



Rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTAN

(Orne)

Exercices 2017 à 2021

Observations délibérées le 31 août 2023

SOMMAIRE

Synthèse	1
Principales recommandations	2
Obligations de faire	2
I. Rappel de la procédure	2
II. L'hôpital d'Argentan au sein de son territoire	3
A. Une offre bien implantée dans le bassin de population	3
1. Origine territoriale de la patientèle	3
2. Les parts de marché	4
3. Tension pesant sur les professionnels de santé de ville	4
B. Offre de soins et projet médical	5
1. Un hôpital généraliste de proximité	5
2. Perspectives des projets médicaux de l'établissement	6
C. L'évaluation de la qualité des soins	7
1. La certification par la Haute autorité de santé	7
2. Les droits et l'information des patients	8
D. La fin du rapprochement avec le CH de Falaise fragilise les coopérations existantes	8
1. Une longue période de direction commune avec le CH de Falaise	8
2. Des complémentarités médicales qui avaient été recherchées	8
E. Le cadre du groupement hospitalier de territoire Normandie Centre	9
1. Les ensembles territoriaux dessinés par l'ARS	9
2. Le périmètre du GHT Normandie Centre	9
3. Le projet médical partagé	9
4. Les fonctions administratives mutualisées	10
III. L'organisation interne	10
A. L'équipe de direction	10
B. Le fonctionnement institutionnel	11
1. Les instances de l'établissement	11
2. La commission d'organisation de la permanence des soins	11
C. Les pôles d'activité de l'hôpital	12
1. La déclinaison par pôle	12
2. Des pôles qui n'ont pas les attributs de structures de gestion	12
D. La procédure budgétaire	13
1. Les EPRD et PGFP	13
2. Les rapports établis par le directeur	13
3. Le compte de résultat	13
IV. Analyse des équilibres financiers	14
A. Une activité qui ne s'est pas redressée au niveau pré-pandémique	14
B. Ratios de performance organisationnelle	15
1. Les taux d'occupation	15
2. Les durées moyennes de séjour et l'indice de performance	15
3. Le niveau de chirurgie ambulatoire	16
4. Le niveau élevé des chambres individuelles, un atout pour l'établissement	16
5. Le taux d'entrée via les urgences	16
6. Les parcours internes des patients	17

C.	Tenue des comptes.....	17
1.	Provisions	17
2.	Actif et amortissements	18
3.	L'absence de dette fiscale et sociale	18
4.	Les régies	18
D.	Le cycle d'exploitation	18
1.	Les soldes de gestion	19
2.	Les produits	22
3.	Les charges	24
E.	Le financement de l'investissement	25
1.	Le tableau de financement	25
2.	Les dispositifs nationaux d'appui à l'investissement.....	25
3.	Un fort désendettement sur la période.....	25
4.	Perspectives du PGFP	27
F.	Investissements et vétusté du patrimoine.....	27
1.	Niveau des dépenses d'équipement.....	27
2.	Un ensemble de bâtiments rénovés ou récents.....	28
3.	Des projets de rénovation conduits selon un ordre de priorité.....	28
4.	Du matériel biomédical à renouveler	28
V.	Ressources humaines et affaires médicales	28
A.	Ressources humaines non médicales	29
1.	La masse salariale.....	29
2.	Effectifs du personnel non médical	29
3.	Le temps de service et son tempérament.....	31
4.	Absences et remplacements	32
5.	Avantages en nature.....	32
B.	Ressources humaines médicales	32
1.	Une stabilité globale des effectifs médicaux qui masque une situation de profond déséquilibre	32
2.	Les irrégularités relatives au statut médical	34
3.	Les contrats de remplacement, l'« intérim » médical	37
4.	Les désordres constatés dans la permanence des soins	38
5.	L'activité libérale organisée dans l'établissement	40
	Annexes.....	41

SYNTHESE

Le centre hospitalier d'Argentan se présente comme un hôpital généraliste de proximité, dont l'offre de soins diversifiée conserve, dans son bassin de population, une place prépondérante en médecine et en obstétrique, mais fait face à une concurrence plus forte en chirurgie. La diminution de plus de 25 % de sa capacité en lits en 2019, non encore formalisée, a permis d'optimiser son activité, en croissance jusqu'en 2020. Le renforcement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires, l'adaptation de l'offre à une patientèle plus âgée restent à conforter, tout comme les liens avec des professionnels de ville, alors que les urgences jouent un rôle croissant pour les soins non programmés du territoire.

Marquée par une période longue d'intérim, la direction commune avec le centre hospitalier de Falaise a structuré une coopération territoriale autour de la chirurgie et de la permanence des soins, qui a pris fin le 1^{er} septembre 2022, sans que toutes les garanties de maintien d'une organisation concertée semblent réunies. Le groupement hospitalier de territoire assure principalement la fonction « achats » pour l'établissement. Les axes du projet médical partagé le concernant n'ont pas été mis en œuvre. Le défaut de structuration des pôles internes de l'hôpital pendant la période contrôlée et l'absence de commission de permanence des soins montrent les limites du dialogue entre direction et communauté médicale.

L'activité hospitalière n'ayant pas retrouvé à ce jour le niveau pré-pandémique, les finances de l'établissement demeurent très dépendantes des mécanismes de compensation et de garantie de financement qui couvrent en particulier les charges de personnel nouvelles issues de la conférence du « Ségur de la santé ». La fragilité du cycle d'exploitation est à mettre en regard d'un endettement qui reste élevé sur la période, avec une capacité d'autofinancement qui demeure soutenue par ces financements non liés à l'activité. Le besoin de renouvellement des matériels biomédicaux, déjà identifié grâce à une bonne tenue de l'inventaire, tout comme le financement de travaux de rénovation, limités à certains locaux stratégiques (blocs, urgences et maternité) grâce au bon état général des bâtiments, pourront être financés en partie avec le soutien à l'investissement apporté par les pouvoirs publics (dotation-socle et « investissements du quotidien »).

Les effectifs du personnel non médical ont légèrement crû sur la période, malgré la restructuration interne, inversant la tendance à la baisse constatée en 2018 et 2019. Le recours très important aux contractuels (à durée indéterminée pour l'essentiel), qui occupent 42 % des emplois permanents, contraire aux règles de rémunération et d'avancement, ne sera qu'atténué par le plan de mise en stage issu de l'accord local de 2022. Les modalités de réalisation de la journée de solidarité sont irrégulières. La mise en œuvre d'un contrôle automatisé des temps de service et un suivi des heures supplémentaires compensées améliorerait le pilotage des ressources humaines.

La gestion des affaires médicales présente des manquements, avec une situation de « surenchère » salariale qui n'a pas empêché l'accroissement des tensions récentes sur les effectifs. Avec 216 médecins intervenus dans l'établissement en 2021 pour 67 ETPT médicaux (hors internes), les contrats de remplacement courts, parfois à la journée, se sont succédé dans des conditions irrégulières. La mise en place de contrats de remplacement pour des praticiens au sein de leur propre service, la rémunération d'astreintes sans lien avec la réglementation ou l'invention d'un dispositif d'appel exceptionnel relèvent d'une logique d'entorses au long cours portées aux règles de gestion. De surcroît, l'impossibilité pour la direction de produire des tableaux de service, ou même les plannings médicaux des services, témoigne d'un renoncement à contrôler le temps médical, dans un contexte pourtant marqué par la couverture de nombre des lignes d'astreintes par des praticiens étrangers non habilités.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Inscrire dans le projet d'établissement les modalités d'organisation concertée de permanence des soins et d'imagerie avec le CH de Falaise, telles qu'arrêtées par l'ARS ;
2. en cohérence avec le CPOM et la lettre de mission au directeur, structurer une filière de soins gériatriques et poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire ;
3. amplifier la démarche de résorption de l'emploi précaire des effectifs non médicaux, par une politique de titularisation.

OBLIGATIONS DE FAIRE

4. Mettre en œuvre les dispositions relatives aux contrats de gestion avec les structures internes ;
5. instaurer un contrôle automatisé des temps de service et consolider le suivi des heures supplémentaires ;
6. instaurer la commission d'organisation de la permanence des soins ;
7. mettre fin aux irrégularités liées à la permanence des soins (rémunération globale des astreintes, médecins étrangers) ;
8. mettre un terme de rémunérations irrégulières de médecins (intérim des urgentistes, appels exceptionnels) ;
9. cesser les pratiques irrégulières de contractualisation (contrats courts successifs, modalités des contrats de remplacement) ;
10. mettre en place des tableaux de service permettant de vérifier la couverture médicale et le service fait.

I. RAPPEL DE LA PROCEDURE

La chambre régionale des comptes Normandie a inscrit à son programme de l'année 2022 l'examen de la gestion du centre hospitalier d'Argentan, pour les exercices 2017 à 2021. Par lettres en date du 4 novembre 2022, le président de la chambre en a informé M. Stéphane Péan, directeur, ainsi que M. Jérôme Le Brière, Mme Brigitte Courtois et M. Olivier Delahais, ordonnateurs précédents de la période sous revue.

Le contrôle s'est attaché à définir les risques pesant sur la gestion de l'établissement. La chambre relève la particulière diligence et la disponibilité des directeurs et agents de l'administration du centre hospitalier. Les entretiens de fin de contrôle avec le rapporteur, prévus par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, ont eu lieu le 17 février pour M. Péan et le 23 février pour Mme Courtois et M. Delahais. M. Le Brière n'a pas souhaité tenir un tel entretien.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du procureur financier, la chambre a arrêté, le 29 mars 2023, les observations provisoires, qui ont été transmises par lettres du 27 juin. Sur le fondement des réponses apportées, la chambre a pu arrêter, le 31 août 2023, le présent rapport d'observations définitives.

II. L'HOPITAL D'ARGENTAN AU SEIN DE SON TERRITOIRE

Le centre hospitalier Fernand-Léger d'Argentan, héritier de l'Hôtel-Dieu existant depuis le XII^e siècle, a été entièrement reconstruit après les bombardements de 1944, entre 1954 et 1956.

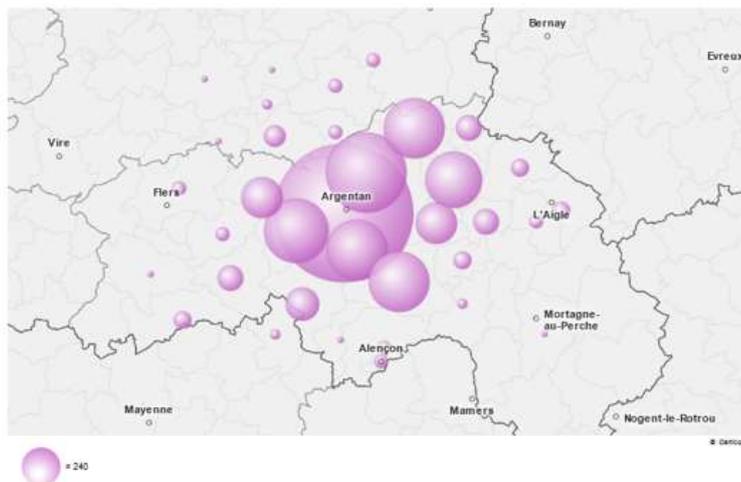
A. Une offre bien implantée dans le bassin de population

1. Origine territoriale de la patientèle

D'après les données de l'établissement, 90 % des patients résident dans l'Orne, 71 % dans l'arrondissement d'Argentan et 30 % dans la ville d'Argentan. La « zone d'attractivité » (qui représente 80 % du recrutement des patients de l'hôpital) a été définie en 2018, par l'analyse des 9 503 séjours de médecine et 2 607 séjours de chirurgie du CH d'Argentan.

Près du tiers concerne des patients venant de la seule ville d'Argentan, tandis que 58 % sont concentrés dans la communauté d'agglomération « Argentan Intercom », avec un rayonnement dans de petites villes du département, comme Vimoutiers ou Sées, mais aussi Falaise pour 116 séjours de chirurgie, traduisant l'organisation mutualisée de cette discipline entre les deux établissements.

Carte n° 1 : Représentation de la provenance des patients des séjours de médecine



Source : ATIH, portail Hospidiag

Le CH est un hôpital généraliste de proximité pour un bassin de population qui connaît un déclin démographique.

La population de la communauté de communes « Argentan Intercom », qui avait atteint en 1999 36 180 habitants, a perdu depuis plus de 2 700 habitants, atteignant l'étiage de 33 409 en 2019 (dernier dénombrement de l'INSEE). La répartition des populations par tranches d'âge confirme qu'à l'instar du reste de l'Orne (12,8 %), les personnes de 75 ans et plus représentent au sein de cette communauté de communes une part nettement plus importante (12,1 % et même 13,1 % dans la seule ville d'Argentan) qu'au niveau régional et national (10 % et 9,4 %). De même, les habitants de 60 à 74 ans constituent 21,2 % de la population, 3,3 points de plus que la moyenne normande et 4,6 points que la moyenne nationale, et 0,8 point de plus que la moyenne du département de l'Orne.

Une étude menée à l'occasion de l'élaboration de son nouveau projet médical 2023-2027 a souligné également quelques points caractéristiques liés à la santé de la population. Le

territoire de la communauté de communes d'Argentan connaîtrait le même taux de prévalence des affections de longue durée déclarées que la moyenne de Normandie (4,1 % pour les tumeurs malignes, 2,6 % pour les maladies coronaires, 2,5 % pour l'insuffisance cardiaque), c'est-à-dire en deçà des moyennes de l'Orne, et un taux de diabète, à 4,9 % qui est nettement plus bas que le département (5,8 %), la région (5,3 %) ou la moyenne nationale (5,1 %).

2. Les parts de marché

Dans cette zone, l'établissement est solidement implanté en médecine et en obstétrique, où il est prédominant, mais moins en chirurgie. En médecine, selon les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, (ATIH), l'hôpital représente autour de 60 % des parts de marché. Les établissements qui suivent se situent loin de lui, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen avec 10,3 % en 2021 et le CH d'Alençon avec 6,9 % en 2021. Il représente également 65,2 % en obstétrique en 2021 et 43,8 % en hospitalisation en cancérologie contre 14,6 % pour le centre de lutte contre le cancer (CLCC) François-Baclesse et 13,7 % pour le CHU. Pour les séances de chimiothérapie, il progresse d'1,5 point sur la période, à 30,5 % en 2021, passant en 2021 pour la première fois devant le CLCC. En revanche, en chirurgie, l'établissement n'atteint que 34,3 % en 2021, contre 35,3 % en 2019, concurrencé par le CHU et deux établissements privés de Caen. En SSR, 37 % des patients de la zone sont pris en charge (essentiellement en aval d'hospitalisations au sein de l'hôpital), contre 17 % au centre de médecine physique et de réadaptation de Bagnoles-de-l'Orne. Cette proportion peut sembler faible.

Ainsi, si le CH conserve sa position prépondérante en médecine et en obstétrique, quoique émoussée, il est concurrencé plus nettement en chirurgie et en séances de chimiothérapie.

3. Tension pesant sur les professionnels de santé de ville

L'examen de la carte des zones conventionnelles des médecins généralistes définies par l'assurance maladie permet de qualifier le niveau d'aide à l'installation, déterminé par la tension démographique : le bassin de vie d'Argentan fait partie, à l'instar d'une grande partie de l'Orne, des zones d'interventions prioritaires, bénéficiant du niveau d'aides le plus élevé. L'audit précité, visant à accompagner l'établissement dans la conclusion de son nouveau projet médical, faisait état, en 2020, de 68 médecins généralistes pour 100 000 personnes dans le ressort de la communauté de communes d'Argentan, contre 82 en Normandie et 90 à l'échelle nationale. 17,3 % de la population intercommunale est sans médecin traitant. On dénombre 13,9 sages-femmes libérales pour 100 000 personnes contre 17,8 en moyenne en Normandie et 25,4 en France.

Un pôle de santé libéral ambulatoire existe à Argentan, mais l'hôpital pallie aussi l'offre de santé déclinante en ville, en particulier par ses urgences. Renforcer les liens avec la médecine de ville fait partie des missions assignées au directeur actuel dans la lettre de mission de l'agence régionale de santé (ARS). Une « communauté professionnelle territoriale de santé » (CPTS), mode de coopération des professionnels de ville issu de la loi du 24 janvier 2016, est en cours de création. La période pandémique a permis de renforcer la collaboration avec ces professionnels de ville. L'hôpital indique que certains ont été associés à ce volet de l'élaboration du projet médical, qui inclut des actions visant au renforcement des liens noués. On relèvera toutefois que ces initiatives, qui figuraient déjà dans le CPOM précédent, restent modestes, sans partenariat structurant. Cette coopération entre hôpital et ville doit être confortée, la présence d'un pôle de santé et la création d'une CPTS représentant des opportunités pour l'établissement public, avec des instances permettant des échanges plus structurés et des interlocuteurs identifiés.

