



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE PÉRONNE

(Département de la Somme)

Exercices 2018 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 25 juin 2024.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 UNE OFFRE À REDÉFINIR, EN RÉPONSE AUX BESOINS D’UN TERRITOIRE FRAGILE	6
1.1 Un territoire fragile où l’hôpital de Péronne est le seul établissement de santé	6
1.1.1 La Haute Somme, un territoire peu dense et vieillissant	6
1.1.2 Une présence médicale faible et peu structurée.....	7
1.2 Une réponse peu adaptée aux besoins des habitants.....	8
1.2.1 De nombreux services, installés dans des bâtiments relativement récents	8
1.2.2 Une activité limitée et déclinante.....	9
1.2.2.1 En médecine et chirurgie, un établissement souvent choisi par défaut	9
1.2.2.2 Une activité d’obstétrique depuis longtemps fragile, récemment supprimée faute de ressources médicales	11
1.2.2.3 En gériatrie, un taux d’occupation en baisse faute de prestations hôtelières suffisantes	12
1.3 Une stratégie à définir	13
1.3.1 Un soutien apporté par le centre hospitalier de Saint-Quentin	13
1.3.2 Un projet d’établissement amorcé, dont l’élaboration est à poursuivre.....	14
2 UNE PÉNURIE DE PERSONNEL MÉDICAL, QUI COMPROMET L’EFFICIENCE DE L’ORGANISATION.....	16
2.1 Des difficultés de recrutement de personnel médical, auxquelles l’établissement tente de faire face	16
2.1.1 Une évolution de l’effectif, qui traduit de fortes tensions	16
2.1.2 Des innovations organisationnelles aux effets limités.....	17
2.2 Un objectif d’attractivité devenu central dans l’organisation de la permanence des soins	18
2.2.1 Des tableaux de service lacunaires, malgré des progrès	18
2.2.2 Des astreintes et des gardes faisant l’objet de dérogations	19
2.2.2.1 L’organisation du repos après les gardes de nuit	20
2.2.2.2 Des astreintes forfaitaires coûteuses, dont un bilan doit être tiré.....	20
2.2.3 Des astreintes réalisées par un praticien, dans des conditions irrégulières.....	21
2.2.3.1 Des indemnités d’astreinte versées au-delà du plafond	21
2.2.3.2 Des astreintes payées en double par deux établissements.....	22
2.3 Les coopérations n’ont pas permis d’éviter le recours à l’intérim.....	23
2.3.1 Les coopérations avec d’autres établissements publics de santé	23
2.3.2 Le recours aux internes et aux praticiens contractuels.....	23
2.3.3 Une utilisation coûteuse de l’intérim médical depuis 2021	24
2.3.3.1 Une pratique généralisée dans certaines spécialités.....	24
2.3.3.2 Un coût très élevé pour l’établissement	25
2.3.3.3 Une pratique donnant lieu à des irrégularités.....	25

3	UNE SOLVABILITÉ DÉPENDANTE DES AIDES PUBLIQUES	28
3.1	Une fiabilité des comptes à renforcer	28
3.1.1	Une fonction financière à conforter.....	28
3.1.2	Les rattachements des charges et des produits à l'exercice	28
3.1.3	Des provisionnements insuffisants	29
3.1.3.1	Des montants annuels à ajuster de manière plus rigoureuse	29
3.1.3.2	Des dépréciations de créances longtemps sous-estimées.....	29
3.2	Un lourd déséquilibre financier, malgré les aides publiques	30
3.2.1	Un déficit d'exploitation atténué par les soutiens publics	31
3.2.1.1	Une marge brute d'exploitation très insuffisante	31
3.2.1.2	À l'hôpital, un volume d'activité qui ne suffit pas à couvrir les coûts fixes	33
3.2.1.3	Dans les EHPAD, une hausse tarifaire qui ne suffit plus à compenser la baisse du nombre de résidents et la hausse des frais de personnel	34
3.2.2	Une capacité d'investissement insuffisante, dépendante des subventions.....	35
3.2.3	Une trésorerie fragile reposant largement sur les aides publiques.....	36
3.2.4	Des perspectives incertaines, dans un environnement évolutif	37
	ANNEXES	39

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Péronne, avec un budget de 50 M€ et un effectif de 570 équivalents temps plein, propose une offre polyvalente (urgences, médecine, obstétrique, chirurgie, psychiatrie, soins médicaux de réadaptation, soins de longue durée, hébergement de personnes âgées dépendantes) représentant environ 300 lits et 40 places.

Seul établissement de santé sur un territoire d'environ 93 000 habitants, peu dense et vieillissant, marqué par d'importantes difficultés socio-économiques et une faible présence médicale, il devrait jouer un rôle important pour la population. Pourtant, il ne répond que très imparfaitement aux besoins de cette dernière. Même dans son environnement immédiat, ses parts d'activité sont limitées et son activité décroît, résultat d'une inadaptation de l'offre, d'un vieillissement des bâtiments et d'une pénurie de personnel médical.

Cette dernière entraîne des interruptions d'activité, comme la suspension des accouchements en 2023, et des surcoûts importants pour l'hôpital, qu'il s'agisse des modalités d'organisation de la permanence des soins ou du recours massif à l'intérim depuis la fin de 2021. Celui-ci a occasionné un surcoût de 1,8 M€ en 2022, et conduit à des irrégularités.

Le faible niveau d'activité de l'hôpital, qui dégage une marge brute d'exploitation insuffisante (1,5 % au maximum), ne lui permet pas de couvrir ses coûts fixes et d'équilibrer financièrement ses services. Le résultat est également grevé par les effets durables de la dette contractée dans les années 2010 pour construire certains bâtiments. Le centre hospitalier de Péronne ne reste solvable que grâce aux mécanismes massifs de soutien public (garantie de financement mise en place pendant la crise sanitaire, dotation de restauration des capacités financières, aides en trésorerie), qui ont quelque peu amélioré sa capacité à honorer les dettes dues à ses fournisseurs. Malgré l'importance de ces financements publics, il ne dégage aucune capacité à investir et n'assure même pas les dépenses d'entretien considérées comme incompressibles.

Il doit à présent, ce qu'il a commencé à faire sous la forme d'« axes de consolidation » annoncés fin 2023, fixer des priorités afin d'employer ses moyens au mieux pour répondre aux besoins de son territoire, en complémentarité avec les établissements de recours, et retrouver son activité. La transformation de la maternité en centre périnatal de proximité, choix structurant, a été rendue publique en janvier 2024.

RECOMMANDATIONS

(classées dans l'ordre de citation dans le rapport)

Rappels au droit (régularité)

<i>Degré de mise en œuvre</i>	<i>Totalement mis en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre partielle</i>	<i>Non mis en œuvre</i>	<i>Page</i>
Rappel du droit n° 1 : disposer chaque mois des tableaux de service exhaustifs du personnel médical, conformes à l'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.			X	19
Rappel du droit n° 2 : mettre en place, en 2024, un dispositif de décompte du temps d'intervention réel du personnel médical lors des astreintes à domicile, conformément à l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.	X			21
Rappel du droit n° 3 : procéder à l'évaluation annuelle du dispositif de forfaitisation des astreintes, conformément à l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.			X	21

Recommandations (performance)

<i>Degré de mise en œuvre</i>	<i>Totalement mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre partielle</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
Recommandation n° 1 : élaborer, en 2024, une stratégie identifiant les activités prioritaires et les moyens nécessaires pour répondre aux besoins du territoire, en cohérence avec le projet médical partagé.		X		14
Recommandation n° 2 : adopter, en 2024, un nouveau règlement intérieur des gardes et astreintes du personnel médical tenant compte notamment de l'évolution des activités du centre hospitalier.			X	21
Recommandation n° 3 : mettre en place un dispositif de suivi du recours à l'intérim médical.			X	25
Recommandation n° 4 : élaborer un guide des procédures relatives aux opérations d'inventaire, de fin d'exercice et à la comptabilisation des provisions.			X	28

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Péronne a été ouvert par lettres du président de la chambre adressées le 12 septembre 2023 à M. Christophe Blanchard, directeur en fonction, et le 11 octobre 2023 à Mme Régine Delplanque, M. François Gauthiez et Mme Brigitte Duval, anciens ordonnateurs durant la période du contrôle.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens préalables à la formulation d'observations provisoires de la chambre se sont déroulés le 18 décembre 2023 avec M. Blanchard, en présence de Mme Sabrina Stramandino, directrice déléguée, et les 12 et 15 décembre 2023 avec M. Gauthiez, Mme Delplanque et Mme Duval.

Le contrôle a porté sur l'organisation de la continuité des services de soins, en particulier sur la maternité et les urgences, ainsi que sur la fiabilité des comptes et la situation financière de l'établissement. Il s'inscrit dans l'enquête de la Cour des comptes sur les urgences.

La chambre, dans sa séance du 26 février 2024, a arrêté ses observations provisoires, qui ont été communiquées à l'ordonnateur en fonctions et, pour la période les concernant, aux précédents ordonnateurs. Des extraits ont été adressés à plusieurs tiers concernés.

Après avoir examiné les réponses obtenues, la chambre, dans sa séance du 25 juin 2024, a arrêté les observations définitives suivantes.

1 UNE OFFRE À REDÉFINIR, EN RÉPONSE AUX BESOINS D'UN TERRITOIRE FRAGILE

1.1 Un territoire fragile où l'hôpital de Péronne est le seul établissement de santé

1.1.1 La Haute Somme, un territoire peu dense et vieillissant

La zone d'attractivité¹ du centre hospitalier (CH) de Péronne en médecine, chirurgie et obstétrique recouvre approximativement l'arrondissement de Péronne et principalement la communauté de communes de la Haute Somme (Péronne, Combles, Roisel).

Peuplé de 93 000 habitants², ce territoire est caractérisé, en comparaison de la France métropolitaine et du département de la Somme, par une faible densité de population, un déclin démographique (- 0,7 % pour la communauté de communes de la Haute Somme) et un indice de vieillissement élevé. La part des non diplômés y est plus forte (+ 5 points par rapport au département et + 11 points par rapport à la France métropolitaine), et le revenu médian nettement plus faible qu'à l'échelle nationale et départementale (cf. tableau ci-dessous).

Tableau n° 1 : Principaux indicateurs socio-démographiques (2020)

	CC de la Haute Somme	Arrondissement de Péronne	Département de la Somme	France métropolitaine
Densité (hab/km ²)	57,8	62,7	92,2	120
Variation annuelle de la population 2014/2020	- 0,7 %	- 0,4 %	- 0,1 %	+ 0,3 %
Indice de vieillissement ³	98,1 %	86,6 %	83,1 %	85,6 %
Part de non diplômés ⁴	31,8 %	29,3 %	26,8 %	20,7 %
Revenu médian annuel (en €)	20 120	20 420	20 980	22 400

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'INSEE (dossier complet de territoire).

¹ Territoire dont la population permet au CH de réaliser 80 % de son activité.

² Population de l'arrondissement de Péronne en 2020 (INSEE)

³ Nombre de personnes de 65 ans et plus rapporté au nombre de personnes de moins de 20 ans.

⁴ Part des personnes non diplômées ou titulaires au plus du certificat d'études primaires, dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée.

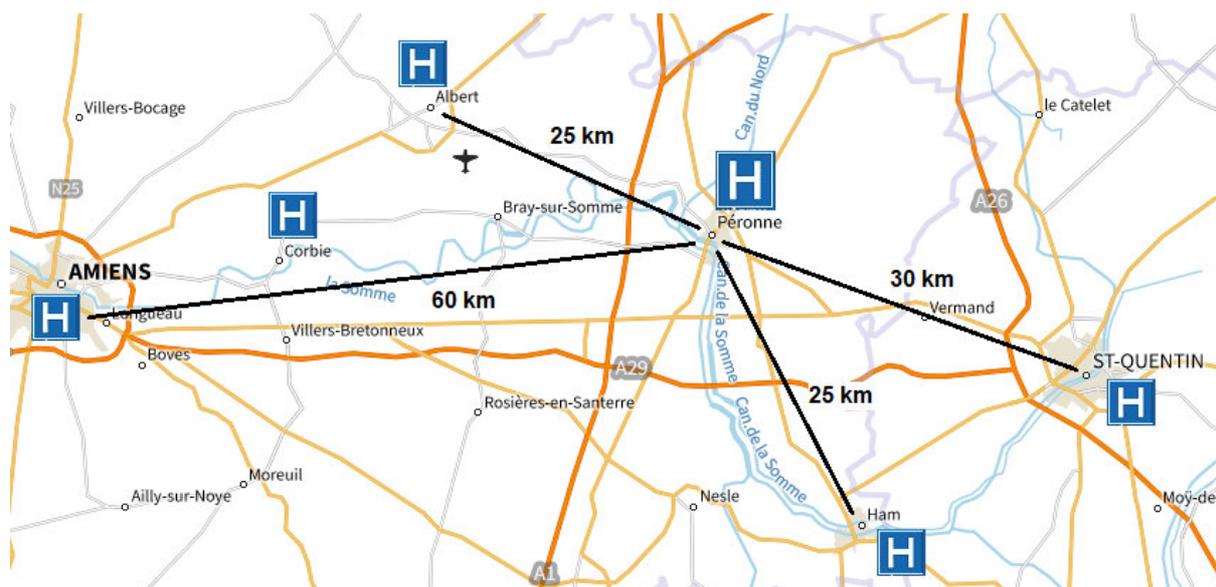
Le territoire de proximité⁵ de la Haute Somme est marqué par des inégalités en termes de santé. La surmortalité prématurée (avant 65 ans) y est supérieure à 25 % par rapport à la moyenne nationale, et supérieure à 45 % pour le diabète et les maladies de l'appareil respiratoire chez les hommes⁶.

1.1.2 Une présence médicale faible et peu structurée

La densité de médecins libéraux est faible, en particulier pour les spécialistes. De plus, les professionnels sont peu organisés : il n'existe pas de centre de santé ni de maison de santé pluriprofessionnelle à Péronne⁷ et aucune communauté professionnelle territoriale de santé⁸ n'y est en projet.

L'hôpital de Péronne est le seul établissement de santé sur son territoire, puisqu'il n'existe aucune clinique privée⁹. Les autres établissements publics les plus proches se situent à une trentaine de kilomètres : il s'agit des CH de Saint-Quentin (Aisne), d'Albert et de Ham. Le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens est éloigné de 60 kilomètres.

