



Séance de chambre

Dossier n° 027/2014

Avis du 3 octobre 2014

Centre hospitalier de Chaumont (Haute-Marne)

Article L. 6143-3-1 du code de la santé publique

**LA CHAMBRE RÉGIONALE DES COMPTES DE CHAMPAGNE-ARDENNE,
LORRAINE**

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6143-3-1, R. 6143-41 et D. 6143-39 ;

Vu le code des juridictions financières, notamment son article L. 232-5 ;

Vu les lois et règlements relatifs au budget et à la comptabilité des établissements publics de santé ;

Vu la lettre du 17 juin 2014, enregistrée au greffe le 25 juin 2014, par laquelle le directeur général de l'Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne saisit la chambre, en application des dispositions de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, d'une demande d'avis budgétaire relative à la situation du Centre hospitalier de Chaumont, au niveau du déficit structurel de l'établissement et aux mesures de redressement nécessaires au rétablissement de son équilibre financier ;

Vu la lettre du 27 juin 2014, par laquelle le président de la chambre régionale des comptes accuse réception de la saisine ;

Vu la lettre du 27 juin 2014, par laquelle le président de la chambre régionale des comptes informe le directeur de l'établissement de l'engagement de la procédure et de la date jusqu'à laquelle il peut faire connaître ses observations ;

Vu la lettre du 20 août 2014, par laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé transmet à la chambre le compte financier 2013 et le rapport infra-annuel du premier semestre de l'exercice en cours du Centre hospitalier de Chaumont ;

Entendu par le rapporteur M. C, directeur du centre hospitalier jusqu'au 15 septembre 2014 ;

Vu l'ensemble des pièces du dossier ;

Vu les conclusions du ministère public ;

Après avoir entendu M. Sébastien SIMOES, conseiller, en son rapport, M. Christophe BERTHELOT, procureur financier, en ses conclusions, et après en avoir délibéré conformément à la loi dans la formation suivante :

- M. Dominique ROGUEZ, président, président de séance ;
- M. Jacques SCHWARTZ, président de section ;
- M. Patrick CAIANI, président de section ;
- M. Hubert LA MARLE, président de section assesseur ;
- M. Emmanuel EVRAT, premier conseiller ;
- Mme Anne-Claude HANS, conseiller ;
- M. Jean-Christophe JALLIFIER-ARDENT, conseiller ;
- M. Adrien GAUBERT, conseiller ;
- M. Sébastien SIMOES, conseiller ;

ÉMET L'AVIS SUIVANT

1. LA RECEVABILITÉ DE LA SAISINE

Par courrier du 17 juin 2014, enregistré au greffe le 25 juin 2014, le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) de Champagne-Ardenne a saisi la Chambre régionale des comptes de Champagne-Ardenne, Lorraine, sur le fondement des dispositions de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, au motif que la situation financière du Centre hospitalier de Chaumont est fortement dégradée et interroge la permanence d'une offre de soins sur ce territoire.

Aux termes de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, « par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur général de l'agence régionale de santé place l'établissement public de santé sous administration provisoire [...] en cas de manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients ou lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

Le directeur général de l'agence peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine ».

Conformément aux dispositions de l'article L. 232-5 du code des juridictions financières, les chambres régionales des comptes exercent le contrôle des actes budgétaires des établissements publics de santé.

Autorité de saisine de droit commun, le directeur général de l'agence régionale de santé dispose de la qualité pour agir. Par ailleurs, le Centre hospitalier de Chaumont se trouve dans le ressort de juridiction de la chambre.

L'ensemble des pièces mentionnées à l'article R. 6143-41 du code de la santé publique ont été produites à la chambre le 20 août 2014.

Dès lors, la saisine du directeur général de l'agence régionale de santé est recevable au titre de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique. Le délai de deux mois dont dispose la chambre pour formuler un avis sur la situation financière de l'établissement et proposer des mesures de redressement court à compter du 20 août 2014.

2. LE DIAGNOSTIC MÉDICO-ÉCONOMIQUE DU CENTRE HOSPITALIER

2.1. La présentation du centre hospitalier

Le Centre hospitalier de Chaumont est un établissement public de santé généraliste, bénéficiant d'une capacité d'accueil de plus de 400 lits et places. Il dispose de services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'une unité de soins de longue durée (USLD), d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Au 31 décembre 2013, l'établissement employait 900 personnes, dont 79 praticiens.

2.1.1. L'environnement économique et social du centre hospitalier

Le Centre hospitalier de Chaumont s'inscrit sur un territoire spécifique, marqué par une précarité sociale importante, une démographie déclinante, un vieillissement de la population et une densité de médecins généralistes et spécialistes substantiellement plus faible que la moyenne nationale. Son mode de financement majoritaire, la tarification à l'activité (T2A), le conduit à accorder une vigilance particulière à ces dynamiques territoriales.

Ainsi, entre 1999 et 2011, la population du département de la Haute-Marne a baissé de 0,8 % en moyenne par an et s'élève en 2013 à 191 004 habitants. Selon l'INSEE, elle reculerait de 25 % au cours des deux prochaines décennies pour s'établir à 152 000 habitants en 2030. Le territoire du sud de la Haute-Marne, regroupant les arrondissements de Chaumont et de Langres, représente la zone d'attractivité du centre hospitalier. Il dispose de 111 000 habitants en 2012.

Par ailleurs, la faible attractivité du territoire se manifeste par une densité de médecins sensiblement inférieure à la moyenne nationale. Ainsi, le nombre de médecins généralistes dans le département est de 127 pour 100 000 habitants en 2011, contre une moyenne nationale de 147 généralistes pour 100 000 habitants. Le nombre de médecins spécialistes est inférieur de 12 % à la moyenne nationale. Soumis à des difficultés de recrutement de praticiens, notamment en pédiatrie, en anesthésie et en pneumologie, le renouvellement du corps médical est un enjeu majeur pour le centre hospitalier.

En outre, l'établissement est soumis à une concurrence forte sur sa zone d'attractivité. À eux seuls, et pour une population de 111 000 habitants, les arrondissements de Chaumont et

de Langres sont composés de deux centres hospitaliers publics, deux cliniques privées et un hôpital local. Cette densité du maillage hospitalier impose une planification de l'offre de soins en termes de partage d'activité et de structuration du parcours de soins du patient. Or, ce partage d'activités n'est que partiellement réalisé et certains établissements disposent de spécialités identiques, dont l'efficacité économique se dégrade.

Marqué par un taux de fuite de 23,8 % en 2013, l'établissement est notamment concurrencé sur sa zone d'attractivité par le centre médico chirurgical, clinique privée également située à Chaumont, le Centre hospitalier de Langres et la clinique de Langres. Cette polarisation engendre une recomposition territoriale de l'activité, partagée entre différents établissements concurrents.

2.1.2. La gouvernance du centre hospitalier

Faute d'outils de pilotage interne, le Centre hospitalier de Chaumont est confronté à un défaut de gouvernance.

En effet, depuis 2010, et contrairement aux obligations mentionnées à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, l'établissement ne dispose pas de projet médical et de projet d'établissement. Cette absence de projets nuit au pilotage de l'hôpital qui n'a pas défini d'objectifs de moyen terme pour développer son activité et structurer un parcours de soins.

Le centre hospitalier ne dispose pas de contrats de pôle. Instaurés par l'article 13 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), ils permettent de formaliser l'organisation interne de l'établissement en assignant au personnel médical et au personnel non médical des objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Certaines sous-commissions de la commission médicale d'établissement (CME) ne fonctionnent pas, faute de candidat à leur présidence. Ainsi, la commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ne se sont pas réunies depuis plus de deux ans. Pourtant, comme l'indique le procès-verbal de la commission médicale d'établissement du 17 juin 2014, les critères de qualité en matière de maladie nosocomiale ne sont pas atteints, les scores de l'établissement établis par la haute autorité de santé (HAS) sont faibles et l'absence de réunions de la COMEDIMS aurait pu engendrer un déremboursement de médicaments. Ces dysfonctionnements indiquent que la commission médicale d'établissement n'exerce pas l'ensemble de ses prérogatives. Ces anomalies doivent être corrigées.

De plus, le calendrier budgétaire pour l'exercice 2013 n'a pas été respecté. En effet, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-51 du code de la santé publique, le conseil de surveillance doit délibérer sur le compte financier et l'affectation des résultats de l'exercice antérieur avant le 30 juin de l'exercice en cours. Or, le compte financier 2013 n'a été arrêté par le directeur et le comptable que le 6 août 2014. Le 10 septembre 2014, le conseil de surveillance n'avait pas délibéré sur ce compte financier et sur l'affectation des résultats. Après qu'un premier projet eût été rejeté par l'agence régionale de santé, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'exercice 2014 n'a été validé que le 25 août 2014. À la même date, le plan global de financement pluriannuel (PGFP) a été une seconde fois

refusé par l'autorité de tutelle et un délai a été accordé au centre hospitalier pour en présenter un nouveau.

Par ailleurs, le directeur a quitté l'établissement le 15 septembre 2014. Ce départ représente une fragilité supplémentaire pour le centre hospitalier.

En définitive, et au-delà de sa situation financière et de ses contraintes territoriales, le Centre hospitalier de Chaumont est caractérisé par certains dysfonctionnements institutionnels qui ne favorisent pas son développement. Face à ces constats, la chambre indique que la mise en place d'un projet médical, couplé au fonctionnement régulier des instances de l'hôpital et au respect du calendrier budgétaire, est une condition indispensable au rétablissement de son équilibre organisationnel et financier.

2.1.3. Le déséquilibre financier du centre hospitalier

2.1.3.1. Le niveau du déficit du centre hospitalier

Aux termes de l'article R. 6143-39 du code de la santé publique, le déséquilibre financier des établissements publics de santé se caractérise par la réalisation d'un ou plusieurs des critères suivants :

- le déficit du budget principal¹ du centre hospitalier est supérieur à 2 % du total des produits du compte de résultat principal ;
- le budget principal présente un déficit et la capacité d'autofinancement est inférieure à 2 % du total des produits toutes activités confondues ;
- la capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts contractés.

Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé demande au directeur de l'établissement de présenter un plan de redressement.

Depuis 2010, le Centre hospitalier de Chaumont remplit au moins un des critères définis à l'article susmentionné. Depuis cette date, le déficit du budget principal, corrigé des charges et produits sur exercices antérieurs, a toujours été supérieur à 2 % des produits. En 2013, les trois critères du déséquilibre financier sont réunis. Le déficit de 3,6 M€ du budget principal représente 5,8 % des produits, la capacité d'autofinancement brute représente 1,2 % de l'ensemble des recettes et la capacité d'autofinancement nette est négative à hauteur de 1,6 M€

En outre, à la fin de 2013, le déficit reporté du centre hospitalier s'élevait à 12 M€

¹ Ce déficit est calculé par la différence entre les produits et les charges du compte de résultat principal, corrigée des charges et produits sur exercices antérieurs.

Tableau 1 – le déséquilibre financier défini à l’article R. 6143-39 du code de la santé publique

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Résultat du budget principal | - 2 299 104 | - 1 859 796 | - 2 733 799 | - 3 579 501 |
| Charges sur exercices antérieurs | 462 562 | 354 811 | 389 325 | 436 046 |
| Produits sur exercices antérieurs | 273 508 | 327 388 | 709 229 | 335 189 |
| Résultat corrigé du budget principal | - 2 110 049 | - 1 832 374 | - 3 053 702 | - 3 478 644 |
| Déficit en % des recettes du budget principal | 3,6% | 3,0% | 5,0% | 5,8% |
| CAF brute du centre hospitalier | 1 802 733 | 3 426 253 | 1 533 095 | 841 488 |
| Produits toutes activités confondues | 65 643 424 | 68 449 212 | 68 335 864 | 67 474 477 |
| CAF brute / produits toutes activités | 2,7% | 5,0% | 2,2% | 1,2% |
| CAF nette | - 192 784 | 1 183 482 | - 884 377 | - 1 614 455 |

Source : chambre régionale des comptes

2.1.3.2. L’encadrement du recours à l’emprunt

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l’emprunt par les établissements publics de santé, codifié à l’article D. 6145-70 du code de la santé publique, précise que si deux des trois critères suivants sont réunis, le recours à l’emprunt est subordonné à l’autorisation du directeur général de l’agence régionale de santé, après avis du directeur régional des finances publiques :

- le ratio d’indépendance financière est supérieur à 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l’encours de dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Depuis 2010, l’établissement réunit au moins deux des trois critères susmentionnés. Hormis en 2011, la durée apparente de la dette, également appelée ratio de désendettement, est supérieure à 10 ans et s’élève à 26 ans à la fin de 2013.

Depuis 2010, l’encours de dette du centre hospitalier représente plus de 30 % de ses recettes totales. En 2013, le capital restant dû atteint 32,4 % des produits de l’établissement. L’absence de recours à l’emprunt depuis le 1^{er} janvier 2012 permet néanmoins d’améliorer cet indicateur.

Entre 2010 et 2013, le ratio d’indépendance financière du centre hospitalier, mesurant le rapport entre la dette et les capitaux permanents, était supérieur à 50 %. Il s’élevait ainsi à 54,2 % à la fin de 2013.

Tableau 2 – les indicateurs d’endettement définis par le décret du 14 décembre 2011

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Ratio d’indépendance financière | 60,0% | 60,6% | 58,1% | 54,2% |
| Durée apparente de la dette (en années) | 14 | 8 | 16 | 26 |
| Encours / recettes totales | 39,5% | 39,0% | 35,5% | 32,4% |

Source : chambre régionale des comptes

Par conséquent, depuis le mois de décembre 2011, la mobilisation de l'emprunt est subordonnée à l'avis du directeur régional des finances publiques et à l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé. Bien que l'ordonnateur ait sollicité l'autorisation de recourir à l'emprunt en février 2013, le directeur général de l'ARS a refusé d'accéder à sa demande. L'hôpital n'a donc plus souscrit de prêt depuis 2012.