B. Offre de soins et projet médical

Hôpital de proximité, il propose néanmoins une offre généraliste complète en médecine, en chirurgie et en obstétrique, appuyée sur un plateau technique solide.

1. Un hôpital généraliste de proximité

a. Une diminution capacitaire à formaliser

La diminution pérenne du nombre de lits installés marque aussi cette période : entre 2017 et 2021, la capacité réelle d'hospitalisation complète est passée de 72 à 49 lits de chirurgie (- 23 lits) et de 166 à 148 lits en médecine (-18 lits), la réduction capacitaire menée en 2019 permettant d'ajuster l'organisation à l'activité constatée.

Toutefois, les lits déclarés comme installés par l'établissement, en particulier dans la déclaration obligatoire de la statistique des établissements de santé (SAE), restent ceux du début de période, sans prendre en compte cette baisse de 30 % en médecine et 40 % en chirurgie. Les ratios calculés sur cette base dans le portail Hospi-Diag sont par conséquent erronés. L'ARS a indiqué ne pas être informée de cette situation, ce décalage significatif pouvant être préjudiciable dans une situation de crise. Le directeur indique que les rectifications ont été faites. En outre, l'information publique apportée sur un site de référence, celui de la Fédération hospitalière de France, est tout aussi inexacte, faisant également figurer l'information obsolète des 165 lits de médecine, mais surtout une unité de soins de longue durée qui n'existe plus.

b. Une offre de soins qui demeure variée

La période a été marquée par la refonte du service de chirurgie, en 2019, qui a consisté à supprimer les différents services spécialisés pour créer une unité polyvalente de 24 lits et 10 lits de chirurgie de semaine. L'ophtalmologie constitue la première discipline chirurgicale, à un niveau stable (38 % en 2020). L'opération de la cataracte constitue l'essentiel de cette activité, représentant à elle seule 36 % de la totalité des opérations chirurgicales en 2019. En 2021, 23 % des séjours relevaient de la chirurgie digestive (le deuxième « groupement homogène de séjours » étant constitué des hernies) et 20 % d'orthopédie et traumatologie. La chirurgie des cancers est faible. Les blocs opératoires du CH d'Argentan sont dotés de cinq salles, actuellement en restructuration afin d'améliorer l'organisation et d'agrandir un des blocs de petite taille. L'activité chirurgicale du CH de Falaise est accueillie le soir, les samedis et dimanches. L'unité de gynécologie et obstétrique est constituée d'une maternité de niveau 1 (sans service de néonatalogie et de soins intensifs).

Le service de médecine est structuré autour de plusieurs grandes spécialités, la médecine interne et la pneumologie représentant environ la moitié des séjours. Les départs de plusieurs médecins de l'équipe de cardiologie fragilisent aujourd'hui cette discipline. Le nombre d'endoscopies digestives baisse également. La médecine et la chirurgie pédiatriques, complète et ambulatoire, constituent une unité séparée de 19 lits. Le CHA détient une autorisation des cancers digestifs et unité de chimiothérapie en hôpital de jour (1 343 séjours en 2019), en association avec le CLCC François-Baclesse, à Caen. Le service de soins de suite et de réadaptation est polyvalent, accueillant principalement de la traumatologie, pour des patients âgés pour moitié de plus de 75 ans (près de 92 % de patients provenant d'autres unités du CH d'Argentan).

Le service d'accueil des urgences comprend 5 lits dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et 4 lits dans une unité de soins continus (USC). Le CH assure une ligne de service médical d'urgence (SMUR). Les urgences pédiatriques sont prises en charge, en journée seulement, en service de pédiatrie et les urgences gynécologiques sont assurées dans le service de gynéco-obstétrique.

Si la biologie est totalement externalisée vers un laboratoire privé, l'hôpital peut s'appuyer sur un solide plateau technique d'imagerie, composé d'un scanographe (scanner), d'un mammographe, d'un ostéo-densitomètre au sein de l'hôpital ainsi que de l'IRM au sein du GCS Imagerie Territoire Argentan Falaise, partagé avec le centre hospitalier de Falaise et implanté au sein de ce plateau d'imagerie d'Argentan.

c. La permanence des soins

L'établissement assure une permanence des soins en établissement de santé (PDSES) pour la nuit, la nuit profonde (minuit à 8 heures), les samedis et dimanches pour l'anesthésie-réanimation, les chirurgies orthopédique et viscérale, en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie. Depuis 2018, elle couvre aussi celle des patients chirurgicaux du CH de Falaise. La permanence mise en place avec le CH de Falaise en imagerie les nuits en semaine a été supprimée le 1^{er} mai 2023. La permanence des soins repose sur une astreinte médicale opérationnelle, à l'exception des urgentistes, en garde sur place. Des lignes d'astreintes sont néanmoins instaurées par l'établissement en chirurgie urologique, cardiologie et en médecine la nuit en semaine, le samedi après-midi et le dimanche.

2. Perspectives des projets médicaux de l'établissement

a. Le cadre contractuel avec l'agence régionale de santé

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) quinquennal a été conclu le 11 juillet 2013, prolongé d'un an jusqu'en 2019. Le précédent contrat avait été partiellement exécuté. Certains objectifs ont été atteints rapidement (travaux des cuisines en 2014, structuration de la chirurgie ambulatoire), d'autres sont devenus obsolètes comme les partenariats avec le CH d'Alençon (filière de cardiologie, transfert en réanimation), d'autres sont toujours d'actualité mais non réalisés (la liste des actions en faveur des coopérations avec la ville est la même que celle encore en projet à ce jour).

Le nouveau CPOM a pris effet le 1^{er} octobre 2019, jusqu'en 2024. Il comporte davantage d'axes liés aux soins et à la qualité des filières, comme l'augmentation des entrées directes en médecine des patients de plus de 75 ans sans passage aux urgences, le développement de la médecine ambulatoire (hôpital de jour), la création de nouvelles consultations avancées de spécialité ou encore le développement de programmes d'éducation thérapeutique vers les malades chroniques. Il comprend également un volet « d'attractivité médicale », au regard de la fragilité de l'établissement, en développant les primes d'exercice territorial, les contrats de prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) ou encore des postes d'assistants spécialistes des hôpitaux.

b. Le bilan de l'ancien projet médical 2017-2019

L'ancien projet médical courant de 2017 à 2021 a été peu mis en œuvre : ainsi, le passage en maternité de niveau 2A n'a pas été accepté par l'ARS, tout comme l'autorisation de traitement du cancer du sein, le développement de l'onco-gériatrie et l'équipe mobile gériatrique n'ont pas été réalisés.

Seul l'axe du rapprochement avec le CH de Falaise a pris corps (voir *infra*), avec l'instauration de la direction commune, autour de postes de médecins partagés et de la permanence des soins, ainsi que celui du développement de l'hôpital de jour.

c. Le nouveau projet médical de l'établissement

Dans le cadre du nouveau projet d'établissement 2023-2027 en cours d'adoption, le projet médical est achevé. Il pourrait être résumé autour de trois grands axes structurants :

- le premier concerne le développement des prises en charge ambulatoires, notamment en hôpital de jour pour la diabétologie, cardiologie, addictologie, douleur et pneumologie. L'hôpital souhaite également développer les programmes d'éducation thérapeutique. Cet axe fait directement écho au CPOM en cours, avec des objectifs en cohérence ;
- le deuxième s'appuie sur les bénéfices attendus des travaux des blocs en cours, afin de conforter les trois principales disciplines chirurgicales, de la rénovation des urgences et de la maternité, afin d'accroître l'activité. Une demande d'un nouveau scanographe est également à l'étude, afin d'en affecter un aux urgences ;
- enfin, sont tracées des pistes de nouveaux partenariats, en cancérologie avec le CLCC et le CHU de Caen et une réflexion sur des consultations avancées en dermatologie et endocrinologie. Toutefois, sur ce dernier point, une mention traduit le positionnement particulier de l'établissement au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) porté par le CHU : « *malgré son appartenance à un GHT principalement « calvadosien », le CH d'Argentan, situé au centre de l'Orne, reste ouvert aux collaborations qui apparaîtront opportunes avec les hôpitaux voisins du département, notamment le CH d'Alençon et le CH de Flers* ».

d. La filière gériatrique en question

Si ce nouveau projet médical évoque une « structuration de la filière gériatrique », la réunion des services de court séjour gériatrique (25 lits) et de médecine polyvalente (35 lits) pour former deux unités polyvalentes de 35 lits et polyvalente à orientation gériatrique de 25 lits, semble à rebours des évolutions nationales et régionales sur la labellisation des filières de soins gériatriques, issues de la circulaire de 2007. Par ailleurs, le projet de création d'une équipe mobile gériatrique, évoqué depuis de nombreuses années, ne semble pas pouvoir émerger à moyen terme. La direction confirme cette position de retrait en l'expliquant par les difficultés particulièrement fortes de recrutement médical de médecins gériatres, qui ont conduit dans la période récente à limiter *de facto* à 15 le nombre de lits. En outre, le vaste pôle de « Médecine » englobe les différents services de médecine spécialisée, y compris gériatrique, le SSR et singulièrement l'EHPAD, dans une logique d'amont-aval qui ne semble pas de nature à valoriser les prises en charge spécifiques des patients âgés. Quant à la direction de la « filière gériatrique », elle est en réalité limitée à la seule gestion de l'EHPAD et de ceux en direction commune, et non pas à l'ensemble de l'offre gériatrique comme c'est fréquemment le cas désormais.

Pourtant, le CH d'Argentan accueille 30 % de patients ayant plus de 75 ans. A cet égard, le projet régional de santé détermine comme objectif d'« *organiser la gradation de l'offre notamment en ce qui concerne les courts séjours gériatriques, les places d'hospitalisation de jour, les équipes mobiles gériatriques, les consultations mémoires labellisées et les consultations avancées et définir leurs territoires d'intervention* ». Cette orientation est affirmée dans le CPOM comme dans la lettre de mission du directeur. A l'instar d'autres établissements, l'émergence d'un projet solide de prise en charge gériatrique, qui s'inscrirait dans ces orientations de santé publique, serait également de nature à attirer de nouvelles équipes médicales.

C. **L'évaluation de la qualité des soins**

1. La certification par la Haute autorité de santé

Le centre hospitalier a été certifié par la Haute autorité de santé avec une cotation « C » par décision du 18 février 2020, c'est-à-dire avec « obligation d'amélioration ». Après une visite de suivi en juin 2021, il a été coté « B » dans l'additif daté de septembre 2021. Une prochaine visite est prévue en décembre 2023.

Des recommandations classiques sont émises sur le « management de la prise en charge médicamenteuse du patient », la « gestion du risque infectieux », les « droits des patients », le « parcours du patient » et la « prise en charge des urgences et des soins non programmés ». L'établissement admet que son « plan d'actions qualité », trop large et comportant peu de priorités, n'est pas réellement opérant ; il est prévu qu'il soit refondu entièrement.

2. Les droits et l'information des patients

La commission des usagers se réunit régulièrement, trois fois par an. Son périmètre inclut la qualité des soins et les plaintes des usagers. Conformément au décret du 27 février 2014, l'établissement mène des enquêtes de satisfaction auprès des patients (E-Satis) et a développé aussi son propre questionnaire. Le suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) a été effectué pour l'année 2022, sur des dossiers de 2021, traçant des axes d'améliorations.

D. La fin du rapprochement avec le CH de Falaise fragilise les coopérations existantes

1. Une longue période de direction commune avec le CH de Falaise

Une convention de direction commune a été signée le 21 décembre 2018, unissant l'établissement avec le centre hospitalier de Falaise, dans le sud du Calvados, et les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Carouges, Ecouché et Trun, situés dans le département de l'Orne. Dès novembre 2017, la directrice par intérim du CH de Falaise assurait également la direction de celui d'Argentan, préfigurant ce partenariat. La direction commune, contestée par les élus de Falaise en particulier, a été dissoute par le directeur général de l'ARS le 1^{er} septembre 2022, après le vote des conseils de surveillance. Le CH d'Argentan demeure néanmoins en direction commune avec les trois EHPAD de Carouges, Trun et Ecouché.

La question de la conservation ou de la disparition de certaines mutualisations administratives se pose. Ainsi, les instituts de formation professionnelle (celui d'infirmiers et d'aides-soignants à Falaise et celui d'aide-soignant à Argentan) et la formation des agents bénéficiaient d'une gestion partagée. En revanche, les directions administratives étaient peu mutualisées. Le médecin DIM est partagé depuis juillet 2020 avec le CH de Falaise, tout comme les personnels biomédicaux (praticien et infirmière hygiéniste), dont l'équipe est recrutée par le CH de Falaise, puis mise à disposition pour partie.

2. Des complémentarités médicales qui avaient été recherchées

Il s'agit de la fin d'une orientation stratégique majeure de l'ancien projet d'établissement, qui visait à adosser l'une à l'autre les offres de soins des deux hôpitaux, considérées comme complémentaires. La création d'une équipe commune de chirurgie et anesthésie entre les deux établissements était, en particulier, une demande de l'ARS.

La permanence des soins chirurgicale et anesthésique a été regroupée depuis janvier 2018 sur Argentan, avec un bloc ouvert en permanence, qui accueille également des patients du CH de Falaise. Elle est mise en place en imagerie les nuits en semaine, mais pas les samedis et dimanches. Cette organisation fait écho à l'objectif inscrit au CPOM 2013-2018, consistant à mutualiser la garde d'imagerie. L'autorisation de l'IRM est mise en œuvre depuis le 2 octobre 2018 dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire créé par la convention du 23 juin 2017, permettant la mutualisation des moyens, au *pro rata* de l'activité. Des conventions de mise à disposition de médecins ont été conclues en 2017 et en 2018 entre les

deux établissements. En 2020, douze médecins d'Argentan étaient partagés avec Falaise, mais aussi huit de Falaise vers Argentan, notamment en chirurgie urologique, cardiologie et ORL.

Lors de la fin de la direction commune, l'ARS avait rappelé que les partenariats majeurs noués autour de la permanence des soins et des matériels d'imagerie devaient être, en l'état, préservés entre les deux établissements, distants de 24 kilomètres. Pourtant, dans le nouveau projet médical, on relève une seule mention, selon laquelle « *le Centre Hospitalier d'Argentan est également un partenaire pour le CHU de Caen dans le soutien à l'offre du CH de Falaise* ». La description et l'évaluation de l'offre de soins existante étant un point de départ nécessaire, l'omission nuit ainsi à l'exactitude de ce document structurant.

La chambre invite le CH d'Argentan à rappeler explicitement dans son projet d'établissement les partenariats territoriaux qui lient les deux établissements, tels que définis actuellement sous l'égide de l'ARS.

E. Le cadre du groupement hospitalier de territoire Normandie Centre

1. Les ensembles territoriaux dessinés par l'ARS

L'actuel projet régional de santé (PRS) couvrant le territoire de la région Normandie a été adopté par l'agence régionale de santé par arrêté du 10 juillet 2018. Etabli pour une durée quinquennale, il demeure en vigueur jusqu'en 2023.

Les nouveaux territoires sanitaires ont été arrêtés par l'ARS le 6 mai 2022, à l'issue d'une concertation. A l'exception de la Seine-Maritime, ils correspondent au périmètre des départements, comme c'était déjà le cas précédemment sous l'empire de l'arrêté du 27 octobre 2016. Le CH d'Argentan fait ainsi partie du territoire de l'Orne.

Ils ne correspondent pas aux territoires des GHT, au nombre de onze dans l'ensemble de la région. Réunissant 56 établissements publics de santé et de 11 établissements et services médico-sociaux publics, les périmètres de ces derniers ont été arrêtés par l'ARS le 1^{er} juillet 2016, formant l'armature nouvelle de ces filières médicales et mutualisations inter-hospitalières avancées.

2. Le périmètre du GHT Normandie Centre

L'agence régionale de santé a ainsi établi un large GHT dénommé Normandie Centre, comprenant dix établissements, le centre hospitalier universitaire de Caen (établissement-support), les établissements publics de santé de Falaise, Aunay-sur-Odon, Bayeux, de la Côte-Fleurie, Lisieux, Pont-l'Évêque, de santé mentale de Caen, dans le Calvados, ainsi que les centres hospitaliers d'Argentan et de Vimoutiers, dans l'Orne.

La convention constitutive entre les dix établissements-parties au GHT a été conclue le 1^{er} juillet 2016. Le projet médical et le projet de soins prévus dans le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 ont été approuvés par l'ARS au mois de janvier 2018.

Les comptes rendus des réunions du comité stratégique, de la commission médicale et du comité territorial des élus, qui sont les instances principales du GHT n'ont pu être produits par l'établissement après 2019, laissant apparaître la mise en sommeil de ces instances.

3. Le projet médical partagé

Le projet médical partagé du GHT a été approuvé par l'ARS en novembre 2017.

