



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER – WISSEMBOURG (67)

Les observations définitives présentées dans ce rapport
ont été arrêtées par la chambre régionale des comptes Grand Est,
lors de sa séance du 5 juillet 2019

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER - WISSEMBOURG

CONTROLE DES COMPTES ET DE LA GESTION
(à compter de l'exercice 2012)

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	3
1. LA PROCEDURE	5
2. LES SUITES DU PRECEDENT CONTROLE	5
3. LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON ENVIRONNEMENT	5
3.1 L'activité hospitalière.....	6
3.2 L'activité des EHPAD.....	8
3.3 Le centre hospitalier au sein du groupement hospitalier de territoire.....	9
3.4 Les participations aux groupements de coopération sanitaire	9
3.5 Le rapprochement du CHIL avec le centre hospitalier de Haguenau (CHH) : une direction commune et un projet médico-soignant commun (PMSC)	10
3.6 La situation frontalière et le fonctionnement de l'établissement.....	12
4. GOUVERNANCE ET ORGANISATION	14
4.1 La direction	14
4.2 Les instances.....	14
4.3 Le règlement intérieur	15
4.4 Le projet d'établissement	15
4.5 Les pôles	16
4.6 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et le plan triennal.....	16
5. LA FONCTION INFORMATIQUE	17
5.1 La production et la maintenance du logiciel Atalante.....	17
5.2 La fonction informatique au sein de l'hôpital et des EHPAD	17
6. L'ORGANISATION DE LA FONCTION FINANCIERE	19
6.1 Les délais de paiement	19
6.2 Les tableaux de bord de suivi de l'activité	19
6.3 Le contrôle interne	19
6.4 La facturation et la gestion des recettes.....	19
7. LA FIABILITE DES COMPTES	20
7.1 Le suivi des immobilisations.....	20
7.2 Les provisions.....	21
7.3 Le rattachement des charges et des produits.....	22
8. L'ANALYSE FINANCIERE	22
8.1 L'analyse financière du budget H (hôpital)	24
8.2 L'analyse financière du budget E (EHPAD).....	28
8.3 L'analyse financière des autres budgets annexes	29
8.4 L'analyse financière consolidée	30
8.5 L'analyse de l'investissement et de son financement.....	31
8.6 La dette.....	33

8.7 Perspectives	33
9. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	34
9.1 Les tableaux de bord de suivi de la gestion des ressources humaines	34
9.2 L'évolution des effectifs de l'établissement	34
9.3 L'absentéisme.....	35
9.4 La rémunération des médecins	36
10. LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES.....	38
10.1 Le décompte de l'activité ACE	39
10.2 La stratégie de l'établissement en matière d'ACE	39
10.3 L'offre d'actes et consultations externes proposée par l'établissement	40
10.4 L'organisation mise en œuvre par l'établissement	40
10.5 Les moyens affectés et le résultat financier	42
10.6 L'organisation et le suivi de l'activité libérale	42
RAPPELS DU DROIT	46
RECOMMANDATIONS.....	46
ANNEXE 1 : Chiffres de l'activité hospitalière du CHIL	47
ANNEXE 2 : Tableaux d'analyse financière des budgets annexes	48

SYNTHÈSE

La chambre a contrôlé les comptes et la gestion du centre hospitalier intercommunal de la Lauter (CHIL), dont le siège est à Wissembourg, pour les exercices 2012 à 2017, en intégrant quand elle le pouvait les informations les plus récentes relatives à l'activité de 2018.

En 2017, l'établissement présente un chiffre d'affaires consolidé de 42,3 M€ et emploie 642 agents en équivalent temps plein rémunéré (ETPR). Il compte 89 lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'établissement gère six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) totalisant 369 lits, un service de soins infirmiers à domicile, un centre de traitement des addictions et une école d'aides-soignants. Le poids des activités non-hospitalières est significatif et permet à l'établissement de présenter une large palette de services médicaux et médico-sociaux en phase avec les besoins d'une population rurale et âgée. Le CHIL apparaît ainsi comme un établissement de santé de proximité assurant une prise en charge globale des personnes vieillissantes, que ce soit à domicile, en EHPAD ou à l'hôpital en cas de besoin.

Cette situation lui permet de compenser les pertes financières de l'activité hospitalière, notamment liées à la maternité, par les excédents de l'activité des EPHAD. L'intégration de celui de Betschdorf au 1^{er} janvier 2017 a contribué à l'amélioration de sa situation financière.

Le CHIL s'est par ailleurs engagé dans une dynamique de mutualisation avec le centre hospitalier de Haguenau. La mise en place d'une direction commune en 2017 et l'approbation d'un projet médico-soignant commun en 2018 sont les bases de cette nouvelle orientation qui lui permet de bénéficier de ressources médicales et d'ingénierie qui lui faisaient défaut. Cette démarche est complétée par les différents partenariats que le CHIL a pu nouer avec les établissements de santé partenaires dans le cadre de groupements de coopération sanitaire (GCS), ceux concernant *Biopan* et *Alsace e-santé* lui auront permis d'optimiser le fonctionnement de son laboratoire et de mettre en œuvre des projets informatiques qu'il n'aurait pu seul financer.

En s'appuyant sur ses EHPAD et en s'engageant dans une démarche de mutualisation et de partenariats, le CHIL a pu poursuivre ses missions de soins sur son territoire malgré les difficultés rencontrées, notamment la baisse de l'activité hospitalière (- 12 % sur la période 2012-2017), la pénurie de ressources médicales et de personnel soignant et l'impératif d'équilibre financier.

La démarche de mutualisation avec l'hôpital de Haguenau doit être poursuivie et renforcée dans le domaine médical, comme le prévoit le projet médico-soignant commun, mais aussi sur le plan administratif. La chambre observe en effet des insuffisances ou absences de formalisation des modes et procédures de gestion, tant en ce qui concerne le règlement intérieur, les contrats de pôle, les cartographies des risques, les règles relatives à l'organisation de la permanence des soins, la gestion des ressources humaines que le contrôle interne. Les systèmes d'information doivent être adaptés pour permettre un fonctionnement compatible des deux hôpitaux.

Si le CHIL n'a quasiment plus de dettes (160 000 € au 31 décembre 2017), compte tenu de la fragilité du budget d'exploitation de son activité hospitalière, la chambre l'invite à la prudence dans ses projets d'investissement futurs, notamment concernant le projet de nouvel EHPAD à Wissembourg (22,8 M€), qui pourrait en outre, conduire à une augmentation significative des tarifs (+ 22 %).

Les actes et consultations externes de l'hôpital, qui représentent un enjeu important en termes à la fois d'offres de soins et d'image pour l'établissement, dépendent avant tout des médecins que l'hôpital arrive à recruter. Le CHIL essaie d'offrir une palette de consultations de spécialistes aussi large que possible en développant des coopérations avec le centre hospitalier de Haguenau et en recrutant certains spécialistes pour une ou deux demi-journées dans la semaine. La chambre invite l'hôpital à poursuivre sa modernisation de la gestion des actes et consultations externes en

développant la prise de rendez-vous par internet, l'informatisation des dossiers des patients et le paiement par carte bancaire pour les consultations publiques. Au vu des données disponibles, dont la fiabilité n'est pas assurée, l'activité est déficitaire même si le déficit semble se réduire de 2012 à 2017.

Enfin, trois praticiens hospitaliers assuraient une activité libérale au sein de l'établissement au 31 décembre 2017. La chambre relève que la commission chargée du suivi de cette activité libérale n'a, jusqu'en novembre 2018, pas suffisamment assuré sa mission de contrôle : l'établissement ne disposait d'aucun moyen de vérifier que les médecins ne consacraient pas plus de 20 % de leur temps de travail à leur activité libérale. En outre, alors que deux des trois praticiens concernés n'avaient pas respecté chaque année les limites fixées en nombre de consultations et d'actes à l'activité libérale par rapport à l'activité publique, la commission n'avait émis aucun rappel à l'ordre. Il convient de mettre fin à cette situation irrégulière, déjà relevée par la chambre dans son rapport précédent.

1. LA PROCEDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier intercommunal de la Lauter (CHIL) de Wissembourg porte sur les exercices 2012 jusqu'à la période la plus récente.

La lettre portant engagement de la procédure a été adressée le 3 juillet 2018 à l'ordonnateur en fonction et aux trois précédents ordonnateurs.

Le 4 avril 2019, le rapport d'observations provisoires de la chambre a été communiqué à l'ordonnateur et un extrait transmis à chaque ancien ordonnateur, au président du conseil départemental, au directeur général de l'agence régionale de santé Grand Est ainsi qu'aux trois médecins mis en cause dans le cadre de l'exercice de leur activité libérale.

Après examen des réponses reçues, la chambre a adopté, dans sa séance du 5 juillet 2019, le présent rapport d'observations définitives. Celles-ci portent sur la gestion budgétaire et financière, la fiabilité des comptes, la situation financière, le système d'information, la gestion des ressources humaines et, dans le cadre d'une enquête nationale, les actes et consultations externes.

2. LES SUITES DU PRECEDENT CONTROLE

Le précédent rapport avait relevé des irrégularités, concernant notamment l'absence de règlement intérieur et de contrats de pôles, le régime indemnitaire du personnel, les modalités de mise en œuvre de la permanence des soins, l'activité libérale, l'organisation des systèmes d'information.

Les suites données à ces observations sont traitées dans les chapitres correspondants du présent rapport.

3. LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON ENVIRONNEMENT

Le centre hospitalier intercommunal de la Lauter (CHIL) est un établissement de proximité implanté dans le nord du département du Bas-Rhin. Il est situé en zone transfrontalière, à proximité de la frontière allemande, dans un secteur rural.

En 2017, il présentait un chiffre d'affaires consolidé de 42,3 M€ et employait 642 agents en équivalent temps plein rémunéré (ETPR). Il comptait 89 lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Outre une activité hospitalière centrée sur la gériatrie, il gère six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont celui de Betschdorf et celui de Seltz qui ont fusionné avec le CHIL respectivement le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018. L'ensemble des EHPAD rattachés au centre hospitalier totalise désormais 369 lits.

L'établissement dispose également d'un service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIADPA) de 105 places, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et une école d'aides-soignants.

3.1 L'activité hospitalière

3.1.1 L'activité hospitalière en chiffres

Le CHIL dispose, pour la partie hospitalière, d'une capacité d'accueil de 89 lits en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), dont 10 au sein de la maternité, d'une unité de 25 lits en soins de suite et réadaptation (SSR), d'un hôpital de jour (13 places, dont cinq places de chirurgie ambulatoire), d'un service de rééducation cardiaque (12 places) et d'un service d'urgences avec un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Le plateau technique comprend deux blocs opératoires et un scanner. Une demande d'autorisation d'acquisition d'un équipement d'imagerie par résonance magnétique (IRM) est en cours d'instruction au sein des services de l'agence régionale de santé.

Pour ses activités de soins, l'établissement est organisé en cinq pôles : médecine - gériatrie, ARBUS (anesthésie-réanimation-bloc-urgences-Smur), femme-mère-enfant, chirurgie et médicotechnique.

L'activité est, en grande partie, centrée autour de la gériatrie : en 2016, selon la base de données issue de l'outil Hospi-Diag¹, l'établissement a effectué 313 opérations de la cataracte, traité 192 cardiopathies, 176 infections respiratoires, pratiqué 175 endoscopies digestives et réalisé 167 opérations de hanche ou du fémur.

Tableau 1 : Évolution du nombre de séjours (RSA) 2012-2017

Année	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2012-2017
Nombre de RSA de médecine (hospitalisation complète)	2823	2864	2850	2772	2805	2725	-3,5 %
Nombre de RSA de chirurgie (hospitalisation complète)	904	888	910	887	871	891	-1,4 %
Nombre de RSA d'obstétrique (hospitalisation complète)	465	445	395	459	391	402	-13,5 %
Total RSA MCO	4192	4197	4155	4118	4067	4018	-4,2 %
<i>Evolution d'une année sur l'autre</i>		0,1 %	-1,0 %	-0,9 %	-1,2 %	-1,2 %	

Source : Hospi-Diag

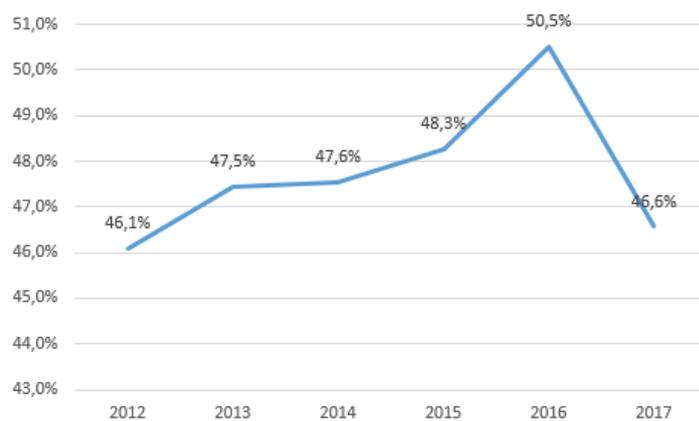
Globalement, l'activité de l'hôpital est en diminution sur la période 2012-2017 : le nombre de séjours (résumés de séjours anonymisés - RSA) diminue de 4,2 % sur la période, hors ambulatoire et consultations externes. La durée moyenne de séjour a peu varié et est restée globalement stable (7,4 jours en médecine, 3,9 en chirurgie). Elle se situe dans la moyenne nationale, l'indice pondéré de durée moyenne de séjour (IPDMS) étant de 0,99 en médecine (source Hospi-Diag).

L'activité de chirurgie ambulatoire croît entre 2012 et 2016 mais subit une chute importante en 2017 compte tenu de l'absence sur une durée significative de l'un des chirurgiens. Le taux de chirurgie ambulatoire en 2017, soit 46,6 % selon les données issues

¹ Hospi-Diag est un outil d'aide à la décision permettant de mesurer la performance d'un établissement de santé qui pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, en comparaison avec d'autres établissements de santé. Développé par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, il présente les données financières et d'activité, ainsi qu'une soixantaine d'indicateurs, pour l'ensemble des établissements français.

de l'outil Hospi-Diag, est largement inférieur au taux cible à échéance 2020 mentionné au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, soit 71 %.

Figure 1 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire



Source : Hospidiag

La chambre relève que, compte tenu de la taille de l'établissement, l'activité est plus fortement liée que dans les établissements plus importants à la variation de la présence effective des médecins : un départ en retraite, un arrêt pour accident, une indisponibilité temporaire peuvent entraîner de fortes variations de l'activité.

Le CHIL assure environ le tiers de son activité hospitalière sur sa zone d'attractivité² où ses parts de marché sont de 39 % en médecine et 33 % en chirurgie. Cette dernière est globalement stable sur la période de contrôle. Ses principaux concurrents sont l'hôpital de Haguenau, les hôpitaux universitaires de Strasbourg et une clinique privée située à Haguenau.

L'obstétrique représente la plus importante part de marché de l'établissement sur sa zone d'attractivité, 68 % en 2016, soit plus des deux tiers. La maternité de Wissembourg enregistre néanmoins une baisse tendancielle d'activité : le nombre d'accouchements est passé de 428 en 2007 à 304 en 2017, faisant courir le risque à l'établissement de passer en dessous du seuil de 300 accouchements par an, fixé par l'article R. 6123-50 du code de la santé publique. Le taux d'occupation des lits en obstétrique, inférieur à 30 %, est d'ailleurs particulièrement faible.

3.1.2 La certification HAS

Comme le précise la Haute autorité de santé (HAS), « la certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en

² Selon l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, qui collecte les données permettant de calculer les indicateurs d'activité du secteur hospitalier, la « zone d'attractivité » d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (nombre de séjours médicaux / nombre d'habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de médecine, les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement.

conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques ».

Tous les quatre ans, la HAS procède à une visite de certification des hôpitaux. Pour conduire son évaluation, elle se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré, le manuel de certification publié sur son site internet.

La dernière visite de certification de l'hôpital de Wissembourg a eu lieu en septembre 2015. Elle s'est traduite par une décision de certification de niveau B³, comme 53 % des établissements du Grand Est⁴ avec une recommandation d'amélioration relative au management de la prise en charge médicamenteuse du patient. La HAS a en effet estimé que *« l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient (incluant son traitement personnel) n'est pas réalisée sur l'ensemble du secteur sanitaire (MCO et SSR). L'analyse pharmaceutique ne concerne, pour l'instant, que les prescriptions provenant des EHPAD extra-muros »*.

Pour faire suite à cette recommandation, le CHIL a mis en place depuis fin 2016 un plan d'actions en phase de test dans trois services (chirurgie, médecine, unité de soins continus) et une analyse systématique des prescriptions des médicaments à risques et des anti-infectieux à dispensation contrôlée. Selon le CHIL, *« le comité de pilotage qualité – certification – gestion des risques, lors de sa réunion du 26 octobre 2018, a préconisé d'inscrire l'analyse pharmaceutique comme priorité numéro une de la démarche qualité de l'établissement »*.