Carte n° 1 : Centres hospitaliers les plus proches du centre hospitalier de Péronne



Source : chambre régionale des comptes.

⁵ Découpage de l'ARS correspondant à l'est du département de la Somme : communautés de communes de la Haute Somme (Péronne), de l'Est de la Somme (Ham), et de Terres de Picardie (Chaulnes).

⁶ Source : Portrait socio-sanitaire Hauts-de-France, 2023.

⁷ Les plus proches sont à Combles, Épehy, Roisel, Ham et Chaulnes.

⁸ Ces communautés regroupent, avec le soutien de l'ARS, les professionnels d'un même territoire souhaitant s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Il s'agit d'une forme de coopération prévue par le code de la santé publique (articles L. 1434-12 et L. 1434-13).

⁹ Le CH de Péronne a vendu une parcelle de terrain à l'association Santélyls, qui y a installé un centre de dialyse.

Dans ces conditions, le CH de Péronne est appelé à jouer un rôle important d'accès à la santé sur son territoire.

1.2 Une réponse peu adaptée aux besoins des habitants

1.2.1 De nombreux services, installés dans des bâtiments relativement récents

Le CH de Péronne est de taille modeste¹⁰, mais polyvalent, puisqu'il offre des services variés dans les domaines sanitaires et médico-sociaux :

- service d'urgences, unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) (2 lits), unité de surveillance continue (4 lits) et structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ;
- médecine : 33 lits d'hospitalisation complète et 6 places d'hospitalisation partielle ;
- chirurgie : 15 lits d'hospitalisation complète et 3 places d'hospitalisation partielle ;
- obstétrique (jusqu'en mai 2023) : 15 lits d'hospitalisation complète et 1 place d'hospitalisation partielle ;
- soins médicaux et de réadaptation (SMR) : 20 lits d'hospitalisation complète ;
- psychiatrie : 19 lits d'hospitalisation complète (adultes) et 15 places d'hospitalisation partielle (enfants), 6 centres médico-psychologiques (CMP) (Péronne, Albert, Ham, Roye) et 3 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (Péronne, Albert, Ham) ;
- hospitalisation à domicile (HAD) : 10 places ;
- unité de soins de longue durée (USLD) : 30 lits ;
- établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : 163 places d'hébergement permanent, réparties dans trois bâtiments, et 6 places d'accueil de jour.

L'établissement dispose également d'une autorisation pour un scanner et d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

En septembre 2022, il a été certifié sous conditions (« Qualité des soins à améliorer ») par la Haute autorité de santé, les réserves portant notamment sur le traitement des événements indésirables. La nouvelle visite organisée en novembre 2023 a donné lieu, en février 2024, à une décision de non-certification (« Qualité des soins insuffisante »).

Les bâtiments, situés sur trois sites de 3,2 hectares, sont relativement récents :

- site principal du Quinconce : nouveau bâtiment de médecine, chirurgie et obstétrique ouvert en 2014, deux EHPAD (Jean Mermoz, construit en 1991, et le Quinconce, en 2011), seules la pédopsychiatrie et l'administration restent dans l'ancien hôpital ;
- site des Quatre-vingts : psychiatrie adulte (centre Henri Ey construit en 1976, rénové en 2009), SMR/USLD/EHPAD (pavillon Caudron construit en 1978, restructuré et étendu en 2016) ;

¹⁰ En 2022, les CH publics ont en moyenne 177 lits d'hospitalisation (DREES, Les établissements de santé, édition 2022, p. 39), contre 132 à Péronne (avec les lits d'USLD, sans ceux des EHPAD).

- site de l'ancienne maternité (jusqu'en 1998) : CATTP/CMP adultes.

Après les constructions de 2014 et 2016, le CH avait prévu une troisième phase de son plan directeur, consistant à étendre les espaces dévolus à la médecine et à la chirurgie ambulatoires, à la surveillance continue, à l'UHCD, à la pharmacie et au laboratoire. En raison de sa situation financière dégradée, il a mis fin à ce projet en 2021.

1.2.2 Une activité limitée et déclinante

L'activité est structurellement faible¹¹, sur un territoire peu dense, et sa part par rapport aux autres établissements de santé tend à décroître encore sur la période contrôlée, ce qui témoigne d'une inadéquation : soit l'offre ne répond pas aux besoins des habitants, soit ceux-ci s'en écartent.

L'analyse qui suit est concentrée sur les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et gériatrie, dont les produits dépendent le plus du niveau d'activité. Les mêmes constats pourraient être faits pour les soins médicaux et de réadaptation et la psychiatrie. Seule l'hospitalisation à domicile connaît une certaine dynamique¹².

1.2.2.1 En médecine et chirurgie, un établissement souvent choisi par défaut

La structure des urgences, ouverte en continu, a reçu 16 135 passages en 2022, en hausse de 3 % par rapport à 2018. Les patients viennent principalement de leur domicile, l'arrivée par le SMUR de Péronne étant marginale (300 personnes en 2022)¹³.

Le volume d'activité est limité, avec une quarantaine de passages quotidiens, dont un par heure en moyenne la nuit (entre 20 h et 8 h). Les patients sont pris en charge rapidement, environ un quart d'heure après leur entrée dans l'unité médicale¹⁴. Le SMUR, quant à lui, effectue à peine plus de deux sorties par jour en moyenne. Pour autant, ce fonctionnement requiert deux « lignes » de garde¹⁵, de sorte qu'un médecin et un infirmier puissent sortir avec le SMUR sans perturber le fonctionnement des urgences.

¹¹ Cf. indicateurs de volume d'activité en annexe n° 1.

¹² En psychiatrie, l'activité a décliné de 9 223 à 6 723 journées de 2018 à 2022 (- 27,1 %). En soins médicaux et de réadaptation, elle se replie de 9 081 à 6 704 en 2019 (- 26,2 %), avec un rebond à 9 841 en 2020 (unité post-covid). Seuls 20 lits sont ouverts sur les 40 autorisés. En hospitalisation à domicile, l'activité a augmenté de 5 580 à 5 818 (+ 4,3 %), notamment pendant la crise sanitaire (6 952 en 2020).

¹³ Le SMUR a effectué 877 sorties en 2022 (soit 2,4 par jour). Parmi les 772 personnes transportées vers un établissement de santé, 303 l'ont été vers le CH de Péronne, 469 étant dirigées par le SAMU de la Somme vers un autre établissement (source : statistique annuelle des établissements de santé 2022).

¹⁴ Cette durée ne prend pas en compte le délai entre l'arrivée aux urgences et l'entrée dans l'unité médicale. Elle ne peut être comptabilisée que le jour, lorsqu'une secrétaire est présente pour enregistrer le dossier administratif avant l'entrée dans l'unité médicale et le premier accueil par une infirmière.

¹⁵ Une ligne de garde est un ensemble de professionnels dont la présence est nécessaire en même temps pour assurer un service.

Les cas traités sont généralement peu graves, 94 % ayant été cotés au niveau 1 ou 2 de la classification clinique des malades des urgences (CCMU)¹⁶ en 2023. Cependant, il est impossible de dresser un panorama plus détaillé des motifs de visite aux urgences car, malgré une transmission de données de bonne qualité à l'observatoire régional des urgences, le CH de Péronne ne code pas les motifs de recours, ce à quoi la chambre l'invite.

La structure des urgences joue un rôle central dans l'activité d'hospitalisation. En 2022, 69 % des hospitalisations complètes en provenaient, proportion particulièrement élevée et en hausse par rapport à 2018 (65 %). Cela témoigne de la faible attractivité des services d'hospitalisation, qui ne parviennent pas à maintenir une activité programmée significative.

Même dans son environnement géographique proche (rayon d'une dizaine de kilomètres), le CH réalise une part d'activité limitée par rapport à d'autres établissements plus éloignés, comme le CHU d'Amiens et le CH de Saint-Quentin : il accueille moins de la moitié des séjours de médecine des habitants et un séjour de chirurgie sur cinq seulement¹⁷. Cette dernière activité apparaît particulièrement fragilisée.

Le nombre de séjours effectués au CH de Péronne est en baisse sensible sur la période contrôlée (cf. tableau ci-dessous). Seuls 33 lits de médecine sont ouverts, alors que 50 sont autorisés.

Tableau n° 2 : Nombre de séjours en médecine et chirurgie

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2018/2023
Médecine hospitalisation complète	3 003	2 968	2 655	2 602	2 744	2 501	- 16,7 %
Médecine hospitalisation partielle	1 524	1 597	859	862	747	1 094	- 28,2 %
Chirurgie hospitalisation complète	668	596	540	602	673	608	- 9,0 %
Chirurgie hospitalisation partielle	738	714	620	658	640	595	- 19,4 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir de la base Hospidiag et de données communiquées par l'établissement. Les séjours sont exprimés en nombre de résumés de sorties anonymes (RSA).

L'hôpital traite un éventail de cas médicaux relativement limité : en médecine, principalement des explorations nocturnes, des affections médicales du nouveau-né, des explorations de l'appareil respiratoire ; en chirurgie, des interventions sur le canal carpien, des kystes aux ongles, des résections osseuses localisées, de la traumatologie.

¹⁶ La CCMU modifiée classe, selon 7 degrés de gravité, les patients de l'urgence pré-hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. Le médecin SMUR ou de l'accueil détermine ce degré.

¹⁷ Parmi les habitants de Péronne et alentours (code PMSI 80200), le CH de Péronne réalise 22 % des séjours de chirurgie en 2018 et 21 % en 2022 ; 46 % des séjours de médecine en 2018 et 43 % en 2022 (source : <https://soinsterritoires.scansante.fr/>).

La baisse des séjours, observée dès 2020, résulte davantage du départ de médecins que de la crise sanitaire, cette dernière s'étant surajoutée à des difficultés de recrutement. Par exemple, le départ non remplacé, fin 2019, d'un praticien hospitalier gastro-entérologue, qui assurait des consultations et pratiquait des endoscopies digestives au bloc opératoire, a entraîné une chute durable des séjours d'hospitalisation, principalement ambulatoire, dans ce domaine (- 60 % de 2019 à 2020), de l'activité globale du bloc opératoire (- 45 %) et des consultations d'anesthésie (- 40 %).

Les consultations externes¹⁸, souvent assurées par des médecins mis à disposition par d'autres établissements, sont particulièrement tributaires des arrivées et départs de praticiens. La baisse de 30 % des passages observée de 2018 à 2022 s'explique notamment par la baisse des consultations de pneumologie, hématologie, endocrinologie, médecine générale et de réadaptation. À l'inverse, des consultations de dermatologie et médecine interne ont été proposées grâce à l'arrivée de spécialistes dans l'établissement.

1.2.2.2 Une activité d'obstétrique depuis longtemps fragile, récemment supprimée faute de ressources médicales

Une maternité avec un secteur naissances de niveau 1, c'est-à-dire prenant en charge les femmes dont l'accouchement ne présente pas de risque identifié a priori¹⁹, a fonctionné jusqu'en 2023.

Tableau n° 3 : Activité d'obstétrique

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2018/2022
Nombre de séjours hospitalisation complète	486	485	430	384	404	- 16,9 %
Nombre de séjours hospitalisation partielle	195	160	87	159	180	- 7,7 %
Nombre d'accouchements	387	394	351	304	331	- 14,5 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir de la base Hospidiag. Les séjours sont exprimés en nombre de résumés de sorties anonymes (RSA).

Le CH assurait plus de 60 % des séjours en obstétrique des habitantes de Péronne²⁰, part de patientèle plus élevée que celle observée en médecine et chirurgie. Mais, sur une aire d'attraction peu étendue et un territoire vieillissant, son activité était limitée et en baisse. En 2022, les 15 lits du service de gynécologie-obstétrique étaient occupés à 30 % de leur capacité.

¹⁸ Cf. annexe n° 2.

¹⁹ Les trois niveaux de maternités ont été définis d'après le décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (désormais articles R. 6123-39 et suivants du code de la santé publique).

²⁰ Parmi les habitants de Péronne et alentours (code PMSI 80200), le CH de Péronne réalise 61 % des séjours d'obstétrique en 2018 comme en 2022 (source : <https://soinsterritoires.scansante.fr/>).

Le nombre annuel d'accouchements était faible, proche du seuil de 300 en dessous duquel l'autorisation d'obstétrique ne peut en principe plus être accordée²¹, et très inférieur aux 770 accouchements pratiqués en moyenne dans les maternités de la même catégorie²².

Dans ce contexte, le CH a souffert d'une difficulté chronique à assurer la permanence des soins²³, faute de personnel médical suffisant, en particulier en anesthésie et gynécologie-obstétrique. Après plusieurs départs de gynécologues-obstétriciens permanents en 2019 et 2020, les astreintes ont été assurées exclusivement par des médecins intérimaires²⁴. En anesthésie, la permanence a nécessité d'enchaîner des gardes de 24 heures, ce qui n'est pas conforme à la réglementation. Il a été décidé d'y mettre fin pour garantir la sécurité des patientes. Malgré des recherches de renforts, l'activité d'accouchement a été suspendue à partir du 30 mai 2023. Le CH a rendu public, en janvier 2024, la fin de l'activité d'obstétrique et la perspective de création d'un centre périnatal de proximité²⁵, proposant des consultations pré et post-accouchement. Celui-ci a été mis en place en mai 2024.

Ayant annoncé un choix clair, il devra désormais trouver les ressources pour relancer les consultations externes de gynécologie, dont le nombre a été divisé par trois depuis le départ des praticiens permanents²⁶ et de sages-femmes, certaines d'entre elles ayant quitté l'établissement après la suspension des accouchements.

1.2.2.3 En gériatrie, un taux d'occupation en baisse faute de prestations hôtelières suffisantes

En gériatrie, le taux d'occupation de l'USLD et des EHPAD a diminué en 2020 et 2021, en raison de décès de résidents et du ralentissement des nouvelles entrées dus à la pandémie de covid-19. En 2023, le niveau d'avant la crise n'a pas été retrouvé.