Le directeur du CH évoque l'éloignement de son établissement, un des deux seuls situés dans l'Orne, au regard des filières territoriales en particulier. Deux axes principaux concernent le CH d'Argentan :

- la volonté de rationalisation et de gradation des plateaux chirurgicaux, qui s'est traduite dans la recherche de complémentarités entre les CH de Falaise et d'Argentan, celui-ci se présentant depuis lors en recours de premier niveau ;
- une ré-internalisation de l'activité de biologie dans le GHT et une structuration territoriale. Cette thématique concerne l'hôpital d'Argentan, dont la totalité de la biologie est assurée par un prestataire privé.

Ce second axe n'a connu aucun développement. Dès lors, le marché de biologie a été renouvelé par l'établissement le 1^{er} février 2022, pour 24 mois.

Actuellement l'établissement ne bénéficie plus de consultations avancées que d'un chirurgien pédiatrique du CHU de Caen.

4. Les fonctions administratives mutualisées

La direction de l'établissement indique que peu de fonctions mutualisées ont une réalité tangible ; ainsi, le département d'information médicale (DIM) de territoire ou encore la politique de qualité et de gestion des risques resteraient formels. Toutefois, un schéma directeur des systèmes d'information a été mis en place, qui pourrait donner lieu à des investissements de convergence, en particulier pour le dossier patient informatisé. Le plan global de financement pluriannuel de 2021 prévoit d'y consacrer 400 000 euros entre 2022 et 2025.

Une politique d'achats est définie, les membres restant libres de se positionner sur les achats mutualisés entre établissements. Elle se décline, dans l'établissement-support dont le directeur général est l'ordonnateur, autour d'une équipe d'acheteurs, qui recueille l'expression des besoins, effectue le sourçage et négocie les tarifs, et d'un service juridique qui sécurise les procédures et assure la gestion du contentieux. Un comité de pilotage des achats réunit tous les mois, autour du directeur des achats du GHT, les référents-achats de chaque établissement. Les référents-achats disposent de délégations limitées de la part du directeur général du CHU de Caen, pour les actes concernant les marchés publics de moins de 20 000 euros. L'établissement dispose à ce titre de référents sur site, un responsable des services économiques pour 25 % de son activité, un agent à temps plein et un autre agent pour 25 % de son temps, soit 1,5 ETP au total.

Pourtant, la direction dresse un bilan contrasté de ce partenariat. Elle évoque des lourdeurs procédurales et des difficultés à définir un besoin commun ainsi que la complexité de marchés à lots géographiques. Si le second point fait effectivement référence à la taille particulièrement importante du GHT Normandie Centre, le premier point est plus étonnant dans son principe, évoquant des habitudes d'achats. Les gains d'achats n'ont pas été évalués en l'état des documents produits. La part des achats hors marchés de l'établissement paraît trop importante : elle est passée de 24 % à 31 % de 2019 à 2020, soit 3,8 millions et 5,2 millions d'euros. Dans la cartographie de 2021, le taux de 2020 est nettement différent, à 43 % avec 7,4 millions. Le taux de 2021 revient à 36 % mais le volume demeure toutefois à 6,5 millions d'euros, dont 46 % pour les produits de santé. Le CH estime que ces achats, pour la plupart conclus au-delà de la délégation, c'est-à-dire par la direction des achats du GHT, sont causés par l'insuffisance des marchés communs, liée à un manque de concertation sur les besoins.

III. L'ORGANISATION INTERNE

A. L'équipe de direction

La direction de l'établissement a connu une longue période d'intérim, de près de deux ans, de novembre 2017 à septembre 2019. L'objectif affiché était de préparer la mise en place de la direction commune avec le CH de Falaise, avant de désigner un directeur en titre.

Quatre ordonnateurs ont ainsi assuré la gestion de l'établissement pendant la période. La lettre de mission de l'actuel ordonnateur insistait notamment sur l'approfondissement de la direction commune, l'anticipation de la démographie médicale, le renforcement de la filière gériatrique ou encore l'ouverture vers les professionnels de ville.

Le nombre de directeurs adjoints au sein de l'équipe de direction a fortement diminué sur la période. En début de période, il y avait ainsi quatre directeurs adjoints et une directrice des soins, passés en 2018 à cinq directeurs adjoints et un directeur des soins pendant la direction commune. En 2022, ne demeurent que deux directeurs adjoints fonctionnels (dont un faisant-fonction) et une directrice des soins. On trouve également dans l'organigramme une directrice de la « filière gériatrique », en réalité seulement limitée à l'EHPAD et aux EHPAD autonomes en direction commune de Carouges et d'Ecouché, établissements distincts.

B. Le fonctionnement institutionnel

Un nouveau projet d'établissement 2023-2027 est en cours d'adoption. Outre le projet médical et le projet de soins évoqués plus haut, il comprendra un projet social, un projet de management et un projet de transition écologique.

1. Les instances de l'établissement

Les principales instances hospitalières d'orientation et de contrôle prévues par la réglementation se réunissent selon une fréquence régulière. Les réunions font l'objet de procès-verbaux ou de comptes rendus détaillés et diffusés.

Il en va différemment du directoire, qui se réunit depuis 2018 quatre ou cinq fois par an, à un rythme en-deçà du seuil de huit réunions annuelles, fixé par l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique (CSP). Cette situation ne paraît pas faire obstacle toutefois à son rôle de concertation, en particulier sur l'EPRD (article L. 6143-7 du CSP). La direction, qui explique cette carence par la problématique réelle du dédoublement des instances pendant la direction commune, indique qu'une réflexion est en cours dans le cadre du projet d'établissement 2023-2027, dans son volet du projet managérial, afin de renforcer cette instance.

De même, la commission médicale d'établissement (CME) s'est réunie peu fréquemment en début de période, deux fois en 2017 et trois fois en 2018. Il est rappelé que l'article R. 6144-6 du CSP prévoit quatre réunions par an. Toutefois, cette faible périodicité, dans une période-charnière, n'a pas fait obstacle à la consultation de la CME, notamment, sur le compte financier et l'affectation de résultat prévue par l'article L. 6143-1 dudit code.

Les différentes instances apparaissent assurer le rôle qui leur est dévolu par le code de la santé publique, en particulier les compétences du conseil de surveillance prévues aux différents alinéas de l'article L. 6143-1.

2. La commission d'organisation de la permanence des soins

La commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS) n'existe plus dans l'établissement depuis 2017. La direction de l'établissement indique que les sujets pour lesquels elle a compétence sont évoqués en réunion plénière de CME.

Pourtant, l'article 6 de l'arrêté du 30 avril 2003 précise, dans son article 6 : « *la commission médicale d'établissement met en place une commission relative à l'organisation de la permanence des soins* », réunissant le directeur ou son représentant, le président de la CME ou son représentant et des personnels médicaux (article 7). Cette disposition apparaît dès lors comme une obligation et non comme une faculté. Ses compétences précises sont rappelées par l'article 8 dudit arrêté.

Au regard des missions réglementaires qui lui sont dévolues, les tensions médicales fortes au sein de l'établissement et les désordres constatés dans la tenue des lignes d'astreintes

(voir *infra*) plaident pour son rétablissement. La chambre invite le CH d'Argentan à rétablir sans délai cette commission obligatoire, sur une question particulièrement sensible pour l'établissement.

C. Les pôles d'activité de l'hôpital

1. La déclinaison par pôle

Le CH d'Argentan est organisé en quatre pôles d'activité clinique ou médico-technique et un pôle administratif :

- « *médecine* », qui réunit les différentes spécialités médicales, le SSR et l'EHPAD ;
- « *chirurgie* », qui réunit le bloc opératoire, l'anesthésie et les différentes spécialités chirurgicales ;
- « *mère-enfant* » (gynéco-obstétrique et pédiatrie). En décembre 2021, ce pôle a provisoirement disparu, la gynécologie obstétrique relevant alors du pôle « chirurgie » et la pédiatrie du pôle « médecine » ;
- « *transversal* », qui comprend à la fois des services de soins comme les urgences - SMUR, l'unité de soins continus ou les soins palliatifs et des services supports, comme la radiologie, la pharmacie, la stérilisation et l'équipe d'hygiène ;
- « *gestion-logistique* », qui regroupe les directions administratives, le DIM, les services logistiques et techniques et la médecine du travail. Singulièrement, le directeur actuel de l'établissement apparaît formellement comme chef de pôle.

En raison de ces larges périmètres, ces pôles sont divisés en nombreux services. Ainsi, le pôle de médecine ne comprend-il pas moins de neuf services, et celui de chirurgie six services.

2. Des pôles qui n'ont pas les attributs de structures de gestion

En premier lieu, il n'existe pas de déclinaison du projet médical d'établissement dans des projets de pôle.

En second lieu, il n'y a pas de contrat de pôle au sein de l'établissement et pas de délégation de gestion, ce qui vide l'organisation polaire de sa substance. Pourtant, l'article L. 6146-1 du CSP dispose que : « (...) *Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle (...). Le chef de pôle organise la concertation et favorise et le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle. Les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le règlement intérieur de l'établissement* ». L'ARS avait demandé la mise en œuvre de contrats de pôle dans son courrier d'acceptation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses de 2018.

Le seul outil de pilotage réside dans les tableaux de bord périodiquement transmis aux chefs de pôle, mais ces documents n'incluent que des éléments d'activité et pas d'éléments de gestion. En outre, des rencontres annuelles de la direction sont organisées, autour d'indicateurs de performance ou d'équipements prioritaires. La seule contractualisation existante est celle des « contrats qualité » par pôle, déclinant des thématiques de qualité des soins, quoique non évalués.

La direction indique qu'elle souhaite, dans la perspective des modifications posées par la loi du 26 avril 2021, revaloriser plutôt les services, qu'elle juge plus adaptés (pour autant au nombre de dix-neuf). Pourtant, si le nouvel article L. 6146-1-1 du CSP renforce en effet la place de cet échelon en matière d'organisation et de qualité de soins, il n'entend pas lui donner un rôle déterminant dans le dialogue de gestion et la contractualisation interne. Les dispositions de

la loi du 26 avril 2021 n'ont pas entendu modifier les compétences des pôles, telles que rappelées précédemment. La direction informe finalement, qu'en juin 2023, « *la CME a validé la suppression* » des pôles pour l'avenir. Si la chambre en déduit la mise en œuvre de la procédure de dérogation prévue par l'article L. 6146-1-2 du CSP, elle rappelle les obligations légales qui demeurent en termes de projets et de contractualisation avec les « structures internes » qui remplaceront les pôles. Il est donc demandé à l'établissement d'établir des contrats de gestion conformément au code de la santé publique.

D. La procédure budgétaire

1. Les EPRD et PGFP

Conformément à l'article L. 6143-7 du CSP, le directeur « fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ».

L'agence régionale de santé a approuvé l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) en 2017 (avec réserves), l'EPRD en 2018 (avec « *de très fortes réserves* ») mais pas le PGFP, qui est rejeté (en raison de la prévision d'un compte de résultat principal déficitaire sur la période et d'un taux de marge brute déclinant). En 2019, l'EPRD est approuvé avec réserves, tout comme le PGFP à cause d'un fonds de roulement net global en forte baisse (à cause de prélèvements). En 2020, l'EPRD et le PGFP sont approuvés sans réserve, la question du fonds de roulement étant évoquée néanmoins, tout comme ceux de 2021. L'ARS demande cependant « *des actions et évolutions stratégiques nécessaires pour maintenir un taux de marge brute de l'établissement comptable avec un résultat budgétaire excédentaire à échéance du PGFP* ». Dans le courrier d'approbation de l'EPRD de 2022, le directeur général de l'ARS approuve également, avec réserves, le PGFP 2022 – 2026.

Ces évolutions témoignent de la vigilance de la tutelle envers un hôpital qui, certes, connaissait une situation globalement saine jusqu'en 2020, mais avec des éléments de fragilité (endettement, niveau de charges de personnel par exemple).

2. Les rapports établis par le directeur

Le rapport portant sur les comptes annuels et sur les éléments financiers, correspondant à celui prévu à l'article R. 6145-44, est établi et signé par le directeur, mais pas par le comptable, alors que le rapport doit être conjoint. Il est dénommé « rapport d'activité et de gestion ».

L'article L. 6143-1, 5° du CSP prévoit, en outre, un rapport annuel sur l'activité de l'établissement, présenté par le directeur au conseil de surveillance. Il apparaît que le même « rapport d'activité et de gestion » assure aussi ce rôle. Cependant, les seuls éléments liés au volume d'activité des services de soins et afférents à l'exécution des comptes ne constituent pas la totalité de ce qu'on peut qualifier usuellement de rapport d'activité. Les éléments relatifs aux personnels, aux investissements, aux coopérations, notamment, n'y figurent pas.

La distinction entre ces deux types de rapports permettrait au directeur d'étoffer le compte rendu d'activité sur les différentes facettes de sa gestion aux instances de contrôle.

3. Le compte de résultat

La présentation du compte de résultat au conseil de surveillance est conforme au troisième alinéa de l'article L. 6143-1 du CSP. On relèvera toutefois que le compte financier de 2019 a été adopté tardivement, le 15 octobre 2020.

Le compte de résultat annexe dit de « dotation non affectée » (DNA) concerne la gestion d'une résidence sur le domaine privé de l'établissement. L'article R. 6145-53 prévoit que « lorsque le résultat du compte de résultat annexe de l'une des activités mentionnées au 1° de l'article R. 6145-12 fait apparaître un déficit durant trois exercices consécutifs, la poursuite de l'activité doit être expressément décidée par une décision motivée du directeur, comportant des mesures de redressement. ». L'article ici en question mentionne les dotations non affectées. Or, sur les cinq exercices, elle est en déficit, ce qui appelait la mise en œuvre de cette mesure. Toutefois, en 2021, l'augmentation du déficit correspond en réalité à une renégociation du contrat d'emprunt, qui a permis de retrouver l'équilibre du budget en 2022.

IV. ANALYSE DES EQUILIBRES FINANCIERS

A. Une activité qui ne s'est pas redressée au niveau pré-pandémique

Le département d'information médicale (DIM) est constitué d'un médecin, pour 80 % ETP, de deux infirmières assurant les fonctions de techniciennes d'information médicale (TIM) et d'une TIM. L'ensemble du codage est centralisé, assuré par le DIM, sur l'activité MCO comme sur le SSR. Un outil d'aide à l'optimisation du codage est en place. Il n'est pas apparu pendant le contrôle de difficulté particulière qui serait liée au codage des actes.

Une dynamique d'activité brisée par la pandémie

Les résumés de sorties standardisés (RSS) de patients donnés par l'établissement correspondent au nombre de patients hospitalisés.

Tableau n° 1 : Evolution de l'activité de l'établissement sur la période (en RSS)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (sur 11 mois)
Médecine HC	4 285	4 435	4 211	4 004	3 713	3390
Médecine ambulatoire (hors séances)	97	147	194	196	172	324
Chirurgie HC	1 777	1 983	1 852	1 543	1 583	1410
Chirurgie ambulatoire	2 207	2 448	2 400	2 055	2 431	2321
Maternité HC	1 536	1 563	1 678	1 556	1 476	1543
Gynécologie ambulatoire	25	39	59	240	237	121
SSR	NC	NC	1 513	1 457	1 366	1253
Total	9 927	10 615	11 907	11 051	10 978	10 362

Source : données d'activité médicale produites par l'établissement

Une première période porte sur 2017 à 2019. En médecine, comme en chirurgie, si l'augmentation nette d'activité en hospitalisation complète s'érode un peu, le nombre d'accouchements, de 621 en 2017, atteint 674 en 2019. Le nombre de passages aux urgences (incluant les urgences pédiatriques de semaine) est en progression continue, de 20 891 passages en 2017 jusqu'à un pic en 2019, à 24 048 passages.

Le contexte pandémique de 2020, qui a conduit à des déprogrammations et des reports, voit cette année-là une diminution de 5 % en médecine, de 7 % en obstétrique et de 17 % en chirurgie. Les consultations externes ont été réduites et des services ont été fermés dans un contexte de réallocation du personnel. Une unité « COVID » a été créée à la place de

la chirurgie conventionnelle, à côté des urgences, jusqu'en juin 2021. Comme précédemment évoqué, le centre de vaccination, en ville, a été géré avec l'appui du centre hospitalier.

