



Chambre régionale des comptes
de Lorraine

Epinal, le 9 juin 2010

Le Président,

Deuxième section

Réf. à rappeler :

Recommandé A.R

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 30 mars 2010, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, à compter de l'exercice 2002 jusqu'à la période la plus récente.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport d'observations définitives, accompagné de votre réponse. L'ensemble sera communiqué par le président au conseil d'administration, dès sa plus proche réunion. Inscrit à son ordre du jour, il sera joint à la convocation adressée à chacun des membres de l'assemblée et donnera lieu à débat.

Après information de l'assemblée délibérante, le rapport d'observations définitives accompagné de la réponse deviendra un document communicable à toute personne qui en fera la demande, conformément aux dispositions de la loi du 17 juillet 1978, relative à la communication des documents administratifs.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération très distinguée.

Jean MOTTES

Monsieur Jean-Michel HUE
Directeur du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges
26 rue du Nouvel Hôpital
88100 SAINT-DIE-DES-VOSGES



Chambre régionale des comptes
de Lorraine

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT DIE DES VOSGES

(Vosges)

Le présent rapport est composé des documents suivants :

1. Rapport d'observations définitives du 30 mars 2010.
2. Réponse de M. Jean-Michel HUE, directeur du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges par lettre du 15 avril 2010.
3. Procès verbal par lequel le greffe de la Chambre régionale des comptes de Lorraine constate que M. Bernard DUPONT, ancien directeur du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, n'a pas adressé de réponse au titre des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières dans le délai d'un mois fixé au 30 avril 2010.
4. Procès verbal par lequel le greffe de la Chambre régionale des comptes de Lorraine constate que M. Christian PIERRET, président du conseil d'administration du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, n'a pas adressé de réponse au titre des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières dans le délai d'un mois fixé au 30 avril 2010.

SOMMAIRE

SYNTHESE	4
1. INTRODUCTION	6
2. PRÉSENTATION DE L'ORGANISME ET EXAMEN DU CONTEXTE	7
2.1. Historique et présentation	7
2.2. Examen du contexte et des enjeux du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges	8
2.2.1. Un manque de concurrence d'autres établissements de soins plutôt favorable au centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges en termes d'activité	8
2.2.2. Une activité qui progresse faiblement	9
2.2.3. Une durée moyenne de séjour (DMS) inférieure à la moyenne et un taux d'occupation (TO) en progrès, sauf en obstétrique	9
2.2.4. Des blocs opératoires sous utilisés	10
2.2.5. Des fonctions logistiques coûteuses	12
2.2.6. La gouvernance	13
3. LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT	14
3.1. Le projet d'établissement 2002-2007	14
3.1.1. Un corps médical numériquement fragile et se renouvelant au prix d'intérim coûteux	16
3.1.2. Un patrimoine immobilier inadapté et coûteux	18
3.2. Le nouveau projet médical (2010-2015)	23
4. LA FIABILITÉ DES COMPTES	23
4.1. Les provisions pour compte épargne temps (CET)	23
4.2. Les rattachements des charges	24
5. LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT	25
5.1. Une qualité des prévisions budgétaires à améliorer	25
5.2. Des résultats en dégradation	26
5.3. Une dégradation de la capacité d'autofinancement	26
5.4. L'évolution de l'endettement	27
5.5. La ligne de trésorerie	27
5.6. Le bilan fonctionnel, le BFR et la trésorerie	27
5.7. L'analyse financière prospective	28
5.7.1. Les dépassements d'enveloppe budgétaire de l'opération immobilière « hôpital 2007 »...	28
5.7.2. amènent l'établissement à rechercher de nouveaux scénarii d'évolution de son activité	29
6. LES RECOMMANDATIONS DE LA CHAMBRE	31

SYNTHESE

Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges se trouve être peu concurrencé par d'autres établissements publics ou privés dans son environnement sanitaire, à l'exception de la clinique privée « Cardéo Notre Dame » dans le domaine cardiologique. Son activité progresse faiblement sur un bassin de population de 91 000 habitants, dont l'évolution restera mesurée et dont le vieillissement va se poursuivre.

L'établissement présente un taux de fuite de la patientèle vers d'autres établissements qui lui est plutôt favorable, de même que des durées moyennes de séjours qui sont inférieures à la moyenne. Néanmoins, les blocs opératoires et certaines fonctions logistiques (blanchisserie, restauration, laboratoires) présentent des coûts de fonctionnement élevés liés notamment à des charges de personnel importantes.

Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges est composé de 445 lits. Il réalise environ 18 000 entrées, prises en charge par un effectif de 757 équivalents temps plein. L'établissement présentait, en 2008, un résultat déficitaire de 430 000 € pour un budget de 56 200 000 €

Le projet d'établissement 2002-2007 est sous-tendu par deux axes structurants : le maintien des compétences médicales et la construction dans le cadre du plan « hôpital 2007 » d'un nouveau bâtiment, dont la livraison est prévue fin 2011.

Sur le premier volet, le centre hospitalier, après avoir eu une politique coûteuse de recrutement intérimaire, s'est efforcé de recruter par voie contractuelle, en recherchant des compétences médicales formées en Europe de l'est. En dépit des recrutements opérés, le corps médical du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges demeure fragile d'un point de vue numérique et sujet à de fortes variations d'activité (et donc de recettes) au gré des départs des médecins. La pyramide des âges défavorable de son effectif l'expose, donc, à un risque important du fait de la crise des recrutements liée à la démographie médicale.

Sur le deuxième volet, le centre hospitalier a engagé, en 2009, la construction d'un bâtiment de 23 000 m² de surface hors œuvre nette qui devrait accroître son patrimoine de 26 %. Cette opération, assurée par le recours à l'emprunt (77 M€), présentait, au 30 septembre 2009, un dépassement prévisionnel de 20 M€ portant l'opération de 60 à 80 M€ TTC toutes dépenses confondues. La capacité d'autofinancement nette prévisionnelle de l'opération est à ce jour négative et force l'établissement à envisager des scénarii de développement de son activité dans le cadre de son prochain projet médical afin d'augmenter ses recettes.

Pour y parvenir, le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges doit adapter son offre à la demande de soin sous l'autorité de l'agence régionale de l'hospitalisation. Son activité doit ainsi être développée dans des domaines clefs du bassin de santé (obstétrique, médecine gériatrique, chirurgie) en optimisant le taux d'occupation des locaux qui vont être livrés en 2012 et dont les charges d'amortissement et d'emprunts vont peser lourdement sur les finances de l'établissement. Dans la même logique, celui-ci doit impérativement veiller à arbitrer les recrutements effectués dans une logique de concentration des moyens humains médicaux par discipline, afin d'éviter toute fragilisation du corps médical.

En parallèle, le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges doit réduire ses dépenses, en adaptant son patrimoine et ses outils collectifs à ses besoins. L'établissement dispose de blocs opératoires dont l'efficacité peut être améliorée (taux d'occupation, organisation collective du travail) ainsi que d'outils collectifs (laboratoires, blanchisserie, restauration) qui s'avèrent plus coûteux que ceux de la moyenne des établissements comparables. Il possède, également, un patrimoine immobilier qui a crû substantiellement, à la suite du programme immobilier, sans qu'une politique de rationalisation (démolition ou réhabilitation des locaux libérés) n'ait abouti. La chambre recommande à l'établissement de mener une gestion active de son patrimoine immobilier.

Enfin, l'établissement doit valoriser son activité dans une logique médico-économique et se doter d'un système d'information fiable et performant, qui permette de disposer des outils de pilotage (comptes de résultats par pôles et par services) qui accompagnent la nouvelle gouvernance hospitalière.

1. INTRODUCTION

L'examen de la gestion du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges relève du programme 2009 de la Chambre régionale des comptes de Lorraine. Il a été conduit pour la période 2002 à nos jours, parallèlement au jugement des comptes du comptable public qui a porté sur les exercices 2002 à 2007.

Outre l'examen du contexte, des enjeux et du projet d'établissement, le présent rapport s'attache à analyser la situation financière résultant de la stratégie mise en œuvre par le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges.

La lettre d'ouverture de contrôle a été adressée à l'actuel directeur de l'établissement, M. Jean-Michel HUE le 19 mai 2009. Un entretien de début de contrôle a eu lieu le 25 juin 2009. L'entretien de fin de contrôle s'est déroulé le 14 octobre 2009.

La présidente du conseil d'administration, Mme Jacqueline PERRIN, alors en fonction, en a été informée le 19 mai 2009. Un entretien de fin de contrôle a été organisé avec le nouveau président du conseil d'administration, M. Christian PIERRET.

En sa qualité d'ancien ordonnateur, M. Bernard DUPONT a été informé de l'ouverture du contrôle par lettre du 1^{er} juillet. Un entretien de début de contrôle a eu lieu le 24 août 2009. L'entretien de fin de contrôle s'est déroulé le 14 octobre 2009.

Dans sa séance du 5 novembre 2009, la chambre a décidé de formuler des observations à caractère provisoire. Elles ont été transmises le 17 décembre au directeur de l'établissement ainsi qu'à l'ancien ordonnateur. Les réponses ont été respectivement reçues au greffe de la chambre le 15 février et le 19 février 2010.

La chambre dans sa séance du 9 mars 2010 a rendu définitives les observations ci-après présentées.

2. PRÉSENTATION DE L'ORGANISME ET EXAMEN DU CONTEXTE

2.1. Historique et présentation

Fondé en 1720 par Charles d'Autriche, grand doyen du Chapitre, l'hôpital Saint-Charles initialement localisé place Saint Charles comprenait à l'origine 31 lits répartis en 4 salles communes. Démoli pendant la 2^{ème} guerre mondiale par les troupes allemandes, l'hôpital de 312 lits a été reconstruit à partir de septembre 1952 sur un site surplombant la ville de Saint-Dié-des-Vosges.

A ce jour, le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges regroupe deux sites (Saint-Charles pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et Foucharupt pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'unité de soins de longue durée (USLD). Il est composé de 445 lits et totalise environ 18 000 entrées en hospitalisation pour un effectif de personnel de 757 équivalents temps plein. Il présentait, en 2008, un résultat déficitaire de 430 000 € pour un budget total de 56 200 000 €(source : rapport d'activité 2008).

Situé dans le département des Vosges, le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges se situe à près d'une heure de route de toute autre institution sanitaire d'importance rendant son recours indispensable pour les populations du bassin de santé. La faiblesse du nombre de médecins de ville est également un élément de contexte important. Le centre hospitalier est la seule structure publique de la ville et ne connaît qu'une concurrence privée, celle de la clinique privée Cardéo dans le domaine cardiologique.

Alors qu'elle présente un avantage en termes de patientèle « captive », la localisation « excentrée » induit également, pour le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, de réelles difficultés pour recruter le personnel médical et non médical. Cette situation s'est soldée, sur la période, par un recours important au travail intérimaire et contractuel, point qui sera abordé infra.

La population du territoire de santé était estimée à 91 000 habitants en 2005 (+ 700 habitants par rapport à 1999), celle de Saint-Dié-des-Vosges étant de 21 800 habitants en 2005 (+ 790 habitants par rapport à 1999). La proportion de jeunes de moins de 20 ans est restée stable dans l'arrondissement mais ce dernier compte, proportionnellement, davantage de personnes de plus de 60 ans que le reste de la Lorraine. D'un point de vue économique, le secteur de Saint-Dié-des-Vosges présente le plus fort taux de chômage de la Lorraine¹, les pathologies liées aux dépendances et le taux de suicide y étant plus marqués que dans le reste de la région. S'agissant des agents employés par le centre hospitalier, il faut noter une forte proportion de femmes jeunes, cette caractéristique ayant une incidence sur le nombre de congés pré et post-nataux au niveau de l'établissement.

Ces données démographiques, économiques et sociales ont une incidence fondamentale sur la demande de soins à laquelle le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges doit répondre et dont il doit tenir compte dans le développement de son niveau d'activité, sauf à voir ses recettes stagner.

Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges appartient au territoire de santé de proximité n° 19 au sein du territoire sud². Le schéma qui suit met en exergue que

¹ Source : INSEE Lorraine - N° 144 – octobre 2008

² Source : SROS III

l'établissement est naturellement tourné vers le CHU de Nancy en terme de coopération régionale, compte-tenu de sa situation géographique (facilité des axes de communication) et de l'histoire.

Les effectifs globaux (cf. annexe 1) ont très légèrement augmenté sur la période considérée (+1,88 %) ; cette légère augmentation ne doit pas dissimuler le fait que le personnel médical s'est fortement accru (+ 26,9 %) tandis que le personnel non médical diminuait (-3,44 %). La capacité en lits du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges a été en baisse de 10,6 % sur la période 2004/2007. Ces deux tendances (augmentation du personnel médical et diminution de l'activité) semblent contradictoires. Elles font l'objet de développements infra.

La répartition des lits et places installés figure en annexe n° 2.