3.2 L'activité des EHPAD

Six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont rattachés à l'hôpital de Wissembourg, représentant un total de 369 lits : Lauterbourg (81 lits), Woerth (60 places), Betschdorf (60 lits, rattaché depuis le 1^{er} janvier 2017), EHPAD intra-hospitalier (60 lits), Stanislas à Wissembourg (56 lits), Seltz (52 lits, rattaché depuis le 1^{er} janvier 2018).

Le taux d'occupation des EPHAD est en moyenne, de 98,5 % en 2017 en hébergement permanent.

En application de l'article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements sociaux et médico-sociaux doivent réaliser une évaluation externe tous les dix ans. La dernière réalisée sur les EHPAD du CHIL porte sur l'exercice 2014.

Il en ressort trois constantes :

- le projet d'établissement du CHIL ne prend pas assez en compte la dimension propre aux EHPAD ;
- en matière de ressources humaines, *« les processus d'évaluation ne s'appuient pas sur les profils de poste, le lien avec l'évolution des compétences n'est pas formalisé et la démarche de prise en charge des risques psychosociaux n'est pas formalisée »* ;

³ Sur une échelle de A (sans recommandations) à D, la HAS pouvant parfois décider de ne pas certifier l'établissement.

⁴ Selon les données 2014 fournies par l'agence régionale de santé Grand Est, 30 % des établissements publics de santé de la région sont certifiés A, 60 % B, 13 % C, 1 % D et 1 % non certifié. Ces taux au niveau national sont respectivement 36 %, 47 %, 14 %, 2 % et 1 %.

- enfin, en matière de prévention des risques, « *il n'y a pas de déclinaison spécifique de la politique de gestion des risques pour [les] EHPAD et les risques spécifiques [aux] EHPAD ne font pas l'objet d'une cartographie* ».

Pour répondre à ces remarques, le CHIL a instauré un « plan d'actions EHPAD » qui prévoit cinq thématiques cibles : matériel et logistique, volet organisationnel, formation, effectifs et moyens, gestion des plannings.

L'un des projets spécifiques est la création d'un nouvel EHPAD en remplacement de l'EHPAD intra-hospitalier et de l'EHPAD Stanislas (maison de retraite de Wissembourg, voir *infra*).

3.3 Le centre hospitalier au sein du groupement hospitalier de territoire

Le centre hospitalier de Wissembourg est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) n° 10, dont la convention constitutive a été signée le 30 juin 2016, pour une durée de dix ans. Le GHT regroupe autour des hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) douze établissements situés dans le Bas-Rhin et en Moselle. Il a pour principal objet la définition et la mise en œuvre d'un projet médical [par filière médicale] partagé entre ses membres, qui a « *vocation à garantir l'accès de tous les patients à des filières de prise en charge publiques coordonnées et graduées sur le territoire* » (préambule) dans le but « *d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* » (article 4).

Cette convention fait l'objet de deux avenants. Le premier avenant daté du 8 juin 2017 vient préciser la dénomination du GHT « Basse-Alsace et Sud-Moselle » et les modalités de fonctionnement et d'organisation des diverses instances du GHT. Le second avenant du 8 juin 2017 vient adjoindre le projet médical partagé, annexe 1 à la convention.

Ce projet médical présente les six enjeux principaux du GHT : définition des soins de proximité, attractivité médicale, missions de recherche, virage ambulatoire, organisation de la télémédecine, organisation de la permanence des soins. Il trace, par filière, une feuille de route. Un projet de soins partagé lui est adjoint.

Le projet commun prévoit la mutualisation de certaines fonctions dans les domaines des ressources humaines (RH), des systèmes d'information (base unique des données relatives aux patients, politique de sécurité), des achats, de la télémédecine, des projets novateurs (suivi à domicile et objets connectés). La mise en place d'un département d'information médicale « DIM de territoire » est en outre prévue. L'élaboration d'un schéma directeur partagé des systèmes d'information est en cours.

Au quotidien, l'impact du GHT sur le fonctionnement de l'établissement est réel en ce qui concerne le domaine de la commande publique : les nouveaux marchés formalisés doivent être passés désormais par l'établissement support, à savoir les hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS). Le directeur de l'établissement n'intervient plus que par délégation du directeur des HUS.

3.4 Les participations aux groupements de coopération sanitaire

L'établissement de Wissembourg est membre de deux groupements de coopération sanitaire (GCS) :

- Alsace e-santé, qui favorise depuis une dizaine d'années le développement des usages numériques auprès du personnel de santé, libéral et hospitalier en Alsace. Ce GCS est financé majoritairement par l'agence régionale de santé (ARS). Il a permis à

l'hôpital de Wissembourg, pour une cotisation inférieure à 10 000 € par an en moyenne, de bénéficier de l'appui et de l'expertise de spécialistes pour mettre en place le dossier médical partagé (DMP) depuis 2014 et s'intégrer en 2017 dans le projet service d'imagerie médicale en région Alsace (SIMRAL). Cette action a facilité l'accès à l'imagerie médicale à distance pour le patient et les médecins de l'hôpital ou en cabinet de ville. Au 30 octobre 2018, 2 144 DMP avaient été ouverts dans l'établissement et 1 798 alimentés. Selon la direction de l'hôpital, l'appui d'Alsace e-santé est particulièrement utile pour l'hôpital dans l'accompagnement qu'il assure auprès des médecins de ville pour les persuader de l'utilité de pouvoir accéder à l'ensemble des données de santé du patient depuis leur poste informatique et les aider à trouver les solutions techniques. Ce groupement de coopération sanitaire est en cours de restructuration dans un groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRASes) à l'échelle du Grand Est ;

- Biopan (Biologie Publique d'Alsace du Nord) regroupe depuis 2012 les laboratoires de biologie médicale des centres hospitaliers de Haguenau, Sarrebourg, Saverne et Wissembourg. La cotisation du centre hospitalier de Wissembourg s'est élevée à 10 000 € en moyenne par an sur la période de contrôle. Lieu d'échanges de pratiques entre les biologistes des différents laboratoires, il permet aux entités adhérentes de mutualiser leur préparation à l'accréditation du comité français d'accréditation (COFRAC) obligatoire. Des réflexions ont en outre été développées au sein du groupement sur la manière dont la permanence des laboratoires, corollaire de la permanence des soins, pourrait être optimisée à la fois pour des raisons budgétaires et compte tenu de la difficulté de recruter des médecins biologistes et des techniciens de laboratoire qualifiés. Ces réflexions ont débouché, à Wissembourg, sur la décision de transférer depuis mai 2018 au centre hospitalier de Haguenau la réalisation des analyses bactériologiques.

La chambre relève que, par son engagement dans ces deux groupements de coopération sanitaire, l'hôpital de Wissembourg a pu réaliser des projets informatiques qu'il n'aurait pu mener seul et optimiser le fonctionnement de son laboratoire.

Au-delà des groupements de coopération sanitaire, le CHIL participe à de nombreux réseaux d'échanges et de réflexions professionnels : réseau périnatalité de la région Alsace, réseau cancérologie de la Région Alsace, *Résodiab 67*, pour les patients diabétiques, réseau interrégional d'imagerie médicale, avec le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy.

3.5 Le rapprochement du CHIL avec le centre hospitalier de Haguenau (CHH) : une direction commune et un projet médico-soignant commun (PMSC)

Établissements de proximité à l'échelle du territoire du Nord Alsace, les centres hospitaliers de Haguenau (CHH) et de Wissembourg (CHIL) assurent une offre de soins et des missions sanitaires complémentaires. Ils coopèrent au sein de plusieurs réseaux : réseau médecine du sport, réseau d'explorations coronaires non invasives, réseau territorial d'hospitalisation à domicile avec l'association Reinacker de Haguenau. C'est pourquoi les deux centres hospitaliers ont décidé de développer une stratégie commune avec pour objectif de garantir une offre de soins de qualité sur le territoire et assurer une activité pérenne aux deux établissements.

Un rapprochement a tout d'abord été initié par une convention de direction commune conclue entre les deux établissements le 30 juin 2017, dont l'objet est la mise en place d' « *une étroite coopération dans les domaines concernant plus particulièrement la gestion administrative, économique et financière, ainsi que la gestion des ressources humaines, la*

politique des systèmes d'information et de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients ». Un organigramme commun aux deux établissements a été établi.

Dans le prolongement de la constitution de cette direction commune, un projet médico-soignant commun (PMSC) aux deux établissements a été élaboré pour une durée de cinq ans (2018- 2023). Ce projet a été présenté à l'agence régionale de santé Grand Est lors d'un comité de pilotage le 12 avril 2018 et a été validé par le conseil de surveillance le 21 septembre 2018.

Document stratégique, le PMSC est le produit de la concertation de l'ensemble des acteurs médicaux, soignants et administratifs des deux structures. Il se veut conforme aux orientations nationales et aux objectifs des documents de planification que sont les référentiels de la haute autorité de santé, le plan régional de santé 2018-2027 et le projet de soins partagé du GHT.

Il s'articule autour de sept objectifs :

- contribuer à améliorer l'état de santé de la population d'Alsace du Nord en maintenant la présence de deux établissements complémentaires dans leurs missions ;
- répondre à des besoins de santé non couverts ou mal couverts dans la zone de proximité ;
- optimiser l'offre de soins existante dans la zone de proximité et anticiper les évolutions ;
- améliorer l'accès aux soins malgré les contraintes de démographie médicale ;
- augmenter l'attractivité des deux établissements face au secteur privé et assurer un équilibre médico-économique global dans les deux structures ;
- conforter le rôle de référence du centre hospitalier de Haguenau et préserver une offre de soins de proximité à Wissembourg ;
- renforcer les démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge par l'échange des bonnes pratiques et la mutualisation des expertises.

Le PMSC retient notamment les orientations par filières suivantes :

- chirurgie-anesthésie : pour consolider cette filière, mise en place de consultations avancées au sein de l'établissement pour constituer un parcours patient cohérent entre le CHIL et le centre hospitalier de Haguenau notamment en chirurgie digestive cancérologique. Une diversification de l'offre de soins de proximité est également prévue. Par ailleurs, la suppression de la permanence des soins en nuit profonde (de minuit à 6 h) au CHIL, non efficiente au vu des volumes opératoires, est envisagée au profit d'une mise en œuvre progressive et conditionnée d'une permanence des soins commune sur le territoire ;
- cardiologie-SSR : compte-tenu de la population vieillissante et poly-pathologique soignée, étude médico-technique à mener pour choisir l'orientation à donner au service de médecine : polyvalence ou renforcement de l'orientation cardiologique du service ;
- neurologie / imagerie : projet d'implantation d'une IRM ;
- femme-enfant : à court terme, la maternité de Wissembourg risque d'enregistrer un nombre d'accouchements inférieur au seuil réglementaire de 300 qui aurait pour conséquence la fermeture de la maternité. Deux scénarios sont envisagés : maintenir l'activité en mettant en place une coopération avec l'Allemagne pour attirer des

parturientes allemandes ou reconfigurer l'activité dans le cadre d'une maternité bi-sites. La chambre relève que le premier scénario est déjà envisagé depuis plusieurs années, le dernier rapport de la chambre (pp. 5-6) en faisant même état, sans qu'il ne soit concrétisé compte tenu des difficultés administratives de prise en charge des patientes allemandes dans un établissement français. Dès lors, seul le second scénario semble pouvoir être envisagé. Il consisterait à assurer à Wissembourg le suivi pré et post accouchement, les accouchements eux-mêmes étant réalisés à Haguenau.

La chambre relève que ce projet commun est encourageant pour le développement du processus de mutualisation, lequel connaît déjà un début de mise en œuvre :

- plusieurs praticiens du centre hospitalier de Haguenau assurent des consultations externes au centre hospitalier de Wissembourg dans des spécialités pour lesquelles ce dernier ne peut pas recruter de spécialistes, même à temps partiel (ex : consultations de pédiatrie et de néphrologie) ;
- certaines activités du laboratoire (bactériologie, sérologie infectieuse) ont été transférées au centre hospitalier de Haguenau et une permanence des soins commune entre le CHIL et l'hôpital de Haguenau est en place depuis mai 2018 ;
- une convention relative à la permanence pharmaceutique est entrée en vigueur le 30 avril 2018 permettant aux pharmaciens du centre hospitalier de Haguenau d'assurer la sécurité des approvisionnements du CHIL ; une harmonisation des pratiques entre les deux établissements est en cours ;
- les deux établissements ont par ailleurs passé une convention avec la compagnie générale de télé radiologie, qui permet aux deux établissements, en cas de besoin, d'assurer l'interprétation à distance d'examens radiologiques urgents.

Certaines orientations restent cependant incertaines. C'est le cas pour la filière mère-enfant, à l'égard de laquelle le conseil de surveillance de l'hôpital de Wissembourg a, lors de sa réunion du 21 septembre 2018, accepté la coopération mais refusé « *que le parcours des parturientes impose un accouchement sur le plateau technique du centre hospitalier de Haguenau, a fortiori avec des retours au CHIL deux heures ou six heures après l'accouchement* ». La réalisation de certaines orientations nécessite par ailleurs le recrutement de praticiens spécialistes qui font actuellement défaut à l'établissement (cardiologues, radiologues).

3.6 La situation frontalière et le fonctionnement de l'établissement

L'établissement se situe à une cinquantaine de mètres de la frontière allemande.

Un seul partenariat fonctionne avec un établissement de santé allemand, le *Klinikum Landau Südliche Weinstrasse*, et concerne le service des urgences. Des réflexions sont en cours dans le cadre d'un programme de coopération territoriale européenne INTERREG pour trouver les moyens de développer d'autres partenariats.

3.6.1 Le partage du service médical d'urgence (SMUR) au profit des patients allemands

Une convention, renouvelée le 13 mars 2018, lie depuis 2002 le CHIL, l'agence régionale de santé, le service de secours d'urgence allemand DRK Südpfalz et le *Klinikum Landau Südliche Weinstrasse*. Elle prévoit (article 1) la mise à disposition de personnel médical et paramédical du SMUR du CHIL au profit du service de secours d'urgence allemand. Concrètement, le SMUR du CHIL met à disposition le médecin et l'infirmier de garde pour

répondre aux urgences des patients allemands résidant le long de la frontière, l'équipe étant convoyée par un véhicule et un chauffeur allemands. Ces interventions ne sont prévues que du lundi au vendredi, sur la plage horaire 19 h 30 - 6 h 30.

L'article 4 de la convention précise que « les services rendus par le CHIL sont financés par le *Klinikum Landau Südliche Weinstrasse* à hauteur de la somme forfaitaire définie l'annexe 2 », soit « 100 € par nuit ».

En 2017, le CHIL a assuré 81 sorties en Allemagne, sur les 861 qu'il assurées au total, soit un peu moins de 10 %.

Il a refacturé 22 900 € en 2017, ce montant couvre 2,2 % des charges totales de l'unité fonctionnelle SMUR (1,04 M€ en 2017).

Au regard du coût moyen d'une intervention du SMUR, soit 1 213 €, la participation demandée au *Klinikum Landau* apparaît faible.

Cependant, la convention ne trouve à s'appliquer que cinq soirées et nuits par semaine, soit 32 % du temps de permanence hebdomadaire. En outre, les frais de déplacement, de conduite et de transport sont assurés par le partenaire allemand. Le CHIL n'a pas augmenté ses effectifs du SMUR pour répondre aux besoins d'intervention liés à cette convention. Enfin, avec ou sans cette convention, la charge de fonctionnement du SMUR serait la même. Dans cette perspective, cette convention permet d'optimiser le coût du SMUR en apportant une recette, même mineure. Elle montre aussi la volonté du CHIL de travailler avec les hôpitaux voisins allemands et de répondre à un besoin sanitaire réel sur le territoire de proximité, quand bien même celui-ci se situerait de l'autre côté de la frontière.

3.6.2 Le projet INTERREG

À l'exception de la mutualisation partielle du SMUR avec le *Klinikum Landau*, aucun partenariat n'est développé avec les structures hospitalières allemandes. Comme le précise la direction de l'hôpital, « les taux, montants et conditions de prise en charge financière des soins demeurent un obstacle majeur à la mobilité médicale des patients que les établissements et professionnels de santé ne sont pas en mesure de lever eux-mêmes ». De ce fait, les patients allemands sont très peu nombreux : ainsi, moins d'une femme allemande par an résidant en Allemagne vient accoucher à Wissembourg.

Dans son précédent rapport de 2010, la chambre avait déjà relevé le « succès très relatif » des projets de coopération transfrontalière.

