont) implanté entre les deux sites actuels ;
- le maintien de trois établissements mais avec une gradation des soins et un redimensionnement de l'activité de chaque site, le pôle central positionné à Chaumont, les CH de Langres et Bourbonne-les-Bains étant recentrés sur leur rôle d'hôpital de proximité.

Le dernier scénario a été validé en décembre 2021 par le ministre des solidarités et de la santé. Bien que contesté par une partie de la communauté médicale langroise, il a été confirmé le 16 décembre 2022 par la directrice générale de l'ARS Grand Est. Il repose sur la construction de deux hôpitaux neufs à Chaumont et à Langres, pour un montant prévisionnel total de 140 M€, financé intégralement par des subventions versées par l'État (70 M€), la région Grand Est (10 à 14 M€), le conseil départemental de la Haute-Marne (36 à 40 M€) et le groupement d'intérêt public (GIP) Haute-Marne (20 M€), les établissements ne disposant d'aucune capacité d'autofinancement.

Le scénario de gradation des soins retenu s'inscrit dans la continuité des orientations du contrat de performance. Lors de la conférence des élus du 15 mai 2023, la directrice générale de l'ARS Grand Est a présenté les grandes orientations en termes de capacitaire. Elle a également indiqué que les travaux devaient être achevés, respectivement, en 2027 pour le CH de Langres et en 2029 pour le CH de Chaumont. Des précisions ont également été apportées sur les lieux d'implantation des deux nouveaux hôpitaux et sur la répartition du coût prévisionnel (110 M€ pour le CH de Chaumont et 30 M€ pour le CH de Langres).

À la différence du contrat de performance, la mise en œuvre du nouveau projet de territoire fait l'objet d'un pilotage et d'un accompagnement renforcé de la part de l'autorité de tutelle. La direction des établissements a également été redimensionnée depuis 2021 avec le recrutement d'une directrice des affaires financières, d'une directrice des affaires médicales et d'un directeur en charge du suivi du nouveau projet. Le personnel des établissements participe aux travaux en cours. Enfin, l'ensemble des financeurs (État, région et département), ainsi que le CHU de Dijon sont pleinement associés aux instances de décision et de pilotage mises en place pour ce projet. Ces différentes mesures doivent ainsi contribuer à corriger les écueils auxquels a été confrontée l'équipe de direction des établissements dans la mise en œuvre du contrat de performance.

Le projet médical n'étant pas définitivement arrêté, le chiffrage des investissements repose sur un capacitaire provisoire global en diminution. Au regard de la situation financière des établissements, les marges de manœuvre pour faire évoluer ce capacitaire sont limitées. La chambre invite donc l'ordonnateur à consolider le coût prévisionnel des travaux, en y incluant tous les frais annexes nécessaires à leur réalisation.

Par ailleurs, ces investissements doivent impérativement s'accompagner, pour le CH de Chaumont, de l'adoption sans délai, d'un projet d'établissement, définissant des objectifs à moyen terme pour développer son activité, structurer les parcours de soins proposés, consolider sa politique et sa gestion des ressources humaines, condition indispensable au rétablissement de son équilibre financier.

Le contrat de performance étant dans les faits devenu obsolète, un nouveau plan d'accompagnement doit également être mis en place, dès à présent, entre l'ARS Grand Est et les établissements haut-marnais. Il doit reposer sur une trajectoire financière de retour à l'équilibre réaliste, étayée et tenant compte de l'ensemble des risques pesant sur ces établissements.

En outre, la gradation des soins entre les trois établissements étant confirmée, au regard des difficultés à mettre en place une coopération inter-établissements efficace au cours de la période examinée, des irrégularités constatées en terme d'organisation et d'un renforcement nécessaire du rôle des instances, la chambre invite l'ordonnateur, en lien avec la directrice générale de l'ARS Grand Est, à engager, à la faveur de la construction des nouveaux hôpitaux, la fusion des trois établissements en application des dispositions de l'article L. 6141-7-1 du code de la santé publique.

Recommandation n° 1 : Engager, à la faveur de la construction des nouveaux hôpitaux, en lien avec l'agence régionale de santé, la fusion des centres hospitaliers de Chaumont, de Langres et de Bourbonne-les-Bains en application des dispositions de l'article L. 6141-7-1 du code de la santé publique.
--

### 3. DES COOPÉRATIONS À RENFORCER DANS LE CADRE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

#### 3.1 Un soutien actif du CHU de Dijon, établissement support du groupement hospitalier de territoire 21-52

En application des dispositions de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, le CH de Chaumont fait partie du groupement hospitalier de territoire 21- 52.

Depuis sa création par arrêté du directeur général de l'ARS Bourgogne-France-Comté en date du 1<sup>er</sup> juillet 2016, il se compose de neuf établissements, tous implantés sur le département de la Côte-d'Or, à l'exception des trois hôpitaux du centre et du sud haut-marnais.

Son organisation repose sur deux conventions constitutives. Conformément aux dispositions de l'article R. 6132-1 du code de la santé publique, la première, signée le 1<sup>er</sup> juillet 2016, pose les règles en matière de fonctionnement. Ces dernières sont reprises et complétées par l'adoption du projet médical partagé dans la deuxième convention constitutive signée le 31 janvier 2018. Leur contenu complet n'appelle pas d'observation. Par avenant en date du 3 janvier 2022, la commission médicale de groupement, prévue par l'article L. 6132-2-1 du code de la santé publique est instaurée en remplacement du collège médical. Il ne s'agit pas d'une commission médicale unifiée, chaque établissement conservant sa CME. Sa composition et ses missions sont conformes aux dispositions des articles D. 6132-9 à D. 6132-9-11 du code de la santé publique.

La prise en charge commune et graduée des patients entre les établissements membres du GHT est organisée, dans le projet médical partagé, de façon détaillée, au sein de huit filières de soins : cinq portant sur la prise en charge du patient, victime d'accident vasculaire cérébral, souffrant d'insuffisance cardiaque, au sein des services d'urgence et sur celle de la personne âgée, fragilisée et gériatrique, deux concernant respectivement la femme, la mère et l'enfant et l'offre en soins de suite et réadaptation, s'y ajoute une filière sur la psychiatrie et la santé mentale.

Si ce projet médical s'accompagne bien d'un projet de soins partagé, les établissements membres du GHT n'ont pas décidé d'adopter un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisés et coordonnés au niveau du GHT.

Outre les fonctions qu'il exerce en sa qualité d'établissement support en application de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique au profit des membres du GHT, le CHU de Dijon apporte un appui significatif au CH de Chaumont, par la mise à disposition de praticiens hospitaliers spécialistes pour assurer les consultations externes et renforcer les services.

Cet appui sera complété par la mise en place de postes d'assistants à temps partagé entre les deux établissements, au profit des internes du CHU de Dijon, afin de renforcer les services du CH de Chaumont.

Comme il l'a déjà fait lors de l'élaboration du contrat de performance, le CHU de Dijon est par ailleurs impliqué dans l'élaboration en cours du futur projet médical de territoire concernant les trois établissements haut-marnais.

#### 3.2 Les risques pour le CH de Chaumont liés à la situation des groupements de coopération sanitaire

Depuis 2018, le CH de Chaumont est membre de deux groupements de coopération sanitaire, le GCS pôle de santé sud haut-marnais et le GCS pôle logistique sud haut-marnais.

Leur mise en place, prévue dans le contrat de performance, a fait l'objet d'un accord-cadre préalable signé le 20 décembre 2016 entre l'ARS Grand Est, les CH de Langres, Chaumont, Bourbonne-les-Bains, la clinique de la Compassion et le centre médico-chirurgical de Chaumont-le-Bois. Cet accord fixe les grands principes de fonctionnement, repris et déclinés dans les conventions constitutives et règlements intérieurs.

Il est également membre du groupement de coopération sanitaire médecine nucléaire du sud haut-marnais, créé le 16 septembre 2016. Son fonctionnement et sa situation financière saine n'appellent pas d'observation.

### 3.2.1 Des interrogations sur la situation du groupement de coopération sanitaire pôle santé sud haut-marnais

Étant titulaire en propre d'autorisations d'activités de soins, il a été décidé dans la convention constitutive signée le 20 juin 2017, avec l'accord de l'ARS Grand Est, que le GCS avait la qualité d'établissement de santé en application des dispositions de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique.

Il s'agit d'un établissement de santé de droit privé appliquant une échelle tarifaire publique en application de l'article L. 6133-8 du code de la santé publique, en charge, pour l'ensemble du territoire centre et sud Haute-Marne, de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète et ambulatoire, y compris pour le traitement chirurgical du cancer, ainsi que de la gestion et de l'organisation de la permanence des soins s'y rattachant. Seule l'activité de chirurgie gynécologique-obstétrique a été conservée en propre par les hôpitaux publics. La gestion des unités de surveillance continue lui a également été confiée.

Implanté sur deux sites, Chaumont et Langres, il comprend 11 salles d'intervention et 2 salles de surveillance post interventionnelle.

#### 3.2.1.1 Une absence d'information et de participation à la gouvernance préjudiciable au CH de Chaumont

Les membres du GCS sont les deux cliniques ainsi que les CH de Langres et de Chaumont.

Selon la convention constitutive, complétée par le règlement intérieur, l'administrateur en titre et représentant légal du groupement est choisi parmi l'équipe de direction des deux cliniques. Il est assisté par un coadministrateur, le directeur des deux CH et un comité de gestion restreint. Un rythme régulier de réunion est prévu pour ces instances, il en va de même pour l'assemblée générale du groupement. Son périmètre de compétence, comme celui de l'administrateur est clairement défini dans les documents constitutifs. Il est également prévu la possibilité de désigner un contrôleur de gestion pour contrôler la conformité des actes de gestion pris par l'administrateur, aux missions qui lui sont confiées.

Depuis la mise en place du groupement, l'ensemble des instances de gouvernance (réunion mensuelle des administrateurs, comité restreint, comité de liaison et d'information et comité de bloc) n'a pu être mis en place en raison de l'instabilité des équipes de direction à laquelle a été confronté l'ensemble de ses membres.

En revanche, depuis 2021, des points sont effectués entre les deux administrateurs tous les 15 jours. L'ordonnateur reconnaît toutefois éprouver des difficultés à être pleinement associé à la gestion du GCS comme le prévoient les documents constitutifs.

L'assemblée générale ne s'est réunie qu'à compter de 2020. Les comptes financiers 2017 et 2018 n'ont donc été approuvés que le 30 janvier 2020, soit plus de deux ans après la fin des exercices. Par la suite, si la validation des comptes est bien faite par l'assemblée générale au

cours de l'exercice suivant, elle est systématiquement hors délais, validation en juin ou juillet alors que l'article 4 du règlement intérieur a fixé comme date butoir le 30 mars.

En outre, au vu des procès-verbaux, les deux seuls sujets évoqués au cours des différentes assemblées générales sont l'approbation des comptes financiers et la désignation des administrateurs.

Il ne semble pas y avoir de discussion sur l'activité du GCS, aucune donnée à ce sujet n'étant présentée dans les rapports annuels d'activités établis par l'administrateur. Il en va de même des difficultés rencontrées par le GCS, alors qu'il connaît une situation financière dégradée, seul le déficit est constaté. Aucun plan pluriannuel de financement assorti de mesures correctives n'a pu être présenté et discuté.

Par ailleurs, le projet médical et de soins commun prévu dans l'accord-cadre n'a pas été élaboré par les communautés médicales et les équipes paramédicales des établissements membres. Or il ressort de la lecture des procès-verbaux des instances des deux centres hospitaliers, des rapports établis par l'administration provisoire comme par les consultants externes, des difficultés de coordination dans le parcours de soins entre les hôpitaux et le GCS.

Cette absence est donc préjudiciable au bon fonctionnement des hôpitaux, notamment au niveau des services d'urgence. Il en va de même pour le GCS, l'absence de cadre stratégique ne permet pas de piloter efficacement l'activité. Or depuis la mise en place du groupement, le nombre total d'actes chirurgicaux réalisés sur les deux sites est en baisse constante (- 20 %), même si pour la période 2020-2021 la crise sanitaire y a également contribué.

Tableau 6 : Évolution du nombre d'actes chirurgicaux effectués par le GCS entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Actes de chirurgie en hospitalisation complète	2 373	2 541	2 194	2 127	1 993	- 16 %
Actes de chirurgie en ambulatoire	5 484	4 819	4 143	4 685	4 331	- 21 %
<b>Total</b>	<b>7 857</b>	<b>7 360</b>	<b>6 337</b>	<b>6 812</b>	<b>6 324</b>	<b>- 20 %</b>

Source : CRC à partir des données S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

Pour conclure, l'absence d'information et de participation effective du CH de Chaumont dans la gestion du GCS constitue un risque notable pour sa situation financière déjà dégradée. En effet, en cas de dissolution du groupement, le CH de Chaumont sera solidaire des dettes non apurées à hauteur de 40 % et supportera 30 % du déficit.

La chambre rappelle à l'ordonnateur qu'il dispose de leviers prévus dans la convention constitutive, notamment à l'article 13 relatif à la tenue et au déroulement des assemblées générales, pour participer activement à la gouvernance du groupement. Au vu des manquements constatés dans le fonctionnement des instances et des difficultés rencontrés par le GCS, elle l'invite donc à s'en saisir au regard des risques qui en découlent pour la situation financière du centre hospitalier.

### 3.2.1.2 Un GCS sous-capitalisé

Le GCS a été constitué avec un capital, uniquement en numéraire, de 10 000 €. La répartition des parts entre les établissements publics et privés est équilibrée. En revanche, même si la constitution d'un capital n'est pas une obligation pour un GCS selon l'article L. 6133-3 du code de la santé publique, le capital affecté au groupement était sous-dimensionné au regard du

périmètre d'intervention du GCS et des travaux nécessaires à réaliser au niveau des blocs opératoires lors de sa mise en place.

À ce constat s'ajoute le fait que les membres avaient décidé de céder les équipements nécessaires à la réalisation de l'activité pour un montant total de 3,57 M€, dont 1,31 M€ au profit du CH de Chaumont. En outre, la prévision de produits figurant dans le compte prévisionnel cible était très volontariste au regard des recettes générées antérieurement par l'ensemble des acteurs (une augmentation de 26 %, soit 23,95 M€ contre 18,94 M€) et la capacité du GCS à dégager un excédent de 0,42 M€ dès la première année de fonctionnement était trop optimiste. Il ressort de ces différents constats que, dès sa création, le GCS ne disposait pas d'une trésorerie suffisante.

### 3.2.1.3 Une cession contestable des équipements affectés au GCS en cours de régularisation

Les locaux accueillant les blocs opératoires et les salles de surveillance post-interventionnelle sont restés des immeubles relevant du domaine public des CH de Langres et de Chaumont. Ils ont été mis à disposition du GCS dans le cadre d'une convention d'occupation temporaire du domaine public.

Les biens cédés par le CH de Chaumont sont composés soit d'équipements concourant à l'utilisation des blocs et des salles de surveillance, soit des aménagements effectués dans les locaux. Ils constituent donc des immeubles par destination, relevant également du domaine public des hôpitaux en application des dispositions de l'article L. 2111-2 du code général de la propriété des personnes publiques (CGPPP). N'ayant pas fait l'objet d'une décision de déclassement, ces biens restaient inaliénables selon les articles L. 3111-1 du CGPPP et L. 6148-1 du code de la santé publique, et auraient dû, dès lors, faire l'objet d'une mise à disposition conformément à l'article R. 6133-2 du code de la santé publique.

Les cessions prévues n'ont pas été acquittées par le GCS. Dès l'origine, elles ont été inscrites comptablement au bilan comme un compte courant d'associés dès la création du GCS. Elles sont donc considérées, par le GCS, comme un prêt de la part de ses membres, remboursable ultérieurement, en cas d'amélioration de sa situation. En l'absence d'assemblée générale et d'approbation des comptes jusqu'en 2020, cette information n'a pas été portée à la connaissance des CH de Langres et de Chaumont.

Or, le non recouvrement depuis 2018 de ces produits de cession, déjà comptabilisés par l'établissement, contribue en partie à l'accroissement du besoin de fond de roulement du CH de Chaumont et alimente ses problèmes de trésorerie au cours de la période examinée.

À la faveur du contrôle, la chambre prend acte des actions entreprises par l'ordonnateur pour régulariser ces cessions en procédant au déclassement des biens concernés. Elle relève également que le compromis trouvé le 1<sup>er</sup> décembre 2023 entre le GCS et l'établissement lui est favorable car il permet d'apurer ces créances à hauteur de 1,26 M€, soit une perte de 42 170 € par rapport au prix initial (1,3 M€). Dès lors, elle invite l'ordonnateur à procéder, dans les meilleurs délais, à la reprise de la provision de 1,3 M€ constituée à ce titre (compte 1518 « autres provisions pour risques »).

### 3.2.1.4 Un apurement du déficit du GCS réduisant les risques financiers pour l'établissement

Depuis sa création en 2017, le GCS est en déficit, le report à nouveau s'élevant à - 10 525 783 € au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Tableau 7 : Évolution du résultat d'exploitation du GCS pôle santé entre 2017 et 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Produits	5 399 450 €	20 159 197 €	21 606 477 €	23 047 861 €	23 229 460 €	22 399 542 €	11 %
Charges	7 577 979 €	22 395 278 €	23 566 069 €	23 978 297 €	25 086 538 €	23 763 608 €	6 %
Résultat	- 2 178 529 €	- 2 236 081 €	- 1 959 592 €	- 930 436 €	- 1 857 078 €	- 1 364 066 €	
Report à nouveau au 1 <sup>er</sup> janvier 2023	- 10 525 783 €						

Source : CRC à partir des rapports du commissaire aux comptes sur les comptes annuels du GCS

En application des dispositions des articles 14-3° de la convention constitutive et 13 du règlement intérieur, seule l'assemblée délibérante peut décider de la contribution des membres à la couverture des pertes en cours de gestion. Dès lors, en l'absence de décision en ce sens de l'assemblée générale du groupement, les appels de fonds émis par l'administrateur, pour la contribution des membres à la couverture des déficits annuels, ne sont pas réguliers, même si le calcul est conforme à la clé de répartition fixée dans les documents constitutifs.

Toutefois, les membres supportant *in fine* les résultats du groupement en cas de dissolution, la démarche prudentielle retenue par le CH de Chaumont de constituer des provisions, comptabilisées au compte 158 « autres provisions pour charges », pour un montant total de 2 593 994 € au 31 décembre 2022, n'est pas critiquable au regard des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé<sup>26</sup>.

En revanche, elles n'ont pas vocation à perdurer indéfiniment. Elles doivent faire l'objet d'un réexamen annuel. Leur accroissement chaque année, sans remise en question de la pertinence des appels de fonds, est une démarche contestable, qui ne doit pas être poursuivie.