2.2. Examen du contexte et des enjeux du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges

L'offre de soins en cardiologie sur le bassin de Saint-Dié-des-Vosges est aujourd'hui dispensée par le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges et par la clinique « Cardéo Notre Dame » où exercent trois cardiologues, dont l'âge se situe entre 51 et 64 ans. Compte-tenu de l'activité et de la taille des deux structures, l'offre de soins devrait être coordonnée à l'échelle du bassin de santé afin de mutualiser les outils et créer des synergies nécessaires entre les deux structures. Cette mutualisation semble nécessaire, au regard des difficultés de recrutement liés à la démographie médicale. Les projets de clinique ouverte à l'hôpital, de création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou d'intégration des praticiens privés ont été largement discutés entre les acteurs. L'intégration de Cardéo, envisagée dans le cadre du nouveau bâtiment « hôpital 2007 » (livraison prévue fin 2011), se heurte, néanmoins, encore aujourd'hui, à des blocages forts. En dépit d'une position favorable de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), ce dossier n'a toujours pas abouti à un rapprochement des deux structures.

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau mode de financement des établissements publics de santé, c'est-à-dire de la tarification à l'activité dite T2A, l'activité et la productivité conditionnent immédiatement le niveau des recettes des établissements. Aussi ce dernier dépend-il d'une description exhaustive, rapide et de qualité, par le corps médical, de l'activité des services. Une description quantitativement et/ou qualitativement déficiente handicape, en effet, les finances d'un établissement de soin : les recettes diminuent directement alors que les charges demeurent. Dès lors, le codage de l'activité constitue, pour l'établissement, une préoccupation stratégique qui nécessite une forte mobilisation du corps médical.

Cette mobilisation semble être conduite dans de bonnes conditions au niveau de l'établissement de Saint-Dié-des-Vosges, dont la politique d'intéressement des pôles est notamment conditionnée à un taux d'exhaustivité mensuel de plus de 98 %.

2.2.1. Un manque de concurrence d'autres établissements de soins plutôt favorable au centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges en termes d'activité³

A partir de l'analyse des données PMSI 2007, le bassin du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges représentait 91 509 habitants et 31 299 séjours en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) (hors dialyses et radiothérapies).

³ Source de ce § : projet médical 2009

En médecine, le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges répond à environ 50 % de ces besoins. Les établissements présentant la plus forte concurrence sont notamment le CHU de Nancy et la clinique de la Ligne Bleue à Epinal.

Si l'on détaille par spécialité, la part de marché est faible en cardiologie (37 %) avec un taux de fuite important vers la clinique Cardéo située à Saint-Dié-des-Vosges. Les parts de marché sont élevées en pneumologie, en neurologie et en endocrino-diabétologie tandis que la gastro-entérologie et la rhumatologie se situent dans la moyenne.

En obstétrique, l'hôpital de Saint-Dié-des-Vosges répond à 63 % des besoins, ce qui représente une part de marché relativement faible pour la spécialité. Une des causes de cette fréquentation peu élevée semble être liée aux conditions d'hôtellerie actuellement offertes aux parturientes. L'établissement mise sur la construction du nouveau bâtiment pour attirer un maximum de parturientes.

En chirurgie, le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges draine 42 % de parts de marché avec une concurrence de la clinique de la Ligne Bleue d'Epinal, du CHU de Nancy et de la clinique Jeanne d'Arc de Lunéville.

2.2.2. Une activité qui progresse faiblement

Sur la base des données SAE (statistique annuelle des établissements de santé) complétées par le centre hospitalier (cf. annexe 3), on constate que le nombre d'entrées est globalement en diminution de 14 % environ.

Au-delà de la tendance générale, certaines activités ont subi de fortes variations comme l'EHPAD, du fait du vieillissement de la population. Le même constat peut être fait pour l'activité ambulatoire et les Zone de Surveillance de Très Courte Durée (ZSTCD), ces évolutions étant liées aux nouvelles règles de décompte de l'activité.

En termes de nombre de journées, la tendance est globalement stable (+ 1,4 %) mais elle dissimule une diminution du nombre de journées en MCO et une augmentation en soins de suites et en EHPAD.

En prenant pour base le niveau de recettes T2A et le nombre de résumés d'unité médicale (RUM), on constate que ceux-ci ont diminué de 0,93 % pour des recettes T2A de 34 M€ environ, traduisant une faible évolution de l'activité.

Il ressort de l'analyse des différents indicateurs qui précèdent que l'activité a progressé faiblement.

2.2.3. Une durée moyenne de séjour (DMS) inférieure à la moyenne et un taux d'occupation (TO) en progrès, sauf en obstétrique

La durée moyenne de séjour a décliné très légèrement sur la période. Elle a baissé de façon plus marquée en médecine (- 8 %) alors qu'elle est restée stable en chirurgie et a augmenté en obstétrique (cf. annexe 4).

Au centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, la DMS a été systématiquement inférieure aux moyennes nationales⁴, que ce soit en médecine, en chirurgie ou en obstétrique, ce qui, d'un point de vue financier, a été positif pour l'établissement.

Le taux d'occupation, ratio qui mesure la capacité occupée par rapport à la capacité installée, a été en très légère augmentation sur la période, tant en médecine qu'en chirurgie, ce qui traduit une meilleure adéquation entre les lits disponibles et leur occupation. Par contre, il a diminué en obstétrique.

A l'instar de la DMS, les taux d'occupation de la chirurgie et de la médecine du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges se sont situés au dessus de la moyenne nationale⁵ alors que celui de l'obstétrique était inférieur.

S'agissant de l'obstétrique, le taux de fuite élevé, l'augmentation de la DMS et la diminution du taux d'occupation traduisent les difficultés de ce secteur, qui feront l'objet développement ci-après.

2.2.4. Des blocs opératoires sous utilisés

Le nombre de salles d'opérations est resté stable sur la période alors que le nombre d'interventions en salle d'intervention chirurgicale a augmenté de 12,5 %. Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges est doté de 7 salles répartis en deux blocs dont une salle dédiée aux césariennes.

Le faible taux d'occupation des blocs (46 %) représente un manque à gagner pour l'établissement en raison d'un coût de fonctionnement important (cf. infra).

Évolution du nombre de salles d'opération et du nombre d'interventions chirurgicales

	2004		2005		2006		2007		2007/2004-	
	Nb salles	Nb interventions	Nb salles	Nb interventions	Nb salles	Nb interventions	Nb salles	Nb interventions	Nb salles	Nb interventions
Salles destinées aux actes sous anesthésie	13	8 930	13	8 648	13	8 613	13	8 644	0	-3,20 %
dt salles d'interv. chirurgicales	7	4 366	7	4 472	7	4 845	7	4 911	0	12,48 %

Sources : données SAE 2004 à 2007

Nombre moyen d'interventions par salle (période 2004-2007)

Interventions chirurgicales	Moyenne 2004-2007		
	Nb d'interventions	Nb de salles	Nb d'interventions/salle
Salles destinées. aux actes sous anesthésie	8 709	13	670
- dont salles d'intervention Chirurgicales (dont salle de plâtre et salle de césarienne)	4 649	7	664

Source : données SAE 2004 à 2007 et CH de Saint-Dié

Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges a participé, en 2007, à l'étude comparative réalisée par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) sur

⁴ Etudes et résultats N° 618 de décembre 2007 : dernière année disponible 2006 : 6,1 en médecine et 5,8 en chirurgie et 4,9 en obstétrique

⁵ Etudes et résultats N° 618 de décembre 2007 : dernière année disponible 2006 : 83,5 % en médecine et 68,8 % en chirurgie

les blocs opératoires. Pour mémoire, cette étude destinée à évaluer l'efficacité des blocs opératoires des établissements consistait, sur la base de l'enregistrement des actes réalisés sur le mois d'octobre 2007, à déterminer la valeur de trois indicateurs d'efficacité des blocs, à savoir : le taux d'ouverture, le taux de performance ou d'occupation et le taux de débordement⁶.

D'un point de vue global, les taux d'ouverture et d'occupation du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges étaient inférieurs à la moyenne des établissements comparables et donc consommateurs de crédits pour l'établissement. Au contraire, le fait que le taux de débordement soit inférieur à la moyenne constitue un élément favorable. Il faut rappeler que l'efficacité optimale des blocs opératoires est une nécessité pour un établissement de soins au regard des coûts générés par les moyens humains, techniques et matériels mobilisés. Pour information, le coût de fonctionnement des blocs opératoires représente un budget annuel de 3,5 M€ toutes dépenses confondues (source : comptabilité analytique du centre hospitalier Saint-Dié-des-Vosges).

Coût de fonctionnement des blocs opératoires

(en milliers d' €)	2006	2007	2008	moyenne
Groupe 1	2 455	1 781	2 010	2 082
Groupe 2	933	766	811	837
Groupe 3	26	30	29	28
Groupe 4	584	543	509	545
TOTAL Charges	3 998	3 120	3 359	3 492

Source: CH Saint-Dié (comptabilité analytique)

Mesure de performance globale des blocs du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges

Critères	CH de Saint-Dié	Moyenne nationale pour un établissement de même statut
Taux d'ouverture	32 %	59 %
Taux d'occupation	46 %	62 %
Taux de débordement	5 %	8 %

Les résultats individuels le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, par bloc, sont commentés ci-dessous, exception faite de la salle dédiée aux césariennes dont les résultats ne sont pas significatifs.

Il apparaît qu'aucun bloc n'a un très bon niveau d'efficacité, au regard de l'approche MEAH. Compte-tenu d'un taux de performance supérieur ou égal à la moyenne, les blocs central et endoscopie sont bien organisés (bon taux de performance et taux de débordement légèrement supérieur à la moyenne pour le bloc central et très faible pour l'endoscopie) mais ils sont sous utilisés en termes de temps de vacation offert. L'outil permettrait, donc, dans l'absolu, d'augmenter l'activité, ce qui nécessite que les équipes chirurgicales soient davantage reconnues au niveau de la patientèle du bassin de Saint-Dié-des-Vosges et que l'activité croisse.

⁶ TVO (en heures) : temps de vacation offert aux praticiens pour prendre en charge les patients programmés ou non

TROS (en heures) : temps réel d'occupation des salles durant le TVO depuis l'entrée en salle du patient jusqu'à la fin de la remise en état

Débordement : temps d'occupation de la salle consacré à la production de soins au-delà de la vacation

Ouverture (en heures) : amplitude d'ouverture quotidienne des salles

Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges doit, aujourd'hui, agir sur l'organisation des blocs. Certains services ayant, par le passé, développé des comportements « territoriaux », il n'y a pas eu de véritable culture de partage des moyens, tant humains que matériels. La planification de l'activité, de même que le traitement des patients au bloc, peuvent faire l'objet d'une amélioration sensible.

Par ailleurs, il faut noter que le centre hospitalier n'est pas doté d'un véritable agenda partagé entre les différents acteurs (chirurgiens, anesthésistes, personnels de bloc...) concernés par l'utilisation de l'outil. L'optimisation du temps d'utilisation, en tenant compte des horaires de l'ensemble du personnel, des tâches à accomplir et de l'expérience des praticiens (senior, jeune senior, ...), est potentiellement source d'économies.

Enfin, le système d'information ne permet pas d'offrir, en 2009, un suivi de l'activité chirurgicale sur l'ensemble du centre hospitalier, ce dernier s'effectuant sous une forme papier et nécessitant, en conséquence, une nouvelle saisie informatique.

En sus de développer l'activité des blocs opératoires, le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges peut agir, aujourd'hui, sur la réduction du taux de débordement, sur le temps de vacation offert et sur la réduction des dépenses de personnel. Le temps d'ouverture des blocs de 8 heures à 16 heures mobilise, en effet, le personnel pendant neuf heures alors que le taux d'occupation n'est que de 46 %.

Alors que l'étude de la MÉAH a été remise fin 2008, ce point fait l'objet d'une attention particulière de la part du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, qui a entrepris une démarche de réorganisation avec l'appui d'un consultant extérieur spécialisé en organisation des blocs opératoires. La démarche répond à deux objectifs principaux : réduire les dépenses d'intérim aujourd'hui coûteuses pour l'établissement et agir sur les temps d'attente entre interventions, jugés trop importants.

La chambre ne peut qu'encourager une démarche de rationalisation du temps médical visant à améliorer l'organisation d'activités consommatrices de moyens humains et, in fine, financiers.

2.2.5. Des fonctions logistiques coûteuses

Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges s'est impliqué depuis 2007 dans la démarche de l'échelle nationale des coûts (ENC) qui regroupe un certain nombre d'établissements de soins au niveau national et permet de disposer d'une base représentative de comparaison des coûts par grande fonction. Les éléments qui en sont issus constituent un bon outil de communication interne permettant à la direction de l'hôpital d'objectiver une démarche de réduction des dépenses. A la clôture de l'instruction, en septembre 2009, les résultats relatifs à l'année 2007, n'étaient, malheureusement, pas encore connus.

