



Lyon, le 21 novembre 2018

La présidente

N° D183338

Recommandée avec A.R.

Réf. : ma lettre n° D183097 du 17 octobre 2018

P.J. : 1

Monsieur le Directeur,

Par lettre citée en référence, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier de Saint-Flour au cours des exercices 2011 à 2016. Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui le concerne, à votre prédécesseur.

En l'absence de réponses écrites dans le délai d'un mois fixé par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, je vous notifie à nouveau ce rapport.

En application du même article, vous avez l'obligation de communiquer le rapport d'observations de la chambre, à votre conseil de surveillance, dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Cette communication relève du président de votre établissement, auquel je transmets également une copie du rapport.

Ce rapport devenant publiable et communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément aux dispositions de l'article R. 243-14 du code des juridictions financières, je vous serais obligée de me faire connaître à quelle date ladite réunion aura lieu et de me communiquer, en temps utile, copie de son ordre du jour.

Monsieur Pascal TARRISSON

Directeur du Centre hospitalier de Saint-Flour
Centre hospitalier Henri Mondor d'Aurillac
50 avenue de la République
BP 229
15002 AURILLAC

En application de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations est, en outre, communiquée au préfet et au directeur départemental des finances publiques du Cantal. Par ailleurs, le document est communiqué au directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Marie-Christine Dokhélar



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

**CENTRE HOSPITALIER
DE SAINT-FLOUR
(Département du Cantal)**

Exercices 2011 à 2016

**Observations définitives
délibérées le 5 octobre 2018**

SOMMAIRE

1-	<u>PRESENTATION DE L'ORGANISME.....</u>	7
2-	<u>LE CENTRE HOPITALIER DE SAINT-FLOUR DANS SON ENVIRONNEMENT.....</u>	8
2.1-	Les caractéristiques du bassin de santé intermédiaire de Saint-Flour	8
2.2-	L'offre sanitaire et médico-sociale du centre hospitalier	9
2.3-	Le groupement hospitalier de territoire Cantal.....	9
3-	<u>L'ACTIVITE ET LA PERFORMANCE MEDICO-ECONOMIQUE.....</u>	10
3.1-	Le recueil de l'activité	10
3.2-	L'activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique	11
3.2.1-	L'évolution de l'activité de court séjour	11
3.2.2-	Taux d'occupation et durées moyennes de séjour.....	12
3.2.3-	La part de la chirurgie ambulatoire	14
3.3-	Les passages aux urgences	15
3.4-	L'activité d'hospitalisation en psychiatrie.....	16
3.5-	Les consultations et actes externes	16
3.6-	L'activité d'hospitalisation en USLD et d'hébergement en EHPAD	17
3.7-	Conclusion sur la performance médico-économique.....	17
4-	<u>LE PILOTAGE DE L'ETABLISSEMENT.....</u>	18
4.1-	Le pilotage externe.....	18
4.1.1-	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2017.....	18
4.1.2-	Le contrat de retour à l'équilibre 2013-2016	19
4.2-	Le pilotage interne	20
4.2.1-	La direction	20
4.2.2-	La gouvernance.....	21
4.2.3-	Les orientations stratégiques définies en interne	23
4.2.4-	Les outils internes d'aide à la décision	24
5-	<u>LA FIABILITE DES COMPTES.....</u>	25
5.1-	Le processus de fiabilisation des comptes.....	25
5.2-	Les principes de sincérité et de régularité des comptes.....	25
5.2.1-	Le suivi des immobilisations	25
5.2.2-	Le suivi des créances d'exploitation	27
5.3-	Le principe d'indépendance des exercices.....	29
5.3.1-	La journée complémentaire.....	29
5.3.2-	Le rattachement des charges et des produits à l'exercice	29
5.3.3-	Les reports de charges.....	30
5.3.4-	Les charges et les produits constatés d'avance	31
5.3.5-	Les recettes et les dépenses à classer ou à régulariser	31
5.4-	Le principe de prudence et la constitution de provisions.....	31
5.4.1-	Les provisions pour risques et charges	31
5.4.2-	Les provisions réglementées	32
5.5-	Conclusion sur la fiabilité des comptes	33
6-	<u>L'EVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE.....</u>	33
6.1-	La performance financière annuelle	33
6.1.1-	L'évolution des produits	34
6.1.2-	L'évolution des charges	36
6.1.3-	Les remboursements de frais entre budgets	38
6.1.4-	La formation du résultat.....	39
6.2-	Le financement des investissements	41
6.3-	La situation bilancielle	42
6.4-	L'endettement	43
6.5-	Les hypothèses retenues pour la période de 2018 à 2022	44
6.6-	Conclusion sur la situation financière.....	44

7-	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	45
7.1-	L'organisation de la gestion des ressources humaines	45
7.2-	Le pilotage de la masse salariale.....	45
7.2.1-	L'évolution des effectifs et des charges de personnel.....	45
7.2.2-	Le pilotage annuel de la masse salariale	46
7.2.3-	La masse salariale relative aux personnels infirmiers.....	47
7.2.4-	L'audit des ressources humaines.....	48
7.2.5-	La régularité de la gestion de la paie (avances, primes)	49
7.3-	L'efficacité de l'organisation.....	49
7.3.1-	La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	49
7.3.2-	Un manque d'indicateurs	50
7.3.3-	L'ajustement des effectifs infirmiers	50
7.4-	Le temps de travail	51
7.4.1-	L'accord local d'aménagement et de réduction du temps de travail.....	51
7.4.2-	Le temps de travail.....	52
7.4.3-	L'absentéisme	53
7.4.4-	Les heures supplémentaires	53
7.5-	Le recrutement des infirmiers	53
7.5.1-	Appréciation des besoins des établissements en personnels infirmiers	53
7.5.2-	L'attractivité et la fidélisation des infirmiers	54
7.5.3-	La formation continue des infirmiers.....	54
7.5.4-	Les actions de promotion professionnelle.....	54
7.6-	L'exercice du métier infirmier	55
7.6.1-	Les outils à la disposition des équipes soignantes	55
7.6.2-	L'organisation du travail infirmier.....	55
7.6.3-	L'impact des réformes sur le temps de travail infirmier	56
7.6.4-	La place des personnels infirmiers dans l'organisation interne	57
7.6.5-	La condition infirmière	57
8-	ANNEXES.....	58
8.1-	ANNEXE 1 : Données.....	58
8.2-	ANNEXE 2 : Glossaire	66

SYNTHESE

Dans un environnement rural et montagneux, où la population est vieillissante (13 % de la population ont plus de 75 ans contre 8,8 % en France métropolitaine), le centre hospitalier de Saint-Flour répond à un réel besoin en termes d'offre de soins. Il assure des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO – 125 lits et places), de psychiatrie (58 lits et places), ainsi que de soins de longue durée (USLD – 35 lits). Il propose également un hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD – 75 lits) et un service de soins infirmiers à domicile (58 places) ; l'ensemble de ces diverses activités sont réparties sur deux sites géographiques. L'établissement disposait en 2016 d'un effectif de 571 emplois équivalents temps plein, et d'un budget de 38,5 M€ de produits d'exploitation.

Partageant une direction commune avec le centre hospitalier de Chaudes-Aigues depuis 2010, et l'EHPAD du même lieu depuis 2012, le centre hospitalier de Saint-Flour fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) Cantal depuis 2016. Le directeur du centre hospitalier d'Aurillac, établissement support du GHT, assume depuis le 1^{er} février 2018 la direction de l'établissement dans le cadre d'une nouvelle convention de direction commune.

Au cours de la période sous revue, le nombre de séjours en médecine chirurgie et obstétrique (MCO) a très légèrement augmenté. Mais la valorisation moyenne d'un séjour, après avoir connu une forte progression jusqu'en 2014 (+ 11,5 %), a sensiblement reculé depuis lors (de - 5,6 % en 2016) alors que le nombre de séjours continuait de croître.

L'activité de la chirurgie ambulatoire est très insuffisante (25,7 % du total des séjours de chirurgie en 2016), et les quatre places dédiées demeurent peu utilisées, avec un taux effectif d'occupation inférieur à 50 %. Si le contexte géographique et sociodémographique doit être pris en compte, il existe sans doute de réelles marges de développement de ce type de prise en charge des patients.

Le conseil de surveillance, qui exerce à l'ordinaire ses compétences réglementaires, n'est pas informé du programme des investissements, ni des données de la comptabilité analytique, faute pour l'ordonnateur d'avoir élaboré ces outils pourtant obligatoires et nécessaires au pilotage de l'institution. Les pôles d'activité cliniques, s'ils ont été formellement définis, n'ont aucune réalité opérationnelle, et l'établissement entend bien se dispenser d'aller plus avant en la matière, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ayant supprimé l'obligation législative d'en constituer dans les petites structures.

Par ailleurs, tardivement élaboré pour la période de 2015 à 2019, le projet médical de l'établissement doit être actualisé en fonction de celui de territoire, pour donner lieu à un projet d'établissement complet, qui n'existe pas à ce jour, et pourra profiter des perspectives de développement et de coordination offertes par le groupement hospitalier de territoire Cantal.

Sans être soumis à l'obligation de certification de ses comptes, le centre hospitalier de Saint-Flour a effectué plusieurs opérations de fiabilisation sur la base de deux audits diligents en 2012 et 2014 à l'initiative conjointe de l'agence régionale de santé (ARS) et de la direction départementale des finances publiques (DDFiP). Pour autant, la procédure budgétaire et comptable reste encore à formaliser. Et la fiabilité des comptes du centre hospitalier de Saint-Flour n'est pas complètement assurée : l'inventaire physique de ses biens meubles et immeubles est absent ; la journée complémentaire¹ est prolongée de façon irrégulière jusqu'en avril ; les provisions au titre des comptes épargne temps sont insuffisantes.

¹ Période allant au-delà du 31 décembre durant laquelle un ordonnateur est autorisé à émettre des titres et des mandats de la section de fonctionnement du budget, ainsi que de la section d'investissement uniquement pour les opérations d'ordre, et datés du 31 décembre.

La dégradation de la situation financière de l'établissement a conduit à la signature d'un contrat de retour à l'équilibre budgétaire pour la période de 2013 à 2016, dont l'objectif d'équilibre n'a pas été atteint. Sur la période 2011-2016, toutes activités confondues, les charges ont ainsi continué à progresser, selon un rythme (12 %) deux fois plus rapide que celui des produits (6 %). Les dépenses de personnel, dont la hausse explique 75 % de l'augmentation totale des charges, ont crû de 3,34 M€ alors que les produits issus de l'activité hospitalière restaient stables (+ 0,28 M€). Elles ont consommé, en moyenne, 95 % des produits provenant de l'assurance maladie, et les ont même dépassés certaines années.

Rejoignant l'analyse de la chambre, un audit des ressources humaines, mené en 2016, a invité l'établissement à faire évoluer son activité et à optimiser les organisations médicales, tout en alignant les temps de travail sur la réglementation en vigueur. Des actions ont été mises en œuvre dès 2017, mais l'essentiel reste encore à engager, s'agissant notamment de la révision du protocole d'accord sur le temps de travail inchangé depuis 2002.

Malgré un important soutien de l'agence régionale de santé, sous forme de financements du Fonds de modernisation des établissements de santé alloués pour l'opération de restructuration du bâtiment médico-chirurgical, et d'aides financières de toutes sortes au titre du Fonds régional d'intervention (pour 3 M€), des activités isolées (2,5 M€) ou de soutien au fonds de roulement (0,45 M€), le résultat comptable consolidé de l'établissement a été déficitaire sur toute la période, et les produits disponibles n'ont pas permis de couvrir le remboursement du capital de la dette.

Dans une telle situation de fortes tensions financières, l'établissement paraît devoir envisager une profonde réorganisation de son offre de soins passant, en particulier, par le développement de la chirurgie ambulatoire. Il lui faut aussi savoir saisir les perspectives récemment ouvertes par la mise en place du groupement hospitalier de territoire du Cantal, dans l'objectif prioritaire de parvenir à consolider et à stabiliser les équipes médicales.

Dans un tel contexte, le centre hospitalier ne peut peser et infléchir les évolutions peu favorables enregistrées durant la période d'analyse, qu'à la condition de mieux appréhender la décomposition, précise et aboutie, de son activité. Il importe en conséquence d'élaborer et de développer des indicateurs de gestion pertinents, plus détaillés et complets, indispensables au pilotage stratégique comme à la définition d'un véritable projet d'établissement.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Actualiser le projet médical de l'établissement au regard du projet médical de territoire, et élaborer en toutes ses composantes, un projet d'établissement pour la période en cours, en vue de définir des orientations stratégiques.

Recommandation n° 2 : Mettre en place la comptabilité analytique hospitalière, conformément aux exigences de la réglementation en vigueur.

Recommandation n° 3 : Procéder à un inventaire physique des biens meubles et immeubles, qui soit cohérent avec l'état de l'actif du comptable public, et veiller à en assurer la mise à jour.

Recommandation n° 4 : Revenir en début d'année à une journée complémentaire d'un mois.

Recommandation n° 5 : Porter la provision au titre des comptes épargne temps à hauteur des jours stockés, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Recommandation n° 6 : Doter l'établissement d'indicateurs de gestion et d'aide à la décision pour le pilotage des ressources humaines (nombre d'ETP présents par lit ; taux de réalisation du plan d'action RH...).

Recommandation n° 7 : Réviser le protocole d'accord de 2012 relatif au temps de travail, afin d'en clarifier la teneur et de le mettre en conformité avec la durée légale de travail.

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Saint-Flour pour les exercices 2011 à 2016, en veillant à intégrer, autant que possible, les données les plus récentes.

Le contrôle a été engagé par lettre du 4 septembre 2017, adressée à M. Serge GARNERONE, directeur de l'établissement depuis le 15 avril 2011. Son prédécesseur sur la période contrôlée, Mme Martine GUIBERT, par ailleurs présidente du conseil de surveillance depuis le 30 juin 2017, a également été informée le 4 septembre 2017. M. Pascal TARRISSON, nommé à compter du 1^{er} février 2018, a été informé de l'ouverture du contrôle par lettre du 8 février 2018.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ le pilotage interne et externe ;
- ♦ la performance médico-économique ;
- ♦ la fiabilité des comptes ;
- ♦ la situation financière ;
- ♦ la gestion du personnel infirmier.

Le thème de contrôle relatif à la gestion du personnel infirmier s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale, commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 6 février 2018 avec M. Serge GARNERONE, le 13 février 2018, par téléphone, avec Mme Martine GUIBERT, et le 2 mars 2018 avec M. Pascal TARRISSON.

Lors de sa séance du 12 avril 2018, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 25 juillet 2018 à M. Pascal TARRISSON et M. Serge GARNERONE, ainsi que, pour celles le concernant, à M. Éric JARLIER.

Après avoir examiné les réponses écrites et procédé, la chambre, lors de sa séance du 5 octobre 2018, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1- PRESENTATION DE L'ORGANISME

Le centre hospitalier de Saint-Flour est un établissement public de santé à vocation généraliste.

Ses activités se déploient sur deux sites principaux :

- ♦ le site historique en centre-ville affecté pour l'essentiel à la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;
- ♦ le site de Volzac, à 3 km du site principal, sur lequel sont implantés les services de psychiatrie et la maison du Colombier qui compte une unité de soins de longue durée (USLD) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il dispose également d'un centre médico-psychologique (CMP) et d'un hôpital de jour psychiatrique implantés sur deux autres sites de la commune.

Les effectifs de l'établissement comptaient, en fin d'année 2016, près de 571 emplois équivalents temps plein (ETP). Ses produits d'exploitation, toutes activités confondues, s'élevaient à 38,5 M€ au 31 décembre 2016².

Sa situation financière a justifié la mise en place de deux plans de redressement successifs, couvrant pour le premier, la période de 2013 à 2016, et pour le second, la période de 2017 à 2019.

Tableau 1 : Principales données organisationnelles et financières

Population de Saint-Flour en 2014 (nb Hab)	6 643
Établissement	
Produits d'exploitation* 2016 (en M€)	38,5
Charges de personnel 2016 (en M€)	30
Résultat consolidé 2016 (en M€)	-2,2
Effectifs 2016 (en ETP moyens annuels)	571,46

Source : INSEE pour la population, comptes financiers pour les données financières et établissement pour les effectifs - *Après neutralisation des remboursements de frais entre budgets.

2- LE CENTRE HOPITALIER DE SAINT-FOUR DANS SON ENVIRONNEMENT

2.1- Les caractéristiques du bassin de santé intermédiaire de Saint-Flour

Le bassin de santé intermédiaire (BSI) de Saint-Flour, tel que l'a défini l'agence régionale de santé, couvre la partie Est du département du Cantal.

Territoire rural et montagneux (altitude moyenne à 913 m), il présente une densité de population particulièrement faible : 16,1 habitants au km² en 2009, pour une densité de 51,7 habitants au km² pour l'ancienne région Auvergne et de 115 habitants au km² pour l'ensemble de la France métropolitaine.

Le bassin de santé sanflorain est confronté au vieillissement de la population, plus marqué que celui rencontré au niveau de l'ancienne région Auvergne, pourtant déjà considérée comme l'une des plus âgées de France. Les personnes de 75 ans et plus y représentaient, en 2009, plus de 13 % de la population contre 11 % sur l'ensemble du territoire auvergnat (8,8 % pour la France métropolitaine). La même année, l'indice de vieillissement de la population³ s'établissait à 122 sur le territoire de Saint-Flour, alors qu'il s'élevait à 93 pour l'ancienne région Auvergne (69 pour la France métropolitaine).

Pour autant, le contexte socio-économique apparaît a priori relativement favorable, par l'effet du départ des plus jeunes en recherche d'emploi, qui quittent un territoire encore fortement marqué par l'activité agricole. Le taux de chômage des individus de 20 à 59 ans du bassin sanflorain est de ce fait plus faible (5,9 %) que celui de l'ancienne région Auvergne (8 %) et bien plus encore du taux national (9,1 %). De même, la part de la population couverte par le revenu de solidarité active (RSA), ou par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), était au 31 décembre 2011 inférieure à celle relevée en moyenne en Auvergne.

D'autres indicateurs traduisent cependant une relative pauvreté. Le revenu fiscal annuel médian, par unité de consommation, se révélait ainsi en 2010 de près de 2 100 € inférieur à celui relevé en Auvergne, et de près de 3 000 € en-deçà de celui enregistré au niveau national.

² Après neutralisation des remboursements de frais entre budgets.

³ L'indice de vieillissement mesure le nombre de personnes de 65 ans et plus, pour 100 personnes de moins de 20 ans.

Le bassin de santé sanflorain, qui n'accueille aucun établissement de santé privé, compte deux autres établissements publics de santé :

- ♦ le centre hospitalier de Murat (256 lits et places), qui propose une activité de médecine et une activité de soins de suite et de réadaptation ;
- ♦ le centre hospitalier Pierre Raynal à Chaudes-Aigues, spécialisé dans la prise en charge en soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (56 lits SSR au total).

2.2- L'offre sanitaire et médico-sociale du centre hospitalier

Au 31 décembre 2016, le centre hospitalier de Saint-Flour, dont les capacités ont peu évolué entre 2011 et 2016 (+ 9 lits et places), disposait de 351 lits et places toutes activités confondues.

Il assure, avec 125 lits et places, des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) pour lesquelles l'aire de recrutement des patients couvre l'ensemble de la partie Est du département du Cantal, et s'étend à l'extrémité Nord du département de la Lozère.

Son offre de soins comprend également 58 lits et places de psychiatrie, 35 lits en unité de soins de longue durée (USLD), 75 lits en hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 58 places en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Le centre hospitalier est doté d'un service d'urgence pourvu d'une hélistation (depuis 2013), d'un scanner et de trois salles d'intervention chirurgicale. Sa maternité est de niveau 1.

2.3- Le groupement hospitalier de territoire Cantal

Les centres hospitaliers de Saint-Flour, de Murat, de Condat-en-Feniers et de Chaudes-Aigues avaient constitué, par convention du 20 octobre 2015, la communauté hospitalière de territoire (CHT) de Nord-Est Cantal, avec pour établissement siège le centre hospitalier de Saint-Flour. La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS)⁴, l'a fait disparaître. Le GHT Cantal, venu s'y substituer, associe dorénavant les centres hospitaliers de Saint-Flour, d'Aurillac (établissement support), de Chaudes-Aigues, de Condat-en-Feniers, de Mauriac et de Murat.

Approuvée le 1^{er} septembre 2016 par l'agence régionale de santé (ARS), la convention constitutive du groupement intègre, dans sa rédaction, le projet médical de territoire. Celui-ci s'articule autour de dix orientations stratégiques, dont certains des objectifs concernent spécifiquement le centre hospitalier de Saint-Flour :

- ♦ le développement de la chirurgie ambulatoire par l'extension des consultations et des interventions avancées dans certaines spécialités chirurgicales ;
- ♦ l'accès à l'IRM (imagerie de résonance magnétique) du centre hospitalier d'Aurillac pour les radiologues de l'établissement ;
- ♦ le soutien à la couverture pédiatrique de la maternité et le soutien à l'équipe de sages-femmes du centre hospitalier ;
- ♦ la création de postes partagés, au sein du GHT, dans les filières cardio-vasculaire, digestive et de l'appareil locomoteur ;
- ♦ le développement de l'activité de chimiothérapie anti-cancéreuse (au-delà de l'activité actuelle en pathologie digestive).