Tableau 8 : Les provisions constituées par le CH de Chaumont pour l'apurement des déficits du GCS

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
CH de Chaumont	88 049 €	670 824 €	587 878 €	279 131 €	557 123 €	409 220 €	2 593 994 €

Source : CRC à partir des appels de fonds et des décisions de l'ordonnateur

Dans le cadre du futur projet médical de territoire, il restera un plateau technique consacré à l'activité de chirurgie, a priori géré par le GCS. Ce dernier ayant bénéficié d'une aide de 10,5 M€ de la part de l'ARS Grand Est destinée à apurer son déficit global, la chambre prend acte des actions conjointes entreprises par le groupement et ses membres pour procéder à l'annulation des appels de fonds émis entre 2017 et 2022. Elle invite l'ordonnateur à procéder à l'issue de ces opérations de régularisation à la reprise des provisions constituées à ce titre.

### 3.2.2 Le groupement de coopération sanitaire pôle logistique sud haut-marnais, une mutualisation limitée et un résultat global déficitaire

Le GCS pôle logistique sud haut-marnais est un GCS de moyen regroupant six membres, les CH de Langres, de Chaumont, de Bourbonne-les-Bains, la clinique de la compassion, le centre médico chirurgical de Chaumont le Bois et le GCS pôle santé sud haut-marnais.

<sup>26</sup> Tome 1 « cadre comptable », chapitre 2 « le fonctionnement des comptes ».

Institué par convention signée le 20 juin 2017, il s'agit d'une personne morale de droit public en application des dispositions de l'article L. 6133-3 du code de la santé publique. L'objectif de ce GCS est la mutualisation des fonctions supports au sein de différents programmes, avec une adhésion à la carte pour ses membres.

Si le périmètre initial du GCS prévu à l'article 6 de la convention constitutive est largement défini, seuls sept programmes ont été réellement mis en place au cours de la période examinée : la pharmacie à usage intérieur (PUI), la stérilisation, le laboratoire de biologie médicale, la restauration, la blanchisserie, le dépôt de sang pour le centre hospitalier de Chaumont et le magasin central.

Les programmes « qualité et gestion des risques » et « maintenance technique et biomédicale », actifs uniquement en 2019 ont été sortis du GCS, par avenant du 5 novembre 2020, en raison des difficultés de trésorerie auxquelles il est confronté. Les membres ont repris à leur compte ces activités.

En complément du règlement intérieur, chaque programme est doté d'un règlement de fonctionnement. L'organisation et le fonctionnement des instances est similaire à celui du GCS pôle santé sud haut-marnais. L'administrateur en titre et représentant légal du groupement est le directeur des trois hôpitaux. Il est assisté par un coadministrateur, le directeur des deux cliniques et un comité de gestion restreint. Un rythme régulier de réunion est prévu pour ces instances.

Depuis la mise en place du groupement, aucune des instances de gouvernance (réunion mensuelle des administrateurs, comité restreint, comités techniques consultatifs de programme d'activité) n'a été mise en place.

En revanche, chaque programme bénéficie bien d'un responsable désigné conformément à l'article 11 de la convention constitutive qui en assure le suivi. Depuis sa création, l'assemblée générale se réunit régulièrement, au minimum une fois par an. La lecture des procès-verbaux permet de constater que le panel des sujets abordés couvre bien l'ensemble de son périmètre de compétences et ne se limite pas à l'approbation des comptes financiers et la validation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Le GCS a été constitué avec un capital, uniquement en numéraire, de 2 300 €. La répartition des parts entre les établissements publics et privés est équilibrée. En revanche, comme pour le GCS pôle santé sud haut-marnais, il est sous-dimensionné au regard du périmètre d'intervention du GCS et de la décision de ses membres de céder au groupement les équipements nécessaires à la réalisation des activités mutualisées pour un montant total de 648 026 €. Dès sa création, le GCS ne disposait donc pas d'une trésorerie suffisante.

Ces difficultés de trésorerie se sont accrues au cours de la période examinée, en raison d'un niveau élevé de créances non recouvrées, notamment vis-à-vis de ces membres (12,9 M€). Il n'est donc pas en mesure de régler la totalité de ses dettes à l'encontre des trois hôpitaux (6,81 M€ au titre des mises à disposition de personnel et des cessions d'immobilisation).

Par ailleurs, notamment pour les programmes PUI et laboratoire d'analyse médicale, la mutualisation n'est pas toujours effective, les différents sites préexistants ayant été maintenus sans évolution notable sur leur mode de fonctionnement.

Les membres du groupement ne sont pas incités à mener une réflexion active sur le sujet car le montant de la redevance annuelle d'occupation du domaine public (487 508 €) pour les locaux mis à disposition du GCS, n'a pas été intégré dans le prix des prestations facturées par le GCS à ces membres et ne fait l'objet d'aucune compensation, représentant ainsi une charge nette pour le GCS.

En outre, jusqu'en 2021, si les comptes financiers sont bien approuvés par l'assemblée générale l'année suivante de la clôture de l'exercice comptable, ils le sont tardivement au mois d'octobre. Cette approbation tardive ne permet pas d'ajuster, en cours d'exercice, les tarifs

votés en janvier lors de la validation de l'EPRD, à la réalité des charges supportées par le GCS.

Jusqu'en 2021, ils ont été établis sur la base du résultat global excédentaire de 2018, or ce dernier n'était pas consolidé, un certain nombre de charges n'ayant pas été rattachées. Dès 2019, une baisse des tarifs a été votée par l'assemblée générale, ils n'ont pas été ajustés les années suivantes, faute de production dans le délai requis des comptes financiers (date butoir fixée au 30 avril par l'article 4 du règlement intérieur).

Depuis 2021, une amélioration dans la fixation de la politique tarifaire est à noter. Celle-ci repose désormais sur une projection d'atterrissage de fin de gestion de l'année N-1 et d'un niveau d'activité pour l'année N et sur une exhaustivité plus poussée des coûts supportés par le GCS. Cette approche a permis notamment, de revoir les tarifs facturés dans le cadre du programme PUI, en proposant trois tarifs au lieu de deux (dispensation globale, dispensation par pilulier et dispositifs médicaux implantables), rétablissant ainsi une juste répartition des coûts pour les membres, en fonction des produits commandés.

Néanmoins, ces choix tarifaires ne sont pas neutres pour la situation financière du GCS. À l'exception de l'exercice 2018, le résultat global est déficitaire, le report à nouveau s'élève à - 1 406 438 € au 1<sup>er</sup> janvier 2022<sup>27</sup>.

Tableau 9 : Évolution du résultat global d'exploitation du GCS pôle logistique entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Produits	19 169 921 €	21 134 204 €	20 772 019 €	22 655 965 €	22 358 352 €	17 %
Charges	17 939 990 €	22 031 019 €	21 164 982 €	22 912 751 €	23 448 157 €	31 %
Résultat	1 229 931 €	- 896 815 €	- 392 962 €	- 256 786 €	- 1 089 805 €	
Report à nouveau au 1 <sup>er</sup> janvier 2023	- 1 406 438 €					

Source : CRC à partir des comptes financiers du GCS pôle logistique sud haut-marnais

Si la situation financière du GCS ne s'améliore pas, elle présente à terme un risque pour le CH de Chaumont, qui devra en cas de dissolution, supportait 17,4 % du déficit global.

#### 4. UN ÉTABLISSEMENT CONNAISSANT UNE BAISSÉ TENDANCIELLE DE SON ACTIVITÉ

##### 4.1 Une baisse tendancielle de l'activité<sup>28</sup> pour l'ensemble des secteurs de soins

Au cours de la période examinée, l'activité du CH de Chaumont est en baisse quel que soit le secteur de soins, dans un contexte de capacitaire relativement stable.

Cette baisse résulte pour partie d'un déficit de personnel médical, notamment de spécialistes. Par ailleurs, sur sa zone d'attractivité, le CH de Chaumont subit la concurrence d'autres établissements de santé, principalement implantés sur Dijon. Pour l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), sa part de marché recule en moyenne de 15 % au cours de la période examinée. Néanmoins, en raison des insuffisances de son dispositif de pilotage de

<sup>27</sup> Le détail des résultats d'exploitation par programmes est présenté en annexe 3.

<sup>28</sup> Le détail de l'évolution de l'activité et des parts de marchés du CH de Chaumont au cours de la période contrôlée est présenté en annexe 4.

l'activité, l'établissement n'est pas en mesure d'indiquer précisément les causes expliquant ces évolutions.

#### 4.1.1 L'activité en médecine, chirurgie, obstétrique

L'activité en médecine, chirurgie, obstétrique a baissé de 9 % pour les séjours en hospitalisation complète et de 51 % pour l'hospitalisation de jour.

Tableau 10 : Évolution de l'activité MCO entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Nombre de séjours en hospitalisation complète	6 615	6 596	5 527	5 841	5 991	- 9 %
Nombre de séjours en hospitalisation de jour	1 306	977	733	745	640	- 51 %

Source : CRC à partir des données S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

Il en découle une baisse de 15 % de la valorisation de l'activité MCO qui passe de 16,4 M€ en 2018 à 14 M€ en 2022. Toutefois, cette baisse est moins importante que celle de l'activité du fait des revalorisations tarifaires.

Tableau 11 : Évolution de la valorisation de l'activité MCO (T2A) entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Valorisation des séjours (hospitalisation complète, ambulatoire et séance)	16 435 253 €	15 683 196 €	13 744 156 €	15 033 563 €	14 043 511 €	- 15 %

Source : CRC à partir des données issues du logiciel e-PMSI du CH de Chaumont

En revanche, le taux d'occupation des lits pour les séjours en hospitalisation complète augmente de 10 % entre 2018 et 2022.

Tableau 12 : Évolution du taux d'occupation des lits MCO entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Taux d'occupation des lits MCO (hors ambulatoire)	67,4 %	64,7 %	53,9 %	57,3 %	73,9 %	10 %

Source : CRC à partir des données HospiDiag et de S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

À l'exception de l'activité d'obstétrique, l'indicateur de performance relatif à la durée moyenne de séjour (IP-DMS) est, pour l'ensemble de la période examinée, largement supérieur à un, indiquant ainsi une durée de séjour en moyenne plus longue que pour l'ensemble des établissements de santé.

Tableau 13 : Évolution de la durée moyenne des séjours (DMS) et de l'IP-DMS MCO entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
DMS	5,39	5,59	5,67	5,64	5,45
IPDMS activité de médecine	1,161	1,283	1,223	1,276	1,297
IPDMS activité de chirurgie	1,203	1,342	1,33	1,465	1,252
IPDMS activité d'obstétrique	1,023	1,013	0,997	1	0,994

Source : CRC à partir des données de S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé et d'Hospidiag

#### 4.1.2 L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)

L'activité de soins de suite et de réadaptation diminue de 11 % pour les séjours en hospitalisation complète et de 36 % pour la partie ambulatoire. La part de séjours supérieurs à trois mois diminue de 6 % au cours de la période examinée. Plus de la moitié des séjours SSR concernent des patients âgés polypathologiques ou en situation de dépendance ou présentant un risque de dépendance.

Tableau 14 : Évolution de l'activité SSR entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Nombre de séjours en hospitalisation complète	429	411	386	361	382	- 11 %
Nombre de jours de présence en hospitalisation partielle/ambulatoire	4 674	4 463	2 082	3 038	3 003	- 36 %

Source : CRC à partir des données de S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

#### 4.1.3 L'activité de l'unité de soins longue durée

Comme pour les activités MCO et SSR, cette unité voit son activité décroître tant en nombre de journées réalisées (- 7 %) qu'en nombre d'entrées (- 50 %) au cours de la période examinée.

Tableau 15 : Évolution de l'activité de l'unité de soins longue durée entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Nombre de journées réalisées	14 536	14 514	14 183	14 277	13 447	- 7 %
Nombre d'entrées	32	28	15	17	16	- 50 %

Source : CRC à partir des données de S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

#### 4.1.4 L'activité périnatale

Si le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) augmente légèrement au cours de la période examinée, le nombre d'accouchements baisse de 24 % entre 2018 et 2022.

Tableau 16 : Évolution de l'activité périnatale entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Nombre d'accouchements	637	549	540	550	485	- 24 %
Nombre d'IVG	199	201	222	222	206	4 %

Source : CRC à partir des données de S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

#### 4.1.5 L'activité des urgences

Au cours de la période examinée, le nombre de passage par le service des urgences est en diminution de 14 %. En revanche, le nombre de séjours au sein de l'unité d'hospitalisation en courte durée positionnée aux urgences est en augmentation de 34 %. Cet accroissement s'explique en partie par des difficultés de coordination dans le parcours de soins entre les urgences et les autres services de l'établissement.

Tableau 17 : Évolution de l'activité des urgences entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Nombre de passage	21 925	21 091	17 448	18 077	18 778	- 14%
Nombre de séjour en unité d'hospitalisation de courte durée	2 180	2 578	2 141	2 441	2 917	34 %

Source : CRC à partir des données de S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

Concernant le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), son activité est également en baisse de 20 % entre 2018 et 2022. Toutefois, la part des sorties secondaires reste relativement stable, en moyenne 35,1 % des sorties. Cette stabilité s'explique en partie par la pénurie de médecins spécialistes, entraînant des transferts temporaires de patients, vers d'autres établissements, pour bénéficier de soins ou de consultations complémentaires.

Tableau 18 : Évolution de l'activité du SMUR entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Nombre de sorties primaires	908	831	842	724	788	- 13 %
Nombre de sorties secondaires	604	611	543	427	383	- 37 %
Nombre de transports infirmiers inter-hospitaliers	146	141	86	70	160	10 %
<b>Total</b>	<b>1 658</b>	<b>1 583</b>	<b>1 471</b>	<b>1 221</b>	<b>1 331</b>	<b>- 20 %</b>

Source : CRC à partir des données du logiciel e-PMSI du CH de Chaumont

En conclusion, au vu de l'évolution de l'activité, quel que soit le secteur de soins, au cours de la période examinée, le choix provisoire d'un capacitaire en diminution dans le cadre du futur projet médical de territoire semble adapté. La chambre attire néanmoins l'attention de l'ordonnateur sur la nécessité qu'il soit cohérent avec le projet médical retenu et correctement dimensionné aux besoins de soins de la population de la zone d'attractivité de l'établissement.

## 4.2 Une démarche de fiabilisation de l'information médicale à poursuivre dans le cadre de la mutualisation existante

### 4.2.1 Une mutualisation engagée en 2021

Le département de l'information médicale (DIM) est mutualisé avec celui du CH de Langres depuis le 1<sup>er</sup> juin 2021, à la suite du départ à la retraite du médecin DIM du CH de Chaumont.

Rattaché à la direction des affaires financières, du contrôle de gestion et de la gestion de la patientèle, en l'absence de pôle médico-technique, le département de l'information médicale fait partie intégrante de la direction commune. Cette organisation singulière n'a en revanche fait l'objet d'aucune décision formelle du directeur.

Au 31 décembre 2022, ses effectifs sont de 6,2 ETPT<sup>29</sup> réparti de la façon suivante :

- 1 ETPT pour le médecin DIM ;
- 1 ETPT pour un data manager ;
- 1,4 ETPT pour les deux techniciens de l'information médicale (TIM) travaillant au profit du CH de Langres (un infirmier en soins généraux et un agent administratif) ;
- 2,8 ETPT pour les trois TIM travaillant au profit du CH de Chaumont (deux infirmiers en soins généraux et un agent administratif).

Si une procédure commune, pour le codage et les contrôles mis en œuvre dans le cadre de la valorisation de l'activité a été mise en place, il subsiste néanmoins quelques différences entre les deux établissements.

Les logiciels PMSI<sup>30</sup> ne sont pas totalement harmonisés. Toutefois depuis 2022, un dossier patient informatisé, via un logiciel commun aux deux établissements, a été mis en place. Son déploiement a été piloté par le médecin DIM.

### 4.2.2 Des procédures à harmoniser et à expliciter

La procédure pour la valorisation des consultations externes diffère également. Si pour le CH de Chaumont, elle est du ressort des médecins et de leur secrétariat, en lien avec le bureau des admissions qui assure le contrôle des dossiers et la mise en facturation, au CH de Langres, le contrôle des dossiers est effectué par les TIM, le bureau des admissions ne traitant que le volet facturation aux caisses primaires d'assurance maladie et aux mutuelles.

En revanche, aucune procédure n'a été formalisée entre le DIM et le bureau des admissions pour garantir une transmission de la facturation concernant l'hospitalisation, à l'assurance maladie avant l'expiration du délai de prescription, fixé à un an pour les établissements publics de santé, par l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale.

Seul un logigramme présentant pour chaque étape, de l'accueil au recouvrement, les services concernés, les logiciels utilisés et les tâches à effectuer, a été mis en place en 2021. Cette absence de procédure pouvant être préjudiciable pour les ressources de l'établissement, la chambre invite l'ordonnateur à y remédier sans délai.

Jusqu'à la mutualisation en 2021, aucun rapport annuel d'activité n'était établi par le médecin DIM. De même aucune action de formation et de sensibilisation n'a été menée par ce dernier.

La valorisation de l'activité étant en baisse de 15 % entre 2018 et 2022, une étude comparative a été réalisée, à la demande de l'ordonnateur, entre les CH de Chaumont et de Langres sur la qualité du codage. Il en ressort que pour une même catégorie majeure de diagnostic, la

<sup>29</sup> Équivalent temps plein travaillé.

<sup>30</sup> Programme de médicalisation des systèmes d'information.

valorisation du CH de Chaumont est systématiquement inférieure à celle obtenue par le CH de Langres, en raison d'un codage non exhaustif et de dossiers médicaux mal renseignés ou incomplets.

Si depuis 2021, un rapport d'activité commun a été mis en place par le médecin DIM, la chambre invite l'ordonnateur, en liaison avec ce dernier, à généraliser, aux deux établissements, les actions de formation et de sensibilisation que le médecin DIM effectue depuis 2018 au sein du CH de Langres. Elle prend également note des actions récentes de formation réalisées par l'établissement auprès des médecins sur le codage des séjours en UHCD avec l'appui de l'ARS Grand Est.

Par ailleurs, si le DIM peut être sollicité occasionnellement pour une analyse de l'activité médicale, ce travail n'est pas fait en continu au sein d'une cellule médico-économique comme le préconisait la chambre dans son précédent rapport. Elle relève néanmoins qu'il s'agit d'un des axes du plan d'action pour 2022, établi par le médecin DIM dans le rapport d'activité 2021, en complément de l'élaboration d'un tableau de bord commun pour l'analyse de l'activité médicale. Elle invite l'ordonnateur à mettre en œuvre sans délai ces deux actions indispensables pour la fixation d'objectifs et le pilotage de l'activité.

#### 4.3 Une analyse et un pilotage de l'activité à approfondir et à consolider

##### 4.3.1 Une démarche entreprise depuis 2021

Afin de dispenser des soins de qualité, en application des dispositions de l'article L. 6113-1 du code de la santé publique, les établissements publics de santé sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité.

Une obligation d'analyse de l'activité, prévue à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, complète le dispositif. Elle implique notamment pour le directeur, la tenue d'une comptabilité analytique, l'élaboration et la présentation d'un rapport d'activité aux instances en application des articles L. 6143-1, R. 6145-7 et R. 6146-10 du code de la santé publique.