Le tableau qui suit permet de constater qu'en dépit d'une tendance à la baisse, les charges à caractère hôtelier sont supérieures de 4 points en 2006 à la moyenne des établissements de santé.

Poids des charges à caractère hôtelier de 2006 à 2008 en proportion des charges globales

	2006	2007	2008	moyenne 2006**
Titre 3: charges à caractère hôtelier et général	13 %	10 %	10 %	9,65 %

Source : compte financier du CH

* Source: rapport du Comité d'experts Finance - BDHF - Dernière moyenne connue

Appliquée aux données 2006, la méthode de comparaison de l'ENC permet de révéler des surcoûts significatifs pour les fonctions suivantes : laboratoires, blanchisserie, restauration. Même si les dépenses de l'exercice 2006 ont été en partie faussées par le rattrapage des charges sur cet exercice, les tendances mises à jour restent fondées et ne sont pas contestées par l'établissement.

Coûts de fonctionnement logistiques

(en milliers d' €)	CH Saint-Dié	Moyenne de l'échantillon	Dépassement	
			en %	en valeur absolue
Laboratoire	2 096	1 659	26,3 %	437
Blanchisserie	732	397	84,6 %	336
Restauration	1 288	873	47,5 %	415

Source: CH de Saint-Dié - cellule de gestion

Dans le cadre de la construction du nouveau bâtiment « hôpital 2007 », dont la livraison doit intervenir fin 2011, l'établissement a prévu des locaux de restauration permettant la production sur place des repas, décision qui s'appuie, à la fois, sur le constat des coûts importants et sur un taux de satisfaction très médiocre de la part des convives.

L'établissement a, vis-à-vis du laboratoire, le projet de développer son activité en prenant en charge les prestations de l'hôpital de Fraize et à moyen terme celui de Gérardmer afin d'avoir un volume d'activité plus important et de réduire les frais de structure.

S'agissant de la blanchisserie, le centre hospitalier travaille, actuellement, sur l'internalisation de la blanchisserie des résidents dans une optique de rationalisation des coûts.

La chambre ne peut que souligner l'intérêt d'actions opérationnelles engagées en vue d'améliorer l'équilibre économique des fonctions logistiques.

2.2.6. La gouvernance

Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges s'est engagé, début 2007, dans la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière conformément aux ordonnances du 2 mai 2005.

Les nouvelles instances (conseil exécutif et conseils de pôles) ont été mises en place et le processus visant à déterminer le périmètre des différents pôles a été lancé⁷. A ce jour, le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges est composé de huit pôles hospitaliers, dont la liste figure en annexe 5.

Les ordonnances de 2005 ont posé le principe d'une mise en place de procédures de contractualisation interne avec les pôles d'activités, qui peuvent bénéficier de délégations de gestion de la part du directeur de l'établissement. Le contrat négocié puis cosigné par le directeur, le président de la commission médicale d'établissement et chaque responsable de pôle, définit les objectifs d'activités, de qualité et financiers, les moyens et indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités d'intéressement et les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur de l'établissement.

⁷ Cf. réunions de la commission médicale d'établissement (CME) du 5 septembre 2006, du comité technique d'établissement (CTE) du 18 octobre 2006 et du conseil d'administration du 19 octobre 2006

Les pôles ont contractualisé avec la direction générale et les contrats correspondants ont été validés par le comité exécutif.

Les pôles bénéficient, depuis 2008, de contrats d'intéressement leur permettant de réaliser des dépenses d'investissement plafonnées à 50 000 € par année ; il faut souligner que ces investissements sont malheureusement déconnectés d'une réflexion d'ensemble à l'échelle de l'établissement. Reposant, notamment, sur un objectif d'exhaustivité du codage mensuel (98 %), l'intéressement constitue un bon moyen pour inciter les services à coder le mieux possible leur activité.

Il faut cependant relever qu'il n'existe pas, en 2009, de comptes mensuels de résultats par pôle comportant les dépenses et les recettes mensuelles desdits pôles. La fixation des objectifs et la mesure de leur atteinte apparaît ainsi complexe au mois le mois et n'est réalisé qu'une à deux fois par an sur la base de la comptabilité analytique. L'établissement pourrait s'interroger sur l'opportunité de mettre en place de tels outils, lesquels permettraient un pilotage en temps réel.

3. LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT

3.1. Le projet d'établissement 2002-2007

L'examen du contexte décrit supra a amené le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges à développer le projet d'établissement détaillé ci-après.

Le projet médical 2002-2007 soulignait les forces et les faiblesses de l'établissement avec, pour caractéristiques essentielles, une offre quasiment à l'abri de la concurrence mais fragilisée par une faible croissance de la population, des difficultés de recrutement du personnel médical et non médical et une absence de collaboration entre les différents services.

Le projet médical 2002-2007 se déclinait autour des 6 axes repris ci-dessous :

Les axes du projet médical 2002/2007

Axes	Objectifs	Liste des actions
1	Répondre aux besoins de santé publique définis par le SROS	Structurer et améliorer la prise en charge de la personne âgée, de la douleur, et de la psychiatrie...
2	Améliorer la prise en charge de la mère et de l'enfant	Augmentation du taux de péridurales, mise aux normes de l'unité d'obstétrique, création du pôle mère-enfant...
3	Conforter la filière urgences – USIC – surveillance continue	Regroupement des soins chirurgicaux et continus ...
4	Conforter le positionnement chirurgical du CH	Création d'une unité de chirurgie ambulatoire, adaptation des effectifs d'anesthésistes à l'activité
5	Améliorer la prise en charge en aval	Accroître la prestation du service de rééducation au sein du service de SSR
6	Améliorer l'efficacité médico-économique du CH	Démarrage de la dispensation nominative du médicament, développer l'imagerie médicale, harmoniser le contenu du dossier patient

Le projet d'établissement 2002-2007, entériné par le conseil d'administration en avril 2002 et approuvé par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) en décembre de la même année, a été le premier mis au point en Lorraine. Ce projet est caractérisé par des orientations fortes en matière de réorganisation notamment par la structuration des activités médicales en pôles, par le redéploiement du programme capacitaire et par le développement de la médecine gériatrique.

Le projet d'établissement comportait les axes indiqués dans le tableau qui suit. Un certain nombre d'entre eux ont été réalisés, que ce soit en matière organisationnelle (constitution des pôles, mise en place d'équipes mobiles de lutte contre la douleur et de soins palliatifs, déploiement de l'activité ambulatoire) ou en matière d'adaptation de l'outil immobilier. Dans ce cadre, l'opération de travaux « hôpital 2007 », en cours de réalisation et dont la livraison est prévue fin 2011, a été la réponse apportée. D'autres actions n'ont pas été réalisées en totalité et sont reprises dans le nouveau projet médical et d'établissement.

Les axes du projet d'établissement 2002-2007

Axes du projet d'établissement	Degré de réalisation
Constituer un pôle mère-enfant	Actions réalisées
Structurer le pôle de soins intensifs	
Mettre en place une équipe mobile de lutte contre la douleur	
Mettre en place une équipe mobile de soins palliatifs	
Mettre en place une unité de chirurgie ambulatoire	
Structurer la prise en charge de la maladie mentale	
Rapprocher dans une même unité de lieu la pédiatrie et la gynécologie	Actions réalisées dans le cadre du nouveau bâtiment livré en 2012
Réhabiliter les locaux d'hospitalisation ou de consultation en médecine	
Recréer des locaux d'hospitalisation communs aux spécialités chirurgicales	
Mettre en place une équipe mobile de gériatrie	actions non réalisées en totalité
Mettre en place des structures de maintien à domicile	
Rénover les infrastructures	
Moderniser la dispensation des médicaments,	
Réorganiser les SSR	
Mise en place d'un système d'information cohérent	
Moderniser les laboratoires	
Moderniser la dispensation des médicaments	

Source: projet d'établissement

L'axe structurant du projet d'établissement a été de maintenir les compétences médicales par une politique offensive de recrutement d'intérim puis, au regard des coûts trop importants de l'intérim, par un recrutement contractuel de médecins.

Dans le même temps, afin d'améliorer les conditions d'hôtellerie et l'attractivité de l'établissement (vis-à-vis de la patientèle et du corps médical), le centre hospitalier s'est lancé dans un projet ambitieux de construction d'un nouveau bâtiment de 23 000 m² pour reloger les services aujourd'hui hébergés dans l'ancien bâtiment Saint Charles. Ce projet représente une augmentation de 26 % du patrimoine immobilier du centre hospitalier, déduction faite des 10 000 m² qui vont être désaffectés dans l'ancien bâtiment.

Initié dans le cadre d'un financement par la dotation globale, le projet immobilier va se déployer dans le nouveau contexte de tarification à l'activité (T2A). Ce nouveau mode de financement nécessite que les dépenses soient équilibrées par les recettes découlant de l'activité ce qui constitue un véritable enjeu et une difficulté réelle pour l'équilibre financier du centre hospitalier à partir de 2012 compte-tenu d'un dépassement du budget de l'opération « hôpital 2007 » estimé, en septembre 2009, à plus de 20 M€

Le projet d'établissement s'est traduit par un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM), établi en mars 2004 et approuvé par la commission exécutive de l'ARH le 14 décembre 2004, autour des objectifs suivants : développer l'imagerie médicale, développer un projet médical commun avec la clinique Cardéo en cardiologie, renforcer la filière

gériatrique et développer et redéfinir la filière de soins de suite et de réadaptation. Les axes du CPOM ont été globalement réalisés ou initiés, à l'exception du rapprochement avec la clinique Cardéo.

3.1.1. Un corps médical numériquement fragile et se renouvelant au prix d'intérim coûteux

La fragilité numérique des équipes médicales est une caractéristique constante d'un établissement comme celui de Saint-Dié-des-Vosges où les compétences (et in fine l'activité) reposent sur un faible nombre de praticiens. Aujourd'hui, les compétences en imagerie et en ophtalmologie reposent sur 2 praticiens maximum par discipline, fragilité accentuée par les difficultés de recrutement.

Par ailleurs, l'examen de la pyramide des âges des médecins actuellement en exercice révèle que le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges est confronté à des perspectives de départs en retraite à court terme en grand nombre, 13 praticiens sur 79 ayant de plus de 55 ans en 2009.

Enfin, l'établissement souffre d'une faible attractivité vis-à-vis du corps médical, qui se solde par des difficultés récurrentes de recrutement dans un contexte général de démographie médicale en baisse.

Répartition des praticiens par discipline

(en ETP)	Nbre total de praticiens hospitaliers et contractuels
Anesthésie	5
HGE	3
Imagerie médicale	2
Chirurgie générale et viscérale	3,07
Chirurgie orthopédique	4
Gériatrie	4,3
Gynécologie obstétrique	4
ORL	2,6
Urgences	8,4
Communauté établissement	1
Pédiatrie	2,5
Ophtalmologie	0,6
Cardiologie	4
Etablissement français du sang (EFS)	2
Médecine A	5
Pharmacie	2,42
DIM	1
Laboratoire	3
Rééducation fonctionnelle	2
TOTAL	57,89

Source : CH Saint-Dié – affaires médicales

Pour maintenir son activité, l'établissement a, dans un premier temps, développé une stratégie consistant à essayer de combler les déficits en médecins, chirurgiens et anesthésistes par le recours à l'intérim via un prestataire de service. Ce choix explique l'importance du poste « intérim » dans la masse salariale médicale globale.

Outre le coût élevé du recours à un prestataire, cette situation présente également l'inconvénient d'un fonctionnement discontinu et ne favorise pas l'implication des médecins dans le projet d'établissement.

Les dépenses d'intérim ont, néanmoins, diminué sur la période du fait d'un changement de stratégie : l'établissement a prospecté en direction des pays de l'Europe de l'est (Roumanie, Hongrie, Pologne, Bulgarie) en vue de recruter des médecins contractuels dans des disciplines stratégiques pour le maintien de l'activité (anesthésie, chirurgie, imagerie). Selon les indications fournies par l'établissement, 22 % des praticiens sont, en 2009, de nationalité étrangère, situation qui traduit bien la crise du recrutement liée à la démographie médicale.

Les médecins contractuels sont en général recrutés pour une période de 6 mois renouvelable plusieurs fois. Au terme de ce délai, les médecins présentent éventuellement le concours de praticien hospitalier et intègrent alors en qualité de titulaire. Cette forte proportion de contractuels est patente en anesthésie (4 praticiens contractuels soit 80 % de l'effectif) et en obstétrique (2 praticiens contractuels soit 50 % de l'effectif).