Le centre hospitalier, s'est cependant engagé dans l'élaboration d'un partenariat avec l'eurodistrict PAMINA, groupement de coopération transfrontalière entre l'Alsace du Nord, le Palatinat du Sud et le Mittlerer Oberrhein. Dans le cadre d'un projet INTERREG dont le budget serait de près d'un million d'euros, dont 60 % financés par l'Union européenne, l'objectif est de développer l'offre de soins de proximité dans l'eurodistrict. Les actions prévues sont la mise en place de conventionnements tarifaires transfrontaliers pour une prise en charge simplifiée des soins de santé, le développement de complémentarités entre les deux hôpitaux français de Haguenau et Wissembourg, la clinique de Landau et l'hôpital de Bad Bergzabern, l'amélioration de la communication sur l'offre de soins transfrontalière et le développement de l'attractivité du territoire pour les médecins. La participation du CHIL à ce projet est envisagée à hauteur de 73 140 €.

Le CHIL et ses partenaires sont en attente de la réponse à la demande de subvention européenne qu'ils ont déposée.

4. GOUVERNANCE ET ORGANISATION

4.1 La direction

Conformément à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le directeur « *représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile* ». Il conduit la politique générale de l'établissement et préside le directoire. Il exécute les délibérations du conseil de surveillance.

Dans le cadre de la convention de direction commune aux centres hospitaliers de Haguenau et de Wissembourg du 30 juin 2017, chaque établissement conserve ses instances et son autonomie juridique et financière, l'objectif de cette convention étant de développer les coopérations entre les deux hôpitaux et d'apporter une offre de soins cohérente au travers d'un projet médical commun.

La convention précise que plusieurs postes peuvent être mutualisés. Les organigrammes des hôpitaux de Wissembourg et de Haguenau illustrent cette direction commune.

Une convention du 23 octobre 2017 entre les deux établissements précise la liste des directeurs adjoints du centre hospitalier de Haguenau concernés par cette mutualisation et la quotité de temps mise à disposition du CHIL. Sur cette base, ce dernier rembourse l'hôpital de Haguenau pour la mise à disposition partielle de l'équipe de direction.

La chambre relève que la mise en place d'une direction commune, combinée au projet médico-soignant commun entre le CHIL et le centre hospitalier de Haguenau, jette les bases d'un processus de mutualisation qu'il conviendrait de poursuivre à plusieurs niveaux (services administratifs, systèmes d'information, procédures, etc...).

4.2 Les instances

Les comptes rendus de réunion des différentes instances de gouvernance⁵ sont régulièrement formalisés.

La plupart de ces instances a été réunie au rythme fixé par les textes, sauf sur la période récente.

Le conseil de surveillance n'a tenu que trois séances en 2017, alors que l'article R. 6143-11 du code de la santé publique en prévoit au moins quatre par an.

Le directoire ne se sera réuni que quatre fois en 2018 alors que l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique impose au moins huit séances par an. La direction de l'établissement explique cet écart par la taille de l'établissement : la charge de la participation aux instances repose sur seulement quelques médecins, souvent les mêmes, qui ne peuvent donc pas être présents à toutes les réunions.

La commission de la permanence des soins ne s'est plus réunie depuis février 2017, alors qu'elle devait statuer notamment sur la mise à jour du règlement intérieur et la modification de l'organisation de la permanence des soins aux urgences. Le projet de règlement intérieur prévoit que cette commission doit se réunir au moins deux fois par an (article 4).

⁵ conseil de surveillance, directoire, commission médicale, commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, comité technique d'établissement, commission de la permanence des soins

La chambre recommande au CHIL de respecter le rythme de réunion des différentes instances de pilotage de l'établissement.

Rappel du droit n° 1 : Respecter le rythme de réunion des différentes instances de l'établissement, conformément aux articles R. 6143-11 et D. 6143-35-5 du code de la santé publique.

4.3 Le règlement intérieur

Conformément aux dispositions de l'article R. 1112-78 du code de la santé publique, le règlement intérieur de l'établissement doit être porté à la connaissance de toute personne qui en fait la demande. Le conseil de surveillance donne son avis sur ce règlement (article L. 6143-1 du code de la santé publique).

Ce règlement a pour objet de définir les règles de fonctionnement spécifiques à l'établissement concernant l'organisation administrative et médicale, les dispositions relatives aux personnels médicaux et non médicaux, ainsi qu'aux usagers.

La chambre relève que le CHIL ne dispose pas à ce jour de règlement intérieur

L'ordonnateur indique que le règlement intérieur est en cours de rédaction et qu'il devrait être présenté aux instances avant la fin de l'année 2019.

Rappel du droit n° 2 : Adopter le règlement intérieur de l'établissement mentionné à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

4.4 Le projet d'établissement

Le CHIL s'est doté d'un projet d'établissement pour la période 2016-2020, qui fait suite à un « projet de gestion » 2012-2016. Le nouveau document est articulé en deux volets, l'un managérial, l'autre médical.

Le projet médical a vocation à être remplacé par le projet médico-soignant commun adopté en 2018 par le CHIL et le centre hospitalier de Haguenau.

Le projet managérial mentionne le fait que « *la prévalence de la notion de performance globale [est désormais un] déterminant de la politique de santé publique, un changement de paradigme managérial* ». Il relève le besoin d'un socle managérial fort pour assurer l'implication de tous les agents dans la sécurisation « sans faille » de la prise en charge des patients sur le territoire. Un plan d'action est défini.

La chambre observe que le projet d'établissement est essentiellement orienté vers l'activité hospitalière. Les EHPAD, le service de soins infirmiers à domicile, le centre de traitement des addictions et l'école des aides-soignants ne sont pas mentionnés et sont peu présents dans le projet. Or, même si l'hôpital en est l'activité emblématique, l'établissement est composé de plusieurs entités dont le poids dans la gestion quotidienne ne peut être ignoré. Le plan d'actions pour les EHPAD présenté le 17 septembre 2017 au conseil de surveillance vient rééquilibrer cette situation. La chambre invite cependant le CHIL à intégrer dans son prochain projet d'établissement toutes les dimensions de son activité, dans une logique de filière de prise en charge.

4.5 Les pôles

L'article L. 6146-1 du code de la santé publique prévoit que « *le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement* ». Il signe avec chaque chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Le chef de pôle organise, « *avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle* ».

Le CHIL a mis en place les pôles suivants :

- médecine-gériatrie ;
- anesthésie, réanimation, bloc, urgences, SMUR (ARBUS) ;
- chirurgie ;
- femme, mère, enfant (FME) ;
- médico-technique (dont laboratoire) ;
- management, pôle intégrant l'ensemble des activités support.

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) a institué les contrats de pôle comme outils de pilotage interne. L'article R. 6146-8 du code de la santé publique indique que « *le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle, ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs* ».

Le CHIL a lancé, en 2013, une démarche devant aboutir à la formalisation de contrats de pôles. Le projet d'établissement 2016-2020 prévoit, d'ailleurs, que l'ambition et les objectifs de ce projet soient déclinés au travers de projets de pôles : « *même si la taille du CHIL permet des contacts de proximité, rapides et directs, il paraît néanmoins nécessaire d'insister sur la formalisation des contrats de pôle et l'animation du dialogue de gestion médico-administratif* ». Ce dialogue de gestion a été mis en place sur la base des comptes de résultats analytiques (CREA). Pour autant, cette démarche n'est pas encore totalement aboutie et les contrats de pôle ne sont pas formalisés, même si des projets existent. La chambre rappelle au CHIL, comme elle l'avait déjà fait dans son précédent rapport, son obligation de mettre en place de tels contrats.

Rappel du droit n° 3 : Formaliser les contrats de pôle prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

4.6 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et le plan triennal

En application de l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été signé le 31 juillet 2012 pour une durée de cinq ans démarrant le 1^{er} août 2012. Il a fait l'objet de 18 avenants. L'avenant n° 17 du 4 août 2017 prolonge la durée du contrat « pour une durée maximale de six mois après la publication du projet régional de santé 2018-2022 ».

Depuis 2015, les annexes financières n'ont plus été modifiées.

L'évaluation 2016 du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens menée par l'agence régionale de santé présentait encore de nombreux objectifs comme « non atteints » ou

« partiellement atteints ». La chambre relève qu'aucune évaluation de la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour l'année 2017 n'a été réalisée alors que se profile la signature d'un nouveau contrat suite à la signature du nouveau projet régional de santé le 18 juin 2018.

De même, le plan triennal 2015-2017 et sa feuille de route n'ont donné lieu à aucune évaluation, alors que ce plan fixait des objectifs stratégiques pour améliorer l'efficacité de l'établissement dans les domaines de l'ambulatorio, des achats, de la gestion des transports et des médicaments.

5. LA FONCTION INFORMATIQUE

5.1 La production et la maintenance du logiciel Atalante

Le CHIL a développé en interne, depuis 1986, dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), un logiciel de gestion des patients et des séjours appelé Atalante. Il est utilisé dans une soixantaine de centres hospitaliers.

Huit agents de l'établissement assurent les développements du produit, le fonctionnement du centre d'appels et la télémaintenance téléphonique de 8 h à 18 h tous les jours ouvrés.

Cette activité est retracée au budget annexe « dotation non affectée » (DNA) qui ne comporte pas d'autres écritures et apparaît, sur la période de contrôle, équilibrée (cf. tableau d'analyse financière en annexe 2). Suite aux observations de la chambre dans son précédent rapport, le CHIL procède désormais à une facturation au budget H (hôpital) des prestations assurées par le budget DNA au titre de la mise à disposition du logiciel Atalante.

Bien que consistant en la fourniture de prestations informatiques à destination d'autres établissements, cette activité n'est pas considérée comme étant de nature commerciale et « est située hors du champ d'application de la TVA », conformément à un jugement du tribunal administratif de Strasbourg du 26 février 2002.

5.2 La fonction informatique au sein de l'hôpital et des EHPAD

5.2.1 La stratégie informatique

Le CHIL dispose d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) validé en 2017, qui succède à un précédent schéma. Il liste l'ensemble des projets informatiques prévus jusqu'en 2020, en fonction des objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, du projet d'établissement et des recommandations de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère des solidarités et de la santé dans le cadre du plan « hôpital numérique ».

Depuis 2010, un comité de pilotage des systèmes d'information a été mis en place, intégrant les représentants de la commission médicale d'établissement. Il a été dédoublé par la mise en place d'un comité de pilotage spécifique au dossier patient informatisé, projet informatique stratégique de l'établissement.

La chambre relève l'important travail réalisé et l'utilité que représente ce document. De plus, à la suite de son contrôle, le comité de pilotage s'est réuni le 6 juin 2019 et a revu le schéma directeur afin de prioriser les projets informatiques SDSI et de préciser les moyens humains dédiés à chacun d'entre eux.

La mise en place d'une direction commune et les mutualisations avec le centre hospitalier de Haguenau nécessitent l'inscription de nouveaux projets permettant d'assurer, a minima, la compatibilité des systèmes d'information des deux établissements dans un certain nombre de domaines.

Un avenant au SDSI étant en cours de préparation, il devra aussi intégrer les évolutions liées au schéma directeur des systèmes d'information du groupement hospitalier de territoire, également en cours d'élaboration.

5.2.2 La gestion informatique quotidienne

La gestion informatique quotidienne est assurée par deux équivalents temps plein (ETP) de techniciens informatiques en mesure d'assurer le développement et la maintenance des systèmes d'information de l'établissement. La méthodologie de gestion de projet informatique est formalisée.

L'établissement possède une cartographie applicative, permettant de visualiser la cohérence et l'étendue des domaines informatisés.

Le CHIL a été précurseur pour la mise en place du dossier médical partagé, possibilité offerte aux patients de l'hôpital depuis mi-2015.

5.2.3 La sécurité informatique

Le CHIL a formalisé en 2016 une politique de sécurité de ses systèmes d'information.

L'hôpital est équipé de deux salles de serveurs, situées à deux extrémités du bâtiment, permettant la continuité du service en cas de défaillance technique d'une des installations. Il n'existe cependant pas de data-center situé en-dehors de l'établissement. La chambre invite le CHIL à envisager des solutions permettant de sécuriser davantage la sauvegarde des données.

Un plan de reprise d'activité a été présenté aux instances en août 2016. Il décrit les « *dispositions prévues par l'établissement pour assurer la reprise de l'activité de son système d'information en cas de crise majeure ou importante du centre informatique* ». En cas de panne informatique généralisée, une procédure de fonctionnement dégradée est prévue. Elle est testée à chaque fois qu'un logiciel est arrêté pour maintenance. Par ailleurs, une astreinte 24 h/24 a été mise en place pour les techniciens informatiques afin de pouvoir faire face à toute urgence.

Les codes d'accès aux comptes Windows et à Atalante doivent être renouvelés tous les six mois. Des campagnes d'information et de sensibilisation à la sécurité informatique sont conduites par le service informatique. Une procédure a été formalisée avec le service ressources humaines, qui signale au service informatique toutes les arrivées et tous les départs afin que les accès aux différents logiciels puissent être mis à jour. Atalante dispose d'un système de déconnexion automatique après trois minutes d'inutilisation. Un audit d'intrusion a été réalisé en 2017, aux conclusions duquel l'établissement est en train de donner suite.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre relève que l'hôpital s'est donné les moyens de remplir l'un des objectifs assignés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui consistait à « atteindre les prérequis de l'hôpital numérique ». Elle encourage le CHIL, en matière informatique, à développer la mutualisation de l'ingénierie, des procédures et des moyens avec les services informatiques du centre hospitalier de Haguenau.

6. L'ORGANISATION DE LA FONCTION FINANCIERE

6.1 Les délais de paiement

En application des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 1 du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique, le délai global de paiement pour les établissements publics de santé est de 50 jours.

Alors que le CHIL avait respecté ce délai en 2015 et 2016, il l'a dépassé en 2017 puisque le délai moyen de paiement a atteint 53 jours. Selon la direction de l'établissement, cette situation était exceptionnelle et liée, à une problématique d'absences au sein du service économique, désormais résolue.

6.2 Les tableaux de bord de suivi de l'activité

Le CHIL a recruté en 2013, un contrôleur de gestion qui réalise les analyses médico-économiques et prépare les comptes de résultats analytiques (CREA) de chacun des services et pôles. Un comité de pilotage de l'activité médicale, remplacé depuis 2017 par une réunion de coordination, se réunit tous les mois afin d'analyser les évolutions de l'activité.

6.3 Le contrôle interne

L'établissement n'est pas en mesure de présenter des procédures écrites concernant l'enchaînement des opérations financières et comptables liées à la chaîne de la dépense ou de la recette. Les dispositifs de contrôle interne ne sont pas formalisés.

Le compte rendu du comité de pilotage (COPIL) du SDSI d'avril 2018 mentionne, à propos de la dématérialisation de la chaîne de la dépense, que « *la cartographie est apparue comme étant un préalable nécessaire à la poursuite des recherches d'une solution informatique [pour la dématérialisation]* ». Un groupe de travail a été mis en place mais cette cartographie n'est toujours pas aboutie alors qu'elle est indispensable pour contribuer à la modernisation de la gestion de l'établissement.

Le CHIL pourrait s'appuyer sur l'expérience du centre hospitalier de Haguenau en la matière pour formaliser ses processus de gestion financiers et comptables et de contrôle de gestion.

Recommandation n° 1 : Formaliser les procédures de gestion et de contrôle interne.
--

6.4 La facturation et la gestion des recettes

6.4.1 La codification des actes

L'essentiel des recettes du CHIL, pour le budget H de l'hôpital, dépend de son efficacité à codifier les activités hospitalières selon les nomenclatures en vigueur (classification commune des actes médicaux (CCAM), nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), nomenclature des actes de biologie médicale (NABM)).

Le CHIL a opté pour une centralisation de la codification des actes : ce ne sont pas les praticiens dans les services qui en ont la charge mais l'équipe du département d'informatique médicale, formée régulièrement et œuvrant sous le contrôle du médecin DIM. Cette

organisation permet d'éviter les erreurs liées à d'éventuelles insuffisances de connaissances, de temps ou de volonté des équipes médicales de l'hôpital.

6.4.2 Le recouvrement

Au 31 décembre 2017, le montant des restes à recouvrer tous budgets confondus s'élevait à 3 671 657,91 €, dont seulement 15 993 € de créances antérieures au 1^{er} janvier 2014 susceptibles d'être prescrites.

Le recouvrement des recettes de l'établissement apparaît ainsi comme satisfaisant.

Un projet de convention d'engagement partenarial a été proposé par le comptable au CHIL en 2017. Il a pour objet de préciser les domaines dans lesquels les deux partenaires « *peuvent développer leur coordination pour parvenir à une amélioration des niveaux de recouvrement des produits mis en recouvrement par l'établissement public de santé auprès du comptable public* ».

La chambre invite le CHIL à formaliser cette convention.