Si l'absence de recours à l'emprunt a permis de réduire l'endettement et d'améliorer le ratio d'indépendance financière de l'établissement, elle a également limité l'investissement. Ce dernier, dont le niveau est insuffisant pour assurer le renouvellement des immobilisations, a été majoritairement pris en charge par l'agence régionale de santé, sous forme d'aides exceptionnelles.

2.1.3.3. Les aides exceptionnelles octroyées par l'agence régionale de santé

Depuis 2010, et afin de remédier partiellement à la dégradation de la situation financière du centre hospitalier, l'agence régionale de santé a octroyé à l'établissement des aides exceptionnelles pour assurer le paiement du traitement des agents, le remboursement de la dette et le renouvellement minimal des immobilisations. Les aides perçues par le Centre hospitalier de Chaumont représentent un quart des dotations exceptionnelles versées par l'ARS à l'ensemble des établissements de la région.

Tableau 3 – les aides exceptionnelles versées par l'agence régionale de santé

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Aides exceptionnelles de fonctionnement | 1 869 000 | 1 724 000 | 500 000 | 2 500 000 |
| <i>Dont aides inscrites en recettes d'exploitation</i> | <i>969 000</i> | <i>974 000</i> | <i>0</i> | <i>0</i> |
| Subventions exceptionnelles d'investissement | 0 | 0 | 1 300 000 | 637 157 |
| Total des aides exceptionnelles | 1 869 000 | 1 724 000 | 1 800 000 | 3 137 157 |

Source : chambre régionale des comptes

Ainsi, entre 2010 et 2012, l'agence régionale de santé a versé à l'établissement 1,8 M€ par an d'aides exceptionnelles. Partiellement imputées en recettes d'exploitation, ces aides ont majoré de près de 1 M€ le résultat comptable du budget principal en 2010 et 2011. En 2013, l'ARS a octroyé au centre hospitalier 3,1 M€ de subventions exceptionnelles, dont 2,5 M€ versés à la fin de l'année pour éviter une situation de cessation de paiement.

Le montant mensuel du traitement des agents du centre hospitalier s'élève à 2,5 M€. Schématiquement, cela signifie que la paye du mois de décembre 2013 du personnel médical et non médical a été prise en charge par l'agence régionale de santé et que le produit dégagé de l'exploitation de l'établissement est insuffisant pour rémunérer les agents. Au surplus, signé par l'ordonnateur en juillet 2014, le plan prévisionnel de trésorerie précise que, sans une nouvelle aide exceptionnelle de l'ARS, le centre hospitalier pourrait de nouveau être confronté à une cessation de paiement de 2,3 M€ à la fin du mois de décembre 2014. Par ailleurs, l'agence régionale de santé a financé les investissements réalisés par l'établissement en 2012 et 2013. Par exemple, une aide exceptionnelle de 1 M€ a été versée à l'hôpital pour le remplacement de son groupe électrogène. Or, une partie de cette somme a été utilisée pour financer des dépenses d'exploitation. Par conséquent, le centre hospitalier ne pourra pas payer les prochaines factures liées à cet investissement.

Dans un courrier du 9 avril 2014 adressé à l'ordonnateur, le directeur général de l'agence régionale de santé rappelle que « *le maintien d'une offre de soins dont la médicalisation n'est pas satisfaisante ou dont les conditions médico-économiques de fonctionnement sont gravement déséquilibrées n'est plus une option envisageable. Ne pas prendre les mesures nécessaires compromettrait à court terme le maintien même d'une offre hospitalière à Chaumont* ».

L'ensemble de ces constats indique que, malgré une aide substantielle accordée par son autorité de tutelle depuis 2010, représentant parfois plus de 5 % des recettes du budget de l'hôpital, le Centre hospitalier de Chaumont est confronté à une situation financière grave, marquée par un déficit comptable important et une trésorerie insuffisante pour assurer le traitement des agents et le remboursement des emprunts. Intenable, cette situation interroge la soutenabilité du modèle de fonctionnement de l'hôpital et, par suite, sa permanence.

2.2. L'analyse financière du centre hospitalier

Entre 2010 et 2013, les comptes du centre hospitalier se composaient d'un budget principal et de cinq budgets annexes relatifs à l'unité de soins de longue durée (USLD), à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), au service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et à la dotation non affectée (DNA).

Pour chaque exercice de la période sous revue, le résultat agrégé du compte financier est déficitaire. Ainsi, avant retraitement des aides exceptionnelles versées par l'agence régionale de santé, le déficit de l'établissement s'élève à 2,3 M€ en 2010 et 3,8 M€ en 2013.

Hormis pour le financement des investissements, l'analyse financière porte sur le budget principal. En effet, ce dernier représente 90 % des dépenses et des recettes du centre hospitalier et la quasi-totalité de son déficit. Par ailleurs, les modes de financement spécifiques des budgets annexes limiteraient la portée d'une analyse agrégée.

Au cours de la période, la progression annuelle moyenne des dépenses est supérieure à celle des recettes. Cette évolution différenciée accroît le déficit comptable du budget de l'hôpital et interroge la soutenabilité de son modèle de fonctionnement. En outre, corrigé des aides exceptionnelles versées par l'agence régionale de santé et imputées sur un compte d'exploitation, le déficit structurel du budget principal s'établit à 3,5 M€ par an depuis 2010.

Tableau 4 – l'évolution des recettes et des dépenses depuis 2010

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------|
| Recettes totales d'exploitation | 57 946 513 | 60 553 936 | 60 512 976 | 59 457 133 | 0,9% |
| Dépenses totales d'exploitation | 60 245 617 | 62 413 732 | 63 246 775 | 63 036 634 | 1,5% |
| Résultat comptable | - 2 299 104 | - 1 859 796 | - 2 733 799 | - 3 579 501 | |
| Résultat hors aides exceptionnelles | - 3 268 104 | - 2 833 796 | - 2 733 799 | - 3 579 501 | |
| Déficit / recettes totales | 5,2% | 3,1% | 4,5% | 6,0% | |
| Déficit / dépenses totales | 3,8% | 3,0% | 4,3% | 5,7% | |

Source : chambre régionale des comptes

Pour l'exercice en cours, l'état de consommation des crédits au 1^{er} septembre 2014 indique que les recettes et les dépenses d'exploitation s'élèvent respectivement à 35,4 M€² et 36,3 M€. Par construction, cet état ne comprend pas les écritures d'ordre, réalisées au cours de la journée complémentaire. En les réintégrant, la chambre estime que le déficit du centre hospitalier pourrait s'élever à 4 M€ en 2014.

2.2.1. L'évolution des recettes d'exploitation

Entre 2010 et 2013, les recettes totales d'exploitation ont progressé de 2,6 %, passant de 58 M€ à 59,5 M€. Elles se composent des produits versés par l'assurance maladie (titre 1), des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) et des autres produits (titre 3).

Tableau 5 – la répartition des recettes d'exploitation

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Titre 1 - produits versés par l'assurance maladie | 44 735 796 | 45 315 903 | 43 002 621 | 41 901 145 | -2,2% |
| Titre 2 - autres produits de l'activité hospitalière | 6 085 836 | 6 955 390 | 7 488 183 | 7 687 070 | 8,1% |
| Titre 3 - autres produits | 7 124 881 | 8 282 643 | 10 022 172 | 9 868 918 | 11,5% |
| Total des produits | 57 946 513 | 60 553 936 | 60 512 976 | 59 457 133 | 0,9% |
| Part titre 1 / recettes totales | 77,2% | 74,8% | 71,1% | 70,5% | |
| Part titre 2 / recettes totales | 10,5% | 11,5% | 12,4% | 12,9% | |
| Part titre 3 / recettes totales | 12,3% | 13,7% | 16,6% | 16,6% | |

Source : chambre régionale des comptes

2.2.1.1. Les produits versés par l'assurance maladie

Les produits versés par l'assurance maladie sont les principales recettes du centre hospitalier. Cependant, alors qu'ils représentaient 77,2 % des recettes du budget principal en 2010, ils n'en représentent plus que 70,5 % en 2013. Au cours de la période, ils ont diminué de 2,8 M€.

Le centre hospitalier ne rencontre pas de difficultés majeures pour coder les actes réalisés par les différents services. Dès lors, la baisse de l'activité est la cause principale de la dégradation de la situation financière du centre hospitalier.

Les recettes du titre 1 se composent principalement des recettes issues de la tarification à l'activité, des dotations annuelles de fonctionnement relatives au financement des soins de suite et de réadaptation (SSR) et des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC).

² Y compris les recettes non titrées de l'activité des mois de juin et juillet.

Tableau 6 – les différents produits du titre 1

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| Produits de la tarification des séjours | 27 746 724 | 28 500 975 | 28 725 169 | 27 240 710 | -0,6% |
| Produits des médicaments facturés en sus des séjours | 989 149 | 985 671 | 973 484 | 876 194 | -4,0% |
| Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours | 322 613 | 400 079 | 431 459 | 522 257 | 17,4% |
| Forfaits annuels | 1 000 554 | 1 009 929 | 1 167 112 | 1 183 544 | 5,8% |
| Dotations annuelles de financement | 4 807 892 | 5 251 211 | 4 383 229 | 5 154 869 | 2,3% |
| Dotations MIGAC | 6 610 001 | 5 956 624 | 4 101 907 | 3 490 429 | -19,2% |
| Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique | 3 258 863 | 3 211 415 | 3 220 262 | 3 343 037 | 0,9% |
| Produits sur exercices antérieurs versés par l'assurance maladie | | | | 90 104 | |
| Total titre 1 | 44 735 796 | 45 315 903 | 43 002 621 | 41 901 144 | -2,2% |

Source : chambre régionale des comptes

Ainsi, en 2013, les produits de la tarification des séjours représentent 65 % des recettes du titre 1 et 45,7 % des recettes totales du budget principal. Pourtant, ils ont baissé en moyenne de 0,6 % par an au cours de la période. Ils ont par exemple reculé de 1,5 M€ entre 2012 et 2013. Ils sont largement corrélés à l'évolution du nombre d'actes, d'entrées et de journées réalisés par les services de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique.

Par ailleurs, si le produit des MIGAC a reculé de 3,1 M€ depuis 2010, il a été compensé au titre 3 par les recettes issues du fonds d'intervention régionale (FIR).

En définitive, l'activité est le facteur principal de l'évolution des recettes du budget de l'hôpital. Si sa dégradation continue depuis 2011 se poursuivait, elle rendrait impossible le rétablissement de la situation financière de l'établissement et imposerait des mesures substantielles de rationalisation des capacités d'accueil du centre hospitalier. En effet, toutes choses égales par ailleurs, la baisse des produits de la tarification des séjours est couplée à la progression automatique des dépenses de personnel, liées à la revalorisation du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC), à la garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA) et au glissement vieillesse-technicité (GVT). Cette évolution différenciée, portant sur les principales recettes et les principales dépenses du budget principal, accroît le déficit de l'hôpital.

Dès lors, la chambre indique que la reprise de l'activité, favorisée par l'établissement d'un projet médical cohérent et ambitieux, est une condition indispensable au rétablissement de l'équilibre financier.

2.2.1.2. Les autres produits de l'activité hospitalière

Les autres produits de l'activité hospitalière ont sensiblement progressé au cours de la période, passant de 6,1 M€ à 7,7 M€. En 2013, ils représentent 12,9 % des recettes totales de l'hôpital. Ils se composent principalement des recettes issues du versement par les patients du ticket modérateur et du forfait hospitalier ainsi que des restes à charge remboursés par les organismes complémentaires.

Les recettes du titre 2 sont également dépendantes de l'activité de l'hôpital. Ainsi, la baisse de l'activité MCO a engendré une diminution du forfait hospitalier afférent. Au

contraire, le développement, même partiel, de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation de jour a accru les produits de la tarification en hospitalisation incomplète.

Dès lors, comme pour le titre 1, l'analyse des produits du titre 2 indique que la reprise de l'activité est un préalable au rétablissement de la situation financière de l'hôpital et que la dégradation observée ne saurait perdurer sans modifier sensiblement les capacités d'accueil du centre hospitalier.

2.2.1.3. Les autres produits

Entre 2010 et 2013, les produits du titre 3 ont progressé de 38,5 %, passant de 7,1 M€ à 9,9 M€ Ils représentent 16,6 % des recettes totales de l'hôpital.

Les recettes du titre 3 sont principalement composées de la vente des produits fabriqués, de la rétrocession de médicaments, des subventions d'exploitation et du remboursement par les budgets annexes des charges supportées pour eux par le budget principal.

Cette augmentation s'explique en partie par la création à compter de 2012 au sein des agences régionales de santé de fonds d'intervention régionaux (FIR). Les dotations versées à l'hôpital à ce titre se sont substituées à certaines aides à la contractualisation (AC), comptabilisées au titre 1. Par conséquent, le FIR a recomposé la structure des recettes du centre hospitalier. En 2013, les dotations reçues à ce titre se sont élevées à 1,2 M€

Par ailleurs, la hausse des produits du titre 3 s'explique par la facturation au Centre hospitalier de Langres de transports réalisés pour cet établissement par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du Centre hospitalier de Chaumont. Ces titres de recettes n'ont cependant pas été recouverts du fait d'un contentieux entre ces deux établissements, détaillé plus avant.

2.2.2. L'évolution des dépenses d'exploitation

Entre 2010 et 2013, les dépenses d'exploitation ont progressé de 4,6 %, passant de 60,2 M€ à 63 M€ Si leur rythme de progression n'est pas anormalement élevé, il est néanmoins supérieur à celui des recettes et accroît le déficit de l'hôpital. Les dépenses d'exploitation sont composées des dépenses de personnel (titre 1), des charges à caractère médical (titre 2), des charges à caractère hôtelier (titre 3) et des charges financières, d'amortissements et de provisions (titre 4).