Evolution des dépenses liées à l'intérim médical par rapport à la masse salariale médicale

(en milliers d' €)	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2005
Intérim personnel médical	2 140	2 306	2 606	1 683	1 385	-35 %
Masse salariale des personnels médicaux	8 230	8 522	9 202	9 483	9 122	11 %
ratio intérim médical / masse salariale médicale	26 %	27 %	28 %	18 %	15 %	

Sources: *Diagnostics de gestion CH*

Part de praticiens contractuels par discipline

(en ETP)	Praticiens hospitaliers			% contractuels
	Titulaires	Contractuels	TOTAL	
Anesthésie	1	4	5	80 %
HGE	2	1	3	33 %
Imagerie médicale	1	1	2	50 %
Chirurgie générale et viscérale	2	1,07	3,07	35 %
Chirurgie orthopédique	1	1	2	50 %
Gériatrie	3,3	1	4,3	23 %
Gynécologie obstétrique	2	2	4	50 %
ORL	2	1	3	33 %
Urgences	6	2,4	8,4	29 %
Communauté établissement	0	1	1	100 %
Pédiatrie	2,5		2,5	0 %
Ophtalmologie	0,6		0,6	0 %
Cardiologie	4		4	0 %
Etablissement français du sang (EFS)	2		2	0 %
Médecine A	5		5	0 %
Pharmacie	2,42		2,42	0 %
DIM	1		1	0 %
Laboratoire	3		3	0 %
Rééducation fonctionnelle	2		2	0 %
TOTAL	42,82	15,47	58,29	28 %

Source : *CH Saint-Dié*

Cette politique de recrutement de contractuels induit un décalage temporel qui pénalise l'établissement, lequel doit supporter les charges correspondantes dès le recrutement alors que l'intégration et la reconnaissance de la notoriété du chirurgien ou du médecin, garant de l'attractivité de l'hôpital et donc de ses recettes, prend nécessairement du temps, entre 3 et 4 ans selon le centre hospitalier. Ce décalage entre les dépenses et les recettes peut mettre l'établissement en situation difficile s'il ne parvient pas à fidéliser ses praticiens ou si la notoriété de ceux-ci ne permet pas de générer l'activité attendue.

Le contexte démographique lorrain peu favorable et les difficultés liées au recrutement nécessiteraient à ce jour une réflexion stratégique et une définition précise de la part de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) afin de définir les domaines médicaux sur lesquels l'activité du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges est attendue à moyen terme (développement de la médecine gériatrique, SSR ...).

Ces orientations devraient permettre de concentrer les moyens humains médicaux sur des équipes ayant atteint une taille critique suffisante afin d'éviter l'éparpillement des compétences qui fragilise aujourd'hui le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges. A défaut, la situation financière de l'établissement, déjà alourdie par des investissements importants, risque de se détériorer.

Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges reste particulièrement fragile en termes de ressources médicales dans certains secteurs comme les urgences, l'ophtalmologie, l'imagerie et l'obstétrique. Durant la période 2002-2007, ce dernier service a éprouvé des difficultés pour maintenir son effectif médical et sa notoriété, qui se sont traduites par une dégradation des indicateurs d'activité (nombre de journées, taux d'occupation et durée moyenne de séjour).

Les données issues de la comptabilité analytique de l'établissement confirment le résultat déficitaire de certains pôles et services sur lesquels l'établissement doit développer les recettes et contenir les dépenses dans une optique d'équilibre général de son budget.

Les pôles médecine et gériatrie présentent ainsi un taux de rentabilité positif⁸. Compte tenu des caractéristiques de la patientèle locale, il semble que le développement de l'activité dans ces domaines soit stratégique pour l'établissement.

3.1.2. Un patrimoine immobilier inadapté et coûteux

3.1.2.1. Un patrimoine ancien et inadapté

Le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges représente une superficie d'un peu moins de 50 000 m² répartis en deux sites : Foucharupt et Saint Charles. Le tableau qui suit détaille les différents bâtiments dont le centre hospitalier est propriétaire, leur superficie et leur affectation principale ; il faut noter que 66 % des surfaces sont, à ce jour, antérieures à 1960 (hors projet immobilier « hôpital 2007 »). La dernière construction, livrée en 1997, est le pavillon chirurgical, qui représente 20 % de la superficie totale du patrimoine de l'établissement.

⁸ Taux de rentabilité = (recettes - dépenses) / dépenses

Les implantations du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges

Sites – localisations	Superficie SHON m ²	% du total	Année de construction
Pavillon Administratif	1 612	3 %	1992
Bâtiment Médical Saint Charles	17 068	35 %	1952
Pavillon chirurgical	10 002	20 %	1994/1997
Anc. Blanchisserie + service technique	2 602	5 %	1981
Chaufferie	628	1 %	1980
Institut de Formation en Soins Infirmiers	1 560	3 %	1978/1980
Petit HLM (2 appart de 132m ²)	264	1 %	1960
Grand HLM (8 appart de 80 m ²)	640	1 %	1960
Grand HLM (8 appart de 70 m ²)	490	1 %	1960
Pavillon Directeur type F5	263	1 %	1960
Pavillon directeur type F6	270	1 %	1986
Foucharupt Maison de retrait	14 067	28 %	1830/1960
total	49 466	100 %	

Source : CH de Saint-Dié

Bien que de type monobloc, l'hôpital Saint Charles est constitué de deux corps de bâtiments bien distincts :

- une partie de construction récente (livraison en 1997), qui regroupe les urgences, le bloc opératoire, les services de chirurgie, la pharmacie et les locaux logistiques (bâtiment chirurgie),
- une partie constituée d'un bâtiment des années 60 et de ses extensions des années 70, vétuste malgré une apparence extérieure favorable due au bon entretien de ses façades (bâtiment médecine).

Les deux corps de bâtiment ne sont reliés que dans les niveaux inférieurs ; ils ne le sont notamment pas dans les niveaux d'hébergement. Il en résulte une dichotomie fonctionnelle et une différence de niveaux de prestations hôtelières particulièrement fortes entre la chirurgie, d'une part, et la médecine et l'obstétrique, d'autre part.

Par ailleurs, l'organisation verticale de l'ensemble, avec un service par niveau, ne permet pas l'optimisation des moyens, notamment logistiques.

3.1.2.2. Un bâtiment « hôpital 2007 » dont le coût a crû significativement

Initialement prévu pour un montant de 60 M€ (estimation de novembre 2005), l'opération représenterait, selon les dernières estimations réalisées par les services techniques de l'hôpital en septembre 2009, un montant prévisionnel de 80 M€

L'ampleur de ce dépassement relève, d'une part, d'une conception déficiente, caractérisée par une ingénierie financière et contractuelle non maîtrisée de la part du maître d'ouvrage et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Il résulte, d'autre part, au niveau de l'exécution, d'une procédure de consultation inefficace dont l'impact financier est préjudiciable pour l'établissement.

Dès lors, la croissance du patrimoine va s'avérer supérieure à celle de l'activité et l'établissement va prendre livraison d'un bâtiment générant des coûts (emprunts,

amortissement) rendant impérative la recherche de nouvelles activités afin d'augmenter les recettes de l'établissement.

Une conception déficiente : une ingénierie financière et contractuelle non maîtrisée

En avril 2006, le centre hospitalier de Saint-Dié a déposé le permis de construire du nouveau bâtiment « hôpital 2007 » (livraison prévue fin 2011) d'une superficie de 23 371 m² de surface hors œuvre nette⁹, alors que 10 000 m² vont être libérés (et non occupés) dans l'ancien bâtiment. Le patrimoine de l'établissement va donc s'accroître de façon importante. Il convient, en effet, de souligner que cette construction va se solder par l'augmentation de 26 % du patrimoine alors que la fréquentation n'a progressé que de 18 % sur la période, cette tendance étant confirmée par la diminution du nombre de lits, d'entrées, et de résumés d'unité médicale (RUM). Ces deux tendances semblent contradictoires.

Evolution du patrimoine et des entrées

	2000	2003	2006	2007	Projection 2012 (1)	2007/2000
Superficie en m ²	49 466	49 466	49 466	49 466	62 466	+26 % (3)
Nombre d'entrées Totales (2)	16 354	20 984	19 944	18 768	18 772	+15 %
Nombre d'entrées Directes	13 741	15 409	16 248	16 169	16 200	+18 %

(1) estimation avec le projet immobilier du nouvel hôpital et en déduisant les 10 000 m² désaffectés dans l'ancien bâtiment Saint Charles

(2) entrées totales = entrées directes et entrées par mutation

(3) Hors les 10 000 m² libérés et gelés au niveau de l'ancien bâtiment

Après avoir hésité entre une construction neuve sur un autre site, une réhabilitation des locaux du bâtiment Saint-Charles ou la construction d'une nouvelle aile sur le site Saint-Charles, l'établissement a finalement opté pour la dernière solution. La possibilité de réhabilitation a été écartée à l'époque du fait de la complexité d'une réhabilitation en site occupé et compte-tenu d'un degré coupe feu des dalles insuffisant et de surcoûts liés au désamiantage. Le projet prévoyait initialement de démolir certaines surfaces devenues inutiles dans une logique de rationalisation du patrimoine. Il convient de noter que ces démolitions ont été largement revues à la baisse par l'établissement dans le cadre de recherche d'économies après le premier appel d'offre.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, les deux ordonnateurs ont confirmé que les démolitions envisagées au stade du projet initial n'avaient pas été réalisées, afin de respecter l'enveloppe du projet immobilier. La chambre souligne que cette décision conduit aujourd'hui à conserver un patrimoine inutile générant des coûts d'entretien incompressibles.

Le tableau qui suit récapitule le déroulement de l'opération et permet de constater un temps de latence important, de 7 ans ½, entre la définition des besoins (élaboration du programme technique détaillé en juin 2004) et la livraison du bâtiment (prévue début 2012). Ce temps de latence explique que le bâtiment qui sera livré ne répondra qu'imparfaitement aux besoins qui seront ceux de l'établissement en 2012 (développement de l'ambulatoire, évolutions des autorisations d'activité, évolution des techniques, intégration ou non de la clinique Cardéo, ...).

⁹ 23 371 m² dont notamment 6 093 m² d'hébergement, 8 112 m² plateaux techniques, et 3 105 m² pour la logistique hôtelière

Construction du nouveau bâtiment

Etapes	Réalisation mois/année
Début élaboration du programme technique détaillé (PTD)	juin-04
Appel de candidatures pour le choix du maître d'œuvre	novembre-04
Signature du contrat de maîtrise d'œuvre	juin-05
Approbation programme d'investissement (APS) par CA	septembre-05
Estimation APS travaux HT (septembre 2005)	40,55 M€
Enveloppe budgétaire APS toutes dépenses confondues (novembre 2005)	61,7 M€
Dépôt demande permis de démolir	avril-06
Délivrance permis de démolir	mai-06
Dépôt demande de permis de construire	avril-06
Délivrance du permis de construire	juin-06
Avant projet détaillé (APD)	avril-06
Dossier de consultation des entreprises (DCE)	décembre-06
Estimation APD travaux HT (avril 2006)	40,7 M€
Lancement consultation des entreprises VRD	octobre-06
Notification du marché de VRD	janvier-07
Lancement consultation entreprises pour le MACRO LOT	mars-07
Résultat du premier appel d'offre (valeur 05/2007)	59,69 M€
Relance de la procédure en négocié	juillet-07
Coût des travaux HT, résultat appel d'offres négocié (valeur mai 2007)	46,5 M€
Enveloppe budgétaire ajustée toutes dépenses confondues après appel d'offres en €TTC (valeur mai 2007)	80,2 M€ ¹⁰
Début travaux préalables	juin-08
Début des travaux (gros œuvre)	octobre-08
Fin des travaux (réception)	novembre-11
Mise en service	début 2012

Source : CH de Saint-Dié - services techniques

Une exécution critiquable en raison d'une procédure de consultation inefficace

On ne peut que constater la dérive des coûts puisque l'opération, estimée au stade de l'avant projet sommaire en septembre 2005 à 61,7 M€ représentait, en mai 2007, 80,2 M€ toutes dépenses confondues. Cette augmentation s'explique notamment par le manque de mise en concurrence ayant caractérisé cette opération. Effectivement, alors que l'établissement avait largement ouvert à la concurrence (AOO européen du 28 mars 2007), une seule offre de 59,6 M€HT (71,3 M€TTC) a été recueillie dans le cadre de la première consultation lancée sous forme de « macro-lot » ce qui aurait porté l'opération à 93 M€TTC. Cette forme d'allotissement avait été retenue par la direction du centre hospitalier en vue de faciliter le pilotage et l'organisation du chantier à venir.

Lors de la deuxième consultation, lancée pour se rapprocher de l'enveloppe financière (marché négocié avec la seule entreprise ayant remis une offre), le centre hospitalier a maintenu sa décision de recourir à cette procédure (« macro-lot »). On ne peut que déplorer

¹⁰ Dont l'enveloppe de 8 M€ pour les équipements non prévus dans le cadre du montage du projet initial

que le maître d'ouvrage n'ait pas cherché à favoriser la concurrence lors de cette nouvelle consultation. Il eût effectivement été souhaitable de consulter en parallèle, sous forme de marchés allotés, afin de disposer d'une base de comparaison et d'une alternative financière permettant de peser dans les négociations. A l'issue de celles-ci, le « macro-lot » a été attribué au titulaire pour un montant de 55 614 000 € TTC mis au point au montant de 55 343 992 € TTC (au lieu de 71 335 741 € TTC pour l'offre initiale).