En 2021, une remontée globale de l'activité de 15 % pour les consultations et de 5 % pour les hospitalisations est relevée par la direction, avec des disparités selon les activités. La chirurgie en hospitalisation complète reste presque à son étiage de 2020, tandis qu'en chirurgie ambulatoire, le niveau d'activité dépasse celui de 2019. Le niveau global de la médecine est plus bas encore en 2021 qu'en 2020. En gynécologie-obstétrique, l'activité de la maternité atteint son plus bas niveau (591 accouchements en 2021). En 2022, une reprise est observée, sans atteindre toutefois le niveau de 2019 : en extrapolant en année complète les chiffres sur 11 mois, le niveau des naissances de la maternité pourrait atteindre celui de 2019. Ce ne serait pas le cas de la médecine, qui peinerait à égaler 2021, et encore moins de la chirurgie, dont l'activité reste en-deçà par rapport à 2019. En revanche, la chirurgie ambulatoire est dynamique, revenant au niveau de 2019, sans compenser toutefois la baisse en hospitalisation complète de chirurgie. Mais la rénovation des blocs a aussi pesé sur l'activité de chirurgie en hospitalisation complète. L'activité des urgences a décliné également, autour de 21 721 forfaits d'accueil et de traitement des urgences en 2021 (ATIH).

Si de nombreux établissements connaissent selon l'ARS une contraction de l'activité, en particulier dans cette zone géographique, et que les effets financiers sont temporairement compensés, la question reste néanmoins une source de préoccupation pour l'établissement.

B. Ratios de performance organisationnelle

1. Les taux d'occupation

Les fortes inexactitudes de renseignement des lits installés par l'établissement dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), évoquées précédemment, faussent certains indicateurs. Le taux d'occupation des lits affiché par l'ATIH (65 % pour la médecine et 45,7 % pour la chirurgie) sont ainsi erronés en 2021. Les données calculées par l'établissement pour les hospitalisations complètes font état de taux différents ajustés aux capacités réelles, soit 81 % en médecine et 60 % en chirurgie, cohérents avec le niveau d'activité et favorables (pour les hôpitaux de même typologie, le meilleur décile est ainsi à 83,8 % pour la médecine).

Ces taux améliorés font suite à la diminution du capacitaire, qui a permis une optimisation de l'organisation : en début de période, le taux de chirurgie était tiré vers le bas par l'urologie et le viscéral (65 %) et la médecine par l'hépatogastroentérologie (78 %) et la pédiatrie (61 %). Le taux d'occupation de l'EHPAD est satisfaisant, autour de 97,5 % en 2020 et 2021. Il baisse cependant sur la période (99,7 % en 2016), notamment en raison de la faible occupation des trois places d'hébergement temporaire (11,4 % en 2021 contre 63,6 % en 2019).

2. Les durées moyennes de séjour et l'indice de performance

Les durées moyennes de séjour en médecine (nombre de journées divisé par le nombre de séjours) présentent des niveaux satisfaisants, en deçà des niveaux moyens de 9 jours en médecine, et en diminution sur la période. Celle du court séjour gériatrique est un peu élevée depuis 2020, autour de 13,7 puis 13,2 jours, quand la référence est plutôt à 11 jours. La durée moyenne de séjour en SSR est nettement en deçà de la moyenne nationale en 2019, à 31,1 % (DREES – les dépenses de santé – édition 2019).

Tableau n° 2 : Niveau des durées moyennes de séjour par type d'activité

	2017	2018	2019	2020	2021
Médecine HC	8,59	8,33	7,72	7,67	7,96
<i>dont Court séjour gériatrique</i>	13,04	12,14	11,4	13,76	13,27
Chirurgie HC	5,23	5,25	4,37	4	3,85
GO HC	3,12	3,09	3,1	3,08	2,92
SSR	24,1	22,9	22,9	24	23,9

Source : données de l'établissement

L'indice de la performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) est plus précis dans la mesure où les caractéristiques médicales des patients sont prises en considération. Ainsi, le nombre de journées réalisées est divisé par le nombre de journées théoriques, établi par la somme des « groupes homogènes de séjour », divisé par la durée moyenne de séjour nationale correspondante, calculée par l'ATIH. La cible doit théoriquement se trouver en deçà de 1. En 2021, le calcul de l'ATIH établit une IP-DMS de 1,060 en médecine et de 1,056 en chirurgie, qui sont des chiffres un peu élevés pour un établissement de cette catégorie. Le taux de 0,94 en obstétrique est tout à fait médian en revanche. On relèvera que la tendance de l'IPDMS de médecine donnée par l'ATIH se dégrade sur la période (de 1,023 en 2017 à 1,060 en 2021) alors que la DMS s'améliorerait en revanche selon les données de l'établissement (8,59 jours à 7,96 jours), ce qui apporterait une nuance quant au profil des patients.

3. Le niveau de chirurgie ambulatoire

Le taux de chirurgie ambulatoire en 2021 est de 51,84 %, contre 47,7 % en 2017. Si ce niveau est en progression, en comparaison avec les établissements ayant le même éventail des patients (dit « case-mix »), il demeure trop faible : l'ATIH donne comme dernier indicateur de performance comparable en chirurgie ambulatoire, celui de l'année 2020 de 13,7 (il était de 15,4 en 2019) soit en deçà du 2^e décile de ces établissements comparables, à 16,6, le 8^e décile culminant à 32,7 %. L'objectif de 70 % de chirurgie ambulatoire a été affiché par les pouvoirs publics. Il semble que la structure des prises en charge par le CH d'Argentan, évoquée plus haut, ne fasse pas obstacle à cette ambition (déjà tirée vers le haut par l'ophtalmologie en particulier).

A la question de la sensibilisation de la communauté médicale à l'accentuation de ce « virage ambulatoire », la direction indique que les prises en charge sont identifiées en conseils de bloc, en réunions d'équipe, ainsi que lors des points annuels avec la direction. Cette réflexion, qui rejoint des cibles du CPOM, devrait néanmoins être approfondie.

4. Le niveau élevé des chambres individuelles, un atout pour l'établissement

Le centre hospitalier dispose en moyenne de 86,4 % de chambres individuelles. Il s'agit d'un facteur de dynamisme certain, avec des taux parfois très élevés, 100 % dans le service de chirurgie de semaine ou 95,5 % en gynécologie-obstétrique. Le service de médecine polyvalente constitue un point bas, avec seulement 65,6 %. En outre, la facturation de ces chambres représente des ressources complémentaires à un niveau non négligeable pour l'établissement, en forte augmentation sur la période.

5. Le taux d'entrée via les urgences

Le taux d'entrée via les urgences est de 45,8 % en 2021, ce qui reste médian pour les établissements de même type, mais en augmentation (40,4 % en 2019). Cela implique que la moitié environ de l'activité hospitalière est programmée. Parallèlement, le nombre de

passages aux urgences non suivis d'hospitalisation est important, 35,1 % en 2020 contre 31,8 % dans l'Orne et 22,2 % au niveau national. Ce chiffre traduit clairement la désertification de la médecine de ville, avec un effet de report vers les consultations des urgences de l'hôpital.

6. Les parcours internes des patients

L'hôpital peut bénéficier de solutions de parcours internes, appuyés sur des services d'aval internes, qui permettent de fluidifier les parcours, notamment de patients âgés. On a relevé plus haut le rôle du service de SSR, dont 92 % des patients, dont plus de la moitié de plus de 75 ans, proviennent des services aigus de l'établissement. L'EHPAD hospitalier et les EHPAD en direction commune constituent également des aboutissements naturels pour des patients requérant une solution d'hébergement à l'issue de leur hospitalisation.

En outre, l'établissement héberge dans ses murs une association d'hospitalisation à domicile de 25 places, notamment pour les patients en fin de vie, qui facilite l'organisation des retours au domicile.

C. Tenue des comptes

L'hôpital dispose de quatre budgets (ou comptes de résultat) : un budget principal hospitalier dénommé « H », un budget de l'EHPAD « E », un budget de l'institut de formation des aides-soignantes « C » et un budget de dotation non affectée (domaine privé de l'établissement) « A », consistant dans des revenus d'immeubles tirées de la gestion d'une résidence. Le budget H est prépondérant avec 69 597 070 euros de produits en 2021, contre 5 843 568 euros pour le budget E. Il représente 91,2 % du total des produits cumulés.

1. Provisions

a. Les provisions au titre du compte épargne-temps

L'article 4 de l'arrêté du 17 avril 2014 détermine les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps (CET) des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière. La méthode utilisée pour calculer les provisions pour CET a varié dans le temps autour de deux modes de comptabilisation : de 2017 à 2019, un forfait est appliqué pour chaque catégorie de personnel, puis, à partir de 2020, un coût réel est déterminé à partir du salaire, charges comprises, pour déterminer un coût unitaire.

Entre 2017 et 2018, pour le personnel non médical, les provisions ne paraissaient pas toujours corrélées au nombre de jours de CET stockés. Sur la période contrôlée, on constate une baisse de 345 jours des stocks de CET mais les provisions ont augmenté de 70 586 euros, en raison de la mise en place du calcul au coût réel.

b. Une imputation peu lisible des provisions pour contentieux

Le provisionnement pour contentieux est lié à plusieurs contentieux de patients devant les tribunaux. Il correspond à 10 000 euros de franchise par contentieux. L'établissement a ainsi provisionné l'équivalent de six affaires, pour 60 000 euros. Les provisions pour les contentieux avec les agents (200 000 euros) ont été constituées à la suite d'évolutions réglementaires s'appliquant aux agents contractuels et pouvant entraîner une demande indemnitaire des infirmières en soins généraux concernées.

L'établissement a provisionné le compte 1518 « autres provisions pour risques » pour des contentieux en cours. L'imputation ne permet pas une présentation transparente des comptes, et le compte 1511 « Provisions pour litiges » serait plus adapté.

2. Actif et amortissements

a. Les durées d'amortissement retenues

Les immobilisations sont amorties selon la méthode linéaire. Les durées sont généralement conformes aux taux conseillés dans la M21.

Toutefois, certaines immobilisations sont parfois amorties trop vite par rapport aux taux préconisés. Par exemple, l'hôpital amortit les constructions sur sol propre (compte 213) sur dix ans au lieu de vingt ans, comme conseillé. De même, les agencements et installations (compte 2181) sont amortis sur cinq ans au lieu de dix ans.

b. Des discordances faibles entre états

L'examen des états de l'actif de l'hôpital et de ceux du comptable révèle un écart important dans le montant total des amortissements et, par conséquent, un écart concernant le montant total des valeurs nettes des immobilisations sur la période contrôlée. Les écarts entre les montants des amortissements s'expliquent par le procédé de transmission des flux des amortissements entre l'hôpital et la trésorerie. On relèvera par ailleurs la période de transition en cours : en septembre 2021, la comptabilité du centre hospitalier d'Argentan a été confiée à une nouvelle trésorerie spécialisée, toutes les vérifications réglementaires n'ont pu être encore effectuées.

3. L'absence de dette fiscale et sociale

A la différence de nombre d'établissements de l'Orne et du Calvados, le centre hospitalier d'Argentan n'a pas de dette fiscale et sociale. Le rapport annuel du comptable au titre de 2021 comporte une imprécision sur ce point, corrigée par la nouvelle comptable. Il s'agit des charges à rattacher à l'exercice, en particulier le rattachement du paiement de la taxe sur les salaires, qui représente 740 000 euros en 2021 (1 million en 2019) et le paiement de charges, 378 025 euros en 2021 (521 000 en 2019). A la suite des échanges avec la chambre, une réflexion sur le paiement plus précoce de la taxe sur les salaires a été engagée par l'établissement.

4. Les régies

Le CH d'Argentan dispose de deux régies d'avances et de trois régies de recettes. La régie « repas du personnel » représente la plus grande part des recettes (entre 55 % et 60 % pendant la période contrôlée). La régie d'avances et la régie de recettes relative aux services économiques ont été contrôlées par le directeur des services économiques le 30 septembre 2021.

Sur la période contrôlée, il n'y a eu aucune dépense sur la régie d'avances « des hébergés » (montant avancé de 7 600 euros), destinée à payer des sommes dues aux résidents. La direction des finances confirme qu'aucun mouvement n'a jamais eu lieu sur cette régie, qui devrait être clôturée.

D. Le cycle d'exploitation

La crise pandémique de 2020, qui a conduit à la mise en place de mesures de soutien financier aux établissements, puis la compensation des dispositions issues de la conférence dite du « Ségur de la santé », ont eu un impact important sur les dépenses comme les recettes d'exploitation. De plus, les premières réformes tarifaires, celles des urgences, préfigurent des changements plus amples, rendant difficile toute dimension prospective.

1. Les soldes de gestion

Le centre hospitalier d'Argentan présente, jusqu'en 2021, des ratios financiers favorables au regard des établissements comparables.

a. Le résultat comptable

Le résultat comptable global de l'établissement connaît une consolidation apparente jusqu'en 2020. Sur la période, le résultat consolidé est positif à partir de 2018. Seul l'exercice 2019 voit un résultat inférieur à 1 million d'euros, notamment en raison de la diminution des produits de tarification. Le budget hospitalier représente une large part du résultat, soit 1,6 million en 2020 pour un résultat consolidé de 2 millions et 1,7 million en 2021, pour 1,6 million au total. Seul le budget annexe de la DNA le tire vers le bas (voir *infra*).

En 2022, le compte de résultat principal (CRP) du compte financier présente encore un excédent, de 829 056 euros, son exécution étant meilleure que celle prévue par l'EPRD. En effet, celui-ci prévoyait 67,3 millions de produits contre 71,2 millions réalisés (les charges croissant également en regard, à 70,8 millions contre 69,6 millions d'euros prévus).

b. Des précautions d'analyse

Compte tenu de la période de transition actuelle des modalités de financement des hôpitaux, la chambre s'est bornée à tracer une perspective et à constater la dépendance de plus en plus forte aux dispositifs de soutien, qui seront détaillés lors de l'examen des produits perçus.

(1) *Les crédits non reconductibles*

Il est proposé, pour la précision de l'analyse, de distinguer les crédits versés par l'ARS qualifiés de « non reconductibles » dans les notifications annuelles. Il s'agit des aides à la contractualisation (AC) et de certaines parties des dotations des « missions d'intérêt général » ou de dotation globale. Ces crédits, qui n'ont pas de vocation pérenne, peuvent être retranchés pour avoir une image structurelle plus juste du cycle d'exploitation.

Tableau n° 3 : Identification des mesures non reconductibles dans les notifications des crédits non renouvelables par l'ARS

	2017	2018	2019	2020	2021
73118 - dotation aide à la contractualisation - MIGAC	1 686 205	1 654 364	1 510 432	3 728 538	4 629 519
dont AC	127 305	250 231	288 075	2 424 678	3 779 226
73117 - dotation annuelle de financement (DAF)	18 000	0	5 401	5 555	181 792
Total "Mesures non reconductibles"	1 704 205	1 654 364	1 515 833	3 734 093	4 811 311
Résultat consolidé	-1 952 644	1 335 331	115 811	2 034 387	1 675 457
Extrapolation du résultat hors aides	-3 656 849	-319 033	-1 400 022	-1 699 706	-3 135 854

Source : retraitements CRC, d'après les notifications des crédits non reconductibles

L'importance prise par certains de ces financements dans le contexte post-pandémique et d'accompagnement du « Ségur de la santé » est notable : situés d'abord autour

de 1,5 à 1,7 million de 2017 à 2019, ils passent ensuite à 3,7 millions en 2020 puis à 4,8 millions d'euros en 2021. Le résultat, sans ces aides non pérennes, se dégraderait en 2021 de plus de 3 millions.

(2) *Les garanties de financement en 2021*

Par ailleurs, des garanties de financement sont apportées pour les exercices 2021 et 2022. Ces mesures, en principe provisoires, ont été reconduites plusieurs fois (voir *infra*).

Tableau n° 4 : Poids des garanties de financement dans le compte financier de 2021 et le compte financier anticipé de 2022 (budget hospitalier)

	2021 - avec garantie de financement	2021 - sans garantie de financement	2022 - avec garantie de financement	2022 - sans garantie de financement
Titre 1	55 709 525	52 881 221	56 916 774	52 495 589
73111- Tarification des séjours	33 127 450	30 301 519	33 603 414	29 419 959
Total des produits	69 597 070	66 628 070	69 637 367	65 216 182
Excédent du CRP	1 718 151	0	661 095	0
Déficit du CRP	0	1 110 153	0	3 652 090

Source : comptes financiers retraités par l'établissement

L'ARS demande aux établissements de construire leurs projections en retranchant ces garanties de financement, il convient donc d'évaluer leur poids dans l'analyse.

En 2021, sans cette garantie de financement, l'excédent du budget hospitalier, ou CRP, disparaîtrait pour devenir un déficit de 1 110 153 euros, soit un résultat consolidé déficitaire de 1 152 847 euros. Pour 2022, ce déficit prévisionnel s'élèverait, d'après l'établissement, à 3,6 millions hors garanties de financement (données du CRP anticipé).

c. La fin d'une marge brute confortable

Cet indicateur reflète les ressources que l'établissement peut dégager de son exploitation courante, « *pour renouveler dans le temps sa capacité à investir et ainsi maintenir sa capacité de production* ». Un taux compris entre 6 % (CPOM entre l'Etat et l'ARS) et 8 % est préconisé (circulaire interministérielle du 4 mars 2016). Durant la période contrôlée, la marge brute consolidée, qui traduit donc la solidité de la structure d'exploitation de l'établissement, s'améliore nettement, passant de 5 millions à 8 millions. Elle dépasse les 11 % au CRP et 12 % tous budgets consolidés en 2018 et en 2019, en revenant entre 10,5 % et 11 % en 2021. Les éléments relatifs aux garanties de financement sont bien sûr déterminants dans cette augmentation.

