



Chambre régionale des comptes  
de Provence-Alpes-Côte d'Azur

## **RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES SUR LA GESTION DU CENTRE HOSPITALIER DE DIGNE LES BAINS**

### **A compter de l'exercice 2006**

#### Rappel de la procédure

*La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Digne les Bains à partir de l'exercice 2006.. Par lettre en date du 20 mai 2011, la présidente de la chambre en a informé le directeur du centre hospitalier de Digne les Bains et le Président du conseil de surveillance, par ailleurs Maire de Digne les Bains. L'entretien de fin de contrôle avec le rapporteur a eu lieu le 13 mars 2012 avec le directeur en fonction.*

*Lors de sa séance des 20 et 28 septembre 2012, la chambre a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité au directeur en fonction de l'hôpital, ainsi qu'à son prédécesseur et pour les parties qui les concernent, aux personnes citées dans le rapport.*

*Concernant les ordonnateurs, seul le directeur en fonction a répondu par écrit aux observations provisoires de la Chambre.*

*S'agissant des tiers cités dans le rapport, onze ont répondu par écrit. Quatre d'entre eux ont par ailleurs été entendus par la Chambre, le 15 octobre 2013, préalablement à son délibéré. Neuf n'ont pas répondu.*

*La chambre, a arrêté, le 16 octobre 2013, ses observations définitives et les recommandations auxquelles elles donnent lieu.*

*Ce rapport d'observations définitives a été communiqué par lettre du 5 décembre 2013 au directeur en fonctions ainsi qu'à son prédécesseur pour les passages qui le concernent.*

*Le directeur délégué a fait parvenir à la chambre une réponse qui, engageant sa seule responsabilité, est jointe à ce rapport.*

*Ce rapport, accompagné de la réponse jointe est consultable sur le site des juridictions financières ([www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)) après sa présentation à l'assemblée délibérante.*

## SYNTHESE

L'hôpital de Digne-les-Bains couvre deux domaines d'activité : la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), d'une part, et la psychiatrie, d'autre part, pour lequel il est le seul établissement du département.

### *Une situation financière préoccupante*

La situation financière de l'hôpital de Digne-les-Bains s'est considérablement détériorée depuis le précédent examen de gestion de la chambre régionale des comptes réalisé en 2005.

L'accumulation des déficits d'exploitation débouche en effet sur une situation particulièrement préoccupante mais dont la gravité a été minorée par des pratiques comptables contestables. L'absence de sincérité et de fiabilité des comptes provient principalement de reports de charges non comptabilisés ainsi que de l'insuffisance des amortissements et des provisions. Après retraitements comptables, le déficit cumulé ou report à nouveau déficitaire peut être estimé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 à 22 M€. Sans les aides exceptionnelles versées par l'Etat de 2006 à 2011, ce déficit cumulé aurait atteint plus de 31 M€.

Trois types d'activités expliquent à eux seuls l'essentiel des déficits d'exploitation. Il s'agit de la chirurgie en hospitalisation complète (alors que la chirurgie ambulatoire est excédentaire), des consultations externes et du département mère-enfant.

Ce fonctionnement courant de l'hôpital, fortement déficitaire, et un recours massif à l'endettement, qui a parfois servi à financer irrégulièrement des dépenses de fonctionnement, obèrent sa capacité à financer son développement futur et le rendent particulièrement dépendant des banques, avec même un risque de quasi-cessation de paiement en cas de raréfaction du crédit bancaire.

L'hôpital de Digne souffre en outre, d'une **absence de stratégie et de pilotage**.

Il ne dispose plus, depuis 2005, de projet d'établissement. Un nouveau projet médical vient toutefois d'être adopté en juin 2013. Les autres projets constitutifs du projet d'établissement ne sont toujours pas finalisés.

L'hôpital dispose pourtant d'outils de pilotage et notamment d'une comptabilité analytique qui lui permettent de connaître ses coûts de production. Toutefois, ces outils n'ont pas été réellement mis à profit pour adopter des mesures de redressement ciblées et adaptées. En outre, l'hôpital ne disposait toujours pas, jusqu'à très récemment, d'une analyse précise et pertinente de son positionnement concurrentiel, indispensable pour connaître son potentiel d'augmentation d'activité et pour déterminer une stratégie. Enfin, malgré l'obligation légale qui lui est faite, l'établissement n'a jamais produit de rapport d'activité pendant toute la période contrôlée par la chambre.

L'hôpital souffre plus globalement d'une absence de vision à long terme qui a conduit à un pilotage au jour le jour, sans cohérence d'ensemble et sans suivi, source de gaspillages et d'inefficience. Le sort réservé aux activités d'analyse des eaux et de dépôt de sang en sont une illustration. Ces activités ont en effet été abandonnées par manque de volonté et d'implication alors qu'elles pouvaient être rentables pour l'hôpital. De même différents plans de redressement et restructurations de services se sont succédé sans fil conducteur ni réelle évaluation de leurs résultats.

Ces problèmes de gouvernance apparaissent également au travers **des difficultés de fonctionnement des instances hospitalières**.

Le management décentralisé par pôles d'activités n'était toujours pas effectif plus de six ans après l'entrée en vigueur de la loi de 2005 réformant l'organisation de l'hôpital. Pourtant, alors que les pôles ne fonctionnaient pas, des primes liées à l'exercice des fonctions de responsable et d'assistant de pôle ont tout de même été versées, en toute irrégularité. Une nouvelle organisation en pôles vient d'être décidée en 2013.

Des difficultés de fonctionnement ont aussi été relevées concernant le conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement (CME), qui n'a pas assumé pleinement son rôle dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, le projet médical ainsi que la coordination de la politique médicale. L'absence d'implication de cette instance a expliqué ainsi des manquements graves et récurrents dans la conduite de la politique du médicament de nature à mettre en cause la sécurité de la prise en charge des patients.

S'agissant de l'équipe de direction, la coordination et l'efficacité de son action ont été entravées par la multiplication des directions communes inter-établissements et une gestion contestable du temps de travail.

A la suite du contrôle de la chambre, l'hôpital s'est engagé à assurer un fonctionnement normal de ces instances. D'ores et déjà, la commission médicale d'établissement a vu son rôle redynamisé significativement.

L'hôpital de Digne connaît une **sous activité dans tout le secteur Médecine Chirurgie Obstétrique** qui le pénalise financièrement.

L'évolution du nombre des séjours est en baisse pendant toute la période étudiée par la chambre, avec une chute plus nouvelle, mais significative, dans le secteur de la chirurgie. Le bloc opératoire se trouve dès lors largement surdimensionné avec un taux moyen d'utilisation des salles inférieur à 50 % en 2011. Cette fragilité due à une sous activité opératoire est accentuée par le nombre réduit de chirurgiens sur lesquels repose l'activité existante. Enfin, l'hôpital perd des parts de marché sur toutes ses activités MCO. Son faible positionnement notamment en chirurgie pose problème compte tenu des caractéristiques de son environnement puisque l'établissement est implanté dans un bassin de population enclavé géographiquement et sans offre concurrente du privé.

#### ***Des pratiques irrégulières de l'activité libérale***

La pratique de l'activité libérale à l'hôpital de Digne est relativement répandue mais peu contrôlée. La commission de l'activité libérale ne se réunissait plus depuis 2009 et la direction n'assurait quasiment aucun suivi ni contrôle. Aucune sanction n'a jamais été prise alors que certaines dérives étaient connues.

Des irrégularités particulièrement graves ont été constatées lors du contrôle effectué par la chambre. Des dépassements importants des limites autorisées ont ainsi été relevés, s'agissant aussi bien du temps consacré à cette activité, que du nombre d'actes effectués, ou de leur nature, les actes d'IRM étant exclusivement réalisés en activité libérale.

En outre, les règles d'information et de libre choix du patient n'ont pas été respectées surtout en cas d'hospitalisation. Toute l'activité libérale se faisant en secteur 1, c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires, le patient est bien souvent traité en libéral à son insu. Le manque de transparence permet ainsi au praticien de maximiser son activité libérale et donc le montant des honoraires qu'il perçoit.

Des irrégularités ont également été constatées en ce qui concerne le paiement des redevances et le reversement des quotes-parts de forfaits techniques.

Ces dérives qui s'expliquent à la fois par des problèmes au niveau de la déclaration des actes et par un manque de suivi informatique, causent un préjudice financier à l'hôpital, sous forme de pertes de recettes et de dépenses indues.

Suite au contrôle de la chambre, plusieurs actions ont d'ores et déjà été mises en œuvre, au travers notamment de la commission de l'activité libérale, traduisant la détermination de l'hôpital à faire cesser les dérives constatées.

### ***Une coopération hospitalière développée au détriment des intérêts de l'hôpital***

Si le Groupement de coopération sanitaire (GCS), associant praticiens de l'hôpital et chirurgiens libéraux a permis de maintenir l'offre chirurgicale sur le bassin dignois, la chambre constate néanmoins que son développement n'a pas profité à l'hôpital et n'a pas répondu à l'objectif d'une meilleure coordination des activités publiques et privées. La chambre a relevé de nombreuses irrégularités qui tiennent à l'organisation et au fonctionnement du groupement ainsi qu'à l'exercice de certains praticiens. Les modalités d'intervention des praticiens libéraux pénalisent ainsi financièrement l'hôpital qui s'est appuyé sur cette structure pour développer des consultations privées dans des conditions particulièrement critiquables.

Quant au groupement d'intérêt économique (GIE) constitué pour l'utilisation partagée entre les différents acteurs de la région d'un appareil d'IRM, le partenariat s'est, là aussi, développé en privilégiant des intérêts privés. L'utilisation de l'équipement est très nettement à l'avantage des cabinets de radiologie privés. En outre, la totalité des actes concernant les patients de l'hôpital de Digne sont effectués par les praticiens hospitaliers en secteur privé, sans information préalable des patients et en méconnaissance de la réglementation et du dossier d'approbation soumis initialement à la tutelle. Cette situation pénalise financièrement, là encore, l'hôpital. Des incohérences dans la tenue de la comptabilité, induisant un risque fiscal, ont aussi été constatées.

L'hôpital s'est engagé à mettre fin aux irrégularités constatées.

### ***Une gestion perfectible en matière de ressources humaines et de patrimoine***

L'analyse des ressources humaines montre, au cours de la période étudiée par la chambre, une absence de maîtrise des dépenses en dépit des différents plans de redressement mis en place. La gestion du personnel est marquée par de fortes disparités entre les secteurs MCO et psychiatrie, le premier se caractérisant par une surdensité du personnel de soins (et notamment un sur-encadrement) tandis que le second souffre d'une sous-densité qui va en s'aggravant.

Enfin, le patrimoine de l'hôpital a fait l'objet d'une gestion passive, préjudiciable aux intérêts de l'établissement.

L'inertie de la direction dans le dossier des bâtiments de l'ancien hôpital Romieu a ainsi conduit à la perte sans compensation financière de ce bien et donc à un appauvrissement de l'hôpital. La nouvelle direction vient d'initier un processus de retour de ces biens à l'hôpital et s'est engagée par ailleurs à assurer un suivi plus rigoureux de la gestion des deux hôtels légués.

La chambre recommande au centre hospitalier de Digne les Bains de :

1 : Etablir un plan d'apurement du report de la charge de la prime de service sur une durée ne dépassant pas 5 ans, afin qu'à son terme la totalité de la prime de service soit imputée sur l'exercice de rattachement.

2 : Procéder à l'apurement total du compte 131 par une reprise à hauteur de 103 193 €.

3 : Régulariser les provisions inscrites au compte 158 par une reprise de 475 580 €.

4 : Adopter un calendrier pour doter le compte 143 à hauteur de la valorisation des jours réellement épargnés.

N° 5 : Poursuivre le mouvement de provisionnement des créances douteuses.

6 : Régulariser l'insuffisance d'amortissement en dotant le compte 6871 « Dotations aux amortissements exceptionnels des immobilisations » à hauteur de 241 968 €.

7 : Mettre en place des actions concrètes pour améliorer la facturation et les délais de recouvrement des titres hospitaliers reposant notamment sur une réorganisation du bureau des entrées, la formation du personnel, le développement du paiement comptant, le suivi d'indicateurs de facturation et de recouvrement ainsi que sur une collaboration étroite avec le comptable public.

8 : Mettre en place un suivi de la gestion de la dotation non affectée

9 : Mettre en place une démarche stratégique avec pour objectif l'élaboration et la mise en place d'un projet d'établissement, conformément à l'obligation légale.

10 : Améliorer les outils de contrôle et de compte-rendu de la gestion :

10-1 : Poursuivre la fiabilisation de la comptabilité analytique ;

10-2 : Mettre en place en collaboration avec le département d'information médicale, un véritable contrôle de gestion et un suivi régulier du positionnement concurrentiel de l'hôpital ;

10-3 : Elaborer un rapport annuel d'activité, conformément à l'obligation légale ;

10-4 : Communiquer les résultats de la comptabilité analytique et le rapport annuel d'activité au conseil de surveillance et à l'ARS.

11 : Réaliser une analyse systématique des écarts entre les honoraires déclarés par les praticiens et ceux relevés par l'assurance maladie et faire procéder au versement par les praticiens concernés des redevances supplémentaires qui découleront de ces contrôles ou à l'inverse au remboursement des quotes-parts de forfait technique indûment perçues.

12 : Poursuivre les actions en vue d'apurer les retards de paiement de redevance qui subsistent et veiller à l'avenir à un paiement réellement trimestriel de ces redevances par tous les praticiens.

13 : Soumettre aux instances de l'hôpital et en particulier au conseil de surveillance la question de l'exclusion des consultations du groupement de coopération sanitaire, en explicitant les arguments qui ont conduit à les exclure de fait et en précisant que plusieurs médecins libéraux sont membres du groupement alors même qu'ils n'ont pas d'activité chirurgicale mais seulement de consultation en secteur privé.

14 : Définir une politique de mise à disposition des locaux publics reposant sur des règles objectives et transparentes, dans l'intérêt des partenaires mais aussi du centre hospitalier lui-même qui ne doit pas être pénalisé financièrement.

15 : Procéder à la déclaration des avantages en nature des médecins remplaçants.

16 : Renégocier le loyer de l'hôtel deux étoiles, lors du renouvellement du bail en 2014 et veiller, pour les deux hôtels, à éviter des comptes de résultats déficitaires, ou à défaut demander par la voie judiciaire la révision de la clause d'inaliénabilité.

# SOMMAIRE

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUCTION .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>2</b>   | <b>RAPPEL DES CONCLUSIONS DU PRECEDENT CONTROLE DE LA CHAMBRE.....</b>                              | <b>11</b> |
| <b>3</b>   | <b>UNE SITUATION FINANCIERE EXTREMEMENT DEGRADEE .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>3.1</b> | <b>La fiabilité des comptes .....</b>   | <b>11</b> |
| 3.1.1      | Le rattachement des charges et des produits .....   | 11        |
| 3.1.2      | Les subventions d'équipement reçues .....   | 12        |
| 3.1.3      | Les provisions .....  | 13        |
| 3.1.4      | L'amortissement des locaux de la Maison d'accueil spécialisée (MAS) .....                           | 16        |
| <b>3.2</b> | <b>Des problèmes de facturation et de recouvrement pénalisant la trésorerie .....</b>               | <b>16</b> |
| <b>3.3</b> | <b>Le résultat structurel.....</b>  | <b>19</b> |
| 3.3.1      | Le résultat global par exercice avant retraitements .....   | 19        |
| 3.3.2      | Le résultat structurel du compte principal .....  | 19        |
| 3.3.3      | Le résultat cumulé tous budgets .....   | 20        |
| <b>3.4</b> | <b>L'évolution des produits et des charges du compte principal.....</b>                             | <b>21</b> |
| 3.4.1      | L'évolution des produits .....  | 21        |
| 3.4.2      | L'évolution des charges .....   | 21        |
| <b>3.5</b> | <b>L'analyse des coûts par activité.....</b>  | <b>22</b> |
| 3.5.1      | Présentation générale .....   | 22        |
| 3.5.2      | Les activités excédentaires .....   | 22        |
| 3.5.3      | Un déficit des activités MCO d'environ 4 M€ (2011).....   | 23        |
| 3.5.4      | Le cas particulier de la réanimation .....  | 25        |
| 3.5.5      | Le cas particulier de l'activité de laboratoire .....   | 26        |
| <b>3.6</b> | <b>Un autofinancement insuffisant pour assurer le financement des investissements .....</b>         | <b>26</b> |
| 3.6.1      | L'autofinancement.....  | 27        |
| 3.6.2      | Le financement des investissements.....   | 27        |
| <b>3.7</b> | <b>Une structure financière reposant sur un recours croissant et massif à l'emprunt.....</b>        | <b>28</b> |
| 3.7.1      | L'analyse du haut de bilan .....  | 28        |
| 3.7.2      | L'analyse du bas de bilan.....  | 30        |
| <b>4</b>   | <b>UN DEFAUT DE STRATEGIE ET DE PILOTAGE .....</b>  | <b>30</b> |
| <b>4.1</b> | <b>L'absence de projet d'établissement.....</b>   | <b>30</b> |
| 4.1.1      | Le projet médical de l'hôpital n'est jamais réellement entré en vigueur .....                       | 31        |
| 4.1.2      | Les autres projets constitutifs du projet d'établissement ne sont pas davantage opérationnels ..... | 32        |
| 4.1.3      | Les orientations stratégiques approuvées par le Conseil de surveillance du 5 juillet 2011 .....     | 33        |
| <b>4.2</b> | <b>Des outils de pilotage insuffisamment exploités.....</b>   | <b>33</b> |
| 4.2.1      | L'hôpital dispose d'outils de pilotage qui demeurent cependant perfectibles .....                   | 34        |
| 4.2.2      | Les diverses données disponibles sont en outre peu exploitées .....                                 | 35        |
| 4.2.3      | L'absence de rapport annuel d'activité .....  | 36        |
| <b>4.3</b> | <b>Un pilotage au fil de l'eau en l'absence de vision à long terme .....</b>                        | <b>36</b> |
| 4.3.1      | La fermeture du laboratoire départemental d'analyse des eaux.....                                   | 36        |
| 4.3.2      | La déqualification du service du dépôt de sang .....  | 37        |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 4.3.3      | La succession de plans de redressement et de restructurations de services.....                 | 38        |
| <b>5</b>   | <b>LES DIFFICULTES DE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES HOSPITALIERES....</b>                       | <b>40</b> |
| <b>5.1</b> | <b>La mise en place tardive des pôles .....</b>  | <b>40</b> |
| 5.1.1      | Une première mise en place en 2006 qui est restée théorique .....                              | 40        |
| 5.1.2      | Une nouvelle organisation fin 2010 qui se met en place difficilement .....                     | 41        |
| <b>5.2</b> | <b>Les difficultés de fonctionnement du conseil de surveillance.....</b>                       | <b>42</b> |
| <b>5.3</b> | <b>Les problèmes de fonctionnement de l'équipe de direction .....</b>                          | <b>43</b> |
| 5.3.1      | Un éclatement de fonctions de direction sur des temps très partiels .....                      | 43        |
| 5.3.2      | Des fonctions essentielles non occupées et une gestion contestable du temps de travail .....   | 45        |
| <b>5.4</b> | <b>Les problèmes de fonctionnement des autres instances .....</b>                              | <b>46</b> |
| 5.4.1      | La commission médicale d'établissement .....   | 46        |
| 5.4.2      | Le comité de suivi des 35 heures.....  | 48        |
| <b>6</b>   | <b>UNE SOUS ACTIVITE FINANCIEREMENT PENALISANTE.....</b>                                       | <b>48</b> |
| <b>6.1</b> | <b>La structure et l'évolution de l'activité.....</b>  | <b>48</b> |
| 6.1.1      | Une hausse des consultations externes .....  | 48        |
| 6.1.2      | Une baisse de l'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique .....                    | 49        |
| 6.1.3      | Une sous activité du bloc opératoire .....   | 49        |
| <b>6.2</b> | <b>Le positionnement concurrentiel .....</b>   | <b>50</b> |
| 6.2.1      | Pour la MCO .....  | 50        |
| 6.2.2      | Pour la psychiatrie .....  | 50        |
| <b>6.3</b> | <b>Les causes de la sous activité .....</b>  | <b>50</b> |
| 6.3.1      | Des difficultés dans l'organisation interne (DMS) .....  | 50        |
| 6.3.2      | Des insuffisances de codage.....   | 51        |
| 6.3.3      | Le problème du recrutement médical.....  | 51        |
| <b>7</b>   | <b>UNE ACTIVITE LIBERALE NON CONTROLEE ET IRREGULIERE.....</b>                                 | <b>52</b> |
| <b>7.1</b> | <b>Présentation générale.....</b>  | <b>52</b> |
| 7.1.1      | Réglementation .....   | 52        |
| 7.1.2      | L'activité libérale est assez largement répandue au sein du CH de Digne .....                  | 52        |
| <b>7.2</b> | <b>Des contrôles insuffisants .....</b>  | <b>53</b> |
| 7.2.1      | Une commission de l'activité libérale qui n'exerce pas ses missions.....                       | 53        |
| 7.2.2      | Des contrôles et un suivi insuffisants par la direction de l'établissement .....               | 54        |
| 7.2.3      | Des problèmes récurrents dont les signalements sont restés sans suite .....                    | 54        |
| <b>7.3</b> | <b>Des dérives importantes .....</b>   | <b>55</b> |
| 7.3.1      | Le non-respect des limites de temps.....   | 55        |
| 7.3.2      | Le non-respect des limites en nombre d'actes.....  | 57        |
| 7.3.3      | Le non-respect des règles d'information et de libre choix des patients .....                   | 59        |
| 7.3.4      | Une traçabilité insuffisante .....   | 61        |
| <b>7.4</b> | <b>Le paiement des redevances et le reversement des quotes-parts de forfait technique.....</b> | <b>63</b> |
| 7.4.1      | Des écarts entre les déclarations des praticiens et les relevés de l'assurance maladie.....    | 63        |
| 7.4.2      | Des retards dans le versement des redevances .....   | 64        |
| <b>7.5</b> | <b>Des préjudices pour l'hôpital et l'assurance maladie .....</b>                              | <b>64</b> |
| 7.5.1      | Les conséquences pour le centre hospitalier .....  | 64        |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 7.5.2 | Les conséquences pour l'assurance maladie..... | 65 |
|-------|--|----|

## **8 UNE COOPERATION HOSPITALIERE DESEQUILIBREE AU DETRIMENT DE L'HOPITAL..... 65**

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>8.1</b> | <b>Le Groupement de coopération sanitaire du Bassin Dignois .....</b>                                 | <b>65</b> |
| 8.1.1      | De la clinique ouverte au GCS .....   | 65        |
| 8.1.2      | Une organisation et un fonctionnement ne respectant pas le cadre légal et réglementaire .....         | 66        |
| 8.1.3      | Des modalités d'intervention des praticiens libéraux financièrement pénalisantes pour l'hôpital... 68 |           |
| 8.1.4      | Un objet réduit à l'activité chirurgicale, à l'exclusion des consultations .....                      | 69        |
| 8.1.5      | Un support au développement de consultations privées .....  | 70        |
| 8.1.6      | Une activité relativement dynamique.....  | 71        |
| 8.1.7      | Une activité déficitaire en ce qui concerne les consultations et l'hospitalisation complète .....     | 73        |
| 8.1.8      | Le devenir du GCS.....  | 74        |
| <b>8.2</b> | <b>La participation du centre hospitalier de Digne au fonctionnement du GIE IRM 04 .....</b>          | <b>75</b> |
| 8.2.1      | Un partenariat public/privé déséquilibré.....   | 75        |
| 8.2.2      | Une activité exclusivement libérale pour l'hôpital.....   | 75        |
| 8.2.3      | Une incohérence entre les résultats affichés par le GIE et ceux de l'hôpital .....                    | 77        |

## **9 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MARQUEE PAR UN FORT CONTRASTE MCO / PSYCHIATRIE..... 78**

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>9.1</b> | <b>L'évolution des effectifs .....</b>                                   | <b>78</b> |
| 9.1.1      | Un retour à la hausse des effectifs non médicaux .....                   | 78        |
| 9.1.2      | Une augmentation des effectifs médicaux.....                             | 78        |
| <b>9.2</b> | <b>L'évolution des dépenses de personnel .....</b>                       | <b>78</b> |
| 9.2.1      | Analyse globale.....   | 78        |
| 9.2.2      | Analyse détaillée des dépenses de personnel.....                         | 79        |
| 9.2.3      | Des avantages en nature non déclarés pour les médecins remplaçants ..... | 79        |
| <b>9.3</b> | <b>L'absentéisme.....</b>  | <b>79</b> |
| <b>9.4</b> | <b>L'ancienneté du personnel.....</b>                                    | <b>80</b> |
| <b>9.5</b> | <b>La densité du personnel.....</b>                                      | <b>80</b> |
| 9.5.1      | Une sur densité en MCO qui concerne le personnel de soins.....           | 80        |
| 9.5.2      | Une sous densité du personnel en psychiatrie.....                        | 81        |

## **10 LA GESTION DU PATRIMOINE..... 81**

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| <b>10.1</b> | <b>Le devenir des bâtiments de l'ancien hôpital Romieu .....</b>        | <b>81</b> |
| 10.1.1      | Les conditions juridiques du retour éventuel des biens à l'hôpital..... | 81        |
| 10.1.2      | Une inertie de l'ancienne direction .....                               | 81        |
| <b>10.2</b> | <b>La gestion des deux hôtels (legs Mazan-Guillon) .....</b>            | <b>82</b> |

## 1 INTRODUCTION

Le centre hospitalier (CH) de Digne-les-Bains est issu de la fusion, le 1<sup>er</sup> janvier 1992, de l'hôpital général Romieu et du centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (CHS) Saint Christophe. Il est membre depuis janvier 2012 de la communauté hospitalière de territoire du Pays provençal qui regroupe les hôpitaux d'Aix-en-Provence – Pertuis, Salon-de-Provence, Manosque et Digne et dont le siège est à Aix.

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012, le directeur général du centre hospitalier du pays d'Aix- Centre Hospitalier Intercommunal Aix Pertuis- en assure la direction, par intérim d'abord, puis à partir de juillet 2013 dans le cadre d'une convention de direction commune établie entre ces deux hôpitaux.

La commune de Digne les Bains, située au centre du département des Alpes de Haute-Provence dont elle est le chef-lieu est géographiquement enclavée du fait de sa localisation au fond d'une vallée, adossée à la montagne, et de l'absence de lien autoroutier proche. Elle se situe à 1 heure 15 du centre hospitalier d'Aix en Provence et à 1 heure 30 du CHU de Marseille.

Le département, dont la population est de 159 450 habitants<sup>1</sup>, est essentiellement rural. Il compte deux autres établissements hospitaliers, ceux de Manosque et de Sisteron. Le premier, comme la ville, est davantage tourné vers Aix-en-Provence. Le second, traditionnellement orienté vers Gap, a fusionné avec le centre hospitalier de cette commune pour former le centre hospitalier intercommunal des Alpes du sud (CHICAS).

L'hôpital de Digne dispose de 389 lits et places, dont 162 en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et 227 en psychiatrie<sup>2</sup> se répartissent de la manière suivante :

|                            | Lits       | Places     |
|----------------------------|------------|------------|
| Médecine                   | 69         | 10         |
| Chirurgie                  | 44         | 16         |
| Obstétrique                | 22         | 1          |
| <b>Total MCO</b>           | <b>135</b> | <b>27</b>  |
| <b>Psychiatrie</b>         | <b>146</b> | <b>81</b>  |
| <b>TOTAL ETABLISSEMENT</b> | <b>281</b> | <b>108</b> |

Plusieurs spécialités chirurgicales (ophtalmologie, orthopédie et stomatologie) sont assurées principalement par des médecins libéraux dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) qui a succédé à une « clinique ouverte » créée en 2003.

L'établissement est le seul du département à disposer d'un service de réanimation<sup>3</sup> et d'un service d'accueil des urgences<sup>4</sup>.

Sa maternité est de niveau 1<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Population du département en 2009-source INSEE.

<sup>2</sup> Statistiques 2012- Sources Hospi-Diag (outil développé par l'Agence nationale d'Appui à la Performance) et SAE (Statistique Annuelle des Etablissements- DRESS)

<sup>3</sup> Autorisation de l'ARH du 25 juin 2007 (décision n°08-06-07). Il comprend 6 lits + 2 lits de surveillance continue

<sup>4</sup> Les deux autres hôpitaux du département (CH de Manosque et de Sisteron) ne comportent qu'une unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU).

Il est équipé d'un scanner et partage l'utilisation d'une IRM dans le cadre d'un GIE installé au CH de Manosque.

Les activités de l'hôpital de Digne-les-Bains couvrent également la psychiatrie générale, la psychogériatrie et la pédopsychiatrie. Il est le seul établissement hospitalier psychiatrique du territoire de santé, lequel souffre d'un déficit de psychiatres et de psychologues libéraux.

## **2 RAPPEL DES CONCLUSIONS DU PRECEDENT CONTROLE DE LA CHAMBRE**

Le précédent examen de la gestion conduit par la chambre couvrait la période 1989-2005. Il s'inscrivait dans le contexte particulier de la fusion des deux hôpitaux et de la reconstruction de l'hôpital général Romieu sur le site du CHS.

Ses conclusions soulignaient le caractère extrêmement préoccupant de la situation financière de l'établissement et l'importance du déficit structurel qui avait été jusqu'alors masqué par des artifices comptables. Le rapport relevait également le caractère tardif du plan de redressement adopté en 2005 ainsi qu'un niveau élevé d'endettement.

Parmi les causes de la dégradation de la situation financière, la chambre évoquait la construction du nouvel hôpital et certaines opérations annexes qui n'avaient pas été réalisées dans un cadre avantageux pour le CH comme la création de la clinique ouverte et la sous valorisation du patrimoine non affecté aux soins.

Le présent contrôle montre que la situation décrite par la chambre a peu évolué et qu'elle s'est même dégradée.

## **3 UNE SITUATION FINANCIERE EXTREMEMENT DEGRADEE**

La dégradation de la situation financière a conduit à la mise en place, sous le contrôle de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) puis de l'ARS (agence régionale de santé), de plusieurs plans de redressement depuis 2006.

### **3.1 La fiabilité des comptes**

#### **3.1.1 Le rattachement des charges et des produits**

Le respect du principe d'indépendance des exercices budgétaires implique de rattacher les charges et les produits à l'exercice auquel ils se rapportent en procédant à des opérations de régularisation en fin de chaque exercice.

Cette obligation n'est pas respectée. En effet, l'hôpital ne rattache pas à l'exercice concerné certaines dépenses de personnel comme la taxe sur les salaires ou les charges sociales IRCANTEC et CNRACL. Le directeur s'est néanmoins engagé à remédier à cette situation. La balance produite au titre de l'exercice 2011 par le comptable montre effectivement que le compte 4386 – organismes sociaux – charges à payer a bien été ouvert et crédité.

En outre, sur toute la période étudiée, la part de la prime de service qui est payée chaque année sur l'exercice suivant n'a jamais fait l'objet d'un rattachement (le compte 4281 « prime de service à payer » n'a jamais été ouvert) et n'a pas été retracée au compte de charges sur exercice antérieur, constituant ainsi un report de charges occulte d'un exercice sur l'autre. Ce report, qui s'est perpétué d'année en année, représentait 1,463 M€ en 2011.

---

<sup>5</sup> Maternité sans néonatalité ni soins intensifs, c'est-à-dire pour les grossesses et accouchements sans risques.

### Reliquat de la prime de service

| en €                           | 2006      | 2007      | 2008      | 2009      | 2010      | 2011      |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Prime de service versée en n+1 | 1 579 887 | 1 611 054 | 1 669 873 | 1 647 594 | 1 593 271 | 1 462 715 |

Ces pratiques, déjà dénoncées par la chambre dans son précédent rapport, ont pour effet de fausser les résultats, en minorant d'autant les déficits et s'apparentent donc à de la cavalerie.

**Recommandation n° 1 : Etablir un plan d'apurement progressif du report de la charge de la prime de service sur une durée ne dépassant pas 5 ans, afin qu'à son terme la totalité de la prime de service soit imputée sur l'exercice de rattachement.**

Il est pris acte de la régularisation effectuée par l'hôpital concernant le rattachement à l'exercice de la taxe sur les salaires et des charges sociales ainsi que de son engagement de régulariser sur 5 ans pour la prime de service, suivant en cela la recommandation de la chambre.

#### 3.1.2 Les subventions d'équipement reçues

Les subventions d'investissement sont destinées à financer l'acquisition d'éléments d'actifs déterminés. Elles ne peuvent s'accumuler au passif du bilan et doivent être reprises progressivement en section d'exploitation par le crédit du compte 777 « quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice » et le débit du compte 139 « subventions d'investissement inscrites au compte de résultat ». Ce compte 139 doit être débité d'une somme égale, en principe, au montant de la dotation annuelle aux amortissements des immobilisations amortissables acquises ou créées au moyen de la subvention.