Jusqu'en 2021, il existe bien un fichier structure regroupant l'ensemble des unités fonctionnelles, ces dernières constituant la plus petite entité à partir de laquelle la collecte des informations sur l'activité, les coûts et les recettes associés peut être réalisée et exploitée au sein des systèmes informatiques de l'établissement. En revanche, aucun retraitement comptable annuel n'a été effectué et transmis à l'ARS en application de l'article R. 6145-7 précité. Il en va de même pour les comptes de résultats d'exploitation analytiques (CREA) et le rapport d'activité.

À partir de 2021, l'établissement a procédé à une refonte de son fichier structure afin de le simplifier et de l'harmoniser avec ceux des CH de Langres et de Bourbonne-les-Bains. Une procédure pour son actualisation a également été mise en place.

Sur la base de ce travail et avec l'accord de l'ARS, l'établissement a effectué un retraitement comptable pour l'exercice 2019, bien que la période pour le réaliser soit terminée. Ce retraitement a mis en lumière une facturation partielle des rétrocessions médicamenteuses et des mises à disposition de moyens et de personnel par le CH de Chaumont, entraînant une perte de recettes évaluée à 1 M€ pour les deux CH de Langres et Chaumont.

L'établissement a également effectué et transmis pour validation le retraitement comptable pour les exercices 2021 et 2022. Il a été validé par l'ARS Grand Est le 2 septembre 2022 et le 12 septembre 2023.

#### 4.3.2 Des premiers résultats

La refonte du fichier structure et le retraitement comptable ont permis d'élaborer les premiers comptes de résultats d'exploitation analytiques à partir de l'année 2021. En complément, un tableau de bord pour le suivi global de l'activité a été mis en place. Seul le rapport d'activité reste à établir.

La démarche entreprise depuis 2021 permet à l'établissement de se conformer progressivement aux obligations légales citées précédemment. Le tableau de bord permet d'avoir un panorama complet et détaillé de l'activité de l'établissement, y compris celles des budgets annexes. En revanche, pour le CREA, les dépenses de personnel, les charges médicales et à caractère général ne sont pas encore, dans leur globalité, correctement rattachés au niveau des sections d'analyse et des unités fonctionnelles.

Pour conclure, la mise en place de ces outils est un préalable indispensable pour le rétablissement de l'équilibre financier de l'établissement. Toutefois, cette démarche seule n'est pas suffisante. Elle doit être assortie d'objectifs fixés à l'ensemble des services ou aux pôles, en fonction de l'organisation retenue, ces derniers devant être cohérents avec le projet d'établissement qui reste à construire.

Pour que ces objectifs ne soient pas de simples intentions et afin d'impliquer plus activement le personnel soignant dans leur réalisation, la chambre invite l'ordonnateur, en collaboration avec les présidents de la CME et de la CSIRMT, à mettre en place, au sein d'une seule instance, un suivi interne mensuel de l'activité avec l'ensemble des acteurs concernés (personnel soignant, direction, fonctions supports). L'objectif est de permettre une analyse régulière et partagée de l'activité avec des outils communs consolidés et validés par l'ensemble des intervenants.

En outre, elle lui rappelle son obligation d'établir un rapport d'activité à destination du conseil de surveillance en application de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique et l'invite à en assurer une large diffusion.

Recommandation n° 2 : Mettre en place, en lien avec les présidents de la CME et de la CSIRMT, un comité de pilotage médico-économique pour assurer une analyse mensuelle et partagée de l'activité, au regard d'objectifs à définir dans le cadre du futur projet d'établissement.

Rappel du droit n° 3 : Établir et présenter au conseil de surveillance le rapport d'activité prévu à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

#### 5. UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES À FIABILISER POUR MIEUX MAÎTRISER LA MASSE SALARIALE

Jusqu'en 2021, l'organisation de la gestion des ressources humaines a été mouvante, tantôt elle a été confiée à une direction unique, tantôt à deux voire trois directions distinctes. En outre, la chambre relève une rotation importante au niveau des directeurs (quatre directeurs en deux ans). Cette instabilité associée à une absence de projet d'établissement n'a pas facilité la construction d'une politique des ressources humaines adaptée aux enjeux de l'établissement.

Depuis 2021, l'organisation de la gestion des ressources humaines s'est stabilisée. Elle est confiée à deux directions distinctes, la direction des affaires médicales pour le personnel médical<sup>31</sup> et la direction des ressources humaines pour le personnel non médical. Comme

<sup>31</sup> Le personnel médical est constitué des médecins, des odontologistes et des pharmaciens.

pour le DIM, ces directions font partie intégrante de la direction commune sans que cela n'ait fait l'objet d'une décision formelle de la part du directeur.

Au 31 décembre 2022, les effectifs de ces deux directions sont de 26 ETP répartis de la façon suivante : 4 ETP pour la direction des affaires médicales et 22 ETP pour la direction des ressources humaines.

## 5.1 Vers l'instauration d'une politique des ressources humaines

### 5.1.1 La mise en place de référentiels

En l'absence de projet médical, de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de prise en charge des patients, le CH de Chaumont n'a pas mis en place, à l'appui de ces projets, le projet de gouvernance et de management en application des dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

Néanmoins, depuis le 5 octobre 2021, il s'est doté de lignes directrices de gestion pour la période 2021-2025 conformément au cadre légal en vigueur<sup>32</sup>. Leur contenu est régulier. En revanche, elles restent très générales en l'absence de projet d'établissement. Elles viennent enrichir les dispositions relatives au personnel fixées dans le règlement intérieur de 2006.

Ce cadre technique est complété, pour le personnel non médical, par l'accord sur le temps de travail entré en vigueur le 2 juillet 2012, par l'accord local du Ségur de la santé de 2022 et par des notes de cadrage thématiques élaborées par la direction des ressources humaines (procédure de recrutement, gestion de l'absentéisme...).

L'organisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique pour le personnel médical est succinctement abordée par le règlement intérieur. Au cours de la période examinée, elle n'a pas fait l'objet d'un arrêté annuel par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement en application des dispositions de l'article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique<sup>33</sup>. Seul le temps de travail dans les structures d'urgence a fait l'objet d'une décision du directeur après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins et de la commission médicale d'établissement. Elle date de 2018 et n'a pas été revue au cours de la période.

Néanmoins, des notes de cadrage thématiques sur ce sujet ont été mises en place par la direction des affaires médicales, principalement à partir de 2022. Présentées au directoire et à la commission médicale d'établissement, elles n'ont, en revanche, pas été signées par le directeur.

### 5.1.2 Des compléments nécessaires

En outre, pour faire face aux difficultés d'attractivité auxquelles l'établissement est confronté, des mesures incitatives ont été mises en place au profit des deux catégories de personnel depuis 2022. Toutefois, elles n'ont pas été formalisées dans un document de politique générale ou intégrées dans les lignes directrices de gestion. Il est par ailleurs difficile d'en

---

<sup>32</sup> La loi n° 2019-828 de transformation de la fonction publique du 6 août 2019 et le décret n° 2019-1265 relatif aux lignes directrices de gestion et à l'évaluation des attributions des commissions administratives paritaires du 29 novembre 2019.

<sup>33</sup> Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

apprécier la performance en l'absence de projet d'établissement et de recul suffisant pour en mesurer les effets.

Sous l'administration provisoire, la gestion du personnel non médical a fait l'objet d'un audit rapide en mars 2020 de la part de l'équipe régionale d'appui de l'ARS Grand Est dont il ressort que la politique mise en œuvre est très axée sur la qualité de vie au travail, ce qui est un point fort de l'établissement. Cependant, elle n'est pas suffisamment en adéquation avec ses besoins et sa capacité financière. Des mesures correctives et une méthodologie de travail ont été proposées. Pour l'essentiel, elles n'ont pas encore été mises en œuvre.

Il n'existe pas d'outil de suivi et de pilotage généré à partir du système d'information des ressources humaines, qui est essentiellement un logiciel comptable. Pour pallier ce manque, chaque direction a mis en place des tableaux de bord, via des fichiers Excel. Ce pilotage nécessite donc un retraitement manuel et une mise en cohérence entre les différents tableaux de suivi, ce qui n'est pas sans conséquence sur la fiabilité des données. La mise en place à terme d'un tableau de bord commun devrait en partie limiter les risques.

Il ressort de ces différents constats qu'en l'absence de cadre stratégique, l'établissement n'est pas en mesure de conduire une politique de ressources humaines adaptée à ses enjeux et à ses capacités budgétaires, même si quelques éléments de cadrage et de pilotage, au demeurant perfectibles, ont pu être mis en place depuis deux ans.

## 5.2 Une diminution des effectifs ne générant pas d'économies

Si le capacitaire est en augmentation constante au cours de la période examinée, les effectifs diminuent de 3 %. Cette baisse concerne les deux catégories de personnel. Cette tendance s'inscrit dans la trajectoire globale de réduction des effectifs (- 61,4 ETP) prévue dans le contrat de performance pour les trois établissements.

Tableau 19 : Évolution des effectifs entre 2018 et 2022

En ETP	2018		2019		2020		2021		2022		Évolution au cours de la période	
	Effectif réalisé	Effectif cible	Effectif réalisé	Effectif cible								
Personnel médical	66,4	70,26	57,1	62,05	56,53	55,2	64,51	55,98	67,21	71,35	1 %	2 %
Personnel non médical	726,79	754,97	726,4	734,84	716,5	730,42	715,22	723,48	702,43	730,08	- 3 %	- 3 %
<b>Total</b>	<b>793,23</b>	<b>825,23</b>	<b>783,5</b>	<b>796,89</b>	<b>773,03</b>	<b>785,62</b>	<b>779,73</b>	<b>779,46</b>	<b>769,64</b>	<b>801,43</b>	<b>- 3 %</b>	<b>- 3 %</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont et données transmises par l'ordonnateur

Toutefois, au regard des effectifs cibles transmis par l'ordonnateur, cette baisse ne résulte pas d'un choix volontaire de l'ordonnateur mais plutôt de difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel.

Par ailleurs, comme pour le capacitaire, le niveau des cibles, défini de façon empirique, et leur variation au cours de la période montrent les difficultés de l'établissement à quantifier au mieux ses besoins en l'absence de projet d'établissement, d'organisation formalisée des services et des parcours de soins.

Dès lors et même si l'organisation de l'établissement doit être régularisée, la mise en place de maquettes organisationnelles, associées à la gestion des lits à compter de 2023 est une bonne démarche car elle constitue un préalable indispensable au pilotage de l'activité et des ressources humaines nécessaires à sa réalisation.

Pour autant, cette baisse des effectifs n'a généré aucune économie au cours de la période examinée, la masse salariale<sup>34</sup> augmentant de 12 % entre 2018 et 2022.

Tableau 20 : Évolution de la masse salariale consolidée entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Montant de la masse salariale consolidée	47 803 168 €	46 204 108 €	48 338 291 €	51 992 157 €	53 574 364 €	12 %
Charges courantes consolidées	68 207 027 €	66 408 661 €	64 425 570 €	69 346 317 €	70 430 750 €	3,3 %
Part de la masse salariale/charges courantes	70,1 %	69,6 %	75 %	75 %	76,1 %	
Charges totales consolidées	75 812 194 €	72 356 731 €	70 163 152 €	75 508 264 €	74 346 318 €	- 1,9 %
Part de la masse salariale/charges totales	63,1 %	63,9 %	68,9 %	68,9 %	72,1 %	

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

L'augmentation se concentre principalement sur la rémunération du personnel dans son ensemble (28,6 M€ en 2018 contre 32,8 M€ en 2022, soit une hausse de 14,8 %) et les charges sociales (10,2 M€ en 2018 contre 11,7 M€ en 2022, soit une hausse de 14 %). La baisse des autres charges, notamment les dépenses d'intérim (4 M€ en 2018, contre 3 M€ en 2022, soit une baisse de 25,8 %), n'a pas été suffisante pour compenser cette hausse constante de la rémunération et des charges sociales.

En coût complet, les charges de personnel sont en moyenne de 54,27 M€ par an, soit 73,7 % en moyenne des charges annuelles de l'établissement.

Tableau 21 : Évolution du coût complet du personnel entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Coût complet du personnel	49 944 778 €	49 696 977 €	52 470 383 €	59 078 247 €	59 788 885 €	19,7 %
Charges courantes consolidées	68 207 027 €	66 408 661 €	64 425 570 €	69 346 317 €	70 430 750 €	3,3 %
Coût complet personnel/charges courantes	73,2 %	74,8 %	81,4 %	85,2 %	84,9 %	
Charges totales consolidées	75 812 194 €	72 356 731 €	70 163 152 €	75 508 264 €	74 346 318 €	- 1,9 %
Coût complet personnel/charges totales	65,9 %	68,7 %	74,8 %	78,2 %	80,4 %	

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont.

### 5.3 Un personnel médical à renouveler avec des modalités de rémunération à sécuriser

Au CH de Chaumont, le personnel médical titulaire représente en moyenne, au cours de la période examinée, 52 % des effectifs médicaux, le restant étant composé de personnel contractuel et les internes<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> Il s'agit de la masse salariale consolidée (tous budgets confondus). Le détail du calcul de la masse salariale consolidée et du coût complet du personnel est présenté en annexe 5.

<sup>35</sup> La répartition par catégorie des effectifs médicaux et son évolution depuis 2018 sont présentées en annexe 5.

Selon les données de l'établissement, l'âge des praticiens se situe majoritairement entre 55 et 65 ans. Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, hors internes, l'établissement ne compte que cinq praticiens de moins de 40 ans, ce qui signifie que l'établissement devra s'attacher à recruter, dans les cinq à dix prochaines années, de nouveaux praticiens dans le cadre du projet d'établissement à construire.

### 5.3.1 Une rémunération du personnel médical à sécuriser

Au cours de la période examinée, les dépenses de rémunération du personnel médical ont augmenté de 16,3 %, passant de 6,4 M€ en 2018 à 7,4 M€ en 2022.

Si à compter de 2021, cette hausse est en partie liée à l'augmentation des effectifs, elle résulte également de la mise en œuvre des mesures générales de revalorisation salariale accordées dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire<sup>36</sup> et du Ségur de la santé<sup>37</sup>.

La mise en œuvre de la réglementation en matière de rémunération par l'établissement au cours de la période examinée appelle les observations suivantes.

#### 5.3.1.1 La rémunération des praticiens contractuels

Le régime juridique applicable aux praticiens contractuels a été modifié par le décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels. À compter du 7 février 2022, il ne subsiste plus qu'un seul statut de praticien avec quatre motifs de recrutement en application des dispositions de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique. Les trois précédents statuts, praticien contractuel, clinicien et attaché sont supprimés.

Jusqu'en 2022, les seuils plafonds pour les émoluments des praticiens cliniciens et contractuels n'étaient pas systématiquement respectés au regard des dispositions des articles R. 6152-416, R. 6152-612 et R. 6152-709 du code de la santé publique et de l'arrêté du 15 juin 2016<sup>38</sup>.

En effet, un contrôle par sondage effectué sur l'année 2021 a révélé que pour quatre praticiens cliniciens et un praticien contractuel, le montant annuel brut était supérieur de plus de 80 % au seuil maximum fixé par l'arrêté de 2016 pour leur échelon ou niveau, générant un surcoût total de 257 087 € (soit 4 % de la rémunération du personnel médical en 2021).

En revanche, depuis 2022 et l'entrée en vigueur du nouveau régime, la note de cadrage élaborée par la direction des affaires médicales, bien que non signée du directeur, est conforme aux dispositions de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique et aux orientations préconisées par l'instruction n° DGOS/RH5/2022/57 du 28 février 2022 relative à la rémunération des praticiens contractuels recrutés dans les établissements publics de santé. La chambre prend acte de la décision du directeur du 7 juillet 2023 arrêtant les modalités de

<sup>36</sup> Arrêtés du 12 avril 2021 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel et des gardes pour les personnels médicaux exerçant en établissements publics de santé et à la majoration exceptionnelle de l'indemnité de garde hospitalière des praticiens des armées, du 7 avril et du 29 juin 2022.

<sup>37</sup> Décret n° 2020-1182 du 28 septembre relatif à la modification de la grille des émoluments des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel et l'arrêté du 27 octobre 2020 modifiant certaines dispositions relatives à l'indemnité d'engagement du service public exclusif. En 2021, la hausse du montant de l'indemnité d'engagement du service public représente une augmentation de 0,14 M€ pour le CH de Chaumont.

<sup>38</sup> Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

rémunération des praticiens contractuels recrutés sur la base d'un motif deux<sup>39</sup>. Elle invite l'ordonnateur à poursuivre cette démarche pour les autres motifs de recrutement.

#### 5.3.1.2 L'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE)

Au cours de la période examinée, l'indemnité d'engagement de service public exclusif, prévue aux articles R. 6152-23 et D. 6152-23-1 du code de la santé publique, a été versée à 30 praticiens.

En application des dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif, cette indemnité est versée sur la base d'un contrat de trois ans passés entre le praticien et l'établissement.

D'un contrôle par sondage effectué sur l'année 2021, il ressort que pour 29 praticiens, le contrat est inexistant ou n'est plus, en partie ou en totalité, valable au titre de l'année 2021. Le montant des indemnités versées sans justificatif s'élève ainsi 241 740 €, soit 3,4 % de la rémunération du personnel médical en 2021.

À la faveur du contrôle, la chambre prend acte des actions entreprises par l'ordonnateur pour régulariser la situation (élaboration et signature des contrats avec l'ensemble des praticiens concernés par les irrégularités constatées).

#### 5.3.1.3 La continuité des soins et la permanence pharmaceutique

Des irrégularités ont été relevées au sujet de l'indemnisation de la permanence de soins.

En premier lieu, contrairement aux dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003, depuis 2019, le recours au temps de travail additionnel ne fait pas l'objet d'un contrat annuel signé entre le praticien, le chef de service, le chef de pôle et le directeur d'établissement.

Ce contrat a pour objet de fixer le volume de temps de travail additionnel effectué par le praticien. Il permet ainsi au directeur de l'établissement de s'assurer que le temps de travail effectué par les praticiens n'affecte pas leur santé et leur sécurité, ainsi que celles des patients. Il prévoit également les modalités d'indemnisation des périodes de temps de travail additionnel, soit récupération des heures, versement sur le compte épargne temps ou rémunération par une indemnité forfaitaire, le choix étant laissé au praticien.

Il ressort du contrôle par sondage effectué sur l'année 2021 que le montant total des indemnités forfaitaires versées au titre des périodes de temps de travail additionnel, sans justification, s'élève à 170 206 €, soit 2,4 % du montant de la rémunération versée au personnel médical en 2021.

Par ailleurs, le versement des indemnités forfaitaires au titre des périodes de temps de travail additionnel ne respecte pas systématiquement le rythme quadrimestriel prévu par l'article R. 6152-27 du code de la santé publique.

En second lieu, depuis 2022, les modalités de rémunération de la permanence des soins sont précisées dans une note de cadrage de la direction des affaires médicales qui n'est pas signée de l'ordonnateur. Son contenu appelle, en outre, deux remarques.