Ainsi, seule l'année 2019 a vu un fléchissement de la marge brute, en raison de la baisse des produits d'exploitation et donc d'une stagnation de la valeur ajoutée alors que les charges de personnel augmentaient. Atteignant le montant de 7,6 millions d'euros en 2018, elle dépasse les 8 millions en 2020, tout comme en 2021. Cependant, en 2022, en raison de l'augmentation des charges de personnel, la marge brute retombe à 9 % en incluant les garanties de financement. On nuancera cependant ce chiffre en indiquant que la médiane des établissements de santé français en 2021 était de 3,6 %. Mais si on retranche les mesures non reconductibles évoquées plus haut, le taux devient inférieur dès 2021 à 5 %.

Tableau n° 5 : Marge brute retraitée durant l'exercice sous contrôle

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Marge brute d'exploitation consolidée	5 013 271	7 682 442	5 939 994	8 176 885	8 001 691	6 413 084
Taux de marge brute consolidé	8,3 %	12,0 %	9,3 %	12,0 %	10,9 %	9 %
Aides « non pérennes »	1 704 205	1 654 364	1 515 833	3 734 093	4 811 311	
Produits courants retraités	58 626 139	62 500 702	62 188 520	64 186 738	68 443 571	
Marge brute d'exploitation hors aides	3 309 066	6 028 078	4 424 161	4 442 792	3 190 380	
Taux de marge brute consolidée hors aides	5,6 %	9,6 %	7,1 %	6,9 %	4,7 %	

Source : CRC, d'après les comptes financiers et les notifications de l'ARS

Cette marge brute consolidée s'appuie sur la valeur ajoutée dégagée par le centre hospitalier, issue de ses produits d'exploitation retranchés des consommations intermédiaires. L'augmentation de 21 % des premiers, contre 11 % pour les secondes, permet une croissance de 24 %, soit 11 millions sur la période.

Deux mouvements successifs se succèdent : de 2017 à 2020, une première phase voit l'augmentation de la valeur ajoutée créée par l'établissement, de 45,3 millions à 51,8 millions, qui permet de compenser l'augmentation des charges de personnel de 41 millions à 44 millions. Ensuite, l'année 2021 est un tournant, marqué par les effets des dispositions issues des conférences dites du « Ségur de la Santé », évoquées plus loin. Les ordres de grandeur sont modifiés de manière presque parallèle, la valeur ajoutée augmentant de 4,5 millions d'euros et les charges de personnel de 5 millions d'euros, conduisant à une légère diminution de cette marge (176 000 euros).

d. La capacité d'autofinancement

Même en diminution au regard des niveaux de 2018 et de 2020, le taux d'autofinancement est constamment supérieur aux établissements comparables, la moyenne du 8^e décile, la plus élevée, étant à 4,8 % en 2018, 5,8 % en 2019 et 6,5 % en 2020.

Tableau n° 6 : Capacité d'auto-financement consolidée

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CAF brute consolidée	3 500 740	6 568 556	4 909 695	7 295 169	6 691 860	5 739 962
Taux de CAF brute	5,8	10,2	7,7	10,7	9,1	7,6
- Annuité en capital de la dette	3 856 693	3 686 859	3 436 836	3 181 638	7 270 835	3 047 895
CAF nette consolidée	-355 954	2 881 697	1 472 859	4 113 530	-578 975	2 692 067

Source : comptes financiers

Ainsi, même en 2019 où le taux de CAF était retombé à 7,7 %, suivant la marge brute, il demeurait supérieur à la moyenne la plus élevée. La baisse du taux en 2021 s'explique principalement par l'augmentation des charges financières. En effet, le remboursement anticipé de certains emprunts souscrits auprès du Crédit agricole, avec des frais de 347 000 euros, a affecté le taux de CAF.

La CAF nette devient négative en 2021, toujours en raison de ces remboursements anticipés d'emprunts, lesquels représentent plus de 4 millions d'euros. Hors ces remboursements, elle atteindrait 3,5 millions d'euros, en léger repli par rapport à 2020 (4 millions). En 2022, cette CAF nette se redresse pour dépasser celle de 2019, à 2,7 millions, revenant à un taux similaire à 2019. Toutefois, l'examen de la dynamique des produits montre que les ressources issues de la tarification des séjours (groupements homogènes de séjours), si on retranche les garanties de financement, stagnent autour de 30 millions d'euros.

2. Les produits

Les produits de l'assurance maladie représentent, chaque année, entre 78 % et 80 % du total des produits perçus (titre 1). L'examen de l'évolution de ces produits, qui ont un caractère prédominant dans le financement de l'établissement, conduit à distinguer deux périodes. La première, courant de 2017 à 2019, correspond au financement classique reposant sur l'activité, et la seconde, qui a débuté en 2020 pour monter en 2021, se poursuit en 2022 : elle illustre la mise en place de financements nouveaux, dont le caractère ponctuel ou pérenne semble encore incertain. Les équilibres en sont fortement modifiés.

Parmi ces produits du titre 1, ceux de l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) représentaient une part d'environ 75 % entre 2017 et 2019. En dépit de leur augmentation en volume, leur proportion diminue autour de 70 % en 2020 et 2021 sous l'effet des dotations « d'aides à la contractualisation », qui passent de 4 millions à 7 millions, comme évoqué *infra*. En comparaison, les produits du titre 2 évoluent moins sensiblement, en suivant la courbe de l'activité hospitalière, tandis que ceux du titre 3 sont surtout sensibles à la croissance des « ventes de produits et prestations de service », de 1,3 million entre 2019 et 2021, évoquée plus loin.

a. Les produits de l'assurance maladie sont fortement modifiés par les dispositifs d'appui aux hôpitaux

(1) *La tendance entre 2017 et 2019*

L'examen des comptes montre une progression modérée des produits du titre 1, issus de l'Assurance maladie, de 1,8 million d'euros sur la période, pour atteindre 47,1 millions en 2019. Entre 2017 et 2019, les produits de l'activité de MCO croissent de 1,1 million d'euros (sous l'effet de la tarification des séjours et du forfait des urgences) expliquant l'essentiel de la hausse des produits du titre 1, tandis que la dotation SSR reste stable (2,6 millions). Les produits des consultations et actes externes MCO augmentent de 600 000 euros, correspondant à l'évolution des « autres produits ». Les dotations portant sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIG-AC) restent stables, oscillant entre 4 millions (2019) et 4,2 millions (2018).

Durant cette première période, l'augmentation des produits est donc corrélée à l'augmentation de l'activité (hospitalisations, consultations, passages aux urgences). Elle s'achève avec le tournant de la période pandémique, qui a conduit, dès 2020, à des mécanismes de soutien aux établissements de santé, conduisant à une augmentation de plus de 8,5 millions d'euros entre 2019 (47 millions) et 2021 (55,7 millions), et de 10,5 millions en prenant en compte l'exercice 2022 (57,6 millions).

(2) *La garantie de financement, pour une durée encore indéterminée*

Le premier dispositif est celui de la garantie de financement, déjà évoqué, qui permet une croissance de 2,3 millions d'euros de la tarification des séjours (dont 2 millions de 2020 à 2021), alors que l'activité a diminué en volume sur la période. Ce mécanisme temporaire, introduit par arrêté du 6 mai 2020, puis prolongé par les arrêtés du 13 avril 2021, du 17 août 2021, du 10 mai 2022 puis du 24 août 2022, conforte l'ensemble des ressources tirées des activités de l'établissement à l'occasion de la crise pandémique et de ses suites. Prolongé

plusieurs fois, il est relayé, pour 2023, par un mécanisme de sécurisation budgétaire des établissements.

En moyenne, les tarifs des séjours de l'établissement ont été revalorisés de 7 % en 2021. L'effet de prix compense ainsi l'effet de volume, qui aurait conduit à une contraction des recettes corrélée à l'activité.

(3) Le gonflement des aides à la contractualisation

Sous l'effet de l'évolution substantielle des aides à la contractualisation, les dotations portant sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation bondissent de plus de 3 millions à partir de 2019 (dont environ 2,5 millions entre 2019 et 2020), passant de 580 000 euros à 3 millions en 2020, puis à 3,9 millions en 2021 et à 4,2 millions en 2022.

Il s'agit en premier lieu de mesures nationales de compensation des coûts liés à l'organisation de l'hôpital pendant la pandémie, par enveloppes successives. En second lieu, il s'agit des compensations des mesures décidées lors de la conférence de négociation dite du « Ségur de la santé », comme la « péréquation EPS » pour 391 127 euros, l'« intéressement » pour 190 616 euros ou la « revalorisation des personnels non médicaux », pour 141 445 euros.

(4) La réforme du financement des urgences à compter de 2021

En outre, ce mécanisme s'articulera avec la réforme du financement des urgences, déployée complètement à partir du 1^{er} janvier 2022. Ce nouveau modèle repose sur trois compartiments financiers, une dotation populationnelle qui est versée dès le 1^{er} janvier 2021, une dotation complémentaire et enfin des recettes qui demeurent liées à l'activité. Parmi ces dernières, de nouveaux forfaits sont créés, pour les passages non programmés sans hospitalisation de patients issus d'une même zone géographique, ainsi qu'un « forfait patient urgence » à la charge de ces patients, sauf exceptions, qui peuvent s'en acquitter directement. Un forfait selon l'âge du patient (forfait activité « âge ») et différents suppléments (couverture maladie universelle, biologie, imagerie, avis de spécialistes, etc.) sont prévus également.

En 2021, elle permet de porter les produits du compte 731141 de 1,9 million à 3,6 millions, dans une enveloppe qui inclut pour partie des financements existants, comme le financement du SMUR pour 673 000 euros, puis à plus de 4 millions en 2022.

b. Les autres produits des titres 2 et 3

(1) Titre 2 (autres produits de l'activité hospitalière)

Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) incluent essentiellement les déclinaisons du compte 732, à la charge du patient et la facturation aux organismes complémentaires et compagnies d'assurance (dont le forfait journalier et le ticket modérateur).

Ils sont relativement stables sur l'ensemble de la période, avec 5,6 millions en 2021. Dans le détail, les produits issus de la tarification de l'hospitalisation hors assurance maladie déclinent à 4 millions en 2020 puis à 3,8 millions en 2021 (3,6 en 2022), contre plus de 4,5 millions en 2018 et en 2019, tout comme celle des actes externes, à 1,4 million en 2021 et en 2022, contre 1,9 million en 2019. Cette évolution est corrélée au niveau de l'activité, à la différence des produits issus de l'assurance maladie, pour lesquels la tendance est compensée.

(2) Titre 3 (autres produits)

Pour ce qui concerne le titre 3, la catégorie « vente de produits et prestations de service » représente 71 % des produits perçus. Il faut retrancher les dépenses correspondant à la mise à disposition du personnel facturé (1,7 million), qui correspond à 12,9 ETP mis à la disposition des autres établissements de la direction commune (CH de Falaise et EHPAD), du

GHT (fonctions mutualisées) ou encore du GCS IRM, ainsi que 6,5 ETP de médecins qui exercent dans d'autres établissements (CH de Falaise et CHU principalement).

Dès lors, ce type de produits s'appuie pour l'essentiel, outre la rétrocession de médicaments, qui varie entre 700 000 euros et 1 million d'euros, sur la majoration pour chambre individuelle. Cette facturation des chambres individuelles connaît une progression forte et continue sur la période, pour atteindre 1,5 million en 2021 (contre 367 000 euros seulement en 2017). Une meilleure valorisation de ces chambres individuelles, en proportion élevée, était un objectif affiché de l'audit mené en 2018.

3. Les charges

De manière logiquement similaire aux produits, dont une large part de l'évolution consistait à neutraliser l'effet d'une forte augmentation des dépenses, l'équilibre des charges est modifié dès 2020, puis plus encore en 2021. Deux périodes sont également à distinguer. Parmi les charges du CRP, les dépenses de personnel (titre 1) représentent 67 % du total des charges en 2021, avec 45,5 millions d'euros (plus 4,4 millions par rapport à 2020), soit une augmentation de deux points en un an.

Les charges à caractère médical représentent entre 16 % ou 17 % des charges sur toute la période, en progression, et les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) autour de 7 % ou 8 %, proportion similaire aux charges du titre 4.

a. Les charges du titre 1

Alors que la rémunération du personnel non médical n'avait crû que de moins de 250 000 euros entre 2017 et 2019, l'augmentation atteint 1,2 million en 2020, puis plus de 3 millions en 2021. Les augmentations de 1,5 million entre 2019 et 2020 puis de 4,4 millions entre 2020 et 2021 découlent essentiellement des mesures salariales issues du Ségur de la santé en année pleine. Celle du personnel médical avait déjà augmenté de 700 000 euros entre 2018 et 2019. La période « pandémie » a d'abord vu une augmentation de 300 000 euros en 2020 puis de 900 000 euros en 2021.

Parmi l'évolution des dépenses induites par ces mesures dès 2021, avec un effet en année pleine en 2022, la revalorisation des grilles indiciaires ou encore la revalorisation de la prime d'encadrement des cadres de santé au 1^{er} novembre. D'autres évolutions sont survenues en 2022 pour des dépenses de personnel induites par des mesures salariales nouvelles, la mise en œuvre de l'axe 2 de l'accord Ségur ou encore de la prime de chefferie. Toutefois, en 2021, cette évolution résulte également d'un effet d'augmentation de la masse salariale, comme évoqué *infra*.

b. Les autres titres

Les charges à caractère médical croissent de 1,9 million, notamment en raison des spécialités pharmaceutiques (800 000 euros) et des fournitures de laboratoire (900 000 euros). La maîtrise de ces dépenses, qui n'ont reculé qu'en 2019, alors même que la capacité en lits avait diminué, devrait être engagée plus fortement par l'établissement. Les charges du titre 3 augmentent légèrement de 2017 à 2020 (plus 500 000 euros) mais diminuent en 2021, en raison notamment de la fin de la prestation d'alimentation externe.

Les charges du titre 4 baissent de 800 000 euros entre 2017 et 2018, puis demeurent relativement stables. Les intérêts réglés à échéance diminuent régulièrement, passant d'un million d'euros à 600 000 euros sur la période.

E. Le financement de l'investissement

1. Le tableau de financement

Jusqu'en 2021, le tableau de financement témoigne de la consolidation de la capacité d'autofinancement, qui constitue une part prédominante des ressources. En regard, la contrainte du remboursement des emprunts se desserre progressivement, tout en demeurant proche de 3,2 millions d'euros en 2020 (contre 3,8 millions en 2017). Le FRNG avait permis sur la période de dégager une trésorerie en forte croissance (passant d'un montant négatif en 2017 à un point culminant à 7,4 millions en 2020, mais qui baisse en 2021, atteignant 6,6 millions), permettant une bonne maîtrise des délais de paiement des fournisseurs.

2. Les dispositifs nationaux d'appui à l'investissement

a. La dotation-socle à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier

En application de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, cette dotation inscrite au bilan est issue du « contrat de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier », signé le 14 décembre 2021 entre le directeur général de l'ARS et le directeur et qui prévoit un soutien sur neuf ans, avec un premier versement de 1,45 million d'euros en 2021, puis 724 000 euros les exercices suivants.

Au titre de son caractère conditionnel, l'article 8 du contrat prévoit une reprise de financement en cas « *d'inexécution totale ou partielle des engagements et/ou de surcompensation des charges* ». Les objectifs de contrepartie pour l'établissement, très largement définis comme « garantir la qualité et la sécurité des soins », « assurer la maîtrise de l'endettement », « soutenir ou restaurer un niveau d'investissement courant minimum » ou encore « améliorer ou maintenir le niveau de trésorerie », devaient être déclinés en 2022 dans un avenant posant des cibles précises et des modalités de réalisation. L'échéance, d'abord fixée au 30 juin, a été reportée par avenant du 30 juin 2022 à la date-butoir du 31 décembre 2022. A ce jour, les cibles de l'établissement ne sont pas encore déterminées.

b. Les appuis aux « investissements du quotidien » et à l'enjeu numérique

Parmi les lignes de force du « Ségur de la santé », sont prévus des financements dits « d'investissements du quotidien ». L'ARS Normandie bénéficie à ce titre de 73 millions dans le champ des établissements de santé et de 6,9 millions pour les EHPAD. En outre, le volet numérique du Ségur déploie des crédits afin d'améliorer le partage sécurisé des données de santé. Il est porté, en Normandie par l'ARS, l'assurance-maladie et Normand'e-santé, qui assure notamment la maîtrise d'ouvrage de l'Espace Numérique Régional de Santé. Il s'agit de développer des logiciels interopérables avec celui-ci, notamment pour les examens des plateaux techniques.