L'établissement a reçu en 1995 une subvention pour financer l'achat de matériel de radiocommunication<sup>6</sup> qui a été totalement amorti en 2006. En conséquence, cette subvention aurait dû être totalement reprise. En pratique, le compte 131 dont le solde créditeur est de 103 193 € n'a pas été mouvementé pendant toute la période sous contrôle et n'a fait l'objet d'aucune reprise.

**Recommandation n° 2 : La chambre avait par conséquent recommandé à l'hôpital de procéder à l'apurement total du compte 131 par une reprise à hauteur de 103 193 €.**

La régularisation a effectivement été réalisée dans les comptes produits pour 2012. **La chambre prend donc acte de la mise en œuvre complète de cette recommandation par l'hôpital.**

---

<sup>6</sup> Pour le réseau secours et soins d'urgence.

### 3.1.3 Les provisions

#### Les provisions pour risques et charges

Le tableau ci-dessous détaille les montants des provisions qui figurent aux comptes concernés.

#### **Provisions pour risques et charges (Solde créditeur du compte 15)**

|   | 2006    | 2007    | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Cpte 1515 «Provisions pour pertes de change »   |         | 79      | 79      | 79      | 79      | 79      |
| Cpte 1518 « Autres provisions pour risques »    | 186     | 186     | 186     | 186     | 186     | 186     |
| Cpte 1572 « Provisions pour gros entretien... » | 203     | 203     | 203     | 203     | 203     | 203     |
| Cpte 158 « Autres provisions pour charges »     | 100 000 | 100 000 | 110 000 | 232 000 | 392 000 | 475 113 |
| Total compte 15                                 | 100 467 | 100 467 | 110 467 | 232 467 | 392 467 | 475 580 |

Source : Comptes financiers – montants en €

Les comptes 1515, 1518 et 1572 présentent des soldes, certes de faible montant, mais qui ne sont pas justifiés. L'établissement avait antérieurement constitué des provisions pour la construction du nouvel hôpital qui ont été reprises depuis mais seulement « au millier d'euros ». Il conviendra par conséquent d'apurer le reliquat qui subsiste sur ces comptes.

Au compte 158 « Autres provisions pour charges », figure un montant de 475 113 € qui se décompose fin 2011 de la façon suivante :

- 100 000 € de crédits non reconductibles obtenus en 2006 pour le budget annexe CSST<sup>7</sup> ;
- 60 000 € mis en réserve en 2010 sur le budget annexe MAS<sup>8</sup> pour couvrir des charges futures. La direction des affaires financières a indiqué que « ce budget pourra rencontrer des difficultés financières en fonction de modalités d'application de la circulaire interministérielle du 22 mars 2011 qui réforme la détermination du prix de journée » ;
- 301 000 € provisionnés en 2009 pour l'IFSI, à hauteur du montant des recettes perçues en 2009 (122 000 €), 2010 (100 000 €) et 2011 (79 000 €) au titre de la dotation annuelle de fonctionnement versée par la Région afin, selon la direction de l'hôpital « de prévenir toutes éventuelles difficultés financières que pourrait supporter ce budget annexe » ;
- 10 000 € pour une formation spécifique AFGSU<sup>9</sup>
- 4 113 € au titre de crédits non reconductibles obtenus en 2011 pour le CAMSP<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> CSST : Centre de soins spécifiques pour toxicomanes appelé « LA PARENTHÈSE »

<sup>8</sup> MAS : Maison d'accueil spécialisée

<sup>9</sup> AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

<sup>10</sup> CAMSP : Centre d'action médico-social précoce. La direction des affaires financières n'a pas donné d'autres précisions sur l'objet de la provision.

Les provisions pour risques relèvent du principe de prudence. Elles doivent permettre à l'établissement de couvrir des charges que des événements en cours rendent probables et être précises quant à leur objet. Elles n'ont qu'un caractère provisoire et n'ont pas pour objet la constitution d'une réserve pérenne.

Or le CSST n'existe plus aujourd'hui ce qui rend la première composante de la provision sans objet. Pour les autres, le risque n'est pas clairement identifié et la méthode de calcul n'est pas justifiée.

**Recommandation n° 3 : Régulariser les provisions inscrites au compte 158 par une reprise de 475 580 €.**

La chambre prend acte de l'engagement de l'ordonnateur qui indique que la régularisation sera effectuée en 2013.

Les provisions au titre du compte épargne-temps (compte 143)

Le dispositif du compte épargne-temps (CET) permet au personnel d'épargner des congés. Les droits attachés au CET représentent donc une dette pour l'hôpital qui doit la comptabiliser.

Sa mise en œuvre aurait dû conduire le centre hospitalier à constituer une provision inscrite au compte 143 « provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET » pour le montant de la valorisation financière des jours épargnés. Cette obligation est rappelée dans le guide de la fiabilité des comptes publié fin 2011 par la DGOS<sup>11</sup>.

Si ce compte a effectivement été doté par l'hôpital, son solde est cependant resté très insuffisant. La provision constituée depuis 2008 est en effet largement inférieure à la valorisation financière des jours épargnés, comme le montre le tableau ci-dessous :

| En €  | 2006       | 2007       | 2008      | 2009      | 2010      | 2011      |
|---|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Valorisation financière du nombre total de jours épargnés des personnels médicaux et non médicaux | 747 809    | 1 019 080  | 1 138 067 | 1 401 375 | 1 621 544 | 1 491 638 |
| Compte 143 « provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET »  | Non ouvert | Non ouvert | 209 699   | 209 699   | 201 271   | 105 736   |
| Insuffisance de provisions  | 747 809    | 1 019 080  | 928 368   | 1 191 676 | 1 420 273 | 1 385 902 |

Sources : DRH et comptes financiers

<sup>11</sup> Circulaire interministérielle de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction générale des finances publiques n° DGOS/DGFIP 391 du 10 octobre 2011.

**Recommandation n° 4 : Adopter un calendrier pour doter le compte 143 à hauteur de la valorisation des jours réellement épargnés.**

L'ordonnateur dans sa réponse, a fourni une actualisation au 31/12/2012 de la valorisation financière du nombre de jours épargnés (1 722 693 €) qui montre une augmentation significative par rapport à 2011 (1 491 638 €). Il indique qu'il adoptera un calendrier de régularisation de la provision dans le cadre du plan global de financement pluriannuel.

La chambre prend donc acte de la régularisation que l'hôpital s'engage à opérer.

Provision pour dépréciation des comptes de tiers :

Lorsque le recouvrement d'une créance risque d'être compromis, une provision pour dépréciation doit être constituée (compte 491). Lorsque la créance devient irrécouvrable, la provision doit être reprise parallèlement à la constatation de la charge résultant de l'admission en non-valeur de la créance (compte 654)<sup>12</sup>.

Le solde du compte 416 « redevables contentieux » comprend toutes les créances en attente de recouvrement au titre des exercices précédents et antérieurs. De 2007 à 2010, aucune provision n'a été constituée à ce titre alors que le montant des « restes à recouvrer » sur ce compte était toujours supérieur à 320 000 €. Une première provision d'un montant de 50 000 € a été effectuée lors des écritures de clôture comptable de l'exercice 2011.

Les restes à recouvrer sur ce compte 416 concernent principalement les hospitalisés et consultants (part du malade) et les autres tiers payants (mutuelles et compagnies d'assurance...). Le montant important de ces restes s'explique surtout par des délais anormalement longs de facturation et de mise en recouvrement (cf. infra, étude de la chaîne de facturation et de recouvrement).

**Recommandation n° 5 : poursuivre le mouvement de provisionnement des créances douteuses.**

Dans sa réponse, l'ordonnateur informe qu'une provision de 90 000 € (compte 491) a été effectuée en 2012 et que celle-ci sera reprise en 2013 pour permettre l'apurement d'une partie des créances admises en non-valeur. Il ajoute qu'une réorganisation du bureau des entrées est mise en œuvre pour diminuer le montant des créances irrécouvrables par l'amélioration du circuit de facturation.

La chambre prend acte des efforts réalisés mais souligne que ceux-ci sont toutefois insuffisants au regard du montant des créances non encore recouvrées sur 2007 et années antérieures. Il convient en effet d'admettre en non-valeur directement sur ressources propres la partie des restes qui constituent des risques avérés de non recouvrement (dans le cadre éventuel d'une planification pluriannuelle) et de provisionner à hauteur nécessaire les risques probables à venir.

---

<sup>12</sup>La mise en œuvre des règles relatives aux dépréciations de créances, admissions en non valeurs et créances irrécouvrables fait partie de la liste des points de vigilance minimaux établie par le guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux.

### 3.1.4 L'amortissement des locaux de la Maison d'accueil spécialisée (MAS)

Les locaux de la MAS ont été ouverts en 2008. Leur amortissement n'a cependant été effectué qu'à compter de 2010, exercice au cours duquel les factures de travaux ont été acquittées par le centre hospitalier. En 2011, le montant des amortissements constitués était de 132 549 €.

Or, l'instruction comptable M21 prévoit que l'amortissement doit être pratiqué à compter de la date de mise en service ou de la date d'acquisition de l'immobilisation mais "néanmoins, il est admis que l'amortissement peut être calculé à partir du premier jour de l'exercice suivant la date de mise en service ou d'acquisition de l'amortissement".

L'hôpital aurait donc dû amortir ces immobilisations dès l'exercice 2009. L'insuffisance d'amortissement se monte à 132 549 € pour 2009 et à 109 419 € pour 2010.

#### **Recommandation n° 6 : Régulariser l'insuffisance d'amortissement en dotant le compte 6871 « Dotations aux amortissements exceptionnels des immobilisations » à hauteur de 241 968 €.**

L'ordonnateur indique dans sa réponse que ce compte sera doté à hauteur de 60 000 € en 2013 et que le solde sera régularisé sur les 4 exercices suivants. La chambre prend acte de cet engagement.

### 3.2 Des problèmes de facturation et de recouvrement pénalisant la trésorerie

Lors de la séance du conseil de surveillance du 30 mai 2011, le trésorier principal de Digne relevait le problème du recouvrement de certaines recettes et suggérait : « une amélioration du secteur administratif de gestion des entrées de façon à avoir, au niveau de la trésorerie, les éléments aussi simples que les dates de naissance et les éléments de la carte Vitale ».

La forte augmentation des annulations de titres de recettes en 2011 a confirmé ce constat.

Le problème d'identification des patients explique en grande partie le solde débiteur du compte 673. Cette situation porte préjudice à l'hôpital car elle entraîne des pertes de recettes. Le tableau ci-après montre en effet que les titres annulés ne sont pas réémis en totalité excepté en 2009 et 2010, exercices où il est constaté un montant de titres réémis supérieur au montant des titres annulés.

#### **Titres annulés au bureau des entrées**

| En €  | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   | 2011    |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| C/673 Titres annulés sur ex.ant.                                | 19 939 | 55 548 | 45 777 | 24 493 | 39 836 | 112 845 |
| C/772.1 Réémission de titres suite annulation sur exercice clos | 17 775 | 25 649 | 27 736 | 40 366 | 43 311 | 80 364  |

Source : services financiers CH de Digne

Le délai moyen de recouvrement des créances sur patients et mutuelles constitue un autre indicateur de la qualité du recouvrement. Ainsi, selon l'outil Hospi-Diag, « un ratio inférieur à 90 jours est généralement observé, une valeur inférieure est toutefois préférable. Au-delà de 120 jours, la situation est préoccupante ».

Ce délai était, pour le centre hospitalier de Digne, de 133 jours en 2010 et de 151 jours pour 2011<sup>13</sup>. L'établissement se situe ainsi bien au-delà de la borne jugée préoccupante et améliorerait significativement sa trésorerie s'il ramenait son délai de recouvrement à 90 jours.

Ce constat est confirmé par l'analyse du comptable qui indique pour 2011, un pourcentage de recouvrement de 64 % sur les titres émis dans l'année courante et un pourcentage de 94 % sur les titres émis l'année précédente sur les patients et mutuelles. En 2011, l'hôpital a donc encaissé les paiements correspondant aux soins dispensés la même année pour seulement 64 % d'entre eux.

Le ratio du stock des créances non recouvrées (prenant en compte l'exercice courant mais aussi les exercices précédent et antérieurs) exprimé en nombre de jours d'exploitation<sup>14</sup> permet également de mesurer la performance de la facturation et du recouvrement. Sur toutes les années de 2008 à 2011, l'hôpital de Digne est moins performant que le 8<sup>ème</sup> décile (20% des établissements les moins performants sur cet indicateur) avec une aggravation continue de cet indicateur depuis 2009. Ainsi, pour 2011, le stock des créances sur les patients et mutuelles non recouvrées représente 275 jours d'exploitation pour Digne contre 199 jours en moyenne pour les centres hospitaliers situés dans la tranche des 20% moins performants.

En dépit de ces mauvais indicateurs, la facturation ne fait l'objet d'aucun suivi de la part de la direction de l'hôpital qui n'a été en mesure de fournir à la chambre aucun des indicateurs demandés : délais d'émission des titres, pourcentages d'actes non facturés par catégorie d'actes et taux de pré admission, recettes encaissées par la régie du bureau des entrées.

Plusieurs problématiques peuvent expliquer cette situation et dessiner des pistes d'amélioration. Elles concernent notamment le circuit du patient et les paiements comptants.

### **La problématique du circuit des patients**

Un poste du bureau des entrées<sup>15</sup> est affecté administrativement aux urgences mais l'agent n'y est pas présent physiquement. Lors de l'admission, les informations sont recueillies par l'infirmière d'accueil et d'orientation, laquelle peut difficilement faire un travail de qualité lorsque le service est débordé, puis transmises au bureau des entrées. De ce fait, le risque que les dossiers soient incomplets est important aux urgences.

L'exhaustivité et l'exactitude des informations pourraient donc être améliorées par la présence effective d'un agent du bureau des entrées au sein du service des urgences.

S'agissant de la chirurgie ambulatoire, les patients sont convoqués à 7 h 30 alors que le bureau des entrées n'ouvre qu'à 8 heures. Ce sont alors les soignants qui font les formalités d'entrée. La direction de l'hôpital a affirmé qu'il n'y avait pas de difficultés au niveau de la fiabilité des dossiers, les patients étant venus auparavant en consultation. La seule incidence serait l'absence de paiements comptants du forfait de 18 € à la charge du patient.

---

<sup>13</sup> Conformément à la méthodologie décrite dans la fiche explicative d'Hospi-Diag, le délai moyen de recouvrement des créances sur patients et mutuelles sur l'exercice courant, a été calculé comme suit : soldes débiteurs des comptes 4111 et 4115 / produits de titre 2 sauf compte 735 (budget principal) et titre 3 pour budgets annexes, soit pour le CH de Digne: pour 2010 : (1 614 003 / 4 408 548)\*365=133 jours et pour 2011 : (1 950 043 / 4 719 182)\*365= 151 jours

<sup>14</sup> Mode de calcul : même méthodologie que pour le délai moyen sauf en ce qui concerne le numérateur qui comprend les montants figurant au bilan (actif circulant net- créances d'exploitation) pour les « hospitalisés et consultants » et « autres tiers-payant ». Ce numérateur comprend donc toutes les créances y compris celles qui relèvent du contentieux.

<sup>15</sup> Le bureau des entrées collecte les informations administratives du patient à son arrivée dans l'établissement.

Au-delà de cette difficulté reconnue, un tel mode d'organisation et de prise en charge ne peut être considéré comme satisfaisant tant du point de vue du patient (accueil massif à 7 h 30 alors que toutes les interventions ne peuvent avoir lieu au même moment) que de la gestion administrative et soignante, dans la mesure où les personnels soignants pourraient mieux se consacrer aux soins s'ils étaient déchargés des tâches administratives.

### **La problématique des paiements comptant**

Au 31 décembre 2011, 11 251 titres hospitalisés et consultants restaient à recouvrer dont 82 % correspondaient à des titres de moins de 100 €. Pour des créances d'un montant aussi faible, le développement du paiement comptant réduirait le délai moyen de recouvrement et allègerait le travail du comptable.

Jusqu'à la fin 2011, aucun terminal de carte bancaire n'avait été installé sur le site hospitalier, alors que dans un courrier en date du 14 février 2011 adressé au directeur de l'établissement et resté sans réponse, l'administrateur général des finances publiques proposait la mise en place d'un terminal de paiement électronique pour optimiser le fonctionnement de la régie de recettes.

Un terminal de paiement électronique a été mis en place en 2012 mais il n'est utilisé que pour le paiement du self et non pour le règlement des soins. L'absence de terminal bancaire aux consultations externes apparaît particulièrement regrettable et pénalisant pour l'hôpital eu égard au faible recouvrement des créances que cette situation engendre.

Une politique efficace de recouvrement impliquerait une collaboration étroite entre l'ordonnateur et le comptable afin de définir les critères de mise en œuvre des poursuites. Or, tel n'est pas le cas puisque le directeur n'a jamais répondu à la demande d'autorisation du comptable du 7 juillet 2009 de baisser le seuil des poursuites par voie de saisie.

Les nouvelles dispositions du code de la santé publique (CSP)<sup>16</sup> permettent désormais au comptable d'entreprendre les diligences de recouvrement sans l'autorisation préalable de l'ordonnateur. L'automatisation des poursuites devrait donc permettre, à compter de 2012, d'améliorer le recouvrement.

Enfin, d'autres voies devraient pouvoir être explorées par l'établissement telles que :

- développer la préadmission ;
- demander le versement d'une provision pour frais d'hospitalisation pour les étrangers ;
- développer le conventionnement avec les mutuelles ;
- former et sensibiliser le personnel du bureau des entrées à l'exhaustivité et à l'exactitude des données patients ainsi qu'à l'intérêt du paiement comptant pour des sommes peu élevées ;
- mettre en place un tableau de bord de suivi sur la base d'indicateurs, qui font totalement défaut actuellement.

**Recommandation n° 7 : Mettre en place des actions concrètes pour améliorer la facturation et les délais de recouvrement des titres hospitaliers reposant notamment sur une réorganisation du bureau des entrées, la formation du personnel, le développement du paiement comptant, le suivi d'indicateurs de facturation et de recouvrement ainsi qu'une collaboration étroite avec le comptable public.**

En réponse à la recommandation, l'ordonnateur explique qu'un suivi de la facturation et de l'activité a d'ores et déjà été mis en œuvre. Quant aux autres points développés dans le rapport, la plupart sont en cours d'étude: l'installation de régies aux urgences et aux consultations externes, le développement des pré-admissions et la demande d'acomptes aux patients étrangers. En outre, la mise en place d'une solution de paiement en ligne est en projet.

---

<sup>16</sup> Article R. 6145-54-4 du CSP modifié par le décret n°2010-425 du 29 avril 2010

### 3.3 Le résultat structurel

#### 3.3.1 Le résultat global par exercice avant retraitements

Sur toute la période 2006 à 2011, le résultat par exercice, tous budgets confondus, affiche un déficit important qui provient essentiellement du budget principal.

| RESULTATS ANNUELS DE FONCTIONNEMENT                         |                   |                   |                   |                   |                   |                    |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| en €  | 2006              | 2007              | 2008              | 2009              | 2010              | 2011               |
| Budget principal H  | -3 873 249        | -3 732 596        | -4 617 891        | -1 951 433        | -1 900 178        | - 1 873 448        |
| Budget annexe A DNA   | 11 117            | -14 692           | -11 690           | 5 540             | 4 221             | 12 483             |
| Budget annexe P Autres services relevant de l'article L 312 | 120 440           | 94 870            | -16 614           | 231 973           |                   |                    |
| Budget annexe P1CAMSP                                       |                   |                   |                   |                   | -18 765           | 18 778             |
| Budget annexe P2 CSST                                       |                   |                   |                   |                   | 21 624            | 0                  |
| Budget annexe P3 MAS  |                   |                   |                   |                   | 113 305           | - 9 817            |
| Budget annexe C EIFPPSG <sup>17</sup>                       | -13 459           | 1 116             | 65 419            | 51 872            | 70 301            | 31 416             |
| <b>RESULTAT TOUS BUDGETS)</b>                               | <b>-3 755 151</b> | <b>-3 651 302</b> | <b>-4 580 776</b> | <b>-1 662 048</b> | <b>-1 709 492</b> | <b>- 1 820 588</b> |

Source : comptes financiers

Il convient de souligner le déficit pendant deux années consécutives du budget de la DNA (Dotation Non Affectée), lequel retrouve à peine l'équilibre en 2009 et 2010. La DNA sert de cadre comptable à des activités non affectées aux soins comme par exemple la gestion des dons et legs et de divers éléments patrimoniaux. Ces activités et donc la DNA ne doivent pas en principe être déficitaires car elles n'ont pas à être financées par la sécurité sociale.

#### **Recommandation n° 8 : Mettre en place un véritable suivi de la gestion de la DNA**

La chambre a pu constater sur 2012, la situation excédentaire de la DNA et prend acte de l'engagement de l'hôpital d'en suivre la gestion.

#### 3.3.2 Le résultat structurel du compte principal

La suite de l'analyse a exclusivement porté sur le compte de résultat principal dans la mesure où les difficultés financières y sont concentrées.

Au cours de la période 2006-2011 et indépendamment de tout impact éventuel des plans de redressement dont l'analyse sera faite ultérieurement, le résultat a été amélioré par certaines pratiques comptables contestables (cf. supra sur la fiabilité des comptes) et par des aides exceptionnelles mais récurrentes de l'ARH/ARS.

<sup>17</sup> EIFPPSG : Ecole et Institut de formation des professionnels paramédicaux et de sages-femmes

L'appréciation des conditions réelles d'exploitation passe dès lors par le calcul d'un résultat retraité, prenant en considération l'ensemble des éléments relatifs à la fiabilisation des comptes, ainsi que les différentes aides conjoncturelles qui doivent être neutralisées pour connaître et donc analyser le déficit réel.

### **Montant des aides exceptionnelles reçues depuis 2006** <sup>18</sup>

| Crédits non reconductibles | 2006      | 2007    | 2008      | 2009      | 2010    | 2011    |
|----------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|---------|---------|
| TOTAL                      | 2 600 000 | 800 000 | 2 500 000 | 2 000 000 | 950 000 | 521 468 |

Source : ARH PACA – en €

Le rattachement des produits et des charges à l'exercice permet d'obtenir un « résultat après rattachement ».

Le calcul du résultat structurel nécessite ensuite de procéder aux opérations suivantes :

- soustraction des charges exceptionnelles correspondant aux admissions en non-valeurs, à la part de la prime de service payée en n+1 et à des dotations complémentaires aux amortissements et pour provisionner les CET, ainsi que les créances irrécouvrables ;
- ajout de reprises sur subvention d'équipement et sur provisions ;
- déduction des subventions d'équilibre (crédits non reconductibles).

Ce calcul montre que le déficit structurel de l'exercice bien qu'en diminution (le résultat corrigé de l'exercice 2011 est inférieur à celui de 2006), atteint chaque année un niveau élevé puisqu'il se situe toujours bien au-dessus du seuil réglementaire des 3 % du total des produits<sup>19</sup>.

| en €   | 2006       | 2007       | 2008       | 2009       | 2010       | 2011       |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Résultat net (a)</b>                                    | -3 873 249 | -3 732 596 | -4 617 891 | -1 951 433 | -1 900 178 | -1 873 448 |
| <b>Résultat après rattachement</b>                         | -1 920 483 | -3 790 033 | -4 675 329 | -1 766 618 | -1 904 765 |            |
| <b>Résultat structurel de l'exercice</b>                   | -5 405 099 | -5 072 358 | -7 143 436 | -4 140 196 | -2 770 991 |            |
| <b>Résultat structurel de l'exercice en % des produits</b> | -8,57%     | -7,96%     | -10,96%    | -6,41%     | -4,33%     |            |

### 3.3.3 Le résultat cumulé tous budgets

Le résultat, tous budgets cumulés, à fin 2011, qui constitue le report à nouveau comptable au 1<sup>er</sup> janvier 2012, est déficitaire de 19,5 M€.

Ce déficit cumulé s'élève en réalité à 22 M€ après fiabilisation des écritures comptables (voir tableau en annexe 11.3). L'écart de 2,5 M€ s'explique principalement par des facteurs aggravant le déficit pour environ 3 M€ (1,6 M€ pour la prime de service reportée et 1,4 M€ pour le réajustement de la provision au titre du CET) et à l'inverse par des reprises sur provisions sur des budgets annexes venant réduire le déficit pour environ 0,5 M€.

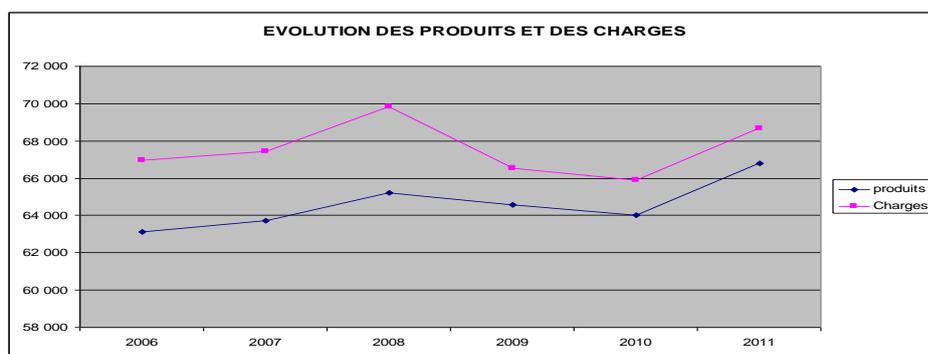
<sup>18</sup> Crédits non reconductibles : crédits de soutien et crédits PRE (plan de retour à l'équilibre). La subvention de 2,6 M€ obtenue en 2006 correspond à 800 000 € au titre du contrat de retour à l'équilibre, 1 M€ de soutien aux établissements et 800 000 € d'anticipation du contrat de retour à l'équilibre sur 2007.

<sup>19</sup> L'article D. 6143-39 du Code de la Santé publique définit les critères de détection des établissements en difficulté parmi lesquels figure le seuil de 3 %. Dès lors que le diagnostic d'un déséquilibre financier est posé, le directeur général de l'ARS demande à l'établissement de présenter un plan de redressement.

En outre, sans les aides exceptionnelles versées de 2006 à 2011, d'un montant total de 9,371 M€, le déficit cumulé retraité aurait été de 31,4 M€.

### 3.4 L'évolution des produits et des charges du compte principal

Pendant la période 2006 à 2011, les recettes du compte de résultat principal ont augmenté sensiblement plus vite (+ 5,83 %) que les dépenses (+ 2,51 %), tout en suivant les mêmes évolutions : augmentation jusqu'en 2008, puis baisse en 2009 et 2010 puis à nouveau hausse en 2011.



#### 3.4.1 L'évolution des produits

L'évolution par nature des produits montre essentiellement une baisse de 2006 à 2011 de la part des recettes de l'assurance maladie qui passe de 85,82 % à 83,84 %.

Les recettes liées directement à l'activité<sup>20</sup> progressent de près de 7 % tandis que les enveloppes MIGAC et DAF, indépendantes, elles, de l'activité baissent de 7,76 % en raison de la non-reconduction d'aides de l'ARH/ARS versées dans le cadre du plan de retour à l'équilibre.

#### 3.4.2 L'évolution des charges

L'évolution des dépenses n'est pas corrélée à celle de l'activité, puisque le nombre de séjours MCO baisse de 7 % entre 2007 et 2011 alors que les dépenses augmentent de 2,51 %.

Après avoir connu une forte diminution en 2009 puis une stabilisation en 2010, les dépenses du compte principal repartent à la hausse en 2011.

Cette évolution s'explique principalement par les charges de personnel qui baissent à partir de 2008 du fait de la mise en place des plans de retour à l'équilibre et qui augmentent à nouveau en 2011.

Les dépenses à caractère financier, dont la part dans le total des charges représente en moyenne 6 %, diminuent de leur côté considérablement à compter de 2009 (-35,10 %) en raison de la baisse des taux d'intérêt.

L'augmentation de 12 % des charges à caractère médical et pharmaceutique sur la période est due à une forte progression des dépenses pharmaceutiques et de sous-traitance.

En ce qui concerne les charges à caractère général et hôtelier, leur augmentation de 10 % est liée essentiellement au compte 62 « autres services extérieurs ». Les comptes 6281 « blanchissage à l'extérieur » et 6288 « autres prestations diverses » enregistrent la plus forte hausse.

<sup>20</sup> T2A + DAC + forfaits + molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables en sus + tarifications particulières

### 3.5 L'analyse des coûts par activité

#### 3.5.1 Présentation générale

La comptabilité analytique hospitalière est bâtie sur « un modèle de coût complet issu de la méthode des sections homogènes. Le tarif des GHS « groupes homogènes de séjour » finance en effet l'ensemble des moyens nécessaires à la production de soins mobilisés dans le cadre du séjour d'hospitalisation. Il couvre non seulement la production directe de soins, réalisée en unité d'hospitalisation, mais également l'utilisation d'activités indirectes comme les prestations médico-techniques, sans oublier les fonctions support liées à l'hôtellerie, l'administration et aux infrastructures »<sup>21</sup>.

De ce fait, seules les activités cliniques, destination finale de l'ensemble des charges d'un établissement de santé, collectent l'ensemble des coûts et produits liés à la production des soins. Les sections d'analyse les concernant sont appelées « sections d'analyse (SA) principales ou définitives ».

Quant aux activités support, appelées sections d'analyse auxiliaires, elles ne font pas l'objet d'un compte de résultat analytique proprement dit car elles ne collectent que le coût des activités support, coût destiné à être réparti ensuite vers les SA principales. En outre, au niveau des recettes, le GHS, considéré comme formant un tout, est imputé sur les sections finales mais n'est pas réparti au niveau de ces activités auxiliaires.

L'analyse qui suit présente, pour les activités cliniques, les zones d'excédent et de déficit, selon la méthode des coûts complets<sup>22</sup>, pour 2010 et 2011<sup>23</sup>, sur la base des chiffres fournis par l'hôpital. Les activités de réanimation et de laboratoire, qui sont des activités support, feront ensuite l'objet d'une analyse spécifique.

#### 3.5.2 Les activités excédentaires

| Activités                                     | 2010       |            |          | 2011       |            |          |
|---|------------|------------|----------|------------|------------|----------|
|   | Charges    | Produits   | Résultat | Charges    | Produits   | Résultat |
| médecine 2 (cardio-pneumologie)               | 3 049 778  | 3 414 283  | 364 505  | 3 978 126  | 4 275 523  | 297 396  |
| médecine 3 (médecine interne et diabétologie) | 2 742 438  | 3 281 327  | 538 888  | 2 829 100  | 3 328 835  | 499 735  |
| chirurgie ambulatoire                         | 2 092 230  | 2 572 383  | 480 153  | 1 482 363  | 1 818 832  | 336 469  |
| psychiatrie                                   | 22 695 027 | 23 066 182 | 371 155  | 23 357 668 | 24 147 542 | 789 874  |
| dont REGAIN médecine                          | 12 890     | 720 786    | 707 896  | 65 678     | 830 795    | 765 118  |

Source: direction des affaires financières

<sup>21</sup> Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Bulletin officiel, n° 2011/9 bis, fascicule spécial, publication janvier 2012.

<sup>22</sup> La comptabilité analytique en coûts directs ne prend en compte que les charges directement liées à une activité, alors que la comptabilité en coûts complets y rapporte également les coûts indirects, c'est-à-dire les charges de structure liées au fonctionnement général de l'établissement comme la logistique, l'administration, l'électricité, etc.

<sup>23</sup> Pour cause d'absence de permanence des méthodes comptables, la comparaison avec 2009 n'est pas possible.

### L'activité de médecine chirurgie obstétrique (MCO)

En ce qui concerne l'activité de médecine, seuls deux services (médecine 2 et 3) affichent un résultat positif, qui diminue toutefois en 2011.

S'agissant de l'activité de chirurgie, seule celle réalisée en ambulatoire (hospitalisation de jour) est excédentaire.

### L'activité de psychiatrie

Son excédent de 0,8 M€ (2011) provient principalement de l'unité Regain médecine<sup>24</sup>.

Cet excédent pose question car il s'agit d'une activité désormais financée par la T2A qui ne relève dès lors plus financièrement de la psychiatrie, laquelle est financée par une dotation globale spécifique. Or, si les comptes analytiques retracent bien toutes les recettes issues de la T2A, ils n'incluent que marginalement des dépenses relevant d'une prise en charge purement médicale (pour 2011, les charges s'élèvent à 66 k€ et alors que les produits se montent à 831 k€). Regain médecine se présente donc comme un habillage pour financer une activité très majoritairement psychiatrique par un financement supplémentaire T2A. Cette activité fait donc l'objet d'un double financement puisque la dotation de financement de la psychiatrie n'a pas été réduite en contrepartie.