7. LA FIABILITE DES COMPTES

Ses recettes étant inférieures à 100 M€, le centre hospitalier de Wissembourg n'est pas un établissement soumis à la certification de ses comptes. Pour autant, l'ensemble des établissements hospitaliers doivent adopter une démarche de fiabilisation de leurs comptes. L'objectif n° 3.3 du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'hôpital de Wissembourg et l'agence régionale de santé, intitulé « faire progresser les activités supports », prévoyait une telle démarche. Dans ce cadre, le centre hospitalier a mené plusieurs actions : diagnostic conjoint de la qualité comptable avec la trésorerie, correction et justification des comptes de provisions, enrichissement de l'annexe du compte financier, ajustement des durées d'amortissement entre les budgets, inventaire physique annuel de la pharmacie et des services logistiques, comptabilisation des séjours « à cheval » (séjours non terminés à la fin de l'exercice au cours duquel ils ont commencé).

7.1 Le suivi des immobilisations

Les obligations de l'ordonnateur en matière de tenue de l'inventaire sont précisées dans le tome 2 (§ 2.2.1 du chapitre 2 du titre 5) et le tome 3 (§ 5 du chapitre 2) de la nomenclature comptable M21. L'inventaire tenu par l'ordonnateur doit être rapproché régulièrement de l'état de l'actif tenu par le comptable.

7.1.1 La comptabilisation des immobilisations par composants

La M21 prévoit l'application par les hôpitaux de la méthode de comptabilisation des immobilisations par composants, ce qui permet d'amortir les différents éléments d'une immobilisation, dont la durée d'utilisation serait différente, chacun selon son propre rythme.

La décomposition de l'actif immobilisé par composant était un objectif du projet de gestion 2012-2016. Compte tenu de l'absence d'investissements majeurs dans les bâtiments durant la période de contrôle et compte tenu du fait que les bâtiments de l'hôpital datent des années 70 et sont déjà en grande partie amortis, la mise en œuvre de cette préconisation n'est pas apparue comme une priorité pour lui. La chambre invite l'établissement à appliquer cette

méthode à l'avenir, s'il est amené à effectuer de grosses dépenses d'entretien ou à créer de nouveaux bâtiments.

7.1.2 L'inventaire comptable et l'état de l'actif

L'inventaire comptable des immobilisations du CHIL est tenu à partir des mouvements financiers. Il a été complété par les immobilisations des deux EHPAD ayant intégré l'établissement en 2017 et 2018.

Les durées d'amortissement des bâtiments ont été modifiées en 2014 (passage de 20 à 30 ans) sans que cela ne change significativement le montant annuel de la dotation aux amortissements. Par contre, l'effet a été plus important sur le bilan, l'ensemble des amortissements ayant été recalculé et le compte 28 (amortissements réalisés) étant passé de 32,8 M€ à 28,9 M€ en 2014. Depuis, compte tenu des amortissements réalisés chaque année et, en 2017, de l'intégration de l'EHPAD de Betschdorf, le montant total des amortissements réalisés se situe à hauteur de 36,4 M€ par rapport à un actif brut de 64,1 M€.

Cependant, en l'absence d'inventaire physique, pourtant prévu par la nomenclature comptable M21 applicable aux établissements publics de santé, il n'est pas possible de s'assurer de l'exhaustivité et de la fiabilité de l'inventaire comptable. La chambre invite donc le CHIL à établir un inventaire physique de ses immobilisations et à mettre en œuvre un outil de suivi de cet inventaire.

Rappel du droit n° 4 : Établir un inventaire physique des immobilisations en application des prescriptions de la nomenclature M 21.

7.2 Les provisions

7.2.1 Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (compte 153)

Conformément aux dispositions de l'article 11-1 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne temps dans la fonction hospitalière, les établissements ont l'obligation de constituer une provision pour chaque jour épargné.

Au 31 décembre 2017, le solde du compte 153 sur lequel sont enregistrées ces provisions, soit 1,5 M€, correspondait au montant de la valorisation des journées stockées sur les comptes épargne temps des agents de l'établissement (7 786 jours).

7.2.2 Les autres provisions

Sur la période sous contrôle, l'établissement a inscrit plusieurs dotations aux provisions au compte 1511 (provisions pour litiges) et au compte 158 (autres provisions pour charges). Les provisions du compte 158 correspondent à l'allocation d'aide au retour à l'emploi qui pourrait être versée aux agents privés d'emploi, soit 127 403 €.

La constitution et le suivi de ces provisions sont conformes aux dispositions de l'instruction comptable M21.

7.3 Le rattachement des charges et des produits

7.3.1 Le rattachement des charges

Selon l'instruction comptable M21, « le rattachement des charges et des produits à l'exercice auquel ils se rapportent est effectué en application du principe d'indépendance des exercices. Il vise à faire apparaître dans le résultat d'un exercice donné les charges et les produits qui s'y rapportent. La procédure de rattachement consiste à intégrer dans le résultat annuel toutes les charges correspondant à des services faits et tous les produits correspondant à des droits acquis au cours de l'exercice considéré qui n'ont pu être comptabilisés en raison, notamment pour les dépenses, de la non réception par l'ordonnateur de la pièce justificative. [...] Le rattachement ne vise que les charges et les produits d'exploitation (comptes de résultat prévisionnel) et permet ainsi de dégager un résultat sincère de l'exercice ».

Tableau 2 : Rattachement des charges

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fournisseurs, factures non parvenues c/ 408 (a)	264 879	342 331	1 312 263	1 159 193	522 326	319 904
Comptes de charges d'exploitation c/ 60 61 et 62 (b)	11 099 200	11 216 317	11 441 401	11 098 462	11 157 829	11 732 803
Taux de rattachement en % (a)/(b)	2,39%	3,05%	11,47%	10,44%	4,68%	2,73%

Source : Comptes financiers consolidés du CHIL

L'augmentation des rattachements des charges sur les exercices 2014 et 2015 s'explique par une erreur d'imputation. Des charges relatives à des créances fiscales de TVA ont été imputées à tort au compte 408 au lieu du compte 4486 « État, charges à payer ».

Le rattachement des charges n'appelle pas d'autre observation.

7.3.2 Le rattachement des produits

Le rattachement des produits liés aux « séjours à cheval (sur deux exercices) » correspond à la comptabilisation sur l'exercice N de la fraction des séjours commencés avant le 31 décembre n et achevés après le 1^{er} janvier n + 1. Leur facturation est émise, à l'issue du séjour (donc en n + 1), pour la totalité des actes effectués. Le commencement du séjour ayant entraîné des frais pendant l'exercice (n), il convient de valoriser la fraction du séjour propre à l'exercice (n) afin que le produit, comptabilisé en produit à recevoir, vienne minorer les charges réellement nées de son exécution et comptabilisées en (n) elles aussi.

Le CHIL assure ce rattachement depuis le 1^{er} janvier 2014.

Le rattachement des produits n'appelle pas d'autre observation.

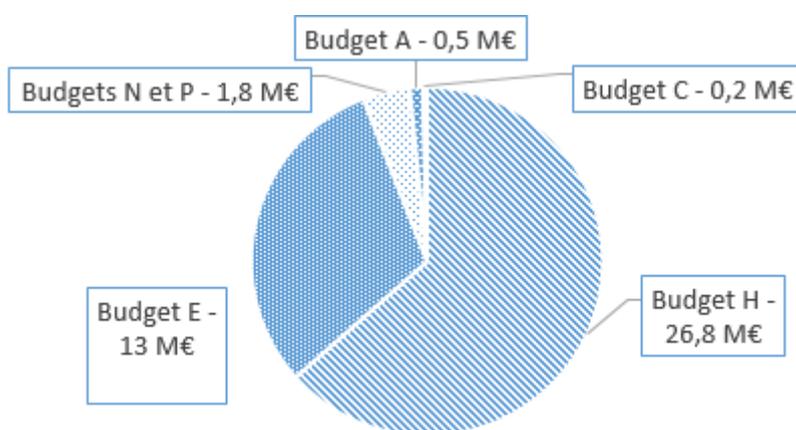
8. L'ANALYSE FINANCIERE

Le CHIL dispose d'un budget principal (budget H) et des cinq budgets annexes suivants :

- EHPAD (budget E), qui regroupe lui-même les comptes de six établissements pour personnes âgées dépendantes ;
- SSIAD (service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées - budget N) ;

- CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (budget P) ;
- École d'aides-soignants (budget C) ;
- DNA - dotation non affectée (budget A). La DNA constitue le domaine privé des établissements publics de santé. Elle est constituée des biens mobiliers et immobiliers qui sont l'héritage historique provenant, pour l'essentiel, des dons et legs. À Wissembourg, cette DNA retrace uniquement l'activité de gestion du logiciel Atalante, utilisé dans une cinquantaine d'hôpitaux en France.

Figure 2 : Produits d'exploitation de chacun des budgets en 2017



Source : Comptes financiers

8.1 L'analyse financière du budget H (hôpital)

Tableau 3 : Évolution des principaux agrégats financiers du budget H 2012-2017

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits de l'activité hospitalière	23 701 397	23 940 865	24 208 546	24 313 958	24 347 793	23 736 931
+ Produits annexes	2 381 103	2 421 530	2 596 340	2 708 095	2 694 136	1 821 094
+ Prestations de services	1 104	861	379	460	602	858
+ Rétrocession de médicaments	230 802	249 901	556 263	388 199	560 392	563 338
+ Subventions d'exploitation	531 417	753 175	721 410	777 777	761 537	739 366
= Chiffre d'affaires	26 846 927	27 366 332	28 082 938	28 188 489	28 364 460	26 861 587
= Produits d'exploitation	26 846 927	27 366 332	28 082 938	28 188 489	28 364 460	26 861 587
- Sous-traitance	128 426	136 571	151 020	145 843	164 512	190 773
= Production propre	26 718 501	27 229 761	27 931 918	28 042 646	28 199 948	26 670 814
- Achats	4 515 752	4 427 988	4 687 140	4 501 254	4 447 248	4 411 824
- Services extérieurs	1 523 239	1 491 124	1 473 402	1 338 047	1 323 944	1 381 461
- Autres services extérieurs	1 010 516	1 075 997	1 166 507	868 704	788 443	709 159
- Impôts et taxes	1 797	1 874	331 905	2 521	2 550	3 037
= Valeur ajoutée	19 667 197	20 232 778	20 272 964	21 332 120	21 637 763	20 165 333
+ Autres subventions	93 913	82 638	128 800	453 976	531 493	102 521
- Charges totales de personnel	21 675 838	21 849 551	22 433 076	23 644 410	23 432 226	22 406 777
<i>en % des produits d'exploitation</i>	80,74 %	79,84 %	79,88 %	83,88 %	82,61 %	83,42 %
+ Remboursement des budgets annexes	2 221 509	2 302 927	2 284 838	1 966 462	2 023 335	2 134 799
= Résultat économique brut	306 781	768 792	253 526	108 148	760 365	-4 124
+ Autres produits de gestion	303 986	324 359	335 761	365 418	290 366	326 623
- Autres charges de gestion	73 012	52 826	152 341	33 080	142 178	118 149
= Marge brute d'exploitation	537 755	1 040 325	436 946	440 486	908 553	204 350
<i>en % des produits de fonctionnement</i>	1,82%	3,46%	1,42%	1,42%	2,91%	0,69%
Aides exceptionnelles	138 007	197 593	167 593	393 605	167 593	288 143
Marge brute hors aides exceptionnelles	399 748	842 732	269 353	46 881	740 960	-83 793
<i>en % des produits de fonctionnement hors aides exceptionnelles</i>	1,47 %	3,06 %	0,95 %	0,16 %	2,55 %	-0,31 %
+ Résultat financier	26 180	4 579	2 334	457	0	0
+ Produits exceptionnels réels	185 443	218 971	1 565 664	263 759	325 239	470 710
- Charges exceptionnelles réelles	400 982	158 526	1 052 460	113 201	107 983	442 510
= Capacité d'autofinancement brute	348 396	1 105 349	952 484	591 501	1 125 809	232 550
<i>en % du total des produits</i>	1,17 %	3,65 %	2,94 %	1,89 %	3,57 %	0,78 %
<i>en % de la CAF consolidée</i>	29,79 %	51,09 %	56,16 %	38,90 %	53,01 %	2,05 %

Dotations aux amortissements	1 611 732	1 586 698	1 502 183	1 606 894	1 526 765	1 504 263
Dotations aux provisions	-686 149	292 518	93 962	225 529	142 215	-221 709
Produits des cessions d'actifs	35 000	115 270	7 100	348 105	36 711	181 800
Valeur nette comptable des actifs cédés	18 290	358	7 934	24 115	129	0
Résultat net comptable	-560 477	-658 955	-644 495	-916 932	-506 589	-868 204
<i>en % du total des produits</i>	-1,89 %	-2,17 %	-1,99 %	-2,94 %	-1,61 %	-2,90 %

Source : comptes financiers et retraitements CRC

8.1.1 Évolution des produits

Tableau 4 : Évolution des produits issus de la tarification à l'activité 2012-2017

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Produits issus de la tarification à l'activité</i>	13 141 264	13 079 985	13 378 920	13 367 923	13 296 941	12 449 715

Source : comptes financiers et retraitements CRC

Les produits de l'activité hospitalière représentent, en 2017, 23,7 M€. Ils se situent au niveau constaté en 2012 après avoir augmenté jusqu'à 24,3 M€ en 2016. Leur baisse de 2,5 % en 2017, s'explique principalement par la diminution des produits issus de la tarification (- 6,4 %), sous l'effet conjugué des baisses d'activité et de tarifs.

Tableau 5 : Évolution des produits de la DAF SSR 2012-2018

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>DAF SSR</i>	2 018 760	2 507 143	2 557 083	2 341 117	2 336 410	2 145 722	2 121 477
<i>Dotation modulée à l'activité</i>						202 086	268 959
	2 018 760	2 507 143	2 557 083	2 341 117	2 336 410	2 347 808	2 390 436

Source : comptes financiers et retraitements CRC

En 2017, le financement de l'activité SSR (soins de suite et de réadaptation) évolue : la dotation annuelle de financement (DAF) est réduite de 10 % et le financement est réalisé « à l'activité » à hauteur de 10 %. Pour 2018, ce financement partiel à l'activité permet au CHIL de recevoir un complément de 42 628 €. Selon une étude de l'agence technique pour l'informatisation de l'hospitalisation fournie par la direction de l'hôpital, si le financement des SSR était réalisé sur la base de l'activité réelle, le CHIL recevrait près de 600 000 € de dotation en complément de ce qu'il reçoit en 2018, ce qui modifierait sensiblement ses indicateurs financiers.

Par ailleurs, les produits annexes évoluent fortement à la baisse compte tenu de l'intégration de l'EHPAD de Betschdorf au 1^{er} janvier 2017. En effet, depuis 2006, le personnel de l'EHPAD était recruté et géré par l'hôpital, qui le mettait à disposition de l'EHPAD contre remboursement. Avec la fusion des établissements, ce remboursement, imputé comme « produit annexe », n'a plus lieu d'être ; en contrepartie, la masse salariale de l'EHPAD de Betschdorf est désormais directement imputée sur le budget E (EHPAD), et non plus sur le budget H (hôpital), ce qui explique la baisse de masse salariale d'un million d'euros en 2017.

Enfin, une recette significative du budget H, à hauteur de 2,1 M€, est le remboursement opéré par les budgets annexes et notamment le budget E, au titre des frais d'administration générale assurés par le budget H pour le compte des EHPAD. La principale dépense remboursée correspond à la masse salariale de 27,45 ETPR, soit près de 1 M€, mentionnée dans la convention tripartite avec le département (10 ETP pour l'administration, 9,5 pour la restauration, 4,29 pour la blanchisserie, 2 kinésithérapeutes, 1,66 ETP pour les services généraux). Au vu des justificatifs transmis pour le calcul du montant des remboursements, la chambre observe que les critères de répartition des charges ne sont pas assez précis et que la méthodologie doit être clarifiée.

Au total, le chiffre d'affaires baisse en 2017 de 1,5 M€, dont un tiers est imputable à la baisse d'activité et deux tiers à l'intégration de l'EHPAD de Betschdorf, qui a induit une baisse des produits annexes.

Les prévisions 2018 arrêtées au 30 septembre 2018 font état d'une nouvelle baisse des produits en 2018.

8.1.2 Les dépenses d'exploitation

Entre 2012 et 2017, les charges de personnel mobilisent une part croissante des produits d'exploitation passée de 80,7 % à 83,4 %, l'évolution étant particulièrement constatée en 2015, exercice durant lequel le ratio augmente de 79,9 % à 83,9 %. En 2017, elles représentent 22,4 M€, soit plus que leur montant de 2012, alors que la charge du personnel de l'EHPAD de Betschdorf a été transférée sur le budget E (EHPAD). Compte non tenu de ce transfert, les charges de personnel augmentent de 6,7 %, alors que l'activité baisse. Les réformes statutaires du personnel hospitalier en 2015 ainsi que la diminution des recettes d'exploitation peuvent expliquer en partie ces évolutions.