Le CH d'Argentan perçoit à ce titre des dotations de 1 288 294 euros, à utiliser d'ici 2026. Enfin, le projet de rénovation des urgences bénéficie de 150 000 euros de la part de la région Normandie.

3. Un fort désendettement sur la période

L'encours de la dette financière décroît fortement et continûment jusqu'en 2021, passant de 36,4 millions à 23,7 millions (20,6 millions en 2022).

En 2021, l'établissement a fait le choix de rembourser de manière anticipée plusieurs emprunts contractés auprès du Crédit agricole, pour 4,16 millions d'euros, et de

souscrire un nouvel emprunt auprès de la Banque postale, pour 4,37 millions, mettant fin provisoirement à ce cycle de désendettement, mais assainissant les emprunts contractés.

Le CH d'Argentan a souscrit 18 contrats qui sont encore en cours d'exécution au 31 décembre 2021. Aucun ne présente de risque au regard de la cotation donnée par l'établissement. Cinq ont des taux variables, dont les quatre tirages de l'emprunt renouvelable souscrit auprès du Crédit agricole CIB. Parmi les emprunts anciens dont les durées sont longues, on relèvera un emprunt souscrit en 2011 pour trente ans, d'un montant de 2,9 millions d'euros, avec un taux à 4,55 %, un des trois contrats souscrits comportant les taux les plus élevés.

Le CH d'Argentan connaissait en 2017 une situation dégradée, les trois critères réglementaires¹ étant réunis. Dès 2018, toutefois, notamment en raison de l'amélioration significative de la CAF, la capacité de désendettement était divisée par deux, tombant à cinq ans.

Tableau n° 7 : Dette de l'établissement

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nouveaux emprunts	82 417	72 105	58 331	50 390	4 649 017	57 148
Capital restant dû au 31/12	36 418 214	32 803 460	29 424 955	26 293 706	23 671 888	20 680 530
Remboursement annuel en capital	3 856 693	3 686 859	3 436 836	3 181 638	7 270 835	3 048 506
Frais financiers	1 262 275	1 144 506	1 027 197	922 248	792 564	456 390
Capacité de désendettement en années	10,4	5,0	6,0	3,6	3,5	3,6
Ratio d'indépendance financière	69,7 %	69,8 %	65,1 %	61,3 %	47,1 %	40,6 %
Poids de la dette rapporté aux produits	59,7 %	50,9 %	45,8 %	38,4 %	32,0 %	30,1 %

Source : retraitements de la CRC, d'après les comptes de gestion

Le poids de la dette diminue de manière très significative, sous le double effet de la baisse de l'encours et de l'augmentation des produits. En 2021, ce rapport de proportion tombe à 32 %, proche du plancher des 30 %. Le ratio d'indépendance financière, qui rapporte l'encours au 31 décembre de chaque année aux capitaux permanents, s'améliore à partir de 2019, atteignant 61,3 % en 2020, ce qui reste néanmoins dans le bas des établissements de même typologie, le 8^e décile étant à 69,8 %, contre 33,1 % pour le deuxième. Il passe en dessous des 50 % en 2021, contre 61 % en 2020. Toutefois, les « capitaux permanents » pris en compte incluent la dotation-socle pluriannuelle de soutien à l'investissement et à la transformation de 7 241 975 euros précitée. En 2021, le comptable constate qu'elles composent encore 32 % des ressources stables contre 22 % pour les établissements comparables.

¹ L'article D. 6145-70 du CSP prévoit que si la dette de l'établissement dépasse deux critères sur trois exposés, le directeur général de l'ARS doit donner son autorisation : un ratio d'indépendance financière qui excéderait les 50 %, une durée apparente de la dette qui dépasseraient les dix ans et un encours qui représenterait plus de 30 % du montant des produits.

4. Perspectives du PGFP

Le plan global de financement pluriannuel de 2022 a été accepté par l'ARS par courrier du 14 mars 2022, avec réserves. Il entend maintenir les investissements dans les immobilisations entre 1,5 et 3,4 millions chaque année.

L'établissement indique ne pas prévoir de souscrire de nouveaux emprunts dans les années à venir, ce qui permettra de poursuivre le désendettement. L'exécution de 2022 s'écarte des prévisions du CH d'Argentan, comme évoqué, avec une amélioration de la CAF, portée par le relèvement des produits non liés à l'activité. En l'état actuel des dispositifs de financement des hôpitaux, l'exécution plus favorable pourrait précipiter la trajectoire du plan global de financement pluriannuel (PGFP).

F. Investissements et vétusté du patrimoine

1. Niveau des dépenses d'équipement

Dans ce contexte de lourd endettement, les dépenses d'équipement sont globalement faibles en volume sur la période, entre 780 000 et 1,7 million d'euros par exercice.

Après un cycle de grands travaux jusqu'en 2015, le plan pluriannuel d'investissement 2017 à 2021 concentre logiquement l'effort d'investissement, modéré, sur le matériel informatique et biomédical. L'EHPAD hospitalier devait cependant connaître des travaux en 2019. La réalisation globale est nettement en deçà, à l'exception de l'exercice 2018. Le volume d'immobilisations non réalisé dépasse le tiers des prévisions (voire la moitié en 2020, mais en partie à cause du report des travaux du bloc opératoire dans le contexte pandémique). Sur 8,5 millions d'euros, l'établissement n'a réalisé en cinq ans que 5,3 millions, soit 62 % des montants prévisionnels.

Tableau n° 8 : Comparaison du PPI 2017- 2021 et de son exécution

	2017	2018	2019	2020	2021
Total des immobilisations prévues au PPI	1 210 505	1 148 685	1 169 153	2 276 301	2 736 150
Montant CRP	1 160 000	1 025 000	1 005 028	2 094 701	2 695 000
<i>dont matériel de bureau et informatique</i>	<i>250 000</i>	<i>423 000</i>	<i>161 750</i>	<i>250 000</i>	<i>350 000</i>
<i>dont matériel biomédical</i>	<i>500 000</i>	<i>230 000</i>	<i>429 755</i>	<i>207 701</i>	<i>480 000</i>
Montant CRA EHPAD	50 505	123 685	139 150	181 600	39 200
<i>dont travaux EHPAD</i>	<i>8 000</i>	<i>65 000</i>	<i>825 000</i>	<i>100 000</i>	<i>0</i>
Total des immobilisations réalisées	804 383	931 178	779 153	1 035 569	1 755 845
Montant CRP	778 014	903 889	723 914	849 233	1 681 093
<i>dont matériel de bureau et informatique</i>	<i>45 156</i>	<i>325 127</i>	<i>77 665</i>	<i>161 255</i>	<i>223 390</i>
<i>dont matériel biomédical</i>	<i>354 600</i>	<i>78 603</i>	<i>352 500</i>	<i>334 353</i>	<i>495 700</i>
Montant CRA EHPAD	22 425	26 654	50 039	184 929	72 145
<i>dont travaux EHPAD</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>11 290</i>	<i>158 701</i>	<i>0</i>
Volume non réalisé	406 122	217 507	390 000	1 240 732	980 305
Part non réalisée	33,5 %	19 %	33,3 %	54,5 %	35,8 %

Source : CRC, d'après les états de l'établissement

2. Un ensemble de bâtiments rénovés ou récents

Les bâtiments du CH d'Argentan, initialement construits entre 1954 et 1956, ont bénéficié d'une première rénovation d'importance peu avant l'an 2000 (blocs, médecine). En 2006 et 2007, une extension a permis de réunir les urgences, les SSR, la chirurgie, la pédiatrie. En 2015, une nouvelle extension accueillait les services de gastroentérologie et de pneumologie, ainsi que l'hôpital de jour, la chirurgie ambulatoire et les consultations. Les cuisines, enfin, furent réceptionnées en 2014.

Le taux de vétusté des bâtiments (amortissements cumulés des bâtiments sur la valeur brute) montre en 2020 une valeur de 64,3 % en 2020 et 67,4 % en 2021. Ce taux apparaît élevé au regard des établissements de même type (68,5 pour le 8^e décile), mais résulte du calcul du taux d'amortissement, entre 20 ans et 30 ans (5 % et 3,33 %), référence conforme à la M21. Les locaux actuels sont en effet globalement en bon état et bien entretenus pour la plus grande partie du bâtiment hospitalier.

3. Des projets de rénovation conduits selon un ordre de priorité

La restructuration du bloc opératoire est inscrite dans le CPOM de 2019, de manière à passer de quatre salles à cinq salles fonctionnelles, après un audit structurel et organisationnel. Sans financement extérieur, le montant s'élève à 3,3 millions dont 1,3 million en 2022. Les travaux ont été achevés en mai 2023.

Au titre du Ségur, un projet a été retenu, la restructuration du service des urgences, qui seront aménagées pour accueillir de 10 000 à 12 000 passages supplémentaires. Sur un coût total de 1,5 million, l'hôpital recevra une aide pour 10 % du montant. La maîtrise d'œuvre sera sélectionnée début 2024 et le choix des sociétés de travaux d'ici à la fin de 2024. La rénovation du bâtiment de la maternité, un des plus anciens désormais de l'établissement, se déroulera en plusieurs étapes. Dès 2023, aura lieu l'isolation thermique du bâtiment, puis la rénovation des chambres en 2024 et 2025, en partie en régie. Ce projet, évalué à 1,5 million d'euros, vise à conforter la place de la maternité face à la concurrence d'autres établissements. La rénovation de l'EHPAD (bâtiment Thomas-Beckett) portera sur 330 000 euros pour 2023 et 2024. Des travaux de sécurité incendie du bâtiment hospitalier seront également entrepris, pour environ 470 000 euros selon le chiffrage connu à ce jour.

4. Du matériel biomédical à renouveler

Le taux de vétusté des équipements est important, 92,2 % en 2020 et 2021 (mais 88,6 % en 2022). Le taux de renouvellement des immobilisations est très faible, il est chiffré à 0,95 % en 2020. La chambre a relevé un certain nombre de matériels anciens dans l'inventaire physique, qui avaient plus de vingt ans, et toujours en service.

Le matériel biomédical bénéficie toutefois d'une enveloppe plus importante à partir de 2022, en partie grâce à l'enveloppe d'investissement du quotidien « Ségur » (voir *supra*). Dans le cadre des travaux du bloc opératoire, les achats se sont concentrés davantage sur les investissements biomédicaux liés à cette activité. Le tableau de financement du PGFP témoigne de cette volonté de renouveler le matériel biomédical à hauteur de 250 000 euros chaque année, un effort globalement similaire à celui qui sera consenti pour le système d'information.

V. RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES MEDICALES

La direction des ressources humaines assure la gestion des seuls personnels non médicaux, les personnels sous statut de médecin relevant, sauf pour la paye, du service des affaires médicales, placé directement auprès du directeur chef d'établissement. Un règlement intérieur a été établi, tandis que les lignes directrices de gestion ont été présentées au comité

technique d'établissement le 22 juin 2021. Les bilans sociaux annuels ne soulèvent pas d'autre question que l'absence de mention des personnels titulaires, question développée ci-après.

A. Ressources humaines non médicales

1. La masse salariale

Une stabilité globale prévaut dans les effectifs totaux des personnels non médicaux (PNM) pour l'ensemble de la période, avec une légère augmentation de 743 équivalents temps plein travaillés (ETPT) en 2017 à 747 ETPT en 2021. Ils représentent 90,3 % du personnel total en 2017 et 89,8 % en 2021. Dans le détail cependant, après une baisse des effectifs en 2018 à 736 ETPT, grâce à une amorce de maîtrise de la masse salariale (à la suite de l'adaptation capacitaire), à un étiaje maintenu en 2019, on relève une augmentation de 10 ETPT entre 2019 et 2021. La DRH évoque la création d'une équipe de remplacement du secrétariat, ainsi que des reclassements. Elle indique que les effectifs en 2021 correspondent globalement au retour à un effectif correspondant aux organisations, après une baisse en 2020 sous l'effet de la pandémie.

L'évolution de la masse des rémunérations des PNM (6,2 millions entre 2017 et 2021), pour des ETPT proches, traduit notamment les revalorisations salariales issues du Ségur de la santé.

On relèvera qu'en dépit d'une diminution capacitaire significative à 34 lits d'hospitalisation complète de chirurgie et la fin de l'hospitalisation les samedis et dimanches, se traduisant par un passage de 1 777 à 1 583 séjours, il n'y a pas eu d'ajustement correspondant du volume des équipes soignantes, ce qui constituait l'objectif poursuivi. Le nombre global des séjours ne se maintient sur la période qu'avec la chirurgie ambulatoire. En outre, un audit demandé à l'ARS en 2018 préconisait de diminuer la part du PNM au regard du personnel médical (PM) ; le rapport de proportion ne s'est amélioré que par l'augmentation légère du personnel médical.

2. Effectifs du personnel non médical

a. La répartition des emplois

Le budget principal hospitalier réunit environ 88 % des emplois, celui de l'EHPAD autour de 11 %. La décrue du personnel jusqu'en 2020, passant de 743,17 ETPT à 719,78 ETPT, soit 23,39 ETPT en moins, porte sur les deux principales catégories de personnels, les soignants (- 12) et les agents techniques (- 14,92). La fin des contrats aidés a conduit également à une diminution de plus de 8 ETPT sur la période.

La plus forte augmentation porte sur les personnels médico-techniques (+ 5,82 ETPT), entre 2017 et 2019. Cette hausse correspond, après la fermeture du centre de radiologie libéral, à la reprise de deux manipulateurs en radiologie, puis à la création du GCS IRM du Territoire Argentan Falaise, avec 4 ETP mis à disposition.

L'année 2021 marque une nouvelle tendance, notamment avec une hausse forte de 19,27 soignants et 6,16 personnels administratifs, le total des personnels hospitaliers atteignant 747,13 ETPT, dépassant le niveau initial de 2017.

Tableau n° 9 : Les effectifs non médicaux en ETPT, par catégorie

	2017	2018	2019	2020	2021
Soignants	542,42	543,35	546,58	530,42	549,69
Administratifs	87,54	88,4	94,11	93,11	99,27
Educatifs et sociaux	5,74	4,91	6,15	5,95	6,43
Médico-techniques	21,36	25,15	27,19	27,18	27,6
Techniques	77,38	70,01	62,11	62,46	63,81
<i>Contrats aidés jusqu'en 2019 puis apprentis</i>	8,73	4,06	0,67	0,66	0,33
Total PNM	743,17	735,88	736,81	719,78	747,13

Source : CRC, d'après les tableaux du centre hospitalier

b. Statut et recrutement

Les bilans sociaux de l'établissement globalisent les titulaires et les contrat à durée indéterminée (CDI), ne distinguant que les « CDD et autres contrats ». En 2019, le nombre d'autres contrats atteignait 99 équivalents temps plein rémunérés (ETPR), diminuant à 2020 à 83,5 ETPR mais augmentant en 2021 à 102,34 ETPR.

Cependant, cette présentation des chiffres conduit à masquer la réalité d'une situation dans laquelle le nombre de contractuels sur emplois permanents est particulièrement élevé, à presque 42 % contre seulement 58 % de personnels titulaires. En 2020, l'hôpital emploie ainsi 221 contractuels permanents en plus des 84 contractuels sur CDD et autres contrats. Une doctrine alternative de l'emploi contractuel est mise en place, les infirmiers bénéficiant généralement d'un CDI à la fin de la première année de contrat court. En 2021, 71 auxiliaires de puériculture, 62 infirmiers, 37 agents des services hospitaliers et 22 adjoints administratifs sont des contractuels sur emplois permanents.

Toutefois, grâce à l'axe du « Ségur de la santé » portant sur la résorption de l'emploi précaire, un accord local a prévu 165 mises en stage pour la période 2022 – 2023 (dont 50 dès juillet 2022), grâce aux aides du Ségur (au budget « H », 190 600 euros en 2021, 194 500 en 2022 et 280 000 en 2023) pour 665 230 euros, couvrant l'essentiel des 800 000 euros évalués.

Cette pratique au long cours, dont le très faible nombre de mises en stage était une composante centrale, conduira à une résorption nécessairement progressive du volume des personnels contractuels. Si l'établissement poursuit fermement cette relance des mises en stage, avec 49 agents en 2022 et 118 agents en 2023, il sera rappelé que l'objectif de résorption de l'emploi précaire devra bien porter également sur les contractuels déjà présents dans l'établissement, car les mises en stage des nouveaux fonctionnaires constituent une règle de droit commun. La nécessaire maîtrise de la masse salariale ne saurait se traduire par une politique contraire aux principes statutaires de la fonction publique hospitalière.

c. Le taux de rotation du personnel

Le très fort taux de rotation du personnel est un aspect important de la gestion des ressources humaines non médicales après la période pandémique. L'établissement constate le départ d'agents stables sur emplois permanents, qui demandent des mises à disposition, et si elles sont refusées, n'hésitent plus à démissionner. Le projet social, un des volets du projet d'établissement, est en en cours d'achèvement. Il entend trouver des réponses à cette question de recrutement et de maintien dans l'emploi.