### 3.5.3 Un déficit des activités MCO d'environ 4 M€ (2011)

Le déficit de l'activité MCO est d'environ 4 M€ en 2011, en augmentation de 49 % par rapport à l'année 2010. Il provient essentiellement **de trois secteurs d'activités qui représentent à eux seuls près des ¾ du résultat global de toutes les activités déficitaires :**

- la chirurgie en hospitalisation complète : -1,5 M€
- les consultations externes : -1,3 M€
- le département mère enfant : -1 M€

L'aggravation du déficit entre 2010 et 2011 s'explique également principalement par ces trois secteurs, comme le montre le tableau ci-après :

| Activités   | Résultat (Milliers d'€) |               | Evolution     |
|---|-------------------------|---------------|---------------|
|   | 2010                    | 2011          | 2011/2010     |
| total MCO (solde des activités excédentaires et déficitaires)   | <b>-2 678</b>           | <b>-3 994</b> | <b>-1 316</b> |
| Dont chirurgie hospitalisation complète                         | -1 132                  | -1 476        | -344          |
| Dont consultations externes                                     | -983                    | -1 296        | -313          |
| Dont département mère enfant                                    | -583                    | -1 029        | -446          |
| sous total de ces 3 secteurs d'activité                         | <b>-2 698</b>           | <b>-3 801</b> | <b>-1 103</b> |
| total des activités déficitaires MCO                            | -4 061                  | -5 127        | -1 066        |
| % de ces 3 secteurs sur le total des activités déficitaires MCO | 66%                     | 74%           | 103%          |

Source : services financiers du CH

<sup>24</sup> Unité de géronto-psychiatrie. Il s'agissait auparavant d'une unité de psycho gériatrie financée par la dotation annuelle de financement (DAF).

### Le déficit de la chirurgie (hospitalisation complète)

Il provient principalement de la chirurgie à orientation traumatologique, activité pour laquelle il représente 44 % des produits réalisés.

Par ailleurs, la chirurgie viscérale affiche un déficit de 81 000 € du même montant que ses charges de structure (82 000 €) en raison d'un niveau d'activité très faible.

| Activités                      | Produits 2011<br>(milliers d'€) | Résultat 2011<br>(milliers d'€) | Résultat/Produits 2011 |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| MCO                            | 35 393                          | -3 994                          | -11 %                  |
| Chirurgie 1 (traumatologie)    | 2 896                           | -1 274                          | <b>-44 %</b>           |
| Chirurgie 2 (viscéral)         | 5                               | -81                             | <b>-1 620 %</b>        |
| Chirurgie 3 (GCS)              | 3 417                           | -121                            | <b>-4 %</b>            |
| Sous-total chirurgies 1,2 et 3 | <b>6 318</b>                    | <b>-1 476</b>                   | <b>-23 %</b>           |

Source : services financiers du CH

### Le déficit des consultations externes

Calculé sur la base des coûts complets, il s'élève en 2011 à 1,3 M€ et représente 80 % du chiffre d'affaires réalisé (1,6 M€).

Il s'agit certes d'un problème classique rencontré généralement dans les hôpitaux mais parmi les causes de ce déficit spécifiques à Digne, il convient de souligner deux problèmes :

- une activité libérale importante qui prive l'hôpital d'une partie des recettes liées à cette activité ; la perte pour l'établissement n'a cependant pas pu être chiffrée en raison des insuffisances de suivi de cette activité libérale (cf. chapitre 7) ;
- des consultations externes réalisées dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire sur des bases préjudiciables à l'hôpital : 21 000 € de recettes alors que les seuls coûts directs s'élèvent à 31 000 € en 2011 (cf. chapitre 8).

### Le déficit du département mère enfant

C'est le secteur pour lequel le déficit croît le plus par rapport à 2010 puisqu'il double quasiment. Pour les trois activités, obstétrique, pédiatrie et gynécologie de ce secteur, le poids du déficit sur la base des coûts complets rapporté à l'activité est à peu près identique et représente environ 40 % des produits réalisés. L'obstétrique représente plus de la moitié de ce déficit (0,6 M€ environ). Toutefois, cela s'explique par le fait qu'elle réalise la part la plus importante de l'activité.

La pédiatrie est la seule activité qui ne couvre pas ses charges directes.

### 3.5.4 Le cas particulier de la réanimation

La réanimation est principalement une activité support puisqu'elle alimente ensuite les sections d'hospitalisation. L'hôpital de Digne l'a toutefois traitée en comptabilité analytique comme une section finale et non comme une section auxiliaire.

Son résultat en coûts complets, tel que calculé par les services financiers de l'établissement pour 2011, est déficitaire à hauteur de 0,65 M€.

Le poids de ce déficit sur la base des coûts complets rapporté à l'activité représente environ 22 % des produits réalisés.

| Activité de réanimation en milliers d'€ | 2 010        | 2 011        |
|---|--------------|--------------|
| charges directes                        | 2 666        | 2 519        |
| charges indirectes                      | 1 167        | 1 128        |
| <b>total charges</b>                    | <b>3 833</b> | <b>3 647</b> |
| recettes                                | 2 749        | 3 001        |
| résultat direct                         | 83           | 482          |
| résultat complet                        | -1 084       | -646         |

Source : services financiers du CH

Bien que l'enjeu soit très en dessous de celui représenté par les déficits des trois activités MCO, il convient de chercher à analyser ce résultat du fait :

- de la récurrence de la question de la pérennité de ce service pour des raisons financières.
- de la présentation qui en a été faite dans le rapport d'orientations stratégiques débattu au conseil de surveillance du 5 juillet 2011 puisque la direction y indique que l'activité de réanimation présente « un lourd déficit structurel » ;
- des conclusions du diagnostic réalisé par le cabinet d'audit en mars 2012 à la demande de la direction et qui vont dans le même sens puisqu'elles présentent également la réanimation comme un « service lourd [...] qui par ses exigences d'organisation et de permanence des soins génère des dépenses importantes » [et fait partie des] « trois types d'activités [qui] dégradent fortement les équilibres d'exploitation ».

Ces deux dernières présentations qui soulignent l'existence d'un déficit structurel important apparaissent largement erronées.

En effet, le déficit de la réanimation en 2011 est très largement inférieur à ceux de la chirurgie (hospitalisation complète), des consultations externes et du département mère enfant ; cette activité ne peut donc être considérée comme l'une des causes structurelles majeures de déficit.

Par ailleurs, le déficit calculé par les services financiers de l'hôpital est surévalué car il ne prend pas en compte la totalité des produits relevant de cette activité. En effet, le GHS étant un tout, il faut ventiler exactement toutes les recettes générées dans des unités dans lesquelles le malade est passé après la réanimation, mais cela exige pour pouvoir le faire une bonne traçabilité du circuit du patient.

Enfin, en coûts directs, la réanimation a dégagé en 2011 un excédent de 0,5 M€ environ (elle était également excédentaire en 2010). Cette activité équilibre donc les charges qui lui sont directement imputables et dégage en outre un surplus permettant de couvrir pour près de la moitié de ses frais de structure (1,1 M€).

Il apparaît donc au vu des résultats de la comptabilité analytique 2011, que la suppression de cette activité, comme le suggèrent la direction et les études en coûts complets qu'elle a inspirées, ne permettrait pas d'améliorer la situation financière. En effet, les charges de structure demeureraient mais des pertes d'activité et donc de recettes seraient enregistrées par l'hôpital au niveau de l'admission de malades en provenance de la réanimation, qui ne viendraient plus dans un hôpital sans réanimation. La suppression de cette activité ne manquerait pas d'avoir plus globalement des conséquences sur l'attractivité d'ores et déjà faible de cet hôpital.

### 3.5.5 Le cas particulier de l'activité de laboratoire

L'activité de laboratoire est, à juste titre, présentée dans la comptabilité analytique de l'hôpital, comme une section auxiliaire. Dès lors, le résultat du laboratoire tel que calculé par la direction (-1,9 M€) n'a pas de signification puisqu'il ne prend pas en compte les prestations faites en interne pour les autres services de l'hôpital qui représentent la plus grosse partie de l'activité d'un laboratoire hospitalier.

Le diagnostic élaboré à ce sujet en mars 2012 dans le cadre de la mission externe d'audit médico-économique susmentionnée fait malheureusement référence à ce résultat erroné pour déterminer les principales causes de déficit structurel de l'hôpital.

Cette erreur grossière dans le calcul du résultat de l'activité du laboratoire a été reconnue par le directeur financier de l'établissement qui a indiqué qu'il avait : « informé les auditeurs de leur erreur dans le calcul du "déficit" du labo. En effet, la partie dépenses est bien construite selon le modèle CREA mais en recettes n'apparaissent que les B externes d'où le déséquilibre. Pour obtenir un compte de résultat valide il fallait bien évidemment y ajouter le reste de l'activité réalisée par le labo ».

Il convient toutefois de noter que ce résultat avait été validé en interne par l'hôpital le 30 mars 2012 lors du comité de pilotage de cette étude, ce qui pose question quant à la fiabilité des chiffres et analyses communiqués par la direction.

L'analyse économique de cette activité nécessiterait donc de reconstruire un compte de résultat en valorisant toutes les charges et tous les produits ou en faisant une comparaison des coûts par rapport aux coûts moyens établis par la base dite d'Angers (cf. infra 4.2), mais ce calcul n'est pour le moment pas fait.

Il est dès lors impossible de porter une appréciation sur l'intérêt stratégique du laboratoire pour un hôpital comme Digne qui doit s'attacher à identifier les causes réelles de son déficit et à mesurer l'impact complet des décisions de fermeture ou de suppression qu'il pourrait être amené à prendre.

Dans sa réponse, l'ordonnateur indique qu'une refonte de la comptabilité analytique sera mise en place pour les activités de réanimation et de laboratoire, basée sur le nouveau guide de comptabilité analytique 2012.

## 3.6 Un autofinancement insuffisant pour assurer le financement des investissements

Le fonctionnement courant de l'hôpital, fortement déficitaire, obère sa capacité à financer son développement futur. L'hôpital vit globalement au-dessus de ses moyens.

### 3.6.1 L'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) mesure l'excédent des dépenses courantes sur les recettes de même type. Si l'on déduit de cette CAF « brute » l'annuité en capital de la dette on obtient la CAF nette, c'est-à-dire l'excédent que l'hôpital dégage de son fonctionnement courant pour financer lui-même ses investissements.

#### Capacité d'autofinancement

| En milliers d'euros        | 2006          | 2007          | 2008          | 2009          | 2010          | 2011           |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Capacité d'autofinancement | -1 386        | -1 896        | -2 159        | 580           | 459           | 235            |
| Remb. emprunt (hors CLTR)* | 1 796         | 2 103         | 2 133         | 2 503         | 3 007         | 3 455          |
| <b>CAF nette</b>           | <b>-3 182</b> | <b>-3 999</b> | <b>-4 292</b> | <b>-1 923</b> | <b>-2 548</b> | <b>- 3 220</b> |

Source : comptes financiers- tableaux de bord des indicateurs financiers de l'hôpital de Digne DGFIP

\*Crédits à long terme renouvelables

La CAF brute est négative jusqu'en 2008. Même si, par la suite, elle devient positive, elle demeure largement insuffisante pour couvrir les remboursements d'emprunts. L'annuité en capital de la dette s'élève ainsi en 2011 à 3,5 M€ alors que la CAF brute n'est que de 0,2 M€.

La CAF nette reste donc négative sur toute la période étudiée. Après une amélioration en 2009, la situation se dégrade à nouveau fortement en 2010 et 2011 du fait, à la fois, de la CAF brute et de l'augmentation des remboursements d'emprunts.

### 3.6.2 Le financement des investissements

#### Tableau de financement

| en milliers d'€                     | 2006                  | 2007          | 2008          | 2009         | 2010         | 2011         |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Ressources</b>                   |                       |               |               |              |              |              |
| Capacité d'autofinancement          | 0                     | 0             | 0             | 580          | 459          | 235          |
| Emprunts (hors CLTR)                | 3 800                 | 6 787         | 7 300         | 7 000        | 6 000        | 4 000        |
| Dotations et subventions            | 7                     | 17            | 41            | 1            | 50           | 8            |
| Autres ressources                   | - 3 566 <sup>25</sup> | 558           | 2 165         | 239          | 21           | 4            |
| <b>TOTAL ressources</b>             | <b>4 081</b>          | <b>12 428</b> | <b>13 046</b> | <b>7 821</b> | <b>6 530</b> | <b>4 247</b> |
| <b>Emplois</b>                      |                       |               |               |              |              |              |
| Insuffisance d'autofinancement      | 1 386                 | 1 896         | 2 159         | 0            | 0            | 0            |
| Remb. emprunt (hors CLTR)           | 1 796                 | 2 103         | 2 133         | 2 503        | 3 007        | 3 455        |
| Immobilisations                     | 4 500                 | 4 454         | 2 408         | 1 917        | 2 076        | 1 588        |
| Autres emplois                      | 3                     | 0             | 1             | 2            | 0            | 0            |
| <b>TOTAL emplois</b>                | <b>11 526</b>         | <b>13 521</b> | <b>10 241</b> | <b>4 422</b> | <b>5 082</b> | <b>5 043</b> |
| <b>Variation fonds de roulement</b> | <b>- 7 445</b>        | <b>-1 093</b> | <b>2 805</b>  | <b>3 399</b> | <b>1 447</b> | <b>- 797</b> |

Source : tableaux de bord des indicateurs financiers de l'hôpital de Digne DGFIP

<sup>25</sup> Diminution de la créance art 58

Ce tableau montre que pendant la période de 2006 à 2011 les dépenses d'investissement ont été financées intégralement par l'emprunt et même parfois bien au-delà sauf en 2006. Le recours cumulé à l'emprunt a représenté 34,9 M€ soit plus du double du niveau des investissements cumulés (17 M€). Dans le même temps, le remboursement du capital de la dette a atteint un total de 15 M€.

Les montants empruntés sont donc supérieurs aux dépenses d'investissements ajoutées à l'annuité en capital de la dette, ce qui montre que l'établissement recourt à l'emprunt, non seulement pour financer ses investissements, faute d'autofinancement, mais aussi pour rembourser sa dette et, au-delà, pour assurer son fonctionnement courant.

Il n'est dès lors par surprenant que la dette atteigne un niveau inquiétant comme le montre l'analyse des grands équilibres bilanciaux.

### 3.7 Une structure financière reposant sur un recours croissant et massif à l'emprunt

La situation financière du centre hospitalier se dégrade profondément au cours de la période étudiée, comme le montrent les soldes bilanciaux présentés ci-dessous :

#### Valeurs bilanciales

| En milliers d'€                      | 2006    | 2007    | 2008     | 2009    | 2010    | 2011    |
|--------------------------------------|---------|---------|----------|---------|---------|---------|
| Fonds de roulement net global (FRNG) | 4878    | - 5 971 | - 3 166  | 234     | 1 681   | 884     |
| Besoin en fonds de roulement (BFR)   | - 386   | 1 399   | 9 028    | 7 729   | 6 365   | 6 538   |
| Trésorerie                           | - 4 493 | - 7 370 | - 12 194 | - 7 496 | - 4 684 | - 5 653 |

Source : Bilan fonctionnel - L'intégralité du bilan figure en annexe

#### 3.7.1 L'analyse du haut de bilan

Le fonds de roulement net global (FRNG) correspond à l'excédent des ressources long terme (fonds propres, amortissements et dépréciations, provisions et dettes à moyen et long terme) sur les emplois durables (immobilisations). En principe, une structure financière équilibrée se caractérise par un FRNG positif. L'excédent des ressources stables sur les emplois durables couvre alors les besoins de financement dégagés par le fonctionnement courant.

A Digne, le FRNG devient certes positif à compter de 2009 mais cette amélioration n'est qu'apparente puisqu'elle s'explique par à un recours à l'emprunt très supérieur aux dépenses d'investissement.

Le « rééquilibrage » de la structure financière s'est donc fait au prix d'un endettement à long terme important. Le niveau atteint par l'encours de la dette est particulièrement préoccupant ; déjà élevé en 2006, il a en effet continué à augmenter très fortement par la suite (plus 62 % en 6 ans).

#### Evolution de l'endettement

| En M€                        | 2006  | 2007  | 2008  | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------------|-------|-------|-------|------|------|------|
| Encours de la dette au 31/12 | 28, 6 | 33, 3 | 38, 5 | 43   | 46   | 46,5 |

Source : comptes financiers

Le tableau ci-dessous présente l'évolution de deux ratios couramment utilisés en matière d'analyse de dette : la durée apparente de la dette<sup>26</sup> et l'indépendance financière<sup>27</sup>.

### Ratios liés à la dette

|   | 2008    | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---------|------|------|------|
| Durée apparente de la dette (en années) | Infinie | 74   | 100  | 198  |
| Indépendance financière (en %)          | 89      | 93   | 96   | 100  |

Source : TBFEPS

Avec une capacité d'autofinancement négative entre 2006 et 2008, le ratio de durée apparente de la dette n'est pas déterminable, l'hôpital n'étant pas en mesure de rembourser sa dette sur ses ressources propres. A partir de 2009 l'hôpital réussit certes à dégager une faible épargne mais celle-ci ne couvre qu'une toute petite partie du besoin lié à la dette puisqu'avec le niveau d'épargne dégagée en 2011, il faudrait près de deux siècles pour rembourser l'encours actuel de la dette.

S'agissant du ratio dit d'indépendance financière, son évolution montre que la situation de l'établissement continue de se dégrader : il atteint 100 % en 2011, soit plus du double du ratio médian<sup>28</sup> des établissements comparables.

En pratique, l'hôpital n'a plus de fonds propres, la totalité de ses capitaux permanents étant constituée de la dette bancaire<sup>29</sup>.

Compte tenu du niveau atteint par ces deux ratios, le recours à l'emprunt de l'hôpital de Digne est désormais subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS<sup>30</sup>.

La situation financière de l'hôpital est donc très fragile et induit un niveau préoccupant de dépendance à l'égard des banques qui risque de conduire l'établissement à une *quasi* cessation de paiement dans le contexte actuel de raréfaction du crédit bancaire encore plus marqué pour les hôpitaux que pour les collectivités locales.

Dans cet important encours de dette, 3 % sont constitués d'un produit structuré à risque classé 4B selon l'échelle définie par la charte Gissler<sup>31</sup>.

<sup>26</sup> Le ratio de durée apparente de la dette indique, sur la base de l'autofinancement généré au cours d'un exercice donné, le nombre d'années d'autofinancement nécessaires pour rembourser l'intégralité de l'encours de la dette.

<sup>27</sup> Indépendance financière : dette à long et moyen terme rapportée aux capitaux permanents.

<sup>28</sup> Le ratio médian se situe à 44 %.

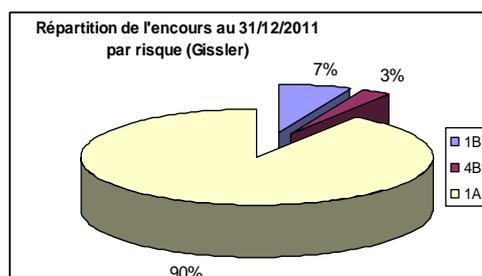
<sup>29</sup> Les capitaux permanents sont constitués des fonds propres et de l'endettement long terme.

<sup>30</sup> Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé publié au journal officiel n° 0290 du 15 décembre 2011 page 21194- Article D. 6145-70 du CSP – « Le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé : — le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;

— la durée apparente de la dette excède dix ans ;

— l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 % ».

<sup>31</sup> Charte de bonne conduite signée en 2009 entre les établissements bancaires et les collectivités. Elle a ensuite été reprise dans la circulaire interministérielle n° NOR/IOCB1015077C du 25 juin 2010 relative aux produits financiers offerts aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics. Cette charte établit une échelle des risques financiers allant par ordre croissant de risque 1A (emprunts classiques à taux variable ou fixe) à 5E (les prêts classés 6F n'étant pas autorisés par cette charte). Elle est annexée à la circulaire interministérielle susmentionnée n° DGOS/PF1/DB/DGFIP/2012/195 du 9 mai 2012, relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.



Il s'agit d'un contrat construit sur un index hors zone euro (Libor 12 mois USD) d'où son classement en niveau 4, avec une barrière simple.

Il convient de souligner que le recours à ce type d'emprunt est désormais interdit pour les hôpitaux par la circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DB/DGFIP/2012/195 du 9 mai 2012, en raison de l'indice sous-jacent qui se situe hors de la zone euro et de la formule d'indexation de ce produit structuré qui ne comporte pas de plafond dans la fixation du taux<sup>32</sup>.

### 3.7.2 L'analyse du bas de bilan

La trésorerie reste toujours négative avec un solde de moins 12,2 M€ en 2008 qui est ramené à moins 5,7 M€ en 2011 (-29,8 jours de charges courantes contre une médiane à +10,1 jours).

Le tirage sur la ligne de trésorerie qui avait atteint 11,42 M€ fin 2008 a donc pu être réduit en 2011 à 4,58 M€, mais cette diminution n'a été rendue possible que par l'accroissement de l'endettement à long terme.

## 4 UN DEFAUT DE STRATEGIE ET DE PILOTAGE

### 4.1 L'absence de projet d'établissement

L'élaboration d'un projet d'établissement est une obligation légale pour tous les établissements publics de santé<sup>33</sup>. Etabli pour une durée maximale de cinq ans, il peut être révisé avant ce terme et se décline en quatre projets : un projet médical, un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical d'établissement, un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et un projet social.

<sup>32</sup> Cette circulaire précise en effet (paragraphe II/1.b), que lorsque le taux variable est défini par une formule plus complexe que la simple addition d'un indice usuel (de taux ou d'inflation) et d'une marge fixe exprimée en point de pourcentage, « l'établissement ne peut souscrire l'emprunt que s'il est prévu un plafond dans la fixation du taux, afin d'éviter une évolution non soutenable du taux variable. Ce plafond est au maximum égal au double du taux d'intérêt nominal appliqué au cours de la première période de l'emprunt. »

<sup>33</sup> Article L. 6143-2 du code de la santé publique qui en définit l'objet et le contenu ; son objet est ainsi de

- définir « notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement » et, « dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III (du code de la santé publique) ». Le projet d'établissement constitue donc un cadre d'évolution de l'hôpital, tant en interne que dans ses relations avec son environnement. L'article L. 6143-2 du CSP précise qu'il doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins.
- prévoir « les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs ».

L'hôpital de Digne n'a plus de projet d'établissement depuis 2005. Le projet médical élaboré en 2008-2009 n'a pas été mis en œuvre et les autres projets n'ont toujours pas été finalisés. Les « orientations stratégiques » approuvées par le conseil de surveillance en juillet 2011 qui auraient pu servir de point de départ à un processus visant à combler ces lacunes ne procèdent malheureusement pas d'une telle démarche et ne tirent pas les enseignements du projet médical élaboré en 2008. Le CH de Digne n'a donc pas mis en place une véritable réflexion stratégique sur son positionnement et sur son avenir contrairement aux intentions affichées.

#### 4.1.1 Le projet médical de l'hôpital n'est jamais réellement entré en vigueur

Le projet médical est le premier temps de la démarche du projet d'établissement.

Un nouveau projet médical avait pourtant été élaboré en 2008, dans le cadre d'une démarche participative associant largement le corps médical (comité de pilotage issu de la CME). Il reposait sur un diagnostic préalable réalisé par une société d'audit et de conseil qui présentait les opportunités et menaces de l'environnement hospitalier et détaillait les forces et faiblesses de l'établissement.

L'élaboration du projet faisait ainsi une large place à l'analyse du positionnement concurrentiel et intégrait les contraintes financières. Les parts de marché à reconquérir étaient définies ainsi que les services à rendre à la population en termes d'établissement de proximité.

Ce projet médical a été approuvé par le conseil d'administration le 9 décembre 2009. Il n'a cependant jamais été réellement mis en œuvre et est donc devenu aujourd'hui obsolète.

Cette situation particulièrement inhabituelle s'explique par la trop faible implication de la direction de l'hôpital dans sa mise en œuvre qui n'était que la première étape d'un processus plus global devant déboucher sur l'adoption d'un projet d'établissement.

Le directeur de l'époque n'a ainsi assisté que très épisodiquement aux réunions du Comité de Suivi du projet médical ; parfois, aucun représentant de l'administration n'y était même présent et cela dès les premières séances (janvier 2009). Le directeur de l'époque ne s'est pas davantage intéressé au suivi de réunions auxquelles il ne participait pas. Ainsi, alors que le comité de suivi s'est réuni 23 fois en 2009, le directeur n'a été en mesure de fournir à la chambre que trois procès-verbaux dont il n'était pas toujours destinataire.

Ce projet médical n'avait par ailleurs de sens que s'il était suivi par l'adoption d'un projet d'établissement qui n'a cependant jamais vu le jour, comme l'ont regretté plusieurs participants à la séance de la CME du 8 mars 2010 qui faisait le point sur ce dossier.

La lecture du compte rendu de cette séance montre en outre l'existence d'une confusion entretenue quant à la mise en œuvre des exigences réglementaires, qui n'a pas facilité une prise de conscience par les membres de la CME des véritables causes de la situation dont ils débattaient.

Trois informations erronées ont ainsi été communiquées par la direction aux médecins lors de cette séance :

- 1) « le projet médical n'a jamais été approuvé par l'ARH car il manque la dimension de coopération hospitalière ».
- 2) « Si l'on se place dans la loi de 2009, c'est le président de la CME qui élabore, en conformité avec le CPOM et le directeur, le projet médical, qui est ensuite soumis au directoire. La CME n'interviendrait plus dans le processus (...) la CME serait cantonnée dans la qualité et la sécurité des soins ».
- 3) « le projet médical devra être cohérent avec les projets des pôles ».

Sur le premier point le directeur ne pouvait ignorer que la tutelle n'approuverait qu'un projet d'établissement dans son ensemble, comme l'a rappelé l'ARS à la chambre<sup>34</sup>. Il peut être noté que la direction avait déjà fait part à la CME de cette prétendue absence de validation du projet médical par la tutelle lors de sa séance du 14 décembre 2009.

Les deuxième et troisième points relaient pour leur part des interprétations erronées de la réglementation en vigueur. La CME a certes vu son rôle se réduire depuis la loi dite HPST (« hôpital patient santé territoires ») mais elle n'est pas pour autant totalement écartée du processus puisqu'elle garde une fonction consultative. Par ailleurs, ce n'est pas le projet médical qui doit être cohérent avec les projets des pôles, mais l'inverse.

Un dernier comité de suivi s'est réuni le 23 avril 2010 pour faire le bilan du projet médical. Aucun procès-verbal officiel n'a été réalisé et aucun compte rendu n'a été communiqué à la CME.

Si un projet médical a donc bien été établi, celui-ci n'est plus suivi et a fortiori évalué. Il est dès lors, de fait, devenu obsolète.

De surcroît le projet médical n'était qu'un élément d'un processus devant déboucher sur l'approbation d'un projet d'établissement, mais ce processus n'a jamais abouti.

#### 4.1.2 Les autres projets constitutifs du projet d'établissement ne sont pas davantage opérationnels

##### Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Le conseil d'administration a approuvé le 20 mai 2009 un projet de soins infirmiers mais celui-ci n'a pas été mis en œuvre. Il est vrai qu'il se présentait plus comme la juxtaposition des projets de chaque service que comme le résultat d'une démarche stratégique d'ensemble

Un nouveau projet a été élaboré dans une approche plus globale centrée sur le parcours du patient. Il a été présenté à la CME le 23 mai 2011<sup>35</sup>. La direction générale a cependant indiqué à la chambre que ce projet était à nouveau en cours de réécriture. A ce jour, il n'a pas encore été soumis au conseil de surveillance.

##### Le projet social

L'hôpital de Digne ne dispose toujours pas, à ce jour, de projet social<sup>36</sup>. Une première réunion de travail a certes eu lieu en 2011 mais, en raison de la vacance du poste de directeur des ressources humaines (congé ARTT depuis fin septembre 2011), l'élaboration du projet social était restée au point mort. Ce problème a été soulevé lors du Conseil de surveillance du 5 juillet 2011.

##### Le projet de prise en charge des patients

Il n'existe pas de projet de prise en charge des patients ayant fait l'objet d'un commencement d'élaboration. Cette élaboration est en outre rendue difficile par l'absence de projet médical réactualisé et d'un projet de soins infirmiers<sup>37</sup>.

---

<sup>34</sup> « Le projet médical seul ne pouvait faire l'objet d'une approbation par la COMEX<sup>34</sup> que dans le cadre de la validation du projet d'établissement. Des réunions ont eu lieu avec la direction et l'équipe médicale du CH sur le projet médical et il a été rappelé à l'établissement l'obligation de présenter au DARH tous les volets du projet d'établissement (PE) pour une approbation ».

<sup>35</sup> En application de l'article R. 6144-1 du CSP, le projet de soins infirmiers doit être soumis à l'avis de la CME.

<sup>36</sup> L'article L. 6143-2-1 du CSP (version en vigueur depuis le 7 juillet 2010) précise que le projet social « définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement. Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme».

<sup>37</sup> L'article L. 6143-2 du CSP précise que celui-ci doit être en cohérence avec, d'une part le projet médical et, d'autre part, le projet de soins infirmiers.

#### 4.1.3 Les orientations stratégiques approuvées par le Conseil de surveillance du 5 juillet 2011

Elaboré dans l'urgence à la veille de la visite de certification de la haute autorité de santé en février 2011, un rapport d'orientations stratégiques a été adopté par le Conseil de surveillance du 5 juillet 2011, mais sans avoir recueilli l'avis préalable de la CME et sans même que cette dernière en ait été informée a posteriori. Or, aux termes de l'article R. 6144-1, la commission médicale d'établissement doit être consultée sur le projet médical et le projet d'établissement.

Ce document stratégique ne saurait en tout état de cause être considéré comme un projet d'établissement, les autres projets étant inexistantes ou en cours d'actualisation.

En outre, en dépit de sa dénomination, il n'est pas le résultat d'une démarche stratégique à proprement parler. Il s'agit en réalité d'un rapport d'orientations générales.

**Recommandation n° 9 : Mettre en place une véritable démarche stratégique avec pour objectif l'élaboration et la mise en place d'un projet d'établissement, conformément à l'obligation légale.**

La chambre prend acte de l'adoption en juin 2013 du projet médical et de l'engagement de l'hôpital de travailler à l'élaboration des autres volets du projet d'établissement ainsi que l'objectif annoncé de produire le projet médical de territoire pour fin 2013.

Il est également pris acte de la mise en place d'une démarche reposant sur les données issues de la comptabilité analytique ainsi que sur les bases de données régionales et nationales.

#### 4.2 Des outils de pilotage insuffisamment exploités

Le contrôle de gestion se définit comme l'ensemble des outils visant à maîtriser le pilotage d'une organisation. Il s'appuie sur trois démarches :

- à partir de la stratégie choisie, aider à définir les objectifs qui en découlent et les moyens à mettre en place ;
- contrôler que les actions mises en œuvre mènent bien aux résultats attendus en mesurant les performances et en comparant celles-ci aux objectifs ;
- corriger le cas échéant les objectifs et les moyens.

Puisqu'il doit permettre de relier les performances financières aux activités, le contrôle de gestion est en général assuré par un organe transversal directement rattaché à la direction générale.

Bien que le CH de Digne n'ait pas mis en place une équipe dédiée au contrôle de gestion, des outils internes de pilotage ont cependant été développés. L'établissement peut aussi s'appuyer sur des bases de données comparatives régionales et nationales, mais ces différents outils sont peu utilisés.

#### 4.2.1 L'hôpital dispose d'outils de pilotage qui demeurent cependant perfectibles

##### La comptabilité analytique

Au-delà de l'obligation réglementaire<sup>38</sup>, la comptabilité analytique permet de déterminer le coût des activités et ainsi d'évaluer la performance de la gestion. Elle constitue un outil indispensable au pilotage des hôpitaux. La tarification à l'activité les oblige en effet à mieux connaître leurs coûts de production. Au regard des nouvelles règles de gouvernance, elle leur permet aussi de calculer des comptes de résultat par pôles (CRPP) et donc d'en mesurer la performance économique ainsi que leur contribution à l'équilibre global de l'hôpital.

L'absence d'une telle comptabilité au CH de Digne avait été considérée comme un des points faibles de l'établissement, dans le cadre du diagnostic réalisé par la société IRIS. Sa mise en place est intervenue à partir des comptes de 2008. Depuis, un important travail a été réalisé par la direction des affaires financières de l'hôpital pour la fiabiliser en individualisant au mieux les différents coûts directs au sein de chacun des centres d'activité (Unités fonctionnelles)<sup>39</sup> et en précisant la répartition des charges indirectes.