Tableau n° 4 : Taux d'occupation de l'USLD et des EHPAD (en %)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
USLD	95	97	89	97	90	78
EHPAD Caudron	99	97	96	97	92	95
EHPAD Quinconce	99	98	98	95	96	98
EHPAD Jean Mermoz	98	94	89	81	81	71

Source : chambre régionale des comptes, à partir des synthèses d'activité communiquées par le CH de Péronne.

²¹ Article R. 6123-50 du code de la santé publique.

²² Au niveau national, en 2020, sur 458 maternités, 176 étaient de niveau 1 et ont pratiqué en moyenne 774 accouchements par an (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2021%20-%20La%20naissance%20-%20les%20maternit%C3%A9s.pdf>).

²³ Dans une maternité de niveau 1, il est exigé, dans le secteur de naissances, la présence permanente sur place d'une sage-femme, et sur place ou en astreinte opérationnelle, d'un gynécologue-obstétricien, d'un anesthésiste-réanimateur et d'un pédiatre (article D. 6124-44 du code de la santé publique). Pour l'anesthésie, l'établissement a fait le choix d'une présence sur place, que n'imposait pas la réglementation.

²⁴ En pédiatrie, des médecins intérimaires ont assuré 45 % des astreintes, de janvier à octobre 2023.

²⁵ Article R. 6123-50 du code de la santé publique.

²⁶ Les consultations de gynécologie-obstétrique sont passées de 9 081 en 2018 à 2 548 du 1^{er} janvier au 13 novembre 2023, et les consultations de sages-femmes, de 3 021 à 2 197 (source : CH).

L'EHPAD Jean Mermoz est particulièrement sous-occupé, selon une tendance amorcée avant 2020, qui s'est ensuite amplifiée. Les chambres, sans douches, ne correspondent plus à la demande des résidents et de leurs familles. Un projet de restructuration est à l'étude.

1.3 Une stratégie à définir

1.3.1 Un soutien apporté par le centre hospitalier de Saint-Quentin

Le CH de Péronne appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT) Aisne Nord-Haute Somme, créé en 2016²⁷ et dont l'établissement support est le CH de Saint-Quentin. Ce dernier fournit aux 10 autres établissements membres des services mutualisés, en particulier dans le domaine des achats. Un projet médical partagé a été défini en 2017 autour de 11 filières prioritaires. Selon un bilan dressé en 2023, ses effets opérationnels demeurent encore limités.

En 2018, dans un contexte de crise entre la direction du CH de Péronne et la communauté médicale, une direction commune avec le CH de Saint-Quentin a été instituée, le pilotage de proximité étant désormais assuré par une directrice déléguée. Depuis avril 2023, cette dernière exerce ses missions sur place à plein temps, situation appréciée du personnel et des partenaires de l'hôpital.

En matière médicale, l'appui le plus important du CH de Saint-Quentin est la mise à disposition de personnel médical, en particulier pour assurer des consultations externes. Mais il ne peut le faire que dans la mesure de ses moyens, étant l'établissement support d'un grand nombre d'hôpitaux et devant lui-même faire face à des difficultés de recrutement, par exemple en anesthésie ou en psychiatrie.

Depuis février 2022, les examens d'analyse biologique du CH de Péronne sont confiés à celui de Saint-Quentin, aboutissement d'un mouvement amorcé depuis plusieurs années au regard des coûts unitaires d'analyse observés à Péronne et des exigences liées à l'accréditation du laboratoire.

²⁷ Convention constitutive du 3 juin 2016.

1.3.2 Un projet d'établissement amorcé, dont l'élaboration est à poursuivre

Le CH de Péronne ne dispose pas encore de projet d'établissement.

Le projet d'établissement

Article L. 6143-2 du code de la santé publique : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement. (Il) est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. ».*

Au vu des difficultés qu'il rencontre pour soutenir son activité multiforme, l'hôpital doit fixer les priorités de son projet afin de diriger ses moyens vers les besoins essentiels de son territoire, en complémentarité avec les CH de recours.

Un projet médical autour de dix « axes de consolidation » a été approuvé par les instances compétentes en décembre 2023. Il prévoit notamment de développer la chirurgie ambulatoire « sur des activités spécialisées et ciblées pour offrir une réponse de proximité sur le territoire », renforcer les soins palliatifs en médecine et soins médicaux de réadaptation, renouveler le matériel d'imagerie pour offrir des consultations externes élargies.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur du CH de Péronne signale la reprise de l'activité d'endoscopie digestive et la mise en place, en lien avec le CH de Saint-Quentin et ses praticiens, de vacations d'imagerie, notamment en mammographie, d'hôpitaux de jour de cancérologie, et d'une nouvelle filière bariatrique²⁸, sous la forme d'hôpitaux de jour de médecine.

Après cette première étape utile, la chambre recommande d'élaborer les autres composantes du projet d'établissement (projet de soins, projet social, etc.), ce à quoi le directeur s'est engagé.

Recommandation n° 1 : élaborer, en 2024, une stratégie identifiant les activités prioritaires et les moyens nécessaires pour répondre aux besoins du territoire, en cohérence avec le projet médical partagé.

²⁸ Prise en charge des patients souffrant d'obésité.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier de Péronne (50 M€ de budget et 570 équivalents temps plein) propose une offre polyvalente (urgences, médecine, obstétrique, chirurgie, psychiatrie, soins médicaux de réadaptation, soins de longue durée, hébergement de personnes âgées dépendantes) et joue un rôle important pour la population de son territoire, marqué par d'importantes difficultés socio-économiques et une faible présence médicale.

Cependant, son activité, structurellement faible, décline depuis 2018, ce qui témoigne à la fois d'une difficulté à recruter et d'une inadéquation globale de son offre aux besoins de la population. Les urgences sont à l'origine de plus des deux tiers des séjours en médecine et chirurgie, soulignant leur faible attractivité intrinsèque. L'activité d'obstétrique, depuis longtemps fragilisée, a cessé fin mai 2023, faute de ressources médicales, et un centre périnatal de proximité a été créé en mai 2024.

Le centre hospitalier de Péronne doit se doter rapidement d'une stratégie afin de définir des priorités correspondant à ses ressources et aux besoins du territoire. La réflexion amorcée en ce sens doit donc être poursuivie et traduite dans les faits.

2 UNE PÉNURIE DE PERSONNEL MÉDICAL, QUI COMPROMET L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION

2.1 Des difficultés de recrutement de personnel médical, auxquelles l'établissement tente de faire face

2.1.1 Une évolution de l'effectif, qui traduit de fortes tensions

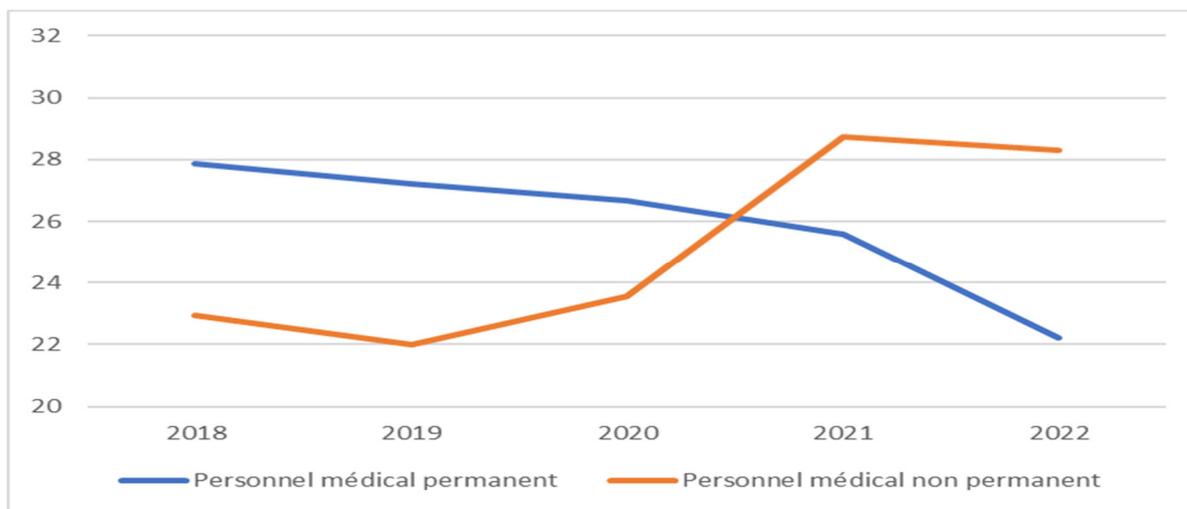
L'hôpital emploie environ 570 agents, dont une cinquantaine de médecins.

Tableau n° 5 : Personnel du CH (en ETP²⁹ moyens rémunérés)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Personnel médical	51	49	50	54	50	50
<i>dont permanent</i>	28	27	27	26	22	22
<i>dont non permanent</i>	23	22	24	29	28	28
Personnel non médical	509	513	520	519	521	535
<i>dont personnels des services de soins</i>	367	372	388	377	379	406
<i>permanents</i>	289	298	305	309	303	359
<i>non permanents</i>	78	74	83	68	76	46
Total personnel	560	562	571	574	571	585

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers annuels (tous budgets). Le personnel médical est présenté hors sages-femmes.

²⁹ Un ETP (équivalent temps plein) est une unité de mesure proportionnelle au nombre d'heures travaillées par un salarié et tenant compte de sa quotité de travail.

Graphique n° 1 : Personnel médical permanent et non permanent (en ETP moyen rémunéré)

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du CH de Péronne. Les données présentées incluent les médecins mis à disposition par des agences d'intérim ou par d'autres hôpitaux. Le personnel médical du CH mis à disposition d'autres hôpitaux n'est pas déduit, faute de données.

Même si l'effectif du personnel médical est globalement stable³⁰, ce n'est qu'au prix d'un recours accru au personnel non permanent, qui devient supérieur au personnel permanent à partir de 2021. Cette tendance s'accroît en 2022, avec 28 ETP moyens non permanents (dont 11 en intérim) et 22 ETP permanents.

Cette évolution traduit les difficultés de recrutement de l'hôpital, en particulier en anesthésie, gynécologie, pédiatrie, urgences, médecine générale et psychiatrie. Elles rejoignent largement la tendance observée à l'échelle de la région Hauts-de-France.

2.1.2 Des innovations organisationnelles aux effets limités

Afin de pallier les difficultés de recrutement de personnel médical, le CH de Péronne s'est saisi de nouveaux dispositifs, utiles mais dont l'impact est limité :

- les infirmiers en pratique avancée (IPA)³¹ : une première infirmière en pratique avancée, arrivée en septembre 2023 à la suite de sa formation, a pris ses fonctions en médecine polyvalente et en cardiologie ; deux autres sont en formation pour renforcer à terme le service de psychiatrie, où le personnel médical se réduit ;

³⁰ Cf. annexe n° 3.

³¹ L'exercice d'IPA a été créé par le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018. Un IPA est un infirmier expérimenté, d'au minimum trois ans d'exercice, ayant obtenu un diplôme d'État d'IPA (formation de deux ans). La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

- les équipes paramédicales d'urgence (EPMU)³² : le CH de Péronne a défini leur organisation en septembre 2021, rendue effective en avril 2022, en cas de présence d'un seul médecin urgentiste (du SMUR ou non) ; leur mise en œuvre est peu fréquente.

2.2 Un objectif d'attractivité devenu central dans l'organisation de la permanence des soins

2.2.1 Des tableaux de service lacunaires, malgré des progrès

Le suivi du personnel médical relève de la direction des affaires médicales, qui effectue les opérations administratives liées au recrutement des médecins et s'assure de la réalisation des tableaux de service.

Le tableau de service mensuel du personnel médical

Le service des praticiens à temps plein comprend dix demi-journées de travail par semaine, correspondant à la prise en charge des patients accueillis à l'hôpital ou à des consultations externes. Dans les services en temps médical continu, qui accueillent des patients 24 heures sur 24, elles sont planifiées aussi bien le jour que la nuit, les week-ends et les jours fériés. Les temps de présence sur place la nuit, le week-end et les jours fériés, appelés gardes, donnent lieu à une indemnisation spécifique (indemnité de sujétion). Dans les services en temps médical discontinu, les dix demi-journées ont lieu en semaine et le samedi matin. Des astreintes, indemnisées, peuvent être prévues la nuit, les week-ends et les jours fériés : un praticien est alors présent chez lui et prend ses dispositions pour rejoindre rapidement l'hôpital en cas d'appel. Dans certaines limites, ils peuvent, sur leur temps de travail, exercer des missions pour d'autres établissements (activités d'intérêt général) ou assurer des consultations d'activité libérale.

Afin d'assurer la permanence des soins pour la sécurité des patients et de déterminer la rémunération du personnel médical, il est essentiel que l'établissement dispose de tableaux de service nominatifs mensuels exhaustifs et fiables.

Article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins : le tableau de service nominatif mensuel, « arrêté avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, par le directeur, sur proposition du chef de service », comporte « l'indication détaillée des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile, en précisant à chaque fois le nom et la qualité du praticien qui en est chargé ». « Ce tableau est notifié aux chefs de service [...]. Il est affiché dans les services [...]. Le directeur de l'établissement communique à chaque praticien l'extrait du tableau le concernant. Un récapitulatif individuel sur quatre mois est établi et également communiqué au praticien. Il fait apparaître les périodes de temps de travail, les astreintes et les déplacements ainsi que, le cas échéant, la durée des absences et leur motif, afin de permettre le décompte des indemnités dues au praticien conformément aux dispositions du chapitre V ci-dessous. »

³² Les EPMU faisaient partie des recommandations du rapport de François Braun suite à la *Mission flash sur les urgences et soins non programmés* (juin 2022). Il s'agit, en cas de besoin, de permettre la sortie d'une équipe de SMUR composée d'un infirmier et d'un ambulancier, sans médecin.

Alors que la gestion des plannings du personnel non médical est informatisée, à l'aide du progiciel AGIRH, les tableaux de service des médecins sont établis manuellement ou par l'intermédiaire d'outils bureautiques, ce qui, dans un contexte de rotation rapide des agents, s'avère complexe. La chambre invite donc le CH de Péronne à se rapprocher de l'établissement support du GHT afin de vérifier l'opportunité d'une dématérialisation de cette fonction, courante dans les établissements de santé.

Malgré des progrès, les tableaux de service de l'hôpital demeurent incomplets. Il n'existe parfois que des plannings prévisionnels, et non ceux réalisés. Dans certains cas, le service de jour ne figure pas, le tableau de service se limitant aux astreintes. Les activités exercées à l'extérieur ou en libéral ne sont pas retracées, pas plus que les jours de congés ou de formation.