3. Le temps de service et son tempérament

a. Définition des temps

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 détermine le temps de service applicable dans la fonction publique hospitalière, dans ses articles 1 (agents sans sujétion) et 3 (agents soumis à des sujétions). L'établissement a signé en février 2002 un accord local relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (RTT). Un avenant a été conclu en 2012, prévoyant en particulier des règles d'astreintes pendant la permanence des soins. L'établissement établit la durée annuelle du temps de travail suivant un calcul basé sur le temps de travail hebdomadaire, que l'on trouve dans un tableau sous l'article 3 de l'accord local, qui n'appelle pas d'observations dans sa mise en œuvre.

L'établissement prélève le jour de solidarité sur les congés annuels, ce qui les porte à 24 jours. Cette modalité est la seule qui n'est pas autorisée pourtant, puisque les congés annuels découlent directement du temps de service effectué, comme le rappelle l'article L. 621-11 du code général de la fonction publique. Pour les agents effectuant leur service en 35 heures, ne bénéficiant pas de jours de RTT, le positionnement sur des jours fériés ou bien l'augmentation du temps de service, y compris par une fragmentation, doit être assurée, de manière à rétablir les congés annuels des personnels. L'établissement entend régulariser cette situation en 2024.

b. Contrôle automatisé et heures supplémentaires

L'établissement dispose d'un outil de gestion informatisé des tableaux de service et des compteurs des temps, mais d'aucun dispositif automatisé de contrôle. La DRH indique qu'il appartient aux cadres de procéder aux vérifications.

Des heures supplémentaires sont rémunérées au sein de l'établissement, en forte augmentation depuis 2020, pour s'établir en 2021 au-dessus des 12 500 heures (pour plus de 230 000 euros) contre 8 000 en 2019 et 4 500 en 2017. L'établissement indique que la période pandémique a pu conduire à un usage extensif de ces heures supplémentaires, afin de pallier les absences inopinées d'agents, ce qui devrait conduire à revenir aux niveaux précédents. Certains des services qui ont sollicité le paiement de plus de 5 000 heures sont des services de soins sous tension : urgences, USC, UHTCD, bloc opératoire, gynécologie-obstétrique, structure COVID. D'autres sont en apparence plus surprenants, comme le SSR ou l'EHPAD ou le service administratif de gestion du personnel, relevant de problématiques d'effectif ou d'usage à des fins de remplacement. Le directeur n'a pas établi de décisions sur une liste d'activités ou de catégories susceptibles d'être amenées à accomplir des heures supplémentaires, la répartition couvre des services de toute nature. En journée, la demande du cadre est validée par la directrice des soins ou par la directrice des ressources humaines, et la nuit, par l'administrateur de garde. La DRH indique ne pas pouvoir connaître le nombre d'heures supplémentaires récupérées, en raison du codage par les cadres des services, qui utilisent le même que les repos de nuit ; c'est donc une limite importante au contrôle interne. L'établissement a répondu à l'observation de la chambre par une modification de ce codage.

L'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002, relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires, qui vise le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 consacré aux établissements hospitaliers, a subordonné leur attribution à la mise en œuvre d'un dispositif de contrôle automatisé. La chambre demande à l'établissement de se conformer à ce décret en mettant en place un dispositif de pointage, et de mettre en œuvre un décompte centralisé des heures supplémentaires compensées par la DRH.

4. Absences et remplacements

L'absentéisme du personnel paraît maîtrisé : en diminution de plus d'un point entre 2019 et 2021, il est passé de 9,7 % à 8,5 %, en globalisant les motifs médicaux et non médicaux. Une étude de la Fédération hospitalière de France en 2022 situe le niveau moyen national en 2021 à 9,9 % dans les établissements sanitaires et sociaux, et 9,8 % pour les seuls établissements publics de santé hors hôpitaux universitaires, après 10,1 % en 2020. Ces chiffres sont à comparer avec le niveau moyen de 2019, 8,8 %. A la faveur de cette évolution, l'absentéisme au sein du CH d'Argentan est donc désormais inférieur à la moyenne nationale. L'établissement adhère depuis 2019 à un marché d'intérim non médical, avec des dépenses faibles. Pour faire face aux absences, ont été mises en place de manière permanente une équipe d'infirmiers de jours (8 agents, pour 6,8 ETP), une équipe d'aides-soignants de jour (14 personnes, pour 12,9 ETP), qui interviennent sur l'ensemble des services de l'établissement, hors blocs naturellement, pour des remplacements programmés ou inopinés. Depuis 2019, a été créée une équipe de secrétaires médicales, de deux postes à temps plein.

5. Avantages en nature

Aucun directeur ou cadre accomplissant des astreintes administratives ne bénéficie actuellement d'un logement pour nécessité absolue de service. Tous bénéficient d'une indemnité de logement. Deux décisions portant attribution de l'indemnité de logement sont manquantes. Il apparaît que les professionnels ayant rejoint ces dernières années l'établissement n'en bénéficient pas. L'établissement informe la chambre qu'il a régularisé ces deux situations.

Dans le cadre de la direction commune, les astreintes étaient assurées de manière commune, avec le rattachement des directeurs et des cadres à l'un ou l'autre établissement. Après vérification, la facturation entre le CH d'Argentan et le CH de Falaise de ces compléments de rémunération ne pose pas question, sur le fondement de la répartition du temps de service pour 50 %.

B. Ressources humaines médicales

1. Une stabilité globale des effectifs médicaux qui masque une situation de profond déséquilibre

a. Une part globale stable

Les effectifs médicaux apparaissent en légère augmentation, passant de 80,88 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) en 2017 à 86,35 ETPR en 2021. En retranchant les internes, les effectifs médicaux paraissent tout à fait stables à 65,90 ETPR en 2017 et 66,91 en 2021, sans fluctuation notable dans l'intervalle.

Mais les effectifs de médecins permanents, sous statut ou contrat pérenne, diminuent sur la période de 9 %, et les effectifs de médecins contractuels augmentent sensiblement (+ 18 %).

L'hôpital s'est également tourné vers le recrutement de praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE), 17 en 2017 et 20 en 2021 qui interviennent de manière pérenne, comme médecins attachés ou comme « faisant-fonction » d'internes (ils sont inclus dans les effectifs de ces deux catégories). En service de chirurgie, ils constituent désormais l'essentiel de l'effectif médical.

Les internes passent de 15 ETPR en 2017 à 19 ETPR en 2021. L'établissement a en effet accueilli, entre mai et novembre 2022, de 14 à 20 internes par semestre principalement en médecine générale, mais également en chirurgie viscérale, médecine d'urgence, ophtalmologie, pharmacie, gastro-entérologie et pédiatrie.

Tableau n° 10 : Effectif médical temps plein rémunéré (ETPR)

	2017	2018	2019	2020	2021	Variation 2021/2017 ETPR
Médecins permanents (praticiens, attachés et attachés associés en contrat triennal et CDI)	40,77	40,87	38,76	35,11	37,15	-9 %
Médecins à recrutement contractuel temporaire (CDD)	25,13	24,70	27,90	31,83	29,76	18 %
Internes puis médecins juniors	14,98	17,07	17,24	17,77	19,44	30 %
Intérim médical (stricto sensu)			0,02	0,10		
Total médecins temporaires	40,11	41,77	45,16	49,70	49,20	23 %
Total personnel médical	80,88	82,64	83,92	84,81	86,35	7 %

Source : compte financier

b. Des contrats de courte durée

De nombreux contrats sont de très courte durée. L'établissement indique en effet recenser depuis 2019 plus de 950 contrats courts de médecins. La comparaison entre le nombre annuel d'ETPR et l'effectif médical immatriculé dans les bulletins de paye témoigne de l'ampleur du nombre de médecins différents intervenant dans l'établissement (216 en 2021). Ces contrats courts, de remplacement ou d'occupation précaire de postes pérennes, sont conclus de gré à gré, constituant ce que l'établissement qualifie de dépenses d'« intérim médical » (voir *infra*).

Ces constats sont la traduction des fortes tensions dans le recrutement par l'établissement de médecins dans certaines disciplines (urgences, gériatrie ou cardiologie).

c. La rémunération globale

Les dépenses de rémunération sont stables jusqu'en 2020, mais à un niveau relativement élevé. Elles ont crû en 2021 de 854 508 euros, à la fois pour le financement des dépenses de contrats courts, mais également des revalorisations issues du « Ségur ». La rémunération du personnel médical augmente de 18 % entre 2017 et 2021, principalement du fait du recrutement de praticiens temporaires et autres praticiens à recrutement contractuel (entre 4,78 et 7,5 ETPR chaque année), dont la moyenne de rémunération en 2021 est supérieure à 100 000 euros.

Tableau n° 11 : Evolutions et part des dépenses de rémunérations globales du personnel médical

	Rémunération du personnel médical (en euros)	Evolution rémunération médicale 2017-2021	Proportion dans la masse salariale totale en 2021	Proportion des effectifs médicaux en 2021
2017	9 178 256	17,90 %	18,30 %	10,10 %
2018	8 964 869			
2019	9 653 454			
2020	9 968 784			
2021	10 823 292			

Source : comptes financiers

2. Les irrégularités relatives au statut médical

a. Un système de double emploi des praticiens urgentistes

Ce dispositif, qualifié par l'établissement « d'intérim interne », est étroitement lié à la question du cadre statutaire des médecins hospitaliers.

A compter du dernier trimestre 2020, puis durant toute l'année 2021, une pratique a été instaurée, consistant à accorder aux médecins du service des urgences, sur décision du directeur, la possibilité de bénéficier de contrats dits « d'intérim » au sein de leur propre service. Ce contrat se superpose donc à leur statut ou contrat déjà existant dans l'établissement. L'établissement indique que les agents sont placés en congé annuel pour ces périodes « d'intérim », qui sont autorisées par des contrats identiques à ceux des intérimaires externes. Pendant ces périodes, il n'y a pas de suspension de leur contrat ou statut initial : les praticiens effectuent par conséquent des remplacements sur un poste de médecin au sein du service.

Ce dispositif s'écarte fortement des dispositions d'emploi des médecins au sein des établissements hospitaliers publics, notamment de l'article R. 6152-24 du CSP sur l'interdiction du cumul d'émoluments des praticiens hospitaliers (PH) hors ceux prévus par la réglementation, de l'article R. 6152-27 sur la mise en place de temps additionnel au-delà des obligations de service, de l'article R. 6152-2 (dans sa version alors en vigueur) pour le cadre d'exercice des PH à temps plein ou encore de l'article R. 6152-406 pour l'exercice des praticiens contractuels. La contradiction avec la réglementation est aggravée par la méconnaissance, assumée par l'établissement, des droits aux congés de ces praticiens, condition de la sécurité des soins dispensés aux patients.

Un courrier du directeur au chef de service, daté du 22 juillet 2020, autorise d'abord une expérimentation au dernier quadrimestre 2020 du dispositif d'intérim interne, sous la forme de l'indemnisation des gardes effectuées en temps additionnel au taux fixé par l'arrêté du 24 novembre 2017 pour l'intérim, soit 1 170,04 euros pour 24 heures, ce dispositif ayant pour objet selon ce courrier « d'accroître le nombre de gardes assurées, au-delà des obligations de service, par les praticiens permanents intervenant au sein du service des urgences ».

En pratique, entre 2020 et 2021, le dispositif a donné lieu à une trentaine d'interventions, pour des contrats en majorité de 24 heures. Le montant servi, de 1 500 euros pour la majorité des interventions, ne respecte pas l'accord du 22 juillet 2020, mais excède aussi le plafond réglementaire. Cinq médecins domiciliés à l'extérieur du département bénéficient en outre contractuellement du remboursement de leurs frais de déplacement dans la limite de 200 euros. Certains contrats ont été signés postérieurement aux interventions.

Le chef de service établit les tableaux de garde et identifie le recours à cet « intérim interne », dépendant des absences constatées et de l'intérim externe. Il est permis de

s'interroger sur la possibilité du contrôle par la direction d'un service qui a ainsi à la fois la maîtrise de la demande d'intérim et qui est bénéficiaire de cette offre de remplacement interne. A la différence des autres médecins, il n'existe pas de tableau nominatif retraçant le temps de service ou les congés des médecins des urgences. Il n'y a donc pas de possibilité pour la direction d'un contrôle suffisant du respect du temps de service maximal effectué, notamment par le décompte des congés, d'autant que cette organisation n'apparaît pas explicitement. Les rémunérations d'intérim sont globalisées sur le bulletin de salaire avec le traitement de base.

Ce dispositif est irrégulier dans ses différentes composantes, cumul de contrats ou statuts différents au sein d'un même établissement, cumul de rémunérations incompatibles, rémunération excessive, méconnaissance des règles liées aux congés des praticiens, absence de possibilité de contrôle par la direction des obligations de repos. Il témoigne d'une perte de maîtrise de la part de la direction de l'hôpital d'Argentan face à une surenchère salariale.

b. Le recours à des successions de contrats courts ou à la semaine pour des remplacements durables

La pratique des contrats médicaux de courte ou très courte durée peut recouvrir un caractère de recrutement pérenne avec des modalités dérogatoires. Des vacances durables de postes ont été pourvues par le recours à une succession de contrats de remplacement, renouvelés de semaine en semaine, hors week-end, pour de longues périodes.

En particulier, un gériatre est intervenu dans l'établissement pour des contrats à la semaine 51 fois entre le 26 novembre 2018 et le 24 avril 2020, soit 250 jours. En 2019, le nombre de ses journées de travail dans l'établissement est estimé à 165 sur 33 semaines (par comparaison, le nombre de journées de travail d'un praticien, hors congés et jours fériés est estimé à 208 jours par an). La rémunération versée s'est élevée à plus de 140 000 euros nets avant retenue à la source, auxquels il faut ajouter 14 525 euros de frais de déplacement. Les directeurs successifs ont indiqué avoir proposé une régularisation au praticien, qui l'a refusée, tout en poursuivant son exercice professionnel au sein de l'établissement.

Ce recours, au sein du court séjour gériatrique, à une succession de contrats courts successifs sur plus d'un an au profit d'un même médecin, n'est pas conforme à la réglementation. L'article R. 6152-402 du CSP alors en vigueur prévoyait en effet le recours à des contrats d'une durée maximale de six mois sur une période de douze mois pour des remplacements. Il masque en fait un recrutement pérenne, à des conditions très dérogatoires. L'hôpital doit mettre fin à cette pratique, qui contourne les principes régissant l'emploi des médecins hospitaliers.

c. Les praticiens contractuels

L'article R. 6152-402, 4° ou 5° du CSP limite les renouvellements des praticiens contractuels, recrutés pour faire face à un surcroît d'activité, à des contrats conclus entre un et deux ans selon les motifs de recrutement, renouvelés par semestre. Un même praticien ne peut pas rester, sauf exception, plus de trois ans dans le même établissement. Pourtant, un certain nombre de contrats sont renouvelés au-delà de la limite prévue par les textes, pour des durées allant jusqu'à huit ans. Trois médecins ont, par conséquent, pu percevoir une indemnité de précarité pour un montant important, entre 2018 et 2021 (jusqu'à 60 000 euros pour l'un d'eux). Il est demandé à l'établissement de respecter les règles régissant les durées des contrats de ce type.

d. La supervision médicale des praticiens étrangers (hors astreintes)

L'hôpital d'Argentan a communiqué par année la liste et le service d'affectation des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), au nombre de 20 en 2021. Dix de ces médecins ont été recrutés sur le statut de praticien attaché associé, les autres sont recrutés sous le statut de « faisant fonction d'interne » (FFI) ; l'un d'eux, chirurgien, a été mentionné dans sa fiche de paye comme personnel administratif, que l'établissement impute à une erreur

informatique. Il est rappelé que tout comme les FFI, les praticiens associés ne remplissant pas les conditions pour être inscrits à l'ordre, ils ne peuvent exercer que sous la supervision et la responsabilité directe d'un autre médecin de l'établissement (article L. 6152-1 du CSP).

Certains FFI sont présents dans le cadre de stages semestriels convenus sur la base d'une coopération avec leur établissement d'origine. Certains, en chirurgie, sont mis à disposition par le CH de Falaise, le CH d'Argentan remboursant leur rémunération principale et ne payant directement que les astreintes. La direction du CH d'Argentan a oralement expliqué ce dispositif par la nécessité de maintenir en poste ces médecins, qui demeurent en France sur la base d'une convention de coopération internationale, sous statut de stagiaire, qui n'est possible que pour un semestre renouvelable une fois. Les conventions de stage ne mentionnent pourtant pas cette mise à disposition. Le médecin désigné dans la convention comme responsable de stage reste un médecin du centre hospitalier de Falaise. Par conséquent, ce chirurgien ne peut intervenir pour « senioriser » les stagiaires associés lorsqu'ils sont mis à la disposition du CH d'Argentan. Il est à noter qu'un chirurgien urologue étant mis à la disposition d'Argentan, c'est le chirurgien d'une autre spécialité, orthopédiste et traumatologie, qui est officiellement responsable de son stage à Falaise.