Toutefois, les améliorations apportées ne permettent pas encore à l'hôpital de comparer ses résultats à des références nationales en utilisant les outils d'analyse de performance que sont la base dite d'« Angers »<sup>40</sup> et les tableaux coûts – « case mix » (TCCM)<sup>41</sup>.

Par ailleurs, les CRPP établis ne sont pas encore adressés aux pôles, en l'absence de contrats de pôles signés, ce qui en diminue singulièrement l'utilité.

##### Les tableaux de bord et indicateurs

Le CH de Digne dispose de tableaux de bord détaillés d'activité par unité fonctionnelle. Une personne chargée de l'analyse de l'activité est rattachée directement au directeur. Elle assure le suivi de plusieurs indicateurs comme ceux, traditionnels, des nombres d'entrées, des journées, de la durée moyenne des séjours, et des nombres d'actes pour l'activité externe, auxquels s'ajoutent des indicateurs propres aux urgences et au bloc opératoire. Ce suivi est réalisé par unité fonctionnelle, mois par mois. Il n'existe cependant pas de statistiques cumulées par année et donc pas d'analyses d'évolutions annuelles.

Parallèlement à ces états, la direction financière a mis en place depuis 2008, un suivi reposant sur des indicateurs plus pertinents dans un contexte de financement à l'activité, comme le nombre de séjours, le GHS moyen (poids moyen du cas traité) et les valorisations financières correspondantes. Ces données sont, cette fois, annuelles et n'existent pas sous forme de tableaux de bord mensuels.

---

<sup>38</sup> Au terme de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique, le directeur doit tenir une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement et communiquer les résultats de celle-ci au conseil de surveillance. Cet article prévoit aussi que «Le directeur élabore également, pour l'analyse de l'activité et des coûts de l'établissement prévue par les dispositions des articles L. 6113-7 et L. 6113-8, un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement. Il transmet ce document au directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard le 31 mai de l'année suivant l'exercice clos».

<sup>39</sup> L'unité fonctionnelle (UF) est la plus petite entité à partir de laquelle sont collectées les informations.

<sup>40</sup> Base de données pilotée par le CHU d'Angers : celle-ci compare à partir d'un échantillon d'établissements, les coûts des unités d'œuvre des activités supports (logistique, administration et médico-technique).

<sup>41</sup> Cet outil permet de comparer, à « case-mix » identique, c'est-à-dire à profils de séjours hospitaliers identiques, les coûts d'un établissement à ceux de l'échelle nationale des coûts-ENC41. A partir de cette échelle nationale, des TCCM par pôle peuvent être calculés, permettant ainsi de comparer les coûts d'un pôle MCO avec un pôle théorique identique en termes de « case mix » et ainsi d'alerter éventuellement sur le niveau des dépenses correspondantes.

Le fait que certaines statistiques ne soient que mensuelles alors que d'autres ne sont qu'annuelles, ajouté à l'absence de tableaux de bord croisant les différentes données, donne une vision parcellaire et ne facilite pas une analyse d'ensemble. De surcroît, il convient de relever que ces statistiques sont élaborées, pour partie au niveau de la direction générale, et pour une autre partie par la direction des affaires financières, ce qui complique la consolidation des informations.

#### Les bases de données régionales et nationales comparatives

L'hôpital dispose, comme tous les établissements, de bases de données régionales et nationales comparatives qui sont publiées par l'ATIH (agence technique de l'information hospitalière), via l'outil Hospi-Diag, et par la fédération hospitalière de France, via sa base de données « BDHF ». S'agissant plus précisément de son positionnement dans l'offre de soins, l'établissement peut aussi recourir aux informations du PMSI et consulter les bases de données régionales via le portail des agences régionales de santé (PARHTAGE).

Le CH de Digne dispose en outre des données qui avaient été produites et analysées par la société IRIS pour l'élaboration du projet médical. Cette analyse avait été réalisée à partir de données relativement fines, par types d'activités correspondant au « case- mix » de l'hôpital, c'est à dire l'éventail des cas qui y sont traités. Le CH de Digne est en effet un hôpital de proximité qui n'a pas vocation à prendre en charge toutes les pathologies. L'analyse du positionnement concurrentiel, pour être pertinente, doit donc être menée en restreignant la liste des séjours pris en compte pour une comparaison à ceux de son case-mix.

Ces données n'ont été cependant que partiellement réactualisées en mars 2012 alors qu'elles sont anciennes (2005). Le diagnostic fait par la société ICME repose en effet seulement sur une extraction d'une base de données Hoscare (outil internet payant bâti à partir des données de l'ATIH) et ne fournit pas une analyse exhaustive et détaillée prenant en compte le « case-mix » de l'hôpital.

#### 4.2.2 Les diverses données disponibles sont en outre peu exploitées

Les documents budgétaires et les différents plans de redressement ne s'appuient pas sur ces outils, certes imparfaits, mais disponibles et en particulier, ne présentent pas de données d'activité médicalisées<sup>42</sup>. Dans un contexte de situation financière fortement dégradée, l'absence d'analyse médico-économique approfondie exploitant notamment toutes les données du système d'information médicale, afin de cibler les mesures de redressement et les réajustements nécessaires, apparaît particulièrement pénalisante.

De même, l'hôpital ne suit pas de façon précise et régulière son positionnement concurrentiel. En dépit de l'étude déjà réalisée par la société IRIS, des autres bases de données régionales et nationales disponibles, et de l'audit de mars 2012, le CH de Digne ne dispose toujours pas, à ce jour, d'une analyse à la fois précise, pertinente et à jour, de ses parts de marchés et taux de fuite. Or, ces indicateurs sont primordiaux pour pouvoir apprécier le potentiel d'augmentation de son activité.

---

<sup>42</sup> Analyse de l'activité sur la base des types de pathologies traitées à partir des données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information)

### 4.2.3 L'absence de rapport annuel d'activité

Le rapport annuel d'activité est un document d'analyse et de synthèse de l'ensemble des activités hospitalières. Alors qu'il est obligatoire<sup>43</sup>, aucun rapport n'a pas été produit par l'hôpital pendant toute la période étudiée (2006-2011).

Ce document a été demandé à plusieurs reprises, mais en vain, par le président du conseil de surveillance (précédemment conseil d'administration), ainsi qu'en témoignent les procès-verbaux desdites instances. L'absence de rapport d'activité annuel avait pourtant déjà été soulignée en 2008 parmi les points faibles de l'établissement (diagnostic réalisé lors de l'élaboration du projet médical).

#### **Recommandation n° 10 :**

- **10-1 : Poursuivre la fiabilisation de la comptabilité analytique ;**
- **10-2 : Mettre en place en collaboration avec le département d'information médicale, un véritable contrôle de gestion et un suivi régulier du positionnement concurrentiel de l'hôpital ;**
- **10-3 : Elaborer un rapport annuel d'activité, conformément à l'obligation légale ;**
- **10-4 : Communiquer les résultats de la comptabilité analytique et le rapport annuel d'activité au conseil de surveillance et à l'ARS.**

La chambre prend note des actions récemment mises en œuvre : fiabilisation de la comptabilité analytique, mise en place de tableaux de bord mensuels en collaboration avec le DIM, exploitation des différents outils pour le pilotage budgétaire et organisation de réunions mensuelles associant l'ensemble des responsables hospitaliers.

Il est également pris acte de l'engagement de l'ordonnateur de produire un rapport annuel d'activité et de transmettre régulièrement les informations budgétaires au Conseil de Surveillance.

### **4.3 Un pilotage au fil de l'eau en l'absence de vision à long terme**

Faute de stratégie globale clairement définie, plusieurs projets ont été menés sans souci d'une cohérence d'ensemble et sans suivi. Il en va de même au niveau des plans de redressement et des restructurations des services qui se sont succédé.

#### 4.3.1 La fermeture du laboratoire départemental d'analyse des eaux

L'établissement possédait en son sein un laboratoire d'analyse des eaux qui effectuait les prélèvements et analyses des eaux potables et de loisirs dans le cadre du contrôle sanitaire effectué par l'Etat dans le département. Cette prestation était facturée par l'hôpital (voir tableau ci-dessous).

Certaines irrégularités avaient entaché ses conditions de fonctionnement mais c'est avant tout l'absence de stratégie quant au devenir de cette activité au sein de l'établissement qui a conduit à son arrêt fin 2008.

---

<sup>43</sup> L'article L. 6143-1 du code de la santé publique prévoit que le conseil de surveillance, qui se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement, délibère sur le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur.

### Les irrégularités relevées dans l'exercice de l'activité d'analyse des eaux

L'hôpital sous-traitait de manière informelle une partie de l'activité de ce laboratoire. Cette sous-traitance n'avait en effet pas reçu l'accord préalable de la DDASS pourtant requis.

En outre, les choix des sous-traitants avaient été effectués, pour 2006 et 2007, sans mise en concurrence et sans publicité au mépris des règles des marchés publics. C'est seulement à partir de 2008 que l'hôpital a régularisé cette situation en réalisant au passage une économie substantielle de 0,127 M€ par rapport à l'année précédente, soit une réduction de 65 % des coûts de sous-traitance.

| Année   | 2006    | 2007    | 2008    |
|---|---------|---------|---------|
| Produits encaissés au titre de l'analyse des eaux | 650 496 | 517 444 | 435 647 |
| Compte 62883 - sous-traitance CARSO - IPL         | 157 362 | 194 267 | 67 176  |

Source : chiffres transmis par la direction des affaires économiques et la direction des affaires financières – montants en €

### Une décision d'arrêt de cette activité faute de stratégie clairement définie

Cette activité, considérée comme un des points forts de l'établissement par le projet médical de 2009, n'a pas su évoluer pour s'adapter aux nouvelles exigences réglementaires : la certification d'une part et l'ouverture à la concurrence, d'autre part.

Un arrêté du 24 janvier 2005 subordonne en effet l'exercice de cette activité à une accréditation COFRAC (comité français d'accréditation). L'article L. 1321-5 du code de la santé publique (précisé par un arrêté du 12 février 2007) impose pour sa part que ces prestations d'analyse soient confiées à un laboratoire après une mise en concurrence par appel d'offres.

Faute d'avoir été retenu, l'hôpital a dû fermer son laboratoire d'examen des eaux le 31 décembre 2008.

Des investissements coûteux ont donc été réalisés (pour au moins 138 000 €) en dehors de toute stratégie notamment en termes d'analyse des besoins et de positionnement de l'hôpital et sans avoir même informé les instances hospitalières (conseil d'administration, commission médicale d'établissement) des enjeux de ce dossier. Du fait de cette impréparation, le CH a dû cesser cette activité qui était, selon lui, rentable et a gaspillé des ressources qui lui sont pourtant comptées puisque les équipements acquis en vue de la certification sont, à ce jour, inexploités.

#### 4.3.2 La déqualification du service du dépôt de sang

##### Une déqualification préjudiciable pour l'activité et les dépenses de l'hôpital

Le dépôt de sang, unité fonctionnelle du service de biologie du centre hospitalier, disposait d'une autorisation de délivrance<sup>44</sup>. En septembre 2009, l'agence régionale de l'hospitalisation l'a requalifié en dépôt d'urgence<sup>45</sup> et relais<sup>46</sup> car il ne remplissait plus les conditions réglementaires<sup>47</sup> pour demeurer dépôt de délivrance, en raison de :

- de l'exiguïté de ses locaux et l'absence d'automate d'immunohématologie,
- de la sous qualification du personnel (formation insuffisante),

<sup>44</sup> Dépôt de délivrance : dépôt qui conserve les produits sanguins labiles (PSL) distribués par l'établissement de transfusion sanguine (ETS) référent et les délivre pour un patient hospitalisé dans l'établissement de santé

<sup>45</sup> Dépôt d'urgence : dépôt qui conserve seulement des concentrés de globules rouges de groupe 0 et éventuellement des plasmas AB distribués par l'ETS référent et les délivre en urgence vitale pour le patient hospitalisé

<sup>46</sup> Dépôt relais : dépôt qui conserve des PSL délivrés par l'ETS référent pour un patient précis.

<sup>47</sup> Décret n° 2007-1324 du 7 septembre 2007 relatif aux dépôts de sang.

- et des problèmes informatiques causant une non-compatibilité des informations entre l'hôpital et l'Etablissement français du sang (EFS).

Cette dégradation a eu des répercussions négatives en termes d'activités et de dépenses.

Sur le plan médical elle a eu pour conséquence « de limiter les activités de l'établissement aux activités programmées peu hémorragiques. En d'autres termes tout patient qui nécessite ou qui peut nécessiter une transfusion massive doit être évacué au plus tôt vers un autre plateau technique, le dépôt d'urgence vital ne servant alors à couvrir que les besoins de la période de mise en conditions et d'évacuation du patient. Les domaines particulièrement impactés par la requalification sont la gynécologie-obstétrique et la gastro-entérologie<sup>48</sup> »

Sur le plan financier, les dépenses de produits sanguins ont doublé entre 2008 et 2010, en raison de surcoûts liés à la sous-traitance et aux transports :

| Comptes                              | 2008    | 2010    |
|--------------------------------------|---------|---------|
| 602152 – produits sanguins           | 260 331 | 370 504 |
| 61113 – laboratoire – sous-traitance | 15 625  | 124 506 |
| 6248 – transports divers             | 38 508  | 132 884 |
| Total                                | 314 464 | 627 894 |

Source : chiffres transmis par la direction des affaires financières

#### Une mise aux normes incertaine et inachevée

L'hôpital a engagé des frais importants en personnel et équipements, pour remédier à cette situation, mais sans s'assurer qu'ils allaient bien lui permettre de retrouver la qualification perdue.

Le plan de formation a ainsi été assuré et le logiciel validé. L'établissement s'est également doté en mars 2010 d'un automate d'immunohématologie pour un montant de 68 000 € et dispose désormais de locaux adaptés.

Pour autant, toutes les difficultés n'ont pas été résolues, notamment sur le plan informatique. Le CH de Digne est ainsi le dernier établissement de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur à ne pas pouvoir mettre en œuvre le protocole ERA qui doit permettre à l'automate de fonctionner et de réaliser les groupages sanguins au laboratoire de l'hôpital.

Une action de concertation entre les différents intervenants du protocole ERA aurait pourtant été utile pour résoudre le problème technique, mais aucune réunion entre le centre hospitalier de Digne, l'EFS et l'éditeur de logiciels n'a été organisée depuis 2009.

Au final, l'investissement matériel et immatériel réalisé depuis 2009 qui répond aux contraintes réglementaires est donc insuffisant et s'avère, pour le moment, inutile puisque la compatibilité des messages d'information entre l'hôpital et l'EFS, nécessaire pour faire les groupages sanguins, n'est toujours pas rendue possible.

#### 4.3.3 La succession de plans de redressement et de restructurations de services

##### Cinq plans de redressement depuis 2006

Aucune cohérence d'ensemble ne se dégage de cette succession de 5 plans en 5 ans, dont on ne cherche pas à analyser les résultats, avant de lancer le suivant.

<sup>48</sup> Lettre du directeur du 23/09/2011.

Si les mesures prévues au contrat de retour à l'équilibre (CRE) de 2006 ont bien fait l'objet d'un suivi (transmission d'une actualisation des réalisations du plan) il n'en va pas de même des plans de redressement suivants.

Le bilan du plan adopté le 1<sup>er</sup> juillet 2008 est ainsi incomplet. Les nouvelles mesures décidées moins d'un an plus tard, en février 2009 (dénommées «2<sup>ème</sup> tranche» du plan précédent) font l'objet d'un bilan resté au stade provisoire et par ailleurs relativement sommaire. Quant aux mesures présentées comme une «3<sup>ème</sup> tranche» au conseil d'administration du 20 octobre 2009 (soit un peu plus de huit mois plus tard) aucun bilan n'a été réalisé.

Les «2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> tranches» se sont limitées à l'énumération d'objectifs, accompagnés de mesures peu détaillées. Ces objectifs ne reposent pas sur une analyse préalable des causes structurelles de déficit et ne sont pas déclinés en plans d'actions précis reposant sur un calendrier et des indicateurs de suivi. Il est donc difficile de mesurer la réalisation des objectifs.

En outre, aucun de ces «bilans» n'analyse l'impact des mesures sur le déficit alors qu'elles ont pour objectif premier de le réduire.

Enfin, alors que l'établissement dispose d'une comptabilité analytique, il ne l'utilise pas pour préparer les plans, ni pour simuler l'impact en termes d'activités, de recettes et de dépenses, des décisions prises. Aucun de ces plans n'intègre par ailleurs les contraintes liées au positionnement concurrentiel de l'hôpital.

En l'absence d'un diagnostic préalable des causes structurelles du déficit et faute de suivi et d'évaluation, ces plans successifs n'ont donc pas permis de réduire le déficit sauf en ce qui concerne l'activité de psychiatrie, en raison de son mode de financement indépendant de l'activité.

A ce jour, c'est le secteur psychiatrique qui a été le plus touché par les mesures de réduction du déficit. En effet, comme il est financé par une dotation annuelle indépendante de l'activité, la fermeture de plusieurs structures psychiatriques a, de fait, permis de dégager des économies puisque les recettes n'ont pas été touchées. Cette activité, qui était en déficit de 2,7 M€ selon la direction lors de l'établissement du projet médical en 2008 et de 1,4 M€ en 2009 lors de l'élaboration des premiers comptes analytiques de l'hôpital, dégage désormais un excédent de 0,4 M€ en 2010 et 0,8 M€ en 2011.

La diminution de l'offre de soins psychiatriques a cependant été décidée sans analyse préalable des besoins. Or, compte tenu de la situation de monopole de l'hôpital, celui-ci ne pouvait se permettre de fermer ces activités sans s'assurer qu'elles étaient en surcapacité.

### Des réorganisations fréquentes des services de MCO

L'absence de ligne directrice apparaît également pour les trois réorganisations successives opérées au niveau de la MCO en 2007, 2010, et 2011 (plan de retour à l'équilibre).

Au-delà du coût engendré par les déménagements successifs des services concernés, ces diverses réorganisations traduisent, par leur fréquence, une absence de réflexion à long terme autour du projet médical.

Cette carence débouche en effet sur des projets qui sont mis en place puis rapidement abandonnés ; inversement, des unités supprimées sont réactivées.

Tel est le cas notamment de l'unité médico-chirurgicale, mise en place en 2010 et supprimée dans le cadre du plan de retour à l'équilibre (PRE) 2011 et de l'hospitalisation de semaine, mise en place en 2007 et supprimée en 2009<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> Le principe de fonctionnement de celle-ci, appelée « unité d'hospitalisation programmée à durée déterminée » (HPDD) a été expliqué lors du conseil d'administration du 24 octobre 2006. Il s'agissait « d'une structure chirurgicale ouverte du lundi matin au vendredi soir et accueillant des patients de toutes disciplines chirurgicales ». Elle impliquait une gestion unique des lits ainsi qu'un travail en amont sur la sortie du patient.

De même, la fermeture des lits d'hospitalisation complète de pédiatrie a été décidée par le plan du 1<sup>er</sup> juillet 2008 alors qu'il existait un projet d'extension de l'unité qui devait entrer dans sa phase active fin 2007. Inversement, l'unité cœur poumon supprimée en 2010 est de nouveau prévue au dernier PRE.

L'absence de stratégie n'est donc pas la conséquence d'un problème de moyens, puisque les outils de pilotage existent, mais de gouvernance. Elle traduit l'absence d'une véritable direction fédérant tous les acteurs de l'hôpital vers une vision commune à long terme. Ce problème de gouvernance apparaît également au travers des difficultés de fonctionnement des instances hospitalières.

## **5 LES DIFFICULTES DE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES HOSPITALIERES**

### **5.1 La mise en place tardive des pôles**

L'organisation des hôpitaux en pôles cliniques et médico-techniques est un élément important de la réforme de la gouvernance hospitalière de 2005<sup>50</sup>. Dans un contexte de financement à l'activité, il s'agissait d'améliorer ainsi la gestion en permettant un pilotage médico-économique de l'hôpital associant étroitement les médecins, sur une base plus large que celle des traditionnels services.

A ce jour, soit plus de six ans après la réforme de 2005, l'hôpital de Digne n'a toujours pas mis effectivement en œuvre cette nouvelle gouvernance. Le problème avait déjà été souligné en 2008 dans le diagnostic dressé par la société IRIS pour l'élaboration du projet médical. Le non fonctionnement en pôles figurait ainsi dès cette époque parmi les points faibles de l'établissement.

#### **5.1.1 Une première mise en place en 2006 qui est restée théorique**

Un premier découpage reposant sur quatre pôles<sup>51</sup> a été décidé par le conseil d'administration le 19 décembre 2006, mais cette décision n'a pas été mise en œuvre.

Il a d'abord fallu attendre avril 2008, soit plus d'un an, pour que les chefs et assistants de pôle soient nommés. Ce retard n'a pu être expliqué par la direction de l'hôpital.

De plus, ces nominations tardives n'étaient que provisoires puisqu'elles renvoyaient pour leur durée à une date devant être arrêtée dans le règlement intérieur des pôles concernés<sup>52</sup>. Or, si des projets de règlement intérieur ont bien été proposés et soumis par les pôles «hospitalisations» et «médico-technique» à la direction pour approbation<sup>53</sup>, celle-ci n'a jamais donné suite.

Les pôles n'ont donc pas été réellement mis en place faute de mesures concrètes pour en définir le fonctionnement. Comme pour le projet médical, la direction de l'hôpital a montré une très grande inertie alors qu'il revenait au contraire au directeur, du fait des pouvoirs que les textes lui confient en la matière, de jouer un rôle d'autant plus moteur qu'il s'agissait d'une question fondamentale pour la bonne gouvernance de l'hôpital.

---

<sup>50</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 modifiant à cet effet l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

<sup>51</sup> Pôle « psychiatrie générale » regroupant les secteurs nord et sud ; pôle « enfances » regroupant les services de gynécologie-obstétrique et pédiatrie et l'intersecteur de pédo-psychiatrie ; pôle « médico-chirurgical » regroupant les départements de médecine, chirurgie, la réanimation et les consultations externes ; pôle « médico-technique » regroupant le laboratoire, l'imagerie médicale, la pharmacie, le bloc opératoire, l'anesthésie et les urgences-SAMU-SMUR

<sup>52</sup> Décision direction n° 08/01 du 11 mars 2008.

<sup>53</sup> Source : PV de la commission médicale d'établissement du 13/10/2008.

La direction a en fait volontairement empêché la mise en œuvre de ce découpage en pôles jusqu'à ce que la communauté médicale accepte d'y renoncer mais aucune décision n'a été prise formellement pour acter cet « échec » et surtout chercher à en expliciter les causes.

Pour autant, bien que cette organisation n'ait jamais fonctionné, des indemnités mensuelles de chef et d'assistant de pôle ont tout de même été versées dès 2008.

Or, il s'agit d'indemnités de fonction, qui ne peuvent donc être versées que sur la base de l'exercice réel des fonctions attribuées<sup>54</sup>. En conséquence, l'acte de nomination ne saurait, à lui seul, en justifier le versement. Il en est de même pour les primes versées aux assistants de responsables de pôle<sup>55</sup>.

Les pôles de l'hôpital de Digne issus de l'organisation définie en 2006 n'ayant pas fonctionné, les primes payées à ce titre sont donc irrégulières, sauf en ce qui concerne les responsables et assistants des pôles hospitalisation et médico-technique qui ont élaboré des projets de règlements intérieurs en octobre 2008. Il y a donc eu, en ce qui les concerne, au moins en partie exercice effectif des fonctions.

En outre, lorsqu'une nouvelle organisation a été mise en place en octobre 2010, aucune décision mettant fin aux fonctions des anciens assistants de pôle n'a été prise et les primes ont continué à leur être payées jusqu'au 30 juin 2011, alors que les pôles auxquels ils étaient rattachés avaient cessé d'exister.

Par contre, les indemnités de pôle n'ont plus été réglées aux chefs de pôle à compter de novembre 2010. Les primes ainsi irrégulièrement versées à compter de la mise en place des nouveaux pôles, ne concernent donc que celles destinées aux assistants et s'élèvent sur huit mois (de mi-octobre 2010 à juin 2011) à un total de 3 200 €.

Le montant total des sommes versées à tort de 2008 à 2011 s'élève ainsi à 31 580 €, comme détaillé dans le tableau ci-dessous :

|   | Montants annuels versés à tort |                    |                    |                |
|---|--------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|
|   | 2 008                          | 2 009              | 2 010              | 2 011          |
| <b>Primes de responsable de pôle d'activité</b> | 1 600 €                        | 9 600 €            | 7 660 €            | 0 €            |
| <b>Primes d'assistant de pôle d'activité</b>    | 800 €                          | 4 786,67€          | 4 733,34 €         | 2 400 €        |
| <b>Total</b>                                    | <b>2 400 €</b>                 | <b>14 386,67 €</b> | <b>12 393,34 €</b> | <b>2 400 €</b> |

Source : CRC à partir des données fournies par le centre hospitalier de Digne

### 5.1.2 Une nouvelle organisation fin 2010 qui se met en place difficilement

Lors de sa séance du 4 octobre 2010, la CME s'est prononcée en faveur d'une organisation provisoire de l'hôpital en deux pôles : un pôle MCO et un pôle psychiatrie. Faute d'accord, les trois activités médico-techniques que sont la pharmacie, l'imagerie médicale et le laboratoire ont été laissées temporairement hors pôles.

Cette non intégration des services transversaux s'expliquerait par l'impossibilité de trouver un accord. Une telle explication n'apparaît pas recevable puisque le pouvoir de décision en ce domaine relève désormais du directeur seul. Il lui appartenait donc, en l'absence d'accord, d'arbitrer.

<sup>54</sup> L'article D. 6146-8-1 du CSP (créé par le décret n° 2008-805 du 20 août 2008) précise qu'« Une indemnité forfaitaire de fonction est versée aux praticiens lorsqu'ils exercent effectivement l'activité de responsable de pôle ». Il est donc bien fait référence à un exercice **effectif** des fonctions.

<sup>55</sup> Le décret du 20 août 2008 précité les définit comme des primes de fonction et fait référence à l'exercice des fonctions d'assistant de responsable de pôle.

Le découpage en seulement deux pôles apparaît par ailleurs particulièrement réducteur et donc inapproprié. L'enquête nationale sur la gouvernance hospitalière réalisée en juin 2011 par le ministère de la santé montre en effet que le nombre moyen de pôles est de 5,8 pour les centres hospitaliers comparables à celui de Digne (budget compris entre 20 et 70 M€) et de 8,6 pour les centres hospitaliers psychiatriques. De fait, une décision aussi simpliste revient à priver de sens et d'effet la notion de pôle.

De surcroît, les contrats de pôle n'ont été signés qu'en septembre 2012 soit presque deux ans après la mise en place de ce nouveau découpage et aucun projet de pôle n'a été formalisé à ce jour. Les délégations de gestion et de moyens n'existent donc pas encore.

L'absence d'un projet médical validé constituait d'ailleurs un obstacle à la négociation de contrats de pôles puisque ceux-ci doivent être cohérents avec un projet médical qui n'existe toujours pas<sup>56</sup>.

En outre, les chefs de pôle n'ont toujours pas reçu la formation qui aurait dû leur être dispensée et aucun moyen ne leur avait été attribué jusqu'au 1er janvier 2012 pour fonctionner.

Ces difficultés récurrentes de mise en place d'un management décentralisé par pôles d'activité apparaissent aussi au travers de l'absence de réunions régulières associant le directeur et les chefs de pôles. Or, comme le rappelle la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé à l'occasion de son enquête nationale susmentionnée de juin 2011 sur la gouvernance hospitalière s'il : « n'existe pas d'obligation réglementaire pour le directeur de réunir les chefs de pôles. (...), ces réunions peuvent participer d'un bon pilotage de l'établissement. » Cette enquête montre par ailleurs que dans la plupart des centres hospitaliers de la taille de celui de Digne, le directeur organise des réunions avec l'ensemble des chefs de pôle et que, lorsque ce type de réunion a lieu, le directeur est, en moyenne présent à un peu plus de quatre réunions par an.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la nouvelle direction indique que le chef de pôle MCO a reçu une formation et qu'une nouvelle organisation en cinq pôles médicaux vient d'être décidée (juin 2013), s'appuyant sur le projet médical et partant du constat « que la taille et la diversité des activités au sein des pôles actuels ne sont pas compatibles avec un fonctionnement efficace »<sup>57</sup>. Ce nouveau découpage intègre les activités médicotéchniques. L'organisation assez simpliste en deux pôles excluant les services de soutien et présentée comme transitoire, a donc perduré plus de deux ans.

La chambre prend acte de la nouvelle organisation mise en place conforme au projet médical et représentative de l'ensemble de l'activité médicale.

## **5.2 Les difficultés de fonctionnement du conseil de surveillance**

La loi HPST a remplacé le conseil d'administration par un conseil de surveillance dont les missions ont été recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion. Il doit ainsi délibérer sur le projet d'établissement, le compte financier, l'affectation des résultats et le rapport annuel d'activité<sup>58</sup> et doit avoir communication des résultats de la comptabilité analytique<sup>59</sup>.

Cette nouvelle instance, présidée par le maire de Digne, s'est mise en place et fonctionne avec difficulté, ce qui ne lui permet pas d'assumer pleinement ses missions.

---

<sup>56</sup> Article L. 6146-1 du CSP susmentionné

<sup>57</sup> PV du conseil de surveillance du 13 juin 2013

<sup>58</sup> Article L. 6143-1 du CSP. Ses modalités de fonctionnement sont précisées par les articles R. 6143-8, R. 6143-15 et R. 6143-16 du code de la santé publique.

<sup>59</sup> Article R. 6145-7 du code de la santé publique.

Ainsi, si sa première réunion s'est tenue le 2 juillet 2010, il a fallu attendre onze mois pour que se tienne la deuxième, le 30 mai 2011, alors que les textes requièrent quatre séances par an, au minimum. De plus, l'enquête nationale conduite en juin 2011 par la DGOS montre que le CH de Digne se singularise particulièrement sur ce point puisque les centres hospitaliers généraux ont réuni leurs conseils de surveillance entre 4 à 5 fois en moyenne, entre juin 2010 et juin 2011.

En 2011, le conseil de surveillance s'est réuni à trois reprises ce qui témoigne d'un rythme de réunion un peu plus satisfaisant.

Le procès-verbal de la séance du 2 juillet 2010 a été adressé aux membres du conseil très tardivement, soit dix mois après la séance (cf. PV du conseil de surveillance du 30 mai 2011) et non dans les quinze jours suivants la réunion, comme le prévoit la réglementation. Quant au procès-verbal de la séance du 26 octobre 2011, celui-ci n'a été produit que trois mois plus tard. La réunion du 30 novembre 2011 s'est donc tenue sans que ses membres aient pu avoir connaissance du projet de procès-verbal de la séance précédente.

Le conseil de surveillance ne peut, plus globalement, assumer ses missions fondamentales de pilotage de la stratégie et de contrôle de la gestion, dans la mesure où il ne dispose ni du projet d'établissement, ni de rapport annuel d'activité, ni des résultats de la comptabilité analytique<sup>60</sup>.

Dans sa réponse, l'ordonnateur s'engage à assurer un fonctionnement du conseil de surveillance conforme aux exigences réglementaires et précise que le projet d'établissement en cours d'élaboration ainsi que le rapport d'activité 2012 et les résultats de la comptabilité analytique lui seront présentés.

La chambre prend acte de cet engagement partiellement réalisé. Toutefois certaines difficultés persistent, le conseil de surveillance s'est réuni deux fois en 2013 (depuis la notification à l'hôpital du rapport provisoire) et le procès-verbal de la dernière séance du 10 juillet 2013 n'a toujours pas été établi.

### **5.3 Les problèmes de fonctionnement de l'équipe de direction**

Selon l'organigramme en vigueur, le centre hospitalier de Digne est dirigé par une équipe étoffée puisque le directeur est assisté de sept directeurs adjoints.

Toutefois, cette organisation officielle ne reflète pas la réalité du fonctionnement de l'équipe dirigeante, que ce soit en termes d'effectifs réels ou de fonctions exercées. En effet certaines d'entre elles sont éclatées sur des temps partiels ou ne sont pas, dans les faits, occupées. En outre, la gestion du temps de travail pose parfois problème. Ces conditions réelles d'organisation sont préjudiciables à une bonne coordination et, d'une façon plus générale, à l'efficacité de l'équipe de direction.

#### **5.3.1 Un éclatement de fonctions de direction sur des temps très partiels**

Des fonctions de direction sont éclatées sur plusieurs temps partiels du fait de la mise en place de directions communes inter établissements. Deux directeurs exercent ainsi d'autres fonctions :

L'un d'eux a travaillé d'avril 2007 à mai 2009 à 40 % pour l'hôpital de Digne comme adjoint chargé de suivre le plan gérontologique départemental et à 60 % comme directeur délégué de la maison de retraite de Thoard. Depuis mai 2009, il ne travaille plus pour l'hôpital de Digne qu'à hauteur de 10 %, comme adjoint chargé des relations avec les usagers, et assure pour le reste de son temps la direction déléguée de la maison de retraite et celle de l'hôpital de Seyne les Alpes.