Un avenant du 13 janvier 2017 est venu compléter le dispositif conventionnel initial en indiquant, notamment, la composition des instances du groupement ou bien encore les fonctions qui seront mutualisées entre les établissements partenaires. Un second avenant,

⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

daté du 1^{er} juillet 2017, a précisé les actions, identifiées comme prioritaires, à engager dans les sept filières du projet médical de territoire.

Les travaux de structuration du GHT et de mutualisation de diverses fonctions ont débuté. Ainsi le 22 novembre 2017, un bilan du système d'information hospitalier a été présenté au comité stratégique du GHT, en préalable de la définition d'une stratégie de convergence des systèmes des établissements parties au groupement. La création d'un département de l'information médicale de territoire fait l'objet d'un recrutement, en cours, d'un médecin responsable (DIM). Le GHT a élaboré son plan d'actions de territoire en matière d'achats, validé en septembre 2017 par l'ARS ; il a obtenu une aide du ministère de la santé pour l'accompagnement à la mise en place de la fonction d'achat de territoire (second semestre 2017). En matière de formation, la directrice de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) d'Aurillac a été désignée comme coordinatrice des écoles de formation paramédicale et la formation continue fait l'objet, d'ores et déjà, de thématiques communes aux établissements du GHT.

Sur le plan des activités médicales, le GHT et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand ont conclu une convention le 18 mai 2017, visant à « organiser le recours dans le cadre de la gradation des soins » et à « apporter un appui aux établissements du GHT Cantal en matière de ressources médicales, afin que ces derniers puissent assurer toutes leurs missions sans transferts injustifiés ». Plusieurs actions sont prévues notamment pour organiser les filières de prise en charge et les parcours des patients, ainsi que pour les activités de référence et de recours, tout en respectant le principe de subsidiarité. La coordination en matière de démographie médicale, en relation avec l'ARS et les autres acteurs du territoire, est également envisagée.

3- L'ACTIVITE ET LA PERFORMANCE MEDICO-ECONOMIQUE

3.1- Le recueil de l'activité

L'organisation du département de l'information médicale (DIM) de l'hôpital de Saint-Flour est demeurée identique tout au long de la période sous revue. La mise en place prochaine d'un DIM de territoire, dans le cadre de la constitution du groupement hospitalier du Cantal, pourrait la faire évoluer.

Actuellement, le département est placé sous la responsabilité d'un médecin urgentiste, occupant par ailleurs les fonctions de président de la commission médicale d'établissement (CME). Ce médecin est réputé y consacrer 20 % de son temps de travail ; le directeur du centre hospitalier a néanmoins indiqué que, dans les faits, l'intervention dudit médecin était tributaire de sa charge de travail d'urgentiste et de ses différents autres mandats. De fait, au sein d'un effectif permanent qui n'excède pas une vingtaine de médecins, les diverses fonctions devant être assumées dans le cadre réglementaire de l'organisation et du fonctionnement d'un hôpital s'avèrent difficiles à attribuer et répartir.

A l'hôpital de Saint-Flour, le département d'information médicale emploie deux techniciennes de l'information médicale (TIM) intervenant à temps plein, qui peuvent assurer, en tant que de besoin, le remplacement du secrétariat de direction pour les tâches urgentes, sans que pour ce faire, une quotité de temps travail soit spécialement déterminée et réservée.

Au sein de l'établissement, le recueil de l'information médicale est variable selon l'appétence des praticiens : certains saisissent directement leur activité dans le logiciel dédié ; d'autres la relèvent sur des formulaires-papier que les techniciennes doivent alors saisir ; les derniers enfin, et notamment les praticiens contractuels, ne s'en préoccupent pas, à charge pour les

agents TIM de la reconstituer après validation du chef de service concerné, à partir des dossiers de patients et des courriers de sortie. Le directeur a ainsi fait mention des difficultés particulières rencontrées en matière de codage de l'activité externe, réalisée par les praticiens contractuels de remplacement, intervenant aux urgences, qui ne transmettent pas systématiquement, et de manière exhaustive, les informations nécessaires au codage de leur activité.

Tous les résumés d'unité médicale (RUM) sont ensuite vérifiés par les techniciennes qui alertent le médecin DIM en cas d'incohérences, d'atypies ou de situations de sur ou sous codage.

Jusqu'à récemment, l'enregistrement de l'activité s'effectuait à l'aide du logiciel PMSI-Axigate. Ce dernier, dont la maintenance n'était plus assurée, a été remplacé le 1^{er} janvier 2015 par le logiciel Cristal Link qui, selon le directeur, présente l'avantage de permettre la simulation des groupages, mais l'inconvénient de ne pas comporter d'outil pour réaliser des requêtes.

Mensuellement, le médecin DIM adresse la liste des résumés d'unité médicale non codés à chaque médecin concerné, afin qu'il complète les dossiers.

3.2- L'activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique

3.2.1- L'évolution de l'activité de court séjour

L'activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a progressé de 4,6 % entre 2011 et 2016 (soit + 298 séjours). Le rythme annuel moyen (0,9 %) a toutefois connu, les deux dernières années, des fluctuations plus marquées, de - 2,3 % en 2015 et + 4,1 % en 2016. Dans cet ensemble, l'activité d'obstétrique a accusé un recul (- 75 séjours), celle de la chirurgie est restée stable (+ 11 séjours), et celle de la médecine a progressé (+ 362 séjours).

Dans le même temps, la valeur totale de ces séjours - correspondant à la base de remboursement à partir de laquelle est calculé le montant dû par l'Assurance maladie -, s'est accrue de 5,2 % (soit + 0,79 M€).

Cependant, deux périodes se distinguent nettement :

- ♦ de 2011 à 2014, la valorisation des séjours a progressé de 11,5 % (de 15,3 M€ à 17,0 M€), alors que leur nombre n'augmentait que de 2,9 % ;
- ♦ puis la valorisation a diminué de 2014 à 2016 (16,0 M€) de 5,6 %, tandis que le nombre de séjours continuait de croître de 1,7 %.

Ainsi, la valeur moyenne du séjour au centre hospitalier de Saint-Flour a-t-elle connu une baisse sensible entre 2014 et 2016 (- 7,2 %) que l'ordonnateur, interrogé par la chambre, explique par « *la baisse nationale des tarifs, la baisse nationale du niveau des co-morbidités et peut-être des séjours moins lourds entre 2015 et 2016.* »

Certes, les données d'Hospidiag⁵ montrent que la proportion des séjours de niveaux de sévérité 3 et 4, bénéficiant donc d'une valorisation plus importante que ceux de sévérité 1 ou 2, a augmenté de 11,3 % en 2011 à 19,3 % en 2015, avant de reculer en 2016 (17,6 %). Néanmoins, les différentes raisons avancées par l'ordonnateur, du fait de leur trop grande généralité, ne permettent pas d'expliquer véritablement et, par suite, de comprendre le phénomène observé, dans le souci d'identifier les mesures correctives utiles en vue d'enrayer la baisse de recettes qui en découle.

⁵ Hospidiag est un outil d'aide à la décision permettant de mesurer la performance d'un établissement de santé qui pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, en comparaison avec d'autres établissements. L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) développe, maintient et héberge Hospidiag, dont elle calcule tous les indicateurs.

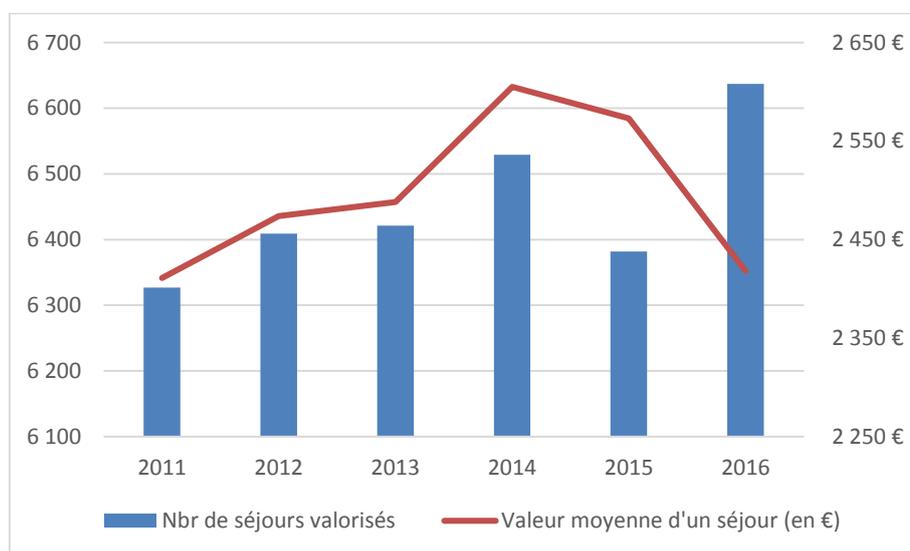
Dans ces conditions, la chambre invite l'établissement à procéder à l'analyse des mécanismes en œuvre qui, malgré une activité qui ne faiblit pas, entraînent un net effritement de la recette moyenne d'un séjour.

Tableau 2 : Nombre de séjours en MCO

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Médecine	4 081	4 140	4 122	4 230	4 178	4 443
<i>dont séances</i>	424	529	518	516	585	556
Chirurgie	1 730	1 722	1 685	1 768	1 720	1 741
Obstétrique	624	668	725	623	569	549
Total	6 435	6 530	6 532	6 621	6 467	6 733
<i>Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4</i>	11,3%	13,0%	15,8%	18,0%	19,3%	17,6%

Source : Hospidiag, regroupements par discipline effectués par la CRC – Exprimés en nombre de résumés de sortie anonymisés (RSA)

Figure 1 : Évolution comparée du nombre de séjours et de la valeur moyenne d'un séjour



Source : CRC depuis les données e-pmsi

3.2.2- Taux d'occupation et durées moyennes de séjour

3.2.2.1- Médecine

Le taux d'occupation des lits de médecine a évolué de 85,6 % à 90,5 % sur la période sous revue, en lien notamment avec les évolutions du nombre de lits d'hospitalisation complète. Avec un taux à son maximum de 90,5 % en 2016, l'hôpital de Saint-Flour disposait encore d'une certaine marge de progression pour atteindre le niveau de 95,2 % qu'atteignent les 20 % des établissements de même type - au sens de ceux présentant le même profil d'activité - les plus performants.

L'IP-DMS⁶ ou « indicateur de la performance de la durée moyenne de séjour » permet de comparer, sur la base du *casemix*⁷ de l'établissement, ses durées moyennes de séjour avec les durées moyennes de séjour de référence, établies à partir des moyennes nationales. L'IP-DMS doit idéalement tendre vers 1 et en deçà.

⁶ L'IP-DMS est calculé de la manière suivante : nombre de journées en hospitalisation complète réalisées / nombre de journées en hospitalisation complète théoriques, calculé à partir des durées moyennes de séjour enregistrées au niveau national pour chaque type de GHM déclaré par l'établissement.

⁷ Le *casemix* correspond à l'éventail des cas traités.

Durant toute la période de 2012 à 2016, le niveau élevé du ratio a classé le centre hospitalier de Saint-Flour parmi les établissements de mêmes caractéristiques les moins performants. En 2016, ce ratio s'établissait ainsi à 1,139, contre un niveau moyen de 1,071 pour les 20 % d'établissements de la strate les moins performants et de 0,859 pour les 20 % d'établissements les plus performants.

Ainsi, la durée moyenne de séjour en médecine du centre hospitalier de Saint-Flour est particulièrement longue.

3.2.2.2- Chirurgie

Le taux d'occupation en hospitalisation complète de chirurgie, qui s'était amélioré entre 2011 (73,3 %) et 2012 (77,5 %) alors que le nombre de lits augmentait légèrement (+ 2 lits), s'est continuellement dégradé ensuite. En 2016, avec un ratio n'excédant pas 63,2 %, l'établissement se situait très loin des 20 % d'établissements de mêmes caractéristiques présentant, en moyenne, le taux le plus élevé de 89,9 %. En mars 2017, dans le but d'améliorer le taux d'occupation et de développer la chirurgie ambulatoire, l'établissement a supprimé huit lits d'hospitalisation complète de chirurgie.

L'IP-DMS de chirurgie a également été supérieur à 1 sur toute la période sous revue. En 2016, il s'élevait à 1,124, situant l'établissement parmi la strate de 20% des établissements les moins performants (1,103) présentant le même profil d'activités.

Le directeur reconnaît que, comparativement, les durées moyennes de séjour sont longues au centre hospitalier de Saint-Flour ; il les explique, notamment, par la difficulté à faire évoluer les pratiques des praticiens, malgré les différentes démarches entreprises en ce sens.

Sans méconnaître le contexte local d'un habitat dispersé, avec des déplacements longs et difficiles pour une population relativement âgée, la chambre invite à la poursuite des efforts, par la recherche de tous moyens d'actions pour réduire les durées moyennes de séjour en médecine, aussi bien qu'en chirurgie.

3.2.2.3- Obstétrique

En obstétrique, après avoir progressé entre 2011 (40,2 %) et 2013 (48,2 %), le taux d'occupation a reculé depuis lors pour s'établir à 30,7 % en 2016 ; la baisse observée est en relation avec la diminution sensible du nombre d'accouchements enregistré entre 2011 et 2016, de 344 à 303.

Ce taux d'occupation, particulièrement faible, s'explique aussi par l'obligation résultant de l'article D. 6124-36 du code de la santé publique de maintenir un minimum de 15 lits pour tout service d'obstétrique. La maternité du centre hospitalier de Saint-Flour, qui est la plus petite d'Auvergne par son nombre d'accouchements, dispose ainsi d'une capacité supérieure à ses besoins réels, du fait du respect de la réglementation en vigueur, comme l'avait déjà relevé la Cour des comptes en 2014⁸.

Le nombre d'accouchements a poursuivi son recul, pour se situer en 2017 à seulement 296 naissances, en deçà donc du seuil réglementaire de 300 accouchements⁹. Si cette baisse tendancielle se confirmait en 2018 et dans les années à venir, l'établissement pourrait être contraint de devoir solliciter une dérogation, lors de la demande de renouvellement de

⁸ Les maternités, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Cahier 1 : analyse générale ; page n° 89, Cour des comptes, décembre 2014.

⁹ Art. R. 712-88 du code de la santé publique.

l'autorisation d'exercice de l'activité, en application de l'article R. 6123-50 du code de la santé publique.

Par ailleurs, l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) en obstétrique, supérieur à 1 pendant toute la période sous revue, s'est amélioré en 2016 revenant à un niveau de 1,007, meilleur que celui observé en moyenne pour les 20 % d'établissements, présentant le même profil d'activité, les moins performants, dont le centre hospitalier de Saint-Flour faisait partie jusqu'alors. L'indice de l'hôpital de Saint-Flour se rapproche ainsi, en fin de période sous revue, de la valeur cible de 1.

Cette activité, reconnue nécessaire alors qu'elle est difficilement équilibrée financièrement, bénéficie depuis 2014 de financements spécifiques, au titre des modalités dérogatoires appliquées aux établissements isolés géographiquement¹⁰ (cf. 6.1.1.2- ci-dessous).

Tableau 3 : Les taux d'occupation des lits en MCO

		2011	2012	2013	2014	2015	2016
Médecine	Nb de lits	68	71	71	71	71	71
	Taux d'occupation des lits (en %)	86,9	85,6	89,9	89,9	87,0	90,5
Chirurgie	Nb de lits	28	30	30	30	30	30
	Taux d'occupation des lits (en %)	73,3	77,5	73,3	72,2	72,3	63,2
Obstétrique	Nb de lits	15	15	15	15	15	15
	Taux d'occupation des lits (en %)	40,2	46,5	48,2	42,1	36,1	30,7
	Nombre d'accouchements	344	349	400	337	309	303

Source : établissement pour le nombre de lits en hospitalisation complète sur la période et pour les taux d'occupation des lits en 2016 ; Hospidiag pour les taux d'occupation des lits et le nombre d'accouchements sur la période 2011 à 2015.

3.2.3- La part de la chirurgie ambulatoire

3.2.3.1- Un développement insuffisant de la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire est, depuis de nombreuses années, un objectif poursuivi par les pouvoirs publics, comme l'a rappelé en octobre 2017 la ministre des Solidarités et de la Santé en fixant un objectif de 70 % de pratique ambulatoire à l'horizon de 2022.

Cette évolution de l'offre de soins figure bien au nombre des projets retenus par l'établissement dans son projet médical 2015-2019. Elle est identifiée, pour ce qui concerne l'établissement sanflorain, comme l'un des objectifs médicaux poursuivi par le groupement hospitalier de territoire (GHT) du Cantal.

Pour autant, la proportion des séjours de chirurgie ambulatoire, dans le total des séjours de chirurgie, est restée relativement stable de 2011 à 2015, de l'ordre de 21,5 % ; elle n'a connu une amélioration qu'en 2016, atteignant 25,7 %. Toutefois, cette dernière évolution tient surtout au très faible accroissement du nombre de séjours en hospitalisation complète de chirurgie (+ 21 séjours), plus qu'à une hausse significative du nombre de séjours ambulatoires (+ 75 séjours).

Cette meilleure performance de l'année 2016 n'a cependant pas suffi pour permettre à l'hôpital de Saint-Flour de s'extraire de la fraction des 20 % d'établissements de même type les moins performants, catégorie à laquelle il a appartenu pendant toute la période sous revue. Ces

¹⁰ Décret n° 2015-186 du 17 février 2015 relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique.

derniers ont affiché un taux de 37,2 % en 2016, pendant que les établissements les plus dynamiques atteignaient un taux de 62,9 %.

Par ailleurs, le taux des 18 gestes marqueurs¹¹, indicateur qui traduit le cheminement vers une prise en charge ambulatoire, n'a pas excédé 45 % entre 2011 et 2015 et a atteint 55,2 % en 2016, alors que les établissements de même type présentaient, pour 80 % d'entre eux, des taux compris entre 65,6 % et 87,8 %.

Enfin, si la capacité d'accueil en chirurgie ambulatoire est restée identique sur toute la période (quatre places), le taux calculé d'utilisation de ces places, tenant compte de l'ensemble des séjours de chirurgie ambulatoire (qu'ils aient été réalisés ou non dans le service dédié), est resté faible sur la période, oscillant autour de 42 % avec une amélioration à 50,8 % en 2016. De 2012 à 2015, le centre hospitalier de Saint-Flour a fait partie, de façon systématique, des 20 % d'établissements de sa catégorie les moins performants sur cet indicateur. En 2016, 80 % des établissements de même type affichaient un taux d'utilisation des places de chirurgie ambulatoire compris entre 47,6 % et 105,1 %.

À cela s'ajoute un taux de chirurgie ambulatoire dite « foraine », c'est-à-dire réalisée au lit du malade sans utilisation du service de chirurgie ambulatoire, rapportée au total des séjours ambulatoires, de près de 20 % en fin de période (22 % en 2015 et 19 % en 2016). Ainsi, le taux effectif d'utilisation des quatre places de chirurgie ambulatoire est notablement inférieur au taux affiché, compte-tenu de ses modalités de calcul qui comptabilisent la chirurgie « foraine ».

3.2.3.2- Des freins à surmonter

Interrogé durant le contrôle sur le faible niveau de développement de la chirurgie ambulatoire, le directeur de l'établissement a évoqué plusieurs éléments explicatifs :

- ♦ l'absence d'une offre de soins au centre hospitalier de Saint-Flour dans certaines spécialités, à forte orientation ambulatoire, comme l'ophtalmologie ;
- ♦ une offre de médecine libérale insuffisante sur le territoire, qui rend difficile l'organisation du retour au domicile des patients en toute sécurité ;
- ♦ l'insistance d'une proportion significative des patients pour une prise en charge en hospitalisation complète.

Pour le médecin responsable du département de l'information médicale, il faut aussi tenir compte, dans une région aux hivers parfois rudes, des temps de trajet importants entre le domicile des patients - souvent âgés - et le centre hospitalier, qui ne favorisent pas le développement des prises en charge ambulatoires.

Ce contexte local, qu'il faut bien évidemment prendre en considération, ne saurait cependant dispenser l'établissement de consacrer une attention toute particulière et un effort soutenu au développement de la chirurgie ambulatoire, tant les marges de progression sont importantes en la matière.

3.3- Les passages aux urgences

Le nombre de passages aux urgences a augmenté de 9,7 % entre 2011 (12 362 passages) et 2016 (13 557 passages). La fraction des passages qui ne sont pas suivis d'une hospitalisation

¹¹ Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire. La liste des 18 gestes marqueurs a été élaborée conjointement par la CNAMTS et l'association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

et donnent lieu, sauf exceptions¹², à la facturation d'un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU), a gagné 1,6 points pour atteindre 78,7 % en 2016. Cette progression sensible résulte, pour beaucoup et selon l'ordonnateur, du désengagement de la médecine libérale.

Outre les forfaits ATU, destinés à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients accueillis, l'activité des urgences ouvre droit à un « forfait annuel urgence » (FAU), visant à compenser les charges fixes, déterminé par seuils et sur la base de l'année précédente, en fonction du nombre de passages enregistrés aux urgences et donnant lieu à facturation au titre du forfait ATU.