La première concerne les indemnités forfaitaires pour les périodes de temps de travail additionnel. La note prévoit un tarif différent pour les praticiens attachés, or cette différenciation

---

<sup>39</sup> En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire.

n'est pas prévue dans l'arrêté du 30 avril 2003<sup>40</sup>. De même, elle mentionne un tarif unique pour le temps de travail additionnel, alors que l'arrêté de 2003 prévoit une distinction entre le temps de travail additionnel effectué de jour du lundi au samedi et celui effectué de nuit, le dimanche et les jours fériés.

La seconde porte sur les indemnités forfaitisées pour les astreintes opérationnelles. À l'exception de celles fixées pour les services de gériatrie, de médecine 3, 4 et celui de médecine physique et de réadaptation (MPR), la note ne respecte pas le seuil plafond fixé par l'article 14 IV de l'arrêté du 30 avril 2003, à savoir 182,72 €.

Enfin, ces indemnités doivent faire l'objet d'une décision annuelle du directeur, après avis de la commission médicale d'établissement en application de l'article 14 IV de l'arrêté du 30 avril 2003, ce que ne peut valoir la note de cadrage.

En conclusion, la chambre demande à l'ordonnateur de se conformer, pour l'organisation et l'indemnisation de la permanence de soins aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 (temps de travail additionnel et astreintes opérationnelles). Elle note, à cet égard, les démarches entreprises par l'ordonnateur, à la faveur du contrôle, concernant la mise en place des contrats annuels portant sur le temps de travail additionnel et le respect du rythme quadrimestriel pour le versement des indemnités forfaitaires.

Rappel du droit n° 4 : Se conformer pour l'organisation et l'indemnisation de la permanence de soins aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003.

#### 5.3.1.4 La rémunération d'un praticien hospitalier titulaire depuis juin 2020

La rémunération des praticiens hospitaliers du CH de Chaumont a fait l'objet d'une analyse détaillée. Seule la rémunération d'un praticien titulaire appelle des observations.

Initialement recruté en mai 2020 en tant que praticien contractuel, en application des dispositions de l'article R. 6152-402 du code de la santé publique, en raison de la vacance prolongée du poste, il est devenu praticien hospitalier titulaire en juin 2020 en application des dispositions de l'article R. 6152-404-1 du code de la santé publique.

Toutefois, contrairement aux dispositions de l'article R. 6152-404-1 cité précédemment, cette intégration n'a pas fait l'objet d'une convention d'engagement de carrière hospitalière.

Il a été classé dans l'emploi de praticien hospitalier à l'échelon cinq. En février 2021, il a bénéficié d'un avancement à l'échelon six, soit neuf mois après sa nomination, le délai de deux ans, prévu à l'article R. 6152-21 du code de la santé publique n'a donc pas été respecté.

Par ailleurs, il ressort de l'analyse détaillée de sa rémunération que son traitement de base ne respecte pas les plafonds des émoluments fixés pour ces deux échelons, par l'arrêté du 15 juin 2016, en application des dispositions de l'article R. 6152-23 du code de la santé publique.

Ses émoluments mensuels sont calculés comme suit : un prix journée fixé à 660 € multiplié par le nombre de journées travaillées, auquel il faut déduire les émoluments mensuels plafonds de son échelon, à savoir 4 607,41 € pour l'échelon cinq et 4 929,92 € pour l'échelon six et une somme forfaitaire de 495 €.

En outre, il bénéficie d'une indemnité de 240 € au titre des permanences de nuit. Le versement de cette indemnité qui ne fait pas partie de celles prévues par l'arrêté du 30 avril 2003 précité,

---

<sup>40</sup> Arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des internes et des étudiants en médecine.

est irrégulier, même si cette indemnité peut s'apparenter à une indemnité de sujétion correspondant au temps de travail effectué dans le cadre des obligations de service hebdomadaires de nuit, dont le montant est fixé à 277,19 € depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2022.

Concernant le montant de base de ses émoluments mensuels, en appliquant la méthodologie de calcul retenu<sup>41</sup>, il est de 9 362,65 € jusqu'en février 2021, puis de 9 040,28 €, soit un dépassement de plus de 4 000 € des plafonds fixés par l'arrêté du 15 juin 2016 pour les échelons cinq et six.

Depuis son recrutement en tant que titulaire, la base annuelle de ses émoluments (112 352 € jusqu'en février 2021, puis 108 438 €) dépassait aussi le plafond fixé par l'arrêté du 15 juin 2016 pour le 13<sup>ème</sup> et dernier échelon des praticiens hospitaliers (90 010 €).

La chambre constate que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2022, date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 8 juillet 2022 actualisant les montants plafonds de rémunération des praticiens hospitaliers<sup>42</sup>, ces dépassements ont été réduits. En base mensuelle, le dépassement n'est plus que de 3 197 € (le plafond mensuel pour l'échelon six ayant été relevé à 5 842,59 €). De même, sa base annuelle est désormais équivalente à celle d'un praticien hospitalier classé au 12<sup>ème</sup> échelon (103 510 €). En outre, il semble que la somme forfaitaire de 495 € ait été réduite à 172,55 € à compter du mois de novembre 2022.

Malgré cette réduction des écarts, la rémunération de ce praticien reste toujours irrégulière. Dès lors, la chambre demande à l'ordonnateur de se conformer aux dispositions de l'article R. 6152-23 du code de la santé publique et des arrêtés du 30 avril 2003 et du 8 juillet 2022 pour le calcul de la rémunération de ce praticien hospitalier titulaire.

Rappel du droit n° 5 : Se conformer pour le calcul de la rémunération des praticiens hospitaliers titulaires aux dispositions de l'article R. 6152-23 du code de la santé publique et des arrêtés du 30 avril 2003 et du 8 juillet 2022.

### 5.3.2 Des dépenses d'intérim en apparence maîtrisées mais restant à réguler

Au cours de la période examinée, le CH de Chaumont a eu recours à des praticiens pour des missions de travail temporaire (intérim), en application des dispositions de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique, pour pallier l'absentéisme<sup>43</sup> et la vacance temporaire de postes, principalement au sein des services d'urgence et de médecine.

Tableau 22 : Évolution des dépenses d'intérim de personnel médical entre 2018 et 2022

2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
2 962 826 €	2 616 461 €	2 453 026 €	2 637 139 €	2 145 742 €	- 27,6 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Depuis 2018, les dépenses d'intérim ont diminué de 27,6 %, toutefois elles représentent en moyenne 5 % des charges de personnel au cours de la période examinée.

<sup>41</sup> Détail du calcul en annexe 5.

<sup>42</sup> Arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé.

<sup>43</sup> Le taux d'absentéisme est en moyenne de 4,9 % des effectifs médicaux au cours de la période contrôlée (source : les bilans sociaux du CH de Chaumont). Il est supérieur au taux moyen national de 3,57 % constaté pour les établissements publics de santé relevant de la même catégorie que le CH de Chaumont, à savoir établissement ayant des recettes comprises entre 20 et 70 M€ et ayant un nombre d'ETP inférieur à 1 200 (source : compilation annuelle des bilans sociaux des établissements publics de santé établie par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

Cette baisse apparente doit néanmoins être relativisée. En effet, il ressort de l'analyse de la rémunération et des contrats des praticiens contractuels, que certains sont en fait des praticiens recrutés pour une mission de travail temporaire, la durée de leur contrat ne dépassant pas une semaine.

En revanche, l'établissement n'a pas eu recours au marché public d'intérim passé par le GHT. Il a souscrit directement avec les praticiens concernés des contrats de gré à gré. Les dépenses concernant leur rémunération ont donc été imputées au compte 6423 « praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit et praticiens associés » en lieu et place du compte 62113 « intérim personnel médical ».

Par ailleurs, certaines dépenses relatives à des mises à disposition de personnel entre établissements ont été imputées par erreur en 2021 sur le compte 62113 « intérim de personnel médical » pour un montant total de 233 552 € (cinq praticiens). Cette erreur explique l'accroissement constaté des dépenses d'intérim entre 2020 et 2021.

Depuis 2021, une note de cadrage de la direction des affaires médicales, non signée du directeur, est venue fixer les montants plafonds journaliers applicables au CH de Chaumont. Il ressort de l'analyse détaillée de cette note que pour l'ensemble des services, les montants sont supérieurs à ceux fixés par les arrêtés du 24 novembre 2017<sup>44</sup> et 30 mars 2023<sup>45</sup>, pris en application des dispositions de l'article R. 6146-26 du code de la santé publique, les majorations pratiquées s'établissant entre 230 € et 940 €. Le non-respect des plafonds fixés par l'arrêté du 24 novembre 2017 a entraîné un surcoût de 1 209 853 €, soit 46 % du montant des dépenses d'intérim.

Afin que le comptable public puisse procéder au contrôle du respect des montants plafonds journaliers en application des dispositions de l'article L. 6146-4 de code de la santé publique, la chambre invite l'ordonnateur à veiller à la correcte imputation de l'ensemble des dépenses d'intérim.

Rappelant à l'ordonnateur son obligation de se conformer aux dispositions en vigueur en matière de montant plafond journalier pour la rémunération des praticiens dans le cadre des missions de travail temporaire, elle l'invite également à mettre à jour sans délai la note de cadrage de l'établissement sur ce point.

#### 5.4 Un suivi du temps de travail du personnel non médical à améliorer

Au CH de Chaumont, le personnel paramédical représente en moyenne, au cours de la période examinée, 71 % des effectifs non médicaux, le restant étant composé du personnel administratif, des techniciens et des ouvriers. La répartition par catégorie du personnel non médical et son évolution depuis 2018 sont présentées en annexe 5.

---

<sup>44</sup> Arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

<sup>45</sup> Arrêté du 30 mars 2023 modifiant l'arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

Les dépenses de rémunération du personnel non médical sont passées de 22,2 M€ en 2018 à 25,4 M€ en 2022, soit une augmentation de 14,4 %. Cette hausse résulte principalement de la mise en œuvre des mesures générales de revalorisation salariale accordées dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire<sup>46</sup> et du Ségur de la santé<sup>47</sup>.

La durée légale du temps de travail et son organisation fixées dans l'accord-cadre du 2 juillet 2012 n'appellent pas d'observations. En revanche, en l'absence de dispositif automatisé de contrôle du temps de travail, l'établissement n'est pas en mesure de vérifier la réalité du temps de travail effectué, notamment au niveau des heures supplémentaires, en application des dispositions de l'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002<sup>48</sup>.

Le décompte de ces dernières est effectué manuellement par la direction des ressources humaines sur la base des états déclaratifs et des plannings signés par les chefs de services transmis mensuellement.

Au 31 décembre 2022, selon les données du bilan social pour l'année 2022, le nombre d'heures supplémentaires n'ayant fait l'objet d'aucune récupération ou indemnisation s'élève à 16 394 heures. En l'absence de suivi informatisé, il est toutefois difficile de confirmer la réalité de ce volume d'heures.

Au cours de la période sous contrôle, le nombre d'heures supplémentaires indemnisées s'est accru de 64 %, passant de 35 362 heures (493 190 €) en 2018 à 58 064 heures au 31 décembre 2022, soit un coût total de 1 158 390 €<sup>49</sup>. En 2022, elles représentaient 2 % des charges de personnel.

Cette augmentation fait suite à la mise en place du système de remplacement en interne, via les heures supplémentaires, pour pallier les arrêts de travail inopinés de courte durée (moins d'un mois). Cette procédure a néanmoins permis de limiter le recours à l'intérim, qui représentait 14,33 ETP en 2018 et plus que 2,3 ETP en 2022<sup>50</sup>. Malgré cette évolution, la baisse des dépenses d'intérim au cours de la période s'est limitée à 20,5 %.

Tableau 23 : Évolution des dépenses d'intérim de personnel non médical entre 2018 et 2022

2018	2019	2020	2021	2022	Évolution au cours de la période
1 011 019 €	992 649 €	322 579 €	601 580 €	803 200 €	- 20,5 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

L'indemnisation des heures supplémentaires n'est pas irrégulière au regard de la réglementation en vigueur<sup>51</sup>, toutefois, elle n'est pas expressément prévue dans l'accord-cadre du 2 juillet 2012. La chambre invite donc l'ordonnateur à actualiser l'accord-cadre sur ce point.

<sup>46</sup> Décret n° 2020-568 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle aux agents des établissements publics de santé et à certains agents civils et militaires du ministère des armées et de l'Institution nationale des invalides dans le cadre de l'épidémie de covid-19 et majoration des heures supplémentaires effectuées (0,41 M€ pour 16 755 heures).

<sup>47</sup> Il s'agit de la mise en place du coefficient de majoration de 1,63 pour les heures supplémentaires effectuées au niveau des métiers en tension (décret n° 2021-1544 du 30 novembre 2021 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière), du complément de traitement indiciaire, 1,9 M€ en 2021 pour le CH de Chaumont (décret n° 2022-161 du 10 février 2022 étendant le bénéfice du complément de traitement indiciaire à certains agents publics en application de l'article 42 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022) et de la prime « grand âge » au profit des aides-soignants travaillant au sein d'un EHPAD, 0,12 M€ en 2021 pour l'établissement (décret n° 2020-66 du 30 janvier 2020 portant création d'une prime « grand âge » pour certains personnels affectés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986).

<sup>48</sup> Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

<sup>49</sup> Les données de ce paragraphe sont issues des bilans sociaux et des comptes financiers du CH de Chaumont.

<sup>50</sup> Les données de ce paragraphe sont issues des comptes financiers du CH de Chaumont.

<sup>51</sup> Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

Le taux d'absentéisme est en augmentation constante. Il passe de 6,24 % des effectifs en 2018 à 9,2 % en 2022. Au cours de la période examinée, le coût moyen de cet absentéisme est évalué à 1,97 M€ par an. Il représente en moyenne 82,8 ETP<sup>52</sup>.

Concernant le nombre de congés annuels accordés au personnel non médical (28 jours), il ne respecte pas les dispositions de l'article 1 du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002<sup>53</sup>, car il inclut automatiquement les deux jours de congés supplémentaires prévus à l'alinéa 5 de l'article 1, or ces jours ne sont attribués que si les agents prennent leurs congés en continu ou en discontinu dans la période du 1<sup>er</sup> novembre au 30 avril.

Pour conclure, l'établissement s'étant doté d'un système de badgeuses qui n'a encore été activé en raison de difficultés d'interface avec le système d'information des ressources humaines, la chambre invite l'ordonnateur à finaliser, sans délai, sa mise en place pour se conformer aux dispositions de l'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002.

Elle lui rappelle également son obligation de se conformer aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 pour le nombre de jours de congés accordés.

Recommandation n° 3 : Finaliser la mise en place du dispositif automatisé de contrôle du temps de travail pour le personnel non médical.

Rappel du droit n° 6 : Respecter les dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 pour le nombre de jours de congés accordés au personnel non médical.

## 6. UNE SITUATION FINANCIÈRE DURABLEMENT DÉGRADÉE

### 6.1 Un rétablissement du pilotage financier de l'établissement à poursuivre

#### 6.1.1 Un cadre de préparation et de suivi budgétaires non partagé

Le contenu de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) du CH de Chaumont est conforme aux dispositions du code de la santé publique. Depuis 2022, il est présenté au directoire et transmis à l'ARS avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année à laquelle il se rapporte, en application des dispositions de l'article R. 6145-29 du code de la santé publique. Il en va de même pour le plan global de financement pluriannuel (PGFP) depuis 2021. Précédemment, ces documents étaient présentés et transmis tardivement en cours de gestion.

Ne respectant pas la trajectoire de rétablissement de l'équilibre prévue dans le contrat de performance, même si ce dernier a été suspendu de *facto* depuis 2020, les EPRD ont tous été approuvés avec réserve ou demande de modification de la part du directeur général de l'ARS. Les PGFP ont pour leur part été rejetés, à l'exception de celui de 2018.

Ces constats qui corroborent les observations faites précédemment par la chambre sur le caractère volontariste et insuffisamment étayé du contrat de performance, rappellent la nécessité d'adopter, dès à présent, un nouveau plan d'accompagnement réaliste afin de cadrer au mieux le travail de construction budgétaire, préalable indispensable au pilotage financier de l'établissement.

Si un suivi mensuel de l'évolution de la situation financière est réalisé conjointement avec l'ARS et la direction départementale des finances publiques pour anticiper les risques de

<sup>52</sup> Les données de ce paragraphe sont issues des bilans sociaux et des comptes financiers du CH de Chaumont.

<sup>53</sup> Décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

rupture de trésorerie, à partir d'un tableau de bord établi par la direction des affaires financières, ce suivi n'est pas partagé avec l'ensemble des services. Par ailleurs, faute de projet d'établissement, d'objectifs associés, ces derniers ne participent pas à l'élaboration de l'EPRD et du PGFP.

### 6.1.2 Des pratiques contestables liées aux insuffisances de pilotage budgétaire

L'absence de pilotage commun et régulier de l'activité ne permet pas de mettre en œuvre tous les leviers nécessaires pour assurer un respect des prévisions et des trajectoires retenues dans ces documents. À cet égard, la chambre relève une utilisation constante du compte 672 « charges sur exercices antérieurs » au cours de la période examinée, notamment pour les charges de personnel. Ces charges sur exercices antérieurs représentent en moyenne 2 % des charges de l'exercice en cours.

Tableau 24 : Évolution des charges sur exercices antérieurs

Compte 672 « charges sur exercices antérieurs »	2018	2019	2020	2021	2022
Compte 67218 « charges de personnel »	282 786 €	1 448 788 €	781 321 €	1 587 414 €	811 589 €
Compte 67228 « charges à caractère médical »	109 849 €	341 787 €	130 993 €	46 396 €	277 010 €
Compte 67238 « charges à caractère hôtelier »	98 561 €	197 713 €	94 724 €	623 905 €	112 823 €
Compte 6728 « autres charges »	88 €	2 €	51 €	369 €	489 €
<b>Total</b>	<b>491 284 €</b>	<b>1 988 290 €</b>	<b>1 007 089 €</b>	<b>2 258 084 €</b>	<b>1 201 912 €</b>
<b>Montant total des charges (comptes 60 à 67)</b>	<b>70 335 820 €</b>	<b>69 220 650 €</b>	<b>66 307 944 €</b>	<b>72 464 213 €</b>	<b>72 028 883 €</b>
Part des charges sur exercices antérieurs	0,70 %	2,87 %	1,52 %	3,12 %	1,67 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Or, comme le précise l'instruction budgétaire et comptable M21<sup>54</sup>, l'utilisation de ce compte doit rester exceptionnelle. En effet, elle est liée à une insuffisance des crédits limitatifs (notamment ceux afférents aux dépenses de personnel) disponibles. Cette insuffisance ne permet donc pas de rattacher la charge à l'exercice concerné. Lors de l'approbation des EPRD, l'ARS vérifie que les crédits limitatifs sont suffisants pour permettre le rattachement des charges et éviter tout report.