L'ampleur de cette diminution signifie clairement que le programme a été bouleversé et qu'il aurait fallu, en application du code des marchés publics, relancer une consultation sous forme d'appel d'offres ouvert sur la base d'un nouveau programme et non envisager un marché négocié après appel d'offres infructueux. En réponse à cette observation provisoires, l'ordonnateur en fonction a indiqué que le périmètre du programme avait effectivement évolué, notamment du fait de la non venue de la clinique privée Cardéo et du maintien du bâtiment chaufferie en vue de la connexion du site avec le réseau de chauffage urbain.

Enfin, il faut également souligner que l'enveloppe liée aux équipements n'avait pas été prise en compte lors du montage du projet. Ces dépenses sont aujourd'hui estimées à 8 M€ par le centre hospitalier et nécessiteront de recourir à l'emprunt pour équiper le nouveau bâtiment.

De façon synthétique, la procédure retenue a démultiplié les difficultés et in fine les coûts liés à la complexité du projet immobilier, aux contraintes de délais découlant du plan « hôpital 2007 » et à la situation de forte activité dans le BTP lors de l'appel d'offre.

En conséquence : une extension patrimoniale consommatrice de moyens financiers

Alors que le projet initial visait à construire des locaux destinés à abriter des services hébergés dans l'ancien bâtiment et à maintenir inoccupées les surfaces libérées, l'établissement s'interroge aujourd'hui sur la rénovation des locaux pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) du site de Foucharupt. On ne peut que regretter que cette logique de regroupement patrimonial n'ait pas été prise en compte en amont de l'opération « hôpital 2007 ».

Par ailleurs, ce projet ne doit pas occulter le fait que le centre hospitalier avait renoncé, lors du plan hôpital 2007, à la réhabilitation de ces surfaces aux motifs que les sites étaient occupés et que le degré coupe feu de la structure et les frais de désamiantage étaient trop élevés par rapport à l'édification d'une nouvelle aile. Ces contre-indications techniques demeurent aujourd'hui sauf à démontrer une évolution du contexte ou des techniques de réhabilitation.

Quand bien même les locaux resteraient désaffectés (superficie de 10 000 m² localisés dans l'ancien bâtiment), leur conservation génèrera des dépenses incompressibles. Celles-ci grèveront inutilement les finances du centre hospitalier qui voit son patrimoine croître alors que son activité baisse.

La chambre ne peut qu'inciter l'établissement à mettre en œuvre une stratégie d'adaptation de son patrimoine à ses besoins actuels.

Faute d'avoir eu cette démarche pour le bâtiment « hôpital 2007 », l'établissement gagnerait à conditionner tout investissement à un calcul systématique de retour sur investissement. La chambre invite le centre hospitalier à mettre en place cette démarche pour tout projet immobilier ou toute acquisition d'équipement médical.

3.2. Le nouveau projet médical (2010-2015) ¹¹

Le bilan opportunités et contraintes du projet d'établissement 2002/2007 figure ainsi dans le diagnostic du nouveau projet médical :

Bilan opportunités / contraintes du projet d'établissement 2002/2007

Opportunités	Contraintes
<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfice d'un hôpital neuf, - Développement de l'activité médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibre budgétaire et financement du projet architectural, - Augmentation de l'activité T2A, - Renouvellement médical et maintien de la qualité, - Conception d'un projet commun avec Cardéo.

Ce bilan traduit bien les difficultés retracées ci-dessus s'agissant du dépassement du budget de l'opération « hôpital 2007 » et des difficultés de recrutement du personnel médical.

Le nouveau projet propose trois axes essentiels articulés autour d'une problématique centrale qui est celle de la démographie médicale et du recrutement.

Le premier axe consiste à augmenter l'activité relevant de la T2A avec un développement de l'ambulatorio, du court séjour gériatrique, et de l'activité cardiologique. Il prévoit également la création d'une hospitalisation à domicile.

Le deuxième axe du projet médical 2010-2015 consiste à sécuriser l'activité de cancérologie, considérée comme stratégique en termes d'activité et d'enjeu financier. Elle suppose néanmoins l'autorisation des tutelles selon les exigences réglementaires quantitatives et qualitatives. Depuis juillet 2009, le centre hospitalier a, ainsi, été autorisé à poursuivre son activité de traitement des cancers pour la chirurgie digestive et les chimiothérapies. En revanche, cette autorisation n'a pas été octroyée pour la chirurgie gynécologique en raison de seuils non atteints.

Le troisième axe consiste à poursuivre et développer le travail en réseau au sein de la Déodatie par un renforcement d'une logique de territoires sur les consultations spécialisées et notamment au sein de la filière gériatrique.

4. LA FIABILITÉ DES COMPTES

Les comptes comportent quelques éléments qui en altèrent la sincérité. Les irrégularités constatées portent, notamment, sur les provisions pour les comptes-épargne-temps et sur le rattachement des charges et produits à l'exercice. La chambre invite l'établissement à opérer les régularisations nécessaires.

4.1. Les provisions pour compte épargne temps (CET)

Les journées versées annuellement aux comptes-épargne-temps constituent une charge de l'exercice budgétaire considéré. Elles doivent, en conséquence, donner lieu à l'inscription d'une provision au compte 143 « provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) » en fin d'exercice, égale à la valeur desdites journées, ainsi que sur l'inscription prévisionnelle de cette provision dans l'EPRD.

¹¹ Projet médical 2010-2015 – projet VF 3 du 11 septembre 2009 présenté à l'ARH le 18 septembre 2009

Fin 2008, le nombre de jours inscrits au compte épargne était de 832 pour le personnel médical et de 2 012 pour le personnel non médical, soit 2 844 jours au total.

Conformément au décret n° 2008-454 du 14 mai 2008, les jours de CET peuvent être monétarisés¹² : 233 jours ont ainsi été rémunérés.

En 2008, 302 journées ont été payées aux agents ayant quitté l'établissement par mutation ou retraite.

Le 22 juillet 2008, le centre hospitalier a reçu, de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), notification de crédits ayant vocation à couvrir les charges correspondantes. Les montants transférés se sont avérés insuffisants pour le personnel médical, la différence constituant une charge pour le budget de l'établissement. Pour le personnel non médical, le montant des crédits ayant été supérieur au montant acquitté, l'établissement a constitué une provision pour le montant de la différence. Il convient de noter que cette somme a été inscrite au compte 158 « autres provisions pour charges » au lieu du compte 143. La rectification était en cours fin 2009.

Tableau récapitulatif des provisions constituées par l'établissement (en €)

(en €)	Montant reçu de l'ARH le 22/07/2008	Montant acquitté par le CH au titre de 2008	Charge pour le CH au titre de 2008	Provision constituée par l'établissement
Personnel médical	79 658	180 000	100 342	
Personnel non médical	154 014	45 714		108 300

Provisions pour compte épargne temps

Montants en €	Montant brut	Montant brut+charges
Personnel médical	249 600	374 400
Personnel non médical	183 887	275 830
dont catégorie A	93 375	140 062
dont catégorie B	44 200	66 300
dont catégorie C	46 312	69 468
Total personnel	433 487	650 230

Il reste néanmoins un reliquat de 2 389 jours représentant une charge de 650 231,25 €

En réponse à la recommandation de la chambre de constituer les provisions correspondantes, le directeur du centre hospitalier s'est engagé à réaliser les provisions nécessaires en lissant la charge sur plusieurs années.

4.2. Les rattachements des charges

Le tableau qui suit permet de constater que le centre hospitalier de Saint-Dié ne rattache pas toutes les charges et produits à l'exercice correspondant. A l'exception de la prime de service à répartir (compte 4281) et de la taxe sur les salaires (compte 4471), aucune autre charge n'est rattachée (charges à payer, factures non parvenues...).

¹² Conformément à l'arrêté du 14 mai 2008, les jours peuvent être monétarisés sur les bases suivantes : 300 € brut pour le personnel médical, 125 € pour le personnel de catégorie A, 80 € pour le personnel de catégorie B et 65 € pour le personnel de catégorie C.

Rattachement des charges

Budget principal	2004	2005	2006	2007	2008
408 – factures non parvenues	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé
4682 charges à payer	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé
4686 autres charges à payer	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé
4281 - prime de service à répartir	cpte non utilisé	254 930	1 115 000	1 070 000	1 070 000
4471 - taxes sur les salaires	186 922	66	449	0	649 281
4286 - autres charges à payer personnel	0	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	42 479
4386 - organismes sociaux charges à payer	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé
4486 - état charges à payer	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé	cpte non utilisé

Source : comptes financiers

La chambre recommande au centre hospitalier de rattacher les charges et produits à l'exercice afin d'améliorer la sincérité et la fiabilité de ses comptes.

5. LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT

Outre des prévisions budgétaires à améliorer, la situation financière du centre hospitalier de Saint-Dié est caractérisée, sur la période 2004 à 2008¹³, par une dégradation du résultat qui passe d'un excédent de 300 000 € à un déficit de 434 000 €

De ce fait et en raison du poids des charges liées au remboursement des emprunts, la capacité d'autofinancement nette de l'établissement va durablement diminuer.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'opération « hôpital 2007 » en cours de construction est à l'origine d'importants dépassements financiers (dépassements estimés à 20 M€ au mois d'octobre 2009 par rapport à une estimation initiale de 60 M€).

La mise en service en 2012 de ce bâtiment induira des charges d'amortissement (2,8 M€ pendant 40 ans) et de remboursement des emprunts (2,6 M€ pendant 30 ans) qui vont durablement peser sur les finances de l'établissement lequel doit par conséquent augmenter son activité en réduisant ses dépenses pour rester en équilibre financier.

5.1. Une qualité des prévisions budgétaires à améliorer

L'écart entre les prévisions de charges et de produits et la réalité est patent sur la période considérée (entre 5 et 7 % sur le total des charges et des produits). A l'exception de l'année 2007, le résultat constaté est systématiquement inférieur au résultat prévisionnel.

Les charges et les produits sont presque toujours supérieurs aux prévisions tout particulièrement s'agissant du titre 2 des recettes (« autres produits de l'activité hospitalière ») avec des dépassements de l'ordre de 20 % en 2006 et 2007.

¹³ Les données 2008 sont issues du compte financier provisoire non validé par la trésorerie générale et remis par l'agent comptable le 9 juin 2009

La qualité des prévisions budgétaires devrait pouvoir être améliorée.

En réponse à cette observation, l'ordonnateur a souligné « *la difficulté pour les établissements de santé de faire des prévisions budgétaires, les bases mêmes de ces prévisions étant très mouvantes dans le temps tout en s'imposant aux gestionnaires* ».

5.2. Des résultats en dégradation

Le résultat du budget principal du centre hospitalier de Saint-Dié a été marqué par une dégradation sur la période considérée, passant d'un excédent d'environ 300 000 € en 2004 à un déficit de 434 000 € en 2008. Les résultats des autres budgets ne modifient pas la tendance relevée sur le budget principal, étant observé que l'année 2006 apparaît atypique du fait d'un rattrapage des charges reportées lors des exercices antérieurs.

Sur la période 2004-2008, les recettes d'exploitation ont, en effet, augmenté moins rapidement que les dépenses (12 % contre 13 %) (Voir tableaux en annexe 7).

L'essentiel de l'augmentation des dépenses (+ 6,7 M€) a concerné les charges de personnel qui ont progressé de 13 % sur 5 ans (+ 4,3 M€). Cette évolution a été très marquée entre 2007 et 2008 : + 6 %, soit + 2,1 M€. Les charges à caractère médical ont, quant-à elles, progressé plus vite (+ 19 %) sur la période mais cette augmentation n'a représenté qu'un peu plus de 1 M€ il en a été de même des dépenses du titre 4 dont l'augmentation de 16 % a représenté moins d'1 M€

Sur la période 2006 à 2008 inclus, la part des charges de personnel dans le total des charges a eu tendance à s'accroître alors que la part des charges hôtelières et d'amortissement a diminué. Pour autant, le centre hospitalier de Saint-Dié présente des charges hôtelières supérieures à la moyenne des établissements de santé comparables et des charges d'amortissement et de provisions pratiquement deux fois plus importantes. Ces points seront développés infra.

L'augmentation des dépenses de personnel est due principalement à l'augmentation des dépenses de personnel non médical (+ 1,6 M€). Le tableau retraçant les effectifs du personnel médical du budget H permet de constater que le nombre de praticiens hospitaliers diminue sur la période alors que la proportion de praticiens contractuels augmente de façon très marquée. Ce point fera l'objet de développements infra.

Les dépenses de personnel ont progressé plus vite que les recettes liées à l'activité : les produits de l'assurance maladie sont de plus en plus « consommés » par les frais de personnel. L'établissement doit être particulièrement vigilant à l'évolution de sa masse salariale.