Les dépenses d'achats et de services extérieurs apparaissent en baisse. Cependant une partie de cette diminution est liée à un changement d'imputation permis par une modification du suivi analytique. Désormais, les frais d'hôtellerie ou de blanchisserie sont imputés directement sur chacun des budgets, ce qui limite à la fois les dépenses du budget H et les remboursements des budgets annexes.

8.1.3 La marge brute

Retraité des aides exceptionnelles, la marge brute dégagée (calcul tableau 6 ci-après) par le budget H représente, d'un exercice à l'autre, entre 0,1 % et 3 % des produits de fonctionnement. En 2017, la marge brute non aidée devient négative (- 83 793 €) : les recettes d'exploitation ne sont plus suffisantes pour couvrir les dépenses courantes.

L'instruction n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé, recommande de « viser un taux de marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits courants hors aides financières ». Le budget H du CHIL se situe en-dessous de cet objectif.

Dans l'hypothèse de faibles besoins d'investissements, le taux de marge brute souhaitable pourrait être ramené à 4 ou 5 % et la capacité d'autofinancement à 1,2 M€.

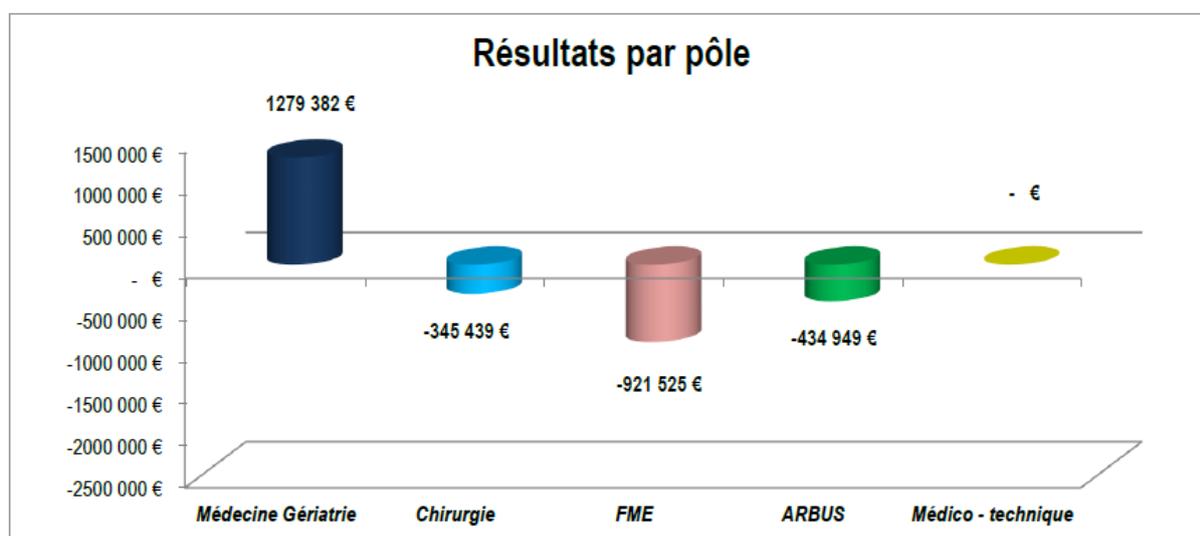
Force est de constater que l'établissement est encore loin d'atteindre ces taux. Les projections financières de réalisation du budget 2018 au 30 septembre font apparaître un fort risque que la marge brute hors aides demeure négative en 2018. Une telle situation n'est pas soutenable sur le long terme.

8.1.4 Le résultat net comptable

Compte tenu des dotations aux amortissements et aux provisions, le résultat comptable du CHIL est systématiquement négatif sur la période de contrôle, variant d'année en année entre - 0,5 M€ et - 0,9 M€. Il était de - 868 000 € en 2017 et les prévisions 2018 font état d'une aggravation : le résultat pourrait être négatif à hauteur de 2 M€.

L'analyse des résultats par activité, permise par la comptabilité analytique mise en place par l'établissement, montre que le principal pôle déficitaire est le pôle « femme-mère-enfant » (FME), à hauteur de - 921 525 € en 2017 alors que le pôle gériatrique est excédentaire de 1,3 M€.

Figure 3 : Résultats financiers 2017 par pôle



Source : CHIL (CREA 2017) – le pôle ARBUS regroupe les activités d'anesthésie, de réanimation, de bloc, des urgences et du SMUR

8.2 L'analyse financière du budget E (EHPAD)

Tableau 6 : Évolution des principaux agrégats financiers du budget E 2012-2017

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits de l'activité	10 317 705	11 106 384	11 049 518	10 967 238	10 469 109	12 840 412
+ Produits annexes	0	0	0	0	0	33 354
+ Prestations sces, tvx, études et divers	80 064	115 320	93 344	91 571	94 712	106 022
= Chiffre d'affaires	10 397 769	11 221 704	11 142 862	11 058 809	10 563 821	12 979 788
- Sous-traitance	160 200	180 450	193 812	215 964	237 778	203 116
= Production propre	10 237 568	11 041 254	10 949 050	10 842 845	10 326 042	12 776 672
- Achats	719 528	718 526	720 600	674 695	685 715	844 609
- Services extérieurs	282 793	328 635	331 448	301 909	329 085	326 616
- Autres services extérieurs	1 680 678	1 718 881	1 687 274	1 802 869	1 724 943	2 003 783
- Impôts et taxes	573	580	502	169 701	918	779
= Valeur ajoutée	7 553 996	8 274 632	8 209 225	7 893 671	7 585 381	9 600 885
+ Subventions d'exploitation	28 906	12 332	53 429	64 222	107 686	87 290
- Dépenses de personnel	6 799 651	7 129 531	7 446 403	7 170 774	6 765 878	8 208 749
= Résultat économique brut	783 252	1 157 432	816 252	787 119	927 189	1 479 426
+ Autres produits de gestion	143	9 015	17 249	5 823	4 802	4 805
- Autres charges de gestion	9 590	52 407	16 231	15 233	15 691	18 918
= Marge brute d'exploitation	773 805	1 114 040	817 270	777 709	916 300	1 465 313
<i>en % des produits de fonctionnement</i>	7,42 %	9,91 %	7,29 %	6,99 %	8,58 %	11,21 %
- Frais financiers nets	117 552	130 686	126 748	45 710	39 549	66 569
+ Produits exceptionnels réels	4 680	2 948	39 039	30 851	10 012	35 900
- Charges exceptionnelles réelles	4 826	677	40 744	28 881	22 349	73 122
= Capacité d'autofinancement brute	656 107	985 624	688 817	733 968	864 414	1 361 522
<i>en % de la CAF consolidée</i>	56,28%	45,56%	40,61%	48,27%	40,70%	91,43%

Dotations aux amortissements nettes des reprises	727 571	741 973	888 941	889 908	890 718	1 100 298
Dotations aux provisions nettes des reprises	-77 792	240 424	93 357	-16 289	-17 118	-84 736
Produits des cessions d'actifs	0	0	0	840	0	0
Valeur nette comptable des actifs cédés	0	0	0	704	0	0
Résultat net	6 328	3 227	-293 481	-139 515	-9 186	345 960
<i>en % du total des produits</i>	0,06 %	0,03 %	-2,61 %	-1,25 %	-0,09 %	2,64 %

Source : comptes financiers et retraitements CRC

L'analyse des évolutions des comptes sur la période de contrôle est rendue délicate par l'intégration de l'EHPAD de Betschdorf dans les comptes 2017. Cette intégration améliore la situation globale du budget E tant en ce qui concerne la valeur ajoutée, la marge brute, que

la capacité d'autofinancement et le résultat. Ce dernier devient en 2017, pour la première fois, significativement excédentaire et représente 2,6 % du total des produits. L'exploitation des six EHPAD permet de dégager une capacité d'autofinancement significative, représentant 10,4 % des produits de fonctionnement courant du budget E.

Sur la période 2012-2016, l'ensemble des charges a été maîtrisé. Après une augmentation de 9 % entre 2012 et 2014, les dépenses de personnel retrouvent en 2016 leur niveau de 2012, soit 6,8 M€.

Tableau 7 : Part de chaque EHPAD dans la situation financière du budget E en 2017

EHPAD	Nombre de lits	Résultat 2017	Dépenses de personnel (c/64+631+633)	soit, par lit	Dotation aux amortissements (c/68)
intra-hospitalier	58	84 254 €	1 847 581 €	31 855 €	161 683 €
Stanislas	56	101 274 €	1 299 903 €	23 213 €	153 862 €
Lauterbourg	81	324 614 €	1 979 581 €	24 439 €	217 256 €
Woerth	60	- 492 413 €	1 755 258 €	29 254 €	483 594 €
Betschdorf	60	328 230 €	1 266 441 €	21 107 €	237 909 €
Total	315	345 959 €	8 148 764 €	25 869 €	1 254 304 €

Source : CHIL ; calculs CRC

L'analyse détaillée de la situation de chaque établissement fait apparaître, au sein des cinq EHPAD, des situations contrastées : quatre établissements ont un résultat positif, alors que l'EHPAD de Woerth a un résultat négatif à hauteur de 492 413 €. L'établissement étant relativement récent, la dotation aux amortissements est plus élevée que dans les autres (deux fois plus qu'à Betschdorf et trois fois plus que les autres en moyenne). D'autre part, l'EHPAD de Woerth présente une dépense de personnel 36 % plus élevée que celle des EHPAD Stanislas et de Betschdorf, pourtant très proches en nombre de lits. Cette situation est en partie due au fait que l'EHPAD possède en son sein deux unités de vie protégée nécessitant plus d'encadrement.

L'EHPAD intra-hospitalier présente lui-aussi des dépenses de personnel supérieures à la moyenne des autres EHPAD, lié au taux de dépendance plus élevé de ses patients

Pour 2018, la fusion avec l'EHPAD de Seltz au 1^{er} janvier ne devrait pas modifier substantiellement l'équilibre du budget E. Comme le précise l'état AI4 du compte financier 2017, cet EHPAD n'a pas de dette financière et bénéficie d'un fonds de roulement de 1,7 M€. Il présente en 2017 un résultat déficitaire de 76 431 € pour 2 M€ de charges mais sa capacité d'autofinancement est positive à hauteur de 4,2 % des produits de fonctionnement.

8.3 L'analyse financière des autres budgets annexes

Les autres budgets annexes sont globalement, équilibrés et présentent des résultats qui n'ont pas d'impact sur la situation financière globale du CHIL (cf. annexe 2).

8.4 L'analyse financière consolidée

Tableau 8 : Évolution des principaux agrégats financiers du budget consolidé 2012-2017

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits de l'activité	35 746 479	36 779 499	36 978 809	37 042 902	36 593 962	38 407 576
+ Produits annexes	2 877 820	2 924 443	3 086 386	3 249 719	3 201 059	2 362 286
+ Prestations de services, divers	104 033	130 593	108 354	107 041	114 764	123 659
+ Ventes de marchandises (rétrocession de médicaments)	230 802	249 901	556 263	388 199	560 392	563 338
+ Subventions d'exploitation	681 992	891 382	859 922	916 554	910 191	883 177
= Chiffre d'affaires	39 641 125	40 975 818	41 589 734	41 704 415	41 380 368	42 340 036
= Produits d'exploitation	39 641 125	40 975 818	41 589 734	41 704 415	41 380 368	42 340 036
- Sous-traitance	536 295	576 328	555 232	550 532	632 854	635 532
= Production propre	39 104 830	40 399 490	41 034 503	41 153 883	40 747 514	41 704 504
- Achats	5 251 150	5 163 794	5 428 043	5 198 013	5 148 309	5 273 243
- Services extérieurs	1 905 395	1 935 607	1 922 827	1 763 727	1 787 606	1 832 177
- Autres services extérieurs	2 868 920	2 975 033	3 032 100	2 865 402	2 701 520	2 905 801
- Impôts et taxes	7 043	7 189	336 685	176 471	5 718	3 816
= Valeur ajoutée	29 072 322	30 317 867	30 314 847	31 150 270	31 104 360	31 689 467
+ Autres subventions	130 817	102 189	186 558	521 100	639 487	189 810
- Charges totales de personnel	30 172 249	30 717 349	31 665 608	32 551 504	31 940 654	32 440 938
+ Remboursement de frais entre budgets	2 221 509	2 302 927	2 284 838	1 966 462	2 023 335	2 134 799
= Résultat économique brut	1 252 399	2 005 634	1 120 635	1 086 328	1 826 529	1 573 138
+ Autres produits de gestion	304 129	333 374	357 000	373 466	295 169	331 428
- Autres charges de gestion	82 602	105 233	168 573	48 313	160 800	137 067
= Marge brute d'exploitation	1 473 925	2 233 775	1 309 063	1 411 480	1 960 897	1 767 499
Aides exceptionnelles	239 593	197 593	167 593	393 605	167 593	288 143
Marge brute hors aides exceptionnelles	1 234 332	2 036 182	1 141 470	1 017 875	1 793 304	1 479 356
<i>en % des produits de fonctionnement hors aides exceptionnelles</i>	<i>2,92 %</i>	<i>4,66 %</i>	<i>2,57 %</i>	<i>2,28 %</i>	<i>4,04 %</i>	<i>3,29 %</i>
- Frais financiers nets réels	91 371	126 107	124 414	45 253	39 549	66 569
+ Produits exceptionnels réels	190 199	221 919	1 604 703	296 343	335 251	507 870
- Charges exceptionnelles réelles	406 869	166 218	1 093 271	142 083	132 832	517 564
= Capacité d'autofinancement brute	1 165 884	2 163 369	1 696 081	1 520 487	2 123 768	1 691 236

Quote-part des subventions d'inv. transférés	2 000	2 000	1 730	1 730	1 730	1 730
- Dotations nettes aux amortissements	2 369 537	2 358 110	2 443 294	2 518 715	2 430 901	2 619 633
- Dotations nettes aux provisions	-760 051	578 708	187 264	224 522	126 183	-325 691
Produits de cessions des éléments d'actifs	35 000	115 270	7 100	348 945	36 711	181 800
- Valeur nette des éléments d'actifs cédés	18 290	358	7 934	24 820	129	0
+/- values de cessions	16 710	114 912	-834	324 125	36 582	181 800
Résultat net comptable	-424 893	-656 536	-933 581	-896 895	-395 005	-419 176

Source : comptes financiers et retraitements CRC

L'évolution des comptes entre 2016 et 2017 doit être analysée en prenant en compte l'intégration de l'EHPAD de Betschdorf, qui explique que le total des produits soit en augmentation.

La marge brute hors aides exceptionnelles représente, en 2017, 3,3 % des produits de fonctionnement. Ce taux est inférieur au taux préconisé (voir supra).

Le résultat de l'établissement, sur la période, est constamment déficitaire. Ce déficit devrait s'aggraver en 2018 selon les prévisions de l'établissement.

Tableau 9 : Poids de chaque budget dans les indicateurs consolidés en 2017

Budget	Chiffre d'affaires		Marge brute		CAF brute		Résultat	
	en montant	soit, en %	en €	soit, en %	en €	soit, en %	en €	soit, en %
H	26 861 588 €	63 %	204 351 €	12 %	232 551 €	14 %	- 868 203 €	207 %
E	12 979 788 €	31 %	1 465 313 €	83 %	1 361 523 €	81 %	345 961 €	-83 %
Net P	1 830 232 €	4 %	80 123 €	5 %	79 450 €	5 %	99 713 €	-24 %
A	507 837 €	1 %	23 551 €	1 %	23 551 €	1 %	9 173 €	-2 %
C	160 590 €	0 %	- 5 837 €	0 %	- 5 837 €	0 %	- 5 818 €	1 %
	42 340 035 €		1 767 501 €		1 691 238 €		- 419 174 €	

Source : comptes financiers, logiciel ANAFI et retraitements CRC - la marge brute est calculée - y compris aides exceptionnelles selon les données fournies par l'établissement

En 2017, si le budget H (hôpital) représente 63 % du chiffre d'affaires, la marge brute est avant tout dégagée grâce au budget E (EHPAD) et que si le résultat comptable global de l'établissement est négatif, c'est uniquement du fait du budget H.

Les difficultés de l'activité purement hospitalière (MCO) pèsent donc fortement sur les finances de l'établissement, qui n'améliore sa situation financière que grâce aux EHPAD qui lui sont rattachés.

8.5 L'analyse de l'investissement et de son financement

Sur la période, le CHIL a dégagé 10,4 M€ de capacité de financement brute, ce qui lui a permis de rembourser la totalité de sa dette (5 M€ concernant les EHPAD) et de bénéficier d'une capacité de financement nette de 5,1 M€.