Ce pilotage budgétaire lacunaire qui se traduit par des reports de charges récurrents, impacte donc la situation financière de l'établissement.

Par ailleurs, si le CH de Chaumont s'est doté d'une comptabilité analytique depuis 2021, il ne s'est pas encore engagé dans une démarche de cartographie des risques pour la mise en place d'un contrôle interne comptable et financier. Dès lors, à l'exception de quelques secteurs (durée des amortissements, refacturation des coûts de la direction commune, provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps notamment), les procédures financières et comptables ne sont pas formalisées.

En outre, seules les dépenses récurrentes et certaines dépenses ponctuelles font l'objet d'un engagement préalable. L'établissement se conforme donc partiellement à son obligation de tenir une comptabilité d'engagement en application des dispositions de l'article R. 6145-6 du code de la santé publique.

<sup>54</sup> Tome 1 « le cadre comptable », chapitre 2 « le fonctionnement des comptes ».

Pour conclure, le pilotage financier est très perfectible même si des améliorations sont à noter depuis 2021. Sa consolidation au regard de la situation financière de l'établissement reste donc une priorité.

## 6.2 Une fiabilité des comptes à renforcer

Au cours de la période examinée, le total des produits du compte de résultat principal pendant trois exercices consécutifs ne dépassant jamais 100 M€ quelle que soit la période considérée, en application des dispositions de l'article D. 6145-61-7 du code de la santé publique, le CH de Chaumont n'est pas soumis à la certification de ses comptes.

Si les anomalies relevées par la chambre appellent des mesures correctives, leur présence ne remet pas en cause la perception de la situation financière globale du CH de Chaumont.

### 6.2.1 Des comptes arrêtés tardivement

L'article R. 6145-46 du code de la santé publique dispose que « *le conseil de surveillance délibère sur le compte financier en vue de son approbation et décide de l'affectation des résultats de chaque compte de résultat. [...] Les délibérations relatives au compte financier et à l'affectation des résultats interviennent au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice auquel elles se rapportent [...]* ».

Même si les délais de production du compte financier tendent à s'améliorer depuis 2021, seul le compte financier 2020 a fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance d'approbation et d'affectation des résultats avant le 30 juin. Pour les exercices antérieurs, elle a été prise avec plus de cinq mois de retard.

Il résulte de ce constat, au demeurant déjà exprimé par la chambre, que le conseil de surveillance n'était pas en mesure de jouer pleinement son rôle, faute de disposer des informations suffisantes sur les résultats de ces exercices.

### 6.2.2 Des états de suivi du patrimoine à corriger et à actualiser

Au 31 décembre 2022, un écart de 0,6 M€ de la valeur nette de l'actif subsistait entre l'inventaire de l'ordonnateur (23,5 M€) et l'état de l'actif du comptable (24,1 M€). Il est également observé mais pour un montant supérieur (11,8 M€) au niveau de la valeur brute entre l'inventaire de l'ordonnateur (79,5 M€) et l'état de l'actif du comptable (91,3 M€)<sup>55</sup>. La chambre invite donc l'ordonnateur à se rapprocher du comptable pour éliminer les discordances entre l'inventaire et l'état de l'actif établi par ce dernier.

En outre, un contrôle par sondage a permis de relever qu'un certain nombre de matériels médicaux et informatiques, de l'électroménager et de l'outillage acquis entre 1985 et 2012 figurent encore à l'inventaire. Il est fort probable que ces biens ne soient plus utilisés et doivent être sortis de l'actif. La chambre prend note de l'engagement de l'ordonnateur de procéder aux réformes de ces biens.

L'ordonnateur n'ayant pas connaissance de la date du dernier inventaire physique, la chambre lui rappelle son obligation de procéder à un inventaire physique annuel conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21<sup>56</sup>. Il peut être effectué par sondage dans le cadre d'un plan pluriannuel précisant pour chaque exercice les catégories de biens devant faire l'objet d'une reconnaissance physique en fonction des risques identifiés.

<sup>55</sup> Le détail des écarts est présenté en annexe 6.

<sup>56</sup> Tome 3 « la tenue des comptabilités », chapitre 2 « la comptabilité du responsable des services économiques ».

### 6.2.3 Des opérations de fin d'exercice à améliorer

#### 6.2.3.1 Le rattachement des charges et des produits à l'exercice

La procédure de rattachement des charges et des produits a pour objet d'intégrer dans le résultat de fonctionnement l'ensemble des charges et des produits ayant donné lieu à un service fait ou constituant un droit acquis au cours de l'exercice concerné, même si les pièces comptables correspondantes n'ont pas encore été reçues ou émises.

Le niveau de rattachement des charges est très faible au cours de la période examinée, en moyenne 0,78 % des charges de gestion, et ne concerne que les factures de fournisseurs non parvenues.

Tableau 25 : Évolution du niveau de rattachement des charges à l'exercice entre 2018 et 2022

Charges à payer	2018	2019	2020	2021	2022
Compte 408 "fournisseurs factures non parvenues"	1 085 925 €	64 182 €	221 397 €	783 108 €	535 790 €
<b>Total</b>	<b>1 085 925 €</b>	<b>64 182 €</b>	<b>221 397 €</b>	<b>783 108 €</b>	<b>535 790 €</b>
<b>Montant total des charges de gestion (compte 60 à 65)</b>	<b>68 207 027 €</b>	<b>66 408 661 €</b>	<b>64 425 570 €</b>	<b>69 346 317 €</b>	<b>70 430 750 €</b>
Part des charges à payer	1,59 %	0,1 %	0,34 %	1,13 %	0,76 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Langres

Ce faible niveau de rattachement des charges provient de la tenue partielle de la comptabilité d'engagement. L'établissement n'est donc pas en mesure de procéder en fin de gestion à un examen exhaustif des engagements afin de supprimer ceux devenus sans objet, d'ajuster les montants ou d'initier ceux manquants.

Par ailleurs, ce travail intervient lors de la période dite de la « journée complémentaire », dont la durée peut parfois aller au-delà du mois de janvier de l'année suivante. Cette pratique est critiquable au regard des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 qui précise que la date limite d'émission des mandats, y compris au titre du rattachement des charges est fixée au 31 décembre de l'année N. Seule une liste limitative d'opérations de fin de gestion peut être au cours du mois de janvier de l'année N+1.

Le niveau de rattachement des produits à recevoir est également faible, l'émission des derniers titres intervenant en janvier de l'année N1, durant la journée complémentaire. Comme pour les charges, cette pratique ne respecte pas les dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21<sup>57</sup>, la date limite pour l'émission des derniers titres, y compris pour les produits à recevoir étant fixée au 31 décembre de l'année N, seule une liste limitative d'opérations peut être effectuée au mois de janvier de l'année N+1.

<sup>57</sup> Tome 2 « le cadre budgétaire et les opérations comptables particulières », titre 2 « les opérations spécifiques », chapitre 1 « la journée complémentaire ».

Tableau 26 : Évolution du niveau de rattachement des produits à recevoir entre 2018 et 2022

Produits à recevoir	2018	2019	2020	2021	2022
Compte 418 "redevables produits à recevoir"	1 731 248 €	0 €	0 €	353 860 €	1 098 749 €
<b>Total</b>	<b>1 731 248 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>353 860 €</b>	<b>1 098 749 €</b>
<b>Montant total des produits de gestion (comptes 70 à 75)</b>	<b>56 146 398 €</b>	<b>54 477 723 €</b>	<b>56 305 769 €</b>	<b>62 850 276 €</b>	<b>63 764 581 €</b>
Part des produits à recevoir	3,08 %	0 %	0 %	0,56 %	1,72 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Pour conclure, le rattachement des charges et des produits reste très limité en raison d'une part d'une comptabilité d'engagement partiellement tenue, d'autre part de pratiques parfois contraires aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé concernant la journée complémentaire.

Au regard de l'impact de ces irrégularités sur le résultat et sur les délais de production du compte financier, la chambre rappelle à l'ordonnateur son obligation de tenir une comptabilité d'engagement exhaustive en application des dispositions de l'article R. 6145-6 du code de la santé publique.

Rappel du droit n° 7 : Tenir une comptabilité d'engagement exhaustive en application des dispositions de l'article R. 6145-6 du code de la santé publique.

### 6.2.3.2 Les dépenses et les recettes à classer ou à régulariser

En application des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21<sup>58</sup>, « les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières » doivent être inscrites aux subdivisions du compte 47. Ce dernier doit être apuré au plus tard en fin d'exercice (31 décembre).

Tableau 27 : Le solde au 31 décembre des comptes 47 et 48 entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Solde compte 471 « recettes à classer ou à régulariser »	403 467 €	267 919 €	2 056 772 €	1 085 484 €	2 066 865 €
Solde compte 472 « dépenses à classer ou à régulariser »	581 448 €	581 448 €	581 448 €	581 448 €	581 448 €

Source : CRC à partir des comptes du CH de Chaumont

Les dépenses inscrites sur le compte 472 étant très anciennes (litige vieux de 15 ans avec l'ARS sur des avances remboursables 2005 et 2006 au sujet de créances détenues par l'établissement à l'encontre de l'assurance maladie), la chambre invite l'ordonnateur, en lien avec le comptable public et l'ARS Grand Est, à régulariser sans délai, la situation de ces comptes.

<sup>58</sup> Tome 1 « le cadre comptable », chapitre 2 « le fonctionnement des comptes ».

#### 6.2.4 Des provisions à réexaminer ou à régulariser

Dans son précédent rapport, la chambre avait demandé à l'ordonnateur de constituer des provisions conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21, des irrégularités ayant été constatées au niveau des provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisation (compte 142), des provisions pour litiges (compte 1511), des provisions pour gros entretien ou grandes révisions (compte 1572) et des autres provisions pour charges (compte 158).

L'examen des provisions constituées par le CH de Chaumont dont le montant total s'élevait à 11,41 M€ au 31 décembre 2022<sup>59</sup>, appelle à nouveau différentes observations.

##### 6.2.4.1 Les provisions pour litige (compte 1511)

Au 31 décembre 2022, le solde du compte 1511 est de 540 048 €. Il regroupe plusieurs provisions, la principale (524 575 €) étant celle constituée dans le cadre du litige évoqué précédemment au niveau des dépenses à régulariser.

Ce litige concerne les avances remboursables consenties en 2005 et 2006 par l'ARS Grand Est sur les recettes T2A, l'établissement ayant contesté le montant de la compensation effectuée par l'ARS dans sa décision du 15 décembre 2008. Une résolution rapide de ce litige vieux de 15 ans permettrait de reprendre cette provision dont le maintien est désormais difficilement justifiable.

##### 6.2.4.2 Les provisions pour gros entretien ou grandes révisions (compte 1572)

En application des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21, ces provisions doivent être justifiées par un plan d'entretien pluriannuel. Ce dernier doit être actualisé à chaque clôture d'exercice et la provision ajustée en conséquence.

Au cours de la période examinée, aucun plan d'entretien pluriannuel n'a été établi, or le compte 1572 « provisions pour gros entretien ou grandes révisions » présente un solde de 701 058 € au 31 décembre 2022.

La chambre invite l'ordonnateur à poursuivre la régularisation engagée en 2022, soit par la reprise intégrale de la provision, soit par l'adoption d'un plan d'entretien pluriannuel et l'ajustement en conséquence de la provision.

##### 6.2.4.3 Les provisions pour dépréciation des créances sur comptes de tiers (compte 49)

En application des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21, les créances dont le recouvrement est compromis, doivent donner lieu à la constitution d'une provision pour dépréciation inscrite au compte 49. Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la dépréciation constituée est reprise parallèlement à la constatation de la charge au compte 654 résultant de l'admission en non-valeur (compte 415).

Cette provision peut être calculée sur la base d'une méthode statistique ne devant pas conduire à minorer cette dépréciation. La méthode retenue par le CH de Chaumont depuis 2021 n'appelle pas d'observation.

---

<sup>59</sup> Détail des provisions en annexe 6.

Tableau 28 : Méthode de dépréciation des créances à compter de 2021

Ancienneté des créances	Taux
Créances de moins de 1 an	5 %
Créances datant de 1 an à 2 ans	10 %
Créances datant de 2 ans à 3 ans	50 %
Créances datant de 3 ans à 4 ans	80 %
Créances supérieures à 4 ans	100 %

Source : CRC à partir du rapport financier 2021 du CH de Chaumont

Au 31 décembre 2021, le solde des comptes 41 « redevables » et 46 « débiteurs divers » est de 30,7 M€.

Tableau 29 : Solde détaillé des comptes 41 « redevables » et 46 « débiteurs divers » au 31 décembre 2021

	2021
Solde compte 411 "redevables amiables"	3 375 635 €
Solde compte 416 "redevables contentieux"	445 357 €
Solde compte 46721 "débiteurs divers amiables"	26 864 798 €
Solde compte 46726 "débiteurs divers contentieux"	31 286 €
<b>Total</b>	<b>30 717 076 €</b>

Source : CRC à partir du compte financier 2021 du CH de Chaumont

Il ressort de l'analyse détaillée que 84 % des créances (25 671 120 €) datent de moins d'un an. En application de la méthode retenue par le CH de Chaumont, elles auraient dû faire l'objet d'une provision à hauteur de 1,28 M€.

Sur les 5,04 M€ de créances de plus d'un an, les cessions d'équipement non réglées par le GCS pôle santé sud haut-marnais (1 342 984 €) représentent 27 % du montant total. Le risque de non recouvrement de ces cessions a fait l'objet d'une provision comptabilisée au compte 1518 en lieu et place d'une provision pour dépréciation<sup>60</sup>.

Pour le reliquat (3 702 972 €), le montant total (427 340 €) des provisions pour dépréciation inscrites aux comptes 491 et 496 au 31 décembre 2021 ne semble pas adapté aux risques encourus (12 % du montant des créances). En application de la méthode retenue par l'ordonnateur, elle aurait dû être de 2,03 M€. Ce montant s'ajoutant à celui calculé pour les créances de l'année, la provision totale doit en principe s'établir à hauteur de 3,31 M€.

Si le solde des comptes 41 « redevables » et 46 « débiteurs divers » diminue en 2022, passant à 22,9 M€, le constat de l'inadaptation du montant total (455 609 €) des provisions pour dépréciation inscrites aux comptes 491 et 496 reste d'actualité.

<sup>60</sup> Cf. développements supra du 4.3 sur les GCS

Tableau 30 : Solde détaillé des comptes 41 « redevables » et 46 « débiteurs divers »  
au 31 décembre 2022

	2022
Solde compte 411 "redevables amiables"	3 564 101 €
Solde compte 416 "redevables contentieux"	333 733 €
Solde compte 46721 "débiteurs divers amiables"	18 916 313 €
Solde compte 46726 "débiteurs divers contentieux"	89 981 €
<b>Total</b>	<b>22 904 128 €</b>

Source : CRC à partir du compte financier provisoire 2022 du CH de Chaumont

La chambre invite donc l'ordonnateur à revoir le montant de la provision pour dépréciation de créances afin de l'adapter au risque réellement encouru, en application de la méthode statistique qu'il a lui-même retenue.

#### 6.2.4.4 Conclusion sur les provisions

Si quelques améliorations ont pu être constatées au cours de la période examinée, la constitution des provisions et leur suivi par l'établissement restent encore, dans une large majorité, non conforme aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21.

Rappel du droit n° 8 : Appliquer les dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 pour la constitution et le suivi des provisions.

### 6.3 Une situation financière durablement dégradée

Le centre hospitalier de Chaumont dispose d'un budget principal (H) et de cinq budgets annexes : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (budget E), unité de soins longue durée (USLD), service de soins infirmiers à domicile (budget SSIAD), institut de formation en soins infirmiers (budget IFSI) et dotation non affectée (budget DNA).

Le budget principal et celui de l'EHPAD représentant en moyenne 92 % des produits consolidés, l'analyse de l'évolution des charges et des produits se concentre donc sur ces deux budgets, en revanche le reste de l'analyse financière porte sur les données du budget consolidé (les six budgets cités ci-dessus)<sup>61</sup>.

#### 6.3.1 Des produits insuffisants pour couvrir les charges depuis 2018 pour le budget principal comme pour le budget EHPAD.

##### 6.3.1.1 L'évolution des produits et des charges du budget EHPAD (E)

Au cours de la période examinée, les produits augmentent de 15,8 %. Toutefois, cette augmentation n'est pas liée à un accroissement du nombre de résidents mais à une revalorisation des dotations versées (financement des augmentations salariales accordées aux professionnels travaillant dans les EHPAD dans le cadre du Ségur de la santé et augmentation du forfait soins versé par l'assurance maladie).

<sup>61</sup> Détail des produits et des charges en annexe 6.

Tableau 31 : Évolution des produits et des charges du budget EHPAD entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution sur la période
Total des produits	3 393 225 €	3 723 178 €	3 757 942 €	3 926 418 €	3 930 083 €	15,8 %
Total des charges	4 148 498 €	4 073 164 €	4 094 855 €	4 402 753 €	4 509 790 €	8,7 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Nonobstant cette augmentation, le niveau des produits est resté insuffisant au cours de la période pour couvrir les charges. Stables jusqu'en 2020, ces dernières s'accroissent à partir de 2021, principalement en raison des revalorisations salariales précitées.

### 6.3.1.2 L'évolution des produits et des charges du budget principal (H)

De 2018 à 2022, les produits ont augmenté de 4 %, cette évolution n'étant pas due à un accroissement significatif des recettes liées à l'activité mais à une revalorisation des dotations versées (réforme du financement des urgences, prise en charge des patients en situation de précarité...) et à la mise en place de la garantie de financement accordée aux établissements entre 2020 et 2021 au titre de la gestion de la crise COVID.

Hormis cette augmentation, le niveau des produits est resté au cours de la période examinée insuffisant pour couvrir les charges, même si ces dernières ont diminué de 3,8 % depuis 2018.

Tableau 32 : Évolution des produits et des charges du budget principal entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022 (données provisoires)	Évolution sur la période
Total des produits	55 466 672 €	54 668 554 €	50 450 710 €	55 807 831 €	57 671 574 €	4 %
Total des charges	67 484 211 €	64 141 723 €	61 760 130 €	66 161 300 €	64 906 636 €	- 3,8 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Les charges de personnel, en augmentation de 12 %, représentent le premier poste de dépense (en moyenne 68 % des charges constatées entre 2018 et 2022). Si les revalorisations salariales accordées aux professionnels travaillant dans les hôpitaux dans le cadre du Ségur de la santé contribuent à cette augmentation, l'absence de projet d'établissement et de politique de gestion des ressources humaines adaptée à ce projet, y participent également. En revanche, le niveau des autres charges est en baisse.

### 6.3.2 Un déficit cumulé qui s'aggrave

Au cours de la période examinée, à l'exception des budgets « dotation non affectée » et « institut de formation en soins infirmiers », le niveau des produits pour l'ensemble des budgets est insuffisant pour couvrir les charges. Il en résulte un résultat déficitaire depuis 2018 et un déficit cumulé de 101,6 M€ au 31 décembre 2022<sup>62</sup>.