Malgré des rappels récurrents aux chefs de services, la transmission des tableaux prévisionnels est souvent trop tardive, non seulement en raison des difficultés à trouver les praticiens nécessaires, mais aussi parce que certains répugnent à se plier à un exercice considéré comme administratif.

La chambre rappelle donc l'obligation pour le CH de Péronne de disposer chaque mois de tableaux de service prévisionnels et d'établir le récapitulatif des services réalisés, conformément à l'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003, afin de vérifier la permanence des soins et d'assurer la correcte liquidation de la paie de son personnel médical.

Rappel au droit n° 1 : disposer, chaque mois, des tableaux de service exhaustifs du personnel médical, conformes à l'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.

2.2.2 Des astreintes et des gardes faisant l'objet de dérogations

La permanence des soins

Selon les articles L. 6314-1 et R. 6315-1 du code de la santé publique, la permanence des soins, organisée par les ARS en fonction des besoins locaux, permet aux patients d'accéder à des soins non programmés la nuit, le samedi après-midi, et les dimanches et jours fériés. Elle est assurée par les médecins libéraux, et par les établissements de santé.

Dans ces derniers, elle prend notamment la forme de permanences sur place ou d'astreintes à domicile. Elle est régie par l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les EHPAD.

L'organisation du temps de présence médicale est « *arrêtée annuellement par le directeur d'établissement, après avis de la commission médicale d'établissement* »³³.

Le règlement intérieur de fonctionnement des gardes et astreintes du CH de Péronne, établi le 30 janvier 2015, prévoit d'importantes dérogations.

³³ Article R. 6152-26 du code de la santé publique.

2.2.2.1 L'organisation du repos après les gardes de nuit

Jusqu'en mai 2023, les anesthésistes étaient autorisés à enchaîner trois gardes de 24 heures, ce qui était irrégulier, toute période de 24 heures de travail sur place devant normalement être suivie d'une période de repos³⁴.

Le règlement intérieur de 2015 justifiait cette dérogation par « *la faible démographie médicale dans cette spécialité* » et précisait : « *Les praticiens à temps partiel ont émis expressément le souhait de pouvoir regrouper les gardes effectuées du fait de leur éloignement géographique. Cette dérogation s'inscrit (...) dans un contexte d'activité modérée la nuit de 23h à 8h30 le lendemain permettant au praticien de prendre un minimum de repos la nuit ne remettant pas en cause la sécurité le lendemain.* ».

Le directeur a mis fin à cette organisation, en juin 2023, considérant qu'en cas d'accident, la responsabilité de l'établissement comme la sienne pourrait être engagée.

Un tiers des gardes d'anesthésie 2023 a été réalisé par un seul praticien hospitalier en 2023. Celui-ci bénéficie gratuitement d'un logement de fonction « par nécessité absolue de service », avantage en nature déclaré par l'hôpital, s'appuyant sur une délibération prise par le conseil d'administration en 2001.

Cependant, les articles R. 6152-23 à R. 6152-25 du code de la santé publique, qui organisent la rémunération des praticiens hospitaliers, ne prévoient pas la possibilité d'un tel avantage. De plus, tout médecin assurant un service de garde bénéficie, durant le temps de celui-ci, d'une chambre ou d'un logement afin de pouvoir s'y reposer entre deux interventions. La « nécessité d'organiser des gardes médicales à proximité immédiate de l'établissement », alléguée dans la délibération précitée, ne saurait donc justifier, à titre permanent, la concession d'un logement.

Il n'en reste pas moins que le code de la santé publique impose que le médecin concerné, chef de service, est tenu d'« établir sa résidence effective à proximité du lieu d'exercice de ses fonctions dans des conditions compatibles avec les responsabilités qu'il exerce dans le service public hospitalier » (article R. 6152-12 du code de la santé publique).

Il doit être mis fin à cette situation sans délai, ce à quoi le directeur du CH de Péronne s'est engagé en réponse aux observations de la chambre.

2.2.2.2 Des astreintes forfaitaires coûteuses, dont un bilan doit être tiré

Comme le permet la réglementation³⁵, le CH de Péronne a choisi d'indemniser les astreintes de manière forfaitaire. Le praticien est rémunéré de la même manière, qu'il ait été appelé à intervenir ou non, selon un barème fixé par le règlement intérieur des gardes et astreintes de 2015 fixant l'indemnisation de deux demi-journées à 162,85 € en astreinte de sécurité et 187,70 € en astreinte opérationnelle³⁶.

³⁴ Article 10 de l'arrêté du 30 avril 2003 : « *Pour les personnels enseignants et hospitaliers, un même praticien ne peut être de permanence sur place pendant plus de vingt-quatre heures consécutives.* ».

³⁵ Article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003.

³⁶ L'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 distingue l'astreinte opérationnelle, « *dans les activités qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels* », de l'astreinte de sécurité, « *dans les activités qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents* ».

Le choix de la forfaitisation des astreintes, dès lors que les interventions sont peu nombreuses, a un coût élevé pour le CH (0,38 M€ en 2022, soit 2 000 € par mois en moyenne par médecin concerné). Il constitue un facteur d'attractivité pour les médecins.

La chambre recommande au CH de réviser son règlement intérieur des gardes et astreintes pour tenir compte des évolutions intervenues depuis 2015. De plus, elle rappelle que la forfaitisation des astreintes ne le dispense aucunement de décompter le temps d'intervention réel et doit faire l'objet d'une évaluation annuelle.

Recommandation n° 2 : adopter, en 2024, un nouveau règlement intérieur des gardes et astreintes du personnel médical tenant compte, notamment, de l'évolution des activités du centre hospitalier.

Rappel au droit n° 2 : mettre en place, en 2024, un dispositif de décompte du temps d'intervention réel du personnel médical lors des astreintes à domicile, conformément à l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.

Rappel au droit n° 3 : procéder à l'évaluation annuelle du dispositif de forfaitisation des astreintes, conformément à l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur du CH de Péronne a institué, en mars 2024, un suivi du temps d'intervention réel des médecins, lors des astreintes à domicile. Il précise également que la refonte du règlement intérieur des gardes et astreintes est en cours d'examen, par la commission d'organisation de la permanence des soins, et que l'évaluation annuelle réglementaire de la forfaitisation des astreintes est prévue.

2.2.3 Des astreintes réalisées par un praticien, dans des conditions irrégulières

2.2.3.1 Des indemnités d'astreinte versées au-delà du plafond

Un praticien hospitalier à temps plein du CH de Béthune-Beuvry est mis à disposition du CH de Péronne, pour deux demi-journées hebdomadaires, par des conventions d'activité partagée et de mise à disposition.

En versant à l'intéressé 255 € par nuit complète d'astreinte au lieu de 187,70 €, le CH a dérogé aux montants d'indemnisation fixés dans son règlement intérieur de 2015, qui atteignaient d'ailleurs les plafonds prévus par l'arrêté du 30 avril 2003 révisé.

La chambre invite donc l'établissement à réviser sans délai le niveau de rémunération des astreintes accordé à ce praticien et à obtenir le remboursement des sommes indument versées dans les conditions prévues par la loi³⁷. En conséquence de l'observation de la chambre, le directeur du CH de Péronne a déclaré avoir entrepris cette double démarche de régularisation.

³⁷ Article 37-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

2.2.3.2 Des astreintes payées en double par deux établissements

Ce praticien hospitalier est rémunéré pour certaines plages d'astreintes, à la fois par le CH de Béthune-Beuvry et par celui de Péronne. Il figure 145 fois aux mêmes dates sur les deux plannings, entre janvier 2020 et novembre 2022, et a perçu, pour ces doubles astreintes, un montant d'indemnités de 36 390 € environ de son centre hospitalier de rattachement et 47 000 € de celui de Péronne. À la date du contrôle de la chambre, la situation perdure.

Tableau n° 6 : Doubles astreintes réalisées par le praticien hospitalier à Béthune et Péronne

En €	2020	2021	2022 (janvier-novembre)	Total
Nombre de doubles astreintes	41	42	62	145
Indemnités d'astreinte versées par le centre hospitalier de Péronne	14 025,00	13 387,50	19 635,00	47 047,50
Indemnités d'astreinte versées par le centre hospitalier de Béthune-Beuvry	10 569,20	10 055,38	15 769,04	36 393,62

Source : chambre régionale des comptes, à partir des pièces comptables des CH de Péronne et Béthune-Beuvry.

Or, l'arrêté du 30 avril 2003 ne prévoit pas qu'une astreinte puisse être assurée par un même médecin, au même moment, dans plusieurs établissements, et aucune convention en ce sens n'a été conclue, ni entre les hôpitaux de Péronne et Béthune ni avec le praticien concerné.

D'après le planning des blocs opératoires du CH de Péronne, il y a effectué, pendant la période de 2020 à 2022 vérifiée par la chambre, au moins sept interventions la nuit ou le week-end, alors qu'il était au même moment d'astreinte à Béthune³⁸, distante de 80 kilomètres et qu'il lui fallait près d'une heure pour la rejoindre.

Au regard des risques présentés par cette situation, la chambre invite le CH de Péronne à y mettre fin sans délai, en concertation avec celui de Béthune-Beuvry. Afin de prévenir toute difficulté semblable, il doit communiquer systématiquement les plannings prévisionnels aux établissements avec lesquels il a des conventions de mise à disposition de personnel médical, en application de l'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur du CH de Béthune-Beuvry indique qu'il n'était pas informé de la participation du praticien à la permanence des soins du CH de Péronne, tout en précisant n'avoir relevé aucun incident au sein de son propre établissement. Cette circonstance ne saurait justifier la poursuite de cette pratique. Afin de prévenir cette situation, le directeur du CH de Péronne a demandé au médecin concerné de lui communiquer, désormais, ses plannings prévisionnels d'astreinte au CH de Béthune-Beuvry.

³⁸ Les samedi soir 31 octobre 2020, dimanche 15 novembre 2020, samedi 6 février 2021 après-midi, samedi 16 juillet 2022 après-midi, samedi 1^{er} octobre 2022 après-midi, dimanche 2 octobre 2022 et dimanche 23 octobre 2022.

2.3 Les coopérations n'ont pas permis d'éviter le recours à l'intérim

2.3.1 Les coopérations entre les établissements publics de santé

Les coopérations inter-établissements se matérialisent par des conventions entre le CH employant à titre principal le praticien, le CH l'employant à titre subsidiaire, et le praticien. Il peut s'agir de conventions de coopération³⁹, d'activité partagée⁴⁰ ou encore d'activité d'intérêt général⁴¹.

Elles peuvent prévoir l'octroi de la prime d'exercice territorial (PET)⁴² et de la prime de solidarité territoriale (PST)⁴³.

L'hôpital de Péronne bénéficie de médecins mis à disposition par une dizaine d'établissements de santé, principalement le CH de Saint-Quentin et, dans une moindre mesure, le CHU d'Amiens. Leur importance s'accroît en nombre d'ETP, passé de 4 à 6 entre 2018 et 2023, et en part de l'effectif médical, passé de 8 % à 12 %.

Certains services fonctionnent largement grâce à ces coopérations : les consultations avancées en médecine et chirurgie, la radiologie ou la pharmacie. Elles renforcent aussi les services des urgences et de gynécologie.

Le CH de Péronne met également à disposition certains de ses praticiens, mais sans en évaluer le temps de travail correspondant. En raison des difficultés de recrutement évoquées *supra*, la chambre l'invite à procéder à son suivi.

L'hôpital a laissé perdurer des dépassements de volume d'activité libérale par certains praticiens⁴⁴, ce qui l'a également privé de temps de travail médical. À la suite de plusieurs rappels de la direction, la dernière situation de ce type a pris fin en octobre 2023.

2.3.2 Le recours aux internes et aux praticiens contractuels

Le CH de Péronne accueille des internes, de 5 à 6 ETP moyens rémunérés sur la période de contrôle. Pour autant, seuls les services d'urgence et de médecine parviennent à en recruter.

L'établissement tente par ailleurs de tirer parti des divers outils d'attractivité et de fidélisation du personnel contractuel à durée déterminée.

³⁹ La convention, principal outil de coopération entre acteurs, repose sur le principe de liberté contractuelle. Elle est souple d'utilisation.

⁴⁰ Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017.

⁴¹ Article R. 6152-30 du code de la santé publique.

⁴² Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017.

⁴³ Décret n° 2021-1655 du 15 décembre 2021.

⁴⁴ L'autorisation d'activité libérale permet au médecin d'être rémunéré à temps plein par le CH, tout en ayant la possibilité, dans la limite de deux demi-journées par semaine et moyennant une redevance, d'assurer des consultations pour son propre compte. Son recours se réduit au CH de Péronne, passant de 7 en 2018 à 3 en 2023.

Jusqu'au 1^{er} janvier 2022, la contractualisation sous le statut de « clinicien hospitalier » était possible, permettant notamment aux praticiens hospitaliers en exercice à Péronne et à des médecins libéraux d'obtenir ce statut pendant six ans au maximum. Neuf médecins de Péronne qui étaient auparavant praticiens contractuels ou hospitaliers ont utilisé cette faculté, ce qui a permis d'accroître leur rémunération.

À compter de février 2022, le CH de Péronne a obtenu de l'ARS l'autorisation de signer 14 contrats de praticiens « motif 2⁴⁵ ». En décembre 2023, neuf praticiens sont en poste sous ce statut, dont cinq aux urgences, deux en médecine, un en psychiatrie et un en radiologie-imagerie. Ces contrats étant limités dans le temps, l'enjeu consistera pour l'établissement à fidéliser les praticiens.

La convention d'engagement dans la carrière hospitalière⁴⁶, assortie d'une prime (PECH), n'a connu qu'un succès limité. Seule une prime a été versée, en 2021, à un médecin psychiatre ayant depuis quitté l'établissement.

2.3.3 Une utilisation coûteuse de l'intérim médical depuis 2021

Jusqu'en octobre 2021, l'hôpital a recouru à des contrats courts de gré à gré. À partir de novembre 2021, c'est-à-dire de l'entrée en vigueur, en matière d'intérim, de la loi Rist du 26 avril 2021⁴⁷, le CH a décidé de conclure des contrats de prestations de service avec des entreprises de travail temporaire⁴⁸, afin de respecter le nouveau cadre légal et le plafond de rémunération. Il en a résulté une très forte augmentation des coûts, alors même que l'activité de l'établissement continuait à décroître.