La progression des recettes (+ 5,9 M€) est due, principalement, à celle des « produits de l'activité hospitalière » (titre 2) qui ont augmenté de 97 % (+ 3,7 M€). Les produits de l'assurance maladie (titre 1) n'ont, en effet, progressé que de 7,41 % (+ 2,9 M€).

5.3. Une dégradation de la capacité d'autofinancement

Sur la période considérée, la dégradation du résultat et la perspective d'une augmentation des charges financières vont contribuer à diminuer la capacité d'autofinancement du centre hospitalier de Saint-Dié. La tendance à la baisse de la CAF du centre hospitalier, due notamment à l'opération immobilière, fera l'objet de développements infra.

Le taux de renouvellement des immobilisations, qui était inférieur au taux national en 2006, a crû sur la période, en raison du programme d'investissement lié au nouveau bâtiment en cours.

A contrario, le taux de vétusté des équipements a crû sur la période. Même si ce ratio est à interpréter avec prudence (compte-tenu de sa sensibilité aux durées d'amortissements pratiquées par l'établissement), il n'en demeure pas moins qu'il était, en 2006, supérieur de 6 points à la moyenne nationale, traduisant un besoin de renouvellement des équipements médicaux tout particulièrement dans le cadre du nouveau bâtiment, équipements non prévus dans le plan de financement initial et représentant un montant estimé à 8 M€

5.4. L'évolution de l'endettement

L'encours de la dette a augmenté de 27 % sur la période considérée et les charges financières constituées par les emprunts se sont en conséquence alourdies de 6,51 %. La durée apparente de la dette a augmenté de 41 %.

L'évolution de la dette et des ratios d'endettement doit être considérée au regard de la période à venir qui sera caractérisée par des remboursements d'emprunts et des charges d'amortissement importants, lesquels vont dégrader la capacité d'autofinancement du centre hospitalier.

L'analyse de l'encours de la dette a montré que les produits structurés représentaient 1,5 M€ en 2008 soit 8 % de la dette au 31 décembre 2008.

Les emprunts mobilisés dans le cadre du nouveau projet immobilier « hôpital 2007 » impliqueront, en raison des contrats déjà signés, de recourir, pour une part, à des produits structurés pour un montant de 13 M€ sur 78 M€ au total, soit 16 % du total. L'établissement aura le choix dans le contrat conclu avec la caisse d'épargne de recourir à différents types de produits financiers.

Le centre hospitalier n'étant pas doté, en interne, des moyens humains suffisants pour suivre et piloter ces produits complexes, il a eu recours aux services d'un prestataire pour en sécuriser le pilotage.

La chambre recommande à l'établissement de suivre avec la plus grande attention l'évolution du poids de ces emprunts dont la volatilité l'expose à un alourdissement de sa dette. La chambre recommande également au centre hospitalier de sécuriser au maximum l'option retenue dans le cadre du contrat lié à l'emprunt pour l'opération « hôpital 2007 ».

5.5. La ligne de trésorerie

L'établissement n'est pas doté de ligne de trésorerie mais il sera amené, de toute évidence, à s'en doter, à moyen terme, au regard des projections financières (cf. infra) compte-tenu des dépassements de budget sur l'opération « hôpital 2007 ».

5.6. Le bilan fonctionnel, le BFR et la trésorerie

Le fonds de roulement d'investissement représente l'excédent des ressources stables, destinées au financement de l'investissement, sur les biens stables. Il traduit la manière dont l'établissement a financé ses investissements sur le long terme. Au cas d'espèce, le fonds de

roulement d'investissement s'est dégradé significativement depuis 2006 : des immobilisations ont été financées par des ressources qui ne sont pas prévues à cet effet.

Le fonds de roulement d'exploitation, ratio qui, diminué des créances de l'article 58, retrace, pour l'essentiel, les ressources disponibles issues des réserves, hors investissement, et des provisions, a crû sur la période, mais de manière insuffisante pour pouvoir limiter la dégradation du fond de roulement net global.

5.7. L'analyse financière prospective

Le dépassement de l'enveloppe budgétaire sur l'opération immobilière « hôpital 2007 » amène aujourd'hui l'établissement à rechercher des scénarii d'évolution de son activité permettant de générer de nouvelles recettes destinées à compenser les surcoûts. Les développements qui suivent s'attacheront à démontrer le degré de fiabilité de ces prospectives.

5.7.1. Les dépassements d'enveloppe budgétaire de l'opération immobilière « hôpital 2007 »...

L'emprunt de 77 M€ contracté par le centre hospitalier à la suite du dépassement de l'enveloppe de l'opération « hôpital 2007 », va se solder par des annuités en capital de 2,6 M€ par an pendant 30 ans. Doivent, également, être pris en compte les charges d'amortissement sur le bâtiment et l'équipement, lequel représente un montant annuel de 2,9 M€¹⁴ pendant 40 années.

Il faut souligner que le centre hospitalier avait commencé, dès avant 2006 et jusqu'à 2011, à constituer des provisions pour un montant global de 22,6 M€ qui seront reprises à hauteur de 564 652 € pendant les 40 années d'amortissement du bâtiment.

Selon les tableaux du plan global de financement pluriannuel de l'établissement, il apparaît clairement que la capacité d'autofinancement nette négative de l'opération doit amener l'établissement à des stratégies d'évolution de son activité en vue de compenser l'augmentation de ses dépenses.

Surcoûts et recettes supplémentaires prévisionnels liés au nouveau bâtiment – hôpital 2007

(en milliers d' €)	2012	2013	2014	2015	2016
Surcoûts	6 384	6 677	6 569	6 462	6 355
Recettes supplémentaires	3 904	3 904	3 904	3 904	3 904
Différence	-2 480	-2 773	-2 665	-2 558	-2 451

Source : PGFP du CH

CAF prévisionnelle de l'opération – hôpital 2007

(en milliers d' €)	2 012	2013	2 014	2015	2 016
Résultat	-2 480	-2 772	-2 665	-2 557	-2 450
+ Amortissements (travaux et équipements)	2 493	2 893	2 893	2 893	2 893
- Provisions	565	565	565	565	565
CAF brute de l'opération	-552	-444	-337	-229	-122
Remboursement emprunt	2 600	2 600	2 600	2 600	2 600
CAF NETTE de l'opération	-3 152	-3 044	-2 937	-2 829	-2 722

Source : PGFP du CH

¹⁴ Dont 2,1 M€ pour les travaux et 0,8 M€ par an pendant 10 ans pour les équipements

5.7.2. amènent l'établissement à rechercher de nouveaux scénarii d'évolution de son activité

Les scénarii d'évolution de l'activité du centre hospitalier, pour faire face au remboursement des charges, sont retracés dans le tableau qui suit, établi sur la base du plan global de financement prévisionnel (PGFP) du centre hospitalier :

Stratégies de développement de l'activité assorties d'indicateurs¹⁵

Services	Hypothèses	Objectif	Echéance
Médecine A	Consolidation du RDD ¹⁶	1 000 patients par an à raison de + 150 inclusions par an	2013
Orthopédie	Augmentation de l'activité	+ 2 %	2010
Gynécologie- obstétrique	Draîner 70 % des parts de marché sur la bassin et labellisation « hôpital ami des bébés »	910 accouchements	2013
Gériatrie	Augmentation de la capacité en lits	+ 12 lits soit un total de 24 lits	Début 2010
Cardiologie	Extension de la capacité en cardiologie	+ 15 lits	Dépend de la réalisation du projet avec Cardéo
Ouverture d'un service d'hospitalisation à domicile		Taux d'occupation : • En 2010 : 60 % • En 2011 : 70 %	
Ophthalmologie et ORL	Reconduite de l'activité		

Source : PGFP CH Saint-Dié

Certes, le développement de l'activité chirurgicale et celui de l'obstétrique ainsi que l'extension du nombre de lits en gériatrie semblent constituer des scénarii réalistes, compte tenu des besoins du bassin de population et des taux de fuite actuels. Il n'en demeure pas moins qu'ils nécessitent que les moyens en médecins se maintiennent à leur niveau actuel et que leur renommée permette d'attirer la patientèle drainée aujourd'hui vers d'autres établissements. Cette hypothèse suppose, également, une meilleure interaction entre les praticiens du centre hospitalier et les médecins de ville, lesquels contribuent, aujourd'hui, à orienter la patientèle vers d'autres structures de soin.

Cette hypothèse semble réaliste mais elle reste fragile du fait du dimensionnement des équipes médicales en place (cf. supra).

Par ailleurs, le projet médical du centre hospitalier de Saint-Dié met en avant le maintien de la cancérologie, activité considérée comme un objectif majeur car elle constitue un enjeu financier en termes d'activité.

Néanmoins, l'activité de soins « traitement du cancer » ne dépend pas de la seule volonté de l'établissement. Elle est soumise à autorisation de l'ARH sur la base des textes suivants :

- deux décrets ministériels du 21 mars 2007 ;
- un arrêté ministériel du 29 mars 2007 posant le principe de seuils d'activité minimale (résumés dans le tableau ci dessous);
- des critères d'agrément INCa (institut national du cancer) publiés en juin 2008.

¹⁵ Seuls les projets assortis d'indicateurs chiffrés sont repris dans ce tableau

¹⁶ Réseau de diabétologie de la Déodat

Seuils d'autorisation pour la chirurgie cancéreuse

Activité		Seuils au niveau de l'établissement
Chirurgie des cancers	Thoraciques	30
	Urologiques	30
	Digestifs	30
	Gynécologiques (hors K in situ)	20
	ORL et maxillo-faciale	20
	Pathologie mammaire	30
Chimiothérapie		80 patients/an/hôpital (50 en ambulatoire)
Radiothérapie		600 patients/an/hôpital

Source : projet médical CH

Evolution de l'activité en chimiothérapie au centre hospitalier de Saint-Dié

Chimiothérapie	2005	2006	2007	2008	INCa	80 % INCa
Patients	92	84	75	87	80	64
dont hôpital de jour	81	69	61	74	50	40
Séances	987	945	899	926		

Source DIM – projet médical

En chimiothérapie, l'activité satisfait actuellement aux seuils de l'INCa, avec plus de 80 chimiothérapies réalisées en 2008, mais elle reste cependant fragile. En effet, malgré un nombre important de praticiens « compétents » dans le domaine, elle demeure actuellement portée par un seul médecin « qualifié » en cancérologie.

Evolution de l'activité de chirurgie en cancérologie

Chirurgie	2005	2006	2007	2008	INCA	80 % INCA
Seins	12	8	7	5	30	24
Digestifs	40	30	44	41	30	24
Gynécologie	12	16	18	10	20	16
ORL	1	0	1	0	20	16

Source DIM – projet médical

La chirurgie digestive constitue, aujourd'hui, un point fort, grâce à la présence d'une équipe stable. Elle représente un enjeu majeur avec l'objectif de prendre en charge l'ensemble de la filière au centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges (interventions chirurgicales et suivi en chimiothérapie). En revanche, les niveaux d'activité des secteurs chirurgie gynécologique et ORL ne permettent pas d'en prévoir, à ce jour, le développement, compte tenu des seuils réglementaires, sauf à envisager des regroupements avec d'autres établissements.

Cette hypothèse reste donc fragile du fait que l'établissement n'atteint pas les seuils réglementaires d'activité.

Enfin, l'augmentation de l'activité en cardiologie nécessite que l'intégration de la clinique Cardéo ou, à défaut, le drainage de la patientèle fréquentant cet établissement, s'oriente vers le centre hospitalier de Saint-Dié. Le plan global de financement prévisionnel du centre hospitalier de Saint-Dié indique, clairement, que l'intégration de l'activité Cardéo dans le nouveau bâtiment est une condition sans laquelle « *les recettes prévisionnelles nettes générées par la réalisation du projet d'établissement, les hausses d'activité et les revalorisations tarifaires ne seront pas suffisantes pour couvrir l'ensemble des surcoûts générés par l'opération de travaux hôpital 2007* ».

Même si cette intégration de Cardéo est prévue par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et a été réaffirmé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), elle n'est toujours pas formalisée à ce jour, Cardéo étant une structure totalement privée. Ni le regroupement architectural de l'activité sur un seul site, ni la possibilité d'accueillir les praticiens et le personnel de Cardéo sur le site de l'hôpital Saint Charles, ni le calendrier de cette opération ne sont aujourd'hui déterminés, ce qui laisse douter de la capacité du centre hospitalier de Saint-Dié à drainer ces nouvelles recettes.

En conclusion, la chambre ne peut que déplorer cet ajustement tardif des dépenses et des recettes qui amène aujourd'hui l'établissement à faire évoluer son projet médical afin de remplir un bâtiment dont les coûts de construction ont crû de façon notable. La chambre considère que les différents scénarii d'évolution de l'activité sont optimistes.