La plupart des médecins sont inscrits dans un parcours de consolidation et ont réussi les épreuves de validation des connaissances (EVC, organisées annuellement par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers), à la suite desquelles l'établissement les nomme sous le statut de praticien attaché associé. En revanche, aucun des dossiers consultés ne mentionne nommément le médecin senior qui assume la responsabilité de leur exercice. Oralement, la direction a indiqué qu'il s'agissait toujours du chef du service d'affectation, ce qui ne semble matériellement pas possible toute l'année.

Il est demandé au CH de veiller au correct encadrement des praticiens étrangers accueillis, sans contournement du cadre juridique des conventions, qui posent des questions de responsabilité tant médicale qu'administrative.

e. Des contrats de cliniciens hospitaliers non autorisés et comportant des anomalies

Le statut de clinicien a été créé pour permettre le recrutement de médecins sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. L'article R. 6152-705 prévoit que le contrat est conclu pour une durée de trois ans au plus, renouvelable par décision expresse. La durée totale de l'engagement ne peut excéder six ans, renouvellement compris. Le statut de clinicien a été abrogé au 1^{er} janvier 2022, transformé en statut de praticien contractuel.

(1) *Des contrats non autorisés*

La réglementation alors en vigueur autorise les détachements sur contrat de clinicien d'un praticien hospitalier au sein du même établissement, dans la mesure où il s'agit d'un emploi présentant une difficulté particulière à être pourvu. La liste de ces emplois est prévue par le CPOM de l'établissement, sur la base d'avenants. L'établissement n'a pas fourni les avenants au CPOM autorisant le recrutement de praticiens en chirurgie viscérale-urologique et conventionnelle et en radiologie.

(2) *Le renouvellement d'un contrat au-delà de la durée maximale de six ans*

Un médecin a bénéficié d'un renouvellement de son statut de clinicien au-delà de la durée de six années réglementaires, donc au-delà de l'autorisation de l'ARS. A l'issue de la sixième année d'exercice en tant que clinicien, il a été intégré au mois de janvier 2021 dans les cadres de praticien hospitalier de l'établissement, pour être ensuite détaché de nouveau sur un contrat de clinicien à temps plein au 1^{er} février, pour une nouvelle période de trois ans.

Le directeur de l'établissement a confirmé qu'il n'avait pas pris l'attache de l'ARS, dans la mesure où cette disposition avait été accordée pour pérenniser l'offre de soin en

pneumologie, le clinicien étant le seul médecin senior titulaire du service et qu'il avait formulé son intention de quitter l'établissement. Les autres solutions envisagées auraient été repoussées par l'intéressé.

(3) *Le versement d'astreintes alors que l'indemnisation de la permanence des soins est déjà comprise dans la rémunération du clinicien*

L'article R. 6152-706, 2° du CSP dispose que la participation du praticien clinicien à la continuité des soins fait partie de ses obligations de service, tandis que l'article R. 6152-709 déterminait une rémunération autour d'une part fixe et d'une part variable, versée en fonction d'engagements particuliers et de la réalisation des objectifs (article R. 6152-706, 8°).

Pourtant, entre 2018 et 2021, cinq cliniciens ont perçu des indemnités pour astreintes alors que leur contrat excluait explicitement toute rémunération supplémentaire pour participation à la permanence des soins par la mention suivante : « *participera à la continuité des soins sans percevoir de rémunération supplémentaire. La contrepartie réglementaire est le statut particulier de clinicien prévu dans la loi HPST.* » Le total de ces indemnités s'élève à 183 492,97 euros bruts sur la période. Quatre autres cliniciens ont bénéficié d'indemnités d'astreintes sur la base de mentions contractuelles plus ambiguës, mais sous l'empire de la même réglementation, pour un total de 105 995 euros bruts.

Au total, et dans la mesure où ces accessoires de rémunération ne font pas partie des émoluments dont le versement est ouvert aux cliniciens par la réglementation, jusqu'à 289 488 euros bruts d'indemnités d'astreintes ont pu être versés irrégulièrement entre 2018 et 2021. Enfin, l'un d'eux a perçu une indemnité de chef de service de 200 euros en décembre 2021.

3. Les contrats de remplacement, l'« intérim » médical

Le CH ne recourt jamais à des agences de placement, mais ponctuellement à des agences d'intermédiation, concluant des centaines de contrats de gré à gré avec des médecins.

a. Le volume des dépenses de remplacement

Entre 2017 et 2021, le recours aux contrats de remplacement de gré à gré (avec ou sans intermédiation), dit « intérim médical » par l'établissement, augmente de près de 70 %, les dépenses passant de 367 565 en 2017 euros à 623 121 euros en 2021 (après un pic en 2020 à plus de 750 000 euros).

Alors que jusqu'en 2018 ces remplacements concernaient essentiellement les spécialités d'urgentistes, de cardiologues et d'anesthésistes-réanimateurs, à partir de 2019 c'est le service de court séjour gériatrique qui concentre le plus de recours à l'intérim, avec le service des urgences, tandis que des besoins plus ponctuels apparaissent en chirurgie orthopédique et en pneumologie. Le court séjour gériatrique apparaît en effet très affecté par le taux de rotation du personnel médical : aucun médecin n'est présent sur douze mois en 2020 et 2021, un seul médecin sur sept mois en 2020 et deux, sur sept mois également, en 2021. Les données transmises par l'hôpital sur les entrées et sorties de médecins montrent une concentration des départs et contrats courts sur les services de cardiologie, urgences, court séjour gériatrique mais également sur les chirurgiens. Le CH indique que la situation est désormais stabilisée pour le court séjour gériatrique, avec le recrutement de personnel pérenne en 2022.

La question de la continuité des soins est posée régulièrement au service d'accueil des urgences. L'accueil physique non régulé a ainsi été suspendu en 2022 le dimanche 24 juillet, les 29 et le 30 juillet, puis à nouveau les 6 et 11 septembre. Dans ce service, pour lequel l'effectif théorique déclaré est de 12 médecins, 58 médecins et internes sont intervenus en 2021, dont 8 seulement étaient présents sur les douze mois de l'année, tandis que 33 médecins intervenant aux urgences ont eu moins de cinq bulletins de salaire.

b. Des prestations déguisées et une soustraction aux obligations de l'employeur

Le CSP autorise le recours à des entreprises de travail temporaire pour des missions dans les établissements publics de santé (article R. 6146-25). Ces dernières établissent le contrat de mise à disposition et attestent de la vérification des aptitudes et obligations préalables à l'intervention du praticien dans l'établissement, notamment le respect des temps de repos.

A la différence d'autres établissements, le CH d'Argentan n'a pas recours à un marché public avec une ou plusieurs entreprises de travail temporaire pour assurer les remplacements des postes vacants et médecins absents. Le directeur a indiqué ne pas avoir souhaité s'inscrire dans le marché de prestation conclu par le GHT sur l'intérim médical, doutant des solutions que pourraient proposer ces sociétés de placement pour un hôpital comme Argentan. Il informe la chambre que le lot, infructueux, n'a pas été relancé par le GHT, ce qui n'exclut toutefois pas la passation d'un marché en propre.

Il est à noter que l'établissement, s'il ne fait pas appel à une société d'intérim, doit lui-même s'assurer de la production des attestations prévues à l'article R. 6146-25 du code de la santé publique et notamment l'attestation selon laquelle le médecin a bénéficié d'une période de repos de sécurité avant son intervention dans l'établissement. Ce contrôle n'est pas effectué par le CH d'Argentan. A titre d'illustration, trois praticiens hospitaliers à temps plein ont effectué des remplacements au centre hospitalier d'Argentan alors qu'ils étaient en poste dans d'autres centres hospitaliers, parfois hors de la région, ce qui contrevient à la réglementation.

Il sera rappelé que le contrôle des attestations par l'établissement employeur s'impose tant pour vérifier le régime réglementaire applicable que pour s'assurer des obligations de temps de service et de repos, correspondant à un principe de sécurité des soins.

c. La rémunération au-delà du plafond réglementaire

La rémunération de ces prestations doit respecter un montant plafond journalier fixé pour une base de 24 heures de travail par le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.

Ce montant est une référence pour des contrats très courts de gré à gré qui ont cette même vocation d'intérim. Le plafond est égal à deux périodes de temps de travail additionnel de jour, auxquelles est ajoutée une indemnité de sujétion, majorées de la rémunération des congés, et de 20 % au titre de l'année 2018 et 10 % au titre de l'année 2019. Ces indemnités sont majorées de l'indemnité de fin de mission. Le montant plafond brut de référence a été calculé par l'arrêté du 24 novembre 2017, pour une journée de 24 heures de travail effectif. Outre le logement, le repas et les frais de déplacement sont pris en charge. Pour 24 heures, la rémunération nette servie a atteint 1 800 euros pour un contrat d'août 2021, 1 500 euros pour huit contrats et 1 400 euros pour huit autres, tous au-delà du plafond calculé.

L'hôpital doit s'employer à mettre fin à ces rémunérations systématiquement irrégulières. Il est d'ailleurs plus contraint par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021, qui impose désormais au comptable de rejeter le paiement des rémunérations d'intérim irrégulières (article L. 6146-4 du CSP).

4. Les désordres constatés dans la permanence des soins

a. Des manquements dans le suivi du temps médical

Les tableaux généraux de service prévus par l'article R. 6152-605 ne sont pas tenus, la direction n'ayant pas même été en mesure de produire les plannings médicaux de la plupart des services de soins, à l'exception des urgences, de la gynécologie-obstétrique et de l'anesthésie.

Les tableaux mensuels nominatifs par médecin transmis *a posteriori* afin de procéder à la paye paraissent établir le service fait, mais leur absence pour certains services ou l'absence de signature pour certains d'entre eux ne permettent pas un contrôle fiable des temps de service. Le tableau des gardes et astreintes est établi en revanche.

La chambre attire l'attention du chef d'établissement sur ses obligations réglementaires en matière de tenue des tableaux généraux de service, qui engage sa responsabilité.

b. La participation anormale des PADHUE à la permanence des soins

Les gardes sont effectuées exclusivement par les médecins urgentistes, des astreintes opérationnelles sont prévues pour un nombre important de spécialités. Comme vu auparavant, elles sont soit autorisées par le schéma de PDSES, soit mises en place, en sus, par l'établissement.

L'examen des tableaux mensuels de continuité des gardes et astreintes pour l'année 2021 montre que l'organisation de la permanence des soins repose en grande partie sur les médecins PADHUE, praticiens attachés associés ou même des faisant-fonction d'interne.

Or, dans la mesure où ces personnels ne sont pas médecins de plein exercice, ils doivent participer aux gardes et astreintes dans les mêmes conditions que les internes, c'est-à-dire sous la supervision directe d'un sénior également de garde ou d'astreinte. Ils ne peuvent assurer seuls la permanence des soins.

Ainsi pour le service de gynécologie, plus de 40 % des astreintes sont assurées par un PADHUE, 59 % en chirurgie viscérale, près de 68 % en chirurgie orthopédique, près de 42 % en urologie et près de 57 % pour l'imagerie médicale et 52 % pour la cardiologie.

Outre le fait qu'aucune trace de la désignation d'un médecin sénior n'a été retrouvée lors du contrôle sur place des dossiers de ces personnels, il n'apparaît pas possible en astreinte qu'une séniorisation effective soit en place. La direction n'a d'ailleurs pas apporté de réponse sur ce point. L'établissement a répondu que la permanence des soins ne pourrait être assurée dans d'autres conditions.

c. La rémunération irrégulière de toutes les astreintes

La réglementation issue de l'arrêté du 30 avril 2003 prévoit deux éléments de rémunérations distincts, une indemnité de sujétion pour compenser le temps de travail effectué la nuit, le samedi après-midi et le dimanche dans le cadre des obligations de service hebdomadaires ; et pour les astreintes, une indemnité forfaitaire de base, à laquelle s'ajoute une indemnisation des déplacements effectifs. Les établissements peuvent opter pour une indemnisation forfaitaire des astreintes au plus égale à ½ indemnité de sujétion, augmentée de l'indemnité de base, soit 176,55 euros.

L'établissement n'applique pas, pour la rémunération des astreintes, la réglementation fixée par l'arrêté du 30 avril 2003 mais une forfaitisation plus avantageuse, variable selon le service, fondée soit sur une indemnité de base et deux déplacements « forfaitisés » à un taux qui n'a pas été communiqué, soit sur le taux de l'indemnité de sujétion ou une demi-période de temps de travail additionnel, soit encore sur une combinaison de ces différentes bases (voir l'annexe numéro 7).

La direction n'a pas été en mesure de fournir le texte antérieur sur lequel repose cette forfaitisation, qui n'a donc plus aucun lien avec des interventions éventuelles en astreinte.

d. Le versement d'une « indemnité pour appels exceptionnels »

L'établissement a versé entre 2018 et 2021 une « indemnité pour appels exceptionnels » à 22 médecins et internes pour un montant total de 174 775,52 euros. Ces

rémunérations ont concerné la pharmacie (médecins, internes et étudiants), marginalement le service de chirurgie (pour deux médecins) et surtout le service d'ophtalmologie. Elles n'apparaissent dans aucun texte réglementaire pour l'ophtalmologie, spécialité n'étant pas concernée par la permanence des soins dans un établissement comme celui d'Argentan, aucune ligne d'astreinte n'apparaissant comme établie.

Pour les ophtalmologues, cette indemnité est versée sur la base d'un décompte mensuel déclaratif des appels ou des visites en déplacement. Son taux est de 65,41 euros par appel. Plusieurs médecins peuvent être appelés le même jour. Ainsi, en 2021, les six médecins ont réalisé 695 interventions payées (231 pour les deux praticiens attachés associés), soit jusqu'à trois interventions par soirée, sachant que ces « permanences » ne paraissent pas organisées tous les jours. En moyenne, ce sont plus de 50 consultations par mois qui sont ainsi rémunérées par une « indemnité d'appel exceptionnel ».

L'organisation systématique de consultations urgentes à partir de 18h30 n'a pas été justifiée par l'établissement. En outre, l'établissement indique que jusqu'au 1^{er} janvier 2022, ces consultations de spécialité, y compris lorsqu'elles sont adressées par la médecine de ville, étaient cotées au PMSI en accueil temporaire aux urgences (ATU), générant un forfait de facturation pour les passages aux urgences non programmés et non suivis d'une hospitalisation.

L'établissement est invité à mettre fin à cette rémunération induite, et subsidiairement s'assurer que ces patients sont bien accueillis en consultation durant les horaires d'ouverture du service.

5. L'activité libérale organisée dans l'établissement

Entre 2017 et 2021, cinq médecins étaient convenus avec l'établissement de réaliser une part d'activité libérale. Il s'agit principalement des spécialités d'ophtalmologie et de gynécologie-obstétrique.

La commission d'activité libérale s'est réunie à trois reprises sur la période pour examiner la conformité de l'activité de ces médecins à la réglementation pour chacun des exercices. Les anomalies constatées ont bien fait l'objet d'actions correctrices. La fonction de contrôle de cette commission semble par conséquent correctement assurée.

ANNEXES

Annexe : Glossaire spécifique

Annexe : Glossaire spécifique

AC : aides à la contractualisation
ATIH : agence nationale de l'information sur l'hospitalisation
ATU : accueil et traitement des urgences (forfait)
ARS : agence régionale de santé
CH / CHU : centre hospitalier / centre hospitalier universitaire
CLCC : centre de lutte contre le cancer
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRP / CRA : compte de résultat principal / compte de résultat annexe
CSP : code de la santé publique
DAF : dotation annuelle de financement
DIM : département d'information médicale
DMS et IP-DMS : durée moyenne de séjour et indice de performance de la DMS
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EML : équipements et matériels lourds (imagerie)
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
FIR : fonds d'intervention régional
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de santé
LISP : lits identifiés en soins palliatifs
MIG : missions d'intérêt général
PADHUE : praticiens hospitaliers à diplôme hors de l'Union européenne
PH : praticien hospitalier
PM / PNM : personnel médical / personnel non médical
PMP : projet médical partagé
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PUI : pharmacie à usage interne
RC : reconnaissance contractuelle
RSS : résumé de sortie standardisé
SAE : statistiques des établissements de santé
SAMU : service d'aide médicale urgente
SAU : service d'accueil des urgences
SMUR : structures mobiles d'urgence et de réanimation
SSR : soins de suite et de réadaptation
USC : unité de soins continus