Tableau 7 – l'évolution des dépenses d'exploitation depuis 2010

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Titre 1 - charges de personnel | 41 290 405 | 41 414 982 | 42 258 734 | 42 561 561 | 1,0% |
| Titre 2 - charges à caractère médical | 7 643 483 | 8 055 357 | 8 134 751 | 8 034 409 | 1,7% |
| Titre 3 - charges à caractère hôtelier et général | 6 223 718 | 6 575 432 | 7 026 257 | 7 275 276 | 5,3% |
| Titre 4 - charges financières. except. amort. pro. | 5 088 011 | 6 367 962 | 5 827 033 | 5 162 710 | 0,5% |
| Total des charges | 60 245 617 | 62 413 732 | 63 246 775 | 63 036 634 | 1,5% |
| Part titre 1 / dépenses totales | 68,5% | 66,4% | 66,8% | 67,5% | - |
| Part titre 2 / dépenses totales | 12,7% | 12,9% | 12,9% | 12,7% | - |
| Part titre 3 / dépenses totales | 10,3% | 10,5% | 11,1% | 11,5% | - |
| Part titre 4 / dépenses totales | 8,4% | 10,2% | 9,2% | 8,2% | - |

Source : chambre régionale des comptes

2.2.2.1. Les charges de personnel

Au cours de la période, les charges de personnel ont progressé de 3,1 %, passant de 41,3 M€ à 42,6 M€ Elles représentent les deux tiers des dépenses d'exploitation du budget principal. Facteur commun à de nombreux établissements de santé, ce constat induit que l'équilibre financier de l'établissement est consubstantiel à la maîtrise de son titre 1.

Entre 2010 et 2013, les dépenses de personnel ont progressé en moyenne de 1 % par an en valeur et diminué de 0,7 % en volume, c'est-à-dire corrigées des effets de l'inflation. Cette maîtrise des charges du titre 1 est le résultat de nombreux efforts consentis par le personnel non médical, et notamment le personnel soignant.

Concernant les agents non médicaux, les dépenses de personnel n'ont crû que de 0,6 % par an en moyenne depuis 2010. Pour le budget principal, le nombre d'équivalents temps-plein (ETP) a baissé de 1,6 % depuis 2011, passant de 734 à 722 ETP. Cet effort de rationalisation des effectifs s'est concentré sur le personnel en contrat à durée déterminée (CDD). Entre 2011 et 2013, 40 postes d'agents à temps plein ont été supprimés dans ce domaine.

Le non remplacement de certains départs à la retraite, la non reconduction de ces CDD, la fin de l'avancement à l'échelon intermédiaire et le non remplacement du personnel absent moins de quatre jours ont permis de limiter la progression des dépenses de personnel et de compenser la hausse mécanique de ces dernières, liées notamment à la revalorisation du SMIC, au GVT et à la GIPA.

Tableau 8 – l'évolution des charges de personnel non médical

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Rémunérations du personnel non médical | 19 892 976 | 20 229 887 | 20 249 807 | 20 159 068 | 0,4% |
| Charges sociales du personnel non médical | 7 365 162 | 7 353 122 | 7 357 744 | 7 605 408 | 1,1% |
| Autres charges sociales du personnel non médical | 388 842 | 405 437 | 382 113 | 386 123 | -0,2% |
| Taxe sur les salaires | 1 854 318 | 1 902 648 | 1 919 758 | 1 917 918 | 1,1% |
| Versement transport | 99 290 | 98 370 | 99 280 | 99 916 | 0,2% |
| Total | 29 600 588 | 29 989 462 | 30 008 702 | 30 168 433 | 0,6% |
| ETP au 31 décembre de l'hôpital | 758,2 | 725,4 | 757,0 | 737 | -1,0% |
| ETPR annuel moyen | 734,5 | 735,6 | 723,5 | 722 | |
| Cout par ETP (en €) | 40 300 | 40 769 | 41 476 | 41 785 | 1,2% |

Source : chambre régionale des comptes

La poursuite de la rationalisation des dépenses de personnel non médical, notamment dans les services administratifs et techniques, est possible. Cependant, sans réduction préalable des capacités d'accueil de l'hôpital, la baisse continue du personnel soignant ne saurait perdurer sans remettre en cause la continuité et la sécurité des soins. Elle pourrait de plus engendrer une recrudescence de l'absentéisme des agents et contraindre l'établissement à recourir à du personnel intérimaire, dont le coût serait supérieur à celui du personnel permanent.

Par ailleurs, les dépenses de personnel médical ont progressé en moyenne de 2,3 % par an entre 2010 et 2013, passant de 9,7 M€ à 10,4 M€. Le nombre d'ETP est resté stable sur la période, passant de 70,5 ETP à 71,9 ETP. Ce rythme de croissance est sensiblement supérieur à celui du personnel non médical. Il résulte notamment de l'augmentation des dépenses liées à la permanence des soins.

La chambre a ainsi relevé la mise en place de mécanismes de compensation des astreintes contraires à la réglementation. Ainsi, M. X. a négocié avec le directeur de l'établissement le montant de sa rémunération. Par un courrier du 24 août 2012, l'ordonnateur a octroyé à ce praticien, en plus de son traitement de base, d'une indemnité de service public exclusif, d'une prime multi-site et d'une période de temps de travail additionnel, 4 000 € net mensuel pour onze mois de l'année au titre des astreintes réalisées. Par simple courriel daté du 13 septembre 2012, le dispositif a été étendu aux douze mois de l'année. Si l'arrêté du 30 avril 2003 modifié autorise la forfaitisation de l'astreinte opérationnelle, le montant maximal autorisé par période d'astreinte est inférieur à 200 €

Par conséquent, le dispositif dérogatoire accordé à M. X, issu d'une négociation salariale avec le directeur, est contraire à la réglementation et s'apparente à un complément de rémunération partiellement indu.

En outre, certains praticiens exerçant dans le même service connaissent des rémunérations sensiblement différentes pour leur participation à la permanence des soins. La chambre a ainsi relevé que dans un service de médecine, principalement composé de deux praticiens assurant la permanence des soins sous forme d'astreintes opérationnelles, le montant moyen versé en 2013 par jour d'astreinte était deux fois supérieur pour un praticien que pour l'autre. La chambre s'étonne du nombre de déplacements réalisés par l'un des deux praticiens, effectués à une fréquence régulière et des horaires rapprochés.

Tableau 9 – l'évolution des charges du personnel médical

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|---------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Rémunérations du personnel médical | 6 784 262 | 6 801 847 | 7 047 481 | 7 198 916 | 2,0% |
| Charges sociales du personnel médical | 2 129 300 | 2 129 519 | 2 250 061 | 2 344 988 | 3,3% |
| Taxes sur les salaires | 789 835 | 798 019 | 830 842 | 858 985 | - |
| Versement transport | 40 628 | 40 326 | 41 922 | 42 877 | - |
| Total | 9 744 024 | 9 769 711 | 10 170 306 | 10 445 765 | 2,3% |
| ETPR annuel moyen de l'hôpital | 70,5 | 68,2 | 77,8 | 71,9 | - |
| Coût par ETP | 138 213 | 143 251 | 130 724 | 145 282 | - |

Source : chambre régionale des comptes

En définitive, et malgré une maîtrise des charges de personnel non médical, les dépenses du titre 1 croissent alors que les recettes issues de l'activité diminuent. Cela signifie que l'hôpital dépense davantage de charges de personnel pour générer moins de produits. Ces évolutions différenciées expliquent une grande partie du déficit du budget principal.

2.2.2.2. Les charges à caractère médical

Entre 2010 et 2013, les charges à caractère médical ont augmenté en moyenne de 1,7 % par an, passant de 7,6 M€ à 8 M€. Elles ont légèrement diminué depuis 2011. Elles se composent principalement des produits pharmaceutiques et des fournitures de matériel médical.

Les deux premiers postes de dépenses du titre 2 ont diminué depuis 2011. L'augmentation des dépenses d'entretien et de réparation résulte du vieillissement des immobilisations et de l'absence de leur renouvellement. Ces dépenses ont crû en moyenne de 4,8 % par an entre 2010 et 2013 et sont une conséquence du sous-investissement de l'établissement depuis plusieurs années.

Dès lors, la poursuite de la rationalisation des dépenses du titre 2 semble nécessaire pour favoriser le rétablissement de l'équilibre financier de l'hôpital.

2.2.2.3. Les charges à caractère général et hôtelier

Au cours de la période, les charges du titre 3 ont connu une hausse sensible de 5,3 % en moyenne par an. Elles sont passées de 6,2 M€ à 7,3 M€. Elles se composent principalement des dépenses liées aux achats et aux services extérieurs.

Cette variation résulte en partie de l'augmentation des dépenses d'électricité, de fournitures d'atelier et d'alimentation. Cependant, la croissance annuelle moyenne de ces dépenses est élevée et doit être maîtrisée pour rétablir la situation financière de l'établissement. Des objectifs de dépenses, couplés à des mesures de réduction de ces charges, sont nécessaires pour réduire leur évolution.

2.2.2.4. Les charges financières, d'amortissement et de provisions

Au cours de la période, les dépenses du titre 4 ont progressé de 0,5 % en moyenne par an, passant de 5,1 M€ à 5,2 M€. Si les dépenses exceptionnelles sont restées stables, les charges financières ont diminué de près de 73 000 € depuis 2011, du fait de l'absence de

recours à l'emprunt et du financement des investissements par des aides exceptionnelles de l'agence régionale de santé. Conséquence du sous-investissement du centre hospitalier, les dotations aux amortissements des immobilisations ont également baissé de près de 100 000 € depuis 2011.

Tableau 10 – les dépenses du titre 4

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|
| Charges financières | 559 159 | 572 245 | 625 938 | 501 591 | -3,6% |
| Charges exceptionnelles | 675 116 | 614 207 | 898 222 | 672 274 | -0,1% |
| Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions | 3 853 737 | 5 181 510 | 4 302 873 | 3 991 524 | 1,2% |
| <i>Dont dotations aux amortissements des immobilisations</i> | <i>2 448 159</i> | <i>2 829 881</i> | <i>2 906 978</i> | <i>2 737 515</i> | <i>3,8%</i> |
| Total des dépenses du titre 4 | 5 088 012 | 6 367 962 | 5 827 033 | 5 165 398 | 0,5% |

Source : chambre régionale des comptes

Dès lors, la maîtrise des dépenses du titre 4 n'est en réalité qu'une externalité négative, issue de l'incapacité du centre hospitalier à emprunter et investir.

2.2.3. La formation du résultat et les soldes intermédiaires de gestion

L'ensemble des soldes intermédiaires de gestion se dégrade depuis 2010. La poursuite de cette dégradation, incompatible avec le modèle de fonctionnement de l'hôpital, rendrait nécessaire l'intervention permanente de l'autorité de tutelle pour éviter des situations de cessation de paiement toujours plus importantes.

Ainsi, la valeur ajoutée de l'établissement recule en moyenne de 0,6 % par an depuis 2010. Différence entre les produits et les charges bruts de gestion, elle s'élève à 41,5 M€ en 2013. Elle a reculé de près de 1 M€ en quatre ans et indique que la croissance de la consommation des biens intermédiaires est supérieure à celle des produits issus de l'activité.

L'excédent brut d'exploitation a été divisé par deux depuis 2010 et s'élève à 747 509 € en 2013. Cette baisse résulte de l'évolution différenciée des recettes et des dépenses du titre 1 : les dépenses de personnel augmentent au même rythme que reculent les recettes liées à l'activité.

La marge brute représente la marge dégagée par l'établissement de son exploitation courante. Elle sert notamment à financer les intérêts de la dette et la dotation aux amortissements des immobilisations, conséquences des investissements passés. Elle sert également à financer les investissements futurs. Elle est un solde intermédiaire majeur de l'analyse financière du centre hospitalier. Entre 2010 et 2013, la marge brute a diminué en moyenne de 16,6 % par an, passant de 2,2 à 1,3 M€. Au cours de la période, elle est inférieure au montant cumulé des charges financières et des dotations aux amortissements des immobilisations. Par conséquent, depuis quatre ans, le produit dégagé de l'exploitation courante de l'hôpital est insuffisant pour faire face aux conséquences des investissements passés et assurer le renouvellement des immobilisations.

Tableau 11 – taux de couverture de la marge brute

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Charges financières | 559 159 | 572 245 | 625 938 | 501 591 |
| Dotations aux amortissements des immobilisations | 2 448 159 | 2 829 881 | 2 906 978 | 2 737 515 |
| Total | 3 007 318 | 3 402 126 | 3 532 916 | 3 239 106 |
| Marge brute | 2 216 471 | 3 978 442 | 2 074 671 | 1 284 164 |
| Marge brute hors aides exceptionnelles de l'ARS | 1 247 471 | 3 004 442 | 2 074 671 | 1 284 164 |
| Taux de couverture | 41% | 88% | 59% | 40% |

Source : chambre régionale des comptes

Ainsi, en 2013, la marge brute ne couvre que 40 % des charges financières et de la dotation aux amortissements des immobilisations. En outre, ce taux se dégrade fortement depuis 2011. Il indique que l'hôpital est dans l'incapacité structurelle de rembourser sa dette et de renouveler ses équipements.

Face à ces constats, la chambre relève qu'une marge brute de 3,3 M€ serait nécessaire pour assurer uniquement le remboursement des intérêts des emprunts et le renouvellement des immobilisations. Elle s'élevait à 1,3 M€ à la fin de 2013. Dès lors, un plan de rationalisation des dépenses ou d'augmentation des recettes à hauteur de 2 M€ est nécessaire et urgent pour assurer la continuité des soins et éviter les situations de cessation de paiement. Cependant, il sera insuffisant pour résorber l'ensemble du déficit du budget principal et devra s'accompagner d'autres mesures structurelles pour 2 M€ supplémentaires.

Enfin, depuis 2010, tous les résultats intermédiaires sont déficitaires et se dégradent de plus de 15 % par an en moyenne. Ainsi, les déficits du résultat d'exploitation et du résultat courant se sont accrus de près de 1 M€. Le résultat net, mesurant la différence entre l'ensemble des recettes et des dépenses, est déficitaire de 3,6 M€ en 2013.

2.2.4. La capacité d'autofinancement et le ratio de désendettement

La capacité d'autofinancement brute (CAF) a été divisée par deux depuis 2010, passant de 1,8 M€ à 841 488 € en 2013. Composante principale de la CAF brute du centre hospitalier, celle du budget principal a baissé de 70,8 % entre 2010 et 2013, passant de 1,3 M€ à 366 143 €.