2.3.3.1 Une pratique généralisée dans certaines spécialités

L'intérim a connu une progression très rapide, représentant 4 ETP en 2021, 11 en 2022, 13 en 2023, soit le quart de la présence médicale.

⁴⁵ Ces contrats tirent leur nom du 2^o de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique, qui prévoit le recrutement de praticiens « *en cas de difficultés particulières (...) ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire ; le contrat est conclu pour une durée (...) de trois ans maximum, sans que la période totale d'exercice (...) au sein d'un même établissement ne puisse excéder six ans.* »

⁴⁶ Article R. 6152-347 du code de la santé publique.

⁴⁷ Le I de l'article 33 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification devait entrer en vigueur le 28 octobre 2021. La mise en œuvre du contrôle de l'intérim médical par les comptables publics a été repoussée à avril 2023.

⁴⁸ Pratique autorisée par l'article L. 6146-3 du code de la santé publique. Les articles R. 6146-25 et R. 6146-26 du même code, issus du décret du 24 novembre 2017, prévoient les attestations devant être produites par l'entreprise de travail temporaire (vérification des compétences du praticien, des aptitudes physiques et mentales, respect des règles relatives au repos, respect des règles relatives au cumul d'emploi) et la fixation d'un plafond journalier, déterminé par un arrêté du 24 novembre 2017 (1 170,04 €, puis 1 389,83 € à partir d'avril 2023, 1 410,69 € depuis le 1^{er} janvier 2024).

Sur les 149 médecins intérimaires apparaissant sur les factures d'intérim médical⁴⁹, la plupart (91 %) ne sont intervenus que ponctuellement. Les 14 médecins recrutés le plus souvent totalisent 58 % de la présence de praticiens intérimaires.

Les spécialités principalement représentées sont la gynécologie (34 %), l'anesthésie-réanimation (31 %), la médecine d'urgence (13 %). Dans certaines, l'intérim a fini par représenter plus de la moitié de la présence médicale.

2.3.3.2 Un coût très élevé pour l'établissement

Les dépenses d'intérim médical du CH de Péronne ont été multipliées par près de 7 entre 2021 et 2022, passant de 0,4 à 2,6 M€ (+ 2,2 M€), et demeurent à un niveau élevé en 2023. Même si, dans le même temps, la rémunération des praticiens contractuels et les indemnités de permanence des soins ont légèrement diminué (- 0,4 M€), le surcoût net pour le CH atteint 1,8 M€, sans temps de présence médicale supplémentaire⁵⁰.

D'après les factures des agences d'intérim, le rapport entre le salaire brut du médecin annoncé, plafonné, et la prestation facturée à l'hôpital dépasse le plus souvent 2,3 et peut atteindre 2,9. En cas d'emploi du médecin en direct par le CH, il serait d'environ 1,4 seulement⁵¹. Pour un salaire brut journalier de 1 170 €, le coût total serait de 1 638 € en cas de rémunération directe par l'hôpital, contre 2 691 € HT⁵² en recourant à une agence d'intérim, soit un écart de plus de 1 000 €, expliquant le surcoût considérable de l'intérim pour le CH de Péronne à partir de novembre 2021.

Au regard des importants écarts de coefficients observés d'une entreprise d'intérim à une autre et d'un praticien à un autre, la chambre recommande à l'hôpital de mettre en place un dispositif de suivi du recours à l'intérim médical, pour en maîtriser le coût.

Recommandation n° 3 : mettre en place un dispositif de suivi du recours à l'intérim médical.

2.3.3.3 Une pratique donnant lieu à des irrégularités

2.3.3.3.1 Des contrats passés majoritairement hors marchés

Le CH de Péronne utilise le marché d'intérim passé, en septembre 2020, par le groupement de coopération sanitaire GRAM (Groupement régional d'achats multi-segments) des Hauts-de-France avec cinq entreprises. Or, l'établissement fait principalement appel à d'autres agences⁵³.

⁴⁹ La chambre a vérifié près de 1 100 factures datées du 1^{er} janvier 2018 au 30 septembre 2023.

⁵⁰ Cf. détail en annexe n° 5, tableau n° 15.

⁵¹ Sur la forme, la différence se présente comme une commission prélevée par l'agence.

⁵² La comparaison est réalisée avec le montant HT de la prestation d'intérim, car cette dernière intègre l'indemnité compensatrice de congés payés (10 % du salaire brut) et la prime de précarité (10 % du salaire brut) versées aux salariés intérimaires, que le CH ne supporte pas pour son personnel médical permanent. En revanche, ce dernier est assujéti à la taxe sur les salaires.

⁵³ Le CH de Péronne a fait appel à 17 agences d'intérim pendant la période contrôlée.

Le directeur a expliqué que les titulaires du marché n'étaient pas en mesure de répondre aux besoins de l'hôpital. Pour autant, ces contrats irréguliers au regard du code de la commande publique exposent ce dernier à des risques. La chambre l'invite à se rapprocher de l'établissement support du GHT, afin de trouver une solution adéquate.

2.3.3.3.2 Un mode d'intervention irrégulier d'un médecin libéral

Un médecin généraliste effectue des gardes de 24 heures aux urgences de l'hôpital de Péronne sous la forme de prestations rémunérées à une entreprise individuelle portant son nom, pour 24 296 € en 2021 et 2022, et un total estimé à 41 816 € de janvier à septembre 2023.

Ce mode d'intervention ne répond pas aux situations prévues par le code de la santé publique, puisqu'il ne repose ni sur un contrat prévu au 2° de l'article L. 6152-1 de ce code, ni sur un contrat avec un médecin libéral prévu à l'article L. 6146-2. Il ne peut pas non plus s'agir, malgré les apparences, de missions d'intérim, autorisées par l'article L. 6146-3, car l'entreprise de ce médecin ne remplit pas les conditions lui permettant d'être qualifiée d'entreprise de travail temporaire⁵⁴.

Par ailleurs, la liquidation des factures émises par cette société n'est pas conforme aux « offres de missions » acceptées par l'hôpital de Péronne. Celles de 2022, par exemple, prévoient un montant de rémunération de 1 200 € net par période de 24 heures, alors que les factures concernant cette même année s'élèvent chacune à 2 136 € HT, appliquant un coefficient d'1,78 non mentionné dans les contrats. En raison de cette discordance, ces factures n'auraient pas dû être payées.

La chambre invite par conséquent l'établissement à mettre fin sans délai à cette situation irrégulière, qui l'expose en outre à des risques en cas d'accident médical. Le directeur du CH de Péronne s'y est engagé, en réponse aux observations provisoires.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier de Péronne, qui emploie l'équivalent de 50 médecins à temps plein, est confronté à une pénurie de personnel médical, en particulier dans les spécialités d'anesthésie, gynécologie, pédiatrie, et dans une moindre mesure, aux urgences. Même s'il bénéficie de six médecins (équivalents temps plein) mis à disposition par des hôpitaux proches, en particulier celui de Saint-Quentin, il fait face à un défi d'attractivité, portant à la fois sur les conditions de travail et sur le niveau des rémunérations.

⁵⁴ Selon l'article L. 1251-2 du code du travail, « Est un entrepreneur de travail temporaire toute personne physique ou morale dont l'activité exclusive est de mettre à la disposition temporaire d'entreprises utilisatrices des salariés qu'en fonction d'une qualification convenue elle recrute et rémunère à cet effet. ». Or, l'entreprise ne possède pas de personnalité morale distincte de l'intéressé, personne physique. Elle n'a pas une activité exclusive de mise à disposition de salariés. De plus, ce médecin, mis à disposition du CH de Péronne, ne peut pas être salarié de sa propre entreprise individuelle (absence de la condition de subordination caractérisant le travail salarié).

Ainsi, l'organisation de la permanence des soins (gardes, astreintes...) a été conçue de longue date en vue de garantir aux médecins une souplesse d'organisation et une indemnisation optimisée, par exemple via la forfaitisation des astreintes. Le centre hospitalier doit à présent revoir son règlement intérieur des gardes et astreintes, sur la base d'un bilan des interventions effectives la nuit et le week-end, et élaborer ses plannings de manière plus exhaustive.

À la suite de la loi Rist, l'établissement a remplacé, fin 2021, les contrats courts de gré à gré par des prestations d'intérim, ce qui a entraîné un surcoût très important (+ 1,8 M€ en 2022). Il doit en assurer un suivi plus précis et mettre fin aux irrégularités relevées à l'occasion du contrôle.

3 UNE SOLVABILITÉ DÉPENDANTE DES AIDES PUBLIQUES

3.1 Une fiabilité des comptes à renforcer

3.1.1 Une fonction financière à conforter

Comme ses produits ne dépassent pas 100 M€ par an, l'établissement n'est pas soumis à la certification des comptes prévue par l'article L. 6145-16 du code de la santé publique. Depuis 2022, il est rattaché à la trésorerie des hôpitaux de Saint-Quentin, ce qui a contribué à des progrès dans la fiabilisation de ses comptes.

Sa fonction financière est exercée par plusieurs services (finances, admissions, économat), comptant chacun un petit nombre d'agents. Cette organisation n'est pas dysfonctionnelle en soi, mais présente des risques pour la continuité d'activité en cas d'absences, d'autant plus que l'établissement ne dispose d'aucune procédure écrite.

Afin de limiter ces risques et de renforcer la fiabilité des comptes, la chambre invite le CH à examiner périodiquement la pertinence de l'organisation retenue et à documenter progressivement les procédures comptables, notamment les opérations d'inventaire, de fin d'exercice et de comptabilisation des provisions. La décision du directeur sur les durées d'amortissement des immobilisations doit être formalisée, en vertu de l'instruction M21⁵⁵.

Recommandation n° 4 : élaborer un guide des procédures relatives aux opérations d'inventaire, de fin d'exercice et à la comptabilisation des provisions.

3.1.2 Les rattachements des charges et des produits à l'exercice

Le taux de rattachement des charges à l'exercice est faible, systématiquement inférieur à 5 % du total des charges d'exploitation. Depuis 2021, l'imputation comptable des charges de personnel à rattacher (prime de service, indemnisation des comptes épargne temps, etc.) n'est plus effectuée correctement⁵⁶. La chambre invite l'hôpital à utiliser les comptes prévus (428, 448, etc.) par l'instruction M21 pour ces rattachements.

L'établissement ne procède pas au rattachement des séjours à cheval sur deux exercices⁵⁷, ce que la chambre l'invite à faire désormais.

⁵⁵ Instruction relative à la comptabilité des établissements publics de santé. Les durées communiquées par l'établissement reposent sur un simple compte-rendu de réunion interne.

⁵⁶ Les rattachements de charges sont portés au crédit du compte 408, les comptes spécifiques pour les dépenses de personnel n'étant plus utilisés.

⁵⁷ Compte « produits rattachés pour la caisse pivot » (c/4182).

Les recettes à classer ou à régulariser⁵⁸ varient fortement au cours de la période, notamment en 2019 où des aides à la contractualisation et des subventions d'investissement n'ont pas fait l'objet d'un rapprochement immédiat des encaissements et des titres. Les titres de recettes les plus anciens ont également fait l'objet de régularisations à partir de 2022, à la suite d'un signalement du comptable public.

3.1.3 Des provisionnements insuffisants

3.1.3.1 Des montants annuels à ajuster de manière plus rigoureuse

Le CH de Péronne effectue des provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations (compte 142), obligatoires dès lors que l'hôpital bénéficie de dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement. Ce fut notamment le cas pour des travaux sur le pavillon Henri Ey. Durant la période, s'il n'a pas été détecté d'utilisation non-conforme des dotations reçues, les reprises réalisées à chaque exercice ont fait l'objet d'inscriptions erratiques, soit sur un budget annexe différent de celui ayant supporté l'investissement⁵⁹, soit en omettant certaines échéances annuelles⁶⁰.

L'hôpital ne pratique pas de provisions pour litiges ou risques (compte 151), considérant ces aléas suffisamment couverts par son assurance en matière de responsabilité civile. Il n'en pratique pas non plus pour le gros entretien (compte 157), ce que la chambre l'invite à faire.

Les provisions pour les charges pouvant résulter de l'indemnisation des comptes épargne temps (compte 153) sont bien calculées chaque année. Toutefois, la provision ne couvre pas l'intégralité de la charge que le CH a lui-même déterminée⁶¹. La chambre l'invite donc à procéder, chaque année, aux dotations et reprises nécessaires.

3.1.3.2 Des dépréciations de créances longterms sous-estimées

Jusqu'au changement de poste comptable, en 2022, aucune provision pour dépréciations des comptes de tiers n'était comptabilisée et les admissions en non-valeur étaient faibles. Cela a conduit à une surévaluation du résultat comptable du CH.

⁵⁸ Les dépenses à régulariser au compte 472 sont quasi inexistantes

⁵⁹ En 2018, une dotation aux provisions pour renouvellement des immobilisations est enregistrée sur le budget de l'USLD (budget B).

⁶⁰ En 2022, le CH opère une reprise de provision de 25 753 € liée à des travaux réalisés dans le pavillon Caudron accueillant l'USLD. Le service comptable indique avoir tardé à reprendre cette provision, sans qu'il soit possible de retracer le versement total de la dotation (226 000 € d'après la pièce justificative).

⁶¹ Dotation manquante évaluée à 152 124 € au 31 décembre 2022.

Après inventaire des titres de recettes restant à recouvrer arrivés à prescription, le nouveau comptable a recommandé l'inscription d'une dotation aux provisions pour dépréciation de créances de 563 440 € pour 2021 et demandé l'inscription en non-valeur de 545 000 € en 2022. Ce rattrapage ayant été comptabilisé par l'hôpital au compte 654 (admissions en non-valeur) plutôt qu'en charges exceptionnelles, il pénalise la marge brute d'exploitation en 2022. Un retraitement de cette dernière, à hauteur de 0,5 M€⁶², est proposé pour en neutraliser l'effet.

