

Rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER DE BERNAY

(Département de l'Eure)

Exercices 2015 à 2019

Observations délibérées le 16 février 2022

SOMMAIRE

SYNTHESE	1
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS.....	2
OBLIGATIONS DE FAIRE	2
I - Rappel de la procédure	3
II - Le centre hospitalier dans son environnement	3
A - L'organisation territoriale	3
1 - L'environnement du CH de Bernay	3
2 - Le CH de Bernay	4
3 - Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Eure-Seine pays d'Ouche.....	7
B - L'activité et la performance du centre hospitalier de Bernay	8
1 - L'activité du CH de Bernay	8
2 - La performance du CH de Bernay	10
3 - La certification par la haute autorité de santé (HAS)	11
III - Le fonctionnement interne	11
A - Le pilotage stratégique	11
1 - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	11
2 - Le projet d'établissement et les pôles d'activité	11
3 - Le plan de transformation	12
B - La gestion des ressources humaines	13
1 - Le personnel non médical.....	13
2 - Le personnel médical.....	15
IV - La fiabilité des comptes et la situation financière	18
A - La fiabilité des comptes.....	18
1 - Les documents budgétaires.....	18
2 - Le principe de sincérité et de régularité : le patrimoine.....	18
3 - Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits	18
4 - Les créances irrécouvrables.....	19
5 - Les provisions.....	20
6 - La sincérité et la fiabilité des prévisions budgétaires	22
B - La situation financière	23
1 - Situation financière tous budgets.....	23
2 - Le budget principal (budget H)	24
3 - Le budget de l'EHPAD	27
4 - La capacité d'autofinancement et le taux de marge brute (consolidés)	29
5 - La situation patrimoniale et le déséquilibre financier	29
ANNEXES	32

SYNTHESE

Le centre hospitalier de Bernay, dont la maternité a fermé en 2019, propose une offre de soins en médecine et en chirurgie et dispose d'un secteur de prise en charge de la personne âgée ainsi que d'une unité de soins de suite et de réadaptation. Disposant d'un plateau technique complet, il emploie plus de 500 agents.

L'établissement répond aux besoins de santé d'un bassin de population présentant des indicateurs préoccupants en termes de santé publique, dans le département français affichant la plus faible densité de médecins. Les ratios de productivité du personnel médical et médico-technique sont faibles, ainsi que le niveau de sévérité des prises en charge.

La moitié des bâtiments sur le site est considérée comme vétuste, inadaptée pour les soins ou désaffectée.

La situation financière, très dégradée, n'offre pas de perspective de redressement à court terme, en l'absence d'un plan de redressement. Malgré un niveau de charges relativement maîtrisé et en dépit des aides substantielles octroyées par l'ARS, le déficit cumulé sur la période atteint près de 10 M€. Sa trésorerie réelle, en fin de période (- 4 M€), ne lui permettait plus de régler l'ensemble de ses dettes fiscales et sociales.

Cette situation résulte principalement de la baisse sensible des recettes (en lien avec celle de l'activité) entre 2015 et 2019. Le manque d'implication de la communauté médicale, peu investie dans les projets structurants développés par l'établissement, la vétusté du site et sa faible capacité à attirer tant les patients que les praticiens figurent parmi les principaux facteurs d'explication complémentaires.

Le contrôle de la chambre a également mis en évidence des irrégularités portant sur les conditions de recrutement des praticiens contractuels et leurs rémunérations, supérieures aux dispositions statutaires. Ces constats illustrent la nécessité de renforcer le contrôle interne comptable.

Dès lors, l'hôpital n'a d'autre choix que de poursuivre le plan de transformation décidé par l'agence régionale de santé pour se doter de nouvelles marges de manœuvre.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Elaborer un plan directeur et l'inclure au prochain projet d'établissement ;
2. fiabiliser les comptes :
 - en soldant les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser ;
 - en reprenant les provisions devenues sans objet ;
 - en élaborant une méthode statistique permettant d'évaluer la dépréciation des comptes de redevables ;
3. prélever la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique (CSP) relative à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé.

OBLIGATIONS DE FAIRE

4. Réunir le conseil de la vie sociale de l'EHPAD (article D. 311-16 du code de l'action sociale et des familles) ;
5. mettre à jour l'inventaire et le rapprocher de l'actif du comptable (instruction budgétaire et comptable M21) ;
6. mettre en œuvre les dispositions concernant la journée de solidarité issues de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
7. respecter la réglementation en matière de recrutement de médecins contractuels (articles R. 6152-412 et R. 6152-632 du CSP, arrêté du 15 juin 2016) ;
8. respecter l'âge limite pour les praticiens contractuels (article R. 6152-423 du CSP et article 138 modifié de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique).

I - RAPPEL DE LA PROCEDURE

La chambre régionale des comptes a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Bernay à partir de l'année 2015. Par lettre en date du 7 septembre 2020, le président de la chambre en a informé Mme Laura Lefranc, directrice par intérim, et M. Laurent Charbois, précédent ordonnateur. Les entretiens de fin de contrôle avec le rapporteur ont eu lieu le 12 mars 2021 pour Mme Sandrine Cotton, nouvelle directrice de l'établissement, le 8 mars 2021 pour M. Charbois et le 11 mars 2021 pour Mme Lefranc.

Lors de sa séance du 16 avril 2021 la chambre a arrêté ses observations provisoires, qui ont été transmises dans leur intégralité à Mme Cotton et, pour ce qui les concerne, à Mme Lefranc et M. Charbois, ainsi qu'aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause.

Après avoir entendu le rapporteur, la chambre a arrêté, le 16 février 2022, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué à la directrice en fonction et à ses prédécesseurs. Ce rapport devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera communicable dans les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.

II - LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON ENVIRONNEMENT

A - L'organisation territoriale

1 - L'environnement du CH de Bernay

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dispose que l'agence régionale de santé (ARS) définit les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région.

Par arrêté du 27 octobre 2016, l'ARS a découpé la Normandie en sept territoires de démocratie sanitaire, dont celui d'Évreux-Vernon qui regroupe près de 416 000 habitants. Celui-ci compte sept établissements exerçant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), trois l'hospitalisation à domicile (HAD) et 13 des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Avec 599 962 habitants en 2018¹, l'Eure abrite 18 % de la population régionale et 0,9 % de la population nationale. La part des moins de 20 ans (20 %) y est plus importante qu'au niveau national. L'arrondissement de Bernay représente 38 % de la population départementale.

¹ INSEE : Populations légales des départements en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021 – date de référence statistique : 1^{er} janvier 2018.

Tableau n° 1 : La densité et les effectifs médicaux dans l'Eure, comparés à la Normandie et à la France, au 1^{er} janvier 2018

	Effectifs	Densité pour 100 000 habitants						
		Ensemble des médecins	rang national (1)	dont méd. gén.	dont méd. spé.	Chirurg. dentistes	Infirmiers diplômés d'État	Pharm.
Calvados	2 549	367	18	168	198	47	1 177	106
Eure	1 013	167	103	96	71	34	540	109
Manche	1 272	255	69	138	118	37	1 170	95
Orne	687	242	77	135	107	38	1 152	95
Seine-Maritime	4 121	328	36	149	178	43	1 064	108
Normandie	9 642	288		141	148	41	1 016	105
France	226 219	338		153	185	63	1 047	110

(1) le mieux doté est Paris avec 858 médecins, puis les Alpes-Maritimes (461) et le Rhône (448)

Source : site INSEE « professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 », comparaisons régionales, comparaisons départementales (France et outre-mer)

Avec 167 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, l'Eure présente une densité très inférieure à la moyenne nationale (338) ou à celle constatée en Normandie (288).

Le territoire d'Évreux-Vernon se caractérise également par un taux de mortalité élevé par rapport à la Normandie². Il rassemble 34,2 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) domiciliés dans le département, classés en GIR 1 ou 2³ (contre 19,1 % en France métropolitaine⁴).

2 - Le CH de Bernay

a - Présentation générale

Le centre hospitalier de Bernay s'étend sur 8,7 hectares, dont 4,7 ha où sont implantés les trois pavillons de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et une vingtaine de bâtiments sur 4 ha. La superficie totale des bâtiments représente 33 290 m², dont la moitié est considérée, par l'établissement, comme vétuste, inadaptée pour les soins ou désaffectée.

Doté d'un plateau technique important, l'établissement propose une offre de soins en médecine et chirurgie. Il a toutefois perdu 14 lits lors de la fermeture de la maternité, en 2019. Il dispose également d'un secteur de prise en charge de la personne âgée et de soins de suite et de réadaptation. D'autres structures telles qu'un accueil de jour Alzheimer, une unité d'évaluation gériatrique ou un service de soins infirmiers à domicile complètent son offre, avec une capacité d'accueil, en fin de période, de 105 lits et 322 places (dont 239 en EHPAD).

² Cf. diagnostic territorial ARS 2018 et INSEE statistique de l'état civil et estimations de la population, 2014.

³ Le GIR comprend six niveaux, dont seuls les quatre premiers ouvrent droit à l'APA. Le montant de l'aide dépend du degré de perte d'autonomie, le GIR 1 justifiant de la perte la plus importante.

⁴ En décembre 2013. L'Eure est le deuxième département de France à enregistrer une si forte proportion de GIR 1 et 2 parmi ses bénéficiaires de l'APA (Schéma unique 2016-2020- « portrait et enjeux sociaux du territoire » – conseil départemental de l'Eure janvier 2016).

À la demande de l'ARS Normandie, une direction commune a été mise en place, à compter du 1^{er} janvier 2015, avec le centre hospitalier Eure-Seine. Seule une direction de site a été maintenue à Bernay. L'implication effective des directions fonctionnelles, toutes accueillies par l'hôpital d'Évreux, est restée modeste jusqu'à fin 2020.

Le CH de Bernay a noué des partenariats, notamment avec l'hôpital de Pont-Audemer pour l'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi qu'avec divers organismes⁵.

b - L'EHPAD

L'Eure dispose en la matière d'un taux d'équipement inférieur aux taux normands et nationaux en 2018, soit 95 places pour 1 000 habitants (98 en France et 104 en Normandie).

Le territoire de Bernay - Pont-Audemer est doté de neuf établissements, soit moins de 90 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Par ailleurs, une étude récente de l'INSEE⁶ montre qu'en 2019 :

- 13,2 % des plus de 65 ans de l'Eure sont touchés, à des degrés divers, par une perte d'autonomie. Cette proportion est moins importante qu'en France métropolitaine (15,0 %) en raison d'une moyenne d'âge moins élevée de cette partie de la population ;
- 22 % de l'ensemble des plus de 65 ans en perte d'autonomie (GIR estimés 1 à 4) sont accueillis au sein d'une structure d'hébergement collectif⁷.

En termes d'équipements, le département dispose d'une offre proche du niveau national, mais qui relève davantage du secteur public (75 % des places disponibles contre 60 % en France métropolitaine) et présente des tarifs moins élevés.

L'évolution démographique projetée par l'INSEE rendra nécessaire, d'ici à 2030, la création de postes estimée à 900 équivalents temps-plein (ETP)⁸, par rapport aux 7 500 ETP employés à ce jour. Dans ce cadre, l'ARS a lancé un plan d'actions régional d'accompagnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie, qui s'inscrit dans les orientations du projet régional de santé (PRS) 2018-2023.

L'EHPAD de Bernay est ouvert depuis 1983. Il dispose d'une capacité d'hébergement de 120 chambres simples, 69 chambres doubles et deux chambres communicantes réparties entre deux pavillons. L'établissement compte 28 % de résidents de moins de 80 ans. La moyenne a 103 ans.

La convention tripartite⁹ 2016-2020 porte sur 298 places, dont 240 habilitées à l'aide sociale. Fin 2014, le GIR moyen pondéré (GMP)¹⁰ s'élevait à 709,28, contre 699 (en 2015) au niveau national¹¹.