Le second travaille pour sa part depuis avril 2007 à 40 % pour le CH de Digne consacre les 60 % restants à la direction de l'hôpital local de Castellane.

---

<sup>60</sup> Pour 2010 ; ceux de 2009 avaient été transmis lors de la séance du 2 juillet 2010

Ces directions communes ont été mises en place au travers de plusieurs conventions et avenants successifs dont la mise en œuvre pose plusieurs problèmes :

- toutes les conventions et tous les avenants (à l'exception des deux derniers) ont été signés par les présidents des conseils d'administration respectifs des différentes entités alors qu'ils n'étaient pas compétents pour le faire puisque ces signatures relèvent du directeur de l'hôpital<sup>61</sup>. En l'espèce, ces irrégularités n'ont certes pas de conséquence financière mais elles conduisent à s'interroger sur la qualité de la gestion administrative au sein du CH de Digne.
- les copies des titres de recettes transmises par l'hôpital concernant les remboursements des traitements au titre de l'ensemble des directions communes ne comportent aucun titre se rapportant à l'hôpital de Seyne les Alpes pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 1<sup>er</sup> mai 2010. Cette omission peut s'expliquer par l'absence d'avenant précisant la quotité travaillée pendant ces 12 mois par le directeur concerné, au titre de la direction de l'hôpital de Seyne les Alpes. Sur la base de la quotité officiellement annoncée, le manque à gagner pour l'hôpital de Digne s'élèverait ainsi à environ 36 000 € (traitement brut de l'intéressé sur un an pour 3 demi-journées).
- en outre, alors que le plan de redressement adopté par le conseil d'administration de Digne le 20 octobre 2009, prévoyait le transfert total du poste de cadre de direction à l'hôpital local de Seyne les Alpes et à la maison de retraite de Thoard, celui-ci est resté affecté au CH de Digne pour 10 %. Ce poste qui aurait dû ne plus coûter à l'hôpital de Digne depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009, est resté en réalité à sa charge pour 40 % (30 % + 10 %) du traitement brut du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 1<sup>er</sup> mai 2010 et le demeure encore pour 10 % depuis mai 2010.

L'intérêt pour l'hôpital de Digne de ces postes à temps très partiel est globalement loin d'être démontré.

Le CH de Digne supporte les charges de logement (à l'origine en totalité puis à compter de novembre 2008 uniquement pour l'un des directeurs, l'autre ayant décidé d'abandonner son logement de fonction) alors qu'il ne dispose des directeurs mis à disposition que pour une partie minoritaire de leur temps de travail. La situation financière de l'hôpital imposerait au contraire plus de rigueur. En outre cette extension de direction commune n'a pas été mise en place en réduisant d'autant les effectifs de direction de l'hôpital de Digne mais, au contraire, en augmentant ceux-ci, ce qui peut à nouveau paraître surprenant en situation de plan de redressement<sup>62</sup>. L'efficacité de ce renforcement de l'équipe de direction n'est pas démontrée pour l'hôpital de Digne car les temps alloués sont trop résiduels pour permettre une organisation efficace de la direction.

En réalité ces directions communes ont été mises en place au bénéfice des autres établissements, maison de retraite et hôpitaux locaux afin de renforcer l'attractivité du recrutement de leurs postes de direction<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Articles L. 6143-7 et 6143-1 du code de la santé publique.

<sup>62</sup> Lors du conseil d'administration du 24 avril 2007, le problème du surcoût du renforcement de l'équipe de direction et son intérêt même ont d'ailleurs été évoqués : « A l'époque où l'on pense réduire la voilure de l'établissement, notamment en terme de personnel, le renforcement de l'équipe de direction ne semble pas forcément important. A la première convention, la direction avait précisé que le financement du poste était pris en charge par l'établissement concerné. Or, il s'avère que ce dernier ne finance qu'une partie du poste et les prérogatives liées au statut des directeurs (véhicule, logement) sont également à la charge du centre hospitalier de Digne ».

<sup>63</sup> Ainsi que l'explique le directeur de l'hôpital de Digne à la CME du 23 avril 2007 puis au conseil d'administration du 24 avril 2007, l'extension de la direction commune « a été faite à la demande de l'autorité de tutelle qui s'inquiète du devenir de l'hôpital local [...] la DDASS a souhaité que le centre hospitalier de Digne élargisse la convention de direction commune qui le liait déjà à la maison de retraite de Thoard, à l'hôpital local de Castellane. L'établissement a « rapatrié » le poste de directeur de l'hôpital local sur Digne pour l'attractivité du recrutement notamment. Cela lui permet également de renforcer l'équipe de direction ».

En outre, l'attribution initiale (d'avril 2007 à mai 2009) au directeur délégué de la maison de retraite de Thoard d'un poste à 40 % au CH de Digne chargé uniquement du suivi du plan gérontologique départemental pose question, dans la mesure où l'hôpital de Digne ne dispose plus de lits pour personnes âgées, ceux-ci ayant été en totalité transférés à la clinique des Carmes (1999).

La gestion des directions communes a donc causé un préjudice financier certain pour l'hôpital, en l'absence de bénéfice démontré à hauteur des charges induites.

Compte tenu des réponses apportées à ses observations par les ordonnateurs concernés, la chambre :

- prend acte de l'engagement de l'hôpital de régulariser les conventions de direction commune (signature et renforcement des gardes de direction) et rappelle que les charges de logement doivent être supportées par les différents établissements à concurrence des gardes effectuées pour chacun d'eux et non en totalité par l'hôpital de Digne.
- constate le manque de clarté des fonctions initialement attribuées au directeur délégué à la maison de retraite de Thoard, celles-ci, selon l'ordonnateur, n'ayant donné lieu à aucun ordre de mission officiel ni feuille de route claire.
- réfute la justification apportée à l'absence d'émission de titres de recettes à l'encontre de l'Hôpital local de Seyne les Alpes pour la période de mai 2009 à mai 2010 tenant à une approbation tardive de la convention de direction commune par le ministère et l'ARS. L'absence d'approbation de la convention par le ministère et l'ARS n'a pas empêché sa mise en œuvre anticipée et l'absence d'émission des titres de recette à l'encontre de l'hôpital de Seyne les Alpes ne peut donc se justifier.

### 5.3.2 Des fonctions essentielles non occupées et une gestion contestable du temps de travail

#### Des fonctions de direction essentielles n'ont pas été occupées

Il en est ainsi du poste de directeur des soins infirmiers qui est resté vacant pendant plus de 3 ans (de fin 2005 à juillet 2009). Plus récemment, deux directeurs adjoints (ressources humaines et affaires économiques) sont partis en congés RTT avant leur départ en retraite pour respectivement 7 mois et demi et 5 mois. Le directeur général, qui a été lui-même en congé de RTT plusieurs mois avant sa retraite, n'avait pas prévu de les remplacer avant leur départ définitif.

Alors que la fonction de DRH est particulièrement lourde et sensible en hôpital et tout particulièrement dans le contexte de celui de Digne (plans de redressement qui se succèdent et un projet social au point mort à l'époque), la direction des ressources humaines est restée 4 mois sans responsable dûment désigné avant de se voir attribuer un directeur par intérim à hauteur de seulement 40 % sur une période de plus d'un an .

Il convient aussi de souligner le rôle essentiel de la fonction économique pour générer des économies significatives mais aussi contribuer à la qualité de la prise en charge du patient.

Cette situation, pourtant prévisible, n'avait malheureusement pas été anticipée.

Par ailleurs, le directeur général avait accumulé plusieurs mois d'ARTT. L'utilisation de ses jours ARTT avant son départ à la retraite a nécessité la mise en place d'une direction intérimaire du 1<sup>er</sup> octobre 2012 jusqu'en juillet 2013, soit sur neuf mois, son remplacement ne pouvant intervenir puisqu'administrativement son poste n'était pas vacant.

Enfin, le directeur de l'information médicale (DIM), qui assure également la direction de la qualité et des risques, a accumulé 288 jours (soit plus d'un an) au 31/12/2012, ce qui posera aussi un problème de gouvernance lorsqu'il utilisera ses jours ARTT avant son départ à la retraite. La direction de l'information médicale est une fonction spécifique qui peut difficilement être déléguée et qui est pourtant capitale dans le contexte du financement à l'activité. Là encore il s'agit d'une situation qui aurait dû être anticipée.

*Si la gestion du temps de travail de l'équipe de direction nuit à une bonne gouvernance, elle pose aussi des problèmes de régularité.*

En effet, les conditions dans lesquelles ont été acquis certains droits à congés sont irrégulières. Trois directeurs, dont la DRH, ont inscrit sur leur CET davantage de jours que ne le leur permettait la réglementation.

Dans sa réponse, l'ordonnateur justifie pour l'un des directeurs le dépassement par la charge de travail mais s'engage toutefois à un strict respect de la réglementation pour l'ensemble du personnel médical comme non médical, y compris l'équipe de direction dès 2012.

Le directeur des ressources humaines a déjà utilisé ses jours épargnés avant de partir à la retraite. Les deux autres directeurs ont proposé de faire rectifier immédiatement leur solde de jours épargnés sur leur CET.

#### **5.4 Les problèmes de fonctionnement des autres instances**

Plusieurs commissions et comité ne se réunissent pas régulièrement et/ou ne remplissent pas leurs missions, dans des domaines importants comme la politique médicale, la qualité et la sécurité des soins ou le dialogue social.

##### **5.4.1 La commission médicale d'établissement**

Celle-ci n'assume pas pleinement ses missions qu'il s'agisse de politique d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des soins, du projet médical ou de coordination de la politique médicale. Son rôle a toutefois été redynamisé récemment, sous l'impulsion de la nouvelle direction.

*Le rôle trop limité de la CME en matière de qualité et de sécurité des soins*

La loi HPST a inscrit comme priorité la qualité et la sécurité des soins, avec une implication conjointe de la direction générale et de la CME dont le rôle se trouve renforcé. Celle-ci doit dans ce domaine soumettre au directeur, président du directoire, pour décision, un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi et élaborer un rapport annuel<sup>64</sup>.

Par ailleurs, le décret n°2010-1029 du 30 août 2010 est venu intégrer la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans cette gestion globale de la qualité. Le médicament constitue ainsi un des volets du programme d'actions qualité et sécurité des soins porté par la direction d'établissement en lien avec la CME.

Cette dernière doit ainsi élaborer, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, un programme d'actions et un bilan qui doivent être intégrés au programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du CSP.

Aucun programme d'actions et d'indicateurs de suivi sur la qualité et la sécurité des soins n'a été présenté par le président de la CME.

---

<sup>64</sup> Articles L. 6143-7, L. 6144-1, R. 6144-2-21 et D. 6143-3 du CSP.

Par ailleurs, un courrier de l'ARS adressé au directeur de l'hôpital de Digne le 4 novembre 2011, soulignait : « des insuffisances notables dans la conduite de la politique du médicament par la CME, insuffisances déjà soulevées dans le courrier de l'année précédente et qui pour la plupart n'ont pas été prises en compte. Ces manquements viennent confirmer l'absence d'implication de la CME et de son président. »

Ce courrier concluait en indiquant que « la persistance de manquements soulignés régulièrement et l'absence d'implication de la CME nuisent gravement à la sécurité de la prise en charge des patients au sein de votre établissement. En conséquence, je me propose de fixer le taux de remboursement pour l'année 2012 à 70 % »<sup>65</sup>.

Suite à la réponse de l'hôpital de Digne, le directeur général de l'ARS avait réévalué ce taux pour 2012 à 90 % et demandé à l'établissement de lui «faire parvenir le compte rendu de la CME du 28 novembre 2011 qui devrait créer une sous-commission chargée d'animer la politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en précisant toutefois ses objectifs et le calendrier des actions qui devront être mises en œuvre en 2012».

Il s'agit pourtant, là encore, de problèmes récurrents et anciens.

Depuis 2008, l'établissement a été sanctionné sous forme de pénalités financières pour non-respect du contrat de bon usage en 2008, 2009, 2011 et 2012. Toutefois les pénalités n'ont jamais été appliquées. Or, la sanction financière est un élément fondamental du contrat de bon usage. L'absence d'effectivité des sanctions pourrait expliquer pour partie le manque de motivation à mettre en place les actions correctrices.

S'il constitue un enjeu de santé publique, le contrat de bon usage du médicament constitue également un enjeu en termes de maîtrise des dépenses. Or on constate, au cours de la période sous contrôle (2006 à 2011), une forte progression (plus marquée en 2011) des dépenses pharmaceutiques (cf. paragraphe 3.4.2).

Le PV de la CME du 21 mars 2011 soulignait, suite à la démission du président de la COMEDIMS, l'absence de mise en œuvre des plans d'action proposés par cette instance par manque de moyens et un problème avec la direction. Le nouveau président de la COMEDIMS n'a été désigné par la CME que courant 2012.

Ainsi, alors que les manquements en termes de qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse peuvent être qualifiés de « graves » à Digne, la présidence de la COMEDIMS est restée vacante pendant plus d'un an. Cette commission qui avait un rythme de réunion trimestriel, ne s'était d'ailleurs plus réunie après la démission de son président. Celle-ci a retrouvé un rythme de travail régulier depuis avril 2013.

Par ailleurs, la réorganisation du dispositif sur la qualité et la sécurité des soins n'a été mise en place qu'en 2012 soit plus de deux ans après la réforme introduite par la loi HPST. Les plans d'action avec les mesures correctives en rapport avec les manquements constatés par l'ARS au titre du contrat de bon usage du médicament n'ont a fortiori pas encore été totalement mis en œuvre.

---

<sup>65</sup> Instauré en 2005 (décret n°2005-1023 du 24 août 2005 modifié par le décret n°2008-1121 du 31 octobre 2008), le contrat de bon usage du médicament (CBU) est conclu pour une durée de trois à cinq ans, entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie et le représentant légal de l'établissement après avis conforme de la commission médicale d'établissement. L'hôpital s'engage sur des objectifs visant à améliorer et à sécuriser le circuit du médicament. Le contrat est assorti d'un dispositif financier incitatif : si les engagements ne sont pas respectés, le directeur général de l'ARS peut décider de fixer un taux de remboursement inférieur à 100 % des médicaments hors GHS (groupe homogène de séjour), c'est-à-dire non inclus dans le tarif du séjour hospitalier, sans pouvoir cependant descendre en dessous de 70 %. L'objectif de cette contractualisation est double : sécuriser le processus et maîtriser les dépenses.

### La CME et le projet médical

Ce dernier vient d'être adopté en juin 2013. Jusque-là, le rôle de la CME avait donc été réduit à sa plus simple expression.

### Le rôle de la CME dans la coordination de la politique médicale

Le président de la commission médicale d'établissement doit présenter au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement<sup>66</sup>. A ce jour, un tel rapport n'a jamais été produit et aucune explication n'a été apportée à cette situation.

#### 5.4.2 Le comité de suivi des 35 heures

Institué dans le cadre du protocole 35 heures de l'hôpital du 26 janvier 2005, ce comité ne s'est plus réuni depuis 2009.

Dans sa réponse l'ordonnateur indique que le guide du temps de travail sera revu en 2013 et le comité de suivi des 35 h réactivé à l'issue de cette actualisation.

La chambre prend acte de cet engagement.

## **6 UNE SOUS ACTIVITE FINANCIEREMENT PENALISANTE**

### **6.1 La structure et l'évolution de l'activité**

L'évolution de l'activité est contrastée selon les secteurs et selon les modes de prise en charge ambulatoire ou en hospitalisation complète (voir tableaux en annexe 11.8).

#### 6.1.1 Une hausse des consultations externes

Les consultations externes ont progressé de 37 % entre 2006 et 2011. Cette évolution positive notable est constante sauf pour 2009. Elle n'a toutefois qu'un impact limité pour l'hôpital dans la mesure où cette activité ne représente qu'environ 9 % de l'activité d'hospitalisation.

En 2010 une partie de la hausse s'explique par une requalification de séjours aux urgences d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) en consultations d'urgence et dans une moindre mesure, par la requalification de 256 séjours d'hospitalisation de jour et désormais codés en consultations externes (cas par exemple des endoscopies sans anesthésie), suite à un contrôle de l'assurance maladie.

Par ailleurs, des dysfonctionnements ont été relevés<sup>67</sup> : une signalétique et un standard téléphonique défectueux, des problèmes d'archivage (les secrétaires doivent se déplacer pour aller chercher les dossiers des patients, d'où une absence de leur poste de travail) et une saisie non exhaustive des actes externes. La résolution de ces problèmes permettrait d'augmenter cette activité.

---

<sup>66</sup> Article D. 6143-37-2 du CSP.

<sup>67</sup> PV de la CME du 21 février 2011, compte-rendu de réunion de l'UF consultations externes du 22 avril 2011 et feuille de route projet de pôle année 2011.

### 6.1.2 Une baisse de l'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique

Entre 2007 et 2010<sup>68</sup>, le niveau global d'activité en MCO mesuré en nombre de séjours réalisés connaît une baisse (-2%) modérée par le dynamisme, en son sein, de la chirurgie (+11 %). Les activités de médecine et d'obstétrique diminuent, elles, de façon presque continue sur ces quatre années.

En 2011, la diminution d'activité s'accroît (-6% par rapport à 2010) principalement dans les secteurs de l'obstétrique et de la chirurgie.

La baisse d'activité de la maternité est sans doute en partie liée à l'ouverture du nouvel hôpital de Manosque qui a, en outre, recruté un obstétricien de l'hôpital de Digne et à l'arrêt maladie d'un obstétricien en 2011, ce qui explique la forte baisse de l'obstétrique en 2011.

Il est par ailleurs constaté un taux anormalement élevé et non expliqué des césariennes puisqu'il atteint 28 % en 2010 alors que ce même taux pour les autres centres hospitaliers publics varie entre 15 % (pour les plus performants) et 21 % (pour les moins performants)<sup>69</sup>.

S'agissant de la chirurgie, l'activité baisse de 13 % entre 2010 et 2011. Celle-ci ne représente plus que 24 % des séjours en 2011, contre 27 % en 2010.

### 6.1.3 Une sous activité du bloc opératoire

L'activité du bloc opératoire avait fait l'objet d'observations dans le précédent rapport de la chambre qui évoquait déjà un problème de surdimensionnement. L'analyse du TROS (temps réel d'occupation des salles)<sup>70</sup> pour l'établissement donne un bilan précis de l'occupation des salles (calculé hors salle de césarienne et sur la base des horaires d'ouverture de 7 h 30 à 15 h 30). Ainsi, le temps d'occupation journalier moyen des salles est évalué pour 2010 à 50 % et pour 2011 à 46 %. L'hôpital se situe donc bien en dessous de l'objectif de la MeaH<sup>71</sup> qui est un TROS moyen compris entre 75 % et 80 % par jour. Cet indicateur confirme par ailleurs que la sous-activité du bloc opératoire n'est pas liée à l'insuffisance du nombre de salles.

Cette sous-utilisation est également démontrée au travers de l'indicateur «ICR (indice de coût relatif) par salle d'intervention»<sup>72</sup>. Le centre hospitalier compte en 2010, 127 579 ICR et se classe ainsi en dessous des établissements les moins performants de même typologie (dont la moyenne est de 142 414 ICR)<sup>73</sup>.

Enfin, les documents transmis par la cellule d'analyse de gestion et de statistiques de l'hôpital, montrent que 55 % des interventions en 2010 et 54 % en 2011 ont été réalisés par seulement 4 des 17 chirurgiens. L'activité du bloc opératoire repose essentiellement sur un stomatologiste, un ophtalmologue et deux orthopédistes. Il s'agit d'un point de fragilité, d'autant plus inquiétant que ces chirurgiens sont proches de la retraite.

---

<sup>68</sup> En raison d'un changement de traitement informatique, les données de 2006 ne sont pas disponibles.

<sup>69</sup> Données issues de l'outil Hospi-Diag.

<sup>70</sup> TROS : Temps Réel d'Occupation des Salles qui correspond à la part du « temps de mise à disposition établissement » réellement occupée par une intervention.

<sup>71</sup> Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers créée en mai 2003 et rattachée au Ministère de la santé. Cette mission a été intégrée au sein de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) lors de la création de celle-ci en 2009.

<sup>72</sup> ICR : Indice de Coût Relatif qui prend en compte la lourdeur des interventions réalisées au bloc et mesure la productivité chirurgicale.

<sup>73</sup> Base de données Hospi-Diag

## 6.2 Le positionnement concurrentiel

### 6.2.1 Pour la MCO

L'hôpital perd des parts de marché sur toutes les activités médecine, chirurgie et obstétrique. Celle de la chirurgie est particulièrement faible puisqu'elle atteint à peine 26 %.

Compte tenu des caractéristiques du bassin de population que le CH de Digne dessert (enclavé géographiquement et disposant d'un réseau routier peu développé), ce faible positionnement pose question et ce d'autant que l'hôpital n'est plus confronté à Digne à une concurrence du privé.

#### **PARTS DE MARCHÉ SUR LA ZONE D'ATTRACTIVITÉ (%)**

| Activité    | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------|------|------|------|------|------|
| médecine    | 63   | 60,6 | 61,6 | 58,3 | 56,6 |
| chirurgie   | 31,1 | 26,1 | 26,9 | 25,8 | 26   |
| obstétrique | 78,4 | 78,4 | 74,1 | 72,7 | 66,5 |

Source : Hospi-Diag

Entre 2009 et 2011, les parts de marché perdues par l'hôpital de Digne ont bénéficié au Centre Hospitalier de Manosque.

### 6.2.2 Pour la psychiatrie

Aucune analyse relative à l'offre de soins psychiatriques n'a pu être fournie par la direction de l'hôpital. La seule donnée disponible provient donc du procès-verbal du conseil d'administration en date du 9 décembre 2008 qui mentionne la rareté des dispositifs privés, le CH devant faire face à la quasi-totalité de la demande. Le taux de fuite serait dès lors inférieur à 1 %. Compte tenu de cette insuffisance de l'offre, une augmentation des files d'attente serait constatée<sup>74</sup>.

La chambre prend acte de l'engagement de l'établissement de développer en psychiatrie, en collaboration avec l'ARS PACA, une analyse des flux de patients et de se doter de l'outil PMSI Pilot.

## 6.3 Les causes de la sous activité

### 6.3.1 Des difficultés dans l'organisation interne (DMS)

#### **Evolution de la durée moyenne de séjour (DMS)**

| Activité*       | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Evolution 2007/2011 |      |
|-----------------|------|------|------|------|------|---------------------|------|
|                 |      |      |      |      |      | En nb               | En % |
| Médecine        | 6,74 | 6,68 | 7,13 | 7,48 | 7,45 | 0,71                | 11%  |
| Chirurgie       | 6,01 | 5,96 | 6,09 | 6,04 | 5,76 | -0,25               | -4%  |
| Obstétrique     | 5,03 | 5,06 | 4,80 | 4,70 | 4,50 | -0,53               | -11% |
| Ensemble du MCO | 6,35 | 6,30 | 6,58 | 6,79 | 6,72 | 0,37                | 6%   |

\* hors RSS (Résumé de Sortie Standardisé) de 0 jour<sup>75</sup>

<sup>74</sup> Source : Projet médical du CH de Digne-les-Bains, 2009

<sup>75</sup> La DMS indiquée "hors RSS 0 jour" est celle des séjours en hospitalisation complète, en excluant donc du calcul les séjours ambulatoires

La DMS augmente de 6 % pendant la période 2007/2011. Cette hausse provient du secteur médecine qui produit des séjours dont la durée moyenne est de 7,5 jours.

Le problème de la durée de séjour avait déjà été relevé lors du précédent examen de la gestion (2005) et dans le diagnostic de la société IRIS, fin 2008. Il s'agit donc d'un problème ancien et récurrent. Le conseil de pôle MCO qui s'est réuni début 2011 a ébauché des pistes pour diminuer la DMS, telles que le développement de la préadmission, la rapidité d'intervention des spécialistes, l'amélioration des délais de retour des analyses, ainsi que la programmation de la sortie et le suivi des patients par les assistants sociaux.

Compte tenu du mode de financement à l'activité, ces durées de séjour anormalement longues causent un préjudice financier important. Selon la BDHF<sup>76</sup>, pour l'année 2011, sur la base des données d'activité de Digne, l'écart de DMS par rapport à la DMS théorique<sup>77</sup> aurait été de +0,2 jours et aurait eu un impact de - 1,7 M€, dont -1M€ pour les séjours de médecine, - 0,6 M€ pour la chirurgie et - 0,1 M€ pour l'obstétrique.

### 6.3.2 Des insuffisances de codage

Il s'agit, là encore, d'un problème ancien et récurrent, évoqué fréquemment.

Le problème d'une sous valorisation de l'activité a ainsi été soulevé à plusieurs reprises par le comité de pilotage et de suivi du projet médical.

Un audit interne a été conduit à ce sujet en 2009, lequel semble avoir porté ses fruits au vu de l'indicateur (Hospi-Diag) «pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4<sup>78</sup>». La progression est en effet nettement sensible en 2009 et 2010 puisqu'il passe de 3,6 en 2008 à 6,2 en 2009 et 6,7 en 2010.

Ce sujet a été de nouveau abordé en 2011 lors des réunions du directoire des 15 mars et 10 mai et du pôle MCO. L'objectif d'amélioration du codage est enfin rappelé dans le PRE 2011.

### 6.3.3 Le problème du recrutement médical

Il constitue l'un des points faibles déjà signalés dans le cadre du projet médical de 2009. Le chapitre relatif à la gestion des ressources humaines (§9.1.2) souligne l'absence de renouvellement du personnel médical.

L'évolution défavorable de l'absentéisme médical représente une tendance lourde. Sur toute la période de 2006 à 2010, le nombre de jours d'absence pour ce personnel a quasiment triplé (+176%). L'année 2011 a enregistré par ailleurs un fort absentéisme en raison d'arrêts maladie longs de plusieurs médecins. En outre, la même année, on observe un arrêt d'activité et un décès.

Le projet de mise en place d'une cellule de recrutement qui faisait pourtant partie du projet médical n'a toujours pas abouti. Un compte-rendu du directoire du 10 janvier 2012 met de nouveau l'accent sur l'absence de politique de recrutement.

Dans sa réponse, l'ordonnateur indique que les arrêts maladie longs ont été remplacés dans la mesure du possible (médecins intérimaires), le poste de stomatologue resté vacant 6 mois et celui d'ophtalmologue remplacé sans interruption d'activité. Ces événements conjoncturels se seraient traduits par une perte sur l'activité du bloc estimée à 1300 patients.

---

<sup>76</sup> La BDHF (Banque de Données Hospitalières de France) recueille les données des grandes bases nationales telles que le PMSI, le SAE et les comptes financiers

<sup>77</sup> Calculée sur des séjours théoriques dont les durées épousent le profil national de durées dans chaque GHS

<sup>78</sup> Cet indicateur met en évidence la lourdeur du terrain des patients pris en charge par l'établissement

Il précise que le président de la CME a proposé récemment de créer une cellule de recrutement médical qui sera mise en place en 2013.

## **7 UNE ACTIVITE LIBERALE NON CONTROLEE ET IRREGULIERE**

### **7.1 Présentation générale**

#### 7.1.1 Réglementation

Les praticiens hospitaliers qui le souhaitent peuvent exercer une activité libérale au sein de l'hôpital. Cette possibilité n'est ouverte toutefois qu'aux seuls praticiens hospitaliers à temps plein.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers est encadrée par plusieurs textes législatifs et réglementaires. L'article L. 6154-2 du code de la santé publique en fixe les grands principes<sup>79</sup>.

Ses modalités d'exercice font en outre l'objet d'un contrat type réglementaire conclu entre le praticien et l'établissement (articles L. 6154-4 et R. 6154-4 du CSP).

La circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 précise par ailleurs que les praticiens à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle.

Le praticien hospitalier qui exerce une activité publique peut choisir de percevoir ses honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. En contrepartie de la possibilité d'exercer une activité libérale au sein du service public hospitalier, il doit s'acquitter du versement d'une redevance<sup>80</sup>. Celle-ci dédommage l'établissement qui met ses installations et son personnel à la disposition du praticien. Elle est fixée en pourcentage des honoraires perçus, dépassements éventuels compris. Lorsque le praticien perçoit directement ses honoraires, il doit envoyer au directeur de l'établissement un état récapitulatif de l'exercice de son activité libérale, nécessaire au calcul de la redevance. Celle-ci doit faire l'objet d'un paiement trimestriel<sup>81</sup>.

#### 7.1.2 L'activité libérale est assez largement répandue au sein du CH de Digne

Elle concerne l'activité MCO mais aussi la psychiatrie et couvre la quasi-totalité des principales spécialités exercées au sein de l'établissement<sup>82</sup>.

---

<sup>79</sup> L'article L. 6154-2 du code de la santé publique précise quatre conditions : les praticiens hospitaliers temps plein ne peuvent exercer une activité libérale qu'au sein de l'établissement dans lequel ils ont été nommés ; ils doivent exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ; la durée ne doit pas excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens, soit deux demi-journées ; le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

<sup>80</sup> Article L. 6154-3 du CSP : « [...] L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret. Les actes de scanographie donnent lieu au reversement, au bénéfice du praticien radiologue hospitalier par l'établissement public qui l'emploie, d'une quote-part du forfait technique lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre de l'exercice libéral de ce praticien. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de cette disposition. »

Article D. 6154-10-3 du CSP : pour les CH, la redevance est de 15 % pour les consultations, 16 % (20 % avant 2008) pour les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie (60 % pour ces actes), et 20 % pour les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel. Les examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil (scanner, IRM, TEP-scan) ne sont pas soumis à redevance.

Article R. 6154-8 : « La quote-part du forfait technique mentionnée au dernier alinéa de l'article L.6154-3 est fixée à 20 % de son montant ».

<sup>81</sup> Article R. 6154-3 du CSP

<sup>82</sup> Chirurgie générale, gastro-entérologie, radiologie, psychiatrie générale, médecine interne, anesthésie, gynécologie-obstétrique, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale

La totalité des praticiens exerçant une activité libérale a choisi de percevoir directement ses honoraires et se trouve par ailleurs en secteur 1. Il n'y a donc pas de problématique liée à des dépassements d'honoraires.

Les contrôles de l'activité libérale effectués par l'hôpital apparaissent très insuffisants. Il n'est dès lors pas surprenant que des dérives importantes par rapport à la réglementation aient été relevées par la chambre, que ce soit au niveau des volumes d'activité (temps consacré, actes réalisés) que des modalités d'exercice de celle-ci (traçabilité insuffisante, non-respect des règles d'information et de libre choix du patient et de la distinction entre secteurs public et privé).

## 7.2 Des contrôles insuffisants

Le contrôle de l'activité libérale repose en premier lieu sur la commission locale de l'activité libérale<sup>83</sup> (CAL). Dans le cas présent, celle-ci n'a pas assumé pleinement son rôle. Il en est de même pour la direction de l'hôpital dont l'inertie ne peut à nouveau qu'être constatée.

### 7.2.1 Une commission de l'activité libérale qui n'exerce pas ses missions

L'article R. 6154-11 du CSP précise que la CAL veille « *au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens* » et qu' « *elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil d'administration, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement* ».

Ce même article prévoit également que la CAL établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité et sur les informations financières qui lui sont communiquées (tous les six mois) par les organismes de sécurité sociale. Ce rapport doit être transmis, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

En application de la réglementation précitée, une commission de l'activité libérale a bien été mise en place au sein de l'hôpital. Toutefois, celle-ci s'est peu réunie et n'a assuré que très partiellement ses missions.

Depuis 2006, la commission ne s'est réunie que deux fois (en 2008 et 2009). Or, elle doit se réunir au moins une fois par an<sup>84</sup>. Une des raisons invoquée par l'hôpital réside dans la réception tardive des informations du Système national inter-régimes SNIR<sup>85</sup>, explication non recevable, les relevés SNIR devant être transmis tous les six mois<sup>86</sup>. Il suffisait alors à l'hôpital d'adresser un courrier de relance à l'assurance maladie.

La CAL ne dispose plus de président depuis 2010. Cela est d'autant plus problématique que c'est lui qui convoque la commission<sup>87</sup>.

---

<sup>83</sup> Circulaire DHOS/M2 n°2005-469 du 14 octobre 2005

<sup>84</sup> Article R. 6154-14 du CSP

<sup>85</sup> Relevé SNIR : relevé de l'activité libérale d'un praticien transmis par la CPAM.

<sup>86</sup> Article R. 6154-3 du CSP : « *les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent tous les six mois au directeur et au président de la commission de l'activité libérale les informations énumérées à l'article L. 6154-3* ».