Hormis en 2011, la capacité d'autofinancement brute du centre hospitalier a été insuffisante pour rembourser le capital de la dette. La CAF nette est ainsi déficitaire de 192 785 € en 2010, 884 377 € en 2012 et 1 614 455 € en 2013. Déjà insuffisant pour rembourser les intérêts et le renouvellement des immobilisations, l'excédent issu de l'exploitation de l'établissement est également insuffisant pour rembourser le capital emprunté.

Au cours de la période, le capital restant dû a pourtant diminué de 16 %, passant de 26 M€ à 21,8 M€. Cette évolution s'explique par le fait qu'aucun emprunt n'a été souscrit depuis 2012. Dès lors, la capacité de désendettement, également appelée durée apparente de la dette, s'élève à 14 ans en 2010, 8 ans en 2011, 16 ans en 2012 et 26 ans en 2013. À l'échelle nationale, le centre hospitalier se classe parmi les trois établissements de sa catégorie les moins performants dans ce domaine. En outre, depuis 2010, le ratio de désendettement est supérieur à la durée moyenne résiduelle de l'encours. Cette dernière s'élève à 9 années à la fin

de 2013. Cela signifie qu'à cette date, l'hôpital devrait en théorie consacrer 26 années de sa capacité d'autofinancement brute pour rembourser sa dette. Dans les faits, il devra le faire en 9 ans.

Dès lors, la situation financière de l'établissement ne lui permet plus de faire face à ses engagements bancaires et conduit l'agence régionale de santé à se substituer au centre hospitalier pour rembourser ses emprunts. En outre, l'hôpital ne dégage pas suffisamment d'excédent de son activité pour investir.

Tableau 12 – la durée apparente de la dette

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Capital restant dû | 25 946 864 | 26 704 093 | 24 286 622 | 21 830 678 | -5,6% |
| CAF brute du centre hospitalier | 1 802 733 | 3 426 253 | 1 533 095 | 841 488 | -22,4% |
| <i>dont CAF brute du budget principal</i> | <i>1 262 648</i> | <i>3 132 243</i> | <i>1 266 053</i> | <i>366 143</i> | <i>-33,6 %</i> |
| Remboursement de la dette en capital | 1 995 518 | 2 242 771 | 2 417 471 | 2 455 943 | 7,2% |
| CAF nette | - 192 785 | 1 183 482 | - 884 377 | - 1 614 455 | |
| Durée apparente de la dette | 14 | 8 | 16 | 26 | |
| Durée moyenne résiduelle de l'encours | 6 | 7 | 10 | 9 | |

Source : chambre régionale des comptes

À périmètre constant, le profil d'extinction de la dette indique que le capital restant dû pourrait atteindre 9,8 M€ en 2018. Faute de nouveaux emprunts, la durée moyenne résiduelle de l'encours diminuerait pour s'établir à quatre années en 2018. La capacité d'autofinancement brute nécessaire au seul remboursement en capital de la dette s'élèverait à 2,4 M€ par an entre 2014 et 2018, soit 1,5 M€ de plus que celle constatée en 2013.

Tableau 13 – CAF brute nécessaire au remboursement de l'emprunt (2014-2018)

| Nature des dépenses | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|--|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|
| Intérêts versés par l'hôpital | 479 732 | 418 562 | 374 111 | 334 489 | 295 565 | -38,4% |
| Remboursement en capital | 2 461 323 | 2 466 957 | 2 392 856 | 2 338 032 | 2 319 779 | -5,8% |
| Capital restant dû | 19 308 352 | 16 841 395 | 14 448 539 | 12 110 507 | 9 790 727 | -49,3% |
| Durée moyenne résiduelle | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | |
| CAF brute nécessaire au remboursement de l'emprunt | 2 413 544 | 2 405 914 | 2 408 090 | 2 422 101 | 2 447 682 | |

Source : chambre régionale des comptes, données centre hospitalier

Dès lors, et à supposer que l'agence régionale de santé assure seule l'entièreté des investissements du centre hospitalier jusqu'en 2018, l'hôpital doit rationaliser ses dépenses ou augmenter ses recettes à hauteur de 1,5 M€ par an uniquement pour honorer ses échéances bancaires. En outre, 2,5 M€ supplémentaires par an seront nécessaires pour assurer le renouvellement des immobilisations et lui permettre de retrouver une autonomie de gestion.

En définitive, et comme l'analyse de la marge brute l'indiquait, le centre hospitalier doit mettre en œuvre d'urgence un plan combiné de diminution de ses dépenses et d'augmentation de ses recettes, compris entre 1,5 M€ et 2 M€. Si ce plan permettra de faire face au remboursement de la dette et aux traitements des agents, il sera insuffisant pour assurer le renouvellement des équipements et résorber le déficit de l'hôpital. Il nécessitera en parallèle un accompagnement durable de l'autorité de tutelle pour financer les

investissements. En outre, ce plan devra être accompagné d'autres mesures structurelles, d'un montant supplémentaire compris entre 2 M€ et 2,5 M€ pour permettre à l'établissement d'assurer seul le financement de ses investissements et de rétablir son équilibre financier.

Dès lors, face à ces constats, la chambre indique que le plan de redressement du centre hospitalier doit porter sur un effort global de 4 M€ par an, soit 6,3 % de ses dépenses de 2013.

2.2.5.. Le financement des investissements

Le financement des investissements du centre hospitalier a été principalement pris en charge par l'agence régionale de santé, sous forme d'aides exceptionnelles.

Ainsi, hors aides exceptionnelles de l'autorité de tutelle, le financement des investissements aurait engendré un prélèvement sur le fonds de roulement de 2,2 M€ en 2012 et 2,5 M€ en 2013.

Tableau 14 – le financement des investissements

| En euros | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|----------------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| | capacité d'autofinancement | 1 802 733 | 3 426 253 | 1 533 095 | 841 488 |
| | <i>dont aides de l'ARS</i> | <i>969 000</i> | <i>974 000</i> | | |
| Titre 1 | emprunts | 4 000 000 | 3 000 000 | 0 | 0 |
| Titre 2 | dotations et subventions | 45 910 | 21 000 | 1 812 827 | 3 254 701 |
| | <i>dont aides de l'ARS</i> | | | <i>1 800 000</i> | <i>3 137 157</i> |
| Titre 3 | autres ressources | 0 | 45 695 | 350 | 3 700 |
| Total ressources | | 5 848 643 | 6 492 948 | 3 346 272 | 4 099 617 |
| <i>Total des ressources hors aides de l'ARS</i> | | <i>4 879 643</i> | <i>5 518 948</i> | <i>1 546 272</i> | <i>962 732</i> |
| Titre 1 | remboursement dette | 1 997 118 | 2 242 771 | 2 417 471 | 2 455 943 |
| Titre 2 | immobilisations | 2 193 384 | 1 195 752 | 1 284 370 | 1 042 241 |
| Titre 3 | autres emplois | 5 745 | - | 7 693 | 200 |
| Total emplois | | 4 196 246 | 3 438 523 | 3 709 535 | 3 498 384 |
| apport au fonds de roulement | | 1 652 397 | 3 054 425 | -363 263 | 601 505 |
| <i>apport au fonds de roulement hors aides de l'ARS</i> | | <i>683 397</i> | <i>2 080 425</i> | <i>-2 163 263</i> | <i>-2 535 652</i> |

Source : chambre régionale des comptes

En 2010 et 2011, la mobilisation de l'emprunt n'était pas uniquement destinée à des projets d'investissement mais aussi au remboursement du capital de la dette. En augmentant la trésorerie de l'établissement, la souscription de 7 M€ d'emprunts a évité une situation anticipée de cessation de paiement. En substance, le centre hospitalier souscrivait de la dette pour rembourser de la dette. Dangereux, ce mécanisme accroît la dégradation de l'équilibre financier dans la mesure où les nouveaux emprunts entraînent le paiement d'intérêts qui, toutes choses égales par ailleurs, majorent le déficit de l'hôpital.

En 2012 et 2013, en application de l'encadrement du recours à l'emprunt des établissements de santé, le refus du directeur général de l'agence régionale de santé de laisser l'hôpital souscrire de nouveaux prêts a mis un terme à cette situation. Désormais, l'autorité de tutelle finance la part du remboursement des emprunts que le centre hospitalier ne peut honorer ainsi que les investissements majeurs.

Néanmoins, le montant des aides accordées ne permet pas d'assurer le renouvellement des immobilisations. Depuis 2011, l'investissement du centre hospitalier oscille entre 1 M€ et 1,3 M€ par an. Aux mêmes dates, la dotation aux amortissements des immobilisations s'élève à 2,7 M€ par an. En 2013, le taux de renouvellement des immobilisations du centre hospitalier était de 1,4 % par an et le classait parmi les 10 % des établissements de sa catégorie les moins performants dans le domaine. À ce rythme, 71 années seraient nécessaires pour renouveler l'ensemble des immobilisations, contre une moyenne nationale de 21 ans. En 2013, le taux de vétusté des équipements s'élevait à 88,4 %, contre une moyenne nationale de 64,9 %. Le bilan du plan de redressement du centre hospitalier pour l'exercice 2013 prévoyait un besoin d'investissement de 25 M€ entre 2014 et 2018. Au regard de la situation financière de l'établissement, ces investissements ne seront pas réalisés.

Face à ces constats, la chambre relève que le sous-investissement du centre hospitalier, répété depuis plusieurs années, ne saurait perdurer sans interroger la qualité, la continuité et la sécurité des soins délivrés aux patients.

2.2.6. L'état de la dette du centre hospitalier

Au 31 décembre 2013, le capital restant dû des emprunts souscrits par le centre hospitalier s'élevait à 21,8 M€. Il a diminué de 16 % en quatre ans. Au 30 juin 2014, il atteint 20,4 M€. Cette baisse s'explique par l'absence de recours à l'emprunt depuis le 1^{er} janvier 2012.

Au cours de la période, l'annuité de la dette (capital + intérêts) a progressé de 4,7 % et s'élève en 2013 à 3 M€. Le taux de charge de la dette, mesurant le rapport entre l'annuité de remboursement et les recettes totales d'exploitation, est stable et atteint 4,4 % en 2013. Cela signifie qu'à cette date, le centre hospitalier consacrait 4,4 % de ses recettes au remboursement de l'emprunt. Modéré, ce taux indique que l'encours de dette du centre hospitalier n'est pas anormalement élevé pour un établissement de cette taille et que la difficulté du remboursement provient de la faiblesse structurelle de la capacité d'autofinancement.

Tableau 15 – l'état de la dette du centre hospitalier

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Capital restant dû | 25 946 864 | 26 704 093 | 24 286 622 | 21 830 678 |
| Remboursement de la dette en capital | 1 995 518 | 2 242 771 | 2 417 471 | 2 455 943 |
| Intérêts de la dette (tous budgets confondus) | 597 952 | 609 067 | 644 504 | 517 555 |
| Annuité de l'emprunt | 2 593 469 | 2 851 838 | 3 061 975 | 2 973 498 |
| Taux de charge de la dette | 4,0% | 4,2% | 4,5% | 4,4% |

Source : chambre régionale des comptes

Au 30 juin 2014, la dette du centre hospitalier était composée de vingt-quatre emprunts. Vingt-trois sont classés 1A dans la charte de bonne conduite définie par la circulaire interministérielle du 25 juin 2010. Quinze sont à taux fixe et huit à taux variable simple. Ils représentent 91,8 % de l'encours.

Par ailleurs, l'établissement a souscrit un emprunt structuré fondé sur le LIBOR USD 12 mois, classé 4B dans la charte de bonne conduite et représentant 8,2 % de l'encours de

dette de l'hôpital. Tant que l'indice sous-jacent est inférieur à 6,5 %, le taux payé par l'établissement s'élève à 3,70 %. Sans effet de levier ni coefficient multiplicateur, la barrière n'a pas été activée depuis la souscription de l'emprunt. Dès lors, au regard de sa part résiduelle dans l'encours de dette, cet emprunt ne présente pas de risque majeur.

Le taux moyen payé par l'établissement est de 2,3 % en 2013. Ce taux faible s'explique par la présence dans l'encours de huit emprunts à taux variable, fondés sur des indices sous-jacents dont le niveau est minime en 2014. Sur plusieurs emprunts, l'établissement paie des taux d'intérêts inférieurs à 0,5 % depuis plusieurs mois.

En définitive, la structure de l'encours de dette est un atout de l'établissement. Sécurisée, elle lui permet de payer des charges financières limitées, sans risque majeur pour les prochains exercices.

Néanmoins, la situation financière de l'établissement pourrait le conduire à payer des taux d'intérêts élevés en cas de nouveau recours à l'emprunt. Ainsi, une banque a proposé à l'hôpital un prêt de 2 M€ en février 2013, pour une durée de vingt ans et un taux fixe de 4,35 %. Cette proposition reposait sur une marge de banque³ élevée de 210 points de base.

2.2.7. La facturation des transports du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

Le Centre hospitalier de Chaumont dispose d'un service mobile d'urgence et de réanimation. Par l'intermédiaire du SMUR, l'hôpital assure notamment les transports primaires et secondaires des patients du Centre hospitalier de Langres vers d'autres établissements.

Aux termes de la circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, les transports primaires correspondent aux transports effectués du lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé. Ils sont financés dans le cadre de la dotation de mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), versée par l'agence régionale de santé. Les transferts secondaires sont les transferts d'un malade d'un hôpital à un autre afin de bénéficier de soins. Ils imposent un retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures. Ils sont facturés à l'établissement demandeur par l'établissement assurant le transport.

Sur le fondement de cette circulaire, le Centre hospitalier de Chaumont facture au Centre hospitalier de Langres les transports secondaires réalisés par son SMUR pour des patients langrois. Entre 2010 et 2013, le montant des titres émis pour ce transport, et imputé dans les comptes financiers de l'hôpital, s'est élevé à 1,1 M€ Or, le Centre hospitalier de Langres conteste la qualification de transports secondaires des patients concernés et refuse de payer la somme demandée. Le Centre hospitalier de Chaumont a constitué à ce titre une provision de 415 438 € en 2013.

Ce contentieux place le directeur des deux établissements dans une situation délicate. En effet, le directeur du Centre hospitalier de Chaumont est également le directeur par intérim du Centre hospitalier de Langres.