⁵ Centre de vaccination, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, réseau normand de dons d'organes et de tissus à visée thérapeutique et réseau local de promotion de la santé (porté par l'établissement, le département et la région).

⁶ « Conditions de vie et dépendance des seniors dans l'Eure : état des lieux et perspectives » INSEE Normandie, dossier n° 16, juillet 2020.

⁷ Proportion qui monte à 48 % pour les plus sévèrement dépendants (GIR estimés 1 et 2).

⁸ Les ETP correspondent aux effectifs physiques (agents rémunérés, quelle que soit leur quotité de travail), pondérés de leur quotité de travail.

⁹ Entre le directeur de l'établissement, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS.

¹⁰ Le GIR moyen pondéré (GMP) traduit le niveau de dépendance moyen des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Plus ce GMP est élevé, moins le niveau d'autonomie des personnes âgées est important.

¹¹ Panorama des EHPAD en France étude Uni Santé -avril 2015.

Cet instrument de pilotage est remplacé, depuis le 1^{er} janvier 2017, par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) souscrits entre les mêmes acteurs.

D'une durée de cinq ans, le CPOM concernant l'EHPAD a pris effet le 1^{er} octobre 2019. Dans ses annexes, il rappelle des objectifs en conformité avec ceux développés dans le PRS. Il n'est toutefois pas revêtu de la signature du président du conseil départemental de l'Eure.

En 2018, selon la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le prix d'hébergement médian à Bernay, par jour et par personne, s'établissait à 60,22 € pour une chambre individuelle (soit 1 977 € par mois). Ces valeurs placent l'EHPAD dans la fourchette basse des prix pratiqués par les EHPAD voisins¹². Selon l'établissement, le prix fixé par le conseil départemental ne couvre toutefois pas les coûts réels qu'il supporte.

Avec 239 lits ouverts durant la période contrôlée, le nombre de journées a chuté de - 3 % de 2015 à 2019, pour atteindre 82 985 journées avec, pour conséquence, une baisse du taux d'occupation de trois points en trois ans (95,1 % en 2019). L'EHPAD ne présente pas de liste d'attente. La vétusté des structures et les conditions d'hébergement contribuent, probablement, au manque de notoriété du service.

Tableau n° 2 : Données sur l'activité de l'EHPAD

	2015	2016	2017	2018	2019	30/11/2020	E.A.M.	2019/2015
Nombre de lits	239	239	239	239	239	239		
Activité théorique	87 235	87 235	87 474	87 235	87 235	87 474		
Nb journées réalisées	85 557	86 138	85 368	85 253	82 985	68 305	-0,6 %	-3 %
Taux d'occupation (%)	98,1	98,7	97,6	97,7	95,1	71,6	-0,6 %	-3 %
Entrées	68	52	89	71	79	57	3,0 %	16 %
Sorties décès	58	51	60	64	78	58	6,1 %	34 %
Autres sorties	15	6	21	18	15	10	0,0 %	0 %
Solde annuel	- 5	- 5	8	- 11	- 14	- 11		
DMS	217,2	223,2	209,8	195,1	185,9	225,4	-3,1 %	-14 %
Age moyen à l'entrée	85,3	81,9	85,1	81,9	82,5	79,8	-0,7 %	-3 %
Age moyen	85,3	81,9	88,7	85,5	84,7	84,9	-0,14 %	-1 %
GMP	700,29					640		
PMP	228							

Source : CHB/CRC

Sous l'impulsion du nouveau maire de Bernay, qui préside le conseil de surveillance, l'hypothèse d'un EHPAD neuf, plus petit et couplé à une maison des aidants a retenu l'attention de l'ARS et du conseil départemental. En effet, plusieurs EHPAD autour de Bernay peinent à saturer leur capacité, le maintien à domicile étant privilégié. Dans cette perspective, le conseil départemental a commandé deux études sur les besoins des populations âgées et sur les projets de restructuration des EHPAD du département.

¹² Ainsi, l'EHPAD d'Harcourt affiche-t-il un tarif mensuel de 2 210 € et la maison de retraite Saint-Aubin de 2 425 €.

Enfin, depuis 2018 et d'après les comptes rendus communiqués par l'établissement, il apparaît que le conseil de la vie sociale (CVS)¹³ n'a jamais été réuni alors que sa consultation pourrait être utile dans la perspective des travaux à venir. La chambre demande donc à l'établissement de réunir régulièrement cette instance, conformément aux dispositions de l'article D. 311-16 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

c - La maternité

Avant sa fermeture, la maternité du CHB enregistrait entre 400 et 450 accouchements par an, avec une baisse sensible en 2018 (beaucoup de parturientes ayant, semble-t-il, anticipé la fermeture programmée).

L'établissement a enregistré une diminution de ses recettes dans ce domaine, entre 2015 et 2018 (de l'ordre de 18 %, soit près de 5 % en rythme annuel). Le déficit engendré par la maternité était évalué par le CHB à 0,8 M€ en 2017, puis à 1,2 M€ en 2018.

Dans un courrier du 19 mars 2018, la directrice générale de l'ARS a développé le plan d'actions visant à consolider le rôle d'hôpital de proximité de Bernay et impliquant des évolutions du périmètre d'activité avec, notamment, la transformation de l'activité de maternité en centre gynécologique périnatal de proximité (CGPP)¹⁴.

La fermeture de la maternité était initialement prévue à l'automne 2018, avec l'ouverture concomitante du CGPP et dans le cadre d'une convention¹⁵ avec l'hôpital d'Évreux, auquel l'autorisation de gynécologie-obstétrique devait être cédée. Dans cette nouvelle configuration, l'activité d'obstétrique devait être assurée par les maternités des CH d'Évreux et de Lisieux.

Ce plan n'a finalement été confirmé par l'ARS qu'en février 2019 et le dernier accouchement à la maternité de Bernay s'est déroulé le 11 mars 2019.

Pour sa part, le CGPP a ouvert ses portes le 18 mars 2019. Des travaux, réalisés avec l'aide de l'ARS, ont permis une meilleure adaptation des locaux. Les praticiens exercent sous l'autorité fonctionnelle de la responsable médicale du pôle « femme-mère-enfant » d'Évreux. En outre, un pédiatre d'Évreux est mis à disposition une journée par semaine.

3 - Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Eure-Seine pays d'Ouche

La région normande est découpée en onze GHT, dont cinq couvrent une population supérieure à 400 000 habitants, parmi lesquels le GHT Eure-Seine pays d'Ouche (405 561 habitants, dont 7,9 % de plus de 75 ans).

Ce dernier, dont l'hôpital d'Évreux est l'établissement support et auquel celui de Bernay appartient, a été créé en 2016 et regroupe au total onze établissements¹⁶.

Onze filières ont été identifiées dans le cadre de son projet médical partagé (PMP). Par ailleurs, six axes stratégiques sont proposés, portant notamment sur la sécurité des

¹³ Dont les attributions sont précisées par l'article D. 311-15 du CASF et la fréquence des réunions (au moins trois fois par an, sur convocation du directeur) par l'article D. 311-16 du même code.

¹⁴ Le centre assure un suivi pré et post-natal, gynécologique ainsi qu'une prise en charge psychologique.

¹⁵ Qui régit la prise en charge des mères et des nouveau-nés du bassin de population de Bernay.

¹⁶ CH de Bernay, CH de Gisors, CH de Verneuil-sur-Avre, CH des Andelys, CH de Pacy-sur-Eure, CHI Eure-Seine, CHS de Navarre à Évreux, CH de l'Aigle, EHPAD de Breteuil-sur-Iton, EHPAD de Conches-en-Ouche, EHPAD de Rugles.

parcours patients, la gestion et le développement des compétences des professionnels, ou encore la promotion de la santé publique.

La fonction « achat »¹⁷ fait partie des domaines dévolus au GHT en vertu des dispositions de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique. S'agissant, au cas particulier, des achats pharmaceutiques, l'objectif assigné au GHT est, dans un premier temps, de les massifier. La convergence devait être achevée au 31 décembre 2020 (à cette date, tous les marchés devaient être instruits par le GHT).

Les responsables des achats des établissements parties du GHT disposent de délégations de signature, autorisant des achats hors marché jusqu'à 5 000 €.

Le CH de Bernay porte néanmoins un regard critique :

- sur l'organisation des achats du réseau des pharmacies à usage intérieur (PUI), tant au niveau de l'exécution des marchés que des gains éventuels¹⁸ ;
- sur les gains réalisés, qui restent faibles, même si les tarifs obtenus pour une partie des lots sont avantageux. Ainsi, le bilan du plan d'actions achats territorial (PAAT) du GHT mentionne un gain de l'ordre de 0,3 M€ cumulé sur la période.

Pour sa part, le schéma directeur du système d'information de territoire, décliné en 15 postes, a été validé le 5 décembre 2018. Sa mise en œuvre sur cinq ans est directement déterminée par les ressources financières des établissements membres.

Enfin, les prestations internes de laboratoire¹⁹ ont pour objet de mettre à disposition – au sein du GHT, moyennant une redevance et des contreparties préalablement déterminées – certains laboratoires d'établissements membres pour une prestation plus efficiente et une meilleure homogénéité du service rendu en matière d'examen de biologie médicale.

La première mutualisation réalisée conduit l'établissement d'Évreux à réaliser des analyses pour le nouvel hôpital de Navarre. La seconde verra le laboratoire du pôle sanitaire du Vexin de Gisors organiser les prestations de laboratoire pour le CH Saint-Jacques des Andelys.

B - L'activité et la performance du centre hospitalier de Bernay

1 - L'activité du CH de Bernay

A titre liminaire, la chambre observe qu'il a été donné suite aux observations qu'elle avait formulées en 2015 en matière de codage des actes médicaux réalisés. Le département de l'information médicale (DIM) intervient régulièrement afin d'alerter la communauté médicale sur la complétude des dossiers des patients.

Sur le fond, il apparaît que le nombre de séjours recensés dans l'établissement décroît globalement de 21 % depuis 2015 (cf. annexe n° 2). En neutralisant la gynécologie-obstétrique (compte tenu de la fermeture de la maternité en 2019), la baisse s'établit à 17 %.

¹⁷ Élaboration de la politique et des stratégies d'achat, planification et passation des marchés, activités d'approvisionnement (à l'exception des produits pharmaceutiques).

¹⁸ Allotissements inadaptés et segmentés chronophages, gestion des avenants « *au bon vouloir* » des laboratoires pour les besoins nouveaux, multiplication des appels d'offres, doublons d'appels d'offres pour certaines molécules.

¹⁹ Avenant n° 4 à la convention constitutive.

Entre 2015 et 2019 :

- la chirurgie traditionnelle baisse de 39 % en raison, notamment, du départ de praticiens (trois d'entre eux, en 2016) ;
- la médecine baisse de 15 %, souffrant d'une image dégradée en raison, notamment, des conditions d'accueil (chambre double, pas de douche dans les chambres, bâtiments vétustes, etc.), du peu d'activité de consultations et d'une durée moyenne de séjour élevée ;
- bien que les passages aux urgences baissent de 4 % (passant de 19 728 en 2015 à 18 926 en 2019), ils restent très majoritairement à l'origine du recrutement de l'établissement (passant de 57 % en 2015 à 76 % en 2019).

Le taux de chirurgie ambulatoire évolue favorablement entre 2015 et 2019. Atteignant plus de 55 % en 2019, il situe l'établissement au-dessus des moyenne et médiane régionales, et parmi les hôpitaux les plus performants de l'échantillon appartenant à la même catégorie (cf. annexes n° 2).

Le constat est toutefois moins favorable si l'on compare l'établissement à des structures de taille semblable (même typologie).

Enfin, les consultations externes baissent globalement sur la période de près de - 7 % entre 2015 et 2019, avec cependant une inflexion plus marquée entre 2015 et 2016.

On observe, au cours de la période, une baisse de l'activité dans tous les secteurs.