6. LES RECOMMANDATIONS DE LA CHAMBRE

Adaptation de l'offre de soins :

1. Adapter le projet médical et l'offre de soins du centre hospitalier, en interaction avec l'ARH, à l'évolution de la demande et à la concurrence des autres établissements de santé (en obstétrique, médecine gériatrique, chirurgie et cardiologie).
2. Développer l'activité dans les domaines porteurs et peu concurrencés, en utilisant les locaux actuellement disponibles dans le bâti existant (bâtiment Saint Charles), dans une logique de densification du patrimoine,
3. Concentrer les moyens humains médicaux dans un souci d'atteinte de la masse critique,

Adaptation du dispositif immobilier et des équipements médicaux :

4. Mettre en adéquation le patrimoine avec le projet médical dans une logique de rationalisation du patrimoine et d'optimisation des moyens humains, d'équipements et de matériel, et in fine de maîtrise des coûts,
5. Améliorer le taux d'occupation des blocs opératoires et l'organisation collective du travail,
6. Améliorer l'efficacité des outils collectifs (laboratoires, blocs opératoires, services logistiques...),
7. Veiller à conditionner tout investissement à un calcul préalable de retour sur investissement,

Amélioration de la situation financière et comptable :

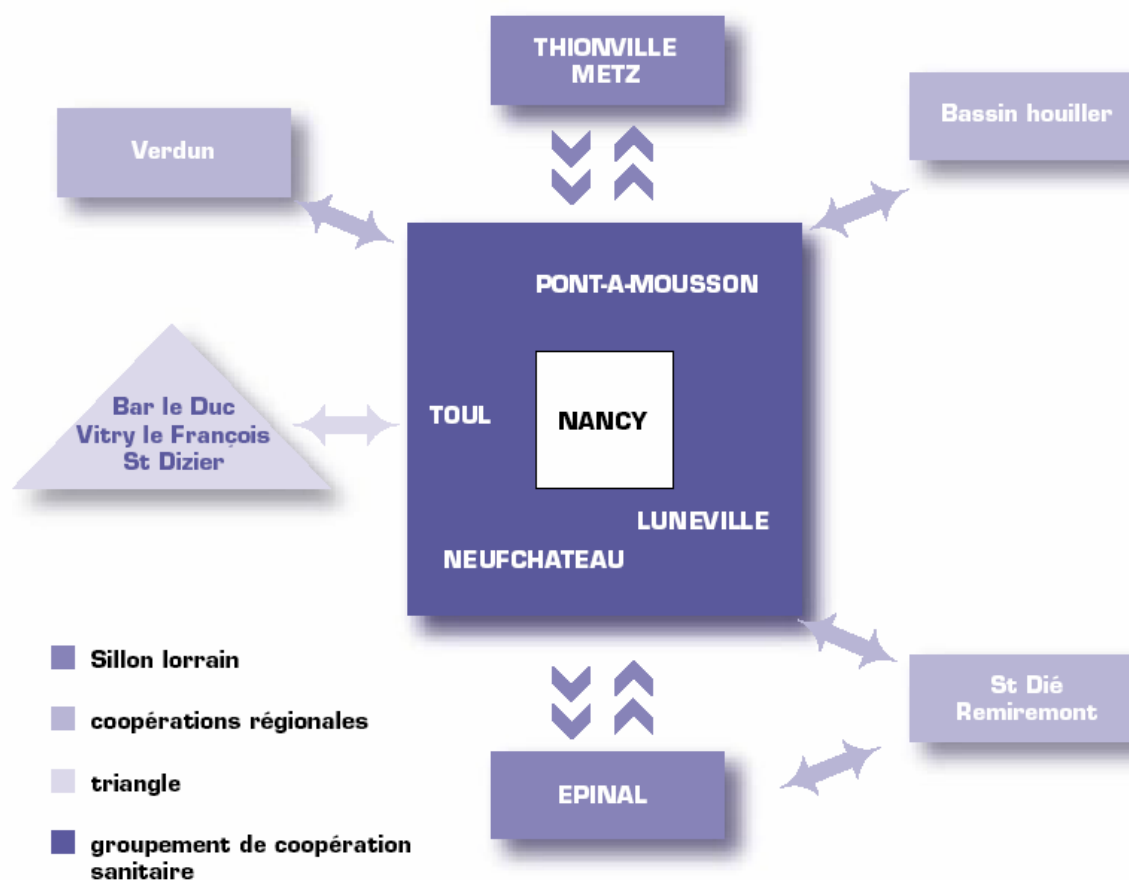
8. Améliorer la sincérité des comptes par une comptabilisation fidèle des comptes-épargne-temps et s'assurer de l'exacte prise en compte des charges et produits sur les exercices concernés,
9. Maintenir la valorisation de l'activité par un codage quantitativement et qualitativement exhaustif,

Amélioration du système d'information :

10. Moderniser le système d'information afin de disposer d'un outil homogène et performant, apte à apporter à l'établissement les moyens de pilotage nécessaires.

Telles sont les observations et recommandations que la chambre régionale des comptes a souhaité formuler sur la gestion du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges.

SCHEMA DES COOPERATIONS REGIONALES



Source : CHU de Nancy – site internet

Evolution des effectifs

Effectifs	2004	2005	2006	2007	Variation 2004-2007
Personnel médical	52	59	71	66	26,92 %
ETP	41,10	46,80	51,20	54,70	33,09 %
Personnel non médical	727	710	696	702	-3,44 %
ETP	742,76	754,17	754,93	756,72	1,88 %
Ensemble du personnel	779	769	767	768	-1,41 %
ETP moyen rémunéré (dont CDD)	743	754	755	757	1,88 %
Internes	20	15	15	13	-35,00 %

Annexe 2

Répartition des lits par service

services	Nombre de lits (2008)	en % du total
Cardiologie	22	4,94 %
Hépatogastro-entérologie-endoscopies	22	4,94 %
Hôpital de jour	10	2,25 %
Médecine A	22	4,94 %
Médecine B	22	4,94 %
Chirurgie ambulatoire	6	1,35 %
Chirurgie générale digestive et chirurgie gynécologique	18	4,04 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	31	6,97 %
Ophthalmologie	5	1,12 %
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	15	3,37 %
Gynécologie-obstétrique	22	4,94 %
pédiatrie	10	2,25 %
Soins continus polyvalents	11	2,47 %
Urgences - SMUR	6	1,35 %
Médecine gériatrie	12	2,70 %
USLD	30	6,74 %
SSR	30	6,74 %
EHPAD	151	33,93 %
total	445	100,00 %

Source: CH Saint-Dié

Annexe 3

Evolution du nombre des entrées

		2004	2005	2006	2007	2007/2004
MCO Hospitalisation Complète (HC)	Médecine	6791	6510	6665	6602	-2,8 %
	Chirurgie	5430	4904	4064	3999	-26,4 %
	Obstétrique	1818	1353	1565	1439	-20,8 %
	Total HC	14039	12767	12294	12040	-14,2 %
Urgences (Zone Soins Courte durée)	ZSTCD	4921	4720	3310	2211	-55,1 %
Hospitalisation de journée	Hôpital de Jour*	2212	2805	2616	2570	16,2 %
	Chirurgie ambulatoire	0	806	1146	1353	NS
	Total MCO	21172	21098	19366	18174	-14,2 %
Hospitalisation Moyen et Long séjour	Soins de suite	330	344	306	295	-10,6 %
	Soins longue durée	28	45	30	30	7,1 %
	Total Hospitalisation	21530	21487	19702	18499	-14,1 %
Hébergement	Ehpad	169	268	242	269	59,2 %
	Total *	21699	21755	19944	18768	-13,5 %

Source : CH Saint-Dié

* Dont dialyses et radiothérapie

Evolution du nombre de journées

		2004	2005	2006	2007	2007/2004
Hospitalisation Complète	Médecine	34894	34798	36665	36948	5,9 %
	Chirurgie	20962	19639	17593	16961	-19,1 %
	Obstétrique	6018	4867	5519	5256	-12,7 %
	Total HC	61874	59304	59777	59165	-4,4 %
Urgences (Zone Soins Courte durée)	ZSTCD	2417	2302	2005	1736	-28,2 %
Hospitalisation de journée	Hôpital de Jour	2212	2805	2616	2570	16,2 %
	Chirurgie ambulatoire	0	806	1146	1353	NS
	Total MCO	66503	65217	65544	64824	-2,5 %
	Soins de suite	9736	10891	10649	10238	5,2 %
	Soins longue durée	12187	12635	12606	12661	3,9 %
	Total Hospitalisation	88426	88743	88799	87723	-0,8 %
	Ehpad	49893	52600	52914	52481	5,2 %
	Total	138319	141343	141713	140204	1,4 %

Source : CH Saint-Dié

Evolution des recettes T2A et des RUM (2008)

	médecine	chirurgie	obstétrique	Total	Evolution par rapport à 2007
Recettes T2A en €	19 122 054	11 042 826	4 151 488	34 316 368	Non significatif, T2A 50 % en 2007
Nombre de RUM	11 197	5230	2 294	18 721	176 RUM en moins soit une baisse de 0,93 %

Source : CH Saint-Dié

Annexe 4

Evolution des durées moyennes de séjours (journées/entrées)

	2004	2005	2006	2007	Moyenne nationale 12.2006	2007/2004
Médecine	5,08	5,35	6,06	4,67	6,1	-8,15 %
Chirurgie	3,86	4,00	3,96	3,85	5,8	-0,19 %
Obstétrique	3,31	3,60	3,53	3,65	4,9	10,34 %
Total s. courte durée	4,37	4,65	4,86	4,27	5,9	-2,21 %
Total soins de suite	29,50	31,66	34,80	34,71	33,1	17,63 %
Soins longue durée	435,25	280,78	420,20	422,03	ND	-3,04 %
Total sect. hôpit.	5,80	6,30	6,57	5,75	ND	-0,94 %
TOTAL	9,21	10,09	10,55	9,18	ND	-0,30 %

Sources : données SAE 2004 à 2007

Taux d'occupation (nb journées / (nb lits x 365))

	2004	2005	2006	2007	Moyenne nationale 12.2006
Médecine	78,30 %	83,50 %	84,50 %	85,00 %	83,5 %
Chirurgie	66,60 %	70,30 %	69,70 %	67,40 %	68,8 %
Obstétrique	74,70 %	60,60 %	68,70 %	65,50 %	72,1 %
Total s. courte durée	73,50 %	76,40 %	77,30 %	76,50 %	76,5 %
Total soins de suite	91,70 %	99,50 %	97,30 %	93,50 %	85,8 %
Soins longue durée	41,60 %	98,90 %	98,70 %	99,10 %	ND
TOTAL	67,40 %	81,70 %	82,10 %	81,10 %	ND

Sources : données SAE 2004 à 2007

Annexe 5

Liste des pôles et répartition des services en 2008

Pôles	services	Nombre de lits	
médecine	Cardiologie	22	
	Equipe mobile douleur	SO	
	Hépatogastro-entérologie-endoscopies	22	
	Hôpital de jour	10	
	Médecine A	22	
	Médecine B	22	
	Chirurgie	Bloc opératoire	SO
Chirurgie ambulatoire		6	
Chirurgie générale digestive et chirurgie gynécologique		18	
Chirurgie orthopédique et traumatologique		31	
Coordination hospitalière pour dons d'organes		SO	
Ophthalmologie		5	
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale		15	
Pôle mère-enfant		Gynécologie-obstétrique	22
		pédiatrie	10
Pôle urgences-soins continus		Soins continus polyvalents	11
	Urgences - SMUR	6	
Pôle gériatrie	Médecine gériatrie	12	
	USLD	30	
	SSR	30	
	EHPAD	151	
Pôle médico-technique	Brancardage		
	Coordination des vigilances		
	Imagerie médicale		
	Laboratoire		
	Médecine physique et réadaptation		
	Pharmacie		
	Stérilisation		
Pôle gestion	Logistique et travaux		
	Finances		
Pôle ressources	Communication		
	Qualité		
	Direction des soins		
	Institut de formation en soins infirmiers		
	Médecine du travail		
	Psychologie		
	Service social		

Annexe 6

Taux de rentabilité des pôles

Montants en €	Dépenses (1)	Recettes (2)	solde (3) = (2) - (1)	Taux rentabilité = (3) / (1)
Pôle médecine	13 778 217	15 108 832	1 330 615	9,66 %
Pôle chirurgie	12 777 175	12 579 462	- 197 713	-1,55 %
Pôle urgences / SI Continus	6 375 725	5 768 741	- 606 984	-9,52 %
Pôle mère Enfant	5 972 002	5 011 451	- 960 551	-16,08 %
Pôle gériatrie	10 616 319	10 689 105	72 786	0,69 %
Pôle IFSI	788 945	780 863	- 8 082	-1,02 %
TOTAL	50 308 383	49 938 454	- 369 929	-0,74 %