De 2012 à 2015, le nombre de facturations en ATU du centre hospitalier de Saint-Flour étant resté dans la même tranche de 7 500 à 9 999 passages, le montant annuel du forfait FAU s'est élevé à 801 220 €. En 2016, sans qu'il y ait eu changement de tranche, le forfait a été réévalué à 815 427 € sous l'effet d'une modification des modalités de calcul¹³. En 2017, enfin, sur la base du nombre de passages donnant lieu à facturation d'un ATU de 2016 lui permettant de passer dans la tranche immédiatement supérieure, l'établissement a bénéficié d'un FAU de 957 023 €.

De même que l'obstétrique, l'activité des urgences bénéficie de financements spécifiques au titre des établissements isolés (cf. 6.1.1.2- ci-dessous).

3.4- L'activité d'hospitalisation en psychiatrie

Le nombre de journées d'hospitalisation complète en psychiatrie au centre hospitalier de Saint-Flour a diminué de façon continue de 2012 (8 094) à 2015 (6 649) avant de se redresser légèrement en 2016 (7 368).

Le taux d'occupation des lits a varié en proportion et, malgré la suppression de 2 lits en 2014, n'a jamais excédé 67,2 % sur la période, signe d'une sous-utilisation des capacités. L'ordonnateur, qui a expliqué ce faible taux d'occupation par une importante amplitude de la fluctuation d'activité communément constatée dans cette discipline, a néanmoins décidé, en 2017, de supprimer 9 lits sur les 31 que compte le service. En toute logique, cette nouvelle configuration devrait conduire à une amélioration du taux d'occupation.

Pour autant, la « file active » totale de psychiatrie, définie comme le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année, y compris en ambulatoire, quoique irrégulière, a globalement et en moyenne progressé de 0,7 % par an¹⁴.

3.5- Les consultations et actes externes

L'établissement s'était engagé, dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre 2013-2016, à développer ses recettes d'activité externe en facturant les consultations externes des diététiciennes, d'une part, et en optimisant la facturation des actes et consultations externes, d'autre part.

¹² L'ATU n'est pas facturable lorsqu'un patient est reconvoqué ultérieurement. Il n'est pas cumulable non plus ni avec un forfait « sécurité environnement » (SE), ni avec le forfait « forfait de petit matériel » (FFM), ni avec un GHS.

¹³ Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

¹⁴ Selon une enquête de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, la file active globale des établissements de la région a augmenté de 5 %, entre 2011 et 2015 (versus 10,2 % en France). Sur la même période, le nombre de journées d'hospitalisation temps plein a augmenté de 1,5 % alors que le nombre de patients hospitalisés baissait (- 1,2 %).

Pour ce faire, plusieurs actions ont été engagées :

- ♦ une journée de formation sur la tarification et la facturation des actes et consultations externes, suivie notamment par des personnels médicaux, a été organisée en avril 2013 ;
- ♦ un courrier de sensibilisation des praticiens à l'amélioration de la qualité du codage, en particulier lorsque l'avis ponctuel d'un consultant est sollicité, a été diffusé en juin 2013 ;
- ♦ plusieurs réunions, selon l'ordonnateur, ont été organisées aux mêmes fins, notamment par le responsable du bureau des entrées ;
- ♦ l'établissement a fait appel à un prestataire (la société CTR), presque chaque année depuis 2013, pour des missions d'optimisation de la facturation des actes et consultations externes. Les audits réalisés par CTR ont mis en évidence des situations de sous-cotation d'actes (par exemple, en 2013, l'absence de cotation des « majorations nourrisson »¹⁵) qui ont ensuite fait l'objet d'une régularisation auprès de l'ARS.

Après le constat d'une baisse du montant de la valorisation des actes et consultations externes de 2011 (2,53 M€) à 2012 (2,38 M€), les différentes actions menées peuvent expliquer, pour partie mais dans une proportion qui reste toutefois difficile à cerner, l'augmentation du montant de ce type de recettes les années suivantes. Le montant des produits afférents a ainsi atteint 2,64 M€ en 2016 (soit + 4,4 % par rapport à 2011), alors que le volume d'actes a sensiblement diminué (- 20,4 %) sur la période de 2011 (125 733) à 2016 (100 021). L'ordonnateur a fait état du développement des consultations avancées, pour expliquer l'augmentation globale observée.

Quant à la facturation des consultations des diététiciennes, si elle a effectivement été mise en œuvre, le bénéfice en reste extrêmement modeste : 84 € pour trois consultations en 2013 ; 140 € pour cinq consultations en 2014 ; 308 € pour onze consultations en 2015 ; 252 € pour neuf consultations en 2016.

3.6- L'activité d'hospitalisation en USLD et d'hébergement en EHPAD

Le nombre de journées d'hospitalisation en unité de soins de longue durée (USLD) est demeuré relativement stable sur la période. Le taux d'occupation des lits est resté supérieur à 95,8% (99,9 % en 2016), traduisant ainsi une exploitation optimale de la capacité d'accueil.

En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le taux d'occupation au centre hospitalier de Saint-Flour a connu un fléchissement à compter de 2013 (96,3 %) pour atteindre 94,4 % en 2016, en retrait par rapport au taux moyen de 97 % constaté au plan national¹⁶. Le nombre de journées s'est érodé, de 1,6 %, entre 2011 (26 333) et 2016 (25 908).

3.7- Conclusion sur la performance médico-économique

Avec un développement notoirement insuffisant de la chirurgie ambulatoire, et une activité d'actes et consultations externes atone, le centre hospitalier de Saint-Flour ne s'est pas donné les moyens de soutenir et développer son activité de court séjour.

¹⁵ L'arrêté du 3 mai 2007 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés accorde une majoration NGAP lorsqu'un médecin généraliste (par exemple aux urgences) examine un enfant de 0 à 2 ans. Cet arrêté a été remplacé par l'arrêté du 27 avril 2017.

¹⁶ La situation des EHPAD en 2016 : Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, novembre 2017.

Le nombre de séjours connaît, certes, une légère progression sur la période examinée (+ 0,9 % en moyenne annuelle), mais la valeur moyenne d'un séjour est en forte baisse depuis 2014 sans que l'établissement en ait identifié les raisons. L'effort à consentir pour une meilleure connaissance de l'activité, et son codage, doit être accentué.

Les taux d'occupation et les durées moyennes de séjour sont perfectibles en médecine et en chirurgie, nonobstant la récente diminution des capacités d'hospitalisation complète de chirurgie (- 8 lits en mars 2017) qui ne devrait influencer que sur le taux d'occupation pour la discipline.

Par ailleurs, la baisse de 12 % observée entre 2011 et 2016 pour le nombre d'accouchements (303 accouchements en 2016 et 296 en 2017) place dorénavant la maternité de Saint-Flour en-dessous du seuil réglementaire des 300 accouchements l'an, ce qui nécessitera à terme une dérogation pour la poursuite de l'activité si la tendance devait se confirmer.

En psychiatrie, la suppression de neuf lits intervenue en 2017 permet d'envisager une amélioration du taux d'occupation qui est demeuré faible sur toute la période (64,9 % en 2016).

Enfin, alors que l'unité de soins de longue durée connaît une exploitation optimale, le secteur de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a vu son taux d'occupation fléchir, à 94,4 % en 2016.

La mise en place du groupement hospitalier de territoire du Cantal, dont fait partie l'établissement, a engagé une dynamique qui, si elle est portée à son terme, pourrait permettre l'amélioration de la structure et de l'efficacité de l'offre de soins du centre hospitalier de Saint-Flour.

4- LE PILOTAGE DE L'ETABLISSEMENT

4.1- Le pilotage externe

4.1.1- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2017

En méconnaissance des dispositions de l'article L. 6114-1 du code de la santé publique¹⁷, l'ARS et l'établissement n'avaient pas conclu de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les années 2011 et 2012. Le premier a été signé le 10 mai 2013 pour la période de 2013 à 2017 ; il prévoyait un dispositif de suivi annuel prenant appui sur un rapport produit par l'établissement.

Or, seul le rapport relatif à l'année 2013, qui a fait d'objet d'échanges avec l'ARS conformément à l'article D. 6114-8 du code de la santé publique, a été produit en 2014. Le défaut de sollicitation de la part de la tutelle explique, selon l'ordonnateur, l'absence de rapport annuel d'étape, pour les années qui ont suivi.

La chambre estime devoir rappeler que le processus de suivi annuel du CPOM n'a pas un caractère facultatif et qu'il incombe à l'établissement hospitalier, nonobstant l'absence de relance de l'agence régionale de santé, de produire les rapports annuels de suivi, au demeurant nécessaires au pilotage de la structure, en suscitant avec l'autorité de tutelle les échanges préalables et utiles.

¹⁷ L'article L. 6114-1 du CSP dispose que : « l'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé [...] un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans [...] ».

4.1.2- Le contrat de retour à l'équilibre 2013-2016

La situation financière dégradée de l'établissement, a conduit à la signature d'un contrat de retour à l'équilibre budgétaire (CREB) le 7 juin 2013, moins d'un mois après la signature du CPOM. L'article L. 6143-3 du code de la santé publique prévoit la conclusion d'un tel contrat lorsque l'ARS estime que la situation financière l'exige ou lorsque l'établissement remplit l'un ou plusieurs des critères de déséquilibre financier définis à l'article D. 6143-39 dudit code, à savoir :

- ♦ pour les établissements autres que les centres hospitaliers régionaux, un déficit du compte de résultat principal supérieur à 3 % ;
- ♦ un résultat comptable déficitaire associé à une capacité d'autofinancement inférieure à 2,5 % des produits ;
- ♦ une capacité d'autofinancement insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts.

Le CREB, en conséquence de ce que l'établissement répondait cumulativement aux trois critères financiers réglementaires définis, a pris la forme d'un avenant au CPOM, conclu pour une durée de quatre ans, avec l'ambition d'un retour à l'équilibre au 31 décembre 2016. Il a ensuite été amendé en 2013 et 2014, quant aux actions à mettre en œuvre, notamment, en vue de résorber le déficit structurel chiffré à 1,07 M€ à la clôture de l'exercice 2012. L'échéance du retour à l'équilibre n'a cependant pas été reportée.

Le plan d'actions du CREB et de ses avenants reposait, principalement, sur le développement des recettes de l'établissement (développement et optimisation des consultations externes, recours aux emplois d'avenir, optimisation de l'organisation médicale) et sur la maîtrise des dépenses (optimisation des achats, des stocks et des consommations des titres 2 et 3, optimisation des effectifs du personnel non médical, limitation du recours aux intervenants extérieurs médicaux). Il était complété de projets institutionnels dans différents domaines, dont la prévention des risques psychosociaux ou le déploiement de la comptabilité analytique hospitalière.

Le dispositif de suivi prévu au contrat comprenait, d'une part, l'alimentation par le centre hospitalier de Saint-Flour d'un tableau de bord transmis à l'ARS chaque trimestre durant la première année et, d'autre part, une rencontre annuelle des cocontractants. Dans les faits, deux bilans ont été adressés en 2013, puis trois en 2014 et en 2015, quant aux conditions de mise en œuvre du plan d'actions au regard, notamment, de l'évolution du résultat structurel.

Ces derniers éléments, qui permettaient d'évaluer la mise en œuvre du CREB, ne sont désormais plus identifiés spécifiquement dans le dispositif de suivi, qui est devenu mensuel lors de la fusion des agences de santé d'Auvergne et de Rhône-Alpes en 2016.

Le retraitement du résultat de l'établissement montre toutefois un résultat structurel consolidé déficitaire sur chacun des exercices de la période sous revue, et donc de la période de 2013 à 2016 couverte par le CREB (cf. 6.1.4.3- ci-dessous). L'objectif fixé contractuellement n'a donc pas été atteint.

En décembre 2016, le centre hospitalier de Saint-Flour a proposé un nouveau plan d'actions pour les années 2017 à 2019 à l'ARS ; cette dernière n'y a pas donné suite tout en souhaitant cependant, selon l'ordonnateur, continuer à assurer un suivi renforcé de la situation financière de l'établissement. Pour autant, dans un courrier du 21 mars 2017, l'ARS a indiqué que « *ce plan d'actions (2017-2019) constitue indéniablement une très nette évolution par rapport au plan précédent et semble présager d'une prise en considération réelle des enjeux du virage ambulatoire* ».

4.2- Le pilotage interne

4.2.1- La direction

4.2.1.1- Une direction partagée entre plusieurs établissements

Les centres hospitaliers de Saint-Flour et de Chaudes-Aigues partageaient une direction commune, mise en place par convention du 15 juin 2010. Ce dispositif a été étendu à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Chaudes-Aigues (maison de retraite Sainte-Elizabeth) le 1^{er} janvier 2012 ; la nouvelle convention précise que l'équipe de direction commune « est composée d'un chef d'établissement et de trois adjoints dont un désigné directeur de site du centre hospitalier et de l'EHPAD de Chaudes-Aigues » (article 1^{er} de la convention).

La convention a été signée le 10 octobre 2011 par les présidents des instances délibérantes des trois structures. Or l'article L. 6143-7 du code de la santé publique donne au seul directeur, dans un établissement public de santé, la compétence de représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile, incluant notamment la signature d'engagements contractuels.

Le président du conseil de surveillance du centre hospitalier de Saint-Flour s'est ainsi indûment substitué au directeur, seul représentant légal de l'établissement ; la validité juridique de la convention s'en trouve directement affectée, puisque signée par une personne incompétente pour y procéder. Cette convention, quand bien même aucun acte pris par le président du conseil de surveillance n'en aura résulté, a emporté d'importantes conséquences juridiques du fait de la désignation d'un unique ordonnateur pour engager les trois structures concernées.

Par ailleurs, outre ses fonctions de direction commune, l'ordonnateur en exercice, depuis avril 2011 et jusqu'au début de l'année 2018, a également assuré l'intérim de la direction du centre hospitalier de Brioude, distant d'une cinquantaine de kilomètres, du 30 juillet 2015 au 31 décembre 2015.

Une dernière extension du périmètre de la direction commune est intervenue au 1^{er} février 2018, après avis des assemblées délibérantes des centres hospitaliers d'Aurillac, de Mauriac et des établissements déjà parties à la convention. Le nouvel organigramme de direction, commun aux cinq établissements, positionne l'actuel directeur du centre hospitalier d'Aurillac en qualité de directeur général de cette organisation.

4.2.1.2- L'organisation de l'équipe de direction

L'organisation de l'équipe de direction du centre hospitalier de Saint-Flour est restée stable de 2012 à 2016. Elle reposait sur un chef d'établissement et quatre adjoints, dont un délégué à la direction commune des deux établissements de Chaudes-Aigues, situés à une trentaine de kilomètres. Dans cette organisation, la gestion des affaires financières et celle des ressources humaines ont été associées durant la plus grande partie de la période sous revue.

Plusieurs évolutions sont intervenues durant l'année 2017 :

- le poste de directeur adjoint chargé des affaires générales a été supprimé au 1^{er} janvier 2017, à l'occasion du départ à la retraite du titulaire ;
- la gestion des affaires financières, qui relevait du directeur adjoint chargé des ressources humaines, a été confiée au directeur des établissements de Chaudes-Aigues, à compter du 1^{er} juillet 2017, à raison de 40 % de son temps de travail fixé à 80 % d'un temps plein ;
- la direction du centre hospitalier de Chaudes-Aigues, antérieurement assurée par le directeur délégué, qui conserve la direction de l'EHPAD (0,4 ETP), est assumée

- depuis le 1^{er} juillet 2017 par le chef d'établissement du centre hospitalier de Saint-Flour pour environ un tiers de son temps ;
- ♦ ledit chef d'établissement a dû pallier, au surplus, l'absence pour maladie du directeur des ressources humaines, d'octobre à décembre 2017.

La taille de l'établissement n'exige probablement pas de désigner, de façon exclusive, un directeur sur chacune des grandes fonctions ; l'option de la mise en direction commune paraît, en ce sens, tout à fait pertinente. Il n'empêche que la répartition actuelle, et les absences auxquelles l'établissement a dû faire face, ne sont pas de nature à favoriser un plein exercice de chacune des attributions des différents directeurs.

De nouvelles évolutions sont engagées dans le cadre de la direction commune précitée, qui prévoit que l'équipe de direction soit placée sous la responsabilité d'un directeur général, et que l'actuel chef d'établissement du centre hospitalier de Saint-Flour devienne directeur d'établissement délégué. Le modèle d'organisation est repensé dans la perspective d'une équipe de direction entièrement consacrée au centre hospitalier sanflorain, structurée par grand domaine fonctionnel : affaires financières, clientèle, information médicale, communication, coordination des projets de réorganisation et d'adaptation ; ressources humaines et relations sociales ; logistique, maintenance, travaux, équipements et coordination des achats du groupement hospitalier.

Une telle réorganisation de l'équipe de direction paraît mieux adaptée pour répondre aux défis de gestion auxquels se trouve confronté le centre hospitalier de Saint-Flour.

4.2.2- La gouvernance

4.2.2.1- *Le conseil de surveillance*

Au vu des procès-verbaux de réunion, le conseil de surveillance du centre hospitalier de Saint-Flour s'est réuni, conformément à la réglementation¹⁸, au minimum quatre fois par an (sauf en 2014 où il n'a tenu que trois séances), et a exercé, dans l'ensemble, les compétences qui lui sont reconnues par l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

Néanmoins, le directeur n'ayant pas élaboré de programme d'investissement, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 6143-7 du CSP¹⁹, le conseil de surveillance n'a pas disposé d'informations particulières en la matière, alors qu'il a vocation à en prendre connaissance. L'ordonnateur a justifié cette lacune par la faible marge de manœuvre dont dispose l'établissement en termes d'investissement.

Par ailleurs, le conseil de surveillance n'a pas eu communication des résultats de la comptabilité analytique, comme exigé par l'article R. 6145-7 du code de la santé, puisque une telle compatibilité n'a pas encore été développée à Saint-Flour (cf. 4.2.4.2- ci-dessous).

Ces divers défauts d'informations privent le conseil de surveillance d'éléments utiles susceptibles de l'éclairer dans l'exercice de ses missions de contrôle et de suivi de la gestion de l'établissement.

Pour ce motif, la chambre rappelle l'ordonnateur à ses obligations pour assurer un meilleur niveau d'information du conseil de surveillance.

¹⁸ L'article R. 6143-11 du CSP prévoit en effet que : « *Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur...* ».

¹⁹ Selon les termes de l'article L. 6143-7 du CSP : « [...] *Après concertation avec le directoire, le directeur : [...] 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ; [...]* ».

4.2.2.2- Les pôles d'activité

4.2.2.2.1- L'organisation

Si les établissements publics de santé peuvent définir librement leur organisation interne, ils sont néanmoins tenus d'organiser leurs activités médicales sur la base de pôles d'activité²⁰, seul niveau de structure interne obligatoire depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Cette disposition a été rendue facultative par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, pour les établissements disposant d'un nombre d'agents inférieur à un seuil qui doit être déterminé par décret non encore publié à ce jour²¹.

Au centre hospitalier de Saint-Flour, l'organisation reposait sur quatre pôles d'activité clinique et médicotechnique :

- ♦ un pôle des activités médicales et médicotechniques transversales (plateau technique) ;
- ♦ un pôle des activités chirurgicales et des activités de gynécologie-obstétrique ;
- ♦ un pôle des activités médicales ;
- ♦ un pôle de psychiatrie pour adultes.

Par suite de tensions au sein de l'équipe médicale du pôle de rattachement, les activités de gynécologie-obstétrique ont été dissociées par décision du 22 septembre 2015 pour constituer un « *service médical non rattaché à un pôle* », en contradiction avec la règle de droit.

Cette décision de l'ordonnateur a été motivée par le souhait du chef du pôle des activités chirurgicales et de gynécologie-obstétrique de ne plus assumer la responsabilité de ces dernières. Devant le directoire, puis le conseil de surveillance en 2015, le directeur de l'hôpital s'est également prévalu de la loi, alors en préparation, visant à supprimer l'obligation de l'organisation en pôles pour les établissements de petite taille.

Dans le cadre d'une réflexion d'ensemble, le projet médical établi pour la période de 2015 à 2019, envisage de revenir sur l'organisation actuelle en pôles d'activité, en vue de lui substituer trois départements pour la médecine d'urgence, la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie, et trois fédérations pour les activités médico-chirurgicales, les activités médicotechniques et de supports, et pour les personnes âgées).

La chambre rappelle qu'en l'état actuel du droit en vigueur, qui ne comporte pas encore de seuil permettant de se dispenser de la constitution de pôles d'activités, l'organisation et le fonctionnement des activités cliniques et médicotechniques en pôles s'imposent pour toutes les disciplines, et à tous les établissements publics de santé.

²⁰ Art. L. 6146-1 du CSP.

²¹ L'article L. 6146-1 du CSP dispose en effet, depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qu'« un décret fixe le nombre d'agents d'un établissement en dessous duquel la constitution de pôles est facultative et le nombre maximal d'agents que peut comporter un pôle ».

4.2.2.2- Le contrat de pôle

Telle que prévue par le code de la santé publique, la constitution de pôles s'accompagne de contrats de pôle²² qui précisent les objectifs assignés et les moyens alloués à chaque pôle, ainsi que le champ et les modalités de délégation de signature consentie au chef de pôle²³. Un projet de pôle²⁴ doit en outre développer les conditions de mise en œuvre du contrat de pôle.