Tableau n° 3 : Les parts de marché

	2015	2016	2017	2018	2019	Evol. 2015/2019
Médecine	39	38	39	38	34	-12 %
Chirurgie	27	23	21	22	20	-26 %
Obstétrique	47	52	50	45	14	-70 %
Chir. Amb.	25	22	24	24	23	-11 %
Cancérologie	18	16	18	17	15	-16 %

Source : *HospiDiag*

La diminution des parts de marché de l'établissement sur sa zone d'attractivité²⁰ et dans les disciplines MCO va de - 12 % en médecine jusqu'à - 70 % en obstétrique (cf. fermeture de la maternité en 2019), en passant par - 26 % pour la chirurgie.

Le pourcentage des groupes homogènes de malades (GHM)²¹ recours/référence²² est très modeste, mais conforme à ce qui est attendu pour ce type d'établissement, qui assure principalement des prises en charge de proximité.

²⁰ La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (nombre de séjours de chirurgie complète/nombre d'habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de chirurgie les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement.

²¹ Un GHM regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO.

²² Cet indicateur mesure le pourcentage de l'activité réalisée sur des GHM pris en charge principalement (mais non exclusivement) dans les établissements hospitalo-universitaires. Il mesure une « technicité » de la prise en charge considérée.

Pour sa part, le pourcentage des séjours présentant un indice de sévérité élevé (3 et 4) permet de constater que l'hôpital présente des lourdeurs réduites de prise en charge, en comparaison avec les établissements de même taille.

Ce constat est corroboré par le poids moyen du cas traité (PMCT). En 2019, il classe l'établissement à un niveau inférieur, tant au niveau de sa catégorie qu'aux niveaux national et régional, et cela quel que soit le type de prise en charge (à l'exception des séjours sans acte classant et sans nuitée).

On observe ainsi que, s'agissant de la chirurgie non ambulatoire, l'écart est de 490 € par rapport aux établissements de même catégorie. Dès lors, le manque à gagner théorique de l'établissement peut être évalué, pour cette seule discipline, à plus de 450 000 €²³.

De la même manière, les séjours sans acte classant avec nuitée accusent un écart de 268 € avec les établissements de même catégorie. Ils génèrent donc un manque à gagner théorique de plus de 890 000 €.

Au total, pour ces seules catégories de séjours, la perte annuelle peut être évaluée à plus de 1,3 M€.

2 - La performance du CH de Bernay

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)²⁴ de l'établissement se dégrade en médecine sur la période, pour s'établir à 1,17 en 2019, soit un ratio très supérieur (+ 20 %) à ce que l'on observe en moyenne dans des établissements de taille semblable.

Cette situation, qui engendre un surcoût pour l'établissement, traduit un défaut d'organisation qui peut résulter de plusieurs facteurs : absence d'organisation de filières d'aval (SSR, etc.) ou de HAD, gestion des lits, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties.

Le coût du personnel médical ramené aux recettes est de près de 50 % plus élevé que le coût moyen de référence. Le constat est encore plus sévère pour le coût relatif aux personnels médico-techniques et cela, quel que soit l'axe de comparaison. En revanche, le poids des dépenses administratives logistiques et techniques se rapproche des bases de comparaison.

La valeur de l'indice de coût relatif (ICR)²⁵ par intervention chirurgicale est en deçà des moyennes observées et cela quel que soit la référence utilisée. Ce constat est également valable pour l'ICR par anesthésiste et infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE).

De plus, la productivité du laboratoire apparaît assez faible, avec un nombre d'examen par technicien proche du 2^{ème} décile des établissements de même catégorie.

²³ 490 € x 923 séjours en chirurgie non ambulatoire.

²⁴ Cet indicateur compare la DMS de l'établissement à celle standardisée de son « case mix » auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM. Il synthétise ainsi la sur (ou sous) performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine (hors ambulatoire).

²⁵ Unité d'œuvre des actes produits par les services médico-techniques, indiquant le degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles directement nécessaires à leur production, l'ICR est composé de trois sous-indices : indice d'activité médicale (IAM), indice d'activité soignante (IAS) et indice de communication des ressources matérielles (ICRM).

Au total, l'hôpital de Bernay souffre d'une assez faible productivité de son personnel médical et médico-technique en comparaison des établissements de taille similaire. Ce constat est partagé par la direction de l'établissement et, plus largement, par les membres de son directoire²⁶.

3 - La certification par la haute autorité de santé (HAS)

Le pré-rapport de la visite de certification – effectuée du 6 au 10 juin 2016 – dressait le constat de 41 non-conformités et 64 points sensibles, parmi les douze thématiques auditées. Dans sa réponse, l'établissement n'a pu que confirmer les constats de la HAS.

La décision de non-certification a été prononcée le 25 octobre 2017. L'ARS Normandie a mis en place un accompagnement auprès de l'hôpital afin qu'il réponde point par point, avant la prochaine visite programmée, aux constats de la HAS.

Une nouvelle visite des experts s'est déroulée du 19 au 22 novembre 2019. Le pré-rapport faisait encore état de l'existence de non-conformités et de points sensibles. Mais, par décision du 18 février 2020, la HAS a finalement certifié l'établissement, avec recommandations d'amélioration (niveau B), pour une durée de cinq ans.

III - LE FONCTIONNEMENT INTERNE

A - Le pilotage stratégique

1 - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Prenant effet au 1^{er} octobre 2019, le CPOM 2019-2024 porte notamment sur le désengorgement des urgences, la gradation des plateaux techniques, le renforcement du virage ambulatoire ou encore l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Des objectifs portant sur le pilotage interne accompagnent également ces orientations.

La chambre observe que, malgré les difficultés rencontrées par l'établissement, il n'a pas été procédé à l'évaluation par l'ARS de la réalisation des objectifs quantitatifs prévus dans le CPOM, dont les résultats doivent être présentés dans un rapport annuel d'étape et qui doit être l'objet d'une réunion d'échanges avec l'ARS (article D. 6114-18 du CSP).

2 - Le projet d'établissement et les pôles d'activité

Le projet d'établissement 2016-2020 s'est inspiré du projet médical du GHT Eure-Seine et pays d'Ouche et des objectifs du PRS concernant les attentes sur les filières structurantes de la continuité des soins.

La situation financière dégradée et les problèmes d'investissement qui en résultent n'ont pas permis l'élaboration d'un schéma directeur pourtant nécessaire au regard des

²⁶ Cf. compte rendu du 6 novembre 2019 : « Le problème réside dans le peu d'investissement d'un certain nombre de personnes de la communauté médicale dans cet établissement depuis trop longtemps. Les problèmes sont toujours entendus par les mêmes personnes. [...] Les différents spécialistes ne se sentent pas concernés par ce qui se passe au CH de Bernay. Il n'y a pas de cohésion entre eux, ce qui pose un problème d'organisation de travail en équipe. Beaucoup de praticiens en place profitent du fait qu'il y a pénurie de médecins et se confortent dans leur poste sans en faire plus. »

besoins d'adaptation et de rénovation des structures actuelles (urgences, hospitalisation médecine, EHPAD).

Une réflexion a néanmoins été engagée sur l'organisation des services de chirurgie et du bloc chirurgical pour consolider les compétences médicales disponibles. De même, le lien avec la médecine de ville et les partenaires libéraux a été développé.

Le bilan du projet d'établissement produit par le CH de Bernay dresse un constat sévère des réalisations effectives. Il démontre également la faible implication de la communauté médicale dans les projets retenus.

Un plan directeur a été présenté à l'ARS lors d'une réunion sur le plan de transformation (cf. *infra*) en septembre 2018. Il n'a cependant jamais été présenté aux instances de l'établissement, car il proposait la réaffectation de l'ancienne maternité, alors que la décision de fermeture générerait de fortes tensions internes.

La chambre considère que l'établissement trouverait avantage à parfaire son plan directeur et à l'inclure dans le prochain projet d'établissement, lequel n'est pas encore élaboré. L'ARS souhaite en effet, au préalable, que l'établissement propose une méthodologie permettant d'associer les partenaires du territoire, les élus et les professionnels libéraux afin d'articuler médecine de ville et médecine hospitalière.

Enfin, l'organisation du CHB s'articule autour de trois pôles, médecine, chirurgie et gériatrie. Bien que mentionnée dans le CPOM 2014-2019, la contractualisation prévue aux articles L. 6146-1 et R. 6146-8 du CSP n'a pas été mise en œuvre. Seules sont organisées, trois fois par an, des réunions de dialogue de gestion avec les pôles, auxquelles les représentants du corps médical participent peu.

3 - Le plan de transformation

Par courrier du 19 mars 2018, la directrice générale de l'agence régionale de santé dressait un plan d'actions visant à consolider le rôle d'hôpital de proximité de Bernay et à permettre de renforcer l'ancrage territorial de l'établissement en réponse aux besoins de la population locale.

Un bilan de ce plan de transformation a été effectué en juillet 2020. Certaines des orientations retenues²⁷ ont été mise en œuvre. D'autres²⁸ se heurtent, notamment, à des difficultés de recrutement de personnel médical dans les spécialités concernées.

La mise en place d'une hospitalisation de semaine repose sur le développement de la chirurgie programmée. Cette organisation emporte un certain nombre de bénéfices pour l'établissement, comme l'arrêt des astreintes médicales et paramédicales²⁹ ainsi que la fermeture du service de chirurgie complète le week-end. Au total, l'économie escomptée s'élève à 0,462 M€ en année pleine.

Prévu à partir de septembre 2020, ce projet n'a pu se mettre en place, compte tenu de la crise sanitaire mais également, selon l'établissement, des oppositions qu'il a suscitées tant chez les élus que chez les praticiens libéraux.

²⁷ Évolution progressive de l'activité de chirurgie vers une hospitalisation de semaine (cf. *infra*) et ambulatoire ou transformation de l'activité de maternité en centre périnatal de proximité.

²⁸ Maintien et consolidation des urgences ou affirmation plus importante du rôle de chef de file de la filière gériatrique territoriale.

²⁹ En anesthésie et chirurgie viscérale ou orthopédique.

Le plan de transformation prévoit également une extension de 20 lits, pour installer un service de court séjour gériatrique, compte tenu du vieillissement de la population sur le territoire de Bernay, de la nécessité de développer l'évaluation gériatrique pour limiter les hospitalisations par les urgences.

Sans évolution architecturale, ce projet doit être mis en œuvre concomitamment à la réorganisation des secteurs médecine et médecine à orientation cardiologique ainsi qu'au recrutement d'un gériatre. Les recettes supplémentaires attendues en année pleine s'élèvent à 0,388 M€.

B - La gestion des ressources humaines

1 - Le personnel non médical

a - Les effectifs

Sur un total de 494,8 équivalents temps plein rémunérés (ETPR)³⁰ en 2019, le budget principal concentre 65 % des effectifs, l'EHPAD 31 %, le solde relevant du SSIAD.

L'effectif de l'établissement est majoritairement constitué de titulaires (80 % en 2019) et de personnels de soins (73 % en 2019, avec une baisse de -8 % sur la période). Il a baissé de - 1,5 % en rythme annuel (- 7 % en cumul), entre 2015 et 2019.

Tableau n° 4 : Tous budgets confondus, les effectifs par filière

Filière	2015	2016	2017	2018	2019	E.A.M.	2019/2015
Personnel de direction et administratif	72,5	70,5	68,8	66,0	65,0	-2 %	-10 %
Personnel éducatif et social	3,4	3,7	4,4	4,7	4,8	7 %	42 %
Personnel médico-technique	12,1	13,0	13,0	12,3	13,3	2 %	10 %
Personnel services de soins	392,6	394,2	393,2	377,8	362,9	-2 %	-8 %
Personnels techniques et ouvriers	52,2	49,4	50,3	48,7	48,7	-1 %	-7 %
Total général	532,8	530,7	529,7	509,6	494,8	-1 %	-7 %

Source : CHB et retraitements CRC

Cette évolution est notamment imputable à la fermeture de la maternité en mars 2019 (- 15 ETP). Elle masque également un absentéisme (principalement en EHPAD) qui contraint l'établissement au recrutement d'agents en contrat à durée déterminée (+ 25 % sur la période sous revue, cf. *infra*) ou par le biais de l'intérim (en 2019).

b - Le temps de travail

Le décompte du temps de travail dans les établissements publics de santé est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum (sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées), soit 1 586 heures pour les agents à repos fixes avec le bénéfice d'une journée de fractionnement et de congés pris hors période³¹. Cette durée est réduite pour les agents soumis à certaines sujétions

³⁰ L'ETPR décompte les effectifs en intégrant la sur-rémunération dont bénéficient les agents exerçant à temps partiel.