Sources: comptabilité analytique CH

Taux de rentabilité des services

	2007	2008
Médecine B	23,4 %	15,9 %
Médecine A	15,1 %	13,6 %
HGE	4,0 %	8,7 %
Gériatrie	28,6 %	21,6 %
Cardiologie	13,0 %	12,5 %
Groupe Chir Ortho + OPH	6,1 %	3,1 %
Gynéco Obstétrique	-2,3 %	2,0 %
Pédiatrie	-41,4 %	-41,7 %
Hôpital de Jour	-8,4 %	-8,8 %
SI continus	15,8 %	-9,5 %
Groupe Chir Visc+Gyn + ORL	-3,0 %	-4,3 %
Chirurgie ambulatoire	-5,8 %	-7,8 %
Upatou	-2,5 %	-9,5 %
SSR	-11,3 %	-8,3 %
USLD	-11,2 %	0,3 %
EHPAD	-8,1 %	-1,8 %
IFSI	-13,3 %	-1,0 %
TOTAL	0,15 %	-0,7 %

Sources: comptabilité analytique CH

Annexe 7

Ecarts entre les prévisions et les réalisations - budget principal en %

	2005	2006	2007	2008
CHARGES				
Titre 1 Charges de personnel	6 %	3 %	4 %	6 %
Titre 2 Charges à caractère médical	11 %	4 %	9 %	6 %
Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général	5 %	16 %	-12 %	1 %
Titre 4 Charges d'amortissements, de provisions	-2 %	18 %	17 %	5 %
Total des charges	6 %	7 %	5 %	6 %
PRODUITS				
Titre 1 Produits versés par l'assurance maladie	4 %	3 %	4 %	1 %
Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière	9 %	22 %	18 %	10 %
Titre 3 Autres produits	31 %	14 %	13 %	46 %
Total des produits	7 %	6 %	6 %	6 %

Source : Comptes financiers

Résultats consolidés section de fonctionnement

Montants en €	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2004
Budget principal H	299 281	770 611	-5 629 962	2 636	-434 013	-145 %
Dotation non affectée A	740	1 085	452	10 350	7 093	+958 %
Unité de soins de longue durée B	59 440	19 940	82 247	30 907	57 000	- 0,5 %
Ecoles paramédicales C	-	- 26 270	-	26 270	0	NS
EHPAD Foucharupt E	62 197	25 776	78 723	5 945,86	0	NS
RESULTATS CONSOLIDES	421 658	791 142	-5 468 540	76 109	-369 920	-88 %

Source : comptes financiers et comptes de gestion du CH

Evolution des dépenses de fonctionnement – budget H

Montants en €	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2004
Charges sur exercices antérieurs (6721)	0	0	1 348 561	160	0	
Total titre I : charges relatives au personnel	33 534 401	33 420 398	34 701 348	35 734 757	37 883 568	12,97 %
Charges à caractère médical sur exercices antérieurs	0	0	3 633	14 067	0	NS
Total titre II : charges à caractère médical	5 757 894	5 440 656	6 908 584	6 426 536	6 877 422	19,44 %
Charges à caractère hôtelier et général sur exercices antérieurs	0	0	36 578	1 715	0	NS
Total titre III : charges à caractère hôtelier et général	5 290 002	5 246 085	7 872 301	5 599 627	5 691 039	7,58 %
Total titre IV : amortissement, provisions charges financières exceptionnelles	5 335 232	5 747 208	9 364 002	7 753 560	6 194 418	16,10 %
Total dépenses titres I à IV	49 917 529	49 854 347	58 846 235	55 514 480	56 646 447	13,48 %
différence sur produits à recevoir (6722) inclus dans le titre 1 à 3 en 2004	795 547	654 004,00	0	0	0	NS
annulation titres émis au cours de l'ex antérieur (673) comprises dans le titre 4	0	0	106 353	117 151	205 312	NS
comptes hors groupes fonctionnels	73 987	124 407	0	0		NS
Total général des dépenses	49 991 516	49 978 754	58 846 235	55 514 480	56 646 447	13,31 %

Source : comptes financiers et comptes de gestion du CH

Evolution des recettes - budget H

Groupes	2004	2005	2006	2007	2008	Evolution 2008/2004
Total titre I : produits de l'assurance maladie	40 242 911	40 357 408	41 548 396	42 215 545	43 226 142	7,41 %
Total titre II : produits de l'activité hospitalière	3 833 843	4 604 767	5 980 645	7 049 073	7 573 780	97,55 %
Total titre III : autres produits (dont compte 77 288 et 77 238 en 2005)	6 185 535	5 761 981	5 687 233	6 252 496	5 412 512	-12,50 %
Total recettes titres I à III	50 262 289	50 724 156	53 216 274	55 517 114	56 212 434	11,84 %
Titres réémis (7723 puis 7721) inclus dans le titre 3	0	3 540		73 151	75 609	5 921 636
Produits tarif. spécifiques exercice antérieur (7728) inclus dans le titre 3	188 146	297 355		105 089	66 000	-64,92 %
comptes hors groupes fonctionnels (77 281 et 77 231)	28 509	25 209	0	0	0	NS
Total général des recettes	50 290 798	50 749 365	53 216 274	55 517 115	56 212 434	11,77 %
Résultat	299 282	770 611	-5 629 961	2 635	-434 013	-245 %

Source : compte financier du CH

Structure des charges par titre fonctionnel de 2006 à 2008

	2006	2007	2008	moyenne 2006*
Titre 1: charges de personnel	59 %	64 %	67 %	66,71 %
Titre 2: charges à caractère médical	12 %	12 %	12 %	14,97 %
Titre 3: charges à caractère hôtelier et général	13 %	10 %	10 %	9,65 %
Titre 4: charges d'amortissements, de provisions	16 %	14 %	11 %	8,66 %
Total des charges	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : compte financier du CH

* Source: rapport du Comité d'experts Finance – BDHF – 2006, dernière moyenne connue

Données générales (budget H uniquement) - dépenses de personnel - source: compte financier

Montant en €	2006	2007	2008	2008/2006
Dépenses totales	58 846 236	55 514 479	56 646 446	-3,74 %
dont dépenses de personnel (titre 1) = D1	34 701 348	35 734 757	37 883 568	9,17 %
Recettes totales	53 216 574	55 517 115	56 212 434	5,63 %
dont produits de l'assurance maladie (titre 1) = R1	41 548 396	42 215 545	43 226 142	4,04 %
D1 / dépenses totales	58,97 %	64,37 %	66,88 %	7,91 points
D1 / R1	83,52 %	84,65 %	87,64 %	4,12 points

Source : compte financier du CH

Détail par chapitre

	Chapitre	2006	2007	2008	2008/2006
<i>Personnel non médical</i>					
titulaire et stagiaire	6411	14 689 184	14 801 755	15 627 269	6,39 %
personnel CDI	6413	585 275	600 800	751 798	28,45 %
personnel CDD	6415	1 028 831	1 237 210	1 616 220	57,09 %
autre personnel	6417	0,00	0,00	4 734	NS
<i>sous total non médical</i>		16 303 290	16 639 765	18 000 021	10,41 %
<i>personnel médical</i>					
praticiens hospitalier	6421	4 619 970	4 833 949	4 853 239	5,05 %
praticiens attachés	6422	91 667	99 494	102 006	11,28 %
autres praticiens (cont, interne)	6423/24	533 952	516 968	598 069	12,01 %
permanences des soins	6425	893 158	910 628	932 089	4,36 %
<i>sous total médical</i>		6 138 747	6 361 039	6 485 403	5,65 %
<i>total</i>		22 442 037	23 000 804	24 485 424	9,11 %

Source : compte financier du CH

Effectifs du personnel médical – budget H

STATUT	2006	2007	2008	2008/2006
HU permanents	0	0	0	NS
PH temps plein	48,91	50,89	47,43	-3,0 %
PH temps partiel	3,1	3,1	3,97	28,1 %
Praticiens attachés renouvelables	2,23	2,17	2,77	24,2 %
Total 1	54,24	56,16	54,17	-0,1 %
HU temporaires	0	0	0	
Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	1	1	11,94	1094,0 %
Internes et étudiants	13,58	13,62	13,5	-0,6 %
Total 2	14,58	14,62	25,44	74,5 %
Total général	68,82	70,78	79,61	15,7 %

Source : CH Saint-Dié

Evolution de la capacité d'autofinancement du budget consolidé

Montants en €	2005	2006	2007	2008	2008/2005
Résultat de l'exercice	791 143	- 5 468 540	76 108	- 369 920	-147 %
+ valeur comptable des éléments d'actif cédés (C/675)	73 893	9 478	934	- €	NS
+ dotations aux amortissements et aux provisions (C/68)	5 458 535	7 365 564	6 926 632	5 773 310	6 %
- produit des cessions d'éléments d'actifs (c/775)	77 447	- 31 324	- 1 000	-	NS
- quote-part des subventions virées au compte de résultat (c/777)	16 655	- 133 628	- 83 895	- 96 003	-676 %
- reprises sur amortissements et provisions (C/78)	153 912	- 26 709	- 1 415 398	- 20 123	-113 %
CAF BRUTE	6 075 557	2 098 163	8 503 967	5 519 516	-13 %
Remboursement des dettes financières c/ 1641	1 952 592	1 905 526	3 929 113	2 955 329	51 %
CAF nette	4 122 965	192 637	4 574 854	2 564 187	- 37 %

Source : compte financier du CH

Evolution du degré de limitation de l'autofinancement (budget consolidé)

Montants en €	2006	2007	2008	moyenne nationale CH 2006
Dotations aux amortissements (compte 6811)	2 611 370	2 477 134	2 372 501	SO
Remboursement des emprunts de l'année (compte 1641)	1 905 526	2 930 493	1 955 329	SO
Remboursement/dotations	72,97 %	118,30 %	82,42 %	83,51 %

Source : compte financier du CH

Evolution du taux de vétusté des équipements et taux de renouvellement des immobilisations

	2005	2006	2007	2008	taux national 2006
taux de vétusté des équipements	81,11	84,50	83,18	85,15	78,12
taux de renouvellement des immobilisations *	6,26	4,87	6,46	15,66	12,55

Source : compte financier du CH

* Le taux de renouvellement des immobilisations traduit le rythme des investissements et représente les investissements réalisés au cours de l'exercice par rapport au total de l'actif immobilisé

Evolution de la dette et des frais financiers

Montants en €	2005	2006	2007	2008
Encours de la dette au 31/12	14 749 391	13 130 936	11 201 823	19 147 914
Charges financières	534 642	562 759	974 589	569 463
dont ligne de trésorerie (c/6615)	0	0	0	0
durée apparente de la dette (en année = (SC c/ 16 - ICNE c/ 1688) / CAF brute	2,44	7,98	6,54	3,48
indépendance financière en % (capitaux propres / capitaux permanents)	52 %	56 %	57 %	45 %

Source : compte financier

Encours de la dette financière à long et moyen terme

(en € au 31/12)	2006	2007	2008	2008/2004
Caisse des dépôts et consignations	124 655	97 337	67 600	
Caisse des dépôts et consignations	206 689	171 876	134 070	
Crédits mutuel	2 122 135	1 729 077	1 320 926	
Caisse d'épargne	634 462	592 735	548 381	
Dexia	736 130	627 074	518 017	
Dexia	2 304 826	1 920 689	1 536 550	
Dexia	288 706	201 984	115 263	
Dexia	450 000	250 000	50 000	
Caisse d'épargne	962 584	825 072	687 560	
Crédit agricole	700 000	600 000	500 000	
Dexia	2 650 000	2 450 000	2 250 000	
Caisse d'épargne			9 900 000	
Dexia	503 082	457 347	411 613	
Dexia	745 095	680 304	615 513	
Dexia	30 490	15 245	0	
Dexia	157 531	137 204	116 878	
Dexia	228 674	203 265	177 857	
Dexia	285 880	242 616	197 687	
TOTAL	13 130 939	11 201 825	19 147 915	+45,8 %
variation en valeur : N-(N-1)	- 1 905 526	- 1 929 113	7 946 091	
variation en % : N/N-1	87 %	85 %	171 %	
dont produits structurés en %	18 %	17 %	8 %	
dont produits structurés en valeur	2 304 826	1 920 688	1 536 550	-33 %

Source : Etat de la dette au rapport financier et CH

Evolution du bilan fonctionnel synthétique

Montants en €	2005	2006	2007	2008
FRI (ressources/emplois en %)	99,90 %	105,15 %	93,96 %	90,59 %
FRI ressource	71 737 000	79 043 000	74936144	85 449 600
FRI emplois	71 806 000	75 165 000	79753600	94 321 408
FRI	- 69 000	3 878 000	- 4 817 456	- 8 871 808
FRE (ressources/emplois en %)	3,44	1,18	2,17	3,00
FRE ressource	9 875 000	3 124 000	15 461 661	18 196 318
FRE emplois	2 872 000	2 652 000	7 111 731	4 573 376
FRE	7 003 000	472 000	8 349 930	13 622 942
FRNG (€)	6 934 000	4 350 000	3 532 474	4 751 134
BFR (€)	4 037 000	2 533 000	2 410 659	5 128 656
Trésorerie (€)	2 897 000	1 817 000	1 121 815	- 377 522
FRNG/BFR	1,72	1,72	1,47	0,92

Source : CH Saint-Dié et diagnostic de gestion