³ Égale à la différence entre le taux proposé et l'obligation assimilable au Trésor à 10 ans (OAT 10 ans).

Malgré la difficulté inhérente à la facturation de cette activité, la chambre rappelle que ce contentieux ne saurait perdurer sans nuire sensiblement à la sincérité des comptes de l'établissement.

Dans un courrier du 19 mars 2013 adressé au directeur, le directeur général de l'agence régionale de santé indique que l'autorité de tutelle octroie au Centre hospitalier de Chaumont une dotation au titre d'une mission d'intérêt général (MIG) couvrant l'ensemble des frais de fonctionnement du SMUR. Il précise que « *le Centre hospitalier de Langres n'a pas à prendre en charge le coût de ce transport. À défaut, la MIG versée au Centre hospitalier de Chaumont serait diminuée* » du montant de ce remboursement. L'agence régionale de santé est cependant dans l'attente d'une décision nationale de la direction générale de l'offre de soins pour confirmer cette position.

En définitive, les 1,1 M€ de titres inscrits dans les comptes financiers du centre hospitalier entre 2010 et 2013 pourraient devoir être annulés. L'année de leur réalisation, ces annulations pourraient minorer de 700 000 € le résultat comptable du budget principal. Surtout, le centre hospitalier perdrait les recettes d'exploitation inhérentes à ces titres. Le montant annuel moyen des titres émis s'élève à 350 000 € depuis 2011. Il devrait être ajouté au montant d'économies nécessaires au rétablissement de l'équilibre financier.

2.3. L'activité du centre hospitalier et l'efficience économique des différents services de soins

Établissement public de santé majeur du département de la Haute-Marne, le Centre hospitalier de Chaumont est confronté à un recul sensible de son activité depuis 2011. Cette baisse est la cause essentielle de la dégradation de la situation financière de l'établissement.

Depuis 2010, les capacités d'accueil de l'établissement sont restées similaires. Elles s'élèvent à 411 lits et places à la fin de 2013, dont 227 lits et places pour l'activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), 64 lits et places de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 120 lits d'établissement d'accueil des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'unité de soins de longue durée (USLD).

Au regard de son importance dans la structuration des recettes du centre hospitalier, l'analyse de l'activité permet d'identifier les services dont l'efficience médico-économique se dégrade.

Les services de MCO représentent 78 % des capacités d'accueil de l'hôpital en 2013 et 45,7 % des recettes du budget principal.

Entre 2010 et 2013, tous les indicateurs d'activité des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique se sont dégradés. Le nombre d'entrées a reculé de 3,3 %, la durée moyenne de séjour (DMS) a augmenté de 4,8 %, le nombre de résumés d'unité médicale (RUM) a baissé de 3,8 % et leur valorisation dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a diminué de 1,8 % en valeur. Entre 2012 et 2013, le nombre de résumés de sortie standardisés (RSS) a également reculé de 8 %.

Tableau 16 – les indicateurs d'activité MCO

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Évolution | Mai 2014 / Mai 2013 |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------------------|
| Entrées | 14 725 | 15 507 | 15 219 | 14 244 | -3,3% | -3,6% |
| Journées | 62 328 | 60 119 | 61 266 | 61 562 | -1,2% | -4,1% |
| Durée moyenne de séjour | 4,2 | 4 | 4,1 | 4,4 | 4,8% | 6,8% |
| Taux d'occupation | 78,4% | 76,7% | 75,5% | 78,7% | 0,4% | 0,4% |
| Nombre de RUM dans PMSI | 15 464 | 16 083 | 15 817 | 14 873 | -3,8% | -3,8% |
| Valorisation PMSI (en €) | 27 653 259 | 28 247 459 | 28 725 151 | 27 161 443 | -1,8% | -2,4% |

Source : centre hospitalier

La baisse de l'activité a été accentuée en 2013 et semble se poursuivre. Ainsi, à la fin du mois de mai 2014, le nombre de RUM, y compris ceux n'ayant pas encore été codés, est inférieur de 3,8 % à ceux du mois de mai 2013. La perte pour l'établissement s'élève à 266 094 €. Tous services confondus, la durée moyenne de séjour a augmenté de 7 % par rapport à l'année précédente.

L'ensemble de ces données indique que le Centre hospitalier de Chaumont est confronté à une crise majeure de son activité.

Principal vecteur de recettes de l'hôpital, son rétablissement est indispensable au retour à l'équilibre financier. Il impose une mobilisation du personnel autour d'un projet médical ambitieux et coordonné. À défaut, l'établissement sera contraint de procéder à une rationalisation étendue de ses effectifs, à la réduction du nombre de lits et à la fermeture de certains services.

2.3.1. L'activité des services de médecine

Au 30 mai 2014, les services de médecine sont composés de 159 lits et places. Réparties dans onze services différents, les capacités d'accueil sont restées stables depuis 2010.

Entre 2010 et 2013, les indicateurs d'activité de ces services se dégradent rapidement. Le nombre d'entrées a reculé de 4,6 %, passant de 10 997 entrées à 10 494 entrées. Au 30 mai 2014, il a diminué de 7,1 % par rapport à mai 2013. La durée moyenne de séjour a augmenté au cours de la période, passant de 4,3 jours à 4,7 jours. Elle a également progressé de 8 % sur les cinq premiers mois de l'exercice 2014. Le nombre de RUM a baissé de 6,6 % depuis quatre ans et de 9,7 % en mai 2014 par rapport à l'année précédente⁴.

La valorisation des séjours de médecine dans le PMSI, c'est-à-dire les recettes apportées à l'hôpital par ces services, a baissé de 1,2 M€ entre 2012 et 2013. Cette baisse représente 76,2 % de la perte de recettes d'activité de l'hôpital en 2013.

⁴ Cette diminution est cependant surévaluée de quelques dixièmes de points de pourcentage dans la mesure où certains RUM de médecine n'avaient pas encore été codés.

Tableau 17 – indicateurs d’activité des services de médecine

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Evolution | Mai 2014/Mai 2013 |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|-----------|-------------------|
| Nombre d'entrées | 10 997 | 11 335 | 11 231 | 10 494 | -4,6% | -7,1% |
| Nombre de journées | 47 214 | 47 440 | 47 534 | 49 154 | 4,1% | 0,5% |
| Nombre de RUM | 10 301 | 10 575 | 10 451 | 9 622 | -6,6% | -9,7% |
| Durée moyenne de séjour | 4,3 | 4,2 | 4,2 | 4,7 | - | - |
| Taux d'occupation | 85,9% | 82,8% | 80,7% | 83,0% | - | - |

Source : chambre régionale des comptes

L’activité dans certains services connaît un recul rapide. Ainsi, en 2013, le nombre d’entrées dans le service de rhumatologie a baissé de 23,6 % et les recettes du service de 382 210 €, soit 19,7 % de la valorisation de ses RUM. La même année, la durée moyenne de séjour a progressé de 24 %. Un seul praticien à temps plein assure le fonctionnement du service, accompagné d’un praticien à temps partiel partant à la retraite à la fin du mois de septembre 2014.

Par ailleurs, les services de médecine A⁵ sont également confrontés à une diminution sensible de leur activité. Composé de quatre places, le service de médecine A1 en hôpital de jour a perdu 37,7 % de ses entrées depuis 2010, 37,7 % de ses RUM et 41,5 % de ses recettes au cours de la période. Cette dégradation se poursuit en 2014 dans la mesure où la valorisation de l’activité a diminué de 15,2 % au cours des cinq premiers mois de l’année. En outre, le taux d’occupation des places est minime et s’élève à 31,7 % en 2013.

Doté d’une capacité d’accueil de 12 lits, le service de médecine A1 en hôpital de semaine a perdu 5 % de ses entrées au cours de la période et 6,1 % de ses RUM. Les recettes générées par le service ont baissé de près de 100 000 € entre 2010 et 2013. Habituellement fermé au mois d’août, le service a été en 2014 fermé avec une semaine d’avance, faute d’activité.

Enfin, le service médecine A2, composé de 21 lits, est également soumis à une forte baisse de son activité. Le nombre d’entrées a diminué de 12,1 % depuis 2010, le nombre de RUM a baissé de plus de 10 % et la valorisation de ces derniers de près de 100 000 €. Si le taux d’occupation des lits est élevé, il résulte d’une augmentation sensible de la durée moyenne de séjour. Cette dernière a crû de 18,4 % au cours de la période. Le ralentissement de l’activité se poursuit en 2014. Le nombre de RUM a reculé de 12,6 % entre le mois de mai 2013 et le mois de mai 2014, et la valorisation de ces derniers indique une perte de recettes de plus de 130 000 €.

Les services de médecine A connaissent donc une crise substantielle de leur activité.

⁵ Médecine polyvalente, endocrinologie, Hépatogastro-entérologie, néphrologie.

Tableau 18 – l’activité des services de médecine A

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Evolution | Mai 2014/Mai 2013 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------|
| Médecine A1 - hôpital de jour | | | | | | |
| Nombre d'entrées | 462 | 399 | 396 | 288 | -37,7% | -14,6% |
| Nombre de journées | 460 | 397 | 396 | 288 | -37,4% | -14,6% |
| Nombre de RUM | 454 | 416 | 413 | 283 | -37,7% | -22,4% |
| Taux d'occupation | 48,7% | 42,6% | 43,2% | 31,7% | | |
| Valorisation PMSI (en €) | 260 316 | 243 742 | 232 283 | 152 163 | -41,5% | - 15,2% |
| Médecine A1 - hôpital de semaine | | | | | | |
| Nombre d'entrées | 606 | 621 | 592 | 576 | -5,0% | -8,9% |
| Nombre de journées | 2 084 | 2 205 | 2 029 | 1 876 | -10,0% | -10,0% |
| Nombre de RUM | 592 | 597 | 563 | 556 | -6,1% | -35,3% |
| Taux d'occupation | 73,3% | 77,5% | 72,6% | 69,2% | | |
| Valorisation PMSI (en €) | 1 124 622 | 1 245 826 | 1 149 471 | 1 029 896 | -8,4% | - 18,1% |
| Médecine A2 | | | | | | |
| Nombre d'entrées | 825 | 748 | 826 | 725 | -12,1% | -5,9% |
| Nombre de journées | 7 192 | 7 163 | 7 166 | 7 459 | 3,7% | -0,3% |
| DMS | 8,7 | 9,6 | 8,7 | 10,3 | 18,4% | 6,0% |
| Nombre de RUM | 801 | 719 | 799 | 719 | -10,2% | -12,6% |
| Valorisation PMSI (en €) | 2 426 660 | 2 493 519 | 2 497 384 | 2 334 824 | -3,8% | - 13,8% |

Source : chambre régionale des comptes, données centre hospitalier

Face à l’ensemble de ces constats, la chambre relève que les services de médecine en général, et de rhumatologie et de médecine A en particulier, connaissent une diminution structurelle de leur activité qui pénalise fortement l’équilibre médico-économique de l’établissement. Entre 2012 et 2013, les recettes issues de ces activités ont baissé de 362 255 € et la durée moyenne de séjour a sensiblement progressé. Dès lors, une rationalisation des capacités d’accueil de ces services semble nécessaire pour accroître leur efficacité économique.

2.3.2. L’activité des services de chirurgie

En 2012, la part de marché globale de l’établissement sur sa zone d’attractivité atteint 31 %. Faible, ce taux résulte de la concurrence imposée par le centre médico chirurgical et les deux établissements de santé de Langres. Par ailleurs, le taux de fuite en chirurgie est supérieur à 50 % en 2013, c’est-à-dire qu’un patient sur deux résidant dans les arrondissements de Langres et Chaumont sont pris en charge par des établissements de santé situés à l’extérieur de ces arrondissements.

Entre 2010 et 2014, les capacités d’accueil des services de chirurgie ont été réduites de 11,9 %, passant de 42 lits à 37 lits et places. Elles se composent d’un service de chirurgie polyvalente de 27 lits, partagés entre les activités viscérales et les activités orthopédiques, d’une unité de chirurgie ambulatoire de 5 places et d’une unité de cancérologie de 5 lits dans le cadre d’un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec le centre médico chirurgical ainsi que l’hôpital et la clinique de Langres.

Les services de chirurgie sont confrontés à une baisse soutenue de leur activité depuis trois ans. Ainsi, entre 2011 et 2013, le nombre d'entrées a chuté de 17,1 % et le nombre de RUM de 12,4 %. La perte de recettes pour l'établissement est supérieure à 220 000 €. Cependant, le recul de l'activité est hétérogène et se différencie en fonction des spécialités.

2.3.2.1. L'activité de chirurgie orthopédique

La chirurgie orthopédique connaît une croissance de son activité depuis 2010. Ainsi, le nombre de RUM a progressé de 8,3 %. Leur valorisation dans le PMSI a progressé de 725 169 € au cours de la période. Le dynamisme de cette activité constitue un atout pour l'établissement. Il doit cependant être accompagné pour réduire un taux de fuite de 32 % en 2013. Certains segments d'activité, majoritairement pris en charge au centre hospitalier, comme la chirurgie de la jambe, connaissent des taux de fuite supérieurs à 40 %.

2.3.2.2. L'activité de chirurgie générale

Le service de chirurgie générale en hospitalisation complète est caractérisé par une baisse sensible de son activité. Le nombre de RUM a été divisé par deux entre 2012 et 2013 et leur valorisation a reculé de plus de 1 M€. En outre, ce recul de l'activité en hospitalisation complète n'a été que partiellement compensé par l'activité de chirurgie ambulatoire. Cette dernière connaît d'ailleurs un nombre de RUM valorisés en mai 2014 inférieur de 23,5 % au nombre de RUM valorisés en mai 2013. Par ailleurs, le taux de pratique ambulatoire de l'établissement n'est que de 29,5 % en 2013, contre une moyenne nationale de 40 %. Le recours à la chirurgie ambulatoire sur les 18 racines de GHM bénéficiant d'une incitation tarifaire est de 63,6 % en 2013. Bien que la prise en charge de la cataracte soit assurée par la clinique, l'activité ambulatoire du centre hospitalier pourrait être augmentée pour améliorer l'efficacité médico-économique du service de chirurgie.