³¹ Article 1^{er} du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

spécifiques, dont les agents en repos variable (qui travaillent au moins dix dimanches ou jours fériés pendant l'année civile) et ceux travaillant exclusivement de nuit³².

Le temps de travail des personnels du CHB est régi par un accord applicable au 1^{er} janvier 2002, qui n'a pas été modifié pour tenir compte des dispositions de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et de la circulaire du 26 octobre 2005 relative à l'organisation de la journée de solidarité dans la fonction publique hospitalière. Le dispositif a toutefois été présenté à la CME et au comité technique d'établissement (CTE).

Les dispositions actuellement en vigueur dans l'établissement sont les suivantes³³ :

- agents à repos fixe : 1 568 heures (si bénéficie des jours de congés « hors période » et « fractionnement ») ;
- agent à repos variable avec moins de 20 dimanches travaillés : 1 554 heures (si bénéficie des jours de congés « hors période » et « fractionnement ») ;
- agent à repos variable avec plus de 20 dimanches travaillés : 1 540 heures (si bénéficie des jours de congés « hors période » et « fractionnement ») ;
- agents travaillant de nuit : 1 440 heures (si bénéficie des jours de congés « hors période » et « fractionnement »).

L'écart constaté entre la réglementation et les dispositions en vigueur au centre hospitalier de Bernay porte – au moins – sur la journée de solidarité, qui n'est pas appliquée. Dans ce cadre, le surcoût supporté par l'établissement peut être évalué à plus de deux ETP.

En conséquence, la chambre demande à l'établissement de se conformer aux dispositions de la loi du 30 juin 2004.

c - Données relatives à l'absentéisme

En 2019, le nombre de journées perdues au titre de l'absentéisme du personnel non médical s'élève à 19 233 jours (soit plus de 52 ETP). L'établissement affiche un taux d'absentéisme global supérieur à 10 % (et même de près de 14 % pour le personnel de l'EHPAD).

Tableau n° 5 : Taux d'absentéisme pour motif médical

en %	2015	2016	2017	2018	2019
personnel médical	6,87 %	11,08 %	22,04 %	7,99 %	3,60 %
personnel non médical	8,55 %	8,78 %	11,44 %	7,52 %	10,65 %
dont catégorie C	10,30 %	10,77 %	14,27 %	10,21 %	12,08 %
dont aides-soignants	10,96 %	9,29 %	16,04 %	17,04 %	13,80 %
dont PNM 41 - 55 ans	7,04 %	9,38 %	11,20 %	8,36 %	12,28 %

Source : bilan social

³² Article 3 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002.

³³ Calcul effectué sur la base de neuf jours fériés, ne tombant ni un samedi, ni un dimanche, accordés aux agents en repos fixe ou travaillant exclusivement la nuit.

Pour faire face à cet absentéisme, l'établissement a fait appel à des personnels intérimaires, pour un coût global approchant 102 000 € en 2019 (20 000 € pour le personnel médical et 82 000 € pour le personnel non médical).

La chambre l'invite à développer une stratégie visant à atténuer l'absentéisme constaté.

2 - Le personnel médical

a - Les effectifs

Le personnel médical regroupait 25,7 praticiens et internes fin 2019. De 2015 à 2019, cet effectif a diminué de 11 ETP. La diminution de l'effectif est imputable au départ de praticiens hospitaliers (PH) à temps plein, compensée en partie par des praticiens contractuels.

Au 31 décembre 2019, le nombre de postes non pourvus s'élevait à 15,9 ETP, soit plus de 61 % des effectifs présents à cette date.

b - L'intervention des médecins libéraux au sein de l'établissement

Le décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 est venu modifier le code de la santé publique afin de préciser les modalités d'intervention des médecins libéraux au sein de l'hôpital public.

Dans le cadre contractuel défini par l'article L. 6146-2 du CSP, le professionnel de santé prend les engagements mentionnés à l'article R. 6146-18 du même code. En cas de non-respect, le directeur de l'établissement peut mettre fin au contrat du professionnel libéral, soit de sa propre initiative, soit à la demande du directeur de l'agence régionale de santé, après avis de la commission médicale d'établissement³⁴.

Un état mensuel des actes pratiqués permet à l'établissement de déterminer le montant des honoraires à verser au praticien. Celui-ci peut, conformément aux dispositions de l'article L. 6146-2 du CSP, prélever une redevance, dont le montant s'impute sur les honoraires, qui représente la part des frais des professionnels de santé supportée par l'établissement pour les moyens matériels et humains qu'il met à disposition. Le taux de cette redevance est fixé en considération de la nature de l'activité du praticien. Cette redevance est égale à un pourcentage des honoraires fixé selon certaines modalités³⁵.

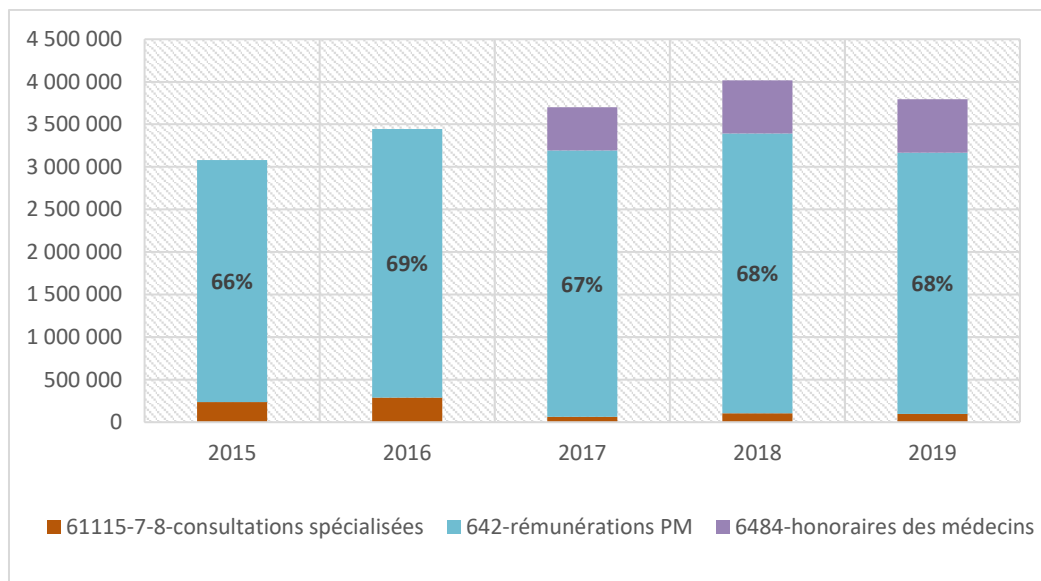
Le montant des honoraires versés aux médecins intervenant dans ce cadre est stable sur la période, supérieur à 0,6 M€.

³⁴ Article R. 6146-19 du CSP.

³⁵ Pourcentage des honoraires, conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du CSP :

- 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 pratiqués dans l'établissement de santé.

Tableau n° 6 : Evolution des charges médicales (part des honoraires de médecins)



Source : compte financier

L'analyse des contrats des praticiens concernés a révélé quelques écarts à la réglementation précitée. C'est notamment le cas pour deux d'entre eux, dont les contrats ne mentionnent aucune redevance dans le cadre de leur coopération avec l'établissement.

En conséquence, la chambre recommande à l'établissement de modifier les contrats des médecins concernés, afin qu'ils s'acquittent d'une redevance, conformément aux dispositions de l'article R. 6146-21 du CSP.

c - L'emploi de praticiens contractuels

L'emploi médical temporaire de courte durée à l'hôpital recouvre généralement deux situations :

- d'une part, l'intérim³⁶, avec la mise à disposition d'un praticien salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un centre hospitalier ;
- d'autre part, la relation contractuelle « de gré à gré » entre un médecin remplaçant et l'établissement, le cas échéant après une mise en relation par l'intermédiaire d'une entreprise de travail temporaire³⁷.

La pratique en vigueur au sein de l'établissement correspond majoritairement à cette seconde situation.

Entre 2015 et 2019, le CHB a eu recours à 14 entreprises différentes pour assurer des remplacements de praticiens. La rétribution totale versée à ce titre s'est élevée à près de 188 000 €.

L'article R. 6152-411 du CSP encadre le nombre de praticiens annuels recrutés pour une durée inférieure à trois mois. Exprimé en équivalent temps plein, leur effectif « ne peut excéder celui des praticiens titulaires et des praticiens nommés ou recrutés pour une durée de plus de trois mois exerçant leurs fonctions dans la structure où ils sont affectés ainsi

³⁶ Au sens des dispositions de l'article L. 1251-1 du code du travail.

³⁷ Article L. 1251-4 du code du travail.

que dans la discipline d'activité au sein de l'établissement. Un état semestriel des effectifs de praticiens contractuels recrutés pour une durée inférieure à trois mois est établi par structure et par discipline d'activité et transmis au directeur général de l'agence régionale de santé par le directeur de l'établissement ».

Cet état, réalisé pour quelques services, n'a jamais été transmis à l'ARS, contrairement à ce que prévoit la réglementation.

Le nombre de médecins concernés par ce type de recrutement a augmenté de 20 % entre 2015 et 2019, passant de 4,34 à 5,22 ETP, pour l'essentiel au sein du service d'anesthésie-réanimation.

L'analyse de certains contrats signés durant le dernier trimestre 2018 a révélé des rémunérations dérogatoires à la réglementation. En effet, selon les dispositions en vigueur en 2018, la rémunération des praticiens hospitaliers contractuels ne pouvait excéder la rémunération correspondant au 4^{ème} échelon de la grille des praticiens hospitaliers temps plein³⁸, majorée, le cas échéant, de 10 % (c'est-à-dire 4 852 € bruts mensuels). Or les rémunérations octroyées par le CH de Bernay excèdent, le plus souvent, les dispositions précitées.

Par ailleurs, l'établissement a proposé des contrats de praticien attaché associé à des médecins étrangers³⁹, pour effectuer des remplacements, alors qu'ils ne disposaient pas de l'autorisation d'exercer en France et qu'ils n'étaient pas inscrits auprès de l'ordre des médecins. Or l'article R. 6152-632 du CSP exclut explicitement la possibilité, pour les praticiens concernés, d'effectuer des remplacements.

La chambre demande donc à l'établissement de respecter la réglementation en matière de recrutement et de rémunération des médecins contractuels et appelle son attention sur les mesures désormais mises en place, avec l'assistance du comptable public, pour assurer la régularité des actes pris dans ce cadre.

En outre, les praticiens hospitaliers à temps plein en position d'activité consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'hôpital et aux établissements, services ou organismes liés à celui-ci par convention⁴⁰. L'exercice d'activités externes à l'établissement d'affectation restent possibles, mais sous certaines conditions⁴¹.

La chambre a constaté que certains médecins intérimaires exerçaient, de manière irrégulière, au même moment en qualité de PH temps plein dans un autre établissement.

L'établissement a précisé que les entreprises de travail temporaire (ETT) fournissaient les diplômes, un *curriculum vitae* ainsi qu'une déclaration sur l'honneur mais qu'aucune vérification portant sur le non-cumul d'activité n'était réalisée.

Enfin, il est apparu à la chambre que certains praticiens avaient continué d'exercer et de percevoir une rémunération au-delà de la limite d'âge fixée par l'article R. 6152-423 du CSP.