<sup>87</sup> Article R. 6154-14 du CSP.

Par ailleurs, même lorsque la CAL se réunissait, les procès-verbaux de ses sessions étaient très succincts en dépit de l'importance des problèmes évoqués et aucun rapport d'activité n'était établi contrairement à l'obligation réglementaire susmentionnée.

L'ordonnateur a précisé en réponse aux dysfonctionnements relevés par la chambre que la CAL se réunit de nouveau et qu'elle vient d'élire son président. Deux séances se sont ainsi tenues en mai et juillet 2013, la première ayant débuté par une restitution des observations de la chambre sur les irrégularités observées et les recommandations.

### 7.2.2 Des contrôles et un suivi insuffisants par la direction de l'établissement

Bien que le département de l'informatique médicale (DIM) de l'établissement dispose d'une base de données qui permet la discrimination entre ce qui relève des secteurs public et privé, il n'y a pas de suivi systématique de l'activité libérale, aucun contrôle n'étant réalisé quant à la répartition de l'activité entre ces deux secteurs.

S'agissant des services financiers, ceux-ci disposent des auto-déclarations des médecins et des relevés de la CPAM (SNIR) de l'activité libérale dont la sécurité sociale a connaissance du fait de la production des feuilles de soins des patients.

Un suivi comparé des relevés SNIR et des auto-déclarations fournis par les praticiens est effectué a posteriori, lorsque la direction financière reçoit les états du SNIR. Toutefois, ce suivi est particulièrement tardif (par exemple, pour 2010, les relevés n'ont été reçus que fin 2011) alors même que, comme souligné précédemment, l'établissement a la possibilité de recevoir ces relevés tous les six mois. Qui plus est, la direction financière a été dans l'incapacité de fournir des courriers de demande de régularisation auprès des médecins, pour la période précédant le contrôle de la chambre.

Dans sa réponse, l'ordonnateur indique que les tableaux de bord du DIM sont en cours d'amélioration pour permettre de suivre la répartition des secteurs public et privé et que des courriers ont été envoyés, suite aux remarques de la chambre, pour demander aux médecins de reverser les différences entre les relevés SNIR et les déclarations sur les trois dernières années.

La chambre prend acte des actions mises en œuvre et de l'engagement de l'hôpital d'assurer à l'avenir un suivi et un contrôle de l'activité libérale.

### 7.2.3 Des problèmes récurrents dont les signalements sont restés sans suite

Des problèmes avaient été signalés à plusieurs reprises, lors du comité technique d'établissement en 2006, au sein de la CAL en 2008 et 2009 mais aussi d'autres instances comme la CME et le conseil d'administration en 2009.

Des courriers avaient aussi été adressés à la direction. En février 2007, un praticien hospitalier avait ainsi alerté sur les dérives de l'activité libérale en hospitalisation. En 2008, un courrier du directeur de la CPAM soulignait «*les anomalies récurrentes*» et demandé au directeur de l'hôpital de prendre des mesures «*pour faire respecter scrupuleusement les dispositions réglementaires*». Ces courriers n'avaient reçu aucune réponse, aucune suite n'avait été donnée à l'ensemble de ces signalements démontrant une inertie de la direction de l'hôpital.

Aucune sanction n'a été mise en œuvre en dépit des irrégularités prouvées. Les contrats des praticiens concernés ont été automatiquement renouvelés et il n'y a eu ni retrait, ni suspension d'exercice d'activité libérale.

Lors de sa séance du 20 octobre 2009, le conseil d'administration<sup>88</sup> avait ainsi donné un avis favorable au renouvellement «groupé» des contrats d'activité libérale alors qu'au cours de cette même séance le directeur de l'établissement avait fait état d'une proportion d'activité libérale qui dépassait pour cinq praticiens la limite réglementaire. Pour deux d'entre eux, les dépassements semblaient avoir été tolérés par le conseil d'administration en raison de l'exercice de la présidence de la CME et de la participation au conseil exécutif.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le président de la CME, confirme et justifie la « tolérance » accordée pour tenir compte de la lourdeur de sa charge de travail résultant de sa fonction de président de CME. Il avait ainsi été autorisé à suspendre une demi-journée de consultations publiques, d'où une activité privée supérieure.

La chambre réfute la justification apportée, cette pratique ne reposant sur aucune disposition législative ou réglementaire. L'ajustement de la charge de travail aurait dû intervenir proportionnellement de façon à respecter la parité public/privé.

La suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer une activité libérale est décidée par le directeur de l'ARH/ARS sur proposition ou après avis de la CAL<sup>89</sup>.

Lors de la séance de la CAL de 2009, le directeur de l'établissement avait indiqué qu'en cas de méconnaissance des règles applicables à l'activité libérale, il demanderait à l'autorité de tutelle la suspension de l'autorisation d'activité libérale. Aucune action n'est venue concrétiser ces intentions.

### 7.3 Des dérives importantes

Des dérives ont été constatées par rapport au temps consacré à l'activité libérale, mais aussi par rapport au nombre d'actes effectués au titre de celle-ci, aux règles d'information et de libre choix des patients, à la distinction des secteurs public et privé et à la traçabilité de cette activité.

Le contrôle mené par la chambre a montré globalement un manque de transparence des conditions d'exercice libéral au centre hospitalier de Digne.

#### 7.3.1 Le non-respect des limites de temps

La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens hospitaliers temps plein<sup>90</sup>. Celle-ci étant fixée à dix demi-journées<sup>91</sup>, l'activité libérale ne peut dès lors excéder deux demi-journées par semaine.

L'analyse des plages horaires dédiées à l'activité libérale montre que les praticiens ne réservent effectivement pas plus de deux demi-journées par semaine à cette activité, conformément à la réglementation.

Toutefois, la répartition entre les secteurs privé et public pose deux problèmes qui ont trait au manque de fiabilité des plannings et à l'importance des amplitudes horaires concernées.

---

<sup>88</sup> Selon le texte de l'article L. 6154-4, en vigueur à cette époque le contrat d'activité libérale conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé « est approuvé par le représentant de l'Etat dans le département, après avis du conseil d'administration [...] pour une durée de cinq ans renouvelable ». L'article R. 6154-5 précise que « la révision et le renouvellement du contrat sont soumis à la même procédure de consultation [...] que le contrat initial »

<sup>89</sup> La CAL est obligatoirement consultée en cas de retrait ou de suspension (art. L. 6154-6 et D. 6154-15 du CSP)

<sup>90</sup> Article L. 6154-2 du CSP

<sup>91</sup> Article R. 6152-26 du CSP

### Un manque de fiabilité des plannings

L'activité libérale n'est pas toujours clairement identifiée. C'est le cas notamment en psychiatrie et en radiologie.

Pour la psychiatrie, les informations affichées ne font état d'aucune activité privée, laissant donc supposer que tous les entretiens sont effectués en secteur public. La direction de l'hôpital a néanmoins indiqué que deux plages étaient réservées à l'activité libérale de deux psychiatres, sans toutefois être en mesure de donner des explications claires sur le temps effectivement consacré à l'activité privée.

S'agissant de la radiologie, l'activité libérale est réalisée pour partie sur des plages réservées au secteur public.

Il en est ainsi des actes d'échographies pour lesquels les plannings affichés ne font état d'aucune plage privée alors qu'une partie de cette activité est réalisée en libéral.

A la suite du contrôle de la chambre, le planning figurant sur le site internet de l'hôpital a toutefois été modifié, une plage privée d'échographies étant désormais prévue.

Concernant les scanners, le rapprochement du nombre d'actes réalisés en libéral avec le volume des plages horaires affichées en secteur privé conduit à un résultat incohérent laissant penser qu'une partie est effectuée en dehors des plages affichées en privé.

### Des dépassements des volumes horaires autorisés

La comparaison des amplitudes horaires de chacun des secteurs montre que certains praticiens réservent nettement plus d'heures pour les plages effectuées en libéral que pour celles en public, ce qui explique qu'ils puissent effectuer davantage de consultations en libéral qu'en public.

Le Conseil d'Etat, consulté par le ministère de la santé, a répondu à la question du temps horaire réel consacré à une demi-journée de consultation au titre de l'activité libérale en ces termes : *«la pratique selon laquelle le temps réel en heures consacré à une demi-journée de l'activité libérale serait supérieur à celui consacré au titre de la demi-journée de l'activité publique est illégale si et dans la mesure où elle conduirait à méconnaître les dispositions du décret du 25 novembre 1987. Il en serait ainsi si les actes, compte-tenu de leur nombre et de leur volume, étaient inférieurs dans l'activité de consultation en secteur public à ce qu'ils seraient dans l'activité libérale. Il en serait également ainsi si le décompte du temps effectivement consacré à des demi-journées de consultation en activité libérale conduisait à estimer que le praticien ne respecte pas les dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret fixant le nombre de demi-journées à ne pas dépasser dans les options 1 et 3<sup>92</sup>. A cet égard, il paraît difficile d'admettre qu'une durée de consultation dépassant cinq heures ne correspond pas à plus d'une demi-journée».*

Or, tel est bien le cas en l'espèce, l'extension des plages horaires en privé permettant de réaliser plus de consultations en libéral qu'en public. En outre, les demi-journées qui dépassent effectivement une durée de cinq heures doivent être comptabilisées pour plus d'une demi-journée et sont dès lors illégales.

En réponse aux critiques formulées par la chambre, l'ordonnateur indique avoir pris en compte les observations de la chambre et joint à sa réponse un courrier conjoint direction et présidence de la CAL rappelant aux médecins la réglementation et leur demandant de préciser l'identification des plages privées et des horaires.

---

<sup>92</sup> Article 1<sup>er</sup> du décret du 25/11/1987 : les praticiens statutaires à temps plein [...] peuvent :

1. Soit consacrer une ou deux demi-journées par semaine à des consultations ;
3. Soit consacrer une demi-journée par semaine, éventuellement fractionnée, à des consultations et utiliser des lits du service pour l'hospitalisation de malades. Les jours et heures de consultation figurent au tableau de service

La chambre prend acte des actions mises en œuvre et de l'engagement de l'hôpital de faire cesser les dérives.

### 7.3.2 Le non-respect des limites en nombre d'actes

Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique<sup>93</sup>.

La comparaison en nombre d'actes différencie deux types d'activité : pour les consultations, c'est le nombre respectif dans chacun des secteurs qui doit être comparé ; quant aux actes, qu'ils soient réalisés en externe ou dans le cadre de l'hospitalisation, c'est le volume, soit la valeur en euros<sup>94</sup>.

#### La comparaison en nombre de consultations

Bien que les éléments disponibles auprès du département d'information médicale du CH de Digne ne soient pas exhaustifs pour ce qui est de l'activité libérale, les données transmises par l'hôpital lors de l'instruction ont permis de constater des dépassements parfois importants.

Certains praticiens atteignent ainsi un niveau d'activité libérale supérieur à celui de leur activité publique sur la plupart des années concernées par le contrôle de la chambre.

Les praticiens concernés par ces dépassements ont répondu aux extraits qui leur avaient été communiqués en justifiant ceux-ci. Toutefois, les explications apportées par ces praticiens ne sont pas recevables pour les raisons suivantes :

- les caractéristiques de la clientèle publique (patients plus âgés, pathologies plus lourdes..) expliquant des consultations moins nombreuses car plus longues, ne saurait justifier une dérogation à la règle de la parité et pourrait au contraire être compris comme une discrimination de clientèle au détriment du secteur public, ne laissant à celui-ci que la part non rentable ;
- la contestation des bases de comparaison tenant à l'absence de prise en compte des consultations internes publiques dans le calcul des pourcentages respectifs public/privé ne peut non plus être retenue. La réglementation précise en effet que : « *Concernant les consultations (représentant uniquement l'examen clinique et l'acte intellectuel) : il convient de considérer que ce sont les seules consultations externes effectuées au cabinet du praticien, comptabilisées par l'établissement sous ce mode d'admission, qui doivent être prises en compte pour la comparaison du nombre de consultations publiques/privées* ». En conséquence les consultations internes ne peuvent être prises en compte. En outre, il s'agit d'avis donnés en interne qui ne font pas l'objet de codification;

---

<sup>93</sup> Article L. 6154-2 du CSP

<sup>94</sup> La circulaire DHOS/M2 n°2005-469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale précise que

« Le Conseil d'état, consulté sur l'interprétation qu'il convient de donner à la comparaison de l'activité publique/privée, a considéré qu'il convient de tenir compte de l'ensemble des éléments de décompte et de comparaison utilisables pour chacune des activités exercées à savoir consultations, soins en hospitalisation et actes médico-techniques. Dans ces conditions :

Concernant les consultations (représentant uniquement l'examen clinique et l'acte intellectuel) : il convient de considérer que ce sont les seules consultations externes effectuées au cabinet du praticien, comptabilisées par l'établissement sous ce mode d'admission, qui doivent être prises en compte pour la comparaison du nombre de consultations publiques/privées.

Concernant l'hospitalisation et les actes médico-techniques (ceux destinés au diagnostic et aux actes figurant dans la NGAP ou la CCAM) : l'ordonnance du 4 septembre 2003 a introduit, à l'article L. 6154-3 susvisé, la notion « du volume » des actes. Le volume des actes correspond, selon le cas, aux coefficients affectés aux lettres clés figurant dans la NGAP ou à la valorisation tarifaire des actes codés par la CCAM. Afin d'apprécier la similitude entre la nature de l'activité publique et celle de l'activité privée, il convient de rapprocher les coefficients des lettres clés et la valorisation tarifaire rapportée à la valeur moyenne des actes effectués dans le cadre de l'activité publique à celle des actes effectués dans le cadre de l'activité libérale».

- la responsabilité des secrétaires médicales ne saurait enfin justifier les dépassements car l'activité médicale relève de la responsabilité des médecins ;

En conséquence la chambre maintient ses observations sur le non-respect de la parité des deux secteurs quant aux nombre de consultations.

#### La comparaison pour les activités autres que consultations

L'établissement a transmis des données pour les actes externes à l'exclusion des actes relevant de l'hospitalisation puisque ceux-ci seraient, selon la direction, effectués exclusivement en secteur public.

Les informations transmises concernent la radiologie sur les deux années 2009 et 2010.

Le nombre de consultations effectuées en radiologie est bien globalement supérieur en public sur les deux années, conformément à la réglementation.

Par contre, pour les actes, la comparaison en volume n'a pu être réalisée, les données n'étant pas disponibles.

Une analyse par nature d'actes a été faite. Elle permet de donner un éclairage de gestion et de vérifier qu'un type d'acte n'est pas réalisé exclusivement en secteur privé<sup>95</sup>.

Elle montre qu'il n'y a aucun acte privé pour la radiologie conventionnelle, l'activité libérale se concentrant sur les actes les plus rémunérateurs pour le médecin comme les actes de scanners ou d'IRM. Pour ces derniers, le médecin ne reverse aucune redevance et perçoit en outre le reversement d'une partie du forfait technique pour les scanners (pour les autres actes la redevance est de 20 à 60% du montant des honoraires). Cette activité libérale est donc particulièrement rémunératrice pour le praticien.

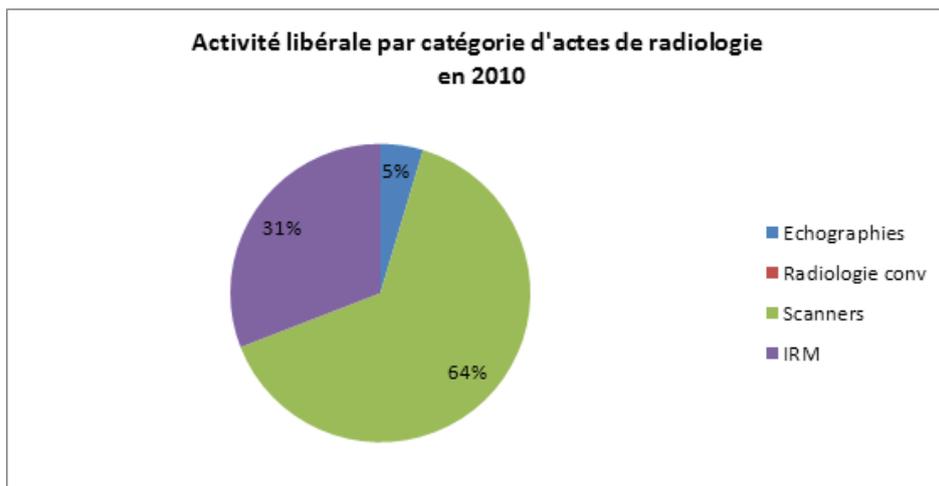
L'analyse par type d'actes fait donc apparaître une répartition déséquilibrée de l'activité libérale qui se concentre sur les scanners et IRM, soit sur des équipements rares.

Elle permet aussi de montrer une pratique libérale irrégulière pour les IRM, ceux-ci étant effectués pour leur quasi-totalité dans le cadre de l'activité libérale (y compris pour les patients hospitalisés en secteur public). Ceux-ci étant réalisés dans le cadre d'un GIE, l'analyse détaillée de cette activité figure au chapitre sur la coopération hospitalière.

#### **Activité libérale par nature d'actes en 2010**

| Actes                        | en nombre | en % |
|------------------------------|-----------|------|
| Echographies                 | 167       | 5%   |
| Radiologies conventionnelles | 0         | 0%   |
| Scanners                     | 2 339     | 64%  |
| IRM                          | 1 121     | 31%  |
| Total                        | 3 627     | 100% |

<sup>95</sup> Art. L 6154-2 du CSP



La chambre prend acte de l'engagement de l'hôpital d'améliorer le suivi et le contrôle des actes et notamment celui en volume, lequel n'avait jusqu'à présent jamais été fait.

Elle prend acte également des actions déjà mises en œuvre (courriers adressés récemment aux médecins par la direction et la CAL contenant un rappel de la réglementation quant à la limite en nombre et volume de l'activité libérale).

### 7.3.3 Le non-respect des règles d'information et de libre choix des patients

L'information du patient doit être complète et le choix d'être traité en secteur libéral, exprimé sans ambiguïté. Ainsi, l'article R. 6154-7 du CSP dispose que «*pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien reçoit, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix*».

Par ailleurs, le commentaire par l'ordre des médecins de l'article 98 «Abus de fonction» du code de déontologie médicale précise que «*le médecin doit veiller à ce qu'aucune confusion n'apparaisse entre l'activité publique et l'activité privée. Il s'assurera du libre choix des patients et de l'égalité d'accès à l'un et l'autre des secteurs de soins et respectera la proportion de temps qu'il doit consacrer au cours de la semaine respectivement à l'une et à l'autre activité*».

#### Pour les consultations :

Des dérives ont été constatées en ce qui concerne l'affichage des plages horaires et des tarifs.

Lorsque l'activité libérale est réalisée sur des plages publiques, le patient peut ne pas s'apercevoir qu'il est en secteur privé dans la mesure où il n'y a pas de dépassement d'honoraires.

En outre, la répartition des plages horaires limite, dans les faits, le choix du patient et donc l'égal accès au secteur public. Tel est le cas des plages du soir et du mercredi, exclusivement réservées à l'activité libérale, alors qu'il s'agit des horaires les plus demandés. Sept praticiens sur treize avaient ainsi placé une partie de leurs consultations en libéral le mercredi et quatre d'entre eux ne proposaient aucune consultation publique ce jour-là.

Par ailleurs, l'affichage des tarifs et des modes de prise en charge est insuffisant.

Le professionnel de santé doit en effet «*afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture*»<sup>96</sup>. Ces informations incluent l'affichage des tarifs pratiqués et les

<sup>96</sup> Articles L. 1111-3 et R. 1111-21 à R. 1111-25 du CSP

conditions de remboursement par l'assurance maladie. Cette exigence d'affichage des tarifs est rappelée dans les contrats d'activité libérale des praticiens.

En l'absence de salle d'attente, le praticien doit afficher ses tarifs dans le lieu de réception le plus approprié. En cas de salle d'attente commune à plusieurs professionnels, les affichages doivent être clairement identifiés, sans ambiguïté pour le patient<sup>97</sup>. Cette obligation d'information vaut même si les actes sont effectués en secteur 1 et apparaît particulièrement importante en cas de consultation libérale puisque le patient doit alors faire l'avance des frais.

A l'hôpital de Digne, en dépit de l'existence de plusieurs salles d'attente dédiées aux consultations externes, aucun tarif, ni aucune précision sur les modalités de remboursement n'ont été affichés jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Depuis cette date, la direction a demandé aux praticiens ayant une activité libérale de consultation de faire signer à leurs patients un document<sup>98</sup>. Celui-ci ne saurait toutefois être considéré comme satisfaisant car il ne précise pas les règles applicables et notamment le fait que le patient aura à faire l'avance des frais.

#### Pour les actes effectués en hospitalisation :

Dans le cadre d'une hospitalisation, les règles sont plus strictes : il faut, cette fois, non seulement une information du patient mais également obtenir son consentement par écrit pour qu'il puisse être pris en charge au titre d'une activité libérale.

L'article R. 6154-7 du CSP dispose ainsi que *«en cas d'hospitalisation, (le patient) formule expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien»*.

Le guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé<sup>99</sup> précise qu'*«en cas d'hospitalisation, si le patient souhaite être traité en secteur libéral, il (ou un ayant droit) doit formuler cette option par écrit, dès son entrée, après qu'il a pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix. A défaut, la responsabilité de l'établissement peut être mise en cause. Le dossier d'admission est constitué dans les mêmes conditions que celles applicables aux admissions dans le secteur public»*.

Si le patient n'a pas fait son choix par écrit dès l'admission, il est alors admis en secteur public et il ne lui est plus possible, ensuite, de passer en secteur libéral sauf exception dûment justifiée et encadrée. L'article R. 1112-23 du CSP, rappelé dans le guide précité, stipule en effet qu'*«aucun malade ne peut être transféré dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers, s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers. Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le directeur sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit et après avis du chef de service»*.

Le commentaire par l'ordre des médecins de l'article 98 «Abus de fonction» du code de déontologie médicale rappelle aussi cette règle puisqu'il indique que *«les soins d'un patient pris en charge initialement dans le secteur public ne devront pas être poursuivis dans le secteur privé, sauf demande expresse du patient ...»*

A Digne, tous les patients hospitalisés sont admis en secteur public.

---

<sup>97</sup> Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé en ligne sur le site du ministère de la santé, version 12/11/2009, actualisation du site au 2/04/2010.

<sup>98</sup> dont le contenu est le suivant : *«Je soussigné ... atteste par la présente que j'ai reçu, en application de l'article R. 6154-7 du code de la santé publique, toutes indications quant aux règles qui me seront applicables du fait que j'ai choisi d'être traité par le Dr ... au titre de son activité libérale. Fait à Digne-les-Bains, le ...»*.

<sup>99</sup> Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé en ligne sur le site du ministère de la santé, version 12/11/2009, actualisation du site au 2/04/2010

Le contrôle mené par la chambre a pourtant montré que des actes concernant des patients hospitalisés en séjour public avaient été effectués dans le cadre de l'activité libérale, sans le consentement écrit des patients concernés puisque cette activité libérale en hospitalisation est censée ne pas exister. Ces actes effectués en libéral sur des patients hospitalisés en public sont donc irréguliers.

Les anesthésistes, interrogés dans le cadre du présent contrôle, compte tenu de la spécificité de leur discipline, ont reconnu faire des actes en libéral et expliqué que le patient était informé oralement de cette situation, la signature de la feuille de soins destinée au remboursement par l'assurance maladie, lors de la consultation d'anesthésie, soit avant l'opération, constituant la preuve écrite de son choix.

Un tel argumentaire apparaît totalement irrecevable au vu des exigences réglementaires<sup>100</sup>. La signature de la feuille de soins ne garantit en effet en aucun cas que le patient ait pris connaissance des conditions particulières qui s'appliquent à l'activité libérale, ni valoir expression écrite de son choix pour une hospitalisation privée comme l'exige la réglementation.

En outre, le fait de faire signer la feuille de sécurité sociale de remboursement avant l'opération est tout à fait contestable, celle-ci ne pouvant être renseignée qu'a posteriori, après la réalisation de l'acte d'anesthésie.

Il est vrai que cette situation n'a pas d'incidence financière pour le patient au CH de Digne puisqu'en matière d'hospitalisation, il n'a pas d'avance de frais à faire (application du tiers payant, c'est le praticien qui envoie alors la feuille de soins à la sécurité sociale pour se faire payer ses honoraires) et que les praticiens concernés sont en secteur 1. Ce système est donc indolore pour le patient qui peut ne pas avoir conscience d'être en secteur privé.

En revanche il n'est pas neutre pour le praticien concerné puisque celui-ci perçoit de l'assurance maladie, en sus de son salaire de PH temps plein, des honoraires au titre d'une activité libérale irrégulière.

Cette irrégularité n'est pas que de forme. En se dispensant des règles d'information et de consentement du patient, le praticien contourne les possibles refus et maximise ainsi son activité libérale et donc le montant des honoraires qu'il perçoit. La persistance de cette irrégularité est d'autant moins admissible qu'elle avait fait l'objet dès 2007 d'un signalement au directeur.

Dans sa réponse l'hôpital indique que les courriers envoyés récemment aux médecins suite au contrôle de la chambre, ont rappelé la réglementation et demandé aux praticiens de communiquer à l'administration copie de l'information écrite remise au patient sur les coûts pratiqués et les conditions de remboursement par l'assurance maladie, le formulaire de consentement écrit proposé dans le cadre d'une hospitalisation et la copie du document affiché dans le service explicitant les conditions de l'activité libérale et les tarifs pratiqués. Ces règles ont également été rappelées par la CAL (réunion de mai 2013).

Certains praticiens concernés ont répondu qu'ils n'avaient pas été informés de ces exigences réglementaires et que désormais l'accord écrit du patient serait recueilli.

La chambre prend acte des actions engagées. Elle rappelle également que les feuilles de soins ne peuvent être signées avant l'opération.

#### 7.3.4 Une traçabilité insuffisante

Les établissements ont l'obligation de se doter d'un outil fiable permettant de mesurer l'activité publique et l'activité libérale d'un praticien<sup>101</sup>. De nombreuses discordances ont cependant été observées entre les données disponibles auprès du DIM et celles issues des relevés SNIR, ce qui pose un problème de fiabilité de la base de données de l'hôpital.

---

<sup>100</sup> Articles R. 6154-7 et R.1112-23 du CSP

<sup>101</sup> Circulaire DHOS/M2 n°2005-469 du 14 octobre 2005

Celle-ci est issue du logiciel MEDIS. Comme cela a été indiqué précédemment, il n'y a pas de contrôle des informations issues de cet outil.

Si l'on ne constate pas, en général, d'écarts très importants pour les consultations, il n'en va pas de même par contre pour la radiologie mais surtout pour la psychiatrie et pour les actes relevant de l'hospitalisation.

Les actes de radiologie sont tracés mais imparfaitement, il est en effet relevé des discordances tantôt en positif, tantôt en négatif entre les données de l'hôpital et celles des relevés SNIR.

Par contre, pour les actes effectués en psychiatrie et en hospitalisation, il est constaté une absence totale de traçabilité.

Les données du DIM ne mentionnent aucun acte privé dans ces domaines sauf pour l'anesthésie où quelques actes ont été saisis, mais à la marge.

Les relevés SNIR des praticiens montrent pourtant que des actes sont effectués au titre de l'activité libérale.

Interrogés lors du contrôle, des praticiens ont donné deux explications différentes :

- l'existence d'un blocage informatique, la case activité libérale du logiciel MEDIS ne pouvant être cochée, tous les actes ressortent automatiquement en actes publics. Cette explication est cohérente avec le fait qu'il n'y a pas, en hospitalisation, d'unité fonctionnelle différenciée (puisque'il n'y a pas d'hospitalisation privée). A supposer cette explication exacte, l'absence de réaction de l'administration et des praticiens concernés à un dysfonctionnement aussi évident apparaît difficilement justifiable ;
- les secrétaires effectuant le codage ne savaient pas qu'il fallait cocher la case «*activité libérale*» lorsque l'acte était effectué en libéral et n'en auraient été informées que très récemment. L'écran du logiciel MEDIS, mis en place depuis 20 ans, faisant clairement apparaître une case «*a. libérale* », cette explication apparaît peu plausible.

Le DIM a confirmé ces écarts par des problèmes de saisie informatique et précisé que le système informatique serait revu pour le fiabiliser.

Au final, la chambre constate qu'alors que l'activité libérale est relativement répandue, la direction de l'hôpital n'a pas mis en place un système fiable de recueil des données auprès des praticiens concernés. Ces médecins ne sont pas pour autant exempts de responsabilité puisque les failles du système de recueil des données étaient facilement détectables par ceux qui les fournissaient. En tout état de cause, même en l'absence d'un outil informatique retraçant l'activité publique et libérale, chaque praticien a l'obligation de communiquer à la CAL l'ensemble des informations relatives à son activité publique et privée.

En réponse aux extraits les concernant, des praticiens ont indiqué tenir leurs propres statistiques d'activité. L'un des anesthésistes a justifié l'absence de traçabilité par la spécificité de sa discipline, l'information ne pouvant être qu'a posteriori, d'où un suivi personnel peut-être moins réglementaire a-t-il reconnu, mais plus fiable que celui de l'hôpital.

L'ordonnateur a répondu que le suivi était en cours d'amélioration : contrôle du pourcentage public/privé, création d'une requête pour les actes en psychiatrie, intégration du volume des actes publics et privés pour l'anesthésie et l'imagerie et modification du tableau transmis par les médecins (intégration d'autres actes). Le courrier conjoint direction/CAL rappelle aux médecins que l'activité libérale doit être saisie sur MEDIS y compris pour l'anesthésie et la psychiatrie. Le procès-verbal de la CAL de mai 2013 prévoit d'améliorer le suivi et les saisies informatiques sur MEDIS.

La chambre ne peut accepter la justification tenant à des relevés personnels d'activité. Même en l'absence d'un système de traçabilité informatisé, chaque praticien a l'obligation de déclarer son activité effectuée d'une part en public, d'autre part en libéral.

La chambre prend acte des actions d'amélioration en cours et de l'engagement de l'hôpital au travers notamment de sa CAL, d'améliorer les saisies informatiques.

## **7.4 Le paiement des redevances et le reversement des quotes-parts de forfait technique**

### 7.4.1 Des écarts entre les déclarations des praticiens et les relevés de l'assurance maladie

La comparaison des montants des honoraires perçus au titre de l'activité libérale tels qu'ils apparaissent dans les états SNIR, d'une part, et dans les déclarations des praticiens auprès de la DAF, d'autre part, montre que ces déclarations sont, pour certains praticiens, d'un montant inférieur à celui transmis par la sécurité sociale. Ces écarts négatifs ont pour conséquence une perte de recettes pour l'hôpital, les redevances étant calculées en pourcentage des honoraires déclarés par les praticiens.

En radiologie<sup>102</sup>, les honoraires déclarés sont inférieurs à ceux des relevés de la sécurité sociale à l'exception des actes de scanners dont le nombre déclaré est supérieur.

Or, pour ce type d'actes, il n'y a pas de redevance à payer par le praticien, c'est l'hôpital qui doit au contraire reverser 20% du forfait technique. Le contrôle de la chambre a permis de constater que le reversement de la quote-part au médecin radiologue était effectué par la direction des finances de l'hôpital de Digne, non pas sur la base des facturations réellement émises à l'encontre de la sécurité sociale, mais sur la base des déclarations des radiologues. A ces écarts en nombre de forfaits techniques s'ajoute le problème de l'exacte valorisation de ceux-ci. En effet, plusieurs tarifs sont applicables dans ce domaine. Une telle pratique reposant sur les auto-déclarations des praticiens peut ainsi s'être traduite par un trop versé par l'hôpital aux radiologues, en raison des écarts sur les nombres et valeurs tarifaires des forfaits techniques.

Enfin, d'un point de vue plus global, si des décalages dans le temps entre les remboursements par l'assurance maladie et la date effective des soins peuvent certes expliquer des différences, ils ne peuvent cependant justifier des écarts aussi importants que ceux constatés, persistants dans le temps, et qui de surcroît sont toujours orientés dans le même sens, favorable au praticien.

**Recommandation n° 11 : Réaliser désormais une analyse systématique des écarts entre les honoraires déclarés par les praticiens et ceux relevés par l'assurance maladie et faire procéder au versement par les praticiens concernés des redevances supplémentaires qui découleront de ces contrôles ou à l'inverse au remboursement des quotes-parts de forfait technique indûment perçus.**

Les praticiens ont justifié les écarts par des absences de règlement d'actes par des patients (chèques sans provision), des retards de règlement par une caisse, des problèmes de prises en charge de certains patients (CMU, accidents du travail, tiers payant, curatelle), des feuilles de soins gardées par le médecin longtemps avant de les mettre à l'encaissement, ou enfin par des erreurs de la sécurité sociale.