2.3.2.3. Le groupement de coopération sanitaire « pôle cancérologique du sud haut-marnais »

Conformément aux dispositions des articles L. 6133-1 et suivants du code de la santé publique alors en vigueur, un groupement de coopération sanitaire (GCS) « pôle cancérologique du sud haut-marnais » a été créé le 20 mars 2009 entre les établissements publics et les cliniques de Chaumont et Langres. Ce partenariat entre acteurs publics et privés avait pour objectif de coordonner et de mutualiser une offre de soins complète de chirurgie carcinologique et de chimiothérapie.

Cependant, le GCS cancérologie, auquel participe le Centre hospitalier de Chaumont, est caractérisé par de multiples dysfonctionnements institutionnels. En effet, bien qu'ils aient signé la convention constitutive du groupement, les établissements langrois n'ont jamais participé à son activité. De plus, la clinique chaumontaise n'oriente pas l'ensemble des patients de cancérologie vers le groupement et les adresse prioritairement à un autre établissement privé.

Ainsi, alors que la convention constitutive prévoyait la constitution d'un budget propre au groupement, les recettes et les dépenses de ce dernier sont inscrites depuis 2011 dans le compte financier de l'hôpital. Elles sont cependant retraitées du résultat net par la constitution de provisions. Le déficit cumulé du groupement s'élève à 177 768 € à la fin de 2013.

Contrairement aux dispositions de la convention constitutive qui prévoyait le partage du résultat entre les membres, ce déficit est pris en charge par le seul Centre hospitalier de Chaumont. Un transfert partiel de charges est ainsi opéré entre un établissement public et un groupement composé en partie de personnes morales de droit privé.

Par ailleurs, l'activité du GCS a fortement chuté depuis 2011. Le nombre d'entrées a baissé de 43,2 % et le nombre de RUM de 59,5 %. La perte financière pour le groupement est supérieure à 450 000 €. Elle est assumée uniquement par le Centre hospitalier de Chaumont.

En définitive, pourtant réduite à une seule activité, la coopération entre les quatre établissements du sud de la Haute-Marne a échoué. Dès lors, la chambre rappelle la nécessité de mettre en conformité le fonctionnement du groupement de coopération sanitaire avec ses statuts.

2.3.3. L'activité des services de gynécologie et obstétrique

Les services obstétriques du centre hospitalier sont composés de 25 lits, répartis entre 5 lits de gynécologie et une maternité de 20 lits. Malgré un effectif théorique de 4,20 ETP, seuls 3 ETP de praticiens exerçaient à la fin de l'année 2013 dans ces spécialités.

Le service de gynécologie est confronté à un recul de son activité depuis 2010. Le nombre d'entrées a baissé de 15,8 % au cours de la période et le nombre de RUM de 11,9 %. En outre, le taux d'occupation des lits est minime. Toujours inférieur à 40 % depuis 2010, il s'élève à 35,3 % en 2013.

La maternité du centre hospitalier a connu une légère augmentation de son activité entre 2010 et 2013. En effet, le nombre d'entrées a progressé de 14,3 % et le nombre de naissances de 10,6 %. Néanmoins, le nombre de RUM a légèrement diminué et la valorisation de ces derniers n'a pas permis d'augmenter les recettes du centre hospitalier.

Le taux d'occupation des lits est faible et n'a jamais été supérieur à 50 % depuis 2010. Selon la comptabilité analytique du centre hospitalier, le résultat de la maternité, issu de la différence entre les produits et les charges directes et indirectes du service, serait déficitaire de plus de 1 M€ en 2013.

Tableau 19 – l'activité de la maternité

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Évolution |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Nombre d'entrées | 810 | 809 | 821 | 926 | 14,3% |
| Nombre de journées | 3 370 | 3 906 | 3 510 | 3 615 | 7,3% |
| Nombre de RUM | 1 572 | 1 574 | 1 494 | 1 522 | -3,2% |
| Valorisation PMSI (en €) | 2 169 927 | 2 053 457 | 2 049 573 | 2 099 992 | -3,2% |
| Nombre de naissances | 576 | 587 | 611 | 637 | 10,6% |
| Taux d'occupation | 46,1% | 53,5% | 47,9% | 49,5% | 7,4% |

Source : chambre régionale des comptes

En définitive, les services obstétriques du centre hospitalier sont caractérisés par des capacités d'accueil en inadéquation avec leur activité. Aussi, la maternité de Chaumont est concurrencée par celle de Langres qui réalise environ 300 accouchements par an. Cette dernière participe de la dégradation de l'efficacité médico-économique de la maternité chaumontaise.

3. LE PLAN DE REDRESSEMENT

Comme précédemment indiqué, le plan de redressement nécessaire au rétablissement de l'équilibre financier du Centre hospitalier de Chaumont s'élève à 4 M€ Considérable, ce montant ne permettra pourtant pas de résorber le déficit cumulé de l'établissement. Ce dernier s'élève à 12 M€ à la fin de 2013. Il imposera à l'agence régionale de santé d'accompagner financièrement les projets d'investissement de l'établissement.

L'efficacité de ce plan de redressement est également conditionnée au redressement de l'activité du centre hospitalier.

3.1. Les mesures relevant de l'organisation interne du centre hospitalier

3.1.1. Les mesures relatives à la gouvernance du centre hospitalier

Préalablement à la mise en œuvre de mesures de réduction de dépenses, la chambre rappelle la nécessité d'améliorer la gouvernance de l'hôpital. La mise en place, avant la fin du premier semestre de l'année 2015, d'un projet médical ambitieux et cohérent, retraçant les forces, les faiblesses et les perspectives des différents services de soins, est indispensable au maintien d'une offre publique de soins sur le territoire. Il devra être partagé par l'ensemble de la communauté médicale et prévoir la mise en cohérence entre les capacités d'accueil et l'activité des différents services. Ce projet médical pourrait être réalisé en collaboration avec les autres établissements du sud de la Haute-Marne afin de favoriser un partage équilibré de l'activité entre le secteur public et privé.

Sur la base du projet médical, un projet d'établissement devra être arrêté par le directeur et le conseil de surveillance avant la fin de l'année 2015. Il devra fixer les objectifs de moyen terme nécessaires au rétablissement de l'équilibre financier et identifier les investissements indispensables à la sécurité et à la qualité des soins.

Par ailleurs, le fonctionnement de la commission médicale d'établissement doit être amélioré. Les sous-commissions relatives à la lutte contre les infections nosocomiales et aux médicaments doivent être instaurées et fonctionner conformément aux textes en vigueur. La coopération entre la communauté médicale et l'équipe de direction devra être accentuée afin de fixer des objectifs partagés, définis dans des contrats de pôles formalisés.

3.1.2. La réduction des dépenses de personnel

3.1.2.1. Le temps de travail additionnel

En 2013, dix-neuf médecins ont perçu des indemnités de temps de travail additionnel pour un montant total de 168 248 €

Le temps de travail additionnel représente le temps de travail effectué par les praticiens au-delà de leurs obligations de service. Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003, modifié par l'article 2 de l'arrêté du 8 novembre 2013, le personnel médical peut, sur la base du volontariat, et après avoir signé un contrat avec le directeur du centre hospitalier, réaliser des périodes de temps de travail additionnel. Le paiement des périodes de temps de travail additionnel, dont le montant est fixé par le I de l'article premier de l'arrêté du 12 juillet 2000, s'effectue par quadrimestre, après constatation du service fait. Un registre de

temps travaillé doit contenir pour chaque médecin le contrat de temps de travail additionnel signé, la spécialité concernée et les périodes et heures effectuées par chaque praticien à ce titre.

Au regard de la perte sensible d'activité de l'établissement, la chambre recommande de mettre un terme au versement des indemnités de temps de travail additionnel.

Cette décision engendrerait une économie de près de 170 000 € par an. Dans les services où cela est possible, elle pourrait s'accompagner d'une coopération entre les établissements de santé du territoire pour assurer la permanence des soins.

Au surplus, l'ensemble des indemnités de temps de travail additionnel ont été versées en 2013 et 2014 de manière irrégulière. En effet, aucun praticien n'a signé de contrat. Pour la majorité d'entre eux, le paiement par quadrimestre n'est pas respecté. Les tableaux de service ne mentionnent pas les dates auxquelles ont été réalisées ces périodes. Malgré l'entrée en vigueur de l'arrêté du 8 novembre 2013, aucun registre n'a été constitué. En outre, plusieurs erreurs de liquidation ont été relevées par la chambre sur les montants versés aux praticiens.

3.1.2.2. La rémunération de la permanence des soins réalisée par des praticiens temporaires

Pour assurer la continuité du service de santé, les praticiens du centre hospitalier assurent une permanence des soins la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Cette permanence des soins est réalisée sous forme de gardes ou d'astreintes et confiée prioritairement aux médecins du centre hospitalier, conformément aux dispositions des arrêtés du 30 avril 2003 modifié et du 12 juillet 2010 susmentionnés.

Néanmoins, le Centre hospitalier de Chaumont est confronté à de nombreuses difficultés pour recruter des médecins dans certaines spécialités, comme la radiologie, l'anesthésie, la cardiologie ou les urgences. Dès lors, pour assurer la permanence des soins dans ces services, l'ordonnateur recourt à des praticiens contractuels remplaçants. Les conditions de recours à ces praticiens contractuels sont définies par le décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010, codifié aux articles R. 6152-401 et suivants du code de la santé publique.

Aux termes du 1° et du 2° de l'article R. 6152-402 du code de la santé publique, le recours aux praticiens contractuels temporaires est possible pour faire face à un surcoût occasionnel d'activité ou au remplacement de praticiens hospitaliers absents ou en congés. Les articles R. 6145-416 et R. 6145-417 du même code précisent que la rémunération de ces praticiens contractuels temporaires ne peut dépasser les émoluments prévus pour un praticien hospitalier au 4^{ème} échelon, majorés de 10 %, et, le cas échéant, les indemnités relatives à leur participation à la permanence des soins.

En 2013, le Centre hospitalier de Chaumont a eu recours à 58 praticiens contractuels temporaires pour assurer la continuité de certains services. À cette date, le montant brut de la rémunération des praticiens a atteint, hors charges sociales, 911 445 € composés de 179 411 € de traitement de base et de 732 034 € au titre de la permanence des soins.

Le versement du traitement de base n'appelle pas d'observation. Les contrats signés par les praticiens temporaires indiquent que leur traitement sera calculé sur la base du 4^{ème}

échelon des praticiens hospitaliers, majoré de 10 %. La vérification des bulletins de paie confirme ces dispositions.

Cependant, les indemnités perçues par ces praticiens au titre de la permanence des soins ne correspondent pas à un service fait, mais à la différence entre la rémunération réglementaire et celle négociée de gré à gré avec le directeur. Bien que les contrats signés par ces praticiens mentionnent leur participation à la permanence des soins, et bien que certains médecins temporaires y participent en remplacement des praticiens titulaires, aucun état récapitulatif individuel n'indique les dates de réalisation des gardes et des astreintes et le nombre de déplacements réalisés dans le cadre de ces astreintes.

De fait, la différence entre la rémunération négociée et la rémunération permise par la réglementation est versée sous la forme d'indemnité de sujétion. Les montants perçus par certains praticiens temporaires sont si élevés qu'ils ne sont pas justifiables au regard de leur temps de travail.

Par exemple, M. Y. a travaillé six journées au Centre hospitalier de Chaumont en janvier 2013. Il a perçu à ce titre une rémunération brute de 5 462,90 € composée de 958,90 € de traitement de base et de 4 468 € d'indemnité de sujétion. En supposant que M. Y. ait travaillé sans discontinuer durant ses six jours de présence à l'hôpital, le samedi après-midi, le dimanche, les jours fériés éventuels et toutes les nuits, – situation théorique dans la mesure où elle est contraire à la réglementation et au temps de travail autorisé pour le personnel médical – l'indemnité de sujétion afférente n'aurait pu être supérieure à 2 843,64 €. Au mois de mai 2013, M. Y. a travaillé une journée au centre hospitalier. Il a perçu pour cela une rémunération brute de 1 490,82 € composée de 159,82 € de traitement de base et 1 331 € d'indemnité de sujétion. Le montant de cette dernière est injustifiable au regard de son temps de travail. Au total, au cours de l'exercice 2013, M. Y. a perçu 29 397 € de rémunération brute au titre d'indemnité de sujétion, pour 41 jours de travail. En l'absence d'état liquidatif individuel et au regard des montants, ces sommes s'apparentent à un complément indu de rémunération.

Plusieurs autres exemples de rémunération incompatibles avec le temps de travail réalisé ont été relevés par la chambre.

En définitive, le centre hospitalier a versé 732 034 € de rémunération brute irrégulière à des praticiens contractuels remplaçants en 2013. En l'absence d'état liquidatif, ces sommes représentent un complément de rémunération indu, issu d'une négociation salariale informelle entre le directeur et ces médecins. Ce mécanisme s'apparente à un grave détournement de la réglementation, qui pénalise fortement la situation financière d'un centre hospitalier confronté à des situations répétées de cessation de paiement.

Face à l'ensemble de ces constats, sans méconnaître la nécessité d'assurer la continuité des soins et sans mésestimer les difficultés de recrutement dans certains services, la chambre recommande de mettre un terme à ces versements irréguliers et de respecter le cadre réglementaire relatif à la rémunération des praticiens contractuels. Le respect de la réglementation permettrait une économie supérieure à 700 000 € par an. Ce montant représente un maximum théorique dans la mesure où la continuité du service devrait être assurée par d'autres agents. Néanmoins, comme pour le temps de travail additionnel, la

collaboration avec d'autres établissements permettrait de mutualiser une partie de la permanence des soins.

En outre, aux termes de l'article 37-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000, issu de l'article 94-I de la loi de finances rectificative du 28 décembre 2011, « *les créances résultant de paiements indus effectués par les personnes publiques en matière de rémunération de leurs agents peuvent être répétées dans un délai de deux années à compter du premier jour du mois suivant celui de la date de mise en paiement du versement erroné, y compris lorsque ces créances ont pour origine une décision créatrice de droits irrégulière devenue définitive* ».