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

³⁹ Les dispositions issues de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ont prévu de rénover les modalités d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne, avec l'autorisation d'exercice dans l'attente d'un examen de leur situation par une commission régionale puis nationale d'autorisation d'exercice pour les médecins pouvant justifier d'au moins deux ans d'exercice dans un hôpital.

⁴⁰ Article R. 6152-26 du CSP.

⁴¹ Article R. 6152-30 du CSP

La chambre demande donc à l'établissement de respecter l'âge limite d'activité pour les praticiens.

IV - LA FIABILITE DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIERE

A - La fiabilité des comptes

Le centre hospitalier de Bernay n'est pas soumis à la certification de ses comptes.

Le précédent rapport d'observations définitives de la chambre comportait des observations concernant l'inventaire (suivi non exhaustif des dotations aux amortissements), les dotations aux provisions, le CET (sous-estimation à hauteur de 580 000 €) et les créances irrécouvrables.

La fiabilité des comptes a été étudiée sur la base des budgets consolidés.

1 - Les documents budgétaires

Sur la période, hormis pour l'année 2015, les états de prévision de recettes et de dépenses (EPRD) ont été systématiquement refusés par l'ARS dans leur première version, au motif d'une situation financière très dégradée. Il en est de même pour les plans globaux de financement pluriannuels (PGFP), dont aucun n'a été accepté par l'ARS au cours de la période.

En 2020, après échanges avec l'ARS, l'établissement dispose d'un EPRD adopté au minimum, sans que la tutelle ait pu valider les hypothèses retenues par l'établissement pour son élaboration.

Nonobstant les dialogues de gestion maintenus entre l'établissement et l'ARS et l'existence d'une situation financière fortement dégradée, aucun plan de redressement n'a été approuvé par cette dernière.

2 - Le principe de sincérité et de régularité : le patrimoine

La concordance entre l'état de l'actif du comptable et l'inventaire établi par l'ordonnateur n'a pas fait l'objet d'une procédure de fiabilisation des actifs immobilisés.

Le recensement des biens détenus par l'établissement n'est pas actualisé et ne fait l'objet, que depuis 2015, d'un recensement par la direction des ressources matérielles. Les autres biens ne sont pas recensés physiquement.

La chambre demande à l'établissement d'effectuer la mise à jour de l'inventaire et de le rapprocher de l'état de l'actif du comptable.

3 - Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits

a - Le rattachement à l'exercice des charges et des produits

Sur la période, le montant total des factures non parvenues a augmenté de 4 % en évolution annuelle moyenne et les charges d'exploitation ont baissé en proportion inverse

(- 3,9 %). Le taux de rattachement des charges, en augmentation depuis l'exercice 2015, atteignait 8 % en 2019. Ces constats résultent de la mise en place de pratiques peu orthodoxes consistant, en fin d'année, à rattacher les charges concernées plutôt que de liquider les factures à réception.

L'indicateur de taux de charges mesure les « charges reportées », au sens comptable, d'un exercice sur l'autre sans crédit budgétaire correspondant. Il doit se situer en dessous de 0,2 % du montant des charges totales⁴². L'étude de la période contrôlée montre que l'établissement ne répond pas à cette norme, avec un taux situé selon les années entre 0,3 % et 1,1 %.

Le CH procède, à la marge, au rattachement des produits à recevoir au titre de chaque exercice (le taux de rattachement oscille, sur la période, entre 0,02 % et 0,66 %). Il ne calcule pas l'impact des séjours « à cheval »⁴³ et n'a pas élaboré de méthode permettant leur détermination.

b - Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser

Sur la période, des montants significatifs demeurent dans les comptes d'attente alors qu'ils auraient dû être soldés. Les montants inscrits au compte 471 « recettes à classer ou à régulariser », retraçant les recettes en attente d'affectation, ont atteint un niveau élevé, dès 2017, avec 3,9 millions pour culminer à 13,9 millions d'euros en 2018.

Tableau n° 7 : Recettes et dépenses à classer ou à régulariser

en euros	2015	2016	2017	2018	2019
Dépenses à classer ou à régulariser	47 702	13 775	57 448	7 026	165
Recettes à classer ou à régulariser	10 214	418 115	3 990 908	13 988 382	1 111 979

Source : comptes financiers du CHB

La chambre recommande à l'établissement de solder les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser, en poursuivant le travail en cours avec le comptable public depuis 2019.

4 - Les créances irrécouvrables

L'établissement n'a pas établi de règle de dépréciation résultant des créances irrécouvrables mais précise, dans ses rapports financiers, que le comptable public a proposé plusieurs hypothèses d'approche statistique depuis 2015.

À ce jour, aucune de ces méthodes n'a été retenue. Le montant de la dépréciation reste identique sur l'ensemble de la période (212 886 € alors que – par exemple – les montants en litige fluctuent, au cours de la période, entre 184 708 € et 361 505 €).

Le solde du compte 491 « dépréciation comptes de redevables » s'élève à 212 886 € de 2015 à 2019, correspondant à 51 % des créances douteuses en 2019. Selon

⁴² Guide du tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé (TBFEPS) février 2003.

⁴³ L'instruction M21 (tome 2, titre 2, chapitre 4, §1.3.1) dispose qu'en application du principe d'indépendance des exercices, toutes les recettes d'exploitation doivent être rattachées à l'exercice en cours dès lors qu'elles correspondent à un droit acquis avant le 31 décembre dudit exercice. Les séjours qui couvrent deux exercices successifs doivent notamment faire l'objet de cette procédure quand les titres de recettes correspondants n'ont pu être émis à l'issue de la journée complémentaire. Dès lors, il appartient à chaque établissement de mettre en œuvre une technique documentée (fondée sur les éléments détenus dans le système d'information, des données statistiques...) pour rattacher à l'exercice qui s'achève la part des produits qui le concerne.

l'instruction budgétaire et comptable M21, « si la créance est en phase de recouvrement contentieux, [...] son transfert au compte 416 entraîne systématiquement la constatation d'une dépréciation ». Par suite, le compte concerné devrait, au minimum, afficher un solde de 414 356 € en 2019.

La chambre recommande à l'établissement de fixer, en accord avec le comptable, une méthode statistique permettant d'évaluer la dépréciation des comptes de redevables.

5 - Les provisions

L'établissement comptabilisait, fin 2019, 6,1 M€ de provisions, montant en baisse de 3 % depuis 2015.

Tableau n° 8 : Les provisions du CHB : réglementaires, risques et charges et dépréciations

Comptes	libellé	2015	2016	2017	2018	2019	2019/2015
Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations							
c/142	Provisions réglementées	2 194 241	2 384 466	2 441 840	2 514 956	2 603 943	19 %
Provisions pour risques et charges		3 919 103	3 720 750	3 685 864	3 685 864	3 393 654	-13 %
c/1531	Provisions CET personnel médical	734 499	536 146	497 338	497 338	360 885	-51 %
c/1532	Provisions CET personnel non médical	440 819	440 819	440 819	440 819	273 062	-38 %
c/151	Provisions pour litiges			3 922	3 922	35 722	-
c/158	Autres provisions pour charges	2 743 785	2 743 785	2 743 785	2 743 785	2 723 985	-1 %
c/49	Dépréciation comptes de tiers	212 886	212 886	212 886	212 886	148 440	-30 %
TOTAL		6 326 230	6 318 102	6 340 590	6 413 706	6 146 037	-3 %

Source : comptes financiers

Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations sont comptabilisées au crédit du compte 142, qui regroupe les subventions obtenues dans le cadre du plan de modernisation de l'hôpital dit « plan hôpital 2007 ».

Les aides à l'investissement reçues de l'ARS depuis 2006 s'élèvent à 630 188 € par an. Les reprises intervenues à partir de 2008, accompagnent le remboursement de l'annuité des emprunts souscrits, mais pas l'amortissement. L'établissement n'a pas reçu d'instructions de l'ARS relatives aux modalités de reprise de la provision « hôpital 2007 », laissant à l'établissement le choix de la méthode. Toutefois, comme l'indiquait le rapport précédent⁴⁴, la durée effective du versement de cette aide n'est pas connue (20, 30 ou 40 ans), ce qui rend le plan d'amortissement incertain.

Ce compte recense également une provision de 849 822 €, en 2019, qui concerne la restructuration de l'EHPAD. Des fonds exceptionnels ont été alloués par l'ARS pour les travaux de sécurité incendie en 2014 (0,5 M€), complétés en 2015 par une dotation complémentaire (0,2 M€) et un accompagnement dans le cadre de la convention tripartite de 2016 (149 822 €).

⁴⁴ « Mais l'aide qui a été notifiée par une convention du 8 mars 2004, porte le libellé "montant prévisionnel des accompagnements de surcoûts". Depuis, chaque année, l'établissement reçoit cette somme de 630 188 € au titre des "aides à la contractualisation", sans que puisse être garantie la pérennité de ce concours financier jusqu'à l'extinction des contrats d'emprunts » (Rapport sur le centre hospitalier de Bernay, chambre régionale des comptes Basse-Normandie, Haute-Normandie 2015, page 15).

Or aucune reprise n'est intervenue alors que les travaux de la première phase de la restructuration de l'EHPAD ont été réalisés.

Les autres provisions, dont le total s'élève à 246 902 € en 2019 (plan psychiatrie, reclassement, culture), n'ont plus lieu d'être aux termes des rapports financiers successifs consultés lors de l'instruction et peuvent faire l'objet d'une reprise.

Par ailleurs et selon les dispositions du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002⁴⁵ modifié, précisées par l'arrêté du 17 avril 2014, l'établissement doit constater une provision pour chaque jour épargné⁴⁶ sur les comptes épargne-temps des agents :

- valorisée en fonction d'un montant forfaitaire correspondant à la catégorie statutaire ;
- majorée des cotisations patronales en vigueur.

La mise en œuvre de l'arrêté modificatif du 19 décembre 2018 amène à valoriser les jours épargnés pour les praticiens hospitaliers « *sur une base individuelle en retenant le coût moyen journalier de chaque praticien concerné ou sur une base statistique en retenant le coût moyen journalier par catégorie de praticien* ».

Le tableau ci-dessous montre que les provisions relatives au personnel médical, calculées au coût réel, sont conformes à la valorisation des CET. En revanche, pour le personnel non médical, la provision apparaît surévaluée de plus de 360 000 € fin 2019 et devrait donner lieu à reprise.

Tableau n° 9 : Données sur les comptes épargne-temps

<i>en euros</i>	2015	2016	2017	2018	2019
Personnel médical					
<i>Montant de la provision</i>	675 633	535 146	497 338	429 424	360 885
Nombre de jours	1 595	1 216	1 128	974	859
Nombre d'agents	27	20	21	18	19
Valorisation des CET	734 375	536 146	497 338	429 424	360 885
Personnel non médical					
<i>Montant de la provision</i>	442 692	440 819	440 819	440 819	273 062
Nombre de jours	2 891	2 536	2 506	2 111	2 392
Nombre d'agents	160	147	137	123	135
Valorisation des CET	305 093	269 729	268 561	234 299	273 062
Total provision CET	1 118 324	975 965	938 157	870 243	633 947

Source : bilan social et rapport financier

S'agissant des autres provisions pour charges (compte 158), le centre hospitalier a inscrit, depuis 2015, un montant fixe de 2 743 785 €, jusqu'en 2018, ramené à 2 723 984 € en 2019, concernant les postes suivants, ventilés par budget :

⁴⁵ Relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière.

⁴⁶ Le provisionnement partiel n'est pas conforme à la réglementation.