L'ordonnateur a précisé avoir mis en œuvre la recommandation de la chambre et envoyé des courriers aux médecins pour leur demander de verser la différence calculée avec les états SNIR depuis 2009. Plus de la moitié des praticiens a effectué le rattrapage demandé. Les cas de contestation des chiffres SNIR ont été transmis à la CPAM qui a confirmé l'absence d'anomalies.

La direction précise par ailleurs qu'afin d'éviter que la sous déclaration des médecins ne défavorise l'hôpital, la CAL a décidé de faire application tous les trimestres d'un tiers prévisionnel, soit un paiement sur la base de ce qui a été déclaré en N-1 sur les relevés SNIR avec réajustement sur le relevé SNIR de l'année N.

---

<sup>102</sup> Hors IRM, cette activité est exercée dans le cadre d'un GIE

Enfin, la DAF étudie actuellement les écarts constatés sur la base des scanners réellement facturés.

La chambre ne peut retenir les explications des praticiens concernés car les raisons évoquées ne peuvent justifier que des écarts marginaux qui en outre devraient se compenser d'une année sur l'autre. De plus, il n'appartient pas à l'hôpital de prendre en compte le risque de trésorerie. Le Conseil d'état dans sa décision n° 235066 du 3 février 2003, précise que la redevance est due par le praticien *«du seul fait de l'utilisation des installations techniques ainsi que des locaux et du personnel de l'établissement mis à sa disposition [...] sans qu'il y ait lieu de faire de distinction selon que les honoraires correspondants ont été ou non recouverts»*<sup>103</sup>.

La chambre prend acte des mesures prises par l'hôpital suite à la notification de ses observations provisoires.

#### 7.4.2 Des retards dans le versement des redevances

Bien que les retards de paiement des redevances par certains praticiens, pouvant atteindre parfois 18 mois, aient été évoqués à diverses reprises, aucune action n'avait été entreprise par la direction de l'hôpital.

Suite aux constats effectués par la chambre des paiements en attente sont enfin intervenus démontrant ainsi qu'il était possible de faire respecter la réglementation.

**Recommandation n° 12 : Poursuivre les actions en vue d'apurer les retards de paiement de redevance qui subsistent et veiller à l'avenir à un paiement réellement trimestriel de ces redevances par tous les praticiens.**

Il a été constaté que l'hôpital a fait apurer en partie les retards, les redevances correspondant aux années antérieures à 2012 ayant été payées (sauf par un médecin). Un titre de recette sera émis et le recouvrement sera effectué par le comptable.

Aucun justificatif n'a été apporté sur 2013, la recommandation est donc partiellement mise en œuvre mais il est pris acte de la volonté de l'ordonnateur d'apurer en totalité les retards.

### 7.5 Des préjudices pour l'hôpital et l'assurance maladie

Le praticien hospitalier qui a une activité privée perçoit, en sus de son salaire de praticien à temps plein, les honoraires correspondant aux actes effectués à titre libéral. Même lorsqu'il n'y a pas de dépassement d'honoraires, l'activité privée peut donc apporter au praticien une source de revenus supplémentaires significative.

L'exercice de cette activité privée peut surtout avoir des conséquences notamment financières pour l'hôpital et l'assurance maladie lorsqu'elle est exercée de manière irrégulière.

#### 7.5.1 Les conséquences pour le centre hospitalier

Outre les incidences que peut avoir l'activité libérale sur l'organisation interne de l'hôpital, celle-ci a des conséquences financières qui s'analysent différemment selon qu'elle est exercée en hospitalisation ou en externe.

---

<sup>103</sup> CIRCULAIRE N° DHOS/M3/2008/313 du 16 octobre 2008

Pour les actes effectués à tort dans un cadre privé sur des patients hospitalisés, l'établissement n'est pas pénalisé financièrement dans la mesure où ces actes sont compris dans les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS). Il bénéficie au contraire des redevances payées par les praticiens au titre de leur activité libérale.

En revanche, les consultations et actes externes sont des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique. Si cette activité avait été effectuée en secteur public, l'hôpital aurait encaissé la totalité des tarifs correspondants et non seulement le montant de la redevance. Les dérives constatées entraînent donc dans cette hypothèse un manque à gagner pour l'hôpital.

Enfin, les sous-déclarations d'activité privée qui viennent d'être constatées entraînent une perte de recettes pour l'hôpital en termes de redevance. Quant aux surestimations d'actes de scanners elles sont sources de dépenses indues pour l'hôpital.

### 7.5.2 Les conséquences pour l'assurance maladie

Lorsque des actes privés sont effectués sur des malades hospitalisés, la sécurité sociale prend deux fois en charge les honoraires du praticien : avec le paiement à l'hôpital du tarif du groupe homogène de séjour en coûts complets et lors du remboursement des honoraires versés aux praticiens. Si le mode de comptabilisation de l'activité libérale est avantageux pour l'hôpital, il est par contre pénalisant pour l'assurance maladie.

Lorsqu'il s'agit d'actes et consultations externes, la sécurité sociale paie le praticien mais pas l'hôpital. Il n'y a donc cette fois pas de double paiement sauf dans l'hypothèse d'une double facturation en secteur public et en privé qui ne peut être exclue dans le cas présent, compte tenu de l'insuffisance de suivi et de contrôle.

## **8 UNE COOPERATION HOSPITALIERE DESEQUILIBREE AU DETRIMENT DE L'HOPITAL**

Deux types de coopération ont été analysés par la chambre en raison des problématiques qu'elles soulèvent, s'agissant d'un hôpital de proximité, en matière d'accès aux soins de la population du bassin dignois: le Groupement de coopération sanitaire (GCS) du bassin dignois et le Groupement d'intérêt économique (GIE) IRM 04.

Les conditions de fonctionnement de ces deux types de coopération public/privé mettent en évidence l'existence d'un déséquilibre au détriment des intérêts de l'hôpital.

### **8.1 Le Groupement de coopération sanitaire du Bassin Dignois**

Si ses résultats sont globalement positifs en termes d'activité, la mise en place et le fonctionnement du GCS du bassin dignois soulèvent des problèmes d'ordre juridique et financier.

#### 8.1.1 De la clinique ouverte au GCS

L'hôpital de Digne avait mis en place le 15 octobre 2003 une structure d'hospitalisation de type «clinique ouverte» pour accueillir les lits de chirurgie de la clinique des Carmes qui cessait son activité. Ce choix avait été fait pour permettre à ses chirurgiens d'exercer leur activité au sein d'un établissement public tout en conservant leur statut libéral.

Ils continuaient ainsi à être payés à l'acte et percevaient de l'hôpital leurs honoraires minorés d'une redevance, contrepartie de l'usage de l'infrastructure que l'hôpital mettait à leur disposition<sup>104</sup>.

L'autorisation donnée par l'ARH pour le fonctionnement de la clinique ouverte prenant fin en septembre 2008, le directeur de l'hôpital de Digne a proposé au conseil d'administration lors de sa séance du 1er juillet 2008, non pas de proroger cette structure, mais de la transformer en GCS. Cette transformation était présentée comme inéluctable par le directeur en raison du nouveau mode de financement à l'activité.

En réalité, il n'y avait pas à cette époque d'obligation pour l'hôpital de changer de structure. Le courrier du DG de l'ARH adressé au directeur de l'hôpital de Digne le 13 juin 2008, ne demandait d'ailleurs pas un changement de cadre juridique mais seulement de ne plus transmettre les feuilles de soins à l'assurance maladie pour les médecins libéraux, leur financement étant déjà inclus dans le tarif tout compris du GHS. Ce courrier expliquait que l'hôpital devait en conséquence prélever sur les tarifs encaissés les honoraires à reverser aux médecins, après déduction de la redevance fixée réglementairement.

En outre il a été indiqué au conseil d'administration que le passage du régime de la clinique ouverte à celui du GCS impliquait nécessairement la disparition des redevances payées par les médecins concernés alors que cette disparition était certes possible mais n'était en aucun cas imposée.

Le conseil d'administration de l'hôpital a donc décidé ce changement d'entité sans disposer d'une information éclairée et adéquate sur sa nécessité et ses conditions financières.

Le processus administratif de création par l'hôpital de ce GCS a été particulièrement long puisqu'il s'est écoulé plus d'un an entre la délibération du conseil d'administration et la transmission à l'organisme de tutelle pour approbation.

L'arrêté de l'ARS portant approbation de la convention constitutive du GCS n'a ensuite été signé que le 5 octobre 2010 et publié le 29 novembre 2010 au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région-Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Or, la réglementation prévoit que le groupement n'acquiert la personnalité morale qu'à compter de la date de publication de l'acte d'approbation<sup>105</sup>. Le GCS a donc eu une activité de soins pendant deux ans alors qu'il n'avait pas d'existence juridique.

### 8.1.2 Une organisation et un fonctionnement ne respectant pas le cadre légal et réglementaire

La transformation de la clinique ouverte en GCS aurait dû induire des changements importants en termes d'organisation et de fonctionnement.

En effet, alors que la clinique ouverte est une structure médicale sans personnalité morale et sans organes propres, le GCS est, lui, une personne morale et fonctionne sur la base de règles précises ayant pour objectif une meilleure coordination des soins. C'est donc une structure plus formalisée et intégrée que la clinique ouverte.

Toutefois, la mise en place du GCS à l'hôpital de Digne n'a pas conduit à une meilleure intégration des activités libérales au sein du service public hospitalier. En effet, plus de deux ans après la constitution de ce GCS, les dispositions légales et réglementaires relatives à son organisation et à son fonctionnement<sup>106</sup> n'ont toujours pas été mises en œuvre.

---

<sup>104</sup> Article L. 6146-10 du code de la santé publique en vigueur jusqu'au 22/07/2009 et Article 4 des contrats des médecins de la clinique ouverte : « *Les honoraires conventionnels dus au docteur [...] au titre de son activité sont perçus par le centre hospitalier. Celui-ci s'engage à lui reverser mensuellement les honoraires recouvrés, après prélèvement du montant de la redevance dont le docteur [...] est redevable vis-à-vis du Centre Hospitalier en contre partie des prestations servies par l'établissement.* »

<sup>105</sup> Article R. 6133-1-1 du code de la santé publique

<sup>106</sup> Articles L. 6133-1 à L. 6133-9 et R. 6133-1 et suivants du code de la santé publique

Le GCS du bassin d'ognon, qui est une personne morale de droit public<sup>107</sup>, fonctionne ainsi sans aucune instance de gouvernance ni règlement intérieur. En outre, le développement de son activité ne fait l'objet d'aucun suivi spécifique et n'est pas intégré dans une stratégie médicale.

#### Les structures de gouvernance du GCS n'ont pas été mises en place

Contrairement à ce que prévoit la réglementation<sup>108</sup>, l'assemblée générale du GCS n'a jamais été réunie à ce jour et l'administrateur n'a pas été élu. La convention constitutive en son article 14 précise pourtant que «*l'assemblée générale se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au moins une fois par an*».

L'article 15 de la convention constitutive prévoit par ailleurs l'existence d'un comité médical de coordination des soins, qui n'a pas été, lui non plus, mis en place.

#### L'absence de règlement intérieur

La convention constitutive prévoit que «*le comité médical de coordination prépare avec l'administrateur le règlement intérieur*». Aucune de ces deux instances de gouvernance n'ayant été mise en place, ce document n'a donc pu être établi alors qu'il est obligatoire<sup>109</sup> et indispensable. La convention précise en effet que le règlement intérieur détermine les modalités des prestations médicales assurées par les praticiens : volume d'activité, organisation médicale, plannings opératoires, cotation des actes, mode de calcul des rémunérations.

A ce jour, aucun document ne définit donc précisément les modalités des prestations médicales assurées par les praticiens libéraux au sein du service public et de leur rémunération.

#### L'absence de rapport d'activité

Le groupement doit transmettre chaque année aux autorités de tutelle, avant le 30 mars, un rapport approuvé par l'assemblée générale, retraçant son activité. Cette obligation réglementaire<sup>110</sup> est également rappelée dans la convention constitutive.

Le contenu de ce rapport est défini réglementairement<sup>111</sup> ; il doit intégrer des éléments concernant les objets poursuivis par le groupement, les disciplines médicales intéressées et des indicateurs d'évaluation de l'activité du GCS.

A ce jour, aucun rapport d'activité n'a été transmis, ni même élaboré.

Cette situation est particulièrement préjudiciable pour la définition de la stratégie médicale de l'établissement car le périmètre d'activité du groupement ne fait l'objet d'aucune information institutionnelle ni surtout de décision politique sur le choix des disciplines et leur lieu d'exercice (hôpital ou GCS). L'activité du GCS a ainsi été élargie au-delà de son champ d'intervention d'origine à quatre nouvelles disciplines médicales (l'urologie, l'ORL, l'endocrinologie et la rhumatologie), sans qu'aucune instance de l'hôpital (CME, conseil d'administration ou de surveillance, directoire) n'ait été consultée sur cet élargissement, alors qu'il s'agit pourtant d'activités déjà exercées par l'hôpital. En outre la convention constitutive n'a même pas été modifiée pour acter cet état de fait.

Un tel rapport aurait en outre été utile à l'ARS pour le bilan qu'elle doit dresser chaque année au niveau régional de la coopération hospitalière en application de la loi 10 Août 2011<sup>112</sup>.

---

<sup>107</sup> Article L.6133-3 du CSP : «*Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux*».

<sup>108</sup> Les articles R. 6133-20 à 6133-23 du CSP stipulent que la gouvernance du GCS repose sur une assemblée générale composée de l'ensemble des membres du groupement et compétente pour prendre toute décision intéressant le GCS. L'article R. 6133-24 précise qu'elle élit en son sein un administrateur compétent pour mettre en œuvre ses décisions et représenter le groupement dans ses rapports avec les tiers.

<sup>109</sup> Article R. 6133-21 I 7° du code de la santé publique

<sup>110</sup> Articles R. 6133-9 et R. 6133-21 I 19° du code de la santé publique

<sup>111</sup> Arrêté du 23 juillet 2010 (et notamment son article 2) pris en application de l'article R. 6133-9 du CSP

### 8.1.3 Des modalités d'intervention des praticiens libéraux financièrement pénalisantes pour l'hôpital

Comme c'était déjà le cas dans la clinique ouverte, les praticiens libéraux perçoivent leurs honoraires par l'intermédiaire de l'hôpital<sup>113</sup>.

Toutefois, le GCS se distingue de la structure de clinique ouverte sur deux points :

- il ne peut y avoir de dépassements d'honoraires. Les actes médicaux et consultations assurés par les professionnels médicaux libéraux sont rémunérés par l'établissement public de santé sur la base de la classification commune des actes médicaux (CCAM)<sup>114</sup>. Il s'agit donc d'actes rémunérés dans la limite des tarifs applicables en secteur 1. Les patients ne constituent pas une clientèle privée. Il s'agit dès lors d'une activité libérale qui s'exerce dans le cadre du service public hospitalier.
- le versement d'une redevance n'est plus imposé par les textes, mais il reste possible, à condition d'avoir été prévu dans la convention constitutive, laquelle peut renvoyer à un règlement intérieur ou à un protocole ad hoc pour la définition de ses modalités. La réglementation prévoit ainsi que pourront être déduits des tarifs les frais de mise à disposition d'équipements et de personnels. Cette retenue est justifiée, ainsi que le rappelle la fiche DGOS DGFIP, par le fait que « *la cotation des actes à la CCAM intègre les charges liées à l'exécution des actes* ». Le professionnel médical libéral peut donc être tenu au paiement d'une redevance. Cette même fiche explique que « *cette dernière vient en minoration des honoraires versés par l'établissement de santé ou est valorisée dans la convention constitutive au titre des contributions aux charges de fonctionnement du GCS* ».

Dans le cadre de la clinique ouverte de l'hôpital de Digne, les praticiens libéraux exerçaient en secteur 2 (tarifs libres) et étaient rémunérés par l'hôpital, après déduction d'une redevance de 30 % sur les actes chirurgicaux et de 20 % sur les consultations.

La transformation de la clinique ouverte en GCS s'est traduite, dans les faits, par l'abandon de ces redevances, soit un manque à gagner de l'ordre d'environ 200 000 € annuels pour l'hôpital.

La direction de l'hôpital ne pouvait ignorer la possibilité de maintenir les redevances, puisqu'elle était assistée à cette époque par un cabinet d'avocats spécialisés qui avait, fin 2006, conseillé un autre hôpital de la région pour une transformation de clinique ouverte en GCS avec maintien du versement des redevances.

En réalité, il s'agit d'un choix délibéré de la direction de l'hôpital de Digne destiné à compenser la perte, pour les médecins concernés, de l'avantage tarifaire du secteur 2.

Il est donc nécessaire que ce point qui n'a pas été tranché jusqu'ici par les instances de gouvernance de l'hôpital, faute d'information suffisante, soit soumis au conseil de surveillance afin qu'il décide en connaissance de cause, d'appliquer ou non une redevance.

---

<sup>112</sup> Loi n°2011-940 du 10 Août 2011, article 17« *Un rapport est remis chaque année par le Gouvernement au Parlement sur les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière. Il comporte un bilan détaillé de la mise en œuvre du dispositif des groupements de coopération sanitaire* ».

<sup>113</sup> Article L. 6146-10 du CSP en vigueur du 3/05/2005 au 21/07/2009

<sup>114</sup> Article R. 6133-10 du CSP

#### 8.1.4 Un objet réduit à l'activité chirurgicale, à l'exclusion des consultations

Lors de la transformation de la clinique ouverte en groupement de coopération sanitaire, les consultations externes ont été exclues pour permettre aux praticiens libéraux de continuer cette activité en secteur 2, ce que le GCS n'autorisait pas.

Pour que les consultations des chirurgiens puissent se poursuivre en tarifs libres, la solution de la convention d'occupation du domaine public a été retenue.

Il s'agit donc là encore d'un choix stratégique sur lequel ni le conseil d'administration, ni la CME, ni le conseil exécutif / directoire n'ont eu à se prononcer.

De plus, l'exclusion des consultations externes n'a pas davantage fait l'objet d'une information claire des autorités de tutelle, lors de la procédure d'approbation.

Quant à la convention constitutive elle-même, sa rédaction n'est pas très explicite non plus sur ce point. Son article 3 stipule ainsi que l'objet du GCS est de faciliter la réalisation de l'activité de chirurgie dans le cadre du service public hospitalier et la mise à disposition de moyens pour une complémentarité des secteurs public et privé notamment dans le domaine des consultations externes. Son article 16 précise en revanche que *«l'autorisation (pour le praticien libéral d'exercer au sein du GCS) ne concerne que l'activité d'hospitalisation à l'exception notamment de toute activité de consultation»*. Pourtant, le document n° 7 annexé à la convention constitutive lors de sa transmission pour approbation comprend une liste de douze médecins intervenant dans le cadre du GCS dont deux n'exercent qu'une activité de consultation.

Enfin, la confusion persiste dans le fonctionnement courant de l'hôpital notamment en comptabilité analytique puisque les activités du groupement et les consultations externes y sont retracées sous la même terminologie de «chirurgie 3».

Les mandats transmis au comptable pour le reversement des honoraires de consultation confondent aussi ces deux formes d'activités puisqu'ils font référence à une *«activité dans le cadre du groupement de coopération sanitaire du bassin dignois- Consultation spécialiste...»*

Ce choix fait par la direction de l'hôpital n'est pas sans conséquences pour le patient qui est d'abord traité en consultation privée avant une intervention chirurgicale réalisée en secteur public et qui retourne en secteur privé pour le suivi post opératoire. En secteur privé, il doit en effet faire l'avance des frais et payer un dépassement d'honoraires car la plupart des consultations sont réalisées en secteur 2.

**Recommandation n° 13 : Soumettre clairement aux instances de direction de l'hôpital et en particulier au conseil de surveillance la question de l'exclusion ou non des consultations du groupement de coopération sanitaire, en explicitant les arguments qui ont conduit à les exclure de fait pour le moment et en précisant que plusieurs médecins libéraux sont membres du GCS alors même qu'ils n'ont pas d'activité chirurgicale mais seulement de consultation en secteur privé.**

La chambre prend acte de l'engagement de l'ordonnateur de :

- mettre en place les instances de gouvernance, rédiger un règlement intérieur et réaliser un rapport d'activité pour 2014 ;
- soumettre le principe du paiement d'une redevance et la question des consultations externes aux instances de gouvernance concernées.

### 8.1.5 Un support au développement de consultations privées

En 2011, l'activité de consultations externes a concerné 11 praticiens (dont 4 ont cessé leur activité en cours d'année).

Les conditions dans lesquelles ont été effectuées les mises à disposition de moyens pour les consultations posent problème. En outre, les situations de plusieurs praticiens sont irrégulières.

#### Une mise à disposition de locaux de consultation dans des conditions critiquables

Les conditions de mise à disposition des locaux de consultation de l'hôpital au profit des médecins libéraux participant au GCS sont opaques et inégalitaires. Elles ne respectent pas les principes généraux de mise à disposition du domaine public (intérêt du domaine et égalité d'accès).

La plupart des conventions fixent un montant de loyer sans calcul explicatif.

Il n'est dès lors pas surprenant de constater une absence d'équité quant aux prix de location fixés. Ainsi, pour une même utilisation d'une demi-journée par semaine, les conditions de location de quatre médecins sont suivant les cas de 20 €, 50 €, 90 € ou 100 € par mois.

Il est constaté en outre, l'absence de convention de mise à disposition de locaux pour un praticien qui ne se voit facturer aucun loyer et qui dispose ainsi gratuitement d'un local de consultation.

Quand bien même une convention a été établie, les conditions financières pratiquées apparaissent très inférieures au coût d'un cabinet libéral. Ce dernier élément, ajouté au manque de clarté et d'équité du système, pourrait être de nature à qualifier ces pratiques d'anticoncurrentielles<sup>115</sup>.

Ces conditions de mise à disposition des locaux de consultation sont financièrement pénalisantes pour l'hôpital en raison de la faiblesse des loyers et de l'absence de suivi dans la gestion.

La direction a justifié cette situation par le fait qu'hormis les locaux, le centre hospitalier ne mettait aucun autre moyen à leur disposition et que ce dispositif permettait d'attirer et de fidéliser les médecins.

Toutefois, quatre contrats prévoient bien une mise à disposition de personnel infirmier et des consommations de fournitures médicales. Des compléments au loyer sont alors prévus, mais ils n'ont jamais été mis en œuvre sauf exception<sup>116</sup>.

En outre, si toutes les conventions prévoient des révisions annuelles de loyer, celles-ci ne sont jamais intervenues, sauf une fois en 2011 pour deux contrats.

Ce constat de sous-évaluation des loyers est par ailleurs confirmé par les résultats de la comptabilité analytique qui montrent un important déficit de ces consultations, y compris sur la base des seuls coûts directs. Les loyers sont donc loin de couvrir les charges correspondantes.

Se pose dès lors la question de l'intérêt pour l'hôpital de ces mises à disposition et plus globalement de l'intervention coûteuse de ces médecins dans le cadre de consultations hors GGS.

**Recommandation n° 14 : Définir rapidement une politique de mise à disposition des locaux publics reposant sur des règles objectives et transparentes, dans l'intérêt des partenaires mais aussi du centre hospitalier lui-même qui ne doit pas être pénalisé financièrement.**

La chambre prend acte de l'engagement de l'hôpital d'intégrer systématiquement aux contrats une annexe détaillant le montant des loyers appliqués, les superficies utilisées et le temps d'occupation hebdomadaire des locaux (reposant sur des règles identiques) et de réviser annuellement ces loyers.

---

<sup>115</sup> Décision de l'Autorité de la concurrence du 15 décembre 2011 relative à des pratiques concernant l'accès au scanner et à l'IRM situés au centre hospitalier d'Arcachon. Publication le 19 décembre 2011 : 11-D-18, (paragraphe 105).

### Les irrégularités de l'exercice en secteur privé au travers du GCS

La liste des praticiens du GCS établie au 1<sup>er</sup> novembre 2011 montre que trois praticiens n'exercent dans le cadre du GCS qu'une activité de consultation et aucune activité de chirurgie. Les contrats qu'ils ont conclus avec l'hôpital (à l'exception de l'un d'eux) précisent pourtant que l'autorisation d'exercer au sein de l'établissement «ne concerne que l'activité d'hospitalisation».

Ces médecins exercent donc une activité qui n'a aucun rapport, ni avec l'objet du GCS, ni avec celui figurant dans les contrats les liant au centre hospitalier.

En outre, un praticien n'a signé aucun contrat avec l'hôpital pour l'exercice de cette activité alors qu'il bénéficie pourtant d'une convention de mise à disposition d'un local depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2009 ce qui confirme les défaillances de l'hôpital dans la gestion de ces dossiers.

La chambre prend acte de l'engagement de l'hôpital de soumettre aux instances du GCS et du CH la question de l'absence d'activité chirurgicale pour certains médecins.

#### 8.1.6 Une activité relativement dynamique

Le GCS a pour finalité, comme autrefois la clinique ouverte, le renforcement de l'offre chirurgicale sur le bassin dignois. Au 1<sup>er</sup> novembre 2011, 9 spécialités y étaient ainsi représentées, exercées par 17 praticiens.

L'évolution des séjours montre un fort dynamisme de l'activité du GCS qui faiblit cependant en 2011.

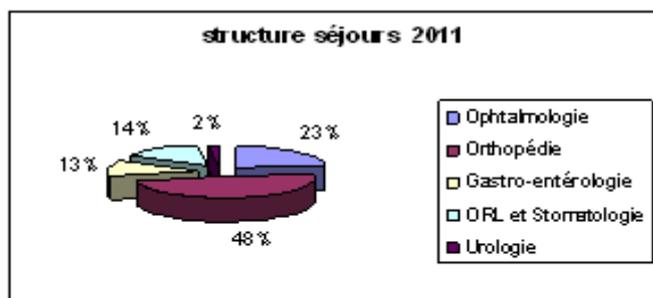
Entre 2007 et 2010, le nombre de séjours réalisés a en effet progressé de 44 % alors que dans le même temps l'ensemble des séjours réalisés sur l'entité globale du centre hospitalier en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) connaissait une baisse de 2 %.

Malgré la baisse de 2011, l'évolution 2007/2011 reste tout de même positive (+ 6 %) alors que sur cette même période, les séjours MCO de l'hôpital diminuaient de 7 % (annexe 11.10.3).

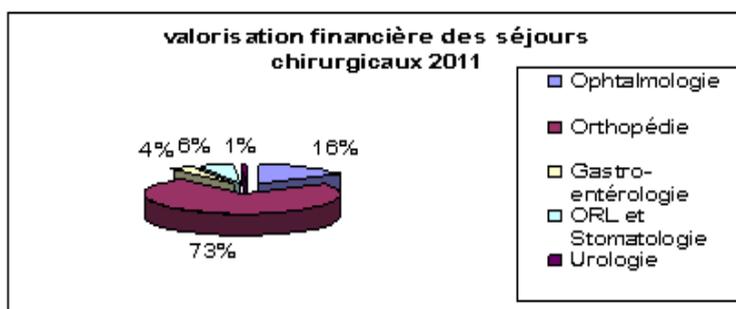
La progression de l'activité du groupement n'est cependant pas due à un dynamisme des disciplines existantes, puisque l'orthopédie qui réalise le plus grand nombre de séjours du GCS au cours de la période reste stable, mais au développement de nouvelles activités par des recrutements de chirurgiens (en 2009 pour l'ophtalmologie et la stomatologie).

#### Analyse de l'activité par disciplines

Au sein du GCS, la répartition des séjours entre les différentes disciplines est relativement déséquilibrée. L'orthopédie domine largement avec 48 % des séjours réalisés (2011) tandis que l'urologie n'en représente que 2 %.



Les actes d'orthopédie sont également les plus lourds et représentent 73 % des revenus issus des séjours chirurgicaux et l'urologie seulement 1%.



Source : CH Digne (DIM)

### Analyse de l'activité par mode de prise en charge

La chirurgie ambulatoire constitue le point fort du GCS. Elle représentait en 2010, 74 % des séjours chirurgicaux, faisant plus que doubler par rapport à 2007. Toutefois, cette activité chute fortement en 2011 et ne représente plus que 64 % des séjours. La baisse de la chirurgie en 2011 est imputable essentiellement à l'ambulatoire.

### Analyse de l'activité en nombre d'interventions chirurgicales

L'analyse en nombre d'interventions réalisées au bloc montre que le GCS a, de façon générale, permis de maintenir l'activité chirurgicale à l'hôpital puisque la chirurgie n'est autorisée que lorsque le nombre d'interventions est supérieur à 3 000, seuil qui n'est pas atteint à Digne sans l'activité du GCS.

Interventions au bloc opératoire par spécialités (Hors autres séjours divers -chirurgie générale)

| Spécialités               | 2007  | 2007 parts en % | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2011 parts en % |
|---------------------------|-------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| <b>Ophthalmo</b>          | 2     |                 | 2     | 423   | 583   | 412   |                 |
| <b>Hôpital</b>            | 0     | 0%              | 0     | 0     | 0     | 0     | 0%              |
| <b>GCS*</b>               | 2     | 100%            | 2     | 423   | 583   | 412   | 100%            |
| <b>Orthopédie</b>         | 1 503 |                 | 1 539 | 1 476 | 1 410 | 1 439 |                 |
| <b>Hôpital</b>            | 665   | 44,2%           | 757   | 531   | 472   | 504   | 35%             |
| <b>GCS*</b>               | 838   | 55,8%           | 782   | 945   | 938   | 935   | 65%             |
| <b>Gastro-entérologie</b> | 342   |                 | 323   | 494   | 498   | 387   |                 |
| <b>Hôpital</b>            | 342   | 100%            | 323   | 494   | 498   | 387   | 100%            |
| <b>GCS*</b>               | 0     | 0%              | 0     | 0     | 0     | 0     | 0%              |
| <b>Endo digestives</b>    | 1 054 |                 | 1 051 | 1 057 | 945   | 788   |                 |
| <b>Hôpital</b>            | 868   | 82,4%           | 829   | 759   | 714   | 603   | 77%             |
| <b>GCS*</b>               | 186   | 17,6%           | 222   | 298   | 231   | 185   | 23%             |
| <b>Stomatologie</b>       | 2     |                 | 13    | 451   | 551   | 210   |                 |
| <b>Hôpital</b>            | 0     | 0%              | 0     | 0     | 0     | 0     | 0%              |
| <b>GCS*</b>               | 2     | 100%            | 13    | 451   | 551   | 210   | 100%            |
| <b>Urologie</b>           | 6     |                 | 5     | 20    | 25    | 29    |                 |
| <b>Hôpital</b>            | 6     | 100%            | 5     | 10    | 5     | 6     | 21%             |
| <b>GCS*</b>               | 0     | 0%              | 0     | 10    | 20    | 23    | 79%             |
| <b>ORL</b>                | 528   |                 | 546   | 96    | 85    | 78    |                 |
| <b>Hôpital</b>            | 331   | 62,7%           | 514   | 67    | 54    | 61    | 78%             |
| <b>GCS*</b>               | 197   | 37,3%           | 32    | 29    | 31    | 17    | 22%             |
| <b>Total</b>              | 3 437 |                 | 3 479 | 4 017 | 4 097 | 3 343 |                 |
| <b>Hôpital</b>            | 2 212 | 64,4%           | 2 428 | 1 861 | 1 743 | 1 561 | 47%             |
| <b>GCS*</b>               | 1 225 | 35,6%           | 1 051 | 2 156 | 2 354 | 1 782 | 53%             |

\* avant juillet 2009 : clinique ouverte

Source : CH – DIM

Le dynamisme du GCS n'a cependant pas eu un effet d'entraînement sur l'hôpital. Il s'est réalisé au contraire à son détriment.

Ce phénomène s'explique par le fait que les recrutements dans les nouvelles disciplines fortement dynamiques en termes d'activité ont été prioritairement réalisés sur le GCS. Tel est le cas de l'ophtalmologie et de la stomatologie, disciplines qui n'étaient pas exercées au CH auparavant et qui ont enregistré plus de 500 interventions chacune en 2010.

Pour les disciplines qui étaient déjà exercées par l'hôpital, on constate une augmentation de l'activité du GCS au détriment de celui-ci. Tel est le cas pour l'orthopédie, les endoscopies digestives et l'urologie. Le GCS absorbe donc en quelque sorte l'activité existante au sein du CH.