Aucun contrat de pôle, ni projet de pôle, n'a été élaboré au centre hospitalier de Saint-Flour.

Le CPOM se rapportant à 2013-2018 faisait pourtant état de l'engagement alors pris (en 2011) par l'établissement de les mettre en œuvre, pour chacun des quatre pôles d'activité d'ici le terme de l'année 2016. Devant le constat de carence en la matière de l'établissement, l'ordonnateur a indiqué que les pôles « *n'ont pas véritablement d'existence* » du fait de la taille modeste de l'établissement.

4.2.3- Les orientations stratégiques définies en interne

Pour la période de 2008 à 2012, le centre hospitalier de Saint-Flour était doté d'un projet d'établissement intégrant, notamment, le projet médical.

Quelque deux années après le terme de la période d'effet de ce projet, le conseil de surveillance a adopté le 11 septembre 2015 un nouveau projet médical couvrant les années 2015 à 2019 ; il identifie onze projets particuliers à engager, dont :

- ♦ le développement de la chirurgie ambulatoire (qui figurait déjà comme objectif dans le projet 2008-2012) ;
- ♦ l'achèvement de l'informatisation des processus de prise en charge et de gestion médicale ;
- ♦ la maîtrise de la gestion des ressources humaines médicales, dans un objectif de diminution des coûts des remplacements médicaux.

L'adoption du projet médical pour 2015-2019 n'a pas induit, à ce jour, l'élaboration corrélative d'un projet d'établissement en méconnaissance des dispositions de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique l'exigeant pour chaque établissement public de santé pour définir une politique générale, construite « *notamment, sur la base d'un projet médical* ». Composé de plusieurs volets, ce document stratégique doit être établi régulièrement avec une période d'effet maximale de cinq ans.

La chambre relève, en outre, que le centre hospitalier de Saint-Flour n'a disposé d'aucun projet, pourtant indispensable au pilotage de la structure, pendant les années 2013 et 2014.

Au-delà du nécessaire respect des dispositions législatives et réglementaires du code de la santé publique, la définition d'orientations stratégiques vise surtout à permettre au centre hospitalier de réfléchir et d'arrêter les perspectives de développement, qui auront valeur de référence dans la conduite générale de l'établissement incluant certes, mais non exclusivement, les problématiques médicales à envisager dans le cadre élargi du projet de territoire (cf. 2.3- ci-dessus).

Au cours de l'entretien de fin de contrôle, l'ordonnateur a indiqué qu'une consultation avait été lancée afin de choisir un prestataire pour accompagner l'établissement dans cette démarche de projet.

²² Art. L. 6146-1 du CSP.

²³ Art. R. 6146-8 du CSP.

²⁴ Art. R. 6146-9 du CSP.

4.2.4- Les outils internes d'aide à la décision

4.2.4.1- L'utilisation de tableaux de bord

Différents tableaux de suivi sont élaborés par les services de l'établissement, notamment :

- ♦ pour retracer le nombre de journées d'hospitalisation réalisées chaque mois, par unité fonctionnelle. Ces tableaux sont élaborés par le bureau des entrées et transmis, à un rythme annuel, au département d'information médicale et à la direction des affaires financières ;
- ♦ pour suivre mensuellement les taux d'occupation (réalisé par le département d'information médicale) ;
- ♦ pour permettre le suivi de l'absentéisme par unité fonctionnelle (alimenté par la direction des ressources humaines) ;
- ♦ pour présenter les projections mensuelles d'activité et la valorisation correspondante (alimenté par la direction des affaires financières).

Selon ses propres dires, l'ordonnateur en fonctions ne consulte que les données afférentes au nombre de lits occupés chaque jour et au niveau des recettes tirées mensuellement de l'activité. Au regard des enjeux de gestion, l'utilisation de ces quelques tableaux de bord, au contenu très sectoriel, paraît trop limitée pour constituer une véritable aide au pilotage de l'actualité et de la gestion de l'établissement.

4.2.4.2- La tenue d'une comptabilité analytique

Aux termes de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique, « *le directeur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement* », et dont les résultats doivent être communiqués au conseil de surveillance.

Pour autant, la comptabilité analytique n'est pas développée à l'hôpital de Saint-Flour, en méconnaissance de l'obligation réglementaire afférente et de l'engagement pris dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre budgétaire (CREB) de 2013 à 2016 qui précisait qu'un tel déploiement, prévu à l'échéance de décembre 2016, devait « *permettre au centre hospitalier d'avoir une meilleure connaissance de ses coûts de fonctionnement, par service, par pôle, par budget* » et d'établir « *des comparaisons avec d'autres établissements équivalents* », et prévoyait à cette fin une dotation en investissement de 17 238 €.

Puis de nouveau, dans le cadre du dispositif national de déploiement de la comptabilité analytique hospitalière, piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), le centre hospitalier de Saint-Flour s'y était encore engagé, par contrat signé le 10 mars 2015 avec l'ARS.

Pour justifier d'un manquement réitéré aux obligations et engagements pris, l'ordonnateur a fait état d'une insuffisance des moyens humains pour mettre en place une comptabilité analytique au sein de l'établissement, convenant que le déploiement d'un tel outil constituait « *un enjeu majeur pour l'établissement* », et figurait à ce titre au nombre « *des priorités 2018/2019* » du centre hospitalier.

Dans un contexte de fortes tensions financières et de gestion, qui ont conduit le centre hospitalier de Saint-Flour à conclure successivement plusieurs contrats de retour à l'équilibre financier, la chambre encourage l'établissement à s'engager dans la démarche de comptabilité analytique dans le double objectif de répondre aux exigences réglementaires, et d'améliorer le niveau de connaissance de ses coûts et ressources de structure, et ainsi d'être en mesure de développer le pilotage stratégique. Un tel outil comptable est en effet indispensable pour arrêter des choix de gestion pertinents, fondés sur une détermination solide du coût des séjours ou des différentes séquences de soins, comme de celui des activités de support.

5- LA FIABILITE DES COMPTES

5.1- Le processus de fiabilisation des comptes

Compte-tenu du montant des produits annuels enregistrés au compte de résultat principal²⁵, le centre hospitalier de Saint-Flour n'est pas soumis à l'obligation de certification de ses comptes. Pour autant, il n'est pas exonéré de rechercher le plus haut degré de fiabilité de ses comptes²⁶.

La qualité de l'information comptable de l'établissement a fait l'objet de deux diagnostics au cours de la période, en 2012 et en 2014, engagés à l'initiative conjointe de l'ARS et de la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Les états des lieux réalisés avaient alors mis en évidence plusieurs points à améliorer dans la gestion comptable du centre hospitalier (absence de constatation comptable des mises au rebut, de réalisation d'un inventaire physique des immobilisations, et d'évaluation des séjours à cheval sur deux exercices, notamment).

Certaines actions correctives ont été effectuées durant la période sous revue, telle que la correction d'une imputation injustifiée au compte c/231 « Immobilisations corporelles en cours » effectuée en 2013, mais aucune véritable démarche interne n'a été formellement engagée dans l'objectif d'améliorer la fiabilité des comptes. Il n'y a pas non plus formalisation de procédure budgétaire et comptable.

L'ordonnateur reconnaît que « *le déploiement du contrôle interne comptable et financier sur les processus à forts enjeux et risques, reste donc à mettre en œuvre. Les travaux sur l'inventaire, la fiabilisation du bilan avec passation des écritures correctives sont à faire. L'établissement va se recentrer en 2018/2019 sur cette exigence de fiabilisation.* »

Le directeur des affaires financières, désigné comme référent par ce projet à venir, a précisé durant l'instruction que les amortissements, l'état de l'actif et le recouvrement des créances avaient, d'ores et déjà, été identifiés comme nécessitant une intervention à fin de fiabilisation des comptes, et que des réunions avec le comptable de l'établissement étaient programmées dans cette perspective.

La chambre ne peut qu'encourager l'établissement à rapidement s'engager dans cette démarche.

5.2- Les principes de sincérité et de régularité des comptes

5.2.1- Le suivi des immobilisations

5.2.1.1- *L'état de l'actif et l'inventaire des biens meubles et immeubles*

Le comptable du centre hospitalier de Saint-Flour a produit un état de l'actif au 31 décembre 2015, à l'appui du compte financier de l'exercice 2015. Les soldes des comptes d'immobilisations de la balance sont conformes aux montants des subdivisions correspondantes de l'état de l'actif.

²⁵ L'article D. 6145-61-7 du CSP prévoit, en effet, que : « *I. - Sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs (...)* ».

²⁶ En effet, selon les termes de l'article 47-2, al.2, de la Constitution : « *Les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière* ».

Néanmoins, le diagnostic comptable élaboré en 2012 relevait l'absence de recensement physique des biens inscrits à l'inventaire de l'établissement, ce que l'ordonnateur justifiait alors par le manque de ressources internes disponibles pour le réaliser. Le défaut d'inventaire était, de nouveau, mis en évidence par le diagnostic comptable de 2014, qui précisait, en outre, que les mises au rebut effectuées n'avaient pas donné lieu à un enregistrement comptable. Au cours de l'instruction, l'ordonnateur a indiqué qu'aucune démarche corrective n'avait été engagée depuis lors.

La chambre invite l'établissement à procéder à la mise à jour de l'inventaire physique des biens meubles et immeubles, couplée à la définition de procédures internes garantissant son actualisation « *au fil de l'eau* », en vue de disposer d'un document cohérent et concordant avec l'état de l'actif tenu par le comptable.

5.2.1.2- Les écritures d'immobilisations

L'établissement a engagé d'importants travaux de restructuration de son bâtiment médico-chirurgical, comptabilisés au chapitre 23 des immobilisations en cours à hauteur de 4,7 M€ en 2011, puis de 4,1 M€ en 2012, et à titre de montants complémentaires de fin d'exécution exceptionnelle de 1,3 M€ en 2013 et de 1,1 M€ en 2014. Les montants portés au chapitre 23 ont été ensuite régulièrement transférés au compte d'imputation définitive des éléments patrimoniaux ainsi réalisés, soit le compte c/21311 « *constructions sur sol propre ; bâtiments hospitaliers et administratifs* ».

Le chapitre 23 des immobilisations en cours avait, en outre, enregistré 0,8 M€ en 2015 puis 0,6 M€ en 2016 de dépenses afférentes au paiement des derniers travaux du projet de restructuration, ayant donné lieu à réception en 2014. Ils auraient dû être également transférés aux subdivisions intéressées des chapitres de suivi des immobilisations, soit en l'occurrence les chapitres 20 des immobilisations incorporelles et 21 des immobilisations corporelles, pour être pris en compte subséquemment dans la constitution des amortissements. Ces dernières écritures comptables de transfert n'ayant pas été effectuées, le compte c/23 présentait à ce titre un solde débiteur d'un montant de 1,4 M€, au 31 décembre 2016, que le directeur alors en fonctions a indiqué, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, avoir corrigé lors des opérations de clôture de l'exercice 2017.

Tableau 4 : Les immobilisations en cours

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Immobilisations incorporelles (a)	888 465 €	1 052 070 €	1 143 085 €	1 198 651 €	1 267 721 €	1 320 189 €
Immobilisations corporelles (b)	35 514 188 €	45 208 529 €	47 042 467 €	48 842 009 €	49 237 295 €	49 583 597 €
Immobilisations en cours (c)	4 714 196 €	-	-	-	823 781 €	1 433 061 €

Source : CRC à partir des comptes financiers. (a) cpte 20 ; (b) cpte 21 ; (c) cpte 23.

Durant la période sous revue, le contrôle des écritures de suivi des cessions d'immobilisations n'a pas révélé d'anomalie, à l'exception de l'exercice 2013 pour lequel est ressorti un écart de 27 600 € entre les montants du compte c/775 des produits des cessions d'éléments d'actifs et du compte c/4621 des créances sur cessions d'immobilisations. L'écart relevé correspond à une vente de terrain sur le site de Volzac, pour laquelle le compte c/775 a été correctement crédité tandis que le débit était enregistré en vis à vis et à tort au compte c/46721 « *Autres comptes débiteurs ou créditeurs ; Débiteurs divers – Exercice courant* », alors même que le certificat administratif établi par le directeur des affaires financières comportait une imputation adéquate au débit du compte c/462 « *Créances sur cessions d'immobilisations* ».

Il apparaît par ailleurs qu'aucune décision du directeur n'a déterminé formellement les modalités d'amortissement des immobilisations acquises par le centre hospitalier, seul l'état de l'actif joint au compte financier de l'exercice 2013 en faisant mention. Au vu de l'état de l'actif établi au 31 décembre 2015, la chambre considère que l'établissement applique la méthode de l'amortissement linéaire.

Pour ce faire, il est procédé à la constitution des dotations aux comptes d'amortissements le premier jour de l'exercice suivant celui au cours duquel l'immobilisation a été acquise ou mise en service, conformément aux préconisations formulées par l'instruction budgétaire et comptable M21. Cette méthode d'enregistrement n'a cependant pas été appliquée avec rigueur sur l'ensemble de la période, avec des dotations initiales d'amortissement différées au deuxième exercice suivant celui au cours duquel certaines immobilisations avaient été acquises et mises en service.

La chambre a observé de telles fluctuations de méthodes en 2011, 2012 et 2013. En particulier, l'établissement a acquis un mobile de scopie, des lits de réanimation et un véhicule automobile, sans constituer de dotations aux comptes d'amortissements avant l'exercice 2015.

L'ordonnateur a expliqué ces retards de comptabilisation par les modalités de tenue des fiches d'amortissement, qui couvraient alors une période allant du 1^{er} septembre N-2 au 31 août N-1 aux fins de donner lieu à la constitution de dotation à compter du 1^{er} janvier de l'année N. Cette pratique ayant pris fin au 1^{er} janvier 2015, les investissements réalisés au cours de l'année sont amortis dès le 1^{er} janvier de l'année suivante. L'examen de l'état de l'actif établi au 31 décembre 2015 a permis, de fait, de s'assurer que toutes les immobilisations acquises en 2014 avaient bien donné lieu à amortissement dès le 1^{er} janvier 2015.

Les durées d'amortissement pratiquées par l'établissement sont, quant à elles, proches de celles qui sont recommandées par l'instruction budgétaire et comptable M21. Si ce n'est le différé d'enregistrement des constitutions initiales de dotations aux comptes d'amortissement, les écritures comptables touchant aux amortissements n'ont pas révélé d'autre anomalie.

5.2.2- Le suivi des créances d'exploitation

5.2.2.1- *La prise en compte du risque d'irrecouvrabilité des créances*

Les créances en phase de recouvrement contentieux, au 31 décembre de chaque exercice, ont oscillé entre 52 000 € et 88 500 € sur la période de contrôle ; elles concernent à plus de 97 % les hospitalisés et consultants (compte c/4161). Rapportés aux produits bruts de l'exercice, ils n'ont pas excédé le taux de 0,2 %, très nettement inférieur au seuil habituellement admis de 3 %.

Présentant cependant un risque d'irrecouvrabilité, ces créances en souffrance auraient dû donner lieu à constitution de provisions. Or les comptes c/68174 « dotations aux dépréciations des actifs circulants – créances » et c/491 « dépréciation des comptes de redevables » n'ont pas été à cet effet mouvementés durant la période sous revue, en raison selon l'ordonnateur, des difficultés financières rencontrées par l'établissement. Le solde du compte c/491 s'est à l'inverse fortement contracté depuis 2011, reculant de 82 139 € à 9 611 € en 2016, en conséquence des reprises de provision opérées. Il est, depuis 2013, très éloigné du niveau des créances entrées dans une phase de recouvrement contentieux. Quelle que soit l'appréciation précise, au cas par cas, des risques d'insolvabilité et de défaillance des débiteurs du centre hospitalier, le montant extrêmement faible de la dépréciation des comptes de redevables constaté au 31 décembre 2016 ne traduit sans doute plus le niveau du risque d'irrecouvrabilité encouru, que la constitution de provisions vise à prendre en compte.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur alors en fonctions a indiqué avoir pris en compte le risque d'irrecouvrabilité, pour l'avenir, dans les éléments de prévision de l'EPRD se rapportant à l'exercice 2018.

Tableau 5 : L'état des restes à recouvrer

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Restes à recouvrer amiables (a)	3 455 382 €	3 566 947 €	3 037 615 €	4 899 725 €	5 458 805 €	4 329 561 €
Restes à recouvrer contentieux (b)	55 811 €	52 114 €	55 563 €	62 688 €	57 126 €	88 495 €
Restes à recouvrer amiable et contentieux (c= a+b)	3 511 193 €	3 619 060 €	3 093 178 €	4 962 413 €	5 515 931 €	4 418 056 €
Produits bruts (d)	33 826 270 €	35 395 215 €	33 267 384 €	35 151 775 €	35 395 907 €	35 592 958 €
Taux de restes à recouvrer (c/d)	10,4%	10,2%	9,3%	14,1%	15,6%	12,4%
Taux de restes à recouvrer contentieux (b/d)	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Dépréciation des comptes de redevables	82 139 €	70 887 €	50 930 €	29 439 €	29 439 €	9 611 €

Source : CRC à partir des comptes financiers. (a) cpt 411 et 4141 ; (b) cpt 416 et 4146 ; (d) cpt 70 (à l'exclusion du cpt 7087), 71,72 et 73.

5.2.2.2- Le traitement des créances irrécouvrables

Si le diagnostic comptable réalisé en 2012 faisait état d'une volonté de définir de façon concertée avec le comptable public, un dispositif d'admission en non-valeur, il n'existe toujours pas de plan d'apurement des créances s'avérant irrécouvrables.

L'ordonnateur a précisé, dans le cadre de l'instruction, qu'une réflexion était engagée en vue de déterminer et de formaliser des délais et des seuils d'admission en non-valeur. Dans l'attente, certaines règles ont d'ores et déjà été définies, et mises en œuvre en lien avec le receveur hospitalier : sont en particulier admises « *en non-valeur systématiquement les créances inférieures à 30 € non recouvrées au 31 décembre de l'année N+3 suivant la mise en recouvrement* » et les créances supérieures à 30 € pour lesquelles les pièces justificatives produites attestent « *des résultats infructueux des actions menées par le service des finances publiques.* »

Des admissions en non-valeur ont été prononcées sur chacun des exercices de la période sous revue pour des montants plutôt modestes compris entre 2 700 € et 20 348 €. Les écritures comptables correspondantes ont été correctement effectuées, à l'exception de l'exercice 2016 durant lequel un écart inexplicé de 877 € a été constaté entre les montants portés aux comptes 415 « *créances irrécouvrables admises en non-valeur* » et 654 « *pertes sur créances irrécouvrables* ».

Il demeure cependant que des créances anciennes exigent d'être analysées, quant à leurs perspectives de recouvrement, et un apurement souhaitable des prises en charges. L'état de restes à recouvrer établi au 31 décembre 2016 comporte en effet quelque 607 titres de plus de cinq ans, d'un montant global de 67 600 € (dont 560 titres émis à l'encontre des hospitalisés et des consultants), et près d'une centaine de titres d'un montant cumulé de 14 100 € dont l'émission remonte à une dizaine d'années.

5.3- Le principe d'indépendance des exercices

5.3.1- La journée complémentaire

Conformément au principe d'annualité budgétaire, l'exercice comptable s'achève au 31 décembre. L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit toutefois un délai supplémentaire d'un mois, appelé communément « journée complémentaire », pour permettre d'achever les opérations d'ordre et procéder à l'émission des titres de recettes et des mandats de paiement correspondant aux droits acquis et aux services faits au cours de l'année écoulée.

Dans les faits, et bien au-delà du délai d'un mois règlementaire, le centre hospitalier de Saint-Flour prolonge sa journée complémentaire jusqu'au mois d'avril, pratique qui diffère d'autant l'arrêté des comptes de l'exercice et entraîne un chevauchement de gestions jusqu'au printemps. La chambre invite en conséquence l'établissement à se conformer à la réglementation en vigueur, qui limite la période complémentaire au 31 janvier de l'année N+1.

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

5.3.2.1- Les charges à payer

Rapportées à l'ensemble des charges d'exploitation, les dépenses engagées non mandatées à la clôture de l'exercice sont insignifiantes, n'excédant pas 0,3 % en 2011 et 0,2 % en 2015. La pratique irrégulière d'une très longue journée complémentaire n'est pas étrangère à cette situation : les mandats de paiement afférents à des dépenses de l'exercice précédent sont en effet émis jusqu'en février/mars, ce qui réduit considérablement le besoin de rattachement des charges à l'exercice.

Le solde de la prime de service, versé en mars N+1, a fait l'objet d'un rattachement à l'exercice pour des montants compris entre 0,35 M€ et 0,43 M€ chaque année, sauf en 2014 où l'établissement n'a comptabilisé que 100 € au compte c/4281 « prime de service à payer ». L'ordonnateur n'a pas été en mesure d'expliquer ce montant atypique au regard des sommes habituellement versées au titre du solde de la prime de service.

5.3.2.2- Les produits à recevoir

De l'ordre de 2,1 M€ entre 2011 et 2013, le montant du rattachement à l'exercice des produits à recevoir, liés à l'activité de l'établissement, a très fortement diminué en 2014, reculant à 80 420 € puis à des niveaux insignifiants depuis lors.