Tableau n° 10 : Les autres provisions pour charges

Budget	Libellé	2015	2016	2017	2018	2019
E	Crédits PATHOS non consommés	1 265 201	1 265 201	1 265 201	1 265 201	1 265 201
E	Dossier litige avec assurance maladie	23 500	23 500	23 500	23 500	3 700
E	Travaux de mise en sécurité incendie	350 000	350 000	350 000	350 000	350 000
H	Mise en œuvre des DMP	13 399	13 399	13 399	13 399	13 399
H	Informatisation des urgences	8 608	8 608	8 608	8 608	8 608
H	Mesures de personnel à venir	12 565	12 565	12 565	12 565	12 565
H	Extension capacitaire du SSR	991 750	991 750	991 750	991 750	991 750
H	Création EMED	71 262	71 262	71 262	71 262	71 262
H	Informatisation SSR	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500
	Total	2 743 785	2 743 785	2 743 785	2 743 785	2 723 984

Source : compte financier

Faute de reprise ou de dotation, les montants sont restés quasiment identiques de 2015 à 2019, ce qui donne une image insincère des comptes de l'établissement⁴⁷.

De manière générale, la chambre lui recommande de reprendre les provisions devenues sans objet.

Enfin, l'établissement, en sa qualité d'employeur public, assure lui-même le risque de chômage de ses agents et prend à sa charge l'indemnisation au titre du chômage de ses anciens agents. Dans ce cadre, l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) est versée aux agents involontairement privés d'emploi.

L'établissement trouverait avantage à constituer une provision, eu égard aux versements substantiels qui ont été effectués (116 038 € en 2018, 130 736 € en 2019).

6 - La sincérité et la fiabilité des prévisions budgétaires

Tableau n° 11 : Comparaison du net constaté et du CRPP initial

N° titre	Intitulé	CRPP initial	Décisions modificatives	Prévisions totales	Net constaté	Ecart réalisations - prévisions
Titre 1	Charges de personnel - chapitres limitatifs	14 167 585,0	59 800,0	14 227 385,0	13 702 634,3	-3,68 %
Titre 1	Charges de personnel - chapitres évaluatifs	8 111 984,0	-406 800,0	7 705 184,0	7 647 846,6	-0,74 %
Titre 1	Charges de personnel	22 279 569,0	-347 000,0	21 932 569,0	21 350 480,9	-2,65 %
Titre 2	Charges à caractère médical	4 267 264,0	200 000,0	4 467 264,0	4 567 240,1	2,23 %
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	3 962 052,0	0,0	3 962 052,0	3 596 996,3	-9,21 %
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	2 435 639,0	50 000,0	2 485 639,0	2 501 968,5	0,65 %
	TOTAL DES CHARGES	32 944 524,0	-97 000,0	32 847 524,0	32 016 685,7	-2,52 %

⁴⁷ L'établissement a précisé dans son rapport financier 2019 que « si la question de leur reprise a déjà été évoquée dans le passé (notamment lors du dernier contrôle de la CRC en 2013), à ce jour il n'y a pas eu de reprise ou de retraitement comptable. En effet, se pose le problème du « comment faire » pour ne pas fausser le résultat de l'exercice support de la reprise et en sachant que certaines ont été constituées lors d'exercices déficitaires. La solution la plus simple reste de solder les provisions par le report à nouveau déficitaire permettant ainsi de redonner une image réaliste du fonds de roulement, sachant qu'il n'y a pas d'impact sur sa masse ».

Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	21 109 840,0	999 287,6	22 109 127,6	22 066 878,9	-0,19 %
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	2 076 000,0	-145 216,0	1 930 784,0	1 965 571,1	1,80 %
Titre 3	Autres produits	5 438 150,0	172 908,0	5 611 058,0	6 185 721,4	10,24 %
	TOTAL DES PRODUITS	28 623 990,0	1 026 979,6	29 650 969,6	30 218 171,3	1,91 %
	DEFICIT	4 320 534,0	-1 123 979,6	3 196 554,4	1 798 514,4	-43,73 %

Source : compte financier

Les écarts constatés entre l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2019 et le compte financier 2019 indiquent une tendance, sur cet exercice, à la surévaluation des charges et à la sous-évaluation des recettes.

*

La fiabilité des comptes du centre hospitalier est affectée d'importants manquements qui faussent, notamment, les données bilanciellles.

Un volume important de provisions n'a plus de raison d'être ou devrait être réaffecté. À l'inverse, certaines provisions obligatoires n'ont pas été effectuées par l'établissement. De la même manière, les risques liés au recouvrement des créances ne sont pas mesurés et donc ne sont pas provisionnés à leur juste valeur. Enfin, la mise à jour de l'inventaire avec l'état de l'actif reste à réaliser.

L'établissement trouverait avantage à développer un contrôle interne et à se rapprocher de la trésorerie pour fiabiliser ses comptes.

B - La situation financière

1 - Situation financière tous budgets

Sauf mention contraire, les données présentées dans cette partie sont issues des comptes financiers de l'établissement.

Tous budgets confondus, le CHB a généré, en 2019, 42,2 M€ de produits pour 43,7 M€ de charges.

Globalement, l'établissement doit faire face à un effet ciseau défavorable avec une baisse de ses produits (5 %) plus importante que celle de ses charges (3 %). Il en résulte un déficit cumulé consolidé de plus de 9,7 M€ sur la période 2015-2019.

En neutralisant les aides accordées par l'ARS, le déficit structurel atteint plus de 14,5 M€.

Tableau n° 12 : Evolution du résultat consolidé de 2015 à 2019

	2015	2016	2017	2018	2019	2019/ 2015	Evol ann moyenne
Charges							
Budget H	33 516 018	33 424 846	33 217 792	32 847 693	32 016 686	-4 %	-0,9 %
Budget E	10 242 700	10 928 696	10 695 308	10 743 291	10 635 827	4 %	0,8 %
Budget N	918 235	863 061	911 716	973 275	1 007 598	10 %	1,9 %
Budget C	140 405	156 962	98 962	9 449	0	-	-
Budget A	298 693	27 188	43 324	43 934	42 104	-86 %	-32,4 %
Total	45 116 050	45 400 752	44 967 102	44 617 640	43 702 214	-3 %	-0,6 %
Produits							
Budget H	32 638 627	31 241 469	30 424 856	30 758 933	30 218 171	-7 %	-1,5 %
Budget E	10 196 258	10 507 930	10 317 353	10 679 851	10 825 221	6 %	1,2 %
Budget N	934 652	950 198	1 012 521	1 045 423	1 044 853	12 %	2,3 %
Budget C	155 209	163 201	97 301	7 285	0	-	-
Budget A	359 443	27 496	16 434	317 521	125 964	-65 %	-18,9 %
Total	44 284 190	42 890 294	41 868 464	42 809 014	42 214 210	-5 %	-1,0 %
Résultats							
Budget H	-877 390	-2 183 377	-2 792 936	-2 088 759	-1 798 514		
Budget E	-46 442	-420 766	-377 954	-63 439	189 395		
Budget N	16 417	87 137	100 804	72 148	37 255		
Budget C	14 804	6 239	-1 661	-2 164	0		
Budget A	60 750	308	-26 890	273 588	83 860		
Résultat consolidé	-831 861	-2 510 459	-3 098 638	-1 808 626	-1 488 004		
Aides trésorerie ARS			1 000 000	1 790 000	2 000 000		
Résultat structurel	- 831 861	- 2 510 459	- 4 098 638	- 3 598 626	- 3 488 004		

Source : compte financier

2 - Le budget principal (budget H)

Le budget principal concentre plus de 70 % des recettes globales de l'établissement.

Entre 2015 et 2019, les charges y accusent une baisse (- 0,9 % en rythme annuel) qui demeure inférieure à celle des recettes (- 1,5 %). Il en résulte un déficit cumulé de 9,8 M€ sur la période, ce malgré des aides substantielles octroyées par l'ARS (qui s'élèvent à 4,8 M€).

Tableau n° 13 : Evolution du résultat 2015 à 2019 (budget H)

en euros	2015	2016	2017	2018	2019	2019/ 2015	Evol. An. Moy.
Charges							
Titre 1 - Charges de personnel	22 113 111	22 359 026	22 710 727	22 385 762	21 350 481	-3 %	-1 %
Titre 2 - Charges à caractère médical	4 465 540	4 271 431	4 311 132	4 218 327	4 567 240	2 %	0 %
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et g ^{al}	3 824 460	3 923 635	3 667 842	3 815 718	3 596 996	-6 %	-1 %
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	3 112 907	2 870 753	2 528 090	2 427 886	2 501 968	-20 %	-4 %
TOTAL	33 516 018	33 424 846	33 217 792	32 847 693	32 016 686	-4 %	-1 %
Produits							
Titre 1 - Produits versés par l'A. Maladie	23 522 981	22 237 919	22 310 342	22 673 883	22 066 879	-6 %	-1 %
Titre 2 - Autres produits de l'activité h.	2 205 979	2 259 336	2 200 327	2 192 932	1 965 571	-11 %	-2 %
Titre 3 - Autres produits	6 909 667	6 744 215	5 914 187	5 892 119	6 185 721	-10 %	-2 %
TOTAL	32 638 627	31 241 469	30 424 856	30 758 933	30 218 171	-7 %	-2 %

Source : compte financier

a - Evolution des produits

Corrélativement à la baisse d'activité enregistrée par l'établissement, les recettes issues de la tarification des séjours décroissent de 25 % sur la période sous revue, passant de 14,5 M€ en 2015 à 10,8 M€ en 2019.

Cette baisse résulte de l'effritement des séjours (- 22,5 %) et de la fermeture de la maternité, en 2019. Elle est partiellement compensée par une augmentation des dotations MIGAC-MCO, qui ont doublé sur la période. De la même manière, on constate une hausse sensible du fonds d'intervention régional, passé de 0,43 M€ en 2015 à 1,079 M€ en 2019 (en raison de crédits de trésorerie, alloués en 2018, pour un montant de 0,79 M€).

Les produits de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, dans le cadre de la dotation annuelle de financement (DAF)⁴⁸, sont pour partie adossés, depuis le 1^{er} mars 2017, à la dotation modulée de l'activité (DMA).

Cette organisation devait perdurer jusque fin 2020 pour laisser place à un financement par groupe médico-économique (GME). L'introduction d'un financement partiellement lié à l'activité est défavorable pour l'établissement, qui bénéficie d'un financement pour cinq lits supplémentaires, lesquels n'ont pu être installés faute de locaux appropriés.

Enfin, les produits des prestations à tarification spécifique regroupent les sommes dues par l'assurance maladie au titre de la part tarifée à l'activité en consultations et actes externes. Ils représentaient 3,06 M€ en 2019, accusant une baisse moyenne annuelle de 1 % sur la période sous revue.

⁴⁸ Dotation forfaitaire rémunérant la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de SSR et/ou de psychiatrie des établissements de santé publics ou des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, dispensés au profit des patients assurés sociaux.

Les consultations et actes externes représentent 70 % de ce total, suivies du forfait technique et assimilé à hauteur de 12 % (scanner, IRM, TEP-scan, vidéocapsules, forfait sécurité dermatologie).

Le titre 3 regroupe les produits subsidiaires à l'activité hospitalière. Ils diminuent sur la période, passant de 6,9 à 6,1 M€, soit une baisse de 10 %.