<sup>62</sup> Le détail des résultats par budget est présenté en annexe 6

Tableau 33 : Évolution du résultat global du CH de Chaumont de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Total des produits	63 148 810 €	62 649 160 €	58 625 581 €	64 571 454 €	66 315 497 €
Total des charges	75 812 194 €	72 356 731 €	70 163 152 €	75 508 264 €	74 346 318 €
<b>Résultat</b>	<b>- 12 663 385 €</b>	<b>- 9 707 571 €</b>	<b>- 11 537 570 €</b>	<b>- 10 936 810 €</b>	<b>- 8 030 822 €</b>
Report à nouveau	- 46 672 317 €	- 59 349 103 €	- 69 099 394 €	- 82 956 583 €	- 93 614 260 €
<b>Déficit cumulé</b>	<b>- 59 335 702 €</b>	<b>- 69 056 674 €</b>	<b>- 80 636 964 €</b>	<b>- 93 893 393 €</b>	<b>- 101 645 081 €</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers et délibérations du conseil de surveillance du CH de Chaumont

Le déficit s'étant significativement aggravé au cours de la période examinée (+ 72 %), la mise en place d'un nouveau plan d'accompagnement est donc nécessaire dès à présent, sans attendre la mise en fonction des nouveaux établissements, pour permettre un retour progressif à l'équilibre du CH de Chaumont.

### 6.3.3 Une absence d'autofinancement

Au cours de la période sous contrôle, le CH de Chaumont n'a dégagé aucune marge brute d'exploitation.

Tableau 34 : Évolution du déficit brut d'exploitation<sup>63</sup> consolidé entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Déficit brut d'exploitation</b>	<b>- 11 986 554 €</b>	<b>- 11 794 276 €</b>	<b>- 8 098 846 €</b>	<b>- 6 415 431 €</b>	<b>- 6 430 705 €</b>
Produits courants hors produits financiers et exceptionnels	56 146 398 €	54 477 723 €	56 305 769 €	62 850 276 €	63 764 581 €
Taux déficit brut d'exploitation/produits courants	21,3 %	21,6 %	14,4 %	10,2 %	10,1 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont.

En outre, pendant la même période, la capacité d'autofinancement brute (CAF brute) dégagée par l'établissement est demeurée insuffisante pour couvrir le remboursement en capital de la dette.

Dès lors, avec un solde cumulé négatif de 60,7 M€ au niveau de sa CAF nette pour l'ensemble de la période, le CH de Chaumont était dans l'incapacité de financer seul ses investissements.

<sup>63</sup> Le calcul détaillé de ce déficit brut sur la période de contrôle est présenté en annexe 6

Tableau 35 : Évolution de la capacité d'autofinancement consolidée entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat consolidé	- 12 663 385 €	- 9 707 571 €	- 11 537 571 €	- 10 936 810 €	- 8 030 821 €
(+) dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	5 476 374 €	3 136 081 €	3 855 208 €	3 044 051 €	2 317 435 €
(+) valeur nette comptable des éléments d'actifs cédés	850 303 €	12 198 €	24 045 €	7 604 €	0 €
(-) reprise sur amortissements, dépréciations et provisions	4 028 495 €	5 908 700 €	843 072 €	425 081 €	1 098 273 €
(-) produits des cessions d'éléments d'actifs	828 742 €	15 448 €	26 045 €	145 037 €	0 €
(-) quote-part des subventions d'investissement virée au résultat	1 084 333 €	686 386 €	634 313 €	589 679 €	645 981 €
Capacité d'autofinancement (CAF) brute consolidée	- 12 278 278 €	- 13 169 826 €	- 9 161 748 €	- 9 044 952 €	- 7 457 640 €
Annuité en capital de la dette consolidée	2 319 780 €	2 161 744 €	2 082 195 €	<b>1 800 862 €</b>	1 201 356 €
<b>CAF nette consolidée</b>	<b>- 14 598 058 €</b>	<b>- 15 331 570 €</b>	<b>- 11 243 943 €</b>	<b>- 10 845 814 €</b>	<b>- 8 658 996 €</b>

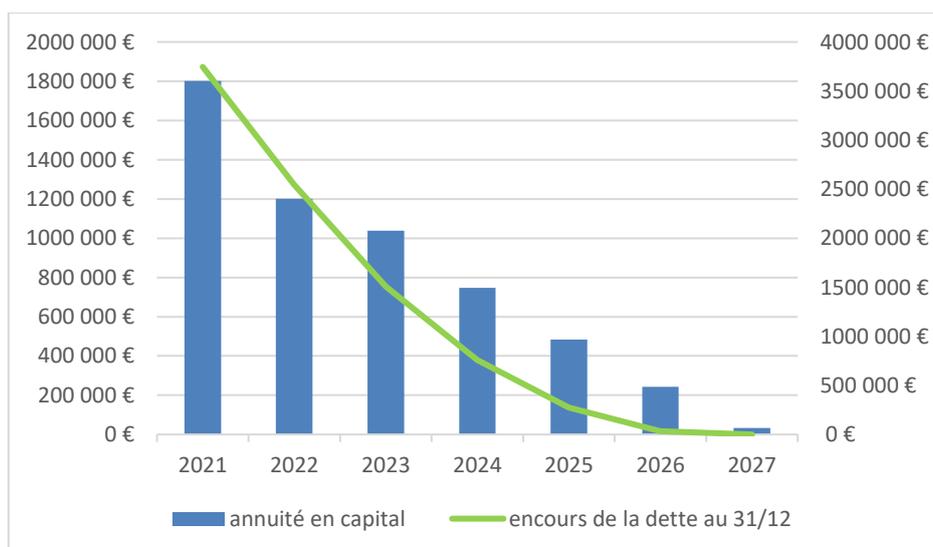
Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

#### 6.3.4 Un recours à l'emprunt restant impossible

Au cours de la période examinée, le CH de Chaumont n'a pas été autorisé à souscrire d'emprunt en application des dispositions de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique. Jusqu'en 2020, son ratio moyen d'indépendance financière<sup>64</sup> était supérieure à 50 % et la durée apparente de sa dette excédait 10 ans.

L'encours de dette au 31 décembre 2022 s'établit à 2,54 M€. À périmètre constant, cette dette composée de 11 emprunts s'éteindra en 2027.

Figure 2 : Le profil d'extinction de la dette du CH de Chaumont



Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont, des contrats d'emprunt et des tableaux d'amortissement

<sup>64</sup> Ce ratio résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, hors aides versées par l'ARS Grand Est.

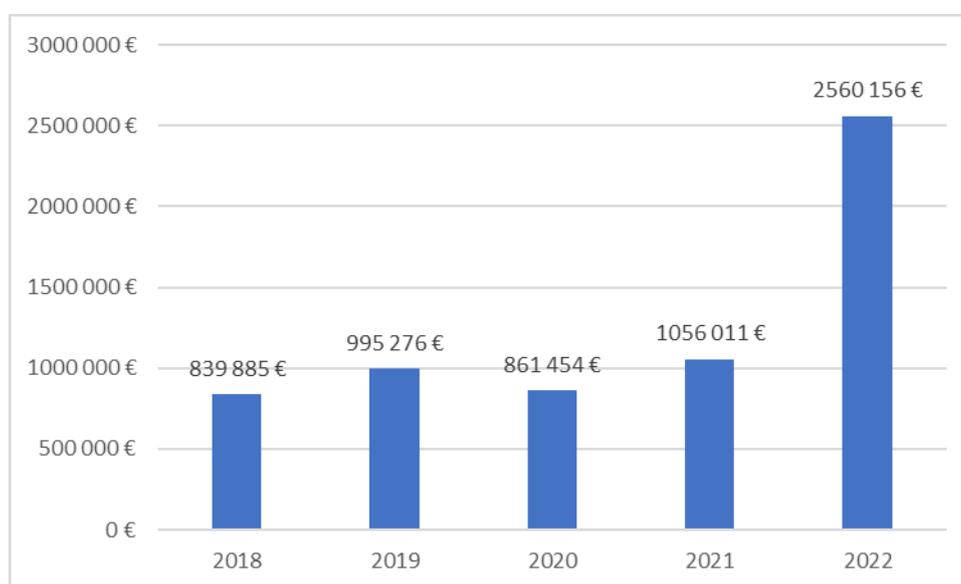
L'amélioration des ratios d'endettement depuis 2020 n'est que la conséquence mécanique de l'interdiction d'emprunter pesant sur l'établissement depuis plusieurs années. Sa situation financière restant très dégradée, le recours à l'emprunt demeure donc exclu pour l'établissement.

L'absence de financement propre ne laissant aucune marge de manœuvre à l'établissement pour supporter les surcoûts éventuels liés à la construction du nouvel hôpital, il est donc important que les coûts prévisionnels des travaux soient consolidés et fiabilisés pour limiter les risques pour l'ensemble des financeurs.

### 6.3.5 Des investissements limités et essentiellement subventionnés

Le montant total des investissements s'est limité à 6,3 M€ de 2018 à 2022.

Figure 3 : Les investissements par année entre 2018 et 2022



Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

En l'absence de CAF nette mobilisable et avec une interdiction de recours à l'emprunt, ils ont été financés à hauteur de 16 % par des produits de cession d'immobilisation (1 015 272 €), le restant (85 %) étant couvert par des aides et des subventions d'investissement versées par l'ARS Grand Est (5 297 510 €).

Ce soutien significatif de l'autorité de tutelle a permis à l'établissement d'avoir, tout au long de la période examinée, un taux moyen de renouvellement<sup>65</sup> des immobilisations de 1,5 %.

Tableau 36 : Évolution du taux de renouvellement des immobilisations entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Taux de renouvellement des immobilisations	1,1 %	1,3 %	1,1 %	1,2 %	2,8 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

<sup>65</sup> Ce taux de renouvellement est déterminé en rapportant le montant cumulé des dépenses d'investissement de l'année à la valeur de l'actif immobilisé détenu par l'établissement.

Néanmoins, malgré ce soutien, le rythme moyen pour le renouvellement de ses actifs étant de 50 ans, l'établissement présente désormais un taux de vétusté<sup>66</sup> élevé pour ses équipements (94,46 % en 2022), ainsi que pour les bâtiments (77,23 %).

Tableau 37 : Évolution des taux de vétusté des équipements et des bâtiments

	2018	2019	2020	2021	2022
Taux de vétusté des équipements	96,07 %	95,85 %	95,61 %	95,31 %	94,46 %
Taux de vétusté des bâtiments	69,12 %	71,91 %	75,28 %	77,36 %	77,23 %

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Pour faire face à ce besoin de renouvellement, depuis 2022, l'établissement s'est doté d'un plan pluriannuel d'investissement (PPI) pour la période 2022 – 2026 d'un montant total de 10,2 M€. Le financement de ce PPI est couvert par la dotation pluriannuelle accordée par l'ARS Grand Est, d'un montant de 15 840 573 € pour la période 2021 – 2030, au titre du soutien à l'investissement et à la transformation du service public.

### 6.3.6 Une situation bilanzielle tributaire des aides de l'autorité de tutelle

Au cours de la période examinée, le besoin en fonds de roulement<sup>67</sup> est resté important, le rythme de recouvrement des créances étant souvent long, notamment vis-à-vis des groupements de coopération sanitaire et des autres établissements de santé dans le cadre des mises à disposition de personnel.

Néanmoins, au regard des données provisoires 2022, il tend à diminuer (- 34 % par rapport à 2021). Toutefois, cette tendance doit se confirmer dans le temps pour permettre une amélioration significative de la situation financière de l'établissement, en particulier sa trésorerie.

Tableau 38 : Évolution du besoin en fonds de roulement entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Besoin en fonds de roulement	7 917 452 €	9 019 953 €	4 454 491 €	10 253 991 €	6 813 038 €

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Grâce aux aides versées par l'ARS Grand Est, le niveau du fonds de roulement net global est demeuré suffisant pour couvrir le besoin en fonds de roulement.

<sup>66</sup> Ce taux de vétusté est déterminé en rapportant le montant cumulé des amortissements à la valeur brute des immobilisations.

<sup>67</sup> Le détail du calcul du besoin en fonds de roulement est présenté en annexe 6.

Tableau 39 : Évolution du fonds de roulement net global avec les aides de l'ARS entre 2018 et 2022

		2018	2019	2020	2021	2022
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	Ressources	133 498 810 €	143 715 899 €	151 953 351 €	182 326 194 €	187 023 855 €
	Dont aides ARS	19 000 000 €	12 600 000 €	8 300 000 €	30 390 573 €	4 100 000 €
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	Ressources	- 42 632 348 €	- 57 317 603 €	- 68 080 116 €	- 78 154 981 €	- 86 717 411 €
<b>Total des ressources</b>		<b>90 866 462 €</b>	<b>86 398 296 €</b>	<b>83 873 234 €</b>	<b>104 171 213 €</b>	<b>100 306 444 €</b>
FRI	Emplois	76 688 472 €	75 873 602 €	76 711 011 €	90 430 700 €	91 314 094 €
FRE	Emplois	349 382 €	349 382 €	349 382 €	349 382 €	349 382 €
<b>Total des emplois</b>		<b>77 037 854 €</b>	<b>76 222 984 €</b>	<b>77 060 393 €</b>	<b>90 780 082 €</b>	<b>91 663 476 €</b>
<b>Fonds de roulement net global</b>		<b>13 828 608 €</b>	<b>10 175 312 €</b>	<b>6 812 841 €</b>	<b>13 391 132 €</b>	<b>8 642 967 €</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Le niveau de ses ressources à long terme étant très dégradé en raison des déficits accumulés au cours des dernières années, le CH de Chaumont aurait été, sans ces aides, dans l'incapacité de couvrir son besoin en fonds de roulement tout au long de la période contrôlée.

Tableau 40 : Évolution du fonds de roulement net global hors aides ARS entre 2018 et 2022

		2018	2019	2020	2021	2022
FRI	Ressources	114 498 810 €	131 115 899 €	143 653 351 €	151 935 621 €	182 923 855 €
FRE	Ressources	- 42 632 348 €	- 57 317 603 €	- 68 080 116 €	- 78 154 981 €	- 86 717 411 €
<b>Total des ressources</b>		<b>71 866 462 €</b>	<b>73 798 296 €</b>	<b>75 573 234 €</b>	<b>73 780 640 €</b>	<b>96 206 444 €</b>
FRI	Emplois	76 688 472 €	75 873 602 €	76 711 011 €	90 430 700 €	91 314 094 €
FRE	Emplois	349 382 €	349 382 €	349 382 €	349 382 €	349 382 €
<b>Total des emplois</b>		<b>77 037 854 €</b>	<b>76 222 984 €</b>	<b>77 060 393 €</b>	<b>90 780 082 €</b>	<b>91 663 476 €</b>
<b>Fonds de roulement net global</b>		<b>- 5 171 392 €</b>	<b>- 2 424 688 €</b>	<b>- 1 487 159 €</b>	<b>- 16 999 442 €</b>	<b>4 542 967 €</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Elles contribuent ainsi au maintien de la trésorerie, mais à un niveau très faible. En 2022, cette dernière n'a représenté que neuf jours de charges courantes.

Tableau 41 : Évolution de la trésorerie entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Fonds de roulement net global	13 828 608 €	10 175 312 €	6 812 841 €	13 391 132 €	8 642 967 €
(-) Besoin en fonds de roulement	7 917 452 €	9 019 953 €	4 454 491 €	10 253 991 €	6 813 038 €
<b>Trésorerie</b>	<b>5 911 156 €</b>	<b>1 155 359 €</b>	<b>2 358 350 €</b>	<b>3 137 140 €</b>	<b>1 829 929 €</b>
Charges courantes consolidées	68 207 027 €	66 408 661 €	64 425 570 €	69 346 317 €	70 430 750 €
Trésorerie en nombre de jours de charges courantes	32	6	13	17	9

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

### 6.3.7 Conclusion sur la situation financière

Même si une légère amélioration peut être notée en 2022, la situation financière du CH de Chaumont demeurerait au terme de cet exercice profondément et durablement dégradée.

Dans le contrat de performance, le montant total des aides de l'ARS avait été prévue à hauteur de 42 M€ pour la période 2018 – 2022, avec une trajectoire de diminution du déficit de 54 %. Au 31 décembre 2022, ce déficit ne s'est réduit que de 37 %, tandis que le montant total des aides attribuées par l'ARS atteignait 74,4 M€.

**Tableau 42 : Comparatif entre les aides ARS prévues au contrat de performance et celles attribuées entre 2018 et 2022**

	2018	2019	2020	2021	2022	Cumulé
Aides ARS prévues au contrat de performance	15 000 000 €	11 000 000 €	7 650 000 €	5 250 000 €	3 100 000 €	42 000 000 €
Aides ARS attribuées	19 000 000 €	12 600 000 €	8 300 000 €	30 390 573 €	4 100 000 €	74 390 573 €
Écart	4 020 000 €	1 600 000 €	650 000 €	25 140 573 €	1 000 000 €	32 390 573 €

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont et du contrat de performance centres hospitaliers du sud haut-marnais 2018-2023

**Tableau 43 : Comparatif entre la trajectoire de redressement prévisionnelle du contrat de performance et l'évolution constatée du résultat entre 2018 et 2022**

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution sur la période
Résultat prévisionnel inscrit dans le contrat de performance	- 10 553 000 €	- 8 714 000 €	- 6 474 000 €	- 5 629 000 €	- 4 815 000 €	- 54 %
Résultat constaté	- 12 663 385 €	- 9 707 571 €	- 11 537 571 €	- 10 936 810 €	- 8 030 821 €	- 37 %
Écart	2 110 385 €	993 571 €	5 063 571 €	5 307 810 €	3 215 821 €	

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont et du contrat de performance centres hospitaliers du sud haut-marnais 2018-2023

Ces constats rejoignent les observations formulées précédemment par la chambre sur le caractère insuffisamment étayé de la trajectoire financière retenue dans le contrat de performance.

Ils ne peuvent également que conforter, s'il en était besoin, la nécessité de mettre en place dès à présent un nouveau plan d'accompagnement pluriannuel entre l'ARS et l'établissement pour permettre un retour progressif à l'équilibre.

Recommandation n° 4 : Établir sans délai, en lien avec l'agence régionale de santé, un plan pluriannuel de retour progressif à l'équilibre réaliste et tenant compte de l'ensemble des risques pesant sur l'établissement.