Comme pour le rattachement des charges, le faible montant de celui des produits peut s'expliquer par la durée anormalement longue de la journée complémentaire, qui permet l'émission de titres de recettes bien après le 31 décembre de l'année à laquelle ils se rapportent.

Par ailleurs, pour les séjours à cheval sur deux exercices, l'établissement ne comptabilise pas la fraction de recette correspondant à l'année N-1 mais l'intégralité sur l'exercice de facturation, ce qui le conduit à ne pas enregistrer de produits à recevoir. La chambre l'invite à modifier cette pratique.

Plus globalement, la chambre rappelle, qu'en vertu du principe d'indépendance des exercices, les recettes - comme les dépenses -, doivent être rattachées à l'exercice auquel elles se rapportent.

5.3.3- Les reports de charges

Le centre hospitalier a procédé, chaque année, à des reports de charges dont les montants - nets des réémissions de mandats consécutives à des annulations sur exercice clos - ont varié entre 20 323 € et 156 576 €. Le taux de charges reportées est resté inférieur au taux maximum habituellement admis de 0,2 %, sauf en 2013 où il a atteint 0,4 % à raison principalement du niveau des autres charges sur exercice antérieur (27 679 €).

Ces reports ont trait, pour l'essentiel, aux charges de personnel qui ont représenté 60 % du total des charges sur exercices antérieurs enregistré durant la période.

Si le taux de report reste globalement maîtrisé, des erreurs d'imputation ont toutefois été relevées, se traduisant par l'enregistrement de charges de l'exercice aux comptes des charges sur exercices antérieurs, à l'instar de remboursements au profit d'un praticien de frais de déplacements de 1 439 € en 2013 et de 1 839 € en 2014, enregistrés au compte c/67218 « charges de personnel sur exercices antérieurs ».

Certaines autres charges reportées auraient dû faire l'objet de rattachement à l'exercice auquel elles se rapportaient, ainsi notamment et à titre d'exemple :

- lors du changement d'établissement d'un praticien en 2013, l'établissement d'accueil a émis l'année suivante un avis de somme à payer (13 208 €) relatif au transfert de son compte épargne temps. Le centre hospitalier de Saint-Flour a enregistré cette opération au compte 67218 au titre de l'exercice 2014, au lieu de rattacher cette dépense à l'exercice 2013 et alors même que les crédits portés à l'article approprié (compte 6428 « autres rémunérations du personnel médical ») n'étaient pas de caractère limitatif ;
- par convention de gestion, le CHU de Clermont-Ferrand met une assistante médico-administrative à disposition du centre hospitalier de Saint-Flour. Le titre émis au cours de l'exercice 2015 par le CHU, correspondant à l'intervention de l'agent de septembre à décembre 2014 (2 268 €), a donné lieu en vis-à-vis à une dépense du centre hospitalier de Saint-Flour imputée au compte c/67218, sur la gestion de l'exercice 2015. Elle aurait dû être rattachée à l'exercice 2014, et enregistrée au compte c/621 « personnel extérieur à l'établissement » dont l'insuffisance des dotations budgétaires, de caractère limitatif²⁷, aurait induit un ajustement du montant des crédits du chapitre intéressé, par décision modificative prise en application des dispositions de l'article R. 6145-40 du code de la santé publique.

L'établissement est appelé à traiter de façon plus rigoureuse les écritures de reports de charges.

Tableau 6 : Les reports de charges

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Charges sur exercices antérieurs nettes des réémissions (a)	33 155 €	68 904 €	156 576 €	48 873 €	41 978 €	20 323 €
<i>Dont charges de personnel sur exercice antérieur</i>	21 360 €	52 193 €	64 695 €	32 263 €	32 649 €	18 376 €
<i>Dont charges à caractère médical sur exercice antérieur</i>	6 100 €	3 835 €	5 380 €	2 925 €	4 433 €	-
<i>Dont charges à caractère hôtelier et général sur exercice antérieur</i>	5 694 €	12 876 €	58 822 €	12 873 €	4 896 €	1 947 €
<i>Dont autres sur exercice antérieur</i>	-	-	27 679 €	812 €	-	-
Charges totales (b)	35 973 005 €	37 534 307 €	38 304 915 €	39 094 281 €	39 560 613 €	40 087 471 €
Taux de charges reportées en % (a)/(b)	0,1%	0,2%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%

Source : CRC à partir des comptes financiers. (a) cpt 67218, 67228, 67238 et 6728 ; (b) cpt 60 à 65, 661, 672 (à l'exclusion des cpt 67211, 67221 et 67231).

²⁷ Arrêté du 6 août 2015 fixant la liste des chapitres de crédits à caractère limitatif inscrits à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé.

5.3.4- Les charges et les produits constatés d'avance

Si le compte 487 « *produits constatés d'avance* » a été crédité sur chacun des exercices de la période sous revue, le compte 486 « *charges constatées d'avance* » n'a été débité qu'au cours des exercices 2011, 2014 et 2015. La direction des affaires financières a invoqué un défaut d'informations en provenance des services, notamment quant aux contrats de maintenance dont l'exécution se prolonge au-delà de l'exercice concerné, pour justifier l'absence de mouvement constaté pour certaines années.

La chambre invite l'établissement à un meilleur recensement des charges constatées d'avance.

5.3.5- Les recettes et les dépenses à classer ou à régulariser

Le compte 471 « *recettes à classer ou à régulariser* » a présenté un solde créditeur à la clôture de chacun des exercices sous revue, pour des montants ayant fluctué de 7 536 € à 46 672 €. L'absence d'apurement du compte en fin d'année, que l'ordonnateur n'a pas pu expliquer, a affecté le principe d'indépendance des exercices budgétaires et comptables.

Par ailleurs, même si le compte 472 « *dépenses à classer ou à régulariser* » a présenté des soldes de montants plus modestes, voire négligeables depuis 2014, les états de développement des soldes font mention de paiements effectués avant mandatement, laissant présager un probable défaut de régularisation en cours à la clôture de l'exercice (en particulier, pour le paiement de dépenses de gaz de 2011 et 2012).

Si les montants en jeu sont contenus, la chambre estime cependant devoir appeler l'attention des services ordonnateurs sur les conditions de fonctionnement, nécessairement rigoureuses, des comptes d'imputation provisoire, d'attente ou de régularisation.

5.4- Le principe de prudence et la constitution de provisions

L'établissement a mis en place un tableau de suivi des provisions, recensant les provisions réglementées, les provisions pour risques et charges, ou bien encore les provisions pour dépréciation des comptes de redevables.

Actualisé au 8 décembre 2016, ce tableau présente pour chaque compte concerné, les montants des dotations et des reprises réalisées au cours de chaque exercice, le motif justifiant chacune de ces opérations comptables, le budget concerné et le montant de la provision constituée à une date déterminée.

5.4.1- Les provisions pour risques et charges

L'établissement avait constitué une provision pour risques au compte 1518 « *autres provisions pour risques* », d'un montant de 787 000 €, en vue de financer les travaux afférents à la création de deux services provisoires de chirurgie engagés en 2009 et en 2010, préalablement au lancement de l'opération de restructuration du bâtiment médico-chirurgical. Au 1^{er} janvier 2011, le montant de la provision s'établissait à 153 553 €.

Depuis lors, de 2011 à 2016, l'établissement n'a procédé à aucune dotation aux provisions pour risques, mais effectué des reprises, d'un montant de 125 000 € en 2011 puis de 28 553 € en 2012, qui ont conduit à l'extinction de la provision au 31 décembre 2012.

Par ailleurs, aucune dotation aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices (enregistrées au compte 157) n'a été comptabilisée au cours des exercices 2011 à 2016.

La provision au compte 1572 « *provisions pour gros entretien ou grandes révisions* », qui s'établissait à 407 478 € au 1^{er} janvier 2011, a fait l'objet de plusieurs reprises de 2011 à 2014, pour s'établir à 56 156 € en fin de période sous revue. L'établissement envisage d'effectuer des travaux de rénovation du système de détection des incendies sur le site de Volzac, qui devraient conduire à procéder à de nouvelles reprises.

La chambre note, à cet égard, que le centre hospitalier ne dispose pas de plan pluriannuel d'entretien, ce qui le prive d'une vision prospective pour programmer les opérations d'entretien et de révision d'ampleur qu'il conviendrait de mener. L'ordonnateur a justifié cette absence de gestion prévisionnelle des travaux d'entretien par l'extrême faiblesse des marges de manœuvre financières dont dispose l'établissement.

Pour sa part, le compte 158 « *autres provisions pour charges* » a enregistré successivement la constitution de dotations annuelles et diverses reprises durant la période d'analyse ; d'un montant de 1,57 M€ au 1^{er} janvier 2011, ces provisions ont été ramenées à 300 482 € au 31 décembre 2016.

5.4.2- Les provisions réglementées

5.4.2.1- *Les provisions pour renouvellement des immobilisations*

Le centre hospitalier de Saint-Flour a procédé à des dotations aux comptes de provisions pour renouvellement des immobilisations ainsi qu'à des reprises, justifiées par le projet de restructuration du bâtiment médico-chirurgical. Il a perçu de 2009 à 2012, une aide d'un montant total de 0,93 M€ au titre du plan Hôpital 2012.

Le montant de ce type de provisions réglementées, qui s'élevait à 5,4 M€ au 1^{er} janvier 2011, s'établissait à 3,7 M€ au 31 décembre 2016.

Les écritures comptables afférentes ont été régulièrement effectuées.

5.4.2.2- *Les provisions pour compte épargne-temps*

La valeur brute des jours épargnés sur les comptes épargne temps (CET) des personnels de l'établissement (hors charges patronales) a crû de 41,3 % entre 2013 (0,42 M€) et 2016 (0,60 M€), à raison surtout de l'augmentation du nombre de jours épargnés par les personnels médicaux (+ 517 jours).

Dans le même temps, la provision constituée à ce titre a reculé de 23,6 % (soit une baisse de 39,5 % depuis 2011), pour ne plus représenter en 2016 que 85,7 % de la valeur brute des jours stockés (0,51 M€). L'ordonnateur a au surplus indiqué que la fraction de la provision, se rapportant aux CET des personnels médicaux, avait donné lieu à une reprise intégrale durant l'exercice 2017.

La chambre invite l'établissement à corriger son insuffisance de provisionnement en la matière, afin de porter la provision pour compte épargne temps à la hauteur de la valeur brute des jours stockés, conformément à la réglementation en vigueur.

Tableau 7 : Les provisions pour CET

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total jours épargnés PM	nc	nc	1 035	1 206	1 349	1 552
Total jours épargnés PNM	2 550	2 600	1 400	1 200	1 350	1 530
<i>Catégorie A</i>	400	510	230	330	440	478
<i>Catégorie B</i>	850	750	470	340	370	201
<i>Catégorie C</i>	1 300	1 340	700	530	540	851
Valorisation PM*	nc	nc	310 482 €	361 815 €	404 691 €	465 486 €
Valorisation PNM*	202 500 €	210 850 €	111 850 €	102 900 €	119 700 €	131 145 €
Valorisation totale*	nc	nc	422 332 €	464 715 €	524 391 €	596 631 €
Dotation annuelle aux provisions	51 271 €	108 854 €	2 514 €	-	4 183 €	-
Reprise annuelle aux provisions	100 646 €	87 813 €	198 576 €	79 735 €	82 700 €	-
Provision constituée (au 31/12)	844 745 €	865 786 €	669 724 €	589 989 €	511 472 €	511 472 €

Sources : établissement, pour la valorisation des CET, et CRC à partir des comptes financiers (comptes 143/153)
 (*) Montants bruts hors charges - L'établissement n'a pas été en capacité de fournir certaines informations pour les années 2011 et 2012.

5.5- Conclusion sur la fiabilité des comptes

L'ensemble des diligences de contrôle de fiabilité des comptes du centre hospitalier de Saint-Flour a révélé des insuffisances de maîtrise et de rigueur, s'agissant notamment des opérations de clôture de gestion (rattachement des charges et des produits ; tenue des comptes d'imputation provisoires) et du provisionnement, qui affectent la sincérité des comptes et influent sur la situation financière réelle de l'établissement.

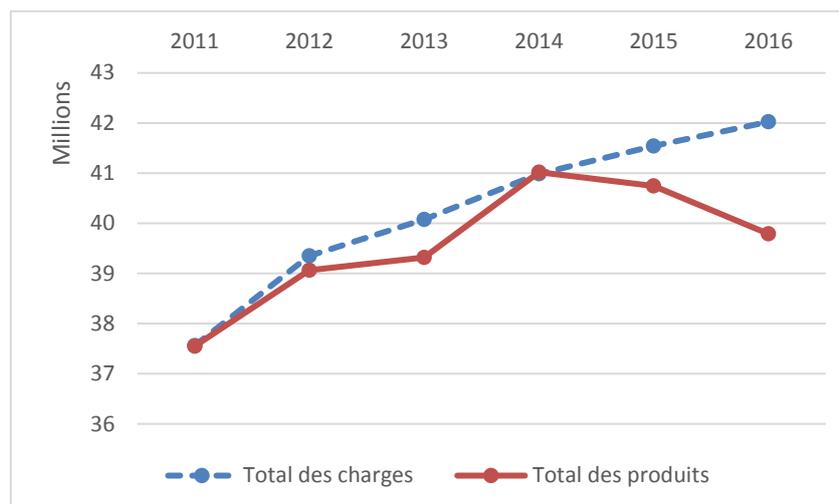
6- L'EVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE

6.1- La performance financière annuelle

Les produits du centre hospitalier de Saint-Flour, toutes activités confondues²⁸, ont globalement progressé de 6 % entre 2011 (37,5 M€) et 2016 (39,8 M€), tandis que les charges augmentaient de 12 % (de 37,6 M€ à 42,0 M€).

Plus précisément, de 2011 à 2014 les charges et les produits ont crû sensiblement au même rythme (+ 3 %), 2014 se distinguant comme la seule année où les produits ont été légèrement supérieurs aux charges. Depuis lors, l'établissement a connu une baisse de 3 % de ses produits, tandis que les charges poursuivaient leur hausse tendancielle.

²⁸ Tous budgets confondus, sans neutralisation des remboursements de frais entre les comptes de résultats.

Figure 2 : Charges et produits, toutes activités confondues, en M€

Source : CRC depuis les comptes financiers

6.1.1- L'évolution des produits

6.1.1.1- Évolution d'ensemble

Les produits de l'activité hospitalière assurent, en moyenne, près de 85 % de l'ensemble des produits d'exploitation de l'établissement. Ils ont progressé de 1,9 % entre 2011 (32,93 M€) et 2016 (33,65 M€), soit de + 0,63 M€.

Deux ressources ont connu des évolutions marquantes :

- ♦ les subventions d'exploitation et participations (c/74) ont enregistré une forte progression de 2011 (0,48 M€) à 2014 (2,93 M€), avant de décroître (1,92 M€ en 2016), soit une variation globale de + 1,44 M€ sur l'ensemble de la période. Elles ont pour origine les financements du Fonds d'intervention régional (FIR) apportés en soutien financier à l'établissement, ainsi que les financements du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) liés au projet de restructuration architecturale engagé par l'établissement ;
- ♦ la vente de produits fabriqués, de prestations de services et de marchandises, ainsi que les produits des activités annexes (c/70) ont régulièrement progressé de 2011 (2,55 M€) à 2016 (3,27 M€) au rythme annuel moyen de + 5,1 % (soit + 0,71 M€ sur la période). Les rétrocessions de médicaments (c/7071) ont fortement augmenté (0,15 M€ en 2011 et 0,58 M€ en 2016) du fait de l'arrivée de nouvelles molécules onéreuses sur le marché, que seuls les établissements publics de santé peuvent distribuer et, selon l'ordonnateur, de la « *montée en charge de la cession de médicaments au centre hospitalier Pierre Raynal de Chaudes-Aigues.* » Par ailleurs, les autres produits d'activité annexes (c/70888), telles que la location de téléviseurs aux personnes hospitalisées, ou la facturation du traitement des déchets à risques infectieux (DASRI), ou encore les formations auprès d'autres établissements, ont enregistré une hausse de 0,18 M€ pour atteindre 0,23 M€ en 2016. Enfin, les modifications intervenues dans les modalités d'enregistrement comptable du remboursement des frais de personnels mis à disposition des budgets annexes (cf. 6.1.3 ci-dessous) peuvent aussi expliquer, pour partie, l'évolution des produits imputés au c/70.

Par-delà la progression annuelle moyenne de 1,2 % relevée de 2011 à 2016, il convient cependant de distinguer deux phases d'évolution durant la période sous revue :

- ♦ de 2011 à 2014, les produits ont crû de 9,2 % (soit + 3,47 M€), dopés par les subventions d'exploitation (+ 2,45 M€) et une certaine dynamique des produits de

- l'activité hospitalière (+ 0,97 M€) ;
- ♦ puis 2014 à 2016, le niveau des produits recule de 3 % (soit - 1,23 M€), par l'effet de la forte diminution des subventions (- 1,01 M€) que la mise en place du Fonds d'intervention régional (FIR) en 2012 a accélérée²⁹, mais aussi en conséquence d'une contraction des produits retirés de l'activité hospitalière (- 0,44 M€), nonobstant le dynamisme des ventes de produits (+ 0,51 M€).

Tableau 8 : Produits toutes activités confondues

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Vente de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (compte 70)	2 551 023 €	2 628 849 €	2 771 350 €	2 750 939 €	3 001 741 €	3 266 034 €
Produits de l'activité hospitalière/dotations et produits de tarification (compte 73)	32 929 619 €	34 432 078 €	32 156 974 €	33 897 249 €	33 877 721 €	33 558 251 €
Subventions d'exploitation et participations (compte 74)	480 237 €	848 568 €	2 710 710 €	2 930 430 €	2 755 782 €	1 919 946 €
Autres produits de gestion courante (compte 75)	426 617 €	382 959 €	353 258 €	370 393 €	317 466 €	278 465 €
Produits financiers (C/76)	51 €	53 €	42 €	37 €	29 €	27 €
Produits exceptionnels (c/77)	107 575 €	185 717 €	219 816 €	207 849 €	176 014 €	213 784 €
Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (c/78)	1 056 412 €	589 075 €	1 107 562 €	861 992 €	615 295 €	554 486 €
Total produits toutes activités confondues	37 551 534 €	39 067 299 €	39 319 711 €	41 018 889 €	40 744 047 €	39 790 993 €
<i>Dont produits du budget principal</i>	<i>31 570 362 €</i>	<i>32 967 973 €</i>	<i>33 225 218 €</i>	<i>34 834 600 €</i>	<i>34 610 157 €</i>	<i>33 605 344 €</i>
Évolution N/N-1	/	4,0%	0,6%	4,3%	-0,7%	-2,3%

Source : CRC à partir des données des comptes financiers.

6.1.1.2- Les produits de l'activité hospitalière du budget principal

S'agissant du seul budget principal, les produits tirés de l'activité hospitalière affichent une certaine stabilité sur la période, à hauteur de 27,7 M€, avec une part relative dans l'ensemble des produits d'exploitation qui s'effrite de 81 % en 2011 à 74 % à partir de 2013.

Cependant, cette relative stabilité résulte de la conjugaison de plusieurs phénomènes :

- ♦ entre 2011 (14,72 M€) et 2014 (16,49 M€), les produits de la tarification à l'activité ont crû nettement (+ 12,0 %, soit + 1,77 M€), avant d'accuser un net recul (- 6,6 %) sur les deux dernières années de la période (15,40 M€ en 2016, soit - 1,09 M€ depuis 2014), et alors même que le nombre de séjours continuait d'augmenter (+ 108). Cette trajectoire, observée sur la période récente, doit alerter tout particulièrement l'établissement, les produits de la tarification à l'activité représentant plus de la moitié (56 % en moyenne) du total des produits de l'activité ;
- ♦ les produits forfaitaires ont diminué de 10,4 % de 2011 (8,34 M€) à 2016 (7,48 M€, soit - 0,86 M€). L'établissement avait bénéficié, en 2012, d'un soutien financier ponctuel de 1 M€ de l'ARS, sous forme d'un financement au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), portant exceptionnellement le montant de ce poste à 3,7 M€. Par la suite, la création du Fonds d'intervention régional (FIR), dont les financements sont en partie prélevés sur les MIGAC et comptabilisés en subventions d'exploitation, a entraîné une baisse corrélative de ce type de ressources. Les soutiens financiers de l'ARS, retracés au budget principal au titre des MIGAC et du FIR confondus, ont ainsi progressé de 2011 (3,00 M€) à 2014 (4,56 M€), mais diminuent depuis lors (2,96 M€ en 2016) ;

²⁹ Le fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, a entraîné la baisse des financements MIGAC (c/73) pour l'alimenter (c/74). Ces financements apparaissent généralement en subvention d'exploitation alors que les MIGAC sont intégrés aux produits de l'activité hospitalière.