L'établissement a par ailleurs cédé l'ensemble des terrains agricoles de son domaine privé, ainsi que quelques bâtiments annexes, dont le coût de gestion était plus élevé que les

recettes obtenues. L'ensemble des cessions a permis d'obtenir des recettes à hauteur de 724 000 € sur la période 2012-2017.

Enfin, le CHIL a obtenu, en 2017, 100 000 € de subventions au titre de son projet de développement de l'offre d'analyses mammographiques.

Tableau 10 : Les investissements du CHIL et leur financement 2012-2017

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	1 165 884	2 163 369	1 696 081	1 520 487	2 123 768	1 691 237	10 360 826
<i>Dont budget H</i>	347 292	1 105 350	952 485	591 501	1 125 808	232 550	4 354 986
<i>Dont budget E</i>	656 107	985 624	688 817	733 968	864 414	1 361 523	5 290 453
<i>Dont budget C</i>	13 902	-6 531	-2 604	-7 223	7 266	-5 837	-1 027
<i>Dont budgets N et P</i>	116 040	49 138	44 147	131 397	89 463	79 450	509 635
<i>Dont budget A</i>	32 542	29 788	13 237	70 844	36 817	23 551	206 779
- Annuité en capital de la dette	130 845	314 826	2 335 927	181 842	173 879	2 097 279	5 234 599
= Capacité d'autofinancement nette	1 035 039	1 848 543	-639 846	1 338 645	1 949 889	-406 042	5 126 227
+ Apports en capital	2 111 173	52 623	0	0	0	0	2 163 796
+ Subventions d'équipement reçues	-1 931 544	2 500	6 137	0	0	100 000	-1 822 907
+ Produits de cession	35 000	115 270	7 100	348 945	36 711	181 800	724 826
= Financement propre disponible	1 249 668	2 018 936	-626 609	1 687 590	1 986 600	-124 242	6 191 942
- Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)	3 793 977	2 414 221	1 883 693	1 127 697	807 294	799 059	10 825 941
<i>Dont budget H</i>	1 091 586	1 408 106	1 486 524	1 063 957	620 069	718 079	6 388 321
<i>Dont budget E</i>	2 697 065	987 751	322 984	59 679	159 218	40 269	4 266 966
<i>Dont autres budgets</i>	5 326	18 364	74 185	4 061	28 007	40 711	170 654
- Prises de participations et divers	100	0	150	80	0	0	330
= Besoin (-) ou capacité (+) de financement	-2 544 409	-395 285	-2 510 452	559 813	1 179 306	-923 301	-4 634 328
Nouveaux emprunts de l'année	1 890 000	3 110	0	0	0	0	1 893 110
Variations du fonds de roulement (hors intégration de l'EHPAD de Betschdorf)	-654 409	-392 175	-2 510 452	559 813	1 179 306	-923 301	-2 741 218

Etat de la dette au 31 décembre	5 260 004	4 948 288	2 612 360	2 430 519	2 256 640	159 361
--	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	----------------

Fonds de roulement (sans intégration du FDR de l'EHPAD de Betschdorf)	7 215 290	6 792 725	4 224 780	4 777 501	5 959 069	5 035 768
Fonds de roulement (avec intégration EHPAD de Betschdorf)						7 348 501

Source : comptes financiers et retraitements CRC

Durant la période 2012-2017, l'établissement n'a pas procédé à de grosses opérations d'investissement. L'année 2012 a vu la fin de la construction et la livraison du nouvel EHPAD de Woerth. Les autres projets immobiliers sont restés modestes même si le résultat a été important pour le quotidien des patients, des soignants et l'image de l'hôpital : rénovation du service de médecine A pour 508 000 € en 2015, restructuration du hall d'accueil pour 311 000 € en 2016 et la restructuration des urgences pour 297 000 € en 2017. En 2018, une unité « mammographie » a été installée pour 300 000 €.

Les bâtiments, malgré leur âge, semblent dans un bon état de conservation.

Au total, 6,4 M€ auront été dépensés sur le budget de l'hôpital et 4,3 M€ sur celui des EHPAD.

Le financement de ces investissements a été assuré :

- pour près de la moitié, par la capacité d'autofinancement (CAF) nette,
- à 7 % par les cessions de biens immobiliers,
- à hauteur de 17 % par un emprunt, remboursé totalement en 2017,
- et à hauteur de 26 % par un prélèvement sur le fonds de roulement de l'établissement.

Ce fonds de roulement reste, malgré tout, à un niveau très satisfaisant compte tenu notamment de l'intégration du fonds de roulement de l'EHPAD de Betschdorf au 1^{er} janvier 2017.

Sur la période 2012-2017, compte tenu de la modestie des investissements réalisés, la situation du bilan ne présente pas de difficultés.

8.6 La dette

La dette est passée de 5 M€ en 2012 à moins de 160 000 € en 2017. Deux remboursements anticipés ont été réalisés en 2014 et 2017 afin de limiter la charge représentée par les intérêts de la dette : celui de 2017 permettra d'éviter le paiement d'intérêts pour un montant évalué à 236 683 € sur la période 2019-2032. Il a été possible grâce au montant élevé du fonds de roulement et à la baisse des dépenses d'investissement notamment en 2016 et 2017.

Au 31 décembre 2017, le CHIL n'avait qu'une dette minime de 160 000 € et donc un taux d'indépendance financière de 0,5 %, alors que la médiane des établissements publics de santé de la même catégorie est de 44,2 % selon les données du tableau de bord financier du comptable public.

8.7 Perspectives

Si la situation financière du bilan est saine au 31 décembre 2017, compte tenu de l'absence de dettes et d'un niveau relativement élevé du fonds de roulement, le compte d'exploitation du budget H est dégradé et le budget consolidé est déficitaire. Sans ses EHPAD, l'établissement serait dans une situation financière bien plus délicate.

Ainsi, celle-ci pourrait se détériorer rapidement si la baisse tendancielle de l'activité ne permettait plus de générer une capacité d'autofinancement suffisante pour financer les investissements.

Or, l'établissement a deux projets importants.

D'une part, il envisage l'acquisition d'un équipement IRM, sous réserve de l'autorisation préalable de l'agence régionale de santé : la dépense pourrait avoisiner 1,7 M€, amortissable sur sept ans. L'établissement estime que cette nouvelle activité, si elle était autorisée par l'agence régionale de santé, devrait être excédentaire.

D'autre part, l'établissement a un projet de construction d'un nouvel EHPAD à Wissembourg, pour un montant évalué à 22,8 M€⁶. Ce projet, validé par le département et

⁶ Selon une note de l'établissement du 14 mai 2019.

l'agence régionale de santé le 2 mai 2019, consiste en la construction d'un nouveau bâtiment pour remplacer à la fois l'EHPAD intra-hospitalier et l'EHPAD du centre-ville de Wissembourg, qui ne répondent plus aux normes d'accueil des patients (chambres doubles, surfaces inadéquates, absence de lieux de vie commun) et pour y transférer l'une des deux unités de vie protégée de l'EHPAD de Woerth.

Ce projet, malgré son montant, ne prévoit pas de nouvelles places.

Il rendrait nécessaire un emprunt dont le montant est évalué à 12,8 M€⁷.

Le financement de ce projet ne pourra se faire qu'avec une augmentation significative des tarifs, évaluée à 22 %⁸, ce qui n'est pas anodin pour les résidents. L'ordonnateur précise néanmoins que « [c]le tarif prévisionnel est conforme à la médiane des tarifs observés pour les EHPAD publics nouvellement construits ».

Aussi, même en l'absence de dette à ce jour, la chambre invite l'établissement à la prudence dans ses projets d'investissements futurs : même si le budget E aurait probablement la capacité d'assumer un emprunt de 12,8 M€ sans être déséquilibré, l'absence d'excédents de ce budget contribuerait à aggraver le déficit d'exploitation consolidé de l'établissement.

9. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

9.1 Les tableaux de bord de suivi de la gestion des ressources humaines

Compte tenu de l'aspect stratégique des ressources humaines et du poids des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement, le CHIL s'est doté d'un tableau de bord qui permet, par budget, de suivre l'évolution de la masse salariale au regard des crédits prévus à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et en comparaison des dépenses de l'année précédente, l'évolution des effectifs médicaux et non médicaux en ETP et l'évolution de l'absentéisme.

9.2 L'évolution des effectifs de l'établissement

Tableau 11 : Évolution des effectifs en ETPR 2012-2017

en ETPR	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Personnel médical	48,2	49,03	50,38	50,54	49,7	48,31
Personnel non médical	570,19	580,31	590,15	590,58	592,62	594,04
dont administratifs et techniques	103,33	106,55	109,24	109,01	109,24	105,28
Total	618,39	629,34	640,53	641,12	642,32	642,35
évolution d'une année sur l'autre		1,8%	1,8%	0,1%	0,2%	0,0%

Source : annexes des comptes financiers

Après avoir connu une augmentation d'une vingtaine de postes entre 2012 et 2014, l'effectif de l'établissement se stabilise aux alentours de 642 ETPR sur les derniers exercices, dont 207 sur le budget EHPAD et 24 sur le budget du SSIAD.

⁷ Evaluation réalisée par l'établissement dans sa note du 14 mai 2019

⁸ idem

Le CHIL a effectué en 2016 une étude sur les effectifs-cibles en MCO-SSR. Il en ressort que les effectifs réels (239 ETPR hors personnel médical) se situent légèrement en-dessous du niveau des effectifs cibles (249 ETPR).

La chambre relève que l'effectif est resté stable alors que l'activité est globalement en baisse. En outre, l'effectif est supérieur d'une dizaine d'agents aux objectifs fixés par le plan triennal, qui prévoyait 631 ETPR sur la période 2016-2017, dont 51 ETPR de personnel médical et 580 ETPR de personnel non-médical.

L'établissement connaît par ailleurs des difficultés de recrutement, notamment sur les postes de médecins anesthésistes et dans certains EHPAD, sur des postes d'infirmiers et d'aides-soignants.

Le CHIL employait, au 31 décembre 2017, 64 médecins, tous statuts confondus⁹, dont une quinzaine intervenant seulement entre une demi-journée et deux jours par semaine.

9.3 L'absentéisme

Tableau 12 : Évolution de l'absentéisme 2012-2017

en % des ETPR	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensemble du personnel	6,76%	7,91%	7,73%	8,06%	8,76%	9,29%

Source : CHIL

L'absentéisme des agents évolue de manière significative entre 2012 et 2017. Les chiffres issus des tableaux de bord 2018 montrent que la tendance à la hausse se poursuit : le nombre de jours d'absence au 31 octobre 2018 par rapport à l'année précédente à la même date a augmenté de 12 % sur le budget H (hôpital) et de 5 % sur le budget E (EHPAD), malgré une baisse du nombre de jours d'arrêts pour accidents de travail. C'est essentiellement le nombre de jours d'absence pour maladie ordinaire, de courte durée, qui augmente (+ 26 % dans le budget H, + 20 % dans le budget E).

Conscient de cette situation, le CHIL a mis en place une analyse systématique des accidents du travail qui peuvent survenir. Le CHIL a par ailleurs signé avec l'agence régionale de santé en 2016 et 2018 un contrat local d'amélioration des conditions de travail, dont l'objet principal est de prévenir l'usure professionnelle et de renforcer la prévention des risques de troubles musculo-squelettiques (TMS) et des risques psycho-sociaux. Le contrat reprend le plan d'action et de prévention mis en place en 2016 dans le cadre de la formalisation du document unique. Des formations « gestes et postures sont régulièrement organisées ». Des conseils de prévention sont régulièrement diffusés aux agents via des brochures. En 2019, trois cadres de santé devraient en outre suivre une formation aux gestes et postures.

La chambre encourage l'établissement à poursuivre ses actions afin d'enrayer l'augmentation du taux d'absentéisme.

⁹ L'article L. 6152-1 du code de la santé publique distingue :

1° les médecins [...] et les pharmaciens dont le statut [...] est établi par voie réglementaire [ils sont appelés praticiens hospitaliers] ;

2° les médecins [...] et les pharmaciens recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;

3° les médecins, les odontologistes et les pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus [ils sont appelés cliniciens hospitaliers] ;

4° les praticiens contractuels associés, exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin [...] ou d'un pharmacien et qui participent à l'activité de médecine, d'odontologie ou de pharmacie.

9.4 La rémunération des médecins

L'article R. 6152-23 du code de la santé publique dispose que « les praticiens perçoivent, après service fait, attesté par le tableau mensuel de service réalisé [...] :

1° des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés. [...] ;

2° des indemnités et allocations dont la liste est fixée par décret ».

Le CHIL dispose, pour chaque mois, par service, du tableau mensuel de service qui permet de s'assurer la réalité de la présence des médecins.

Parmi les indemnités pouvant leur être versées en application de l'article D. 6152-23-1 du code de la santé publique, figurent celles pour « service public exclusif » lorsque le praticien ne pratique pas d'activité libérale (signature d'un « contrat d'engagement de service exclusif »).

L'indemnité de chef de pôle bénéficie à cinq médecins sur la base d'une décision du directeur de l'hôpital désignant les cinq chefs de pôle.

9.4.1 Les indemnités liées à la permanence des soins

Les médecins de l'hôpital sont tenus de participer à la permanence des soins. En contrepartie, ils sont amenés à percevoir des indemnités spécifiques, selon des modalités fixées par l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique.

9.4.1.1 Les indemnités de sujétion

Pour assurer la permanence des soins, les médecins peuvent être amenés à travailler, dans le cadre de leurs obligations de service, de nuit, le dimanche, le samedi après-midi ou un jour férié.

Le travail de nuit, de week-end ou en jour férié est indemnisé par l'attribution d'une indemnité de sujétion dont les modalités de versement sont prévues par l'arrêté interministériel du 30 avril 2003. Le montant de l'indemnité de sujétion est ainsi fixé à 267,82 € pour une nuit, un dimanche ou un jour férié et à 133,90 € la demi-nuit ou le samedi après-midi.

A l'hôpital de Wissembourg, cette indemnité est perçue par les médecins du pôle ARBUS, notamment ceux affectés au service des urgences. Le tableau de présence effective permet de déterminer le nombre des indemnités de sujétion à verser.

9.4.1.2 Les indemnités d'astreintes

La permanence des soins est aussi assurée grâce au dispositif des astreintes à domicile, périodes durant lesquelles le médecin est chez lui mais peut être appelé à tout moment pour une intervention à l'hôpital. Ces astreintes à domicile font l'objet d'une rémunération selon des tarifs définis par le même arrêté du 30 avril 2003. Lorsque le médecin est amené à se rendre à l'hôpital durant sa période d'astreinte, son temps de déplacement et son temps de travail sont décomptés en heures. Ces heures peuvent, par la suite, être soit intégrées dans les obligations de service du médecin (avec indemnisation d'une demi-indemnité de sujétion par plage de cinq heures), soit indemnisées (comme une demi-période de temps de travail additionnel – cf. ci-dessous). Une forfaitisation de l'indemnité d'astreinte peut être décidée par le directeur de l'établissement, après avis de la commission médicale

d'établissement. Le montant peut atteindre 189,96 € pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires.

L'instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 prévoit que « la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) propose un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes ».

A l'hôpital de Wissembourg, les indemnités d'astreinte sont attribuées de manière forfaitaire, selon les spécialités des médecins et un barème qui n'est ni formalisé, ni validé par le directeur de l'établissement. Le règlement intérieur de la COPS, qui devrait établir les modalités de fonctionnement des astreintes et mettre à jour lesdits forfaits, n'a pas été validé. La chambre invite le CHIL à le faire sans tarder.

L'ordonnateur indique qu'une réunion de la COPS est prévue en septembre 2019 pour adopter son règlement intérieur.

Rappel du droit n° 5 : Adopter le règlement intérieur de la COPS et, a minima, formaliser dans un arrêté du directeur les modalités d'indemnisation des astreintes conformément à l'instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014.

9.4.1.3 L'indemnisation du temps de travail additionnel

En outre, les médecins peuvent être amenés à assurer un temps de travail additionnel (TTA), sur la base du volontariat, qui peut être rémunéré comme le prévoit l'article L. 6152-27 du code de la santé publique. Les modalités de rémunération sont prévues à l'article 13 de l'arrêté du 30 avril 2003 : une « période de TTA » est rémunérée 321,37 € en journée et 479,64 € la nuit, le dimanche ou les jours fériés.

Conformément à l'instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014, les besoins prévisionnels de recours à des contrats de TTA doivent être arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle. Chaque médecin volontaire pour assurer des TTA doit signer un contrat avec le directeur et le chef de pôle, qui fixe le nombre de plages de TTA susceptible de lui être attribué. Les TTA doivent figurer dans les tableaux de service afin de pouvoir être décomptés puis, le cas échéant, rémunérés tous les quatre mois. L'établissement doit en outre tenir un registre du TTA comportant l'ensemble des contrats des médecins assurant du TTA.