3.2 Un lourd déséquilibre financier, malgré les aides publiques

Le CH de Péronne dispose d'un budget principal (H) et de trois budgets annexes : EHPAD (E), USLD (B) et dotation non affectée (A). Le budget principal représente environ 80 % des produits et des charges, suivi de celui des EHPAD (16 %)⁶³. L'analyse qui suit portera principalement sur ces deux derniers budgets.

Le résultat consolidé a été fortement négatif, sauf en 2020 et 2021, où ont joué les mécanismes de soutien pendant la crise sanitaire. Le résultat de 2020 est artificiellement favorable, car 2 M€ ont été comptabilisés en produits de gestion, alors qu'il s'agissait plutôt d'une dotation au bilan⁶⁴. Les résultats de 2021 et 2022 sont artificiellement dégradés par un rattrapage de provisions pour dépréciation de créances et admissions en non-valeur (environ 0,5 M€). Le déficit est principalement imputable au budget principal, sauf à partir de 2022, où le budget des EHPAD a connu la même situation en raison d'un faible taux d'occupation.

Tableau n° 7 : Structure budgétaire du centre hospitalier de Péronne

En €	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (provisoire)
Produits totaux	42 549 340	43 149 436	48 009 438	49 582 219	51 395 719	52 073 921
Charges totales	45 113 324	45 349 891	48 166 555	50 494 961	54 149 002	56 080 681
Résultat consolidé	- 2 563 984	- 2 200 455	- 157 117	- 912 742	- 2 753 283	- 4 006 760

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du CH de Péronne. Il s'agit de montants réels, non corrigés de l'inflation.

⁶² Montant dépassant les admissions en non-valeur pratiquées les années précédentes.

⁶³ Cf. annexe n° 4, tableau n° 13.

⁶⁴ En 2020, une aide à la contractualisation de 2 M€ (mise en œuvre des actions de modernisation - MCO) imputée au compte 10288 en août 2020 a été réimputée au compte 731182 le 4 septembre, à la suite d'un courriel de l'ARS. Dans un courrier du 1^{er} février 2021, l'ARS, suivant des directives nationales, confirme cette imputation et précise que le résultat devra être retraité de cette aide. Le compte financier 2020 a bien pris en compte celle-ci dans le total de celles reçues par l'hôpital en 2020, pour le calcul de la marge brute hors aides.

3.2.1 Un déficit d'exploitation atténué par les soutiens publics

3.2.1.1 Une marge brute d'exploitation très insuffisante

La marge brute d'exploitation⁶⁵ du CH de Péronne, hors aides financières, est faible, sauf en 2021, avec un taux qui ne dépasse pas 1,5 % des produits de gestion, et devient même négative à partir de 2022. Elle est inférieure aux 3 %, considérés comme un minimum pour permettre un renouvellement des immobilisations, et aux 7 à 8 % souhaitables pour couvrir, en outre, le remboursement des emprunts⁶⁶. Dans le détail, la marge brute du budget principal est généralement négative sur la période, sauf en 2021. À l'inverse, les EHPAD ont contribué positivement à la marge brute consolidée jusqu'en 2021, mais affichent une contribution négative depuis 2022⁶⁷.

⁶⁵ La marge brute d'exploitation est la différence entre les produits courants (c/70 à 75), auxquels sont ajoutés les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie (c/7722), et les charges courantes d'exploitation (c/60 à 65). Elle ne prend pas en compte les opérations d'ordre (dotations ou reprises d'amortissements ou de provisions). Cet indicateur rend compte de l'excédent dégagé par le cycle courant d'activité. Il est central pour l'analyse de la performance économique des établissements de santé.

⁶⁶ Le référentiel sur les conditions de soutenabilité financière des établissements de santé, publié en 2022 par le ministère de la santé et le conseil scientifique du conseil national de l'investissement en santé (CSIS), indique que le taux de marge brute hors aides doit être au minimum de 3 % pour permettre le renouvellement des immobilisations, et qu'il convient d'y ajouter le remboursement des emprunts (intérêts et capital). Pour le CH de Péronne, le calcul aboutit à un taux de marge brute souhaitable de 7 à 8 %.

⁶⁷ Cf. annexe n° 4, graphique n° 3.

Tableau n° 8 : Situation financière consolidée du CH de Péronne (comptes consolidés)

En €	2018	2019	2020	2020 (retraitée) ⁶⁸	2021	2022	2023 (provisoire)	Var. annuelle moyenne 2018/2022
Produits de gestion	40 277 767	40 666 482	45 703 161	43 703 161	46 782 524	48 198 459	49 895 105	3,7 %
Charges de personnel nettes	29 308 766	29 460 704	32 479 808		34 332 391	37 504 699	38 848 052	5,1 %
Autres charges de gestion nettes	10 305 902	10 420 749	10 218 402		10 077 083	11 060 532	11 894 327	1,4 %
= Charges de gestion nettes	39 614 668	39 881 453	42 698 211		44 409 475	48 565 231	50 742 379	4,2 %
Marge brute d'exploitation	663 100	785 029	3 004 951	1 004 951	2 373 049	- 366 772	- 847 274	
Aides reçues	214 037	214 037	2 298 736	298 736	298 736	298 736	1 298 736	
Marge brute d'exploitation non aidée	449 063	570 992	706 215		2 074 313	- 665 508	- 2 146 010	
Taux de marge brute non aidée en % des produits de gestion	1,1 %	1,4 %	1,5 %		4,4 %	- 1,4 %	- 4,6 %	
Taux de marge brute non aidée en % des produits de gestion retraité ⁶⁹						- 0,3 %		
(+/-) Résultat financier	- 802 400	- 744 904	- 692 232		- 641 030	- 599 780	- 651 436	- 5,7 %
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions et hors LAMDA)	174 880	311 702	193 630		282 061	355 506		15,2 %
- Charges exceptionnelles réelles	292 067	265 524	244 368		253 906	665 264		17,9 %
= Capacité d'autofinancement brute	- 256 487	86 303	2 261 981	261 981	1 760 175	- 1 276 310	- 2 035 850	
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	- 0,6 %	0,2 %	4,9 %	0,6 %	3,8 %	- 2,6 %	- 4,2 %	
- Annuité en capital de la dette	1 550 211	1 505 309	1 485 739		1 523 681	1 672 470	1 594 494	1,2 %
= Capacité d'autofinancement nette	- 1 806 698	- 1 419 006	776 242	- 1 223 758	236 494	- 2 948 780	- 3 630 344	

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

⁶⁸ Ce retraitement correspond à l'apport en capital de 2 M€ en 2020, imputé en produits d'exploitation à la demande du ministère de la santé. Le tableau présente les produits de gestion, la marge brute d'exploitation et la capacité d'autofinancement résultant de ce retraitement.

⁶⁹ Le taux de marge brute non aidée retraité est calculé en ajoutant à la marge brute non aidée les admissions en non-valeur exceptionnelles de 2022 (0,5 M€).

3.2.1.2 À l'hôpital, un volume d'activité qui ne suffit pas à couvrir les coûts fixes

3.2.1.2.1 Des produits en hausse grâce à la garantie de financement et à la progression des dotations

Les produits financés à l'activité ont été stables sur la période (plus de 19 M€), malgré la baisse d'activité de l'hôpital. S'agissant de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique, l'effet de la garantie de financement instaurée en 2020 pendant la crise sanitaire⁷⁰ a procuré entre 1,3 et 2,2 M€ par an au CH jusqu'en 2022. Le nouveau dispositif de garantie mis en place en 2023 devrait avoir des effets moins favorables.

La hausse des produits de gestion est principalement due à celle des dotations annuelles de financement (DAF) et des dotations pour missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC)⁷¹, et du fonds d'intervention régional (FIR)⁷². Certains forfaits et dotations ont connu une hausse sur la période : forfait « urgences » en 2021 (+ 0,7 M€⁷³), dotation « psychiatrie » en 2021 et 2022 (+ 1,4 M€), aides à la contractualisation (+ 1,7 M€ à partir de 2020).

Les produits de gestion du budget principal ont augmenté de 6,2 M€ entre 2018 et 2022.

3.2.1.2.2 Des charges qui augmentent plus rapidement que les produits, en raison des dépenses de personnel

Les charges de gestion ont augmenté de 6,8 M€ de 2018 à 2022, donc plus rapidement que les produits de gestion, ce qui explique la dégradation de la marge brute en 2022, qui trouve son origine dans une hausse rapide des dépenses de personnel. Cette dernière résulte tant des mesures nationales adoptées par le Ségur de la santé que du recours massif à l'intérim depuis la fin 2021, phénomène plus spécifique au CH de Péronne. La hausse entre 2018 et 2023 est de 60 % par ETP moyen rémunéré pour le personnel médical, et de 30 % pour le personnel soignant non médical⁷⁴.

Les autres charges, à caractère médical et non médical, augmentent dans une moindre mesure et sont contrebalancées par la baisse des charges financières (remboursement des intérêts d'emprunt).

⁷⁰ Pour faire face à l'épidémie de covid-19, une garantie de financement a été mise en place en mars 2020, puis régulièrement prorogée jusqu'en 2022, pour sécuriser les recettes des hôpitaux, en couvrant l'ensemble de leurs activités (MCO, y compris actes et consultations externes, HAD, dotation modulée à l'activité de SMR). En 2023, un mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé évolue avec un moindre montant de garantie (30 % des produits d'activité et 70 % du montant de référence fixé par l'ARS, qui correspond à l'ancienne garantie de financement, revalorisé des hausses de tarifs).

⁷¹ Notamment la hausse correspondant aux compensations de pertes et surcoûts liés à la crise sanitaire et aux compensations de hausses de dépenses de personnel entraînées par le Ségur de la santé.

⁷² Cf. annexe n° 4, tableau n° 14.

⁷³ Baisse de 1 M€ de la MIG SMUR, mais hausse de 1,7 M€ du forfait (mise en place de la dotation populationnelle), soit une hausse globale de 0,7 M€.

⁷⁴ Cf. annexe n° 5, graphiques n° 4 et 5.

3.2.1.3 Dans les EHPAD, une hausse tarifaire qui ne suffit plus à compenser la baisse du nombre de résidents et la hausse des frais de personnel

Le financement des EHPAD

Les EHPAD sont principalement financés par les résidents eux-mêmes, le département et l'assurance maladie.

Cela se traduit par trois sections budgétaires distinctes :

- une section « hébergement », essentiellement financée par les résidents, qui peuvent sous certaines conditions bénéficier d'une aide sociale du département. Le tarif d'hébergement est fixé par le président du conseil départemental lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale.
- une section « dépendance » principalement financée par le département selon le degré de dépendance des résidents.
- une section « soins », financée par l'assurance maladie et reversée par l'ARS sous la forme d'une dotation globale annuelle destinée à couvrir les soins médicaux des résidents en fonction de leur état de santé.

Les produits financés directement à l'activité, qui relèvent des sections hébergement et dépendance, ont progressé de 0,35 M€ de 2018 à 2022, sous l'effet de l'augmentation sensible des tarifs d'hébergement arrêtés par le président du conseil départemental, notamment en 2020 (+ 9,4 %) et 2021 (+ 8,8 %). Malgré ce rattrapage, ils restent, en 2023, inférieurs de 5 € au tarif journalier moyen observé au niveau national (61,31 €)⁷⁵.

Tableau n° 9 : Tarif journalier hébergement pour les bénéficiaires de l'ASH (plus de 60 ans, chambre simple)

<i>En €</i>	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tarif journalier	44,91	44,93	49,17	53,50	54,50	56,50
Évolution annuelle		0,04 %	9,44 %	8,81 %	1,87 %	3,67 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des arrêtés annuels du président du conseil départemental fixant les tarifs des EHPAD du CH de Péronne.

Cependant, les effets de cette hausse tarifaire ont été atténués par la chute du taux d'occupation des EHPAD.

La dotation soins a fortement progressé en 2020 (+ 0,9 M€), sous l'effet des mesures de compensation des surcoûts et pertes de recettes des EHPAD pendant la crise sanitaire, et à la suite du Ségur de la santé⁷⁶.

⁷⁵ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Repères statistiques*, n° 19 (janvier 2024). Le tarif (61,31 €) est celui d'une chambre simple habilitée à l'aide sociale dans les EHPAD dépendant d'établissements publics de santé.

⁷⁶ Dispositif de compensation des surcoûts et des pertes de recettes prévu par les instructions pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

Au total, alors que les produits de gestion ont augmenté de 1,4 M€ de 2018 à 2022, les charges de gestion sont en hausse de 1,7 M€, principalement en raison de la hausse des dépenses de personnel (+ 1,6 M€). Les EHPAD n'apportent donc plus depuis 2022 au CH la marge brute qu'ils dégageaient les années précédentes.

3.2.2 Une capacité d'investissement insuffisante, dépendante des subventions

Compte tenu de la faiblesse de sa capacité d'autofinancement nette, le plus souvent négative (sauf en 2021), et de l'impossibilité de recourir à l'emprunt, l'hôpital ne peut investir qu'en fonction des dotations ou des subventions qui lui sont allouées. La hausse des investissements en 2022 correspond principalement à l'acquisition d'équipements de radiologie, subventionnée par l'ARS.

Tableau n° 10 : Tableau de financement

En €	2018	2019	2020	2020 (retraité) ⁷⁷	2021	2022	2023 (provisoire)
Capacité d'autofinancement nette (a)	- 1 806 698	- 1 419 006	776 242	- 1 223 758	236 494	- 2 948 780	- 3 630 344
+ apports en capital	2 050 656	2 000 000	1 000 000	3 000 000	4 491 786 ⁷⁸	1 747 393	746 493
+ subventions d'équipement reçues	2 100	5 921	68 673		547 345	1 066 779	1 598 060
+ produits de cession	300	0	0		0	38 610	0
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	2 053 056	2 005 921	1 068 673	3 068 673	5 278 284	2 852 782	2 344 553
= Financement propre disponible (a+b)	246 358	586 915	1 844 915		5 275 625	- 95 998	- 1 285 791

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

Bien que les bâtiments construits dans les années 2010 ne nécessitent pas encore de travaux lourds, l'établissement n'est pas en mesure d'assurer l'investissement courant minimal, estimé à 3 % des charges nettes courantes de fonctionnement⁷⁹.