- ♦ sont également comptabilisés, au titre des produits forfaitaires, les financements des activités de soins des établissements isolés. Les activités d'urgence et de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de Saint-Flour sont soutenues par l'ARS depuis 2014, tout d'abord sous forme d'un financement MIGAC de 0,56 M€, puis dans le cadre du financement dérogatoire des établissements isolés³⁰ pour 0,50 M€ en 2015 et 0,73 M€ en 2016. En 2017, compte tenu de la progression du volume d'activité des urgences (plus de 10 000 passages), le forfait pour activités d'établissement isolé a été réduit de 50 000 € par arrêté de l'ARS ;
- ♦ enfin, les produits non pris en charge par l'assurance maladie, mais à la charge des patients et de leurs mutuelles, ont enregistré une hausse de 16,3 % entre 2011 (2,27 M€) et 2016 (2,64 M€, soit + 0,28 M€), expliquée par l'évolution de la tarification d'hospitalisation complète en médecine et chirurgie (prix de journée).

Tableau 9 : Produits de l'activité hospitalière, Budget principal

En M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits de la tarification à l'activité (a)	14,72	15,20	15,44	16,49	15,93	15,40
<i>Dont pdts de la Tarification des séjours</i>	14,23	14,77	14,91	15,93	15,32	14,93
<i>Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus</i>	0,49	0,43	0,53	0,56	0,61	0,47
Produits forfaitaires (b)	8,34	9,09	6,72	7,36	7,55	7,48
<i>Dont forfait urgences, forfait activités isolées, prélèvements et transplantations</i>	0,80	0,80	0,80	0,80	1,53	1,55
<i>Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)</i>	3,00	3,74	1,33	1,93	1,39	1,32
<i>Dont dotations annuelles de financement (DAF)</i>	4,54	4,55	4,59	4,63	4,62	4,61
Produits de l'hospitalisation (a+b=c)	23,06	24,29	22,16	23,85	23,48	22,87
Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)	2,08	1,97	2,03	2,08	2,14	2,18
<i>Dont consultations externes</i>	1,83	1,72	1,79	1,83	1,88	1,77
<i>Dont forfait accueil et Traitement des urgences</i>	0,21	0,21	0,21	0,22	0,23	0,21
<i>Dont autres forfaits</i>	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,20
Produits à la charge de l'assurance maladie (c+d=e)	25,14	26,26	24,19	25,92	25,62	25,05
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (f)	2,27	2,34	2,20	2,18	2,43	2,64
<i>Dt pdts à la charge des patients et complémentaires santé</i>	2,11	2,18	2,08	2,09	2,34	2,50
<i>Dt pdts sur patients étrangers et autres établissements</i>	0,16	0,16	0,12	0,09	0,08	0,14
Produits de l'activité hospitalière (e+f)	27,41	28,60	26,39	28,10	28,05	27,69
<i>en % des produits d'exploitation</i>	81%	80%	74%	74%	74%	74%

Source : CRC à partir des données des comptes financiers.

6.1.2- L'évolution des charges

6.1.2.1- Évolution d'ensemble

Toutes activités confondues, les charges ont augmenté de 11,9 % entre 2011 (37,56 M€) et 2016 (42,02 M€), à un rythme deux fois plus soutenu que celui enregistré pour les recettes (6,0 %). Les charges du seul budget principal, qui représentent entre 84 % et 85% du montant total des charges comptabilisées, ont suivi une même tendance (13 % entre 2011 et 2016).

³⁰ Décret n° 2015-186 du 17 février 2015 relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique.

L'évolution des charges de personnel (+ 3,36 M€ sur la période, soit + 14,2 %) explique, à elle seule, 75 % de l'augmentation du total des charges (+ 4,46 M€).

Outre l'augmentation des impôts, taxes et assimilés, dont le montant a évolué de + 15,0 % sur la période (2,69 M€ en 2016), les dotations aux comptes d'amortissements, de dépréciations et de provisions (c/68) ont également crû de 0,38 M€ (1,87 M€ en 2016, soit + 25,3 %), en grande partie à raison de l'opération de restructuration du bâtiment médico-chirurgical.

À l'inverse, la chambre note une certaine maîtrise des achats (+ 1,7 % sur la période).

Tableau 10 : Évolution des charges toutes activités confondues, en M€

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Achats (c/60)	4,45	4,44	4,55	4,61	4,72	4,52
Services extérieurs (c/61 c/62)	4,12	4,21	4,20	4,47	4,42	4,23
Impôts, taxes et assimilés (c/63)	2,34	2,43	2,50	2,52	2,57	2,69
Charges de personnel (c/64)	23,48	24,69	25,04	25,61	26,08	26,81
Autres charges de gestion courante (compte 65)	1,14	1,06	1,07	1,08	1,00	1,11
Charges financières (c/66)	0,41	0,62	0,79	0,76	0,73	0,70
Charges exceptionnelles (c/67)	0,13	0,13	0,28	0,11	0,09	0,08
Dotations aux amortissements, dépréciations, provisions (compte 68)	1,49	1,75	1,65	1,83	1,93	1,87
Total charges toutes activités confondues	37,56	39,35	40,08	40,99	41,54	42,02
<i>Dont charges du budget principal</i>	<i>31,57</i>	<i>33,37</i>	<i>33,97</i>	<i>34,72</i>	<i>35,35</i>	<i>35,59</i>
Évolution N/N-1	/	4,80%	1,80%	2,30%	1,30%	1,20%

Source : CRC à partir des données des comptes financiers.

6.1.2.2- Les dépenses de personnel

Les charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses de l'établissement toutes activités confondues, ont augmenté de façon continue au rythme annuel moyen de 2,6 % entre 2011 (26,38 M€) et 2016 (30,06 M€), soit d'un montant de + 3,68 M€. Leur poids, rapporté aux produits courants, a crû de 2014 (74,1 %) à 2016 (79,5 %).

Les rémunérations servies, qui constituent 65 % de l'ensemble des charges de personnel, ont progressé au même rythme, passant de 17,22 M€ à 19,47 M€. La rémunération du personnel médical a été plus dynamique encore (4,8 % en moyenne annuelle, soit + 0,97 M€ sur la période), par l'effet surtout de la forte progression du recours aux praticiens contractuels, dont le total des rémunérations a ainsi évolué de 1,38 M€ en 2011 à 2,21 M€ en 2016. Ces dernières excèdent désormais, depuis 2012, le montant des rémunérations liquidées au profit des praticiens hospitaliers de l'établissement.

Si le rythme d'évolution du total de la rémunération des personnels non médicaux a été plus mesurée (+ 1,8 % de progression annuelle moyenne), il n'en a pas moins représenté une hausse de 1,29 M€ entre 2011 et 2016, contribuant à 40 % de la hausse totale des charges de personnel.

Dans le même temps, les charges sociales (+ 3,3 % en moyenne annuelle) ont connu une augmentation marquée, pour partie due à la suppression progressive, à partir de 2012, des réductions de cotisations patronales liées à l'implantation de l'établissement en zone de revitalisation rurale. D'un montant de 7,33 M€ en 2016, elles sont à l'origine de 30 % de l'évolution d'ensemble des charges de personnel constatée durant la période de contrôle.

Enfin, le montant des charges de personnel externe (correspondant notamment au personnel intérimaire et au personnel affecté à l'établissement), est demeuré stable sur la période au niveau de 0,52 M€ ; il ne pèse que modestement dans l'ensemble des charges de personnel (1,9 % en 2016).

Tableau 11 : Dépenses de personnel toutes activités confondues, en M€

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Rémunération du personnel	17,22	17,86	18,12	18,42	18,77	19,47
<i>Dont rémunérations du personnel non médical</i>	13,52	14,02	14,00	14,19	14,48	14,80
<i>Dont rémunérations du personnel médical</i>	3,70	3,84	4,12	4,22	4,30	4,67
+ Charges sociales totales sur personnel	6,22	6,68	6,89	7,16	7,26	7,33
+ Honoraires médecine libérale et indemnités d'enseignement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
+ Autres charges de personnel	0,04	0,15	0,03	0,04	0,04	0,02
- Atténuations de charges portabilité CET	-	-	0,00	0,01	0,00	0,00
+ Impôts et taxes liés au personnel	2,31	2,41	2,48	2,50	2,55	2,67
<i>Dont taxe sur les salaires</i>	1,69	1,68	1,82	1,83	1,87	1,93
= Charges de personnel interne	25,79	27,10	27,52	28,11	28,63	29,49
+ Charges de personnel externe	0,59	0,58	0,58	0,38	0,44	0,57
= Charges de personnel totales consolidées	26,38	27,68	28,10	28,49	29,07	30,06
<i>CP externe / CP totales</i>	2,23%	2,09%	2,05%	1,33%	1,51%	1,90%
<i>CP totales en % des produits courants</i>	75,95%	75,58%	77,33%	74,09%	75,56%	79,53%

Source : CRC à partir des données des comptes financiers.

6.1.2.3- Les frais financiers

Les frais financiers réels nets, toutes activités confondues, ont fortement progressé durant la première moitié de la période sous revue, évoluant de 0,41 M€ en 2011 à 0,79 M€ en 2013, avant de reculer légèrement pour s'établir à 0,70 M€ en 2016.

Dans une très large mesure, l'augmentation des frais financiers résulte de l'appel à la ressource d'emprunts souscrits en 2011 (pour 2,5 M€ et 4,5 M€) et 2012 (pour 2,0 M€ et 6,5 M€) pour le financement de l'opération de restructuration du bâtiment médico-chirurgical.

Tableau 12 : Frais financiers réels nets toutes activités confondues, en €

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Charges d'intérêt	409 735 €	624 504 €	794 370 €	756 973 €	730 529 €	703 035 €
- Autres pdts (+) ou charges (-) financiers réels	51 €	53 €	42 €	37 €	29 €	27 €
Frais financiers réels nets	409 684 €	624 451 €	794 327 €	756 936 €	730 500 €	703 007 €
<i>en % des produits courants</i>	1,2%	1,7%	2,2%	2,0%	1,9%	1,9%

Source : CRC à partir des données des comptes financiers.

6.1.3- Les remboursements de frais entre budgets

Des remboursements de frais entre différentes composantes budgétaires de l'établissement ont été comptabilisés tout au long de la période, pour des montants en baisse entre 2011 (1,65 M€) et 2016 (1,23 M€). Bénéficiant surtout au budget principal, ils correspondent aux consommations de produits suivis en stocks, à la ré-imputation des charges de gestion

courante (gestion administrative, blanchisserie, restauration et stérilisation), et des charges de personnels mis à disposition dont les modalités de suivi comptable ont récemment évolué.

Les recettes correspondant au remboursement des frais de personnels mis à disposition des budgets annexes par le budget principal, étaient en effet comptabilisées au compte c/7087 « *remboursement de frais par les CRPA* ». Ils sont dorénavant enregistrés au compte c/7084 « *mise à disposition de personnel facturée* », ce qui a entraîné une réduction significative du montant des remboursements de frais en toute fin de période.

6.1.4- La formation du résultat

6.1.4.1- La marge brute d'exploitation

La marge brute d'exploitation toutes activités confondues, qui correspond à l'excédent des produits issus de l'activité sur les charges de même nature, a été positive de 2011 à 2015 pour des montants ayant varié de 0,51 M€ à 1,56 M€. Elle est devenue négative en 2016 (- 0,34 M€) traduisant un volume de charges supérieur à celui des produits.

Sur toute la période, le taux de marge brute est resté sensiblement inférieur au taux de 6 % communément admis comme permettant le financement des dépenses d'investissement, n'excédant pas 4,3 % en 2014 et 4 % en 2012 à son plus haut niveau.

Tableau 13 : Marge brute d'exploitation

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Marge brute d'exploitation – toutes activités confondues	857 381 €	1 451 555 €	638 322 €	1 660 576 €	1 164 603 €	- 341 418 €
Marge brute d'exploitation du budget principal	658 895 €	993 987 €	511 658 €	1 583 692 €	970 530 €	- 240 857 €
<i>En % des produits courants de fonctionnement</i>	2,5 %	4,0 %	1,8 %	4,3 %	3,0 %	- 0,9 %

Source : CRC à partir des données des comptes financiers.

6.1.4.2- La capacité d'autofinancement brute

La CAF brute consolidée du centre hospitalier de Saint-Flour a été négative en 2013 (- 0,23 M€) et 2016 (- 0,99 M€), et légèrement positive les autres années de la période sous revue.

Cette variation s'explique, en 2013, par une faible marge brute d'exploitation (0,64 M€) sur laquelle ont pesé des frais financiers nets réels à un niveau élevé (0,79 M€) pour le calcul de la capacité d'autofinancement brute. En 2016, la marge brute étant, cette fois, négative (- 0,34 M€) et les frais financiers encore importants, la capacité d'autofinancement (CAF) brute consolidée s'en est trouvée encore plus nettement dégradée.

Sur toute la période, la CAF rapportée aux produits courants n'a pas excédé, dans les meilleures années, 2,4 %, signe de la grande difficulté de l'établissement à faire face au remboursement du capital de sa dette et à pouvoir autofinancer une partie de ses dépenses d'investissement.

Tableau 14 : De la marge brute à la CAF brute consolidée

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Marge brute d'exploitation – toutes activités confondues	857 381 €	1 451 555 €	638 322 €	1 660 576 €	1 164 603 €	- 341 418 €
- Frais financiers nets réels	409 684 €	624 451 €	794 327 €	756 936 €	730 500 €	703 007 €
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	39 638 €	116 215 €	94 205 €	139 790 €	106 364 €	137 335 €
- Charges exceptionnelles réelles	125 775 €	122 076 €	171 359 €	112 423 €	89 609 €	80 452 €
= CAF brute consolidée	361 559 €	821 243 €	- 233 159 €	931 007 €	450 857 €	- 987 543 €
<i>en % des produits courants</i>	1,0 %	2,2 %	- 0,6 %	2,4 %	1,2 %	- 2,6 %
<i>en % du total des produits</i>	1,0 %	2,1 %	- 0,6 %	2,3 %	1,1 %	- 2,5 %

Source : CRC à partir des données des comptes financiers.

6.1.4.3- Le résultat comptable

L'établissement ayant constitué peu de nouvelles provisions et effectué de nombreuses reprises (cf. 5.4- ci-dessus), les dotations nettes se sont avérées négatives pour des montants annuels ayant fluctué de 0,15 M€ à 1,10 M€. Dans le même temps, du fait en particulier de l'opération de restructuration du bâtiment médico-chirurgical, les dotations aux comptes d'amortissements se sont alourdies, avec des montants annuels progressant de 1,28 M€ à 1,85 M€, dont il est ressorti un résultat net comptable déficitaire sur toute la période, à l'exception de l'année 2014.

Si le déficit net comptable consolidé est demeuré relativement contenu en début de période (- 8 887 € en 2011 et 0,28 M€ en 2012), celui des exercices 2013 (- 0,76 M€), 2015 (- 0,79 M€) et 2016 (- 2,23 M€) s'est accentué, traduisant des tensions financières pérennes.

Le résultat net comptable du budget principal n'a été excédentaire qu'en 2011 (1 567 €) et 2014 (0,11 M€), et a accusé un déficit de 1,98 M€ en 2016.

Tableau 15 : De la CAF brute au résultat net comptable consolidé

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAF brute consolidée (a)	361 559	821 243	- 233 159	931 007	450 857	- 987 543
Quote-part des subventions d'inv. transférés	67 937	68 228	68 011	67 859	68 150	71 750
- Dotations nettes aux amortissements	1 279 087	1 320 129	1 647 613	1 747 331	1 845 809	1 832 319
- Dotations nettes aux provisions	- 840 704	- 154 412	- 1 105 048	- 776 818	- 529 856	- 514 486
= Sous-total des opérations d'ordre (b)	- 370 447	- 1 097 489	- 474 555	- 902 653	- 1 247 803	- 1 246 084
Produits de cessions des éléments d'actifs	-	1 273	57 600	200	1 500	4 700
- Valeur nette des éléments d'actifs cédés	0	9 747	109 112	-	-	4 142
= +/- valeurs de cessions (c)	-	- 8 474	- 51 512	200	1 500	558
Résultat net comptable consolidé (a+b+c)	- 8 887	- 284 720	- 759 226	28 554	- 795 445	- 2 233 069
<i>Résultat net du budget principal</i>	1 567	- 404 918	- 741 332	114 022	- 738 820	- 1 981 902
<i>Résultat net des budgets USLD/EHPAD</i>	- 10 459	119 631	- 1 737	- 54 708	- 124 059	- 265 381
<i>Résultat net du budget IFAS</i>	1	-	-	- 4 532	17 621	7 029
<i>Résultat net du budget SSAD</i>	3	568	- 16 156	- 26 266	49 849	7 141
<i>Résultat net du budget DNA</i>	-	-	-	37	- 37	44

Source : CRC à partir des données des comptes financiers.

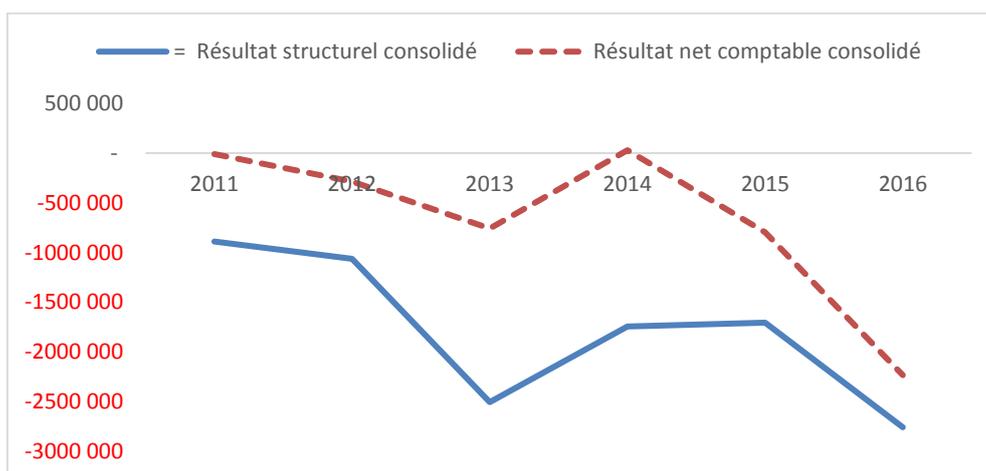
6.1.4.4- Le résultat structurel

Le résultat structurel du centre hospitalier de Saint-Flour devait faire l'objet d'un suivi dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre budgétaire (CREB). Pour le déterminer, les résultats comptables consolidés ont été corrigés, selon l'ordonnateur, du solde des charges et des produits exceptionnels, de celui des dotations aux provisions et des reprises opérées sur provisions pour risques et charges, et des aides non pérennes versées.

L'établissement a en effet perçu de 2011 à 2015 des aides non pérennes, d'un montant total de 3,03 M€, en soutien financier de l'ARS. En 2016 (0,45 M€), puis 2017 (de l'ordre de 2,5 M€), l'ARS a encore soutenu l'établissement, mais sous forme d'aides à la reconstitution du fonds de roulement, de ce fait enregistrées en apports au compte c/10283 « *apports ; compléments de dotation – autres ; Fonds d'intervention régional (FIR)* » et donc sans incidence sur le calcul du résultat structurel.

Les retraitements opérés laissent apparaître un déficit structurel consolidé qui s'amplifie de 2011 (0,89 M€) à 2016 (2,76 M€), tout en tendant à se rapprocher du déficit comptable en fin de période (- 2,23 M€ en 2016). Il est à craindre que les opérations de fiabilisation des comptes, encore à engager, accentueront le creusement du déficit structurel.

Figure 3 : Résultat comptable et résultat structurel



Source : CRC depuis les données fournies par l'établissement

Tableau 16 : Le résultat structurel consolidé

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Résultat net comptable consolidé	- 8 887 €	- 284 720 €	- 759 226 €	28 554 €	- 795 445 €	-2 233 069 €
- Solde charges et produits exceptionnels	- 18 306 €	14 542 €	- 60 833 €	95 426 €	79 400 €	129 190 €
- Solde dotations et reprises de dotations aux provisions pour risques et charges	849 012 €	- 316 160 €	1 105 048 €	776 818 €	529 856 €	394 869 €
- Solde aides non pérennes	50 000 €	1 080 000 €	700 000 €	901 612 €	300 000 €	-
= Résultat structurel consolidé	- 889 593 €	- 1 063 102 €	- 2 503 441 €	- 1 745 302 €	- 1 704 701 €	- 2 757 128 €

Source : données fournies par l'établissement.

6.2- Le financement des investissements

L'annuité en capital de la dette a progressé de 0,46 M€ en 2011 à 0,76 M€ en 2016. Associée à une CAF brute modeste, voire négative en 2013 et en 2016, son évolution a conduit à une

CAF nette négative sur la majeure partie de la période et n'excédant pas 0,24 M€ les rares années où elle a été positive.

Au total, le montant cumulé de la CAF brute sur la période (1,35 M€), qui correspond aux ressources internes pour le financement des investissements, n'a pas été suffisant pour couvrir le remboursement du capital de la dette (3,99 M€).

Or, même si le calcul du taux de vétusté des équipements (installations techniques, matériel, outillage industriel et autres immobilisations corporelles hors terrains et bâtiments), qui montre des besoins de renouvellement (79,3 % en 2016), est sujet à caution au regard du manque de fiabilité de l'état de l'actif (cf. 5.2.1.1- ci-dessus), l'insuffisance de ressources à consacrer à l'investissement conduit inexorablement à sa dégradation. Il en est de même pour le taux de vétusté des bâtiments, certes moins dégradé (40,9 % en 2015).