Dès lors, la chambre recommande à l'ordonnateur de demander le remboursement par tous les praticiens concernés des sommes indument perçues.

3.1.2.3. Le passage à la forfaitisation de la permanence des soins

Les modalités d'organisation de la permanence des soins sont définies dans le tableau de service de chaque praticien. Hormis pour les urgences, la permanence des soins est assurée sous forme d'astreintes opérationnelles, d'astreintes de sécurité ou de déplacements exceptionnels. La période de jour s'étend de 8 heures à 18 heures et la période de nuit de 18 heures à 8 heures. Chaque déplacement est consigné par le praticien dans un registre et un état individuel récapitulatif des jours et le nombre de déplacements réalisés est signé tous les mois par le directeur.

Pour assurer une stabilité du coût de la permanence des soins, la chambre recommande de mettre en place un mécanisme de forfaitisation des astreintes opérationnelles pour l'ensemble des services concernés de l'hôpital.

Conformément au IV de l'article 3 de l'arrêté du 8 novembre 2013, cette forfaitisation est décidée par le directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement, et fait l'objet d'un contrat d'un an renouvelable, conclu entre le responsable du service et l'ordonnateur. Le montant du forfait est plafonné à une demi-indemnité de sujétion, augmentée de l'indemnité de base.

Si ce dispositif avait été appliqué en 2013 pour tous les praticiens assurant des astreintes opérationnelles, le gain pour le centre hospitalier aurait été de 260 020,45 €. Si certains praticiens bénéficieront de ce dispositif dans la mesure où leur rémunération au titre de la permanence des soins est inférieure au montant du forfait, la majorité des médecins subiront une perte financière. Deux praticiens pourraient ainsi connaître une baisse de rémunération supérieure à 50 000 € par an. Ces efforts importants consentis par la communauté médicale sont néanmoins nécessaires au rétablissement de l'équilibre financier du centre hospitalier et à la continuité du service public sur ce territoire.

En définitive, le passage à la forfaitisation des astreintes opérationnelles permettrait à l'hôpital de faire une économie de 260 000 € par an.

3.1.2.4. L'indemnité spécifique au personnel infirmier

L'ensemble des infirmiers du centre hospitalier perçoit tous les mois une prime spécifique. L'article 1 du décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 précise que les infirmiers titulaires et stagiaires, exerçant leur activité dans les établissements publics de santé,

perçoivent une indemnité spécifique mensuelle. Son montant a été fixé à 90 € par un arrêté du 7 mars 2007.

Or, en 2013, 55 infirmiers contractuels ont perçu cette prime spécifique. Ces versements sont irréguliers. Le montant des sommes perçues s'élève à 36 520 €

La suppression de cette prime irrégulière permettrait une économie de 35 000 € par an.

Au-delà du versement de la prime spécifique, la chambre recommande à l'ordonnateur de procéder à l'évaluation de l'ensemble du régime indemnitaire du personnel non médical afin d'identifier d'éventuelles sources d'économies supplémentaires pour le centre hospitalier.

3.1.2.5. La rationalisation des dépenses de personnel administratif et technique

Les dépenses administratives, techniques et logistiques représentent notamment les charges liées au fonctionnement de la blanchisserie, de la restauration ou des différentes directions. La part de ces dépenses dans les charges nettes du centre hospitalier est supérieure à la moyenne des établissements de même catégorie. Ainsi, l'indicateur P7 du logiciel Hospidiag indique que les dépenses administratives, logistiques et techniques du centre hospitalier représentent 24,4 % des charges nettes en 2012. Ce niveau le place parmi les 20 % des établissements de sa catégorie les moins performants dans ce domaine.

Ainsi, le nombre annuel moyen d'ETP rémunérés, titulaires, stagiaires ou en contrat à durée indéterminée (CDI) dans les services administratifs, techniques et ouvriers est resté stable au cours de la période. Il s'élevait à 144,5 ETP en 2010 et 146,2 ETP en 2013. Ces agents sous statut ou contrat engendrent des charges de personnel structurelles pour le centre hospitalier. Cependant, des efforts de rationalisation ont déjà été entrepris par l'établissement dans ces services, notamment la non-reconduction de certains contrats à durée déterminée (CDD) et le développement de l'activité de la blanchisserie vers d'autres administrations.

Selon l'ordonnateur, sept agents de ces services en 2015, trois en 2016 et quatre en 2017 pourraient partir à la retraite. Dès lors, dans le cadre d'une réorganisation du service et de la recherche de partenariat avec d'autres établissements, la chambre estime que le non remplacement des agents partant à la retraite permettrait une économie de 315 000 € en 2015, 450 000 € en 2016 et 630 000 € en 2017.

3.1.3. La rationalisation des dépenses à caractère médical et hôtelier

Entre 2010 et 2013, les charges à caractère médical inscrites au titre 2 ont progressé en moyenne de 1,7 % par an et s'élèvent à 8 M€ en 2013. Elles ont été réduites de 100 000 € depuis 2012. La chambre recommande de poursuivre la rationalisation des dépenses à caractère médical de 100 000 € par an jusqu'en 2017.

Par ailleurs, les dépenses à caractère général et hôtelier de l'établissement ont progressé de 16,9 %, passant de 6,2 M€ à 7,3 M€. La croissance annuelle moyenne de ces dépenses est égale à 5,3 % au cours de la période. Ce rythme de progression n'est pas soutenable au regard de la croissance des produits de l'hôpital. Dès lors, la chambre recommande à l'ordonnateur de mettre en place un processus d'achats coordonné et efficient afin de réduire de 120 000 € par an jusqu'en 2017 les dépenses du titre 3. Ces dernières

s'élèveraient alors à près de 7 M€ soit le montant des charges supportées en 2012. Cette réduction pourrait notamment résulter d'une rationalisation des charges de gestion courante et des achats de fourniture.

En définitive, l'application de l'ensemble des mesures relevant de la seule organisation interne du centre hospitalier pourrait permettre une économie de 1,7 M€ en 2015, 2,1 M€ en 2016 et 2,5 M€ en 2017.

Tableau 20 – la baisse des dépenses issue de la réorganisation interne de l'établissement

| en euros | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Indemnité forfaitaire technique | 35 000 | 35 000 | 35 000 |
| Temps de travail additionnel | 170 000 | 170 000 | 170 000 |
| Permanence des soins des praticiens remplaçants | 700 000 | 700 000 | 700 000 |
| Forfaitisation des astreintes | 260 000 | 260 000 | 260 000 |
| Rationalisation des dépenses administratives et techniques | 315 000 | 450 000 | 630 000 |
| Rationalisation des dépenses du titre 3 | 120 000 | 240 000 | 360 000 |
| Rationalisation des dépenses du titre 2 | 100 000 | 200 000 | 300 000 |
| Total (A) | 1 700 000 | 2 055 000 | 2 455 000 |

Source : chambre régionale des comptes

Ces mesures permettront de rétablir partiellement l'équilibre financier de l'établissement en augmentant sa marge brute et sa capacité d'autofinancement. Elles seront néanmoins insuffisantes pour résorber le déficit comptable du budget principal. Elles devront s'accompagner d'un plan de redressement structurel, composé d'économies d'échelle issues de la collaboration du centre hospitalier avec d'autres établissements de santé.

3.2. Les mesures relevant de la collaboration du centre hospitalier avec d'autres établissements de santé

3.2.1. Le partage du bloc opératoire entre le centre hospitalier et la clinique privée de Chaumont

Le centre hospitalier et le centre médico chirurgical disposent chacun d'un bloc opératoire. Ces deux blocs sont sous-utilisés, c'est-à-dire que l'activité réalisée par ces établissements est inférieure aux capacités d'accueil des salles d'opération. Ainsi, le bloc opératoire du centre hospitalier est composé de huit salles. L'activité ne se déroule cependant que dans cinq salles. Les autres ne sont pas utilisées. Le coût du bloc opératoire de l'hôpital, hors masse salariale, s'élève en 2013 à 1,4 M€

Issu d'une réunion entre les acteurs de la clinique et de l'hôpital, un document daté du 27 juin 2013 indique que la capacité hebdomadaire du bloc de l'hôpital s'élève à 350 heures. Les besoins hebdomadaires d'utilisation du bloc par le centre hospitalier sont de 90 heures. Les besoins hebdomadaires d'utilisation du bloc par la clinique sont de 120 heures. Le bloc opératoire de l'hôpital peut donc contenir l'activité des deux établissements.

L'agence régionale de santé et les différents acteurs de l'hôpital sont favorables au partage du bloc opératoire entre le centre hospitalier et le centre médico chirurgical. Au cours de la réunion du 4 mars 2014, la commission médicale d'établissement a adopté à l'unanimité le projet de partage du bloc opératoire entre l'hôpital et la clinique. Le contrat pluriannuel

d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2017, signé le 12 octobre 2012 par le directeur général de l'agence régionale de santé et l'ordonnateur, prévoyait la mutualisation du bloc avant la fin de l'année 2013. Or, cette mutualisation n'a pas eu lieu et les discussions entre l'hôpital et la clinique ont été interrompues au début de l'année 2014, faute d'accord.

La mutualisation du bloc opératoire impose la réalisation d'investissements au centre hospitalier. Un flux laminaire supplémentaire devrait être installé et le transfert du bloc opératoire de la clinique vers l'hôpital induit l'accueil des patients de chirurgie du centre médico chirurgical par le centre hospitalier. L'autorité de tutelle pourrait néanmoins accompagner l'établissement dans la réalisation de ces investissements.

Face à l'ensemble de ces constats, la chambre recommande la mise en place du partage du bloc opératoire entre le centre hospitalier et le centre médico chirurgical. Cette collaboration permettrait au centre hospitalier de faire une économie annuelle de 700 000 € liée au partage des coûts d'exploitation avec la clinique.

3.2.2. La mise en place de services communs avec le Centre hospitalier de Langres et l'hôpital local de Bourbonne-les-Bains

Le directeur du Centre hospitalier de Chaumont est également le directeur par intérim du Centre hospitalier de Langres et de l'hôpital local de Bourbonne-les-Bains. Cependant, ces trois établissements disposent chacun d'une administration propre. Au regard de la proximité géographique entre ces établissements, le CPOM 2012-2017 du centre hospitalier prévoyait la mise en place à compter du 1^{er} juin 2013 d'une direction commune aux trois hôpitaux. Au 1^{er} septembre 2014, elle n'a pas été mise en œuvre.

Pourtant, la mise en place d'une direction commune entre ces établissements apparaît nécessaire au regard de leur taille et leur répartition dans le département. Elle permettrait de réaliser des économies d'échelle substantielles, notamment en instaurant des directions fonctionnelles uniques pour les trois hôpitaux. Si l'économie réalisée par le Centre hospitalier de Chaumont n'est pas précisément mesurable, elle serait pour le moins égale à 100 000 € dans la mesure où les deux établissements n'auraient plus qu'un seul directeur par direction fonctionnelle. Elle favoriserait également la reconfiguration des services administratifs en accompagnant la non-reconduction temporaire des agents partant à la retraite. Au-delà de ces services administratifs communs, la collaboration entre les établissements publics de santé du sud de la Haute-Marne pourrait être étendue à d'autres activités, comme la pharmacie et le laboratoire. Elle favoriserait à l'avenir un éventuel rapprochement complet entre les trois structures.

3.2.3. Le partage de l'activité entre le centre hospitalier et le centre médico chirurgical

Les caractéristiques socio-démographiques de l'arrondissement de Chaumont et la densité d'établissements de santé présents sur le territoire du sud de la Haute-Marne imposent un partage d'activité équilibré entre les différents offreurs de soins. Pourtant, certains établissements, et notamment le centre hospitalier et la clinique de Chaumont, exercent des activités identiques, dont les conditions de fonctionnement médico-économique se dégradent. Dès lors, le maintien d'une offre hospitalière sur ce territoire semble conditionné à une

répartition des activités entre la clinique et le centre hospitalier. Elle évitera la concurrence de ces établissements sur des segments d'activités similaires.

L'agence régionale de santé a élaboré, en collaboration avec les établissements de santé du territoire, plusieurs scénarios de partage d'activité. Les conséquences économiques de ces hypothèses doivent être interprétées avec prudence dans la mesure où elles n'évaluent que les augmentations de recettes afférentes à leur réalisation. Elle suppose en outre l'accord de l'ensemble des acteurs du territoire autour d'un projet commun.

Dans un premier temps, l'autorité de tutelle a élaboré un socle de coopération identifiant les activités pouvant être totalement prises en charge par l'un ou l'autre des établissements. Ainsi, aux termes de ce socle, l'activité de cardiologie, aujourd'hui partagée entre la clinique et l'hôpital, pourrait être totalement assurée par le centre hospitalier, hormis la chirurgie vasculaire. Les activités d'endocrinologie et de pneumologie pourraient également être réalisées entièrement au centre hospitalier. En contrepartie, la clinique réaliserait seule l'activité chirurgicale de stomatologie et d'oto-rhino-laryngologie (ORL).

La mise en place de ce socle de coopération pourrait engendrer une recette supplémentaire comprise entre 500 000 € et 1,1 M€ par an pour le centre hospitalier. Elle résulterait de la hausse des produits liée aux activités nouvelles et de la rationalisation inhérente aux activités transférées. Dès lors, la chambre recommande de favoriser le partage d'activité défini par le socle de coopération. Appliqué dès 2015, ce dernier permettrait à l'établissement d'augmenter ses recettes de 500 000 € à 1,1 M€ par an. Il induira néanmoins une reconfiguration des services concernés.

Au-delà de ce socle de coopération, l'agence régionale de santé a présenté quatre scénarios de partage d'activité entre l'hôpital et la clinique.

Ces hypothèses précisent les conséquences financières liées à l'application de ces scénarios. Cette analyse montre que les partages complets d'activité de médecine et de chirurgie auraient des conséquences financières négatives pour le centre hospitalier. En effet, si l'entièreté de l'activité de médecine était réalisée à l'hôpital et l'ensemble de l'activité chirurgicale à la clinique, la perte financière pour le centre hospitalier pourrait être de 2,6 M€ par an.