Pour assurer la permanence des soins, le CHIL demande à ses médecins, notamment urgentistes, d'assurer des plages de TTA.

La chambre constate cependant que, depuis 2016, les contrats de TTA que chaque médecin devrait signer ne sont pas actualisés. Pour expliquer cette absence d'actualisation, il met en avant la difficulté de préciser les modalités de décompte du TTA des médecins urgentistes depuis qu'une instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 a rappelé que le temps de travail des médecins urgentistes devait être décompté en heures (et non en demi-journées comme c'est le cas pour les autres médecins) et intégrer des plages de travail clinique (39 h) et non-clinique (9 h).

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les plages de TTA sont donc indemnisées sans que les médecins ne possèdent de contrat le permettant, ni que les règles de décompte soient formalisées.

La chambre invite le CHIL à respecter les obligations réglementaires liées au paiement du temps de travail additionnel des médecins.

La chambre prend note qu'une réunion de la COPS est prévue en septembre 2019 pour valider les contrats de temps de travail additionnel.

Rappel du droit n° 6 : Respecter les obligations réglementaires liées au paiement du temps de travail additionnel des médecins, rappelée dans l'instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015.

9.4.2 La « part variable » des indemnités des médecins contractuels

Pour assurer la continuité des soins, l'hôpital est amené à faire appel à des médecins contractuels, recrutés sur le fondement du troisième alinéa de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. Ils interviennent ponctuellement, selon un calendrier précisé dans leur contrat, pour un nombre défini de demi-journées par mois. Les contrats sont en principe établis à la fin du mois précédant celui durant lequel ils doivent intervenir.

La rémunération de ces médecins, conformément à l'article R. 6152-709 du code de la santé publique, comprend deux parts. Si la part fixe est « alignée sur celle d'un praticien hospitalier » à tel ou tel échelon, conformément à l'article précité, les modalités de calcul de la part variable ne sont cependant jamais définies dans le contrat alors que, en application de l'article R. 6152-711 et de l'arrêté du 14 octobre 2010 combinés, le montant versé devrait être calculé en fonction de l'atteinte d'objectifs prévus au contrat.

De même, le contrat à durée indéterminée d'un praticien attaché contractuel recruté sur le fondement du 2^{ème} alinéa de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique devant intervenir une demi-journée par semaine prévoit que l'intéressé « est rémunéré sur la base des émoluments alloués aux praticiens attachés associés », ce qui n'est pas suffisant pour pouvoir assurer les calculs de liquidation. Par ailleurs, la fiche de paie du médecin n'est pas en cohérence avec le contrat : elle mentionne un temps de travail de 40 % alors que le contrat ne prévoit une présence qu'une demi-journée par semaine, soit un temps partiel de 10 %.

En fait, le service des ressources humaines calcule le montant des rémunérations sur la base d'un montant négocié avec le médecin lors de son embauche, mais non formalisé dans le contrat.

La chambre rappelle que, si l'hôpital peut recourir à des médecins contractuels, les stipulations de leur contrat doivent être suffisamment précises pour permettre d'assurer la liquidation des paies.

A la suite du contrôle de la chambre, les contrats des médecins ont été complétés avec les éléments permettant de déterminer le montant des rémunérations à verser.

10. LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

Les actes et consultations externes (ACE) sont des prestations dispensées dans les établissements de santé en dehors d'une hospitalisation. Ils recouvrent des activités très diverses allant de la consultation simple d'un médecin généraliste ou spécialiste à des soins ou actes medicotechniques complexes pouvant mobiliser les plateaux techniques hospitaliers tel que le plateau d'imagerie. Ils comprennent également les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation.

Les ACE sont soumis à une tarification fixée selon les mêmes modalités que la tarification en ville, c'est-à-dire par des conventions liant l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux. Les ACE ne sont pas inclus dans le périmètre des groupes homogènes de séjour (GHS), base de calcul de la tarification à l'activité (T2A).

Outre les urgences et les actes de biologie, le centre hospitalier de Wissembourg propose des consultations dans différentes spécialités comme la médecine, la chirurgie, la

gynécologie, la pédiatrie, la cardiologie, l'addictologie ou la radiologie. L'ensemble de cette offre est conventionné en secteur 1 et ne fait donc pas l'objet de dépassement d'honoraires.

Les ACE représentent un enjeu non seulement financier mais aussi stratégique et d'image : les consultations sont souvent la porte d'entrée et la vitrine de l'hôpital. Une offre large d'ACE et une gestion dynamique de ces prestations contribuent à dynamiser l'activité de l'hôpital dans son ensemble.

10.1 Le décompte de l'activité ACE

Depuis 2016 l'activité des consultations externes est en baisse, en nombre de forfaits de consultations facturés à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)¹⁰, la diminution étant de 11 % en 2017 par rapport à 2013. Cette évolution est liée au départ en retraite de certains médecins en 2016 et à l'absence exceptionnelle d'un chirurgien en 2017.

Le nombre d'unités de valeurs (B)¹¹ des actes de biologie réalisés sur la période 2013 - 2017 est en augmentation de 3,4 %.

Les recettes perçues au titre des ACE représentent 17 % des recettes de l'activité MCO.

10.2 La stratégie de l'établissement en matière d'ACE

Source de recettes, les ACE constituent un enjeu financier pour le CHIL. C'est aussi un enjeu d'attractivité et un enjeu sanitaire dans la mesure où cela permet d'offrir aux habitants du territoire les consultations de spécialistes dont ils ont besoin, et qu'ils ne trouvent plus forcément en ville.

Afin de promouvoir son offre ACE, l'établissement assure une communication régulière avec les praticiens de ville par le biais d'invitations à des conférences médicales, courriers d'information, de séminaires, de supports de communication et via son site internet.

L'établissement ne dispose pas d'outils de pilotage dédiés à l'activité ACE. Il n'existe pas d'instance de gouvernance spécifique. Le niveau de satisfaction des patients, leur provenance ainsi que le nombre de premières consultations ne sont pas connus par l'établissement

L'hôpital a diligenté, en 2013, deux audits de son activité ACE, l'un relatif aux secrétariats médicaux et l'autre à l'optimisation des actes et consultations externes.

¹⁰ La comptabilisation des consultations, à l'hôpital de Wissembourg comme dans l'ensemble des hôpitaux, intègre la comptabilisation séparée de certaines majorations (« majorations coordination spécialistes » par exemple). Cela peut conduire à comptabiliser, dans les chiffres d'activité, une même consultation deux fois. Ainsi, alors que le nombre de consultations annoncé est de 49 602 pour 2017, il serait plus proche, selon les évaluations réalisées par la chambre, de 30 450.

¹¹ De même, pour les actes de biologie, les chiffres communiqués par l'établissement intègrent une décomposition de chaque acte en « unités de valeurs », appelées « B » selon une correspondance établie par la CCAM. L'unité de valeur permet de calculer ensuite le remboursement de la CPAM, un B étant valorisé 27 centimes. Ainsi, une analyse de cholestérol dans le sang est décomptée 5 B. Les chiffres communiqués par les hôpitaux lorsqu'il leur est demandé le nombre d'actes réalisés est en fait le nombre de « B », soit la valorisation des actes en unités de valeur. Ce chiffre ne correspond pas au nombre d'actes réellement effectués mais permet de comparer l'activité de chacun des laboratoires entre eux.

L'audit relatif à l'optimisation des actes et consultations externes a permis de constater que la facturation des ACE était réalisée avec qualité. En effet, le rapport relevait notamment qu'aucune source de recettes supplémentaires n'était détectée et que les majorations d'urgence étaient correctement appliquées.

L'audit sur l'organisation et le fonctionnement des secrétariats médicaux proposait principalement de mutualiser les secrétariats proches géographiquement, moderniser leur organisation et informatiser les dossiers de consultations, ce qui a en partie été réalisé.

10.3 L'offre d'actes et consultations externes proposée par l'établissement

En plus des urgences et du laboratoire, une douzaine de spécialités sont proposées en ACE au sein de l'établissement : ORL, odontologie, ophtalmologie, traumatologie ; gynécologie ; pédiatrie ; cardiologie ; angiologie ; pathologies du sommeil ; psychologie ; addictologie ; radiologie.

L'établissement ne possède pas de base de données lui permettant de définir son offre de soins en fonction des besoins de la population. Il se fonde donc sur la connaissance qu'ont les acteurs de l'établissement des besoins de la population et sur le retour des patients. L'identification des spécialités pour lesquelles aucun adressage de proximité immédiate n'est possible (pneumologie, chirurgie vasculaire) ou pour lesquelles les délais de prise en charge sont très longs (ophtalmologie, cardiologie, gynécologie) permet d'identifier les pistes de développement de l'activité.

Pour offrir la meilleure offre possible de soins, le CHIL s'inscrit dans une coopération de proximité avec le centre hospitalier de Haguenau formalisée dans le projet médico-soignant commun aux deux établissements : des pédiatres du centre hospitalier de Haguenau se déplacent au CHIL pour dispenser des consultations. Le projet, validé en 2018, prévoit également, sur le même modèle la mise en place de consultations en chirurgie vasculaire.

10.4 L'organisation mise en œuvre par l'établissement

10.4.1 Organisation spatiale et fonctionnelle

Le CHIL ne dispose pas d'un plateau unique de consultations externes. Néanmoins, le secrétariat des consultations externes de pré-anesthésie, cardiologie, apnées du sommeil, ORL et ophtalmologie a été mutualisé au secrétariat de médecine B à orientation cardiologique. Les autres consultations externes sont gérées dans les secrétariats respectifs.

Au 1^{er} septembre 2018, 2,7 ETP présents étaient consacrés aux secrétariats médicaux au titre des ACE. Les secrétaires des ACE sont polyvalentes. Elles assurent autant la prise des rendez-vous, l'accueil physique et téléphonique, la frappe des comptes rendus, le codage des actes sur indication du médecin, la facturation et l'encaissement.

10.4.2 La prise de rendez-vous et la gestion du dossier patient

Il n'y a aujourd'hui plus de consultations sans prise de rendez-vous. Celle-ci s'effectue auprès des secrétariats par téléphone ou de visu. Elle n'est pas possible par internet. Il n'existe pas de numéro d'appel unique pour les consultations externes. Si le patient ne connaît pas le numéro de ligne directe du secrétariat, il doit contacter le standard qui oriente son appel. La tenue des plannings des rendez-vous est informatisée.

Les données administratives du patient (identité, droits assurance maladie) sont renseignées dans le logiciel CPage par la secrétaire à l'arrivée du patient. Ce même logiciel est utilisé pour la codification, la facturation et l'encaissement.

Lorsque la consultation est informatisée, les données médicales (examens, synthèse rédigée par le médecin) sont versées directement dans le dossier informatisé du patient par l'intermédiaire du logiciel Atalante. À l'inverse, lorsque la consultation n'est pas informatisée, un dossier patient papier est constitué et conservé. À ce jour, seules les consultations effectuées aux urgences, en chirurgie générale, médecine et radiologie sont informatisées. Les autres consultations devraient l'être prochainement.

Recommandation n° 2 : Moderniser la gestion des ACE par la mise en place d'une possibilité de prise de rendez-vous par internet et l'informatisation complète des dossiers patients de toutes les consultations.

10.4.3 La facturation à l'assurance maladie

La facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) est le mode de facturation obligatoire pour les ACE. FIDES s'inscrit dans le prolongement de la tarification à l'activité. La loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 instaurant la T2A avait prévu par dérogation que les établissements de santé anciennement sous dotation globale ne facturent pas directement les séjours et l'activité externe à l'assurance maladie mais transmettent leur données d'activité à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) pour valorisation. La fin de cette dérogation fixée initialement en 2005 a été reportée à plusieurs reprises. La LFSS (loi de financement de la sécurité sociale) pour 2013 a fixé la fin de cette dérogation au 1^{er} mars 2016 pour l'activité externe et la LFSS pour 2014 au 1^{er} mars 2018 pour les séjours hospitaliers.

Le passage à FIDES ACE au CHIL a été effectué le 1^{er} août 2016. D'un premier bilan de la mise en œuvre du projet au sein de l'établissement dressé le 13 février 2017, il ressort que la bascule à FIDES a été effectuée à effectifs constants et que le taux de rejet de facturation de l'établissement s'élevait au second semestre 2017 à 2,8 % soit un taux inférieur aux données nationales et régionales constatées sur la même période.

10.4.4 La facturation au patient

La facturation au patient, pour la part restant à sa charge, est assurée par les secrétariats médicaux.

Le règlement peut se réaliser par télépaiement. Celui-ci a été mis en place au sein de l'établissement en mars 2016. Il reste pour l'instant peu utilisé et ne représente que 2 % des modes de paiement.

Le patient peut aussi régler la consultation sur place. L'encaissement se fait alors par les secrétaires médicales qui disposent d'une régie (une régie par secrétariat). Le règlement par carte bancaire n'est pas encore possible pour les ACE du secteur public à la différence de ceux du libéral. De plus, la télétransmission des feuilles de soins n'est pas effective pour les ACE du secteur libéral : une feuille de soins papier est remise au patient au moment du règlement.

La chambre recommande à l'établissement de proposer le mode de règlement par carte bancaire pour les actes et consultations externes du secteur public et l'invite à étendre la télétransmission des feuilles de soins aux ACE du secteur libéral.

Recommandation n° 3 : Proposer la possibilité de règlement par carte bancaire pour les actes et consultations externes du secteur public.

10.5 Les moyens affectés et le résultat financier

L'établissement a produit, sur demande de la chambre, des données relatives aux dépenses et recettes affectées aux ACE par unité fonctionnelle ainsi que les ETP qui leur sont consacrés. Selon ces données, depuis 2013, le résultat financier de cette activité serait déficitaire mais l'établissement aurait réussi à réduire de moitié son déficit sur la période. S'élevant à - 1,2 M€ en 2013, il ne serait plus que de - 0,7 M€ en 2017.

Cependant, selon ces données, sur la période 2013-2017, les produits, intégrant les remboursements de la sécurité sociale et le ticket modérateur, ont augmenté (+ 15 %). Les dépenses de personnel ont progressé de 19 % et les autres postes de dépenses ont été réduits, notamment le poste des charges indirectes (- 13,5 %) soit un gain de 383 768 €. L'hôpital n'a pas été en mesure de justifier l'évolution des différents postes de dépenses dont celui du personnel.

Dès lors, la fiabilité des données fournies, notamment celles concernant les charges de personnel et celles relatives aux charges indirectes, n'est pas assurée. Il en est de même, en conséquence, pour le résultat présenté et son évolution.

10.6 L'organisation et le suivi de l'activité libérale

Conformément aux articles L. 6154-1 du code de la santé publique et suivants, les praticiens peuvent exercer une activité libérale (consultations, actes et soins en hospitalisation) au sein des établissements dans lesquels ils ont été nommés à la triple condition suivante :

- d'exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier ;
- que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens, soit deux demi-journées maximum par semaine ;
- que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique (article L. 6154-2 du code de la santé publique).

La circulaire DHOS/M2 n° 2005-469 du 14 octobre 2005 précise les modalités de contrôle de l'activité libérale et le rôle de la commission locale de contrôle.

Dans son rapport de 2010, p.12, la chambre relevait le « *caractère excessif de l'activité libérale de consultations de trois praticiens* » et invitait l'établissement à adresser des courriers aux praticiens commettant des débordements, avant de saisir l'ARH pour signaler les faits et demander des suspensions de contrats provisoires, puis définitives.

En 2017, l'activité libérale au CHIL concerne, à nouveau, trois praticiens (un chirurgien, un cardiologue et un gynécologue obstétricien). Un radiologue assure en outre des consultations en activité libérale depuis le 1^{er} janvier 2018.

10.6.1 Les redevances perçues par le CHIL

Conformément aux dispositions de l'article L. 6154-3 du code de la santé publique, les praticiens exerçant une activité libérale doivent opter pour percevoir leurs honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire de l'établissement. Ils doivent également verser une redevance à l'hôpital en contrepartie de l'utilisation des locaux, du prêt des équipements et éventuellement de la participation du personnel hospitalier.

Les trois praticiens exerçant une activité libérale au CHIL ont choisi d'encaisser leurs honoraires par l'intermédiaire de l'établissement. Celui-ci reverse mensuellement les honoraires aux intéressés et prélève tous les trimestres le montant de la redevance due à l'hôpital.

Le montant des redevances perçues par l'établissement a représenté, en 2017, 32 123 € HT, soit 16 % des honoraires des médecins. Il est conforme aux modalités de calcul prévues par la réglementation.