Tableau 17 : De la CAF brute à la CAF nette consolidée

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Capacité d'autofinancement brute	361 559 €	821 243 €	- 233 159 €	931 007 €	450 857 €	- 987 543 €
- Annuité en capital de la dette	457 728 €	581 513 €	713 238 €	724 729 €	753 174 €	759 360 €
= Capacité d'autofinancement nette	- 96 169 €	239 730 €	- 946 397 €	206 278 €	- 302 316 €	- 1 746 903 €

Source : CRC d'après les données des comptes financiers.

6.3- La situation bilanciale

Les financements stables de l'établissement ont augmenté de façon significative entre 2011 (49,23 M€) et 2012 (57,79 M€, soit + 17,4 %), sous l'effet de la forte hausse des emprunts et dettes assimilées (+ 7,92 M€).

Ils ont, par la suite, faiblement diminué (55,43 M€ en 2016), à raison de l'augmentation significative du montant des amortissements (+ 6,52 M€), venue compenser en grande partie la baisse du montant des emprunts et dettes assimilées (- 2,49 M€), la dégradation du report à nouveau déficitaire (- 1,87 M€) et la forte diminution des provisions réglementées (- 2,68 M€) entre 2012 et 2016, ainsi que le résultat comptable très déficitaire en 2016 (- 2,23 M€). L'aide de l'ARS allouée en 2016, en soutien au fonds de roulement (0,45 M€), a en outre abondé le montant des apports.

Si les biens stables ont fortement augmenté entre 2011 (41,48 M€) et 2016 (52,70 M€, soit + 11,22 M€), essentiellement sous l'effet de la hausse des immobilisations corporelles (+ 10,79 M€), leur montant est cependant resté inférieur à celui des financements stables, permettant au fonds de roulement de rester positif pendant toute la période. Ce dernier est néanmoins en forte réduction depuis 2012, reculant de 11,17 M€ à 2,73 M€ en 2016.

Le besoin en fonds de roulement est demeuré positif - les créances issues du cycle d'exploitation étant supérieures aux dettes de même nature durant toute la période sous revue -, mais son montant s'est nettement rétracté en 2016 (0,79 M€) par rapport à son niveau de 2011 (4,56 M€).

Les fonds en dépôt et les intérêts courus non échus étant peu significatifs, la trésorerie est demeurée positive tout au long de la période, bien qu'également en baisse de 2012 (6,72 M€) à 2016 (1,94 M€).

Cette situation, apparemment favorable, n'a cependant pas empêché l'apparition de tensions de trésorerie, dûment relevées par le receveur hospitalier. Ce dernier notait ainsi dans son

rapport d'analyse financière des exercices 2007 à 2011 que « sur l'ensemble de la période examinée, le niveau de trésorerie de l'établissement était satisfaisant et permettait d'assurer le paiement à bonne date de l'ensemble des charges », mais constatait en son analyse des exercices 2012 à 2016, que « le cumul des déficits constatés ces dernières années et les prélèvements successifs sur le fonds de roulement ont généré des insuffisances de trésorerie en 2016, et l'établissement a été conduit à ne pas honorer certaines dettes fiscales et sociales à hauteur de 500 000 € ».

6.4- L'endettement

Le montant des emprunts et dettes assimilées a fortement augmenté en tout début de période, du fait de la mobilisation de 7,0 M€ d'emprunts en 2011 puis encore de 8,5 M€ en 2012 en lien avec la restructuration du bâtiment médico-chirurgical. L'encours de la dette a ainsi atteint 21,92 M€ au 31 décembre 2012.

Ce montant a ensuite reculé, jusqu'à 19,43 M€ en 2016, l'établissement n'ayant plus fait appel à l'emprunt à l'exception d'une mobilisation de 0,46 M€ en 2014.

En la matière, l'article D. 6145-70 du code la santé publique³¹ dispose que, pour pouvoir recourir à tout nouvel emprunt de plus de 12 mois, les établissements doivent solliciter une autorisation préalable de l'ARS lorsqu'ils remplissent deux des trois critères suivants : une durée apparente de la dette supérieure à 10 ans ; un taux d'indépendance financière supérieur à 50 % ; et un encours de dette rapporté au total des produits supérieur à 30 %. Les modalités de calcul de ces indicateurs ont été précisées par un arrêté daté du 7 mai 2012³².

Le centre hospitalier de Saint-Flour a rempli chacun des trois critères réglementaires durant toute la période de 2012 à 2016.

Le ratio d'indépendance financière, qui met en évidence la part de l'encours de la dette dans les capitaux permanents, s'est dégradé continument de 48,9 % en 2011 et de 60,3 % en 2012 sous l'effet de la croissance de l'encours de dette, pour atteindre 66,1 % en 2016, malgré un moindre recours à l'emprunt et un relatif désendettement, à raison de la contraction des capitaux permanents.

Tableau 18 : Encours de la dette

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Remboursements d'emprunts (annuité en capital de la dette)	457 728	581 513	713 238	724 729	753 174	759 360
Emprunts nouveaux	7 000 000	8 500 000	-	460 000	-	-
Encours de la dette au 31/12/N	14 005 975	21 924 461	21 211 223	20 946 494	20 193 321	19 433 961

Source : CRC à partir des comptes financiers.

Tableau 19 : Les indicateurs relatifs à l'endettement

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ratio d'indépendance financière	48,9%	60,3%	62,0%	64,7%	65,0%	66,1%
Durée apparente de la dette	39	27	-	22	45	-
Encours de la dette rapporté au total des produits	39,0%	58,6%	56,3%	53,0%	51,4%	50,4%

Source : CRC à partir des comptes financiers et selon les modalités de calcul définies par l'arrêté du 7 mai 2012 – la CAF brute étant négative en 2013 et en 2016, le calcul de la durée apparente de la dette est sans objet pour ces exercices.

³¹ Issu du décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 - art. 1.

³² Arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

6.5- Les hypothèses retenues pour la période de 2018 à 2022

Les hypothèses sur lesquelles le centre hospitalier de Saint-Flour a établi l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour 2018, et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2018-2022 paraissent réalistes au regard des tendances observées, tant en dépenses qu'en recettes d'activité, et du niveau des dotations d'ores et déjà annoncées par l'ARS. La chambre relève toutefois que l'établissement ne prévoit pas de nouvelles dotations aux provisions au titre des comptes épargne temps, pourtant nécessaires (cf. 5.4.2.2- ci-dessus) pour respecter la réglementation afférente.

L'établissement n'envisage pas de recours à l'emprunt durant la période d'effet du PGFP, alors qu'il comporte la prise en compte d'une opération de restructuration des urgences prévues pour les années 2018 et 2019 et d'un coût prévisionnel de 2 M€. Conscient de sa situation financière tendue, l'établissement conditionne la réalisation de cette restructuration à l'obtention de deux subventions, d'un montant de 0,95 M€ chacune, sollicitées et attendues de la région ainsi que de l'ARS, pour l'attribution desquelles l'ordonnateur a bon espoir.

Sur ces bases, le résultat comptable (toutes activités confondues) devrait continuer à se détériorer pour s'établir à - 4 M€ en 2018, et demeurer déficitaire de 2019 à 2022. L'insuffisance d'autofinancement devrait en conséquence induire un montant cumulé de prélèvement sur le fonds de roulement, de l'ordre de 13,4 M€ en 2022.

6.6- Conclusion sur la situation financière

Toutes activités confondues, les dépenses de personnel, qui représentent le premier poste de charges de l'établissement, ont progressé tout au long de la période au rythme annuel moyen de + 2,6 %, soit d'un montant de 3,34 M€ de 2011 à 2016. Dans le même temps, les produits issus de l'activité hospitalière enregistrés au budget principal, qui concentre l'essentiel des produits d'activités du centre hospitalier, sont restés relativement stables (+0,28 M€).

L'opération de restructuration du bâtiment médico-chirurgical, engagée antérieurement à la période sous revue, est à l'origine d'une nette augmentation des dotations aux amortissements des immobilisations (+ 0,38 M€), ainsi que des charges d'intérêts supportées au titre des emprunts (+ 0,29 M€) souscrits pour en assurer le financement.

La situation financière du centre hospitalier de Saint-Flour en est devenue plus fragile, malgré un important soutien financier apporté par l'ARS :

- ♦ à raison de 0,53 M€ de subventions au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), dans le cadre de l'opération de restructuration du bâtiment médico-chirurgical, pour les exercices 2011 et 2012 ;
- ♦ à hauteur de 3 M€ d'aides non pérennes allouées entre 2012 et 2015, sous la forme d'une dotation « d'aide à la contractualisation » ou au titre du Fonds d'intervention régional (FIR) dans l'objectif de réduction du déficit ;
- ♦ avec 0,45 M€ alloués en soutien au fonds de roulement en 2016, par financement du FIR ;
- ♦ outre un montant d'aides de 2,5 M€ allouées au titre des « activités isolées » de 2014 à 2016.

Pour autant, le résultat comptable consolidé de l'établissement a été déficitaire durant toute la période, l'exercice 2014 faisant seule exception. L'établissement a même connu une situation d'insuffisance d'autofinancement en 2013 et en 2016.

Les produits disponibles sur l'ensemble de la période considérée n'ont pas permis de couvrir le remboursement du capital de la dette, réduisant à néant les capacités d'investissement du centre hospitalier de Saint-Flour alors que le taux de vétusté des équipements s'est dégradé.

Les projections budgétaires élaborées par le centre hospitalier laissent augurer de tensions financières plus prononcées, malgré le soutien important encore consenti en 2017 par l'agence régionale de santé, de 2,5 M€ au titre de la reconstitution du fonds de roulement et le financement réitéré des activités d'établissement isolé (0,68 M€).

L'ordonnateur en fonctions a déclaré ne pas voir « *de retour à l'équilibre budgétaire à court ou moyen terme, à mode de financement inchangé.* »

Sans ignorer le contexte présent de contraintes budgétaires et les modalités de financement, susceptibles d'engendrer des tensions mais qui s'appliquent à l'ensemble des structures hospitalières publiques, la chambre estime que le centre hospitalier de Saint-Flour ne doit pas cependant s'exonérer d'engager la réflexion sur une profonde réorganisation de son offre de soins, notamment en développant résolument les alternatives à l'hospitalisation complète, et travailler à l'ajustement de ses moyens, y compris en personnels, en fonction de l'activité déployée.

Une fois revu à l'aune du projet médical de territoire, le projet médical devra être mis en œuvre et donner lieu à un projet d'établissement complet, qui puisse s'articuler sur les capacités de développement de l'activité et les coopérations offertes par le groupement hospitalier de territoire du Cantal, en vue de rendre plus lisible la stratégie de l'établissement.

7- LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

7.1- L'organisation de la gestion des ressources humaines

Outre son directeur, le service des ressources humaines du centre hospitalier, en charge de la gestion du personnel non médical, comprend six agents à temps plein, dont une attachée d'administration hospitalière. Depuis septembre 2017, un agent à mi-temps supplémentaire assure les opérations liées à la paie des personnels médicaux, leur gestion étant de la compétence du directeur d'établissement.

L'ancienne directrice des ressources humaines ayant assuré dans le même temps d'autres fonctions, et connu de longues périodes d'absence, le fonctionnement du service en a sans doute été fragilisé. Un nouveau directeur des ressources humaines a été nommé en 2017. Enfin, le cadre supérieur de santé, faisant fonction de directeur des soins, s'est absenté longuement après sa réussite au concours pour suivre la formation à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) en 2017.

7.2- Le pilotage de la masse salariale

7.2.1- L'évolution des effectifs et des charges de personnel

L'effectif du centre hospitalier de Saint-Flour, tous budgets confondus, a peu évolué sur la période, passant de 564,03 ETP en 2011 à 571,46 ETP en 2016, soit une évolution annuelle moyenne de 0,3 %. Cette hausse a représenté 1,4 ETP médical et 6,03 ETP non médicaux.

Les charges de personnel ont cependant augmenté en moyenne, de 2,6 % l'an (cf. 6.1.2.2- ci-dessus).

Au sein du budget principal, les charges de personnel ont représenté de l'ordre de 70 % du total des dépenses, leur poids relatif s'accroissant la dernière année connue (71,7 %). Elles ont ainsi absorbé en moyenne 94,8 % des recettes provenant de l'assurance maladie, les dépassant même en 2016 (101,9 %).

En 2012 - les données comparatives n'étant pas disponibles pour les années plus récentes – les indicateurs de la Banque de données hospitalières de France identifiaient le centre hospitalier de Saint-Flour comme supportant un poids relatif de dépenses de personnel sensiblement supérieur (72,7 %) à celui de la moyenne des établissements de 20 à 70 M€ de budget, tant au plan régional (69,2 %) qu'au plan national (68,2 %), et cela alors même que l'indice moyen rémunéré était plus faible (569,9 pour 587,5 au plan régional et 608,5 au plan national).

Tableau 20 : Données générales, Budget principal

En M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total des charges	31,57	33,37	33,97	34,72	35,35	35,59
dont charges de personnel (C1)	22,34	23,61	23,80	24,22	24,74	25,53
Total des produits	31,57	32,97	33,23	34,83	34,61	33,61
dont produits à la charge de l'Assurance maladie (P1)	25,14	26,26	24,19	25,92	25,62	25,05
C1/total des charges (en %)	70,76%	70,75%	70,07%	69,77%	69,98%	71,73%
C1/P1 (en %)	88,84%	89,91%	98,38%	93,44%	96,55%	101,90%
"marge" *	11,16%	10,09%	1,62%	6,56%	3,45%	-1,90%

Source : comptes financiers

(*) pourcentage des recettes de l'assurance maladie non consommées par les charges de personnel

Tableau 21 : Évolution des ressources humaines, en ETP moyen annuel

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ETP médicaux dont internes	41,14	44,39	43,50	41,56	39,86	42,54
ETP non médicaux	522,89	529,16	527,32	521,85	518,46	528,92
Total ETP	564,03	573,55	570,82	563,41	558,32	571,46
Taux d'absentéisme du PNM	nc	4,8	5,2	4,3	5,5	6,2
Turn-over global	nc	13,8	4,1	2,7	4,6	6,5
Intérim médical	1,3	1,5	1,1	nc	0,6	nc

Source : Données établissement pour les ETP moyens annuels et Hospidiag pour les indicateurs

7.2.2- Le pilotage annuel de la masse salariale

Pour piloter la masse salariale, le directeur du centre hospitalier de Saint-Flour réunit chaque semaine autour de lui la directrice des soins, le cadre supérieur de santé, le directeur des ressources humaines et l'attachée d'administration hospitalière de la DRH afin d'examiner les besoins en personnel. Des rapprochements sont effectués, mensuellement, entre les effectifs réels et les prévisions de l'EPRD, sur la base de tableaux de bord tenus de façon manuscrite.

L'équipe de direction de l'établissement rencontre toutefois des difficultés pour ses prévisions concernant l'effet glissement-vieillesse-technicité (GVT)³³. Elle s'appuie alors sur les taux de progression moyens fournis par la Fédération hospitalière de France (FHF) chaque année.

La gestion des personnels infirmiers fait l'objet d'une étroite collaboration entre la direction des ressources humaines et la direction des soins. Une réunion mensuelle, associant la directrice des soins, le cadre supérieur de santé, le cadre de santé des « pools » et l'attachée d'administration hospitalière de la DRH, leur permet d'assurer un suivi des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ)³⁴. Ces

³³ L'effet GVT correspond à la variation de la masse salariale entre deux périodes : due aux promotions individuelles (Glissement) ; à l'ancienneté des salariés (Vieillesse) ; et à la progression des qualifications techniques (Technicité).

³⁴ Les agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux dans les hôpitaux et les structures médico-sociales. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades, mais ne participent pas aux soins aux malades et aux personnes hospitalisées ou hébergées.

questions peuvent également être abordées, si besoin, lors des réunions de direction hebdomadaires.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicot techniques (CSIRMT) est consultée sur l'organisation générale des soins, notamment lors de réorganisations ou de développement d'activités. De même, le comité technique d'établissement (CTE) émet un avis sur les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, et est informé de l'évolution des effectifs. Quant au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), il s'assure que les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en place et, à ce titre, a été associé aux différents audits conduits en la matière par l'établissement en 2017. Il est consulté, en outre en amont, pour toute décision affectant les conditions de travail.

7.2.3- La masse salariale relative aux personnels infirmiers

Les effectifs infirmiers du centre hospitalier de Saint-Flour ont peu évolué entre 2012 (150,77 ETP) et 2016 (156,13 ETP), soit selon un rythme annuel moyen de 0,9 %. La masse salariale correspondante a progressé de 0,34 M€ sur la même période, soit de 1,4 % en variation annuelle moyenne. Rapportée aux charges totales de personnel de l'établissement, elle a représenté une part stable autour de 28 % sur la période.

Les principaux facteurs expliquant la hausse de la masse salariale des personnels infirmiers, tiennent à la réforme statutaire de 2010 des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), et à l'application du protocole « *parcours professionnels des carrières et des rémunérations* » (PPCR).

Bien que contenue à + 4,4 emplois ETP d'infirmiers, hors activité psychiatrique ou EHPAD, en conséquence des évolutions qu'ont connu les activités pendant la période, la croissance des effectifs infirmiers a pesé à hauteur de 0,37 M€ sur les charges de personnel. Ni les plans de retour à l'équilibre financier dans lesquels s'est engagé l'établissement, ni le plan triennal 2015-2017 de réduction de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) qui lui a été appliqué, n'ont visé spécifiquement la suppression de postes infirmiers ou de cadre de santé.

Les réformes statutaires de 2010³⁵, qui ont abouti à la création d'un unique corps classé en catégorie A regroupant désormais infirmiers et infirmiers spécialisés, ont ouvert un droit d'option pour les agents en poste, pouvant choisir d'être maintenus dans leur ancien corps en extinction de catégorie B (avec un départ en retraite encore possible à 55 ans) ou d'être intégrés dans le nouveau corps de catégorie A. Mises en œuvre en décembre 2010, ces mesures ont concerné 147 agents au centre hospitalier de Saint-Flour qui ont opté, à 63 %, pour le maintien (souvent à raison de leur âge plus avancé). Elles ont eu un impact de 71 844 €, pour lequel il n'avait pas été établi d'appréciation chiffrée *a priori*. Pour le reste de la période de contrôle de la chambre, l'établissement n'a pu communiquer de mesure globale des incidences financières de la réforme.

Autre mesure statutaire, le protocole dit de « *parcours professionnels des carrières et des rémunérations* » (PPCR), qui se traduit par le transfert d'une partie du régime indemnitaire vers le traitement indiciaire (transfert primes/points), doit être mis en œuvre de manière échelonnée, de 2016 à 2019, pour l'ensemble de la fonction publique.

³⁵ Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

Le dispositif a concerné en 2016 les IDE de catégorie B et, à compter de 2017, les IDE de catégorie A. Si le centre hospitalier de Saint-Flour en a estimé à 58 955 € le surcoût brut sur ces deux premières années, il n'a pas évalué les revalorisations prévues pour les années à venir. Le décret du 21 décembre 2017³⁶ ayant reporté d'un an la mise en œuvre des mesures de revalorisation prévues, la chambre encourage l'établissement à profiter de ce moratoire pour chiffrer précisément les surcoûts de rémunérations devant en résulter pour les années 2019 à 2021.

7.2.4- L'audit des ressources humaines

Dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre budgétaire (CREB) signé avec l'ARS le 7 juin 2013 et de ses avenants, le centre hospitalier de Saint-Flour s'était en particulier engagé sur diverses mesures de maîtrise des dépenses de personnel. Le comité de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé³⁷, dans sa réunion du 10 septembre 2014, avait demandé à l'établissement de procéder au plus vite à l'audit des organisations médicales et non médicales, en vue d'identifier des pistes d'économies possibles.

Dans un courrier en date du 29 décembre 2014, l'ARS a regretté que l'audit prévu sur les organisations non médicales ait été reporté par l'établissement. Celui-ci a finalement été engagé avec l'aide d'un prestataire, et le diagnostic en a été présenté à l'ARS le 2 novembre 2016, soit plus de trois ans après la signature du CREB. Même si le diagnostic conclut que « *les organisations de travail (...) sont déjà serrées et dégager des leviers supplémentaires d'optimisation passe par une évolution de l'activité (...) et une modification des organisations médicales qui la produisent* », il invite cependant en matière de ressources humaines, à « *aligner les obligations annuelles de travail sur la réglementation et à harmoniser les horaires de travail* » et à adapter l'effectif à l'activité. D'autres préconisations plus ponctuelles accompagnent également ce plan d'actions quant à la gestion des personnels.

Plusieurs mesures ont été mises en place sur la base des recommandations formulées : formations à l'optimisation du temps de travail à destination des cadres ; le passage en douze heures pour certains personnels soignants ; la centralisation de la gestion des services de remplacement ; « *pools* » infirmiers et aides-soignants. Ces premières mesures sont intervenues trop récemment pour tenter d'en établir un bilan.

Tableau 22 : Impact des réformes et/ou restructurations

Réforme ou restructuration	Impact sur l'organisation et le temps de travail des infirmiers (évolution des effectifs, mutualisation de certains postes, modification des tâches dévolues aux IDE, ...)
Passage aux 35 heures	Évolution des effectifs en lien avec le nombre de jours de RTT (19j)
Tarifcation à l'activité	-
Restructuration de l'offre de soins en interne	-
Mise en place d'une direction commune	-
Fusion d'établissements	-

Source : Établissement

³⁶ Décret n° 2017-1736 du 21 décembre 2017 portant report de la date d'entrée en vigueur de certaines dispositions statutaires relatives à la modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations et applicables aux fonctionnaires de l'État, aux fonctionnaires territoriaux et aux fonctionnaires hospitaliers.