En sens inverse, les rétrocessions de médicaments ont fortement augmenté sur la période, passant de 1,2 à 1,8 M€.

b - Evolution des charges

1) *Les charges de personnel*

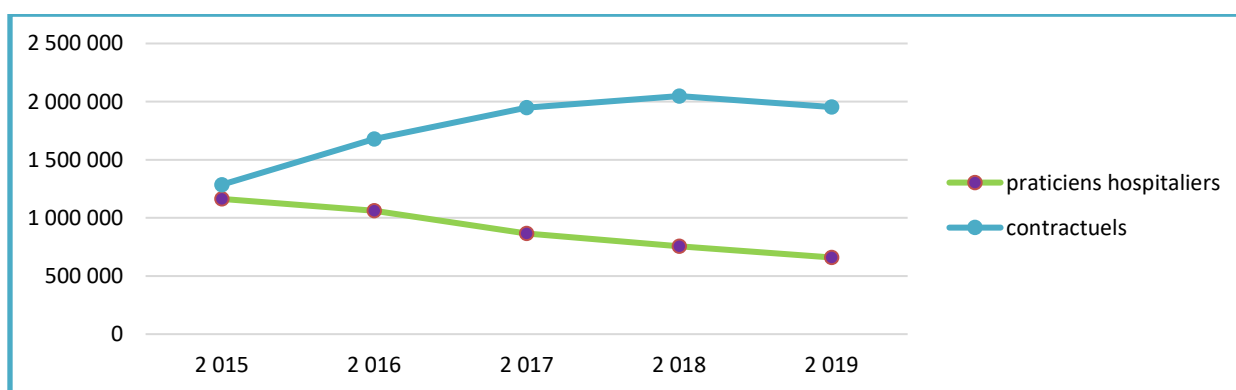
Les charges de personnel sont stables sur la période, avec une baisse moyenne annuelle de 0,9 % entre 2015 et 2019.

Les rémunérations du personnel non médical baissent de 0,4 %, en raison de la diminution des effectifs, ainsi que de certains mouvements comme :

- la réintégration de la MAIA dans le budget principal, allégeant le budget de l'EHPAD de 230 000 € ;
- l'intégration des charges salariales de la PASS mobile et des études promotionnelles ;
- la restructuration de l'activité de SSR ;
- l'adaptation des ressources humaines en chirurgie.

S'agissant du personnel médical, la baisse des effectifs (- 7 %) n'a pas eu d'incidence sur les rémunérations, qui ne diminuent que de 1 %. En effet, la diminution du montant global de la rémunération des praticiens titulaires (- 11 %) est plus que compensée par le renchérissement imputable aux recrutements de contractuels sans renouvellement de droits (+ 19 %).

Graphique n° 1 : Evolution de la rémunération du personnel médical (PH et contractuels)



Source : *compte financier et retraitements CRC*

La principale évolution, en 2019, correspond aux économies induites par l'arrêt d'activité de la maternité, qui a entraîné la suppression de l'astreinte et du recours à des remplaçants pour l'obstétrique.

2) *Les dépenses à caractère médical*

Globalement les dépenses à caractère médical évoluent peu entre 2015 et 2019, passant de 4,5 à 4,6 M€.

Le principal poste de dépenses (produits pharmaceutiques) augmente de 23 % (+ 470 000 €), pour s'établir à 2,4 M€. Mais ce sont surtout les produits sanguins qui expliquent cette évolution à la hausse, qui résulte de la prise en charge de patients antérieurement accueillis dans des centres plus importants (Évreux, Rouen). Cependant, certaines de ces charges sont compensées par des recettes de titre 2 relatives aux rétrocessions⁴⁹.

La sous-traitance diminue sur la période de 27 %, s'établissant à 0,6 M€ en 2019. Les principales activités concernées portent sur les prestations d'imagerie, les consultations externes, les actes de biologie et les examens d'anatomie pathologique, qui ont été transférés au CH d'Évreux.

3) *Les dépenses à caractère hôtelier et général*

Les dépenses à caractère hôtelier et général baissent de - 6 % sur la période, passant de 3,8 à 3,6 M€. Cette baisse touche la quasi-totalité des postes.

Des mesures de rationalisation des dépenses ont permis d'infléchir les dépenses : location de tenues plutôt que leur achat, passage à des ordonnanciers simple feuillet, marché de bio nettoyage avec obligation de résultat, etc.

En outre, plusieurs catégories de dépenses ont été mutualisées dans le cadre de la direction commune, comme la blanchisserie (assurée par le centre hospitalier universitaire de Rouen depuis juillet 2015), les prestations informatiques (au sein du GIP CPAGE de Dijon, depuis 2015) ou encore les dépenses d'assurances (avec le CH Eure-Seine).

4) *Les charges d'amortissement de provisions et financières*

Les charges de titre 4, qui recouvrent notamment les dépenses liées aux intérêts d'emprunt et aux amortissements, ont accusé un recul de 1 % (en moyenne annuelle) pour s'établir à 2,5 M€ en 2019.

Les charges financières (0,5 M€ en 2019) baissent de 18 % de 2015 à 2019, corrélativement au désendettement de l'établissement.

3 - Le budget de l'EHPAD

Le résultat constaté en 2019 se répartissait entre les sections de la manière suivante :

- pour la section hébergement : - 457 162 € ;
- pour la section dépendance : 36 143 € ;
- pour la section soins : 682 699 €.

⁴⁹ Selon le rapport financier 2019, « une partie de l'augmentation s'explique aussi par un problème de délai au niveau des marchés du GHT qui ont conduit à acheter à des prix élevés certains produits en hors marché durant l'été ».

Tableau n° 14 : Budget E-EHPAD

	2015	2016	2017	2018	2019	2019/ 2015	EAM
Charges							
Titre 1 - Charges de personnel	6 340 296	6 658 825	6 785 346	6 759 206	6 718 686	6,0 %	1,2 %
Titre 2 - Charges à caractère médical	246 907	258 869	262 837	285 605	346 543	40,4 %	7,0 %
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et g ^{al}	3 157 970	3 323 432	3 150 909	3 104 337	3 081 784	-2,4 %	-0,5 %
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	497 526	687 569	496 215	594 142	488 815	-1,8 %	-0,4 %
TOTAL	10 242 700	10 928 696	10 695 308	10 743 291	10 635 827	3,8 %	0,8 %
Produits							
Titre 1 - Produits afférents aux soins	4 023 293	4 173 115	4 248 372	4 494 562	4 900 957	21,8 %	4,0 %
Titre 2 - Produits afférents à la dépendance	1 201 975	1 196 355	1 216 077	1 274 254	1 281 417	6,6 %	1,3 %
Titre 3 - Produits de l'hébergement	4 356 655	4 484 285	4 494 345	4 526 637	4 421 925	1,5 %	0,3 %
Titre 4 - Autres produits	614 336	654 174	358 559	384 398	220 922	-64,0 %	-18,5 %
TOTAL	10 196 258	10 507 930	10 317 353	10 679 851	10 825 221	6,2 %	1,2 %
Résultats							
<i>Toutes section confondues</i>	- 46 442	- 420 766	- 377 954	- 63 439	189 395		
section hébergement	- 426 220	- 506 402	- 389 980	- 404 486	- 457 162		
section dépendance	- 29 972	195	- 28 984	18 134	- 36 143		
section soins	409 750	85 441	41 010	322 913	682 699		

Source : compte financier

a - Les recettes

Les produits afférents aux soins ont bénéficié, en 2018, d'une aide de trésorerie de 0,2 M€ par l'ARS, en raison des difficultés rencontrées dans ce domaine par l'établissement.

Tableau n° 15 : Le prix de journée d'hébergement

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	EAM
Prix de la journée d'hébergement	50,70	52,29	52,44	52,96	53,32	53,32	0,84 %
Forfait dépendance Gir 1-2	16,98	18,06	21,27	20,46	18,61	18,99	1,88 %
Forfait dépendance Gir 3-4	10,78	11,46	13,50	12,98	11,81	12,05	1,87 %
Forfait dépendance Gir 2-4	4,57	4,86	5,73	5,51	5,01	5,11	1,88 %

Source : CHB (Q4-T02-06)

Le service peine néanmoins à atteindre le taux cible d'occupation de 98 % pour l'hébergement, fixé par le conseil départemental.

b - Les charges

Les charges de personnel représentent 60 % du budget et progressent sur la période de 1,2 % en moyenne annuelle. Si les charges relatives à la rémunération du personnel médical augmentent, en moyenne annuelle, de 10 %, les rémunérations du personnel non médical n'augmentent que de 1 %.

Les charges à caractère hôtelier baissent de - 2,4 % sur la période, grâce à une augmentation contenue de celles liées aux fluides.

Les autres budgets annexes n'appellent qu'une observation concernant le SSIAD : selon l'établissement, seules 40 des 51 places disponibles sont réellement utilisées, ce qui fait peser un risque de réfaction de la dotation versée par l'ARS.

4 - La capacité d'autofinancement et le taux de marge brute (consolidés)

Malgré la baisse des charges, notamment de personnel, et des frais financiers, la capacité d'autofinancement brute est constamment négative depuis 2016, ce qui traduit l'incapacité de l'établissement à mobiliser des ressources pour renouveler, dans le temps long, ses investissements et, ainsi, maintenir sa capacité de production.

Tableau n° 16 : La capacité d'autofinancement

	2015	2016	2017	2018	2019
Capacité d'autofinancement brute	769 033	- 973 683	- 1 600 120	- 592 856	- 353 709

Source : compte financier

Tableau n° 17 : Le taux de marge brute non aidée

	2015	2016	2017	2018	2019
Total des produits	39 543 654	38 452 436	38 087 708	38 659 312	38 234 245
Marge brute	1 466 919	- 110 989	- 980 759	- 25 669	342 024
- Aides ARS (fonctionnement)		170 000	1 000 000	1 790 000	2 000 000
- Aides ARS (investissement)	700 000	500 000		2 980 710	1 109 762
Marge brute hors aides financières	766 919	- 780 989	- 1 980 759	- 4 796 379	- 2 767 738
Taux de marge brute non aidée	1,94 %	-2,03 %	-5,20 %	-12,41 %	-7,24 %

Source : compte financier, données ARS

5 - La situation patrimoniale et le déséquilibre financier

a - Le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement (consolidés)

Malgré des subventions d'exploitation importantes sur la période, le fonds de roulement accuse une baisse annuelle moyenne de 10 % entre 2015 et 2019, passant de 7,4 à 4,5 M€. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les ressources stables sont constituées pour partie de provisions dont la fiabilité est incertaine (voir ci-dessus).

Le besoin en fonds de roulement est devenu négatif en 2019 en raison d'une forte diminution des créances d'exploitation et d'une hausse sensible des dettes d'exploitation, qui sont passées en deux ans de moins de 4 M€ à plus de 12 M€. Son montant (- 4,5 M€) devrait en outre être corrigé des retards d'imputation des recettes à classer, tels que développés *supra*.

b - La trésorerie consolidée

En dépit de la baisse du fonds de roulement, la trésorerie augmente de 16 % annuellement durant la période, passant de 4,2 à 8,9 M€.

Ce niveau de trésorerie, qui ne correspond pas aux disponibilités de l'établissement, doit être retraité afin de mesurer la trésorerie disponible de l'établissement.

Le premier retraitement concerne la part patronale des charges fiscales et sociales, qui n'est plus réglée depuis février 2019. À la suite d'une audience qui s'est tenue au tribunal judiciaire d'Évreux le 21 janvier 2021, l'hôpital a procédé au versement des charges sociales de l'année 2019 et s'est engagé à régler celles de l'année 2021. En revanche, le paiement des sommes dues au titre de l'exercice 2020 reste pendant.

Le second retraitement porte sur les subventions d'investissement versées à partir de 2018. En effet, le CH de Bernay a encaissé sur son compte au Trésor ces subventions destinées au financement de travaux. Les fonds ont été versés sur le compte 515 (« Compte au Trésor ») et inscrits aux comptes de bilan concernés. Ces travaux n'ont toutefois pas encore été payés.

La situation au 11 février 2021 indique un déficit de trésorerie réelle de - 4 M€, correspondant aux disponibilités réelles de l'établissement, incluant les crédits sanctuarisés pour l'investissement, les retards de paiement des charges sociales (mandats échus) et les mandats en instance de prise en charge.

Tableau n° 18 : Montant de trésorerie disponible (situation au 11 février 2021)

Solde de la trésorerie	10 652 404
- Crédits sanctuarisés (investissement)	5 733 842
Montant disponible (fonctionnement)	4 918 562
- Mandats pris en charge et échus	8 769 546
- Mandats en instance de prise en charge	214 505
Solde réel de la trésorerie	- 4 065 489

Source : CHB

c - La dette consolidée

L'encours de dette était de 13,5 M€ au 31 décembre 2019, en diminution constante sur la période, de 4 % en moyenne annuelle. Il finance majoritairement la construction de la première tranche du programme « Hôpital 2007 » et engage l'établissement jusqu'en 2049.