L'activité du GCS représente aujourd'hui plus de la moitié (53 %) des interventions chirurgicales, contre 35,6 % en 2007. Parmi les quatre chirurgiens assurant plus de la moitié des interventions de l'hôpital dans son ensemble, trois sont des praticiens libéraux intervenant dans le cadre du GCS. Cette prépondérance de l'activité du groupement est source de fragilité pour l'hôpital dans la mesure où elle s'exerce au sein d'une structure située en marge de l'établissement, dont les modalités de fonctionnement ne sont pas réglementaires et qui évolue en dehors de toute stratégie médicale clairement définie. La majeure partie de l'activité chirurgicale de l'hôpital échappe ainsi au contrôle de la CME et ne fait pas l'objet d'un suivi institutionnel des pratiques médicales, de la qualité et de l'organisation des soins. En outre, comme cela a déjà été souligné plus haut, il n'existe aucun suivi spécifique de cette activité, en l'absence de rapport d'activité.

Par ailleurs, les activités d'urologie et ORL sont peu développées.

L'évolution depuis 2007 de l'activité d'ORL au sein du GCS mais aussi du CH proprement dit pose question.

Cette activité mesurée en nombre de séjours chirurgicaux, chute en effet à partir de 2008 pour le GCS (197 à 32 interventions) et en 2009 pour l'hôpital (514 à 67). Cette baisse importante correspond au départ à la retraite d'un praticien. A cette diminution d'effectif s'est ajouté un changement de nature de l'activité privilégiant les actes médicaux ou techniques d'ORL plus légers qui ne se concluent pas par un séjour chirurgical. Une comparaison des valorisations en euros dans chacun des secteurs public et privé<sup>117</sup>, montre que ces actes de chirurgie (ADC) sont quasi exclusivement en public en 2008 et majoritairement en privé à partir de 2009. Cette activité s'est donc développée au profit du GCS et au détriment de l'hôpital. Il peut être utilement rappelé qu'il n'y a plus de redevance dans le cadre du GCS à compter de fin 2008.

#### 8.1.7 Une activité déficitaire en ce qui concerne les consultations et l'hospitalisation complète

L'hôpital n'a pas mis en place de suivi financier pour la chirurgie ambulatoire qui représente pourtant près des 2/3 de l'activité de chirurgie du GCS.

La seule information disponible est le résultat analytique global de la chirurgie ambulatoire, hôpital et GCS confondus. Ce résultat est excédentaire en coûts directs et en coûts complets.

Pour le reste de l'activité du GCS, les résultats d'exploitation analytiques montrent un déficit en coûts complets de 173 000€ qui touche les consultations externes à hauteur de 52 000€ et l'hospitalisation complète à hauteur de 121 000€.

---

<sup>117</sup> Source : CH- Département d'information médicale : comparaison en volume des actes en activité publique et en hospitalisation/ actes en activité libérale et en hospitalisation.

Les consultations sont déficitaires en coûts complets mais aussi en coûts directs et cela pour les trois types d'activités. Le déficit en coûts directs représente 48 % du chiffre d'affaires et en coûts complets deux fois et demi celui-ci. Ces chiffres confirment l'insuffisance des montants des loyers, car ils ne permettent même pas de couvrir les coûts directement induits par l'activité.

| ANALYSE FINANCIERE<br>du GCS en € (2011) | Charges<br>directes | Charges<br>indirectes | Total des<br>charges | Total des<br>recettes | Résultat en<br>coûts<br>directs | Résultat en<br>coûts<br>complets |
|--|---------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Hospitalisation complète                 | 2 278 000           | 1 260 000             | 3 538 000            | 3 417 000             | 1 139 000                       | -121 000                         |
| Consultations Orthopédie                 | 25 500              | 25 700                | 51 200               | 19 000                | -6 500                          | -32 200                          |
| Consultations Ophtalmologie              | 5 000               | 16 000                | 21 000               | 2 000                 | -3 000                          | -19 000                          |
| Consultations ORL                        | 500                 | 300                   | 800                  | 0                     | -500                            | - 800                            |
| Total consultations                      | 31 000              | 42 000                | 73 000               | 21 000                | -10 000                         | -52 000                          |
| Hospitalisations et<br>consultations     | 2 309 000           | 1 302 000             | 3 611 000            | 3 438 000             | 1 129 000                       | -173 000                         |

Source : CH Digne (DAF) chiffres arrondis au millier d'€

Le résultat de la chirurgie en hospitalisation complète est déficitaire de 121 000 €, soit 4 % du chiffre d'affaires, ce qui confirme l'impact fortement négatif de la suppression, dans le cadre du GCS, des redevances versées autrefois par les praticiens de la clinique ouverte.

En se basant sur le taux le plus bas qui était applicable dans le cadre du dispositif des «cliniques ouvertes»<sup>118</sup>, soit 30 %, le maintien du paiement de redevances aurait en effet permis à l'hôpital d'encaisser, en 2011, 95 000 €<sup>119</sup> et de ramener ainsi le déficit à moins de 1 % du chiffre d'affaires (26 000 €).

#### 8.1.8 Le devenir du GCS

Le directeur de l'hôpital a indiqué qu'il souhaitait progressivement, au fur et à mesure des départs en retraite des actuels chirurgiens, faire évoluer les contrats passés avec les médecins libéraux en fonction des nouvelles dispositions réglementaires<sup>120</sup>. Le GCS n'aurait ainsi, à terme, plus de raison d'être.

L'article L. 6146-2 du code de la santé publique prévoit en effet la possibilité, pour le directeur d'un établissement public de santé, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME, d'admettre des médecins libéraux à participer à l'exercice des missions de service public. L'établissement verse les honoraires aux praticiens, minorés le cas échéant d'une redevance<sup>121</sup>. Le contrat conclu entre le praticien et l'établissement, qui fixe les conditions et modalités de cette participation, doit être approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le GCS représentant plus de la moitié de l'activité opératoire sur l'ensemble de l'établissement, une évolution vers le recours individuel à des praticiens libéraux pour remplacer cette structure de coopération revêt une importance stratégique pour l'hôpital. Une telle décision suppose la définition, au préalable, d'une stratégie médicale claire et l'implication dans ce processus décisionnel non seulement de la CME, mais aussi du conseil de surveillance.

<sup>118</sup> Article R. 714-37 Code de la santé publique (abrogé)

<sup>119</sup> Les honoraires des médecins se sont élevés en 2011 à 0,383 M€

<sup>120</sup> Décret n°2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé.

<sup>121</sup> Un arrêté du 28 mars 2011 précise que la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique est égale à un pourcentage des honoraires fixé comme suit : 10 % pour les consultations ; 60 % pour les actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation ; 30 % pour les autres actes.

La chambre prend acte de l'engagement de l'ordonnateur de conduire en interne une réflexion sur la pérennité du GCS.

## **8.2 La participation du centre hospitalier de Digne au fonctionnement du GIE IRM 04**

Le Groupement d'intérêt économique GIE IRM 04 a été constitué en 2001 pour permettre l'utilisation en commun par les différents acteurs de santé de la région d'un appareil d'IRM<sup>122</sup> installé au centre hospitalier de Manosque. Il réunit les hôpitaux de Digne et Manosque et des cabinets de radiologues privés.

Bien que la répartition du capital repose sur une participation publique majoritaire (51 %), le partenariat s'est développé en privilégiant, là aussi, des intérêts privés au détriment du service public.

### **8.2.1 Un partenariat public/privé déséquilibré**

La répartition des plages d'utilisation de l'équipement entre les différents membres met en évidence une utilisation très nettement à l'avantage des cabinets de radiologie.

Ainsi, alors que leur participation totale dans le capital est seulement de 49 %, les deux cabinets privés ont bénéficié en 2009 et 2010 de 77 % des plages horaires réelles, contre 69 % prévus dans le règlement intérieur. L'hôpital de Digne et celui de Manosque disposent donc au total d'une plage horaire trois fois inférieure à celle des deux cabinets. L'écart est encore plus important en nombre de patients puisque les cabinets privés en ont accueilli 80 % pendant cette même période.

Toutefois, cette utilisation à l'avantage des cabinets privés ne porte pas préjudice à l'hôpital quant à la participation financière aux charges de fonctionnement. En effet, ainsi que le souligne la société de radiologie privée<sup>123</sup>, *«la répartition des dépenses se fait en fonction soit des heures d'activité soit du nombre de patients. Ainsi ce sont les cabinets privés qui ont pris en charge 71,63% des charges de fonctionnement du GIE IRM 04 de l'année 2009 et 78,38% pour l'année 2010».*

### **8.2.2 Une activité exclusivement libérale pour l'hôpital**

La demande d'autorisation à l'ARH du 20 octobre 2003 en vue d'installer l'appareil d'IRM prévoyait que le centre hospitalier de Digne réaliserait 400 examens la première année en consultations externes publiques et hospitalisés. Or, il n'y a aucune activité publique, la totalité des actes effectués pour l'hôpital de Digne est en fait réalisée par les praticiens de l'hôpital au titre de leur activité libérale. Le directeur de l'hôpital a confirmé que depuis la création du groupement, *«100 % des actes d'IRM se faisaient en privé».*

Les informations communiquées par le médecin DIM montrent que 61 examens IRM ont été pratiqués pour des patients hospitalisés en 2010 et 71 en 2011. Entre 1000 et 1100 actes ont été pratiqués en externe (ambulatoire) pour chacune de ces années.

L'exercice en secteur libéral par des praticiens hospitaliers est irrégulier et cause un préjudice financier à l'hôpital.

---

<sup>122</sup> IRM Imagerie par Résonance Magnétique

<sup>123</sup> Réponse à l'extrait la concernant

### L'irrégularité des actes privés pratiqués par des praticiens en dehors de l'hôpital :

Un praticien hospitalier à temps plein peut exercer à titre libéral mais exclusivement au sein de son établissement d'affectation ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où il exerce la majorité de son activité publique (article L. 6154-2 du CSP).

L'établissement d'affectation est défini de manière précise par les articles du code de la santé publique relatifs à l'activité libérale qui mentionnent expressément l'hôpital ou l'établissement hospitalier. Aucune autre structure n'est prévue par les textes. Cependant, une fiche explicative du ministère de la santé prévoit une exception relative au GCS considéré comme «*le prolongement de l'établissement public de santé de nomination*», lorsqu'il n'est pas détenteur de l'autorisation d'activité<sup>124</sup>.

Ce raisonnement ne peut être étendu au cas présent de coopération car c'est le GIE, personne morale de droit privé, qui est titulaire de l'autorisation d'activité, et non l'hôpital.

Etant membre du groupement, l'hôpital peut donc faire intervenir son personnel médical salarié au titre de l'activité publique, mais les praticiens hospitaliers n'étant pas individuellement membres du GIE, ne peuvent à aucun titre y exercer une activité libérale.

De plus, chacun des membres du GIE rembourse au groupement une quote-part des charges de fonctionnement correspondant à son activité. Les deux radiologues de l'hôpital de Digne ne paient aucune charge de fonctionnement puisque c'est l'hôpital en sa qualité de membre qui supporte cette charge.

L'activité libérale des radiologues de l'hôpital au sein du GIE ne répond donc pas aux conditions imposées par les textes. Celle-ci doit être totalement publique, ainsi que le prévoyait d'ailleurs le dossier d'approbation soumis à l'ARH qui ne mentionnait que des actes publics.

### Un préjudice financier important pour l'hôpital de Digne

Le fait que cette activité de praticiens hospitaliers soit exclusivement réalisée en secteur privé entraîne un manque à gagner pour l'hôpital de Digne.

La rémunération de l'acte d'IRM comprend deux parts : un forfait technique pour l'utilisation de l'équipement, lequel permet d'amortir le bien et un tarif pour l'acte intellectuel d'interprétation de l'examen (actuellement à 69 €).

Le forfait technique est payé directement par la sécurité sociale au GIE, qui reverse ensuite à chacun de ses membres la part qui lui revient compte tenu de son activité. Le fait qu'elle soit réalisée pour l'hôpital de Digne par les radiologues au titre de leur activité libérale n'entraîne donc aucun manque à gagner pour celui-ci.

Il en va autrement en ce qui concerne le tarif de 69 €.

Lorsqu'il s'agit d'un acte réalisé en externe par un radiologue de l'hôpital au titre de son activité libérale, le patient paie le praticien et se fait ensuite rembourser directement par l'assurance maladie au vu de la feuille de soins. L'exercice de cette activité en libéral induit donc un manque à gagner important pour l'hôpital qui aurait perçu, si cette activité avait été exercée par ses radiologues dans un cadre public, environ 70 000 € pour chacune des années 2009 et 2010.

---

<sup>124</sup> Fiche technique n°4, DGOS/DGFIP « GCS et statut des personnels », p 5

### Le non-respect des règles d'information et de libre choix du patient

En soins externes, aucune information n'est donnée au patient. L'unique document qui lui est remis par le secrétariat est à l'en-tête de l'hôpital et porte mention d'un chèque de règlement d'honoraires de 69 euros sans en spécifier l'ordre. Le patient n'est donc pas informé clairement qu'il est en secteur privé, ni des conséquences en termes de paiement de cette situation puisqu'il doit faire l'avance des frais alors que si l'acte était réalisé dans un cadre public il bénéficierait du tiers payant.

Pour les patients hospitalisés à l'hôpital de Digne qui passent un examen d'IRM réalisé par les radiologues de l'hôpital, aucun document n'atteste le respect de la réglementation qui impose pourtant une demande écrite du patient d'être traité en secteur libéral.

Pour ces actes réalisés par les radiologues de l'hôpital et qui sont effectués à 100 % à titre libéral, le principe du libre choix du patient apparaît donc globalement ignoré, que ce soit en interne ou en externe.

La chambre relève enfin que le site internet du centre hospitalier ne donne lui-même aucun renseignement sur l'activité d'IRM. A la suite du contrôle mené par la chambre, le planning des examens d'imagerie figurant sur le site internet de l'hôpital prévoit désormais une plage publique d'IRM. Cette évolution apparaît cependant insuffisante dans la mesure où, pour les raisons qui viennent d'être développées, les examens d'IRM ne peuvent être exercés par des médecins de l'hôpital que dans un cadre public.

Dans la réponse à la chambre, l'un des radiologues indique que le contrat signé avec l'administration ne mentionnait pas cette restriction. De même un courrier de la direction reçu récemment relatif au cadre légal de l'activité libérale n'indiquait aucune restriction particulière. Ce radiologue souligne également que l'hôpital n'a pas été pénalisé car l'activité a représenté plus du double de celle prévue à l'origine et permis à l'hôpital d'encaisser d'avantage de forfaits techniques.

L'augmentation d'activité à laquelle ce praticien fait référence est toute relative. En effet, elle couvre une période de dix ans et si le GIE a fait preuve de dynamisme, il a été vu plus haut que celui-ci était plutôt le fait des cabinets privés de radiologie. Quant aux recettes de forfaits techniques, leur impact est là aussi à relativiser car ils ont pour finalité de permettre d'amortir le matériel dont le financement est supporté par les associés du GIE (auquel les radiologues de l'hôpital ne participent pas).

Enfin, le contrat d'activité libérale conclu entre le praticien et l'hôpital devrait mentionner la restriction tenant à l'activité au sein du GIE. L'hôpital dans sa réponse indique que les points non conformes à la réglementation seront examinés courant 2013, ce qui ne saurait constituer un engagement de sa part. La chambre ne peut donc que maintenir ses observations sur les diverses irrégularités constatées.

#### 8.2.3 Une incohérence entre les résultats affichés par le GIE et ceux de l'hôpital

Le résultat tel qu'il apparaît dans la comptabilité du GIE ne correspond pas à celui qui est comptabilisé par l'hôpital au titre de cette activité.

En effet, le GIE a déclaré un résultat nul de 2008 à 2010 et aucune quote-part à réintégrer pour l'hôpital de Digne. Or, les documents transmis par l'hôpital font apparaître dans ses comptes un excédent au titre de l'activité liée au GIE sur la période 2006-2010.

Ce résultat bénéficiaire doit être déclaré et est imposable. En effet, selon la jurisprudence administrative, l'hôpital exerce, pour ses activités liées au GIE, une activité lucrative relevant de l'impôt sur les sociétés et pourrait dès lors être soumis à un rappel d'impôt.<sup>125</sup>

---

<sup>125</sup> Cour administrative d'appel de Douai, n° 02DA00159 du 14 décembre 2004. Celle-ci a jugé l'établissement de Beauvais redevable de l'IS pour sa quote-part de résultat au sein d'un GIE

## **9 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MARQUEE PAR UN FORT CONTRASTE MCO / PSYCHIATRIE**

### **9.1 L'évolution des effectifs**

En 2011, les effectifs du CH de Digne-les-Bains s'élevaient à 1 013 postes équivalents temps plein (ETP), dont 935 pour le personnel non médical et 78 pour le médical.

De 2006 à 2011, les effectifs totaux ont diminué d'environ 5 % correspondant à une diminution de 59 ETP pour le non médical, tandis que le personnel médical connaissait une augmentation de 10 postes, essentiellement sur des emplois temporaires (contractuels et internes).

#### **9.1.1 Un retour à la hausse des effectifs non médicaux**

Après une baisse entre 2006 et 2011 (- 51 ETP, environ- 6 %), les effectifs non médicaux sont repartis à la hausse en 2011, avec une augmentation de 18 ETP par rapport à 2010 qui s'explique par une augmentation des effectifs titulaires et stagiaires (+ 38 ETP) partiellement compensée par une réduction des CDD (- 22 ETP).

Les effectifs de titulaires et stagiaires retrouvent ainsi en 2011 un niveau proche de celui de 2008.

Il convient en outre, de souligner pour 2010 et 2011, un recours à l'intérim.

Cette évolution à la hausse, après des années de maîtrise, apparaît incompatible avec la recherche d'un retour durable de l'hôpital à l'équilibre financier. L'atteinte de cet objectif impose en effet la pérennisation des efforts de maîtrise des dépenses.

#### **9.1.2 Une augmentation des effectifs médicaux**

L'augmentation de 10 ETP entre 2006 et 2011 correspond à des emplois temporaires (contractuels sans renouvellement de droits et internes). Les effectifs de praticiens hospitaliers et praticiens attachés sont en effet, quasiment stables (+ 0,7 %) sur la période. Cette évolution n'est pas cohérente car elle est en décalage avec celle, en baisse, de l'activité.

### **9.2 L'évolution des dépenses de personnel**

#### **9.2.1 Analyse globale**

Les dépenses de personnel continuent de croître. Malgré une baisse en 2009 suivie d'une stabilisation en 2010, la nette reprise des recrutements constatée en 2011 débouche sur une progression de 7 % des dépenses de personnel de 2006 à 2011 (contre 3,7 % de 2006 à 2010).

Cette évolution est certes identique à celle constatée, pendant la même période, pour les produits hospitaliers issus de la tarification (environ + 7 %) mais elle est bien supérieure à celle des dépenses totales dont la progression a été de 5,5 %.

Si l'on compare avec la base de données de la fédération hospitalière de France (BDHF), les ratios de dépenses de personnel de l'hôpital de Digne sont très nettement supérieurs aux moyennes régionales et nationales des hôpitaux de la même catégorie. Les dépenses de personnel représentaient ainsi en 2011 à Digne 73 % des dépenses totales du budget général contre des moyennes régionale et nationale pour les établissements de même catégorie de 68 %.

### 9.2.2 Analyse détaillée des dépenses de personnel<sup>126</sup>

Entre 2006 et 2011, les rémunérations augmentent de plus de 5 %. Cette hausse concerne les deux catégories de personnels (non médicaux et médicaux).

*Pour le personnel non médical*, malgré des effectifs en baisse jusqu'en 2010, les dépenses de rémunération (intérim compris) ont augmenté entre 2006 et 2011 de 0,7 M€ environ, soit 3 %. Après une croissance continue jusqu'en 2008, les dépenses ont diminué en 2009 pour se stabiliser en 2010 (où l'on retrouve le niveau de 2006) et sont reparties à la hausse en 2011. Comme pour les effectifs, les évolutions récentes sont donc défavorables au regard de la situation financière de l'établissement. Enfin, il convient de souligner à nouveau la croissance des dépenses liées à l'intérim depuis 2010 même si les montants restent faibles en valeur absolue (27 et 52 K € en 2010 et 2011).

La diminution des dépenses de rémunération du personnel en CDD est compensée à hauteur du tiers par la hausse des dépenses en CDI. Quant aux dépenses de personnel titulaire et stagiaire, elles connaissent une progression de plus de 1 M€ soit + 4,5 % entre 2006 et 2011.

*Les dépenses de personnel médical* ont progressé de leur côté d'un peu plus de 1 M€ entre 2006 et 2011. Cette évolution s'explique principalement par la croissance des dépenses concernant les emplois de praticiens hospitaliers (+ 1,1 M€). Les dépenses liées aux emplois temporaires (contractuels et internes) augmentent également du fait de la hausse des effectifs (+ 0,2 M€).

Il convient de souligner un point positif, celui de la diminution à partir de 2009, des dépenses liées à la permanence des soins. La baisse des dépenses liées au temps de travail additionnel et aux astreintes (moins 0,15 M€ environ sur 2006-2011) est la conséquence de la forfaitisation d'un certain nombre d'astreintes et de la modification du mode de calcul du temps de travail additionnel.

Dans sa réponse, l'hôpital justifie la hausse des effectifs pour le personnel non médical en 2011 par des créations de postes en lien avec des projets médicaux mis en place en 2010. Concernant les postes en psychiatrie, les créations auraient été financées par une augmentation de la dotation annuelle. Il indique qu'il a été mis fin courant 2011, au recours à l'intérim. Des dépenses de remplacement des arrêts maladie ont coûté 240 000€. Il précise que, concernant le personnel médical, plusieurs postes auraient eu un financement dédié (internes, gériatrie...).

La chambre souligne le poids déjà élevé des dépenses de personnel et l'importance des dépenses de remplacement. Les redéploiements internes doivent être privilégiés.

### 9.2.3 Des avantages en nature non déclarés pour les médecins remplaçants

Un échantillon de contrats de médecins remplaçants sur 2006 et 2009 a été analysé. Ces contrats stipulent que les intéressés sont logés et nourris par l'établissement. Cependant, ces avantages en nature ne sont pas déclarés dans les bulletins de paie correspondants.

**Recommandation n° 15 : Procéder à la déclaration des avantages en nature des médecins remplaçants.**

La chambre prend acte de l'engagement de l'hôpital de déclarer ces avantages en nature à compter de 2013.

## 9.3 L'absentéisme

Le taux d'absentéisme (hors congés) a augmenté de 5,5 % entre 2006 et 2010.

---

<sup>126</sup> Dans l'analyse qui suit n'ont été retenus que les seuls comptes concernant les rémunérations hors charges sociales.

Malgré cette forte augmentation, l'absentéisme reste dans les moyennes observées. Sur toutes ces années, il se situe entre 8,4 et 9,4 %. A titre de comparaison, une étude de Dexia-Sofcah<sup>127</sup> (mai 2011) fait état d'un taux d'absentéisme moyen dans les hôpitaux de 9 %.

En fait, l'évolution est très contrastée selon les types de personnels. Ainsi, alors que le nombre de journées d'absence diminue de 3,7 % pour le personnel non médical, il a quasiment triplé pour le personnel médical (+175,8 %).

Pour le personnel non médical, il est constaté une augmentation des nombres de jours d'absence pour maladie et pour accidents de travail. Concernant ces derniers, la progression est due à l'allongement des durées d'absence et donc à une aggravation des cas. Les causes principales en sont les chutes ou glissades de plain-pied et les efforts de manutention de malades.

Pour le personnel médical, la très forte augmentation du nombre de journées d'absences provient en grande partie des absences pour maladie (+ 111,7 %), maternité et pour congés de longue maladie ou de longue durée. Cette forte hausse de l'absentéisme fragilise l'hôpital et n'est probablement pas sans lien avec le vieillissement du corps médical.

Dans sa réponse, l'hôpital indique avoir d'ores et déjà pris plusieurs mesures pour diminuer les accidents du travail.

#### **9.4 L'ancienneté du personnel**

Pour le personnel non médical, les agents de plus de 55 ans représentent 7 à 8 % des effectifs. Par contre, le personnel médical connaît une proportion des agents de plus de 55 ans beaucoup plus importante, soit 30 %.

Le vieillissement du corps médical avait été identifié comme étant un point faible dans le projet médical élaboré fin 2008 et avait alors justifié la recommandation de mettre en place une cellule de recrutement médical.

#### **9.5 La densité du personnel**

La densité de personnel est un indicateur qui calcule le nombre d'équivalents plein temps par lit ou nombre de journées. Les ratios de densité comparatifs utilisés ci-après, sont extraits de la base de données de la FHF laquelle utilise un ratio d'ETP pour 1 000 journées.

Ces chiffres font apparaître une forte disparité entre les deux secteurs d'activité, MCO, d'une part, et psychiatrie, d'autre part.

##### **9.5.1 Une sur densité en MCO qui concerne le personnel de soins**

La densité du personnel médical est inférieure aux moyennes régionales et nationales en 2011. Concernant le personnel de soins, il est constaté une surdensité pour l'encadrement, les infirmiers non spécialisés et les aides-soignants.

S'agissant des personnels d'encadrement, l'établissement se situe, selon la BDFHF, au-dessus des moyennes nationales sur toute la période de 2007 à 2011.

---

<sup>127</sup> Dexia Sofcah : filiale de Dexia crédit local, en charge de l'assurance statutaire des établissements hospitaliers.

Ce sur encadrement est par ailleurs confirmé par l'outil Hospi-Diag, lequel permet d'avoir en outre des données plus récentes. Ainsi, sur les six années de 2007 à 2012, le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants par cadre infirmier est inférieur à celui des hôpitaux de même catégorie, situés parmi les 20 % les moins performants. En 2012, un cadre infirmier avait la responsabilité de 12,8 agents au CH de Digne, contre 19,5 dans les hôpitaux les moins performants et 31,7 dans les plus performants.

L'hôpital justifie ce sur encadrement par la taille restreinte des unités et explique avoir regroupé plusieurs unités en 2012. Toutefois, au vu des statistiques ci-dessus qui montrent une augmentation du sur encadrement en 2012, l'efficacité de ces regroupements n'est pas ici démontrée.

Quant aux infirmiers non spécialisés et aides-soignants, les ratios de densité restent très au-dessus des moyennes observées au niveau régional et national sur toute la période de 2007 à 2011.

A l'inverse, les infirmiers spécialisés et les agents des services hospitaliers qualifiés (ASQH) chargés du nettoyage et de la désinfection des locaux connaissent une sous densité.

### 9.5.2 Une sous densité du personnel en psychiatrie

En psychiatrie, la densité du personnel est inférieure aux moyennes régionales et nationales pour les deux types de personnel, médical et non médical.

L'hôpital explique ce constat par les restructurations qui ont concerné le secteur psychiatrique avec réduction des effectifs dans le cadre du PRE.

## **10 LA GESTION DU PATRIMOINE**

### **10.1 Le devenir des bâtiments de l'ancien hôpital Romieu**

#### 10.1.1 Les conditions juridiques du retour éventuel des biens à l'hôpital

Une partie des locaux de l'ancien hôpital Romieu avait fait l'objet de deux ventes successives à la ville, les 23 août 2001 et 20 septembre 2002, à l'euro symbolique, avec promesse de revente à l'hôpital, à nouveau à l'euro symbolique, à l'issue d'un délai de 10 ans à compter du 23 août 2001, si l'hôpital le demandait.

Les conditions de retour éventuel des biens à l'hôpital étaient identiques pour les deux ventes, s'il souhaitait récupérer les biens, et ce gratuitement, l'hôpital devait lever l'option selon l'une des trois formalités prévues (acte d'huissier, lettre recommandée avec accusé de réception ou remise en mains propres) et faire constater la vente par acte authentique dans un même et unique délai qui courrait du 23 août 2011 au 23 février 2012. A défaut de levée d'option par le CH avant ce terme du 23 février 2012, la ville deviendrait propriétaire à titre définitif.

#### 10.1.2 Une inertie de l'ancienne direction

Le directeur du CH a écrit au maire le 8 février 2011 pour lui demander, soit de restituer gratuitement les biens à l'hôpital, soit de les lui racheter, soit de devenir locataire de l'hôpital. La réponse du maire, reçue par l'hôpital le 16 août 2011, soit plus de six mois après le courrier du directeur, indique qu'il ne souhaite pas un rachat par la ville et informe de l'existence de trois occupants.

Suite à cette réponse du maire, le directeur du CH a effectué deux démarches : une demande d'appui à l'ANAP <sup>128</sup> et un courrier en date du 14 novembre 2011, adressé au notaire de l'hôpital. Ce courrier, resté sans réponse, a fait l'objet d'une simple lettre de rappel du directeur le 5 janvier 2012.

La gestion de ce dossier par le CH de Digne appelle plusieurs remarques.

Si la mission de l'ANAP pouvait être utile, elle ne répondait pas au problème posé, qui était de décider une éventuelle levée de l'option et de la mettre en œuvre avant le 23 février 2012.

Le directeur s'est contenté d'adresser un courrier demandant au maire quelles étaient ses intentions, alors qu'il lui revenait de demander officiellement la levée de l'option et le retour du bien dans le patrimoine de l'hôpital, ce qu'il n'a jamais fait, dans ce courrier ou ultérieurement.

En outre, la direction est restée inerte face à l'absence de réponse du maire pendant plus de 6 mois. Il en est de même pour le courrier au notaire, encore plus tardif.

L'échéance du retour à l'hôpital étant connue depuis longtemps, il incombait à la direction de l'hôpital de l'anticiper, bien avant 2011 et non pas quelques mois avant sa survenance et en exprimant une volonté claire qui avait eu suffisamment de temps pour mûrir.

Le directeur ne pouvait en outre ignorer la longueur du processus décisionnel interne à l'hôpital, cette question de propriété devant être soumise au directoire et au conseil de surveillance <sup>129</sup>.

A défaut d'avoir levé l'option au 23 février 2012 dans les formes et délais prévus dans l'acte de promesse de vente, les biens sont devenus définitivement propriété de la ville sans même que l'hôpital ait formalisé un choix qu'il lui appartenait pourtant d'exprimer. Ce « non-choix » débouche sur un appauvrissement de l'hôpital puisqu'il perd définitivement la propriété d'un bien cédé gratuitement à la ville et dont le retour dans son patrimoine ne lui coûtait rien.

Dans sa réponse, la nouvelle direction indique avoir préparé un dossier de rétrocession soumis au conseil de surveillance de l'hôpital. Dans sa séance du 13 juin 2013, celui-ci a approuvé l'acquisition par le CH de Digne des anciens bâtiments. L'acte notarié n'a pas encore été signé.

## 10.2 La gestion des deux hôtels (legs Mazan-Guillon)

En 1990, le CH de Digne a accepté le legs de deux hôtels de deux et trois étoiles. Ce legs était assorti d'une condition d'interdiction de la vente des biens pendant trente ans. Lors de son précédent contrôle, la chambre avait constaté que l'établissement n'avait pas cherché à gérer ces deux hôtels au mieux de ses intérêts et soulignait ainsi l'absence de révision des loyers et leur règlement à terme échoué. Ces remarques ont été partiellement suivies d'effet.

Lors du renouvellement des baux commerciaux, le loyer de l'hôtel trois étoiles a été ainsi significativement augmenté (+40%). En revanche, celui de l'hôtel deux étoiles n'a été que très modestement réévalué, laissant ce loyer à un niveau toujours très bas <sup>130</sup>.

La gestion des hôtels à l'occasion du renouvellement des baux a donc été déséquilibrée, l'établissement deux étoiles faisant l'objet d'un traitement beaucoup plus favorable.

---

<sup>128</sup> L'ANAP prévoyait de sélectionner douze sites sur tout le territoire national pour bénéficier en 2012-2013 d'un accompagnement pour la valorisation de leur patrimoine et le cas échéant la cession de leurs biens désaffectés

<sup>129</sup> Article L. 6143-7 du CSP : « après concertation avec le directoire, le directeur [...] 9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ».

Article L. 6143-1 du CSP : Le conseil de surveillance « donne son avis sur (...) les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ».

<sup>130</sup> Le conseil d'administration avait pourtant décidé le 28 juin 2005 pour cet hôtel, comme souligné dans le précédent rapport de la Chambre, « d'autoriser le directeur à signer la procuration pour le renouvellement du bail [...] qu'à la condition d'une revalorisation sensible de ce loyer ».

S'agissant des révisions triennales, celles-ci ont bien été effectuées mais avec un retard de deux ans pour l'hôtel trois étoiles. Quant aux modalités de paiement des loyers, celles-ci ont été régularisées pour les deux hôtels.

**Recommandation n° 16 : Renégocier le loyer de l'hôtel deux étoiles, lors du renouvellement du bail en 2014 et veiller, pour les deux hôtels, à éviter des comptes de résultats déficitaires, ou à défaut demander par la voie judiciaire la révision de la clause d'inaliénabilité.**

Dans sa réponse, l'hôpital a indiqué qu'un dossier de demande de levée de l'interdiction de vendre devant les juridictions compétentes était en cours et qu'en cas d'impossibilité de vendre, l'établissement procéderait en 2014 à une renégociation du loyer de l'hôtel deux étoiles.