Dès lors, ces données indiquent que le maintien d'une activité de chirurgie au centre hospitalier est indispensable pour assurer la soutenabilité de son mode de fonctionnement. Par conséquent, la mutualisation du bloc opératoire apparaît comme un enjeu prioritaire afin d'assurer le maintien de cette activité dans des conditions médico-économiques satisfaisantes.

En revanche, et bien que les conséquences médico-économiques de son application soient incertaines, un scénario semble être privilégié par les acteurs de l'hôpital. Celui-ci repose sur le partage de l'activité chirurgicale entre le centre hospitalier et la clinique. Le premier assumerait seul toute l'activité de chirurgie orthopédique et urologique. La seconde exercerait seule l'activité de chirurgie digestive et de dialyse. Dans un courrier du 30 juin 2014, le président de la commission médicale d'établissement précise que la communauté médicale serait favorable à ce partage d'activité chirurgicale.

Si l'ensemble des scénarios de partage d'activité devront être analysés, la chambre relève que la répartition de l'activité chirurgicale entre la clinique et l'hôpital semble être consentie par les différents acteurs du centre hospitalier.

Tableau 21 – les économies issues de la collaboration avec les autres établissements

| en euros | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Partage du bloc opératoire | 700 000 | 700 000 | 700 000 |
| Administration commune avec les hôpitaux de Langres et de Bourbonne | 100 000 | 100 000 | 100 000 |
| Mise en place du socle commun défini par l'agence régionale de santé | 750 000 | 750 000 | 750 000 |
| Partage de l'activité de chirurgie | nc | nc | nc |
| Total (B) | 1 550 000 | 1 550 000 | 1 550 000 |
| Total général (A+B) | 3 250 000 | 3 605 000 | 4 005 000 |

Source : chambre régionale des comptes

En définitive, la mise en place des mesures de redressement présentées ci-dessus pourrait engendrer une économie pour le centre hospitalier de 3,2 M€ en 2015, 3,6 M€ en 2016 et 4 M€ en 2017. Dès 2015, et sans l'aide financière de son autorité de tutelle, elle permettrait au centre hospitalier de rémunérer ses agents et de rembourser sa dette. Le résultat comptable de l'hôpital serait déficitaire de 1 M€ en 2015 et équilibré à compter de l'exercice 2016.

Néanmoins, les conséquences financières de certaines mesures de redressement, comme le partage de l'activité entre la clinique et l'hôpital, sont incertaines.

En outre, la mise en place de ce plan impose la présence permanente d'un directeur capable d'assurer l'instauration de ces mesures. Or, faute de candidats qualifiés, l'actuel ordonnateur a été remplacé à compter du 16 septembre 2014 par un directeur intérimaire à mi-temps, assurant également la direction du Centre hospitalier de Langres et de l'hôpital local de Bourbonne-les-Bains. Cette situation pourrait au moins durer jusqu'au mois de mai 2015. Elle ne favorisera pas la mise en place des mesures indispensables au rétablissement de l'équilibre financier du centre hospitalier. Dès lors, en l'absence de directeur à temps plein assurant la continuité de l'équipe de direction sur le long terme, seule une administration provisoire pourrait conduire le changement nécessaire au maintien d'une offre de soins publique sur ce territoire.

En conclusion, parallèlement à la mise en place de ce plan de redressement, la chambre recommande à l'agence régionale de santé de mener une réflexion approfondie sur les conséquences d'une éventuelle fusion entre le Centre hospitalier de Chaumont et le Centre hospitalier de Langres.

PAR CES MOTIFS,

- 1. Déclare** recevable la saisine du directeur général de l'agence régionale de santé au titre de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique ;
- 2. Constate** que le Centre hospitalier de Chaumont réunit les trois critères du déséquilibre financier définis à l'article D. 6143-39 du code de la santé publique ;
- 3. Indique** que le Centre hospitalier de Chaumont est confronté à une situation financière grave, caractérisée par un déficit structurel important et plusieurs situations de cessation de paiement évitées grâce aux aides exceptionnelles de trésorerie versées par son autorité de tutelle ;
- 4. Relève** que plusieurs praticiens, titulaires et contractuels, bénéficient de compléments de rémunération indus, issus d'une négociation salariale irrégulière avec le directeur de l'établissement ;
- 5. Propose** la mise en place des mesures de redressement décrites dans le présent avis ;
- 6. Recommande** au directeur général de l'agence régionale de santé, à défaut de pouvoir doter l'établissement d'un directeur à temps plein, assurant le suivi des mesures de redressement nécessaires au rétablissement de l'équilibre financier, de mettre en place une administration provisoire ;
- 7. Suggère** au directeur général de l'agence régionale de santé de mener une réflexion approfondie sur les conséquences d'une éventuelle fusion entre le Centre hospitalier de Chaumont et le Centre hospitalier de Langres.

Le présent avis sera notifié :

- au directeur général de l'agence régionale de santé ;
- à la directrice du centre hospitalier.

Copie sera adressée :

- au préfet de la Haute-Marne ;
- à la présidente du conseil de surveillance ;
- au directeur régional des finances publiques ;
- au directeur départemental des finances publiques.

Sébastien SIMOES

signé

Conseiller-rapporteur

Dominique ROGUEZ

signé

Président de chambre, président de séance

Collationné, certifié conforme à la minute déposée au greffe de la Chambre régionale des comptes de
Champagne-Ardenne, Lorraine par moi,

signé

Patricia DENOUILLE, greffière

Annexes :**Tableau A – les résultats agrégés du centre hospitalier depuis 2010**

| | 2010 | | | 2011 | | |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| En euros | Total recettes | Total charges | Résultat | Total recettes | Total charges | résultat |
| Budget principal | 57 946 513 | 60 245 617 | -2 299 104 | 60 553 936 | 62 413 732 | -1 859 796 |
| Dotation non affectée | 9 599 | 1 510 | 8 089 | 9 850 | 173 | 9 677 |
| École de formation paramédicale | 1 315 216 | 1 313 057 | 2 159 | 1 394 854 | 1 391 328 | 3 526 |
| EHPAD | 3 426 902 | 3 426 284 | 618 | 3 476 589 | 3 447 618 | 28 970 |
| USLD | 2 254 870 | 2 254 028 | 842 | 2 314 377 | 2 310 644 | 3 734 |
| SSIAD | 690 324 | 689 357 | 967 | 699 706 | 697 575 | 2 130 |
| Total | 65 643 423 | 67 929 853 | - 2 286 430 | 68 449 312 | 70 261 071 | - 1 811 759 |
| | 2012 | | | 2013 | | |
| En euros | Total recettes | Total charges | Résultat | Total recettes | Total charges | résultat |
| Budget principal | 60 512 976 | 63 246 775 | -2 733 799 | 59 457 133 | 63 036 634 | - 3 579 501 |
| Dotation non affectée | 8 702 | 303 | 8 399 | 31 228 | 5 227 | 26 001 |
| École de formation paramédicale | 1 435 449 | 1 434 155 | 1 293 | 1 426 870 | 1 482 968 | -56 098 |
| EHPAD | 3 395 291 | 3 298 964 | 96 327 | 3 526 088 | 3 502 991 | 23 097 |
| USLD | 2 237 181 | 2 342 997 | -105 817 | 2 250 638 | 2 485 711 | -235 073 |
| SSIAD | 746 265 | 715 049 | 31 217 | 782 520 | 730 259 | 52 261 |
| Total | 68 335 864 | 71 038 242 | - 2 702 379 | 67 474 477 | 71 243 791 | - 3 769 314 |

Source : chambre régionale des comptes

Tableau B – les différents produits du titre 2

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|
| Produits de la tarification en hospitalisation complète | 2 838 831 | 3 171 899 | 3 280 886 | 3 257 501 | 4,7% |
| Produits de la tarification en hospitalisation incomplète | 107 226 | 177 600 | 225 568 | 510 608 | 68,2% |
| Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique | 1 301 286 | 1 568 194 | 1 697 036 | 1 358 032 | 1,4% |
| Forfait journalier MCO | 1 127 546 | 1 098 310 | 1 114 232 | 1 087 089 | -1,2% |
| Forfait journalier SSR | 287 474 | 287 064 | 286 884 | 291 863 | 0,5% |
| Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France | 74 550 | 53 286 | 231 585 | 199 972 | 38,9% |
| Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement | 348 923 | 599 036 | 651 993 | 982 004 | 41,2% |
| Total titre 2 | 6 085 836 | 6 955 390 | 7 488 183 | 7 687 069 | 8,1% |

Source : chambre régionale des comptes

Tableau C – les différents produits du titre 3

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|--|------------------|------------------|-------------------|------------------|--------------|
| Ventes de produits fabriqués | 1 869 650 | 2 643 709 | 3 379 030 | 3 363 027 | 21,6% |
| Rétrocession de médicaments | 865 209 | 958 341 | 991 329 | 1 087 685 | 7,9% |
| Remboursement de frais par les CRPA | 1 655 935 | 2 163 090 | 1 955 610 | 1 842 988 | 3,6% |
| Production immobilisée | 173 380 | 97 251 | 158 410 | 142 652 | -6,3% |
| Subventions d'exploitation et participations | 138 843 | 113 952 | 816 618 | 1 261 216 | 108,7% |
| Autres produits de gestion courante | 852 969 | 940 504 | 764 755 | 696 776 | -6,5% |
| Produits exceptionnels | 289 240 | 352 881 | 735 314 | 272 235 | -2,0% |
| Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions | 283 197 | 176 842 | 283 250 | 29 488 | -53,0% |
| Variations des stocks à caractère médical | 452 660 | 442 210 | - | 201 573 | -23,6% |
| Autres variations de stocks | 138 303 | 148 142 | 640 105 | 439 385 | 47,0% |
| Remboursements de charges de personnel | 405 494 | 245 720 | 297 750 | 531 894 | 9,5% |
| Total titre 3 | 7 124 880 | 8 282 643 | 10 022 172 | 9 868 919 | 11,5% |

Source : chambre régionale des comptes

Tableau D – évolution des charges du titre 2

| En euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|
| Produits pharmaceutiques et produits à usage médical | 3 376 238 | 3 370 989 | 3 341 062 | 3 183 976 | -1,9% |
| Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique | 2 400 730 | 2 873 547 | 2 785 394 | 2 755 049 | 4,7% |
| Fournitures médicales | 48 984 | 15 913 | 19 492 | 14 000 | -34,1% |
| Variation des stocks à caractère médical | 575 450 | 452 660 | 442 210 | 470 497 | -6,5% |
| Sous-traitance générale | 630 776 | 736 463 | 822 043 | 803 260 | 8,4% |
| Locations à caractère médical | 147 248 | 174 556 | 185 565 | 274 250 | 23,0% |
| Entretiens et réparations de biens à caractère médical | 464 056 | 431 229 | 538 986 | 533 377 | 4,8% |
| Total des dépenses du titre 2 | 7 643 483 | 8 055 357 | 8 134 751 | 8 034 409 | 1,7% |

Source : chambre régionale des comptes

Tableau E – les dépenses du titre 3

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|
| Achats stockés | 1 726 680 | 1 678 872 | 1 829 246 | 1 883 653 | 2,9% |
| Achats non stockés de matières et fournitures | 1 127 928 | 1 074 637 | 1 521 222 | 1 576 535 | 11,8% |
| Variation des stocks | 138 902 | 138 303 | 148 142 | 169 608 | 6,9% |
| Services extérieurs | 1 293 721 | 1 283 312 | 1 313 074 | 1 398 538 | 2,6% |
| Autres services extérieurs | 1 711 937 | 2 130 664 | 2 028 006 | 2 074 426 | 6,6% |
| Impôts, taxes et versements assimilés | 143 913 | 22 303 | 15 113 | 12 122 | -56,2% |
| Autres charges de gestion courante | 80 635 | 247 340 | 171 454 | 160 393 | 25,8% |
| Total des dépenses du titre 3 | 6 223 716 | 6 575 432 | 7 026 257 | 7 275 275 | 5,3% |

Source : chambre régionale des comptes

Tableau F – les soldes intermédiaires de gestion

| en euros | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | TCAM |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| produits bruts d'exploitation | 55 385 806 | 58 133 685 | 57 024 937 | 56 025 419 | 0,4% |
| charges brutes d'exploitation | 13 051 688 | 13 770 794 | 14 384 088 | 14 497 064 | 3,6% |
| Valeur ajoutée | 42 334 118 | 44 362 891 | 42 640 849 | 41 528 355 | -0,6% |
| subventions d'exploitation | 138 843 | 113 952 | 816 618 | 1 261 216 | 108,7% |
| impôts et taxes | 143 913 | 22 303 | 15 113 | 12 122 | -56,2% |
| charges de personnel nettes | 40 884 911 | 41 169 261 | 41 960 984 | 42 029 667 | 0,9% |
| Excédent brut d'exploitation | 1 444 137 | 3 285 278 | 1 481 369 | 747 782 | -19,7% |
| autres produits de gestion | 852 969 | 940 504 | 764 755 | 696 776 | -6,5% |
| autres charges de gestion courantes | 80 635 | 247 340 | 171 454 | 160 393 | 25,8% |
| Marge brute | 2 216 471 | 3 978 442 | 2 074 671 | 1 284 164 | -16,6% |
| reprise sur amortissements | 168 221 | 104 842 | 175 000 | 29 488 | -44,0% |
| dotations aux amortissements et provisions | 3 853 737 | 3 943 932 | 4 302 873 | 3 991 524 | 1,2% |
| Résultat d'exploitation | -1 469 045 | 139 352 | -2 053 202 | -2 677 872 | |
| produits financiers | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| charges financières | 559 159 | 572 245 | 625 938 | 501 591 | -3,6% |
| Résultat courant | -2 028 204 | -432 893 | -2 679 140 | -3 179 463 | |
| produits exceptionnels | 404 216 | 424 881 | 843 564 | 272 235 | -12,3% |
| charges exceptionnelles | 675 116 | 1 851 784 | 898 222 | 672 274 | -0,1% |
| Résultat net | -2 299 104 | -1 859 796 | -2 733 799 | -3 579 501 | |

Source : chambre régionale des comptes