La dette est composée d'emprunts à taux fixes simples qui ne présentent pas de risque particulier.

Tableau n° 19 : Montant de la dette

	2015	2016	2017	2018	2019	EAM
Encours de la dette	15 124 134	14 334 813	13 536 931	12 929 850	12 517 236	-4 %
Remboursement des annuités	1 518 561	1 445 512	1 419 753	1 195 740	978 679	-8 %
<i>dont Capital</i>	<i>827 253</i>	<i>789 320</i>	<i>797 883</i>	<i>607 081</i>	<i>412 613</i>	<i>-13 %</i>
<i>dont Intérêts</i>	<i>691 308</i>	<i>656 192</i>	<i>621 870</i>	<i>588 659</i>	<i>566 066</i>	<i>-4 %</i>

Source : compte financier

Le taux apparent de la dette – qui s'établit à 4,55 % en 2018 (taux fixes sur l'encours de dette compris entre 4,17 % et 5,77 %) – place l'établissement au-delà de la fourchette moyenne des taux moyens de la dette des établissements de santé, soit 2,83 % en 2018 selon la société de conseil spécialisée Finance Active.

Aucune démarche de renégociation des emprunts ou de lissage n'a été entreprise, les comptes du CH de Bernay ne permettant pas une négociation offensive avec les banques.

d - La capacité à emprunter

Aux termes des dispositions de l'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 %. ».

S'agissant du CH de Bernay, il apparaît que chaque année, au moins deux des trois critères sont réunis. De fait, depuis 2011, aucun nouvel emprunt n'est venu financer les investissements de l'établissement.

Tableau n° 20 : Ratios d'endettement (article D. 6145-70 du CSP)

	2015	2016	2017	2018	2019
Ratio d'indépendance financière	51,19 %	49 %	51,43 % ⁵⁰	50,4 %	51,5 %
Durée apparente de la dette	19 ans	<i>Total de l'encours/capacité d'autofinancement - non calculable du fait de l'insuffisance d'autofinancement (données négatives)</i>			
Encours de la dette	36,74 %	36,2 %	30,81 %	31,7 %	28,42 %

Source : compte financier

*

Malgré un niveau de charges relativement maîtrisé et en dépit d'aides substantielles octroyées par l'ARS, le déficit cumulé sur la période atteint près de 10 M€.

La situation financière très dégradée de l'établissement, qui résulte principalement de la baisse sensible des recettes (en lien avec celle de l'activité) sur la période, n'offre pas de perspective de redressement à court terme.

Le manque d'implication de la communauté médicale, peu investie dans les projets structurants développés par l'hôpital, la vétusté du site et sa faible capacité à attirer tant les patients que les praticiens figurent parmi les principaux facteurs d'explication complémentaires.

⁵⁰ Valeur moyenne régionale 44,56 %, valeur moyenne nationale 40,62 % source BDHF.

ANNEXES

Annexe n° 1 – Sigles et acronymes

Annexe n° 2 – L'activité

Annexe n° 1 : Sigles et acronymes

APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
CA	Chirurgie ambulatoire
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CGPP	Centre gynécologique périnatal de proximité
CHB	Centre hospitalier de Bernay
CHIES	Centre hospitalier intercommunal Eure-Seine
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSEG	Court séjour et d'évaluation gériatrique
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique d'établissement
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMED	Équipe mobile d'évaluation à domicile
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ESA	Équipe spécialisée Alzheimer
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GHM	Groupes homogènes de malades
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
IADE	Infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'État
ICR	Indice de coût relatif
IFAS	Institut de formation des aides-soignants
IP-DMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour

MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCO	Activité de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PAAT	Plan d'actions achats territorial
PASA	Pôle d'activités de soins adaptés
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PFAR	Plateforme d'accompagnement et de répit
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PH	Praticien hospitalier
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMP	Projet médical partagé
PRS	Projet régional de santé
PUI	Pharmacies à usage intérieur
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

Annexe n° 2 : L'activité

Tableau n° 21 : Evolution du nombre de séjours MCO

	2015	2016	2017	2018	2019	Evol. 2015/2019	2020
Chirurgie ambulatoire	1 572	1 500	1 779	1 866	1 893	20,41 %	1 600
Chirurgie traditionnelle	1 618	1 355	1 105	1 051	995	-38,53 %	1 030
Total	3 190	2 855	2 884	2 917	2 887	-9,49 %	2 630
Médecine	1 036	1 129	955	882	880	-15,03 %	785
Médecine à orientation cardiologique	592	291	452	502	386	-34,83 %	327
Total	1 627	1 421	1 407	1 383	1 266	-22,23 %	1 112
Court séjour gériatrique	140	439	412	302	211	51,11 %	160
Lits porte	1 478	1 500	1 480	1 579	1 551	4,93 %	1 453
Gynécologie Obstétrique	1 332	1 400	1 283	1 130	217	-83,72 %	0
Total MCO	7 767	7 614	7 466	7 311	6 132	-21,05 %	5 355

Source : CHB

Tableau n° 22 : Taux de chirurgie ambulatoire⁵¹ (en %)

Valeurs de l'établissement étudié					Comp	Moyenne de l'échantillon					Médiane de l'échantillon				
2015	2016	2017	2018	2019		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
45,1	46,0	54,8	56,6	55,7	Normandie	38,3	40,4	43,5	43,5	46,2	39,0	40,6	44,0	44,2	47,8
					CH	25,4	26,1	27,4	28,4	29,1	30,0	31,8	33,3	34,2	35,3
					Taille	49,0	51,3	53,1	55,2	57,0	47,8	49,8	51,7	53,7	55,4

Source : HospiDiag/CRC

⁵¹ Les moyennes et médianes sont calculées à partir de l'échantillon proposé par la base HospiDiag pour la région, les établissements de même catégorie (CH) et de même typologie (Taille).

Tableau n° 23 : Pourcentage de GHM recours/référence

Etablissement					Axe de comparaison	Moyenne de l'échantillon					Médiane de l'échantillon				
2015	2016	2017	2018	2019		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
0,52	0,39	0,27	0,42	0,40	Normandie	0,78	0,74	0,78	0,81	0,80	0,54	0,48	0,54	0,49	0,52
0,52	0,39	0,27	0,42	0,40	CH	1,13	1,11	1,15	1,14	1,17	0,86	0,88	0,89	0,88	0,90
0,52	0,39	0,27	0,42	0,40	Taille	1,15	1,10	1,11	1,10	1,13	0,64	0,65	0,67	0,68	0,70

Source : HospiDiag/CRC

Tableau n° 24 : Pourcentage des séjours avec un indice de sévérité 3 et 4

Etablissement					Axe de comparaison	Moyenne de l'échantillon					Médiane de l'échantillon				
2015	2016	2017	2018	2019		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
13,35	12,85	12,53	12,69	13,45	Normandie	13,12	13,53	13,47	13,77	14,19	12,19	12,30	12,12	12,68	12,56
13,35	12,85	12,53	12,69	13,45	CH	21,30	22,38	23,70	24,00	24,63	15,00	15,39	16,27	16,56	16,76
13,35	12,85	12,53	12,69	13,45	Taille	22,58	23,59	24,83	25,17	25,78	19,56	19,76	21,24	22,46	22,86

Source : HospiDiag/CRC

Tableau n° 25 : IPDMS

Libellé de l'indicateur	Etablissement					Axe de comparaison	Moyenne					Médiane				
	2015	2016	2017	2018	2019		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1,01	0,99	1,03	1,10	1,17	Normandie	1,03	1,03	1,03	1,05	1,02	1,01	1,00	1,01	1,01	1,00
						CH	1,17	1,17	1,15	1,16	1,15	1,05	1,05	1,06	1,06	1,05
						Taille	0,96	0,98	0,98	0,98	0,98	0,96	0,97	0,97	0,97	0,97
IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1,00	1,00	0,91	0,89	0,98	Normandie	1,08	1,05	1,06	1,11	1,04	1,01	1,02	1,02	1,01	1,00
						CH	1,24	1,24	1,22	1,20	1,24	1,08	1,07	1,07	1,07	1,07
						Taille	1,01	1,00	1,01	1,00	1,00	1,01	1,01	1,01	1,00	1,00
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0,93	0,98	0,97	0,95	0,99	Normandie	0,98	0,94	1,02	1,04	1,01	1,01	1,00	1,02	1,01	1,01
						CH	0,98	0,98	0,97	0,99	0,98	0,99	0,98	0,99	0,98	0,98
						Taille	0,99	0,99	0,98	0,98	0,99	0,97	0,98	0,98	0,97	0,98

Source : HospiDiag

Tableau n° 26 : Productivité du CH de Bernay

Libellé de l'indicateur	Etablissement				Axe de comparaison	Moyenne de l'échantillon				Médiane de l'échantillon			
	2015	2016	2017	2018		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes	26,90	31,60	31,60	31,70	Normandie	27,73	32,70	32,52	32,19	27,80	32,00	31,80	31,90
					CH	28,20	33,39	34,40	33,25	27,50	30,70	31,20	30,50
					Taille	30,06	35,50	36,73	35,83	28,85	33,70	34,80	33,40
Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	8,80	12,20	14,70	15,10	Normandie	9,38	12,00	12,26	12,91	9,50	12,40	13,10	13,90
					CH	10,13	11,01	11,50	11,69	10,20	11,65	12,00	12,50
					Taille	10,24	9,80	10,06	10,35	10,00	8,60	9,25	9,90
Coût du personnel relatif aux services médico-techniques rapporté aux recettes	20,70	15,30	16,00	16,90	Normandie	18,99	12,11	12,03	12,02	18,70	12,00	12,10	12,40
					CH	17,62	11,82	12,12	11,93	18,40	13,20	13,30	13,35
					Taille	13,86	8,20	7,85	7,80	14,45	6,65	5,85	6,05
Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques (y compris activité externalisée)	25,20	23,60	22,70	21,90	Normandie	21,51	19,34	18,98	19,28	20,40	18,20	18,05	18,75
					CH	24,04	19,62	19,86	20,25	21,70	18,60	18,70	19,00
					Taille	27,63	22,26	22,76	23,21	26,30	21,70	22,10	22,10

Source : ScanSanté/CRC

Tableau n° 27 : Productivité du CH de Bernay

Libellé de l'indicateur	Valeurs de l'établissement étudié					Axe de comparaison	Moyenne de l'échantillon					Médiane de l'échantillon				
	2015	2016	2017	2018	2019		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
ICR par salle d'intervention chirurgicale	566 668	226 962	233 180	234 306	231 918	Normandie	289 179	288 894	281 408	274 960	264 280	264 097	282 556	257 585	251 568	273 112
						CH	242 222	245 907	251 722	252 119	246 300	244 708	251 297	251 584	249 105	251 494
						Taille	261 648	263 188	259 823	261 436	248 705	240 839	244 989	241 771	242 779	239 540
Nombre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste et IADE	14 816	12 056	11 018	11 074	12 767	Normandie	59 673	62 628	69 425	67 370	64 658	18 042	19 894	21 433	21 546	20 162
						CH	14 209	14 466	14 705	14 589	14 041	14 593	14 618	14 697	14 546	14 447
						Taille	47 820	47 111	45 622	44 754	40 060	21 625	21 387	22 518	22 190	21 804
Nombre d'ICR par chirurgien	70 700	52 359	69 851	85 145	89 217	Normandie	85 882	85 865	87 216	86 128	84 128	80 427	84 362	87 202	86 065	82 352
						CH	94 045	96 951	99 553	85 327	82 559	76 856	75 375	72 814	73 460	73 863
						Taille	102 241	106 543	111 387	100 333	96 503	85 161	86 276	83 834	83 446	81 107

Source : ScanSanté/CRC