\*\*\*

## ANNEXE 1 : Les caractéristiques du CH de Chaumont

Tableau 1 : Le bassin d'attractivité au 1<sup>er</sup> janvier 2022

Communes	Département	Population	Densité de population (hab/km <sup>2</sup> )	Classement en zones de densité médicale
Chaumont	52	21 847	395,3	ZIP pour deux quartiers prioritaires de la ville et le reste en ZAC
Langres	52	7 668	343,4	ZIP
Chatillon-sur-Seine	21	5 347	161,3	ZIP
Bar-sur-Aube	10	4 787	294,2	ZIP
Nogent	52	3 591	65,7	ZIP
Joinville	52	3 015	159,2	ZIP
Chalindrey	52	2 429	121,1	ZAC
Bourbonne-les-Bains	52	1 977	30,4	ZAC
Bologne	52	1 851	59,2	ZAC
Val-de-Meuse	52	1 832	23,9	ZAC
Chateauvillain	52	1 579	14,8	ZAC
Froncles	52	1 449	72,3	ZIP
Rolampont	52	1 413	28,8	ZIP
Biesles	52	1 340	56,2	ZIP
Fayl-Billot	52	1 298	30,3	ZIP
Le montsaigeonnais	52	1 188	35,6	ZIP
Ville-sous-la-Ferté	10	960	48,6	ZIP
Andelot-Blancheville	52	867	26,1	ZAC
Doulaincourt-Saucourt	52	790	18	ZIP
Bourmont-entre-Meuse-et-Mouzon	52	781	18,4	ZAC
Arc-en-Barrois	52	729	14,5	ZAC
Longeau-Percey	52	722	96,5	ZIP
Colombey-les-Deux-Églises	52	706	8,4	ZIP
Poissons	52	632	40,8	ZIP
Laignes	21	673	16,8	ZAC
Neuilly-L'Évêque	52	580	24,4	ZIP
Maranville	52	403	32,4	ZIP
Doulevant-le-Château	52	362	16,4	ZAC
Recey-sur-Ource	21	351	13,2	ZIP
Montigny-sur-Aube	21	253	13	ZAC
Belan-sur-Ource	21	248	12,1	ZAC
Auberive	52	155	2,2	ZIP
<b>Total</b>		<b>71 823</b>	<b>71,67</b>	

Source : CRC à partir des données Insee, HospiDiag et ARS

Tableau 2 : Les autorisations d'activités détenues par le CH de Chaumont entre 2018 et 2022

▪ Médecine complète
▪ Médecine complète en hospitalisation de jour
▪ Médecine en hospitalisation à temps partielle
▪ Activité de soins gynécologique-obstétrique et de néonatalogie
▪ Éducation thérapeutique du patient diabétique
▪ Soins de suite et de réadaptation polyvalents en hospitalisation complète et partielle, spécialisés en hospitalisation complète et partielle pour les affectations de l'appareil locomoteur, du système nerveux, pour les personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance et en hospitalisation de jour pour la prise en charge des enfants et adolescents
▪ Activité de soins longue durée
▪ Service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et personnes ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée
▪ Gestion d'un établissement pour personnes âgées dépendantes et pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée
▪ Activité de courts séjours gériatrique
▪ Centre gratuit d'information, de diagnostic et de dépistage du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles
▪ Centre de lutte contre la tuberculose
▪ Médecine d'urgence (régulation des appels adressés au service d'aide médicale d'urgence, prise en charge des patients en structure mobile d'urgence et de réanimation et service d'accueil des urgences)
▪ Dépôt de sang jusqu'en 2021

Source : CRC à partir des décisions d'autorisation d'activité de l'ARS Grand Est

## ANNEXE 2 : Le cadre stratégique

Tableau 1 : Détail des financements attribués au CH de Chaumont au titre du CPOM 2018 - 2023

		2019	2020	2021	2022	2023	Cumulé
Dotation de base et ses actualisations par avenants	Activités médicales (source de financement : FIR)	712 934 €	726 963 €	727 036 €	731 040 €	731 040 €	3 629 013 €
	Missions d'intérêt (source de financement : MIG)	694 647 €	694 647 €	694 647 €	814 427 €	814 427 €	3 712 795 €
	Activités soins de suites et de réadaptation (source de financement DAF SSR)	4 558 890 €	4 558 890 €	4 558 890 €	4 558 890 €	4 558 890 €	22 794 450 €
	SAMU (source de financement : MIG)	1 202 927 €	1 202 927 €	1 202 927 €	1 202 927 €	1 202 927 €	1 202 927 €
	Service mobile d'urgence et de réanimation (source de financement : MIG)	1 430 575 €	1 430 575 €	1 430 575 €	1 430 575 €	1 430 575 €	7 152 875 €
	Permanence des soins (source de financement : MIG)	61 835 €	61 937 €	61 629 €	63 200 €	63 200 €	311 801 €
	Mesures salariales (source de financement : aide à la contractualisation)	104 267 €	104 267 €	104 267 €	113 705 €	113 705 €	540 211 €
	<b>Total</b>	<b>8 766 075 €</b>	<b>8 780 206 €</b>	<b>8 779 971 €</b>	<b>8 914 764 €</b>	<b>8 914 764 €</b>	<b>44 155 780 €</b>
Aides complémentaires	Soutien exceptionnel au fonctionnement des urgences en période estivale	22 556 €	0 €	0 €	0 €	0 €	22 556 €
	Contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT)	86 577 €	88 920 €	0 €	25 585 €	4 637 €	205 719 €
	Migration système d'information	184 336 €	0 €	0 €	0 €	0 €	184 336 €
	Coordination SAMU/transports sanitaire	55 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	55 000 €
	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQUES)	1 351 €	13 291 €	9 078 €	16 986 €	25 069 €	65 775 €

Projet de diminution des risques dans le quartier pour mineurs de la maison d'arrêt de Chaumont	0 €	10 705 €	0 €	0 €	0 €	10 705 €
Réunion d'information sur l'offre de gérontologie dans le cadre du contrat local de santé	0 €	1 200 €	0 €	0 €	0 €	1 200 €
Mise en place du parcours d'admission directe des personnes âgées	0 €	0 €	306 265 €	244 354 €	244 354 €	749 973 €
Investissements au titre du Ségur de la santé	0 €	0 €	1 243 767 €	213 794 €	356 471 €	1 814 032 €
Mise en place d'un centre de lutte anti tuberculeuse	0 €	0 €	45 232 €	0 €	0 €	45 232 €
Équipe de coordination en maternité	0 €	0 €	8 295 €	0 €	0 €	8 295 €
Maintenance de 5 respirateurs OSIRIS 3 du SAMU	0 €	0 €	2 000 €	0 €	0 €	2 000 €
Acquisition de matériel médical pour la maison d'arrêt de Chaumont	0 €	0 €	0 €	2 419 €	0 €	2 419 €
Permanence des soins ambulatoire (financement FIR)	0 €	0 €	0 €	29 568 €	38 048 €	67 616 €
Prise en charge des personnes en situation de précarité (financement FIR)	0 €	0 €	0 €	0 €	121 338 €	121 338 €
MIG PASS	0 €	0 €	0 €	0 €	34 033 €	34 033 €
Prog ETP hospitalier (financement FIR)	0 €	0 €	0 €	0 €	26 513 €	26 513 €
Maison d'arrêt (financement FIR)	0 €	0 €	0 €	0 €	59 449 €	59 449 €
Études projet immobilier CH de Chaumont (financement FIR)	0 €	0 €	0 €	0 €	302 093 €	302 093 €
Total	349 819 €	114 116 €	1 614 637 €	532 706 €	1 212 005 €	3 823 284 €
<b>Total dotations et aides au titre du CPOM</b>	<b>9 115 894 €</b>	<b>8 894 322 €</b>	<b>10 394 608 €</b>	<b>9 447 470 €</b>	<b>10 126 769 €</b>	<b>47 979 064 €</b>

Source : CRC à partir du CPOM 2018-2023 du CH de Chaumont et de ses avenants

## ANNEXE 3 : Les coopérations

Tableau 1 : Le détail par année et par programme du résultat du GCS pôle logistique sud haut-marnais

	2018	2019	2020	2021	2022
Programme laboratoire	394 700 €	- 742 374 €	- 185 278 €	- 222 757 €	- 801 686 €
Programme restauration	832 989 €	310 866 €	- 238 941 €	- 280 921 €	- 128 874 €
Programme blanchisserie	109 824 €	- 222 016 €	192 718 €	139 718 €	- 79 558 €
Programme stérilisation	130 069 €	33 855 €	- 140 857 €	- 35 934 €	29 149 €
Programme pharmacie à usage interne	75 598 €	- 217 338 €	- 756 €	119 764 €	46 640 €
Programme dépôt de sang		- 31 161 €	- 54 866 €	31 197 €	4 083 €
Programme magasin central		- 20 968 €	35 016 €	- 7 854 €	- 159 560 €
Programme qualité et gestion des risques		435 €			0 €
Programme maintenance technique et biomédicale		- 7 647 €			0 €
Frais de transport	- 313 250 €	- 467 €			0 €
<b>Total</b>	<b>1 229 931 €</b>	<b>- 896 815 €</b>	<b>- 392 962 €</b>	<b>- 256 786 €</b>	<b>- 1 089 805 €</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du GCS

À compter de 2020, les frais de transports ont été répartis entre les différents programmes.

## ANNEXE 4 : L'activité de l'établissement

Tableau 1 : Évolution des parts de marché MCO sur la zone d'attractivité entre 2018 et 2022

Type de part de marché		2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Médecine		39 %	35,6 %	33,3 %	32,6 %	32,6 %	- 16 %
Chirurgie	Hospitalisation complète	9,3 %	8,9 %	9,3 %	10,4 %	11,2 %	20 %
	Ambulatoire	4,8 %	4,3 %	4,5 %	3,9 %	3,8 %	- 21 %
Gynécologie-obstétrique		78 %	69,6 %	72 %	71,4 %	71,1 %	- 9 %
Cancérologie (hors chimiothérapie)		16,7 %	16	13,7 %	16,4 %	14 %	- 16 %
Chimiothérapie		0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Source : CRC à partir des données HospiDiag

Tableau 2 : L'évolution détaillée de l'activité MCO entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Nombre de séjours en hospitalisation complète en médecine	5 651	5 748	4 705	4 968	5 171	- 8 %
Nombre de séjours en hospitalisation complète en chirurgie	2	0	1	1	0	-
Nombre de séjours en hospitalisation complète en gynécologie-obstétrique	962	848	821	872	820	- 15 %
Nombre total de séjours en hospitalisation complète	6 615	6 596	5 527	5 841	5 991	- 9 %
Nombre de séjours en hospitalisation partielle /ambulatoire en médecine	720	377	233	179	110	- 85 %
Nombre de séjours en hospitalisation partielle/ambulatoire en chirurgie	183	190	144	154	112	- 39 %
Nombre de séjours en hospitalisation partielle/ambulatoire en gynécologie-obstétrique	403	410	356	412	418	4 %
Nombre total de séjours en hospitalisation de jour	1 306	977	733	745	640	- 51 %
Consultations, soins et actes externes, séances (CMD 28)	40 800	42 534	36 037	38 235	33 987	- 17 %

Source : CRC à partir des données de S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

Tableau 3 : Évolution du nombre de résumés standardisés de sortie (RSA) entre 2018 et 2022

Type de RSA		2018	2019	2020	2021	2022
Médecine	RSA hospitalisation complète	5 423	5 427	4 499	4 594	4 581
	RSA ambulatoire	1 158	838	574	690	752
Chirurgie	RSA hospitalisation complète	383	388	322	360	373
	RSA ambulatoire	328	314	253	275	263
Obstétrique	RSA hospitalisation complète	827	735	743	755	685
	RSA ambulatoire	316	312	327	361	342

Source : CRC à partir des données HospiDiag

Tableau 4 : Évolution du taux d'occupation des lits par activité MCO entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Taux d'occupation des lits de médecine (hors ambulatoire)	85,3 %	81,1 %	61,7 %	68,2 %	78,3 %	- 8 %
Taux d'occupation des lits en gynécologie-obstétrique (hors ambulatoire)	49,4 %	48,2 %	46 %	46,3 %	47,3 %	- 4 %
Taux d'occupation des lits MCO (hors ambulatoire)	67,4 %	64,7 %	53,9 %	57,3 %	73,9 %	10 %

Source : CRC à partir des données HospiDiag et de S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

Tableau 5 : Évolution de la part des séjours SSR de plus de trois mois entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Part des séjours SSR supérieurs à trois mois	10 %	11 %	15 %	13 %	9 %	- 6 %

Source : CRC à partir des données de S.A.E diffusion, statistique annuelle des établissements de santé

## ANNEXE 5 : Les ressources humaines

Tableau 1 : Le calcul détaillé de la masse salariale consolidée entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Compte 62111 - intérim personnel administratif	82 040 €	136 805 €	92 990 €	0 €	0 €	
Compte 62114 - intérim personnel paramédical	928 979 €	855 844 €	229 589 €	601 580 €	803 200 €	- 13,5 %
Compte 62151 - mises à disposition personnel non médical (PNM)	0 €	0 €	145 699 €	142 893 €	203 093 €	
Compte 62113 - intérim personnel médical (PM)	2 962 826 €	2 616 461 €	2 453 026 €	2 637 139 €	2 145 742 €	- 27,6 %
Compte 62152 - mises à disposition PM	0 €	0 €	99 269 €	219 513 €	390 097 €	
Compte 631 - impôts et taxes	2 905 325 €	2 797 360 €	2 937 718 €	3 320 529 €	3 298 273 €	13,5 %
Compte 633 - autres impôts	1 223 541 €	1 197 716 €	1 222 639 €	1 330 803 €	1 357 884 €	11 %
Compte 641 - rémunération PNM	22 224 481 €	22 151 526 €	23 443 459 €	24 745 732 €	25 427 799 €	14,4 %
Compte 642 - rémunération PM	6 382 097 €	5 638 644 €	6 541 666 €	7 108 258 €	7 424 768 €	16,3 %
Compte 645 - charges sociales	10 260 019 €	9 989 140 €	10 263 342 €	10 997 519 €	11 704 914 €	14,1 %
Compte 647 - autres charges sociales	643 794 €	675 621 €	771 200 €	692 338 €	640 598 €	- 0,5 %
Compte 648 - autres charges de personnel	190 066 €	144 989 €	137 695 €	195 852 €	177 996 €	- 6,4 %
<b>Total</b>	<b>47 803 168 €</b>	<b>46 204 108 €</b>	<b>48 338 291 €</b>	<b>51 992 157 €</b>	<b>53 574 364 €</b>	<b>12,1 %</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Tableau 2 : Le calcul détaillé du coût complet du personnel entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Masse salariale consolidée	47 803 168 €	46 204 108 €	48 338 291 €	51 992 157 €	53 574 364 €
Compte 6223 – rémunération médecins (consultants exceptionnels)	130 €	145 €	0 €	401 €	1 159 €
Compte 6251 - voyages	288 637 €	364 212 €	285 921 €	296 094 €	308 798 €
Compte 6256 - missions	4 795 €	1 419 €	5 065 €	1 056 €	262 €
Compte 67218 – charges sur ex. antérieurs/personnel	282 786 €	1 448 788 €	781 321 €	1 587 414 €	811 589 €
Compte 1531 – provisions CET PM	788 100 €	755 550 €	1 445 162 €	2 352 735 €	2 422 383 €
Compte 1532 – provisions CET PNM	777 163 €	922 755 €	1 614 624 €	2 848 390 €	2 670 330 €
Total autres charges de personnel	2 141 610 €	3 492 869 €	4 132 093 €	7 086 090 €	6 214 521 €
<b>Total</b>	<b>49 944 778 €</b>	<b>49 696 977 €</b>	<b>52 470 383 €</b>	<b>59 078 247 €</b>	<b>59 788 885 €</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Tableau 3 : La répartition du personnel médical par catégorie et son évolution entre 2018 et 2022

En ETP	2018	2019	2020	2021	2022	Effectif moyen	Effectif moyen par catégorie/effectif moyen total
Praticiens hospitaliers temps plein et à temps partiel	35,39	32,6	31,92	31,17	30,21	32,26	52 %
Praticiens contractuels	18,74	12	12,79	18,95	15,38	15,57	25 %
Assistants	0	1,3	0,58	0,95	0,35	0,64	1 %
Attachés	3,99	5,2	3,13	3,02	5,97	4,26	7 %
Total personnel contractuel	22,73	18,5	16,5	22,92	21,70	20,47	33 %
Internes et faisant fonction d'internes	8,32	6	8,11	10,42	15,30	9,63	15 %
<b>Total personnel</b>	<b>66,44</b>	<b>57,1</b>	<b>56,53</b>	<b>64,51</b>	<b>67,21</b>	<b>62,36</b>	

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Détermination de la base mensuelle de référence pour les émoluments du praticien hospitalier titulaire depuis juin 2020

Elle correspond à la différence entre le prix journée de 660 € négocié par le praticien dans son contrat en mai 2020 et le prix journée calculé pour un praticien hospitalier en appliquant les plafonds fixés par l'arrêté du 15 juin 2016 pour les échelons cinq et six rapportés à la journée, soit :

1/ échelon 5 :  $55\,288,94 \text{ €} / 254 \text{ jours ouvrés} = 217,67 \text{ €/jour}$ . Il en résulte une différence de 442,33 €.

2/ échelon 6 :  $59\,159,06 \text{ €} / 254 \text{ jours ouvrés} = 232,9 \text{ €/jour}$ . Il en résulte une différence de 427,1 €.

Cet écart a été multiplié par 254 jours ouvrés pour obtenir la base annuelle de référence pour les émoluments de ce praticien, soit :

1/échelon 5 :  $442,33 \text{ €} * 254 = 112\,351,82 \text{ €}$ .

2/ échelon 6 :  $427,1 \text{ €} * 254 = 108\,438,4 \text{ €}$ .

La base mensuelle a été obtenue en divisant cette base annuelle par 12 mois.