Tableau n° 11 : Taux d'investissement courant

En €	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (provisoire)
Immobilisations	532 631	280 237	103 661	611 539	1 161 278	1 106 371
Taux d'investissement courant	0,77 %	0,52 %	0,22 %	0,71 %	2,30 %	1,41 %

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

⁷⁷ Ce retraitement correspond à l'apport en capital de 2 M€ en 2020 imputé en produits d'exploitation à la demande du ministère de la santé.

⁷⁸ Crédit du compte 2763, correspondant aux encaissements annuels de la dotation de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

⁷⁹ Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise, IGAS IGF, 2020, p. 8.

3.2.3 Une trésorerie fragile reposant largement sur les aides publiques

Tableau n° 12 : Fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie⁸⁰

En €, au 31 décembre	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (provisoire)
Fonds de roulement net global (FRNG)	1 187 807	1 534 314	3 333 486	8 071 572	6 842 202	4 483 021
FRNG en jours de charges courantes	11	14	28	66	51	32
Besoin en fonds de roulement (BFR)	- 855 372	1 031 494	1 286 435	7 492 292	2 861 928	1 947 624
BFR en jours de charges courantes	- 8	9	11	62	22	14
Trésorerie	2 043 180	502 821	2 047 051	579 280	3 980 275	2 535 397
Trésorerie en jours de charges courantes	20	5	17	5	30	18

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

L'hôpital est surendetté, au sens du code de la santé publique⁸¹. Il suit une trajectoire de réduction progressive de l'encours de sa dette (26,9 M€ en 2018, 18,2 M€ en 2023). Les contrats sur lesquels elle repose ne présentent pas de risque.

En l'absence de capacité à emprunter, le CH de Péronne bénéficie d'un soutien financier public important, sous la forme d'un apport au fond de roulement. Il provient des aides en trésorerie attribuées par différents vecteurs (2 à 3 M€ par an) et du dispositif de soutien aux établissements de santé créé par l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (0,7 M€ par an⁸²).

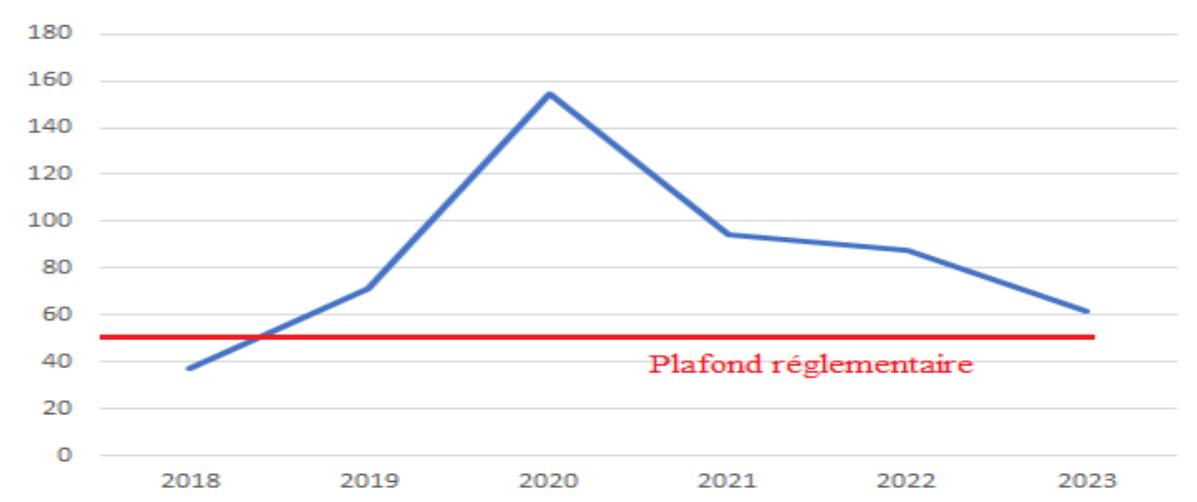
Grâce à ces aides, les disponibilités tendent à augmenter de 2018 à 2022, passant de 2 M€ à 4 M€, et le délai global de paiement des fournisseurs s'améliore relativement depuis 2021. L'hôpital ne parvient cependant pas à payer ses factures dans le délai réglementaire de 50 jours⁸³ et ne s'acquitte pas des intérêts moratoires prévus par l'article L. 2192-13 du code de la commande publique, qui sont pourtant de droit.

⁸⁰ Le fonds de roulement est la différence entre les ressources à plus d'un an (dotations, réserves, subventions, emprunts) et les emplois stables (investissements réalisés et en cours). Il est destiné à financer les investissements et les biens durables. Le besoin en fonds de roulement est la somme nécessaire pour couvrir le besoin résultant des décalages de trésorerie entre les entrées (ressources) et les sorties (dépenses). La trésorerie est la différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement.

⁸¹ Le code de la santé publique encadre, depuis 2011, l'endettement des établissements publics de santé. L'article D. 6145-70 prévoit qu'un hôpital doit obtenir une autorisation préalable du directeur général de l'ARS, dès qu'il remplit deux des trois critères caractéristiques d'une situation de surendettement.

⁸² La dotation, de 7,5 M€ au total, qui a donné lieu au contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier, est versée par dixième chaque année (1,5 M€ en 2021 au titre de 2020 et 2021, et 0,75 M€ de 2022 à 2029).

⁸³ Article R. 2192-11 du code de la commande publique.

Graphique n° 2 : Délai global de paiement moyen (en jours)

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données communiquées par le comptable public. Pour 2023, les données portent sur les huit premiers mois.

3.2.4 Des perspectives incertaines, dans un environnement évolutif

L'hôpital a produit un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2024, comprenant le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2024-2028⁸⁴, n'ayant pas été approuvé par l'ARS. Son déficit continuerait de se creuser de 0,5 à 1 M€ par an, pour atteindre 7 M€ en 2028. Les budgets EHPAD et USLD redeviendraient excédentaires, dès 2025.

Ces hypothèses⁸⁵ sont très incertaines, puisqu'elles ne prennent en compte ni les effets du nouveau projet médical de l'établissement, en particulier l'arrêt des accouchements, ni ceux de l'inflation. Elles doivent donc être prises avec une grande prudence. Elles démontrent toutefois l'urgence pour le CH de se doter d'une stratégie.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier de Péronne n'est pas soumis à la certification de ses comptes. Même s'il n'a pas été relevé de dysfonctionnement majeur dans les opérations budgétaires et comptables, il aurait intérêt à définir ses procédures, qui font complètement défaut actuellement. La sous-estimation des dépréciations de créances jusqu'en 2021 a augmenté artificiellement son résultat annuel. De manière générale, la comptabilisation des provisions doit gagner en rigueur.

⁸⁴ Cf. détail en annexe n° 6.

⁸⁵ Hypothèses d'évolution annuelle : + 2 % de charges de personnel, + 1 % de charges médicales et hôtelières, + 0,7 % de produits de la tarification à l'activité, reconduction des forfaits et dotations, + 1 % des autres produits de l'activité hospitalière.

Avec une activité globalement faible et des coûts fixes élevés, l'hôpital dégage une marge brute d'exploitation insuffisante, toujours inférieure à 1,5 % des produits de gestion (sauf en 2021). Les EHPAD, dont les bénéfices venaient atténuer les déficits de l'activité hospitalière, sont eux aussi en difficulté depuis 2022. Dans ces conditions, le centre hospitalier, déjà surendetté, ne parvient pas à investir. Il ne reste solvable que grâce aux dispositifs d'aides publiques mis en place depuis la crise sanitaire et le Ségur de la santé, qui lui procurent des compléments de recettes (garantie de financement à hauteur de 1 à 2 M€ par an) et des dotations en capital (1 à 3 M€ par an).

Les perspectives financières, encore très incertaines, dépendront de la mise en œuvre du projet d'établissement et de l'évolution des dispositifs de soutien des hôpitaux.

*

* *

ANNEXES

Annexe n° 1. Indicateurs de volume d'activité par service.....	40
Annexe n° 2. Consultations externes en médecine et chirurgie	41
Annexe n° 3. Personnel médical du centre hospitalier de Péronne	42
Annexe n° 4. Résultats financiers	43
Annexe n° 5. Dépenses de rémunération	45
Annexe n° 6. Plan global de financement pluriannuel	47

Annexe n° 1. Indicateurs de volume d'activité par service

En nombre de journées ou de passages	2018	2019	2020	2021	2022	Variation 2018/2022
Urgences (passages)	15 699	16 052	13 438	14 300	16 135	+ 2,8 %
Dont suivis d'hospitalisation	2 779	2 754	2 650	2 697	2 680	
Hospitalisation (journées)	47 025	47 019	43 518	39 978	40 295	- 14,3 %
Médecine chirurgie obstétrique (MCO)	23 141	23 082	20 290	18 455	21 050	- 9,0 %
Dont médecine	14 602	14 680	13 286	11 443	13 024	
Dont chirurgie	3 717	3 771	3 133	3 261	3 991	
Dont gynéco-obstétrique	2 393	2 171	1 688	1 550	1 770	
Psychiatrie	9 223	8 478	6 435	6 795	6 723	- 27,1 %
Soins médicaux de réadaptation (SMR)	9 081	9 315	9 841	8 611	6 704	- 26,2 %
Hospitalisation à domicile (HAD)	5 580	6 144	6 952	6 117	5 818	+ 4,3 %
Hébergement (journées)	69 429	68 719	65 823	64 068	63 204	- 9,0 %
Unité de soins de longue durée (USLD)	10 398	10 600	9 785	10 613	9 893	- 4,9 %
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	59 031	58 119	56 038	53 455	53 311	- 9,7 %
Consultations externes (passages)	35 349	35 884	25 203	24 990	24 663	- 30,2 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des synthèses d'activité communiquées par le CH de Péronne.

Annexe n° 2. Consultations externes en médecine et chirurgie

En nombre de passages	Spécialité	2018	2019	2020	2021	2022	au 13 novembre 2023
Chirurgie	Chirurgie orthopédique et traumatologie	3 739	3 492	2 923	3 088	3 312	2 656
	Anesthésie réanimation chirurgicale	2 291	2 045	1 199	1 098	1 108	691
	Oto-rhino laryngologiste	1 360	1 625	1 192	1 259	1 156	1 057
	Ophthalmologie	1 211	1 154	1 068	1 211	1 174	1 049
	Chirurgie viscérale et digestive	856	729	505	550	666	482
	Chirurgie urologique	688	588	337	539	697	584
	Dermatologie et vénéréologie			48	336	301	188
	Chirurgie vasculaire	120	101	84	93	93	2
	Chirurgie générale	35	11	11	21	24	42
Total		10 300	9 745	7 367	8 195	8 531	6 751
Médecine	Pathologie cardio-vasculaire	4 102	4 320	3 579	3 803	3 755	2 890
	Pneumologie	3 221	3 019	2 547	2 477	2 487	2 212
	Hématologie	1 246	1 432	1 334	1 473	1 092	170
	Endocrinologie et métabolismes	1 049	1 142	1 118	325	289	573
	Pédiatrie	548	565	628	646	610	368
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 563	1 546	187			
	Médecine générale	664	702	502	629	350	3
	Néphrologie	227	261	240	310	346	327
	Médecine physique réadaptation	206	141	83	101	37	
	Médecine interne				49	146	261
	Rhumatologie			51	312	40	
	Gériatrie	121	107	10			
Total		12 947	13 235	10 279	10 125	9 152	6 804

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données communiquées par le CH de Péronne.

Annexe n° 3. Personnel médical du centre hospitalier de Péronne

En équivalents temps plein moyens rémunérés	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Praticiens hospitaliers temps plein ou médecins temps plein et temps partiel	26,19	24,32	23,92	22,85	19,6	19,72
Praticiens enseignants et hospitaliers titulaires						
Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	1,29	2,5	2,75	2,74	2,6	2,43
Praticiens contractuels en CDI	0,4	0,4				
Total 1 - permanents	27,88	27,22	26,67	25,59	22,2	22,15
Praticiens contractuels en CDD	7,89	8,59	8,95	10,41	10,13	7,52
Assistants et assistants associés			0,76	0,88	0,78	0,83
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires						
Autres praticiens à recrutement contractuel		2,08				
Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit (pour les contrats < 3 mois)	7,71	6,83	8,83	8,37		
Attachés et attachés associés en CDD	2,52					
Praticiens associés						
Sous-total (1)	18,12	17,5	18,54	19,66	10,91	8,35
Internes	4,83	4,49	5,03	5,24	6,12	6,3
Étudiants	0		0			
Docteurs juniors						
Sous-total (2)	4,83	4,49	5,03	5,24	6,12	6,3
Intérim médical	0	0,01	0	3,85	11,26	13,02
Total 2 - non permanents	22,95	22	23,57	28,75	28,29	27,67
Total Personnel médical (1+2)	50,83	49,22	50,24	54,34	50,49	49,82