10.6.2 L'information du patient

Lorsqu'un patient choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier, il doit recevoir au préalable toutes les indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix conformément aux dispositions de l'article R. 6154-7 du code de la santé publique. En cas d'hospitalisation au titre de l'activité libérale, le choix du patient doit être formulé par écrit. Enfin, le praticien doit également, en application de l'article R. 1111-22 du code de la santé publique, « *afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements d'honoraires* ».

La prise en charge en libéral au CHIL s'effectue sans dépassement d'honoraires pour l'ensemble des spécialités. L'information du patient est délivrée par la secrétaire au moment de la prise de rendez-vous. Pour une hospitalisation en libéral, le patient est informé au moment de la consultation préalable à l'opération, avec signature d'un document précisant la nature de l'opération, le montant à régler, ainsi que l'indication de non dépassement d'honoraire. L'obligation d'affichage est également respectée.

Les délais de rendez-vous sont sensiblement les mêmes en secteur public ou libéral. La secrétaire propose au patient la première plage horaire disponible en lui indiquant la nature de la prise en charge. Le refus du patient de faire l'avance des frais, imposée lors d'une consultation en « libéral », est la raison la plus régulièrement invoquée pour justifier le choix d'une consultation en secteur « public ».

10.6.3 Le non-respect des conditions d'exercice de l'activité libérale

Pour effectuer le contrôle relatif à la durée consacrée à l'activité libérale, la circulaire DHOS/M n° 2003-219 du 6 mai 2003 prévoit que les tableaux de service doivent en mentionner les plages d'exercice.

Il s'avère que les praticiens du CHIL ne différencient pas sur les tableaux de service, l'activité libérale de l'activité publique. L'établissement n'a mis en place aucun autre dispositif permettant de suivre le temps passé par chaque médecin au titre de l'activité libérale. En conséquence, la commission d'activité libérale n'est pas en mesure d'identifier avec certitude le respect du plafond de 20 % du temps de travail consacré à l'activité libérale.

A la suite du contrôle de la chambre, les tableaux de services prévisionnels et réalisés ont été modifiés depuis janvier 2019 et font apparaître expressément le temps consacré à l'exercice libéral.

Par ailleurs, les données transmises par l'établissement montrent qu'un praticien a systématiquement réalisé un nombre de consultations en libéral supérieur à celui effectué en public, contrairement à ce que prévoit la réglementation. Ce médecin justifie ce non-respect par le fait qu'il consacre une grande part de son temps aux activités administratives et de gouvernance de l'hôpital, ce qui l'empêcherait de réaliser des consultations publiques. Cet argument ne saurait justifier un non-respect de la réglementation. Un second praticien réalise des actes dans le cadre de son activité libérale dont la valorisation est supérieure à celle des actes effectués dans le cadre de son activité publique, même si le nombre de ces derniers reste supérieur à celui des actes relevant du secteur libéral.

Rappel du droit n° 7 : Respecter les articles L. 6154-1 et suivants du code de la santé publique relatifs à l'exercice de l'activité libérale des médecins en secteur hospitalier.

10.6.4 Le contrôle de l'activité par la commission d'activité libérale

Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale (CAL) est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale.

10.6.4.1 Le président de la commission d'activité libérale

La CAL était présidée, jusqu'en 2016, par un médecin de l'établissement lui-même concerné à titre personnel par l'exercice d'une activité libérale, par ailleurs président de la commission médicale d'établissement. Le décret n° 2017-523 du 17 avril 2017 interdit désormais cette configuration, délicate sur le plan déontologique. La commission réunie le 9 novembre 2017 n'a pas élu de nouveau président, faute de candidat. Ce n'est que lors de sa séance du 16 novembre 2018, qu'un médecin ne pratiquant pas d'activité libérale en a été élu président.

10.6.4.2 Un suivi insuffisant jusqu'en 2018

Le compte rendu de la commission du 31 août 2016 mentionne que « *la comparaison activité publique / libérale [pour l'année 2015] est conforme aux textes pour MM. les docteurs ...* ». L'analyse des relevés d'activité 2014 lors de la commission du 30 avril 2015 est la suivante : « *la comparaison activité publique / activité libérale est conforme aux textes pour l'ensemble des praticiens* ». La même mention figure pour l'année 2013 au compte rendu de la commission du 24 avril 2014.

Pourtant, les praticiens concernés ne respectent pas tous les règles relatives à l'exercice d'une activité libérale.

La chambre observe que la commission d'activité libérale n'a pas suffisamment joué son rôle de contrôle jusqu'en 2018, en ne relevant pas la contradiction existant entre les données produites et la réglementation issue de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique et de la circulaire n° DHOS/M2/2005/469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale.

Faisant suite à son contrôle, lors de la commission réunie le 16 novembre 2018, le directeur du CHIL a rappelé qu'il revenait à la CAL de s'assurer du respect des dispositions relatives à l'activité libérale. Il a relevé les écarts avec la réglementation. Il a proposé « *qu'au nom de la CAL un courrier soit adressé individuellement à chaque praticien pour tracer les constats* » et demandé « *un retour écrit des mesures correctives mises en œuvre* ».

La chambre rappelle, comme elle l'avait fait dans son précédent rapport, que le directeur de l'établissement ou le président de la commission d'activité libérale en application de l'article L. 6154-6 du code de la santé publique, « *porte à la connaissance du directeur général de l'agence régionale de santé tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements ou des stipulations du contrat qu'il a conclu [...]. Lorsqu'un praticien méconnaît ces obligations, l'autorisation [d'exercer une activité libérale] peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de la commission régionale [de l'activité libérale]* ».

La chambre recommande à la commission ainsi qu'à la direction de l'établissement d'exercer effectivement leur contrôle et de rappeler à l'ordre les médecins concernés.

Rappel du droit n° 8 : Contrôler l'exercice de l'activité libérale des médecins hospitaliers en application de l'article L. 6154-6 du code de la santé publique.
--

RAPPELS DU DROIT

- n° 1 : Respecter le rythme de réunion des différentes instances de l'établissement, conformément aux articles R. 6143-11 et D. 6143-35-5 du code de la santé publique.
- n° 2 : Adopter le règlement intérieur de l'établissement mentionné à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.
- n° 3 : Formaliser les contrats de pôle prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.
- n° 4 : Établir un inventaire physique des immobilisations en application des prescriptions de la nomenclature M21.
- n° 5 : Adopter le règlement intérieur de la COPS et, a minima, formaliser dans un arrêté du directeur les modalités d'indemnisation des astreintes conformément à l'instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014.
- n° 6 : Respecter les obligations réglementaires liées au paiement du temps de travail additionnel des médecins, rappelée dans l'instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015.
- n° 7 : Respecter les articles L. 6154-1 et suivants du code de la santé publique relatifs à l'exercice de l'activité libérale des médecins en secteur hospitalier.
- n° 8 : Contrôler l'exercice de l'activité libérale des médecins hospitaliers en application de l'article L. 6154-6 du code de la santé publique.

RECOMMANDATIONS

- n° 9 : Formaliser les procédures de gestion et de contrôle interne.
- n° 10 : Moderniser la gestion des actes et consultations par la mise en place d'une possibilité de prise de rendez-vous par internet et l'informatisation complète des dossiers patients de toutes les consultations.
- n° 11 : Proposer la possibilité de règlement par carte bancaire pour les actes et consultations du secteur public.

ANNEXE 1 : Chiffres de l'activité hospitalière du CHIL

Chiffres de l'activité du CH de Wissembourg

	Lits installés 2017	Entrées						Journées						DMS					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine	49	2 513	2 506	2 429	2 308	2 307	2 164	17 997	17 652	16 634	16 785	15 849	16 029	7,2	7,0	6,8	7,3	6,9	7,4
<i>évolution d'une année sur l'autre</i>			-0,3%	-3,1%	-5,0%	0,0%	-6,2%		-1,9%	-5,8%	0,9%	-5,6%	1,1%						
USC	8	586	607	625	647	608	495	1 907	1 728	1 821	1 794	1 996	1 886	3,3	2,8	2,9	2,8	3,3	3,8
Maternité / gynécologie	16	737	725	666	704	671	648	2 825	2 528	2 367	2 535	1 963	1 964	3,8	3,5	3,6	3,6	2,9	3,0
<i>dont maternité</i>	10	386	365	349	372	317	306	1 785	1 571	1 514	1 568	1 286	1 261	4,6	4,3	4,3	4,2	4,1	4,1
Chirurgie	14	1 099	972	1 028	1 026	989	935	4 220	3 574	3 548	3 429	3 585	3 679	3,8	3,7	3,5	3,3	3,6	3,9
<i>évolution d'une année sur l'autre</i>			-11,6%	5,8%	-0,2%	-3,6%	-5,5%		-15,3%	-0,7%	-3,4%	4,5%	2,6%						
UHCD	2	287	176	149	166	265	339	287	176	149	166	213	283	1,0	1,0	1,0	1,0	0,8	0,8
Total	89	5 222	4 986	4 897	4 851	4 840	4 581	27 236	25 658	24 519	24 709	23 606	23 841						
<i>évolution d'une année sur l'autre</i>			-4,5%	-1,8%	-0,9%	-0,2%	-5,4%		-5,8%	-4,4%	0,8%	-4,5%	1,0%						
SSR	25	438	342	382	354	374	357	6 923	8 122	8 472	8 578	8 628	8 773	15,8	23,7	22,2	24,2	23,1	24,6
Total lits	114	5 660	5 328	5 279	5 205	5 214	4 938	34 159	33 780	32 991	33 287	32 234	32 614						
	Places installés 2017																		
Hôpital de jour	8							313	325	345	329	303	281						
Ambulatoire autres	5							995	1 102	1 074	1 179	1 265	1 213						
SSR cardiologique	12							3 520	3 797	3 966	4 189	4 315	3 730						
Total	25							4 828	5 224	5 385	5 697	5 883	5 224						
<i>évolution d'une année sur l'autre</i>									8,2%	3,1%	5,8%	3,3%	-11,2%						

Source : rapports d'activité annuels de l'établissement

ANNEXE 2 : Tableaux d'analyse financière des budgets annexes

Tableau 1 : Évolution des principaux agrégats financiers des budgets N et P
(SSIAD et CSAPA) 2012-2017

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2012-2017
Produits de l'activité	1 727 377	1 732 250	1 720 745	1 761 705	1 777 061	1 830 232	5,95 %
= Chiffre d'affaires	1 727 377	1 732 250	1 720 745	1 761 705	1 777 061	1 830 232	5,95 %
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	247 669	259 307	210 400	188 725	230 565	241 642	-2,43 %
= Production propre	1 479 708	1 472 943	1 510 345	1 572 980	1 546 496	1 588 590	7,36 %
- Achats	12 070	13 796	16 208	18 222	11 212	12 467	3,29 %
- Services extérieurs	45 994	47 079	46 216	46 945	62 457	56 746	23,38 %
- Autres services extérieurs	134 473	138 401	139 221	142 552	144 409	150 685	12,06 %
= Valeur ajoutée	1 287 171	1 273 667	1 308 701	1 365 261	1 328 418	1 368 692	6,33 %
+ Subventions d'exploitation	6 639	5 601	1 447	1 223	139	0	
- Charges totales de personnel	1 176 709	1 223 115	1 269 923	1 238 152	1 239 094	1 288 569	9,51 %
= Résultat économique brut	117 101	56 153	40 224	128 332	89 463	80 123	-31,58 %
+ Autres produits de gestion	0	0	3 990	2 225	0	0	
= Marge brute d'exploitation	117 101	56 153	44 214	130 557	89 463	80 123	-31,58 %
+ Produits exceptionnels réels	0	0	0	840	0	0	
- Charges exceptionnelles réelles	1 061	7 015	68	0	0	673	-36,57 %
= Capacité d'autofinancement brute	116 040	49 138	44 147	131 397	89 463	79 450	-31,53 %
Dotations aux amortissements nettes des reprises	1 474	501	20 981	5 604	5 515	5 751	
Dotations aux provisions nettes des reprises	0	42 836	1 625	14 662	2 025	-26 013	
Résultat net	114 566	5 801	21 541	111 131	81 923	99 712	
<i>en % du total des produits</i>	6,61%	0,33%	1,25%	6,29%	4,61%	5,45%	

Source : comptes financiers, logiciel ANAFI et retraitements CRC

Tableau 2 : Évolution des principaux agrégats financiers du budget A (DNA) 2012-2017

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2012-2017
Produits annexes	496 717	502 913	490 045	541 624	506 923	507 837	2,24 %
= Chiffre d'affaires	496 717	502 913	490 045	541 624	506 923	507 837	2,24 %
= Production totale	496 717	502 913	490 045	541 624	506 923	507 837	2,24 %
= Production propre	496 717	502 913	490 045	541 624	506 923	507 837	2,24 %
- Achats	3 169	3 116	3 323	3 396	3 770	3 843	21,27 %
- Services extérieurs	30 737	46 142	49 177	55 123	49 769	45 250	47,22 %
- Autres services extérieurs	29 925	28 151	25 388	37 555	29 743	27 701	-7,43 %
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	4 672	4 735	4 279	4 249	2 250	0	
= Valeur ajoutée	428 214	420 770	407 879	441 301	421 392	431 043	0,66 %
+ Subventions d'exploitation	552	723	1 375	873	80	0	
- Charges totales de personnel	396 299	391 704	396 017	372 223	379 225	407 492	2,82 %
= Résultat économique brut	32 467	29 788	13 237	69 951	42 247	23 551	-27,46 %
- Autres charges de gestion	0	0	0	0	2 931	0	
= Marge brute d'exploitation	32 467	29 788	13 237	69 951	39 317	23 551	-27,46 %
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	75	0	0	894	0	1 260	
- Charges exceptionnelles réelles	0	0	0	0	2 500	1 260	
= Capacité d'autofinancement brute	32 542	29 788	13 237	70 844	36 817	23 551	-27,63 %
<i>en % de la CAF consolidée</i>	2,79%	1,38%	0,78%	4,66%	1,73%	1,58%	-43,37 %
Dont dot. nettes aux am. budget A	24 154	26 140	29 948	14 507	6 102	7 611	
Dont dot. nettes aux prov. budget A	3 410	2 930	-1 680	2 040	-939	6 767	
Résultat net du budget A	4 978	718	-15 031	54 297	31 654	9 173	
<i>en % du total des produits</i>	1,00%	0,14%	-3,06%	9,99%	6,24%	1,80%	

Source : comptes financiers, logiciel ANAFI et retraitements CRC

**Tableau 3 : Évolution des principaux agrégats financiers du budget C (l'école des aides-soignants)
2012-2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2012-2017
+ Prestations services, travaux, études et divers	22 865	14 411	14 631	15 010	19 450	16 779	-26,62 %
+ Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'activités	150 575	138 207	138 512	138 777	148 654	143 811	-4,49 %
= Chiffre d'affaires	173 440	152 619	153 143	153 787	168 104	160 590	-7,41 %
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	<i>0,44%</i>	<i>0,37%</i>	<i>0,37%</i>	<i>0,37%</i>	<i>0,41%</i>	<i>0,38%</i>	
= Production propre	173 440	152 619	153 143	153 787	168 104	160 590	-7,41 %
- Achats	631	368	771	446	364	500	-20,76 %
- Sces extérieures	22 632	22 627	22 585	21 702	22 351	22 104	-2,33 %
- Autres services extérieurs	13 328	13 603	13 710	13 722	13 981	14 473	8,59 %
= Valeur ajoutée	136 849	116 021	116 076	117 917	131 408	123 513	-9,75 %
+ Autres subventions	806	895	1 508	806	89	0	
- Charges totales de personnel	123 752	123 447	120 189	125 946	124 231	129 351	4,52 %
= Résultat économique brut	13 902	-6 531	-2 604	-7 223	7 266	-5 837	-141,99 %
= Marge brute d'exploitation	13 902	-6 531	-2 604	-7 223	7 266	-5 837	-141,99 %
= Capacité d'autofinancement brute	13 902	-6 531	-2 604	-7 223	7 266	-5 837	-141,99 %
<i>en % de la CAF consolidée</i>	<i>1,19%</i>	<i>-0,30%</i>	<i>-0,15%</i>	<i>-0,48%</i>	<i>0,34%</i>	<i>-0,39%</i>	<i>-132,77 %</i>
Quote-part subvention d'investissement virée au résultat	2 000	2 000	1 730	1 730	1 730	1 730	
Dotations aux amortissements nettes des reprises	4 606	2 799	1 241	1 801	1 801	1 711	
Dotations aux provisions nettes des reprises	480	0	0	-1 420	0	0	
Résultat net	10 816	-7 330	-2 115	-5 874	7 195	-5 818	
<i>en % du total des produits</i>	<i>6,21%</i>	<i>-4,77%</i>	<i>-1,37%</i>	<i>-3,80%</i>	<i>4,28%</i>	<i>-3,62%</i>	

Source : comptes financiers, logiciel ANAFI et retraitements CRC