Tableau 4 : La répartition de personnel non médical par catégorie et son évolution entre 2018 et 2022

En ETP	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2018
Personnel administratif titulaire	77,55	66,50	65,71	64,59	60,32	- 18 %
Personnel administratif CDI	17,13	18,81	14,02	15,76	20,46	19 %
Personnel administratif CDD	3,90	8,44	11,61	12,06	10,88	179 %
<b>Total personnel administratif</b>	<b>98,58</b>	<b>93,75</b>	<b>91,34</b>	<b>92,41</b>	<b>91,66</b>	<b>- 3 %</b>
Personnel services de soins titulaire	353,48	340,97	339,17	368,37	357,54	1 %
dont infirmiers	137,15	131,93	130,29	150,77	142,62	4 %
dont aides-soignants (A.S)	163,87	155,69	156,08	164,52	159,17	- 3 %
Personnel services de soins CDI	30,31	67,72	62,58	39,37	55,02	82 %
dont infirmiers	10,01	22,87	18,92	10,82	16,54	65 %
dont A.S.	5,46	26,59	23,56	16,53	27,14	397 %
Personnel services de soins CDD	73,97	46,67	50,67	43,59	31,12	- 58 %
dont infirmiers	16,34	5,39	7,01	4,61	1,28	- 92 %
dont A.S.	24,43	8,89	10,10	11,09	6,63	- 73 %
<b>Total personnel services de soins</b>	<b>457,76</b>	<b>455,36</b>	<b>452,42</b>	<b>451,33</b>	<b>443,68</b>	<b>- 3 %</b>
Éducatifs, sociaux titulaire	6,81	6,50	7,50	6,12	6,05	- 11 %
Éducatifs, sociaux CDI	3,94	4,56	3,46	4,29	2,95	- 25 %
Éducatifs, sociaux CDD	1,87	1,08	0,83	0	0,81	- 57 %
<b>Total éducatifs, sociaux</b>	<b>12,62</b>	<b>12,14</b>	<b>11,79</b>	<b>10,41</b>	<b>9,81</b>	<b>- 22 %</b>
Médico techniques titulaire	38,40	38,18	37,60	37,19	35,32	- 8 %
Médico techniques CDI	2	4,04	5,62	3,86	4,61	131 %
Médico techniques CDD	1,97	2,55	1,09	2,59	2,16	10 %
<b>Total médico techniques</b>	<b>42,37</b>	<b>44,77</b>	<b>44,31</b>	<b>43,64</b>	<b>42,09</b>	<b>- 1 %</b>
Techniciens et ouvriers titulaire	69,73	66,07	63,55	66,06	65,04	- 7 %
Techniciens et ouvriers CDI	9,78	13,19	16,44	18,89	21,94	124 %
Techniciens et ouvriers CDD	28,32	37,43	33,53	30,98	27,28	- 4 %
<b>Total techniciens et ouvriers</b>	<b>107,83</b>	<b>116,69</b>	<b>113,52</b>	<b>115,93</b>	<b>114,26</b>	<b>6 %</b>
Autres personnels, contrats soumis à disposition particulière	9,63	2,88	1,45	1	0,33	97 %
Apprentis	2	0,81	1,67	0,50	0,61	- 70 %
<b>Total autre personnel non médical</b>	<b>11,63</b>	<b>3,69</b>	<b>3,12</b>	<b>1,50</b>	<b>0,94</b>	<b>- 92 %</b>
<b>Total</b>	<b>726,79</b>	<b>726,38</b>	<b>716,50</b>	<b>715,23</b>	<b>702,44</b>	<b>- 3 %</b>
Intérim non médical	14,33	5,51	1,29	2,93	2,30	- 84 %

Source : CRC à partir des comptes des comptes financiers du CH de Chaumont

## ANNEXE 6 : Les aspects financiers et comptables

Tableau 1 : Date de présentation au directoire et de transmission à l'ARS des documents budgétaires entre 2018 et 2023

EPRD/PGFP 2018	EPRD/PGFP 2019	EPRD/PGFP 2020	EPRD/PGFP 2021	EPRD/PGFP 2022	EPRD/PGFP 2023
08/02/2019	07/06/2019	27/01/2020	04/10/2021	17/12/2021	09/12/2022

Source : CRC à partir des données de l'application ANCRE et des PV du directoire du CH de Chaumont

Tableau 2 : Date des délibérations d'approbation des comptes financiers par le conseil de surveillance

Compte financier 2018	Compte financier 2019	Compte financier 2020	Compte financier 2021	Compte financier 2022
Délibération du 10 décembre 2019	Délibération du 3 décembre 2020	Délibération du 29 juin 2021	Délibération du 4 juillet 2022	Délibération du 22 juin 2023

Source : CRC à partir des délibérations du conseil de surveillance du CH de Chaumont

Tableau 3 : Évolution du résultat par budget entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Résultat global budget principal (H)</b>	<b>- 57 608 530 €</b>	<b>- 67 068 810 €</b>	<b>- 78 378 230 €</b>	<b>- 90 820 819 €</b>	<b>- 97 745 932 €</b>
dont résultat d'exploitation	- 12 017 540 €	- 9 473 169 €	- 11 309 420 €	- 10 353 469 €	- 7 235 063 €
dont report à nouveau	- 45 590 990 €	- 57 595 641 €	- 67 068 810 €	- 80 467 350 €	- 90 820 819 €
<b>Résultat global USLD (B)</b>	<b>- 957 902 €</b>	<b>- 1 002 510 €</b>	<b>- 1 099 667 €</b>	<b>- 1 324 658 €</b>	<b>- 1 578 368 €</b>
dont résultat d'exploitation	- 95 283 €	- 44 608 €	- 97 157 €	- 180 705 €	- 253 710 €
dont report à nouveau	- 862 619 €	- 957 902 €	- 1 002 510 €	- 1 143 953 €	- 1 324 658 €
<b>Résultat global EHPAD (E)</b>	<b>- 744 595 €</b>	<b>- 1 094 581 €</b>	<b>- 1 431 494 €</b>	<b>- 1 971 367 €</b>	<b>- 2 551 074 €</b>
dont résultat d'exploitation	- 755 273 €	- 349 986 €	- 336 913 €	- 476 335 €	- 579 707 €
dont report à nouveau	10 678 €	- 744 595 €	- 1 094 581 €	- 1 495 032 €	- 1 971 367 €
<b>Résultat global SSIAD (N)</b>	<b>- 53 973 €</b>	<b>- 29 291 €</b>	<b>9 423 €</b>	<b>- 37 483 €</b>	<b>- 123 087 €</b>
dont résultat d'exploitation	15 041 €	24 682 €	38 714 €	- 26 775 €	- 88 691 €
dont report à nouveau	- 69 014 €	- 53 973 €	- 29 291 €	- 10 708 €	- 37 483 €
<b>Résultat global IFSI (C)</b>	<b>3 008 €</b>	<b>95 798 €</b>	<b>230 195 €</b>	<b>227 031 €</b>	<b>334 139 €</b>
dont résultat d'exploitation	163 380 €	92 790 €	134 397 €	66 571 €	107 108 €
dont report à nouveau	- 160 372 €	3 008 €	95 798 €	160 460 €	227 031 €
<b>Résultat global DNA (A)</b>	<b>26 290 €</b>	<b>42 720 €</b>	<b>32 809 €</b>	<b>33 903 €</b>	<b>19 241 €</b>
dont résultat d'exploitation	26 290 €	42 720 €	32 809 €	33 903 €	19 241 €
dont report à nouveau	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
<b>Total résultat à affecter</b>	<b>- 59 335 702 €</b>	<b>- 69 056 674 €</b>	<b>- 80 636 964 €</b>	<b>- 93 893 393 €</b>	<b>- 101 645 081 €</b>
dont résultat d'exploitation	- 12 663 385 €	- 9 707 571 €	- 11 537 570 €	- 10 936 810 €	- 8 030 822 €
dont report à nouveau	- 46 672 317 €	- 59 349 103 €	- 69 099 394 €	- 82 956 583 €	- 93 614 260 €

Source : CRC à partir des comptes financiers et des délibérations du conseil de surveillance du CH de Chaumont

**Tableau 4 : Détail des écarts entre l'inventaire de l'ordonnateur et l'état de l'actif du comptable  
au 31 décembre 2021**

Comptes	Libellé du compte	État de l'actif		Inventaire de l'ordonnateur		Écart valeur brute	Écart valeur nette
		Valeur brute	Valeur nette	Valeur brute	Valeur nette		
20	Immobilisations incorporelles	318 994 €	225 485 €	322 762 €	225 485 €	3 768 €	0 €
211	Terrains	146 242 €	146 242 €	0 €	0 €	- 146 242 €	- 146 242 €
212	Aménagements de terrains	675 836 €	147 641 €	674 656 €	146 461 €	- 1 180 €	- 1 180 €
213	Constructions	46 758 833 €	10 642 791 €	45 158 294 €	10 273 136 €	- 1 600 539 €	- 369 655 €
214	Constructions sur sol d'autrui	54 281 €	14 674 €	54 281 €	14 674 €	0 €	0 €
215	Installations, matériel, outillage technique	19 008 619,92 €	829 420 €	11 901 135 €	825 788 €	- 7 107 485 €	- 3 632 €
218	Autres immobilisations incorporelles	13 176 438 €	952 946 €	10 341 736 €	957 156 €	- 2 834 701 €	4 210 €
21	Total immobilisations corporelles	79 820 249 €	12 733 714 €	68 130 102 €	12 217 215 €	11 690 147 €	- 516 499 €
23	Immobilisations en cours	25 160 €	25 160 €	0 €	0 €	- 25 160 €	- 25 160 €
24	Immobilisations affectées, mises à disposition	54 882 €	54 882 €	0 €	0 €	- 54 882 €	- 54 882 €
26	Participations	5 643 €	5 643 €	5 643 €	5 643 €	0 €	0 €
275	Dépôts et cautionnements versés	765 €	765 €	765 €	765 €	0 €	0 €
2763	Autres créances immobilisées	11 088 401 €	11 088 401 €	11 088 401 €	11 088 401 €	0 €	0 €
27	Total autres immobilisations financières	11 089 166 €	11 089 166 €	11 089 166 €	11 089 166 €	0 €	0 €
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>91 314 094 €</b>	<b>24 134 050 €</b>	<b>79 547 673 €</b>	<b>23 537 509 €</b>	<b>- 11 766 421€</b>	<b>- 596 541 €</b>

Source : CRC à partir de l'inventaire de l'ordonnateur et l'état de l'actif du comptable

Tableau 5 : Les provisions constituées par le CH de Chaumont entre 2018 et 2022

Comptes	Type de provision	2018	2019	2020	2021	2022
142	Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	141 491 €	138 431 €	138 431 €	138 431 €	110 745 €
1511	Provisions pour litiges	565 416 €	526 952 €	526 952 €	526 952 €	540 048 €
1518	Autres provisions pour risques	3 821 320 €	2 819 034 €	1 980 392 €	1 982 288 €	1 414 872 €
1531	Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET – personnel médical	788 100 €	755 550 €	1 445 162 €	2 352 735 €	2 422 383 €
1532	Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET – personnel non médical	777 163 €	922 755 €	1 614 624 €	2 848 390 €	2 670 329 €
1572	Provisions pour gros entretien ou grandes révisions	764 880 €	764 880 €	764 880 €	764 880 €	701 057 €
158	Autres provisions pour charges	6 194 427 €	2 159 786 €	2 437 149 €	3 206 451 €	3 093 993 €
491	Provisions pour dépréciation des comptes de tiers c/491	72 673 €	70 739 €	68 314 €	337 340 €	365 609 €
496	Provisions pour dépréciation des comptes de débiteurs divers c/496	90 000 €	90 000 €	90 000 €	90 000 €	90 000 €
<b>Total</b>		<b>13 125 470 €</b>	<b>8 158 128 €</b>	<b>8 975 905 €</b>	<b>12 157 468 €</b>	<b>11 409 036 €</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont.

Tableau 6 : Le poids moyen des budgets entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Poids moyen sur la période
Produits budget principal (H)	55 466 672 €	54 668 554 €	50 450 710 €	55 807 831 €	57 671 574 €	86,22 %
Produits budget EHPAD (E)	3 393 225 €	3 723 178 €	3 757 941 €	3 926 418 €	3 930 083 €	5,9 %
Produits budget USLD (B)	2 310 174 €	2 316 440 €	2 396 970 €	2 579 934 €	2 558 611 €	3,83 %
Produits budget IFSI (C)	1 720 554 €	1 555 719 €	1 585 275 €	1 721 853 €	1 789 886 €	2,62 %
Produits budget SSIAD (N)	844 232 €	779 859 €	840 326 €	959 962 €	975 271 €	1,36 %
Produits budget DNA (A)	36 710 €	50 494 €	36 834 €	37 740 €	48 264 €	0,06 %
<b>Total</b>	<b>63 771 566 €</b>	<b>63 094 244 €</b>	<b>59 068 057 €</b>	<b>65 033 738 €</b>	<b>66 973 689 €</b>	<b>100 %</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Tableau 7 : Évolution détaillée par titre des produits du budget EHPAD entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution sur la période
Titre 1 : produits afférents aux soins	1 168 841 €	1 481 883 €	1 514 881 €	1 774 689 €	1 770 899 €	51,5 %
Titre 2 : afférents à la dépendance	533 635 €	520 619 €	521 523 €	488 074 €	484 449 €	- 9,2 %
Titre 3 : produits de l'hébergement	1 477 193 €	1 484 238 €	1 466 743 €	1 373 290 €	1 389 585 €	- 5,9 %
Titre 4 : autres produits	213 556 €	236 438 €	254 795 €	290 365 €	285 150 €	33,5 %
<b>Total</b>	<b>3 393 225 €</b>	<b>3 723 178 €</b>	<b>3 757 942 €</b>	<b>3 926 418 €</b>	<b>3 930 083 €</b>	<b>15,8 %</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Tableau 8 : Évolution détaillée par titre des charges du budget EHPAD entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution sur la période
Titre 1 : charges de personnel	2 504 396 €	2 437 680 €	2 443 340 €	2 619 365 €	2 776 276 €	10,9 %
Titre 2 : charges à caractère médical	308 171 €	319 928 €	317 900 €	371 274 €	357 102 €	15,9 %
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	1 054 250 €	1 008 220 €	916 751 €	1 001 530 €	1 026 504 €	- 2,6 %
Titre 4 : autres charges	281 681 €	307 336 €	416 864 €	410 584 €	349 908 €	24,2 %
<b>Total</b>	<b>4 148 498 €</b>	<b>4 073 164 €</b>	<b>4 094 855 €</b>	<b>4 402 753 €</b>	<b>4 509 790 €</b>	<b>8,7 %</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Tableau 9 : Évolution détaillée par titre des produits du budget principal entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution sur la période
Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	29 683 617 €	30 150 572 €	32 898 816 €	38 386 144 €	37 967 027 €	27,9 %
Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière	4 086 111 €	3 771 487 €	3 103 577 €	3 240 118 €	3 300 340 €	- 19,2 %
Titre 3 : autres produits de gestion	21 696 944 €	20 746 495 €	14 448 317 €	14 181 569 €	16 404 207 €	- 24,4 %
<b>Total</b>	<b>55 466 672 €</b>	<b>54 668 554 €</b>	<b>50 450 710 €</b>	<b>55 807 831 €</b>	<b>57 671 574 €</b>	<b>4 %</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Tableau 10 : Évolution détaillée par titre des charges du budget principal entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution sur la période
Titre 1 : charges de personnel	42 642 295 €	41 043 087 €	43 060 872 €	46 168 025 €	47 652 413 €	11,7 %
Titre 2 : charges à caractère médical	7 852 998 €	7 519 497 €	7 541 803 €	7 766 090 €	7 090 992 €	- 9,7 %
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	9 885 276 €	10 195 947 €	6 187 179 €	6 849 345 €	6 860 174 €	- 30,6 %
Titre 4 : autres charges	7 103 642 €	5 383 192 €	4 970 276 €	5 377 840 €	3 303 057 €	- 53,5 %
<b>Total</b>	<b>67 484 211 €</b>	<b>64 141 723 €</b>	<b>61 760 130 €</b>	<b>66 161 300 €</b>	<b>64 906 636 €</b>	<b>- 3,8 %</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Tableau 11 : Le calcul du déficit brut d'exploitation consolidé entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Produits de l'activité y compris LAMDA	25 744 764 €	24 832 197 €	24 648 262 €	25 455 556 €	25 745 905 €
(+) Produits annexes à l'activité	29 905 778 €	29 287 479 €	31 175 776 €	36 968 539 €	37 274 242 €
(+) Autres subventions	78 002 €	86 376 €	71 753 €	83 275 €	101 899 €
Chiffre d'affaires	55 728 544 €	54 206 053 €	55 895 791 €	62 507 370 €	63 122 046 €
(+) Production stockée	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
(+) Production immobilisée	32 691 €	27 713 €	66 112 €	38 064 €	27 450 €
Produits d'exploitation	55 761 235 €	54 233 766 €	55 961 902 €	62 545 435 €	63 149 495 €
(-) Sous-traitance médicale et médico-sociale	4 638 211 €	4 898 340 €	4 383 750 €	4 697 763 €	4 344 758 €
Production propre	51 123 024 €	49 335 426 €	51 578 152 €	57 847 672 €	58 804 737 €
(-) Charges à caractère médical	3 681 616 €	3 110 659 €	3 631 003 €	3 635 589 €	3 420 585 €
(-) Charges à caractère non médical	8 391 569 €	7 987 830 €	7 566 671 €	8 281 981 €	8 612 896 €
Valeur ajoutée	39 049 840 €	38 236 936 €	40 380 479 €	45 930 102 €	46 771 256 €
(-) Impôts et taxes	25 308 €	27 313 €	24 063 €	25 762 €	24 394 €
(-) Charges de personnel brutes	48 319 079 €	46 594 813 €	48 725 743 €	52 406 476 €	54 192 610 €
(+) Atténuation de charges	515 911 €	390 706 €	387 452 €	419 314 €	621 593 €
Résultat économique brut	- 8 778 636 €	- 7 994 484 €	- 7 981 875 €	- 6 082 822 €	- 6 824 156 €
+ Autres produits de gestion	459 238 €	380 619 €	364 822 €	385 451 €	850 549 €
- Autres charges de gestion	3 667 156 €	4 180 411 €	481 793 €	718 060 €	457 099 €
<b>Déficit brut d'exploitation</b>	<b>- 11 986 554 €</b>	<b>- 11 794 276 €</b>	<b>- 8 098 846 €</b>	<b>- 6 415 431 €</b>	<b>- 6 430 705 €</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont

Tableau 12 : Le calcul du besoin en fonds de roulement entre 2018 et 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Stocks et en-cours	106 846 €	54 378 €	55 024 €	42 970 €	36 598 €
Créances d'exploitation	13 580 396 €	6 586 133 €	3 787 294 €	3 836 359 €	4 655 073 €
Créances diverses	13 510 686 €	17 884 732 €	20 780 479 €	26 896 084 €	19 006 294 €
Charges constatées d'avance	0 €	0 €	0 €	22 099 €	10 569 €
Dépenses à classer	581 449 €	581 448 €	652 195 €	620 229 €	608 697 €
<b>Total actif</b>	<b>27 779 376 €</b>	<b>25 106 691 €</b>	<b>25 274 992 €</b>	<b>31 417 740 €</b>	<b>24 317 230 €</b>
Dettes d'exploitation	18 877 779 €	15 373 320 €	17 550 177 €	19 414 043 €	15 061 991 €
- dont dettes fournisseurs	15 378 914 €	12 592 669 €	14 347 195 €	16 203 267 €	12 067 619 €
Dettes diverses	529 836 €	436 522 €	339 678 €	510 568 €	241 620 €
Produits constatés d'avance	50 843 €	8 976 €	873 872 €	153 654 €	133 717 €
Recettes à classer	403 467 €	267 919 €	2 056 774 €	1 085 484 €	2 066 865 €
<b>Total passif</b>	<b>19 861 924 €</b>	<b>16 086 738 €</b>	<b>20 820 501 €</b>	<b>21 163 749 €</b>	<b>17 504 192 €</b>
<b>Besoin en fonds de roulement</b>	<b>7 917 452 €</b>	<b>9 019 953 €</b>	<b>4 454 491 €</b>	<b>10 253 991 €</b>	<b>6 813 038 €</b>

Source : CRC à partir des comptes financiers du CH de Chaumont



*« La société a le droit de demander compte  
à tout agent public de son administration »*

Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

**Chambre régionale des comptes Grand Est**

3-5, rue de la Citadelle  
57000 METZ

Tél. : 03 54 22 30 49

[grandest@crtc.ccomptes.fr](mailto:grandest@crtc.ccomptes.fr)