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

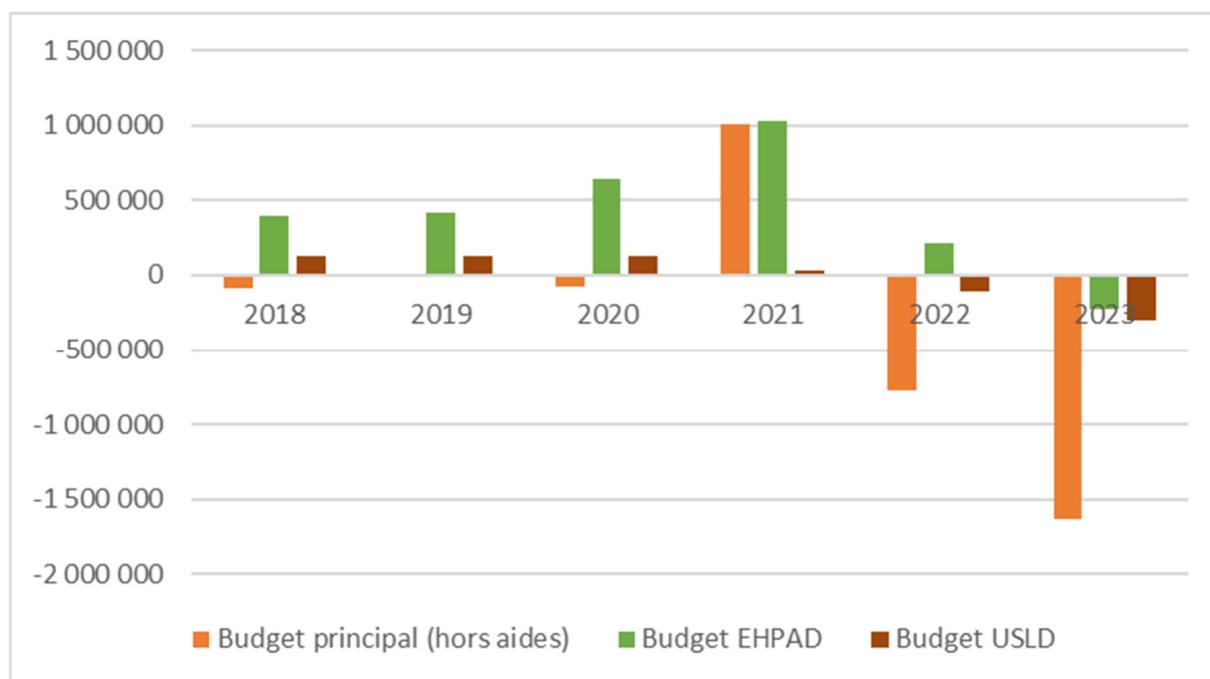
Annexe n° 4. Résultats financiers

Tableau n° 13 : Structure budgétaire du centre hospitalier de Péronne

En €	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (provisoire)	Total 2018- 2022	Poids relatif du budget / total
Produits budget principal	34 243 735	34 736 266	38 507 075	39 424 389	40 886 504	41 795 311	187 797 969	80,0 %
Charges budget principal	36 788 185	36 936 213	38 863 315	40 655 824	43 224 535	44 710 978	196 468 072	80,8 %
Résultat budget principal (H)	- 2 544 450	- 2 199 947	- 356 240	- 1 231 435	- 2 338 030	- 2 915 667	- 8 670 103	
Produits USLD	1 632 465	1 672 282	1 854 052	1 943 242	1 961 597	1 965 585	9 063 637	3,9 %
Charges USLD	1 562 956	1 581 955	1 762 125	2 013 324	2 042 450	2 270 952	8 962 809	3,7 %
Résultat budget USLD (E)	69 509	90 326	91 927	- 70 082	- 80 853	- 305 367	100 828	
Produits EHPAD	6 647 101	6 715 049	7 619 792	8 187 922	8 519 399	8 288 546	37 689 264	16,1 %
Charges EHPAD	6 745 535	6 815 268	7 523 410	7 802 078	8 854 210	9 085 934	37 740 500	15,5 %
Résultat budget EHPAD (E)	- 98 434	- 100 219	96 382	385 845	- 334 810	- 797 388	- 51 236	
Produits DNA	26 039	25 839	28 519	26 666	28 218	24 479	135 281	0,1 %
Charges DNA	16 648	16 455	17 705	23 736	27 808	12 817	102 352	0,0 %
Résultat budget DNA (A)	9 391	9 384	10 814	2 930	410	11 663	32 929	
Produits totaux	42 549 340	43 149 436	48 009 438	49 582 219	51 395 719	52 073 921	234 686 151	100 %
Charges totales	45 113 324	45 349 891	48 166 555	50 494 961	54 149 002	56 080 681	243 273 733	100 %
Résultat consolidé	- 2 563 984	- 2 200 455	- 157 117	- 912 742	- 2 753 283	- 4 006 760	- 8 587 582	

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du CH de Péronne. Il s'agit de montants réels, qui ne sont donc pas corrigés de l'inflation.

Graphique n° 3 : Décomposition de la marge brute, hors aides, par budget (non retraitée) (en €)



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

Tableau n° 14 : Financement de l'activité par dotations et forfaits

En €	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (prov.)
Forfaits versés par l'assurance maladie (a)	1 352 977	1 384 968	1 380 467	3 098 875	3 347 606	5 818 291
dont forfaits urgences	1 113 949	1 106 584	1 106 584	2 815 595	3 053 361	3 177 845
Dotations annuelles de financement (b)	7 007 418	6 985 332	7 193 319	8 326 444	8 808 318	6 925 313
dont DAF PSY	5 026 995	5 012 736	5 183 318	6 143 247	6 535 725	5 774 028
dont DAF SSR	1 980 423	1 972 596	2 010 001	2 183 197	2 272 593	881 457
Crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (c)	1 358 449	1 445 574	5 211 584	2 013 041	2 036 248	2 139 146
dont dotations MIG	1 307 203	1 269 480	1 301 561	298 971	116 756	113 619
dont dotations AC	40 348	165 196	3 895 155 ⁸⁶	1 691 677	1 893 321	2 014 629
Fonds d'intervention régional (7471) (FIR) (d)	520 297	499 037	654 919	666 470	1 056 221	1 073 785
FIFAQ (e)	0	42 215	100 868	84 045	159 181	1 159 247
Total (f=a+b+c+d+e)	10 239 141	10 357 126	14 541 157	14 188 875	15 407 574	17 115 782

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

⁸⁶ Ce montant inclut l'aide à la contractualisation de 2 M€ imputée en fonctionnement, mais qui correspond plutôt à une dotation en fonds propres. Le montant pour 2020 est donc plutôt de 1 895 155 €.

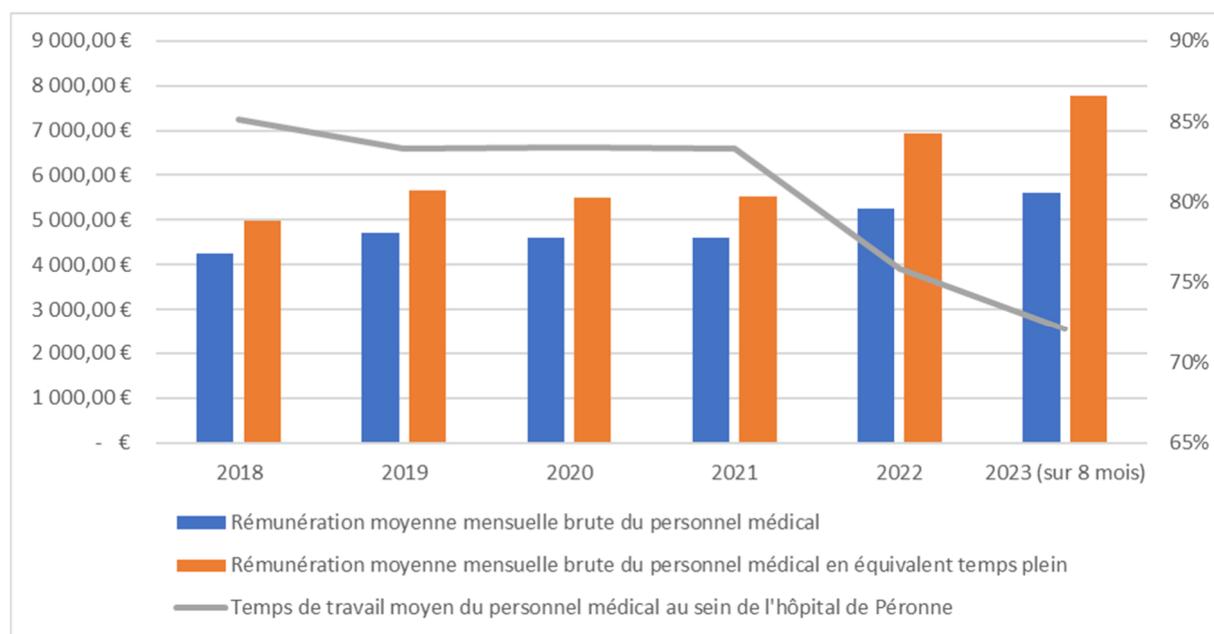
Annexe n° 5. Dépenses de rémunération

Tableau n° 15 : Évolution du coût global des prestations d'intérim et des contrats courts

En €	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (provisoire)
Prestations d'intérim (c/62113)	14 921	11 183	30 576	388 754	2 592 775	2 809 641
Praticiens contractuels CDD (c/6423)	1 202 571	1 280 011	1 416 108	1 681 039	1 551 286	1 172 268
Indemnités de permanence des soins (gardes, TTA, astreintes) (c/6425)	941 658	970 840	975 863	888 132	586 895	745 906
Total général	2 159 150	2 262 035	2 422 547	2 957 925	4 730 956	4 727 815

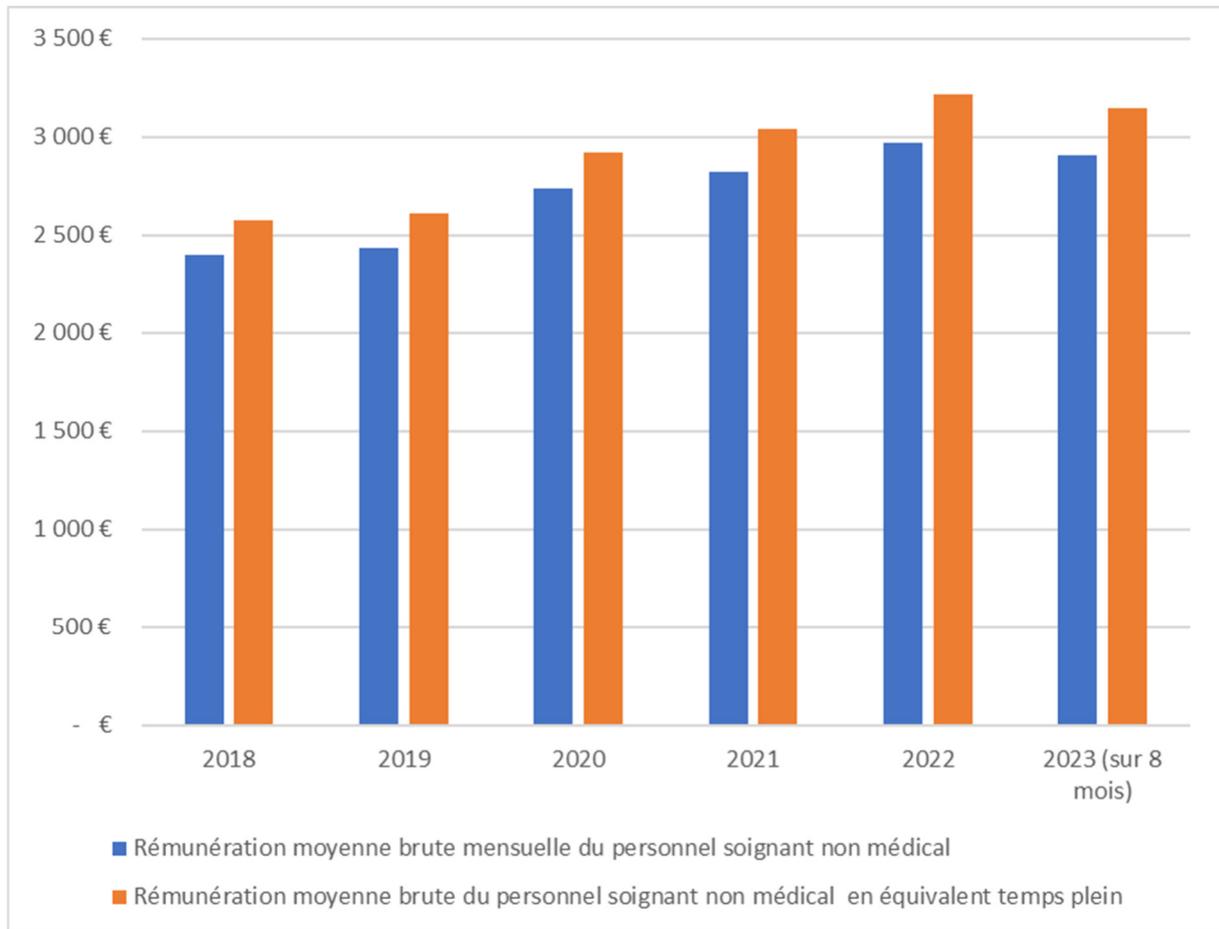
Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes de gestion.

Graphique n° 4 : Évolution de la rémunération et du temps de travail moyens du personnel médical entre janvier 2018 et août 2023



Source : chambre régionale des comptes, à partir des bulletins de paie du personnel médical. Évolution de la rémunération et du temps de travail moyens du personnel soignant médical entre janvier 2018 et août 2023.

Graphique n° 5 : Évolution de la rémunération et du temps de travail moyens du personnel soignant non médical entre janvier 2018 et août 2023



Source : chambre régionale des comptes, à partir des bulletins de paie du personnel soignant non médical.

Annexe n° 6. Plan global de financement pluriannuel

Tableau n° 16 : Plan global de financement pluriannuel du budget principal 2024-2028

En €	Compte provisoire 2023	2024	2025	2026	2027	2028
Titre 1 - Charges de personnel	32 153 394	33 394 572	34 052 917	34 733 976	35 428 655	36 137 228
Titre 2 - Charges à caractère médical	3 846 880	4 109 800	4 157 840	4 199 418	4 241 412	4 283 826
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	5 830 671	5 847 273	5 840 189	5 898 591	5 957 577	6 017 152
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	2 880 033	2 435 716	2 273 208	2 063 280	1 896 886	1 722 408
Total des charges	44 710 978	45 787 362	46 324 154	46 895 265	47 524 530	48 160 615
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	34 896 243	33 547 596	33 767 235	33 988 711	34 115 686	34 340 044
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	2 151 274	2 101 233	2 122 245	2 143 468	2 164 902	2 186 551
Titre 3 - Autres produits	4 747 794	4 691 457	4 822 025	4 817 233	4 811 775	4 744 918
Total des produits	41 795 311	40 340 286	40 711 505	40 949 411	41 092 363	41 271 514
Résultat prévisionnel	- 2 915 667	- 5 447 076	- 5 612 649	- 5 945 854	- 6 432 166	- 6 889 101

Source : chambre régionale des comptes, à partir de l'EPRD 2024 communiqué par le CH de Péronne.



RÉPONSE AU RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE PÉRONNE

(Département de la Somme)

Exercices 2018 et suivants

1 réponse reçue :

- M. Christophe Blanchard, directeur général du centre hospitalier de Laon.

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

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



Chambre régionale des comptes Hauts-de-France
14, rue du Marché au Filé - 62012 Arras cedex

Adresse mél. : hautsdefrance@ccomptes.fr

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-france>