³⁷ Circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2012/350 du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé.

Tableau 23 : Les comptes d'heures supplémentaires des personnels infirmiers non récupérées et non rémunérées au 31/12 de l'année

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE	4 400	4 900	1 750	1 850	2 550	3 050
<i>Nombre moyen par IDE</i>	35	38	14	15	20	25
IBODE	260	105	75	32	-	100
<i>Nombre moyen par IBODE</i>	260	105	75	32	-	100
IADE	100	610	210	300	370	320
<i>Nombre moyen par IADE</i>	17	120	42	75	93	107
IDE puéricultrice						
<i>Nombre moyen par IDE puéricultrice</i>						
Infirmier exerçant une activité de psychiatrie	240	490	220	320	610	580
<i>Nombre moyen par Infirmier exerçant une activité de psychiatrie</i>	8	14	8	11	20	22
Infirmier exerçant en EHPAD	120	190	170	85	140	160
<i>Nombre moyen par IDE exerçant en EHPAD</i>	14	16	15	7	13	13

Source : Données fournies par l'établissement

7.2.5- La régularité de la gestion de la paie (avances, primes)

La chambre a vérifié, par sondages sur les bulletins de paie de 2014 et 2015, la régularité des versements de primes et d'indemnités sans relever d'anomalies.

7.3- L'efficacité de l'organisation

7.3.1- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

L'établissement ne s'est que peu engagé dans une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, car trop mobilisé, selon l'ordonnateur, par la gestion d'un quotidien difficile.

Le bilan social a été élaboré chaque année par le centre hospitalier de Saint-Flour. Il n'est cependant pas toujours complet, en conséquence en particulier de la refonte de son contenu, imposée par le décret du 22 novembre 2012³⁸ et l'arrêté du 5 décembre 2012³⁹, et du changement de logiciel de gestion des ressources humaines de 2011, qui a empêché l'élaboration d'un certain nombre d'indicateurs. Même si, année après année, les indicateurs sont plus nombreux et plus riches, le bilan social de 2016 n'est toujours pas exhaustif en matière, notamment, de données prévisionnelles.

Il ressort cependant des bilans sociaux de 2013 à 2015 que la mise en adéquation des effectifs avec l'activité n'est effectuée que de façon conjoncturelle, et qu'il n'existe pas d'outil permettant de définir et de réactualiser les besoins au regard de la charge de travail dans le cadre d'une organisation cible. Ce n'est, selon les dires de la directrice des soins, que dans le cadre de l'audit des ressources humaines mené en 2016 que les effectifs cibles ont été définis.

³⁸ Décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012 portant modification du décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³⁹ Arrêté du 5 décembre 2012 fixant les modalités d'adoption et le contenu du bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

7.3.2- Un manque d'indicateurs

Le même audit de 2016 a confirmé que le centre hospitalier de Saint-Flour éprouvait des difficultés pour parvenir à couvrir les besoins des différents postes de travail.

Même s'il estime, après la définition d'effectifs cibles par service, que la politique d'affectation du personnel est cohérente avec les besoins compte-tenu des règles d'organisation et de gestion du temps de travail en vigueur dans l'établissement, l'audit a pointé plusieurs causes à ces difficultés persistantes :

- un dispositif de gestion des remplacements peu formalisé, associé à une compensation quasi-systématique de l'absentéisme ;
- un *pool* de remplacement dans l'incapacité de couvrir l'ensemble des besoins ;
- une politique généreuse d'octroi de temps partiels, conduisant à des embauches de personnel (titularisation) pour les compenser ;
- l'absence d'outils partagés entre la DRH et la direction des soins pour la gestion de l'absentéisme en temps réel et le suivi des affectations.

L'établissement a, depuis, modifié ses pratiques pour ce qui concerne les remplacements.

Les outils de pilotage restent cependant assez rudimentaires et orientés vers la gestion budgétaire des dépenses de personnel. A titre d'illustration, l'établissement ne disposait pas d'une cartographie des organisations cibles corrélées à des indicateurs d'activité et à des indicateurs de mesure de la charge de travail. Cela avait pour conséquence de multiplier les rappels des agents, d'accroître les heures supplémentaires et d'abonder les comptes épargne temps. Si, dans la période la plus récente, un travail a été fait sur ces domaines de gestion, il demeure nécessaire que l'établissement se dote de véritables outils de pilotage des ressources humaines.

Tableau 24 : Indicateurs Hospidiag

	CHSF		Typologie	
	2015	2016	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes	33,90%		21,70%	29,10%
Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	11,30%		6,90%	10,20%
Coût du personnel relatif aux services médicotechniques rapporté aux recettes	21,70%		3,70%	13,80%
Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques (y compris activité externalisée)	20,30%		21,20%	25,20%
ICR par salle d'intervention chirurgicale		147 371	176 819	319 205

Source : Hospidiag – Lorsque les données 2016 sont manquantes, les données 2015 sont comparées aux références de la même année

7.3.3- L'ajustement des effectifs infirmiers

Ce n'est que depuis 2016, à l'occasion de l'audit mené sur les ressources humaines, que les effectifs cibles par service ont été établis. Toutefois, l'établissement n'utilise pas d'indicateurs, tels que les ratios par lit ou les indicateurs définis par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), ni de dispositif de mesure de la charge de travail en soins⁴⁰. La directrice des soins, nouvellement diplômée et qui a pris ses fonctions depuis peu, a indiqué s'appuyer sur les méthodes présentées et étudiées à l'Ecole des hautes études de la santé publique (dont elle est sortie depuis peu) pour améliorer l'adéquation entre l'effectif soignant présent et l'activité. Cette démarche, qui doit être encouragée, est toutefois très récente.

⁴⁰ Par exemple le SIIPS, acronyme de Soins infirmiers individualisés à la personne soignée, qui est un ensemble d'outils statistiques et une méthode d'évaluation et de gestion de l'activité de dispensation des soins infirmiers.

Le remplacement des absences d'infirmiers était, jusqu'à peu, quasi-systématique. L'audit des gestions des ressources humaines a amené l'établissement à modifier ses pratiques à compter de 2017, notamment en centralisant la gestion des équipes de « *pools* » dont certains agents sont spécifiquement formés pour l'unité de soins intensifs, la dialyse, la salle de surveillance post-interventionnelle et les urgences, dans le souci de s'assurer de la nécessité des remplacements au cas par cas. Cependant, le centre hospitalier de Saint-Flour doit encore, parfois, recourir à l'intérim infirmier.

L'établissement dispose, depuis le 1^{er} janvier 2002 du logiciel CPage de gestion de la paie et depuis 2003 du logiciel Chronos de gestion du temps de travail. Il s'appuie sur l'applicatif fourni par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) pour gérer la formation. C'est à l'aide de ce dernier, Gestform, que l'établissement a pu obtenir une « *cartographie* » des différents métiers exercés par les agents de l'établissement. Ainsi, sur les 200 métiers décrits dans le Répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière, 50 étaient représentés au centre hospitalier de Saint-Flour parmi lesquels les IDE en soins généraux comptaient, au 31 décembre 2015, 25,2 % des agents.

Toutefois, avec une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui reste embryonnaire, en ce qu'elle se résume presque exclusivement au suivi simple des effectifs pour les IDE, cet état ne reflète qu'imparfaitement la diversité des métiers exercés dans l'établissement. En outre, l'organisation des pôles d'activités cliniques et médicotechniques n'étant pas aboutie (cf. 4.2.2.2- ci-dessus), il n'existe pas de gestion des ressources humaines à leur niveau.

7.4- Le temps de travail

7.4.1- L'accord local d'aménagement et de réduction du temps de travail

L'accord local d'aménagement et de réduction du temps de travail⁴¹ a été signé le 1^{er} mars 2002 et n'a pas été révisé depuis. Le comité de suivi, prévu à l'article 8.b, n'a jamais été mis en place.

Alors que la politique nationale de réforme du temps de travail visait à faire tendre la durée hebdomadaire vers 35 heures afin de permettre aux salariés de concilier vie personnelle et vie professionnelle, l'accord du centre hospitalier de Saint-Flour a fixé, pour règle générale, un temps de travail hebdomadaire à 39 heures, permettant de bénéficier de 20 jours supplémentaires de repos au titre de la réduction du temps de travail (RTT).

L'accord a prévu également deux autres possibilités : une durée hebdomadaire de 38 heures et 20 minutes (toujours avec 20 jours de RTT) ou encore de 36 heures (avec 6 jours de RTT), en fonction des services concernés.

L'entrée en vigueur de ces nouvelles obligations s'est opérée, au moment de leur mise en œuvre avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2002, sans remise en cause de l'organisation et des plannings de travail des services (sauf pour l'USLD), en contradiction avec les objectifs des lois qui ont progressivement mis en place la semaine de 35 heures en France entre 1998 et 2002.

Sur ce point, l'audit des ressources humaines de 2016 a relevé que de telles amplitudes hebdomadaires engendrent un nombre important de jours RTT. La simulation d'un passage à

⁴¹ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

7h30 de travail quotidien dans les unités où les horaires sont actuellement de 7h48 (39h hebdomadaires) permettrait de dégager l'équivalent de quelque 9,77 emplois ETP.

Le centre hospitalier de Saint-Flour s'est par ailleurs doté, depuis l'année 2000, d'un « *Perso-Guide* » sous forme d'un classeur rassemblant les diverses règles et notes internes relatives à la gestion du personnel, et actualisé par la direction. Les obligations annuelles de travail y sont consignées.

Ce guide est diffusé, sous forme papier uniquement, aux cadres des services et tenu à disposition des personnels à la direction des ressources humaines. S'il a toute son utilité pour préciser et compléter l'accord local souvent peu explicite, les règles qui y figurent ne sont pas toujours en cohérence avec les paramétrages du logiciel Chronos de gestion du temps de travail, associé à un dispositif automatisé de pointage, utilisé par l'établissement. Les obligations annuelles de travail sont ainsi précisées dans une fiche datant du 6 mars 2004, ne tenant pas compte de la journée de solidarité qui fait l'objet d'une autre fiche datée du 23 mars 2010.

7.4.2- Le temps de travail

Les obligations annuelles de travail sont fixées par la réglementation⁴² en vigueur de la manière suivante :

- ♦ 1 607 heures pour les agents en repos fixes ;
- ♦ 1 582 heures pour les agents en repos variable ;
- ♦ 1 476 heures pour les agents travaillant exclusivement de nuit.

Le centre hospitalier de Saint-Flour, outre une durée hebdomadaire de 39 heures qui s'applique principalement et pour laquelle l'obligation annuelle correspondante a été fixée, en interne, à 1 590,4 heures, dispose également d'une organisation :

- ♦ en 7h40 en repos fixes, pour laquelle l'obligation annuelle est de 1 563,33 heures ;
- ♦ en 7h48 pour les agents en repos variables, pour une obligation annuelle de 1 567 heures ;
- ♦ en 7h12 dans certains services identifiés par le protocole d'accord, pour 1 547,8 heures annuelles ;
- ♦ en 6h30 pour les agents travaillant exclusivement de nuit, sur la base de 1 447 heures annuelles.

Plus récemment, ont été instaurés dans certains services des cycles de travail en douze heures.

Le décompte des heures travaillées montre que, si pour certains cycles de travail la durée prévue excède la durée légale (repos fixes), pour d'autres, elle ne l'atteint pas (repos spécifique standard).

Par ailleurs, l'audit des ressources humaines a relevé plusieurs situations et services où le chevauchement, au moment des changements d'équipes, était excessivement long, pouvant atteindre une heure en « médecine A », soit l'équivalent de 2,89 ETP.

Compte-tenu de l'ancienneté du document, comme du nécessaire ajustement des règles à la réglementation et aux bonnes pratiques en la matière, la chambre recommande au centre hospitalier de Saint-Flour de réviser le protocole d'accord relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail.

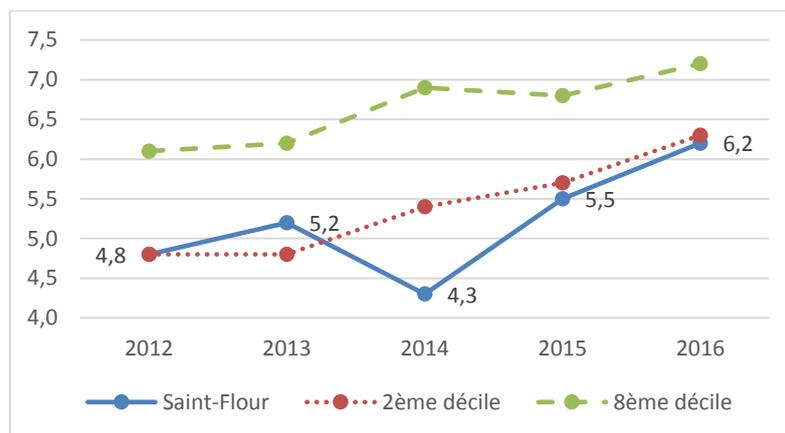
⁴² Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

7.4.3- L'absentéisme

L'absentéisme du personnel non médical, quoiqu'en progression, est assez faible en comparaison de la situation des établissements de mêmes caractéristiques. Le centre hospitalier de Saint-Flour en suit l'évolution à l'aide d'un état annuel extrait du logiciel Chronos, et d'un tableau spécifique établi par budget, par grade et type d'absence.

Le taux de rotation du personnel non médical se situe dans la moyenne constatée pour les établissements semblables.

Figure 4 : Taux d'absentéisme du personnel non médical, en %



Source : Hospidiag

7.4.4- Les heures supplémentaires

Le nombre des heures supplémentaires indemnisées a fortement augmenté de 2011 (1 036 h) à 2016 (6 176 h), il demeure cependant maîtrisé, en considération du nombre des agents, avec un niveau moyen de 11 heures par agent et par an, en 2016.

Tableau 25 : Heures supplémentaires payées, en heures par an

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'heures supplémentaires payées	1 036	2 687	3 730	5 120	6 176
Effectif physique personnel non médical	564	564	566	553	556
<i>nb HS moyen par agent</i>	1,8	4,8	6,6	9,3	11,1

Source : Établissement et Atih pour 2016 – Les données de 2011 n'ont pas pu être fournies par l'établissement du fait du changement de logiciel de gestion des ressources humaines

7.5- Le recrutement des infirmiers

7.5.1- Appréciation des besoins des établissements en personnels infirmiers

Pour anticiper ses besoins de recrutement en personnels infirmiers, le centre hospitalier de Saint-Flour établit des projections semestrielles fondées, principalement, sur la situation administrative des agents et recourt à l'intérim lorsque les besoins n'arrivent pas à être satisfaits.

Il ne dispose pas d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) qui lui soit rattaché. Il profite des sorties de diplômés de l'IFSI d'Aurillac, sans s'impliquer dans la problématique de l'adéquation des quotas d'élèves qui lui sont réservés au regard de ses besoins de recrutement.

7.5.2- L'attractivité et la fidélisation des infirmiers

Le centre hospitalier de Saint-Flour peine parfois à recruter son personnel infirmier, lequel s'avère moins sédentaire que par le passé. Les lauréats des concours d'entrée en IFSI, qui ont souvent candidaté à plusieurs écoles, ne sont pas tous issus du bassin de santé de Saint-Flour. Une fois diplômés, certains cherchent à se rapprocher de leur région d'origine.

L'attrait de la pratique libérale pèse aussi sur les difficultés de recrutement des infirmiers.

Pour mieux faire connaître l'établissement et en améliorer l'attractivité, le centre hospitalier de Saint-Flour, en partenariat avec les IFSI d'Aurillac et de Mende, se propose chaque année comme établissement d'accueil en stage des élèves infirmiers, sans toutefois leur consentir d'aides financières. Dans le même but, dès l'embauche d'un IDE contractuel en début de carrière, l'hôpital de Saint-Flour affiche la durée du premier contrat, avec une mise en stage qui n'intervient généralement qu'à l'issue d'une période de dix-huit mois à deux ans, selon une pratique ordinaire des centres hospitaliers qui méconnaît les principes d'affectation et les dispositions statutaires de la fonction publique aux termes desquels les postes permanents ont vocation à être occupés par des agents sous statut.

7.5.3- La formation continue des infirmiers

Le plan de formation du centre hospitalier de Saint-Flour est élaboré par le directeur des ressources humaines et la directrice des soins, sur la base, dans un premier temps, des formations transversales correspondant aux besoins de l'établissement. Les demandes formulées par les agents sont ensuite classées et hiérarchisées par les cadres des services. Puis, la commission de formation valide l'ensemble, avant présentation du plan devant les instances de l'établissement.

Pour une part, les formations du plan de formation s'adressent spécifiquement aux personnels infirmiers (plaies et cicatrisation, stomies). Elles ne donnent pas lieu à évaluation, jusqu'à ce jour.

La réglementation⁴³ procédant du décret du 21 août 2008 impose aux établissements publics de santé de consacrer, au minimum, 2,1 % de la masse salariale au financement du plan de formation, objectif que respecte le centre hospitalier de Saint-Flour par son adhésion à l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Même si le décret précité n'exige pas que l'effort financier consacré aux actions de formation soit également réparti entre les différentes catégories des personnels hospitaliers, la chambre a noté au vu des données transmises par l'établissement que les budgets consacrés spécifiquement aux formations des infirmiers n'excédaient pas en moyenne 0,6 % de la masse salariale infirmière durant la période sous revue.

Par ailleurs, le droit individuel à la formation (DIF) institué par le même décret d'août 2008, refondu récemment par le décret du 6 mai 2017⁴⁴ en un compte personnel formation (CPF), n'a pas été mis en œuvre par l'établissement.

7.5.4- Les actions de promotion professionnelle

Les agents peuvent également bénéficier du financement « *d'études promotionnelles* », entendues dans le sens d'actions visant à permettre aux agents d'obtenir une promotion professionnelle dans le cadre de la formation continue par l'obtention de diplômes ou de

⁴³ Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

⁴⁴ Décret n° 2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

certificats du secteur sanitaire et social. Les études sont prises en charge et couvertes par la cotisation obligatoire de l'établissement à l'ANFH, correspondant à 0,6 % de la masse salariale.

Les agents de l'établissement peuvent ainsi accéder au métier d'infirmier, et les infirmiers en poste aux métiers de cadre de santé ou d'infirmier spécialisé d'anesthésie ou de bloc opératoire. Sur la période de 2011 à 2016, 17 agents ont suivi une telle formation dispensée par un IFSI.

Par ailleurs, dans le cadre de la récente mise en place du groupement hospitalier de territoire du Cantal, l'IFSI d'Aurillac a été sollicité pour la formation continue et le tutorat des IDE du centre hospitalier de Saint-Flour.

7.6- L'exercice du métier infirmier

7.6.1- Les outils à la disposition des équipes soignantes

Certaines activités sont assujetties à des ratios règlementaires minimums de personnels - dits « *services normés* ». A ce titre, le centre hospitalier de Saint-Flour a obtenu les autorisations pour une salle de surveillance post-opératoire, un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ainsi que pour cinq salles de bloc opératoire.

L'établissement n'emploie pas d'infirmiers en puériculture ni d'infirmiers spécialisés en dehors des services normés précités.

Les infirmiers disposent, comme outil d'organisation de la prise en charge soignante, d'un guide du dossier patient accessible sur l'intranet de l'établissement. Ce guide comporte des consignes et des exemples de documents, et permet une utilisation plus rationnelle du dossier patient afin d'y retrouver trace de chacune des interventions dont il fait l'objet.

En psychiatrie, ce guide est complété d'un ensemble de fiches-supports, uniquement sous forme papier, qui traitent notamment de la surveillance en chambre d'isolement, de l'entretien motivationnel ou encore de l'information du patient en programme de soins. Un contrat de soins spécifique est proposé aux patients en hospitalisation libre.

De la même manière, des outils complémentaires ont été développés pour les activités de gériatrie, de sorte que chaque personne âgée puisse bénéficier d'un projet de vie individualisé. Les infirmiers disposent en particulier d'une échelle de comportement pour l'évaluation de la douleur de la personne âgée (ECPA), d'une échelle de dépistage de la dépression en institution, ou encore d'une grille de l'évaluation de l'animation.

Tous ces outils permettent, selon l'établissement, d'améliorer la qualité de la prise en charge au plan infirmier.

7.6.2- L'organisation du travail infirmier

L'organisation du travail infirmier s'appuie sur les règles de l'accord local sur le temps de travail (cf. 0 ci-dessus) et, en dehors de la réflexion menée au bloc opératoire en 2011, elle n'a pas véritablement donné lieu à une recherche de synchronisation des temps de travail médicaux et infirmiers.

Certains agents travaillent en douze heures. En la matière, le décret du 4 janvier 2002⁴⁵, traitant du temps de travail dans la fonction publique hospitalière prévoit en son article 7, que la durée quotidienne de travail ne peut excéder neuf heures pour les équipes de jour et dix heures pour les équipes de nuit. Cependant, lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence et après avis du comité technique, le chef d'établissement peut déroger à ces durées pour les agents en service continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse excéder 12 heures.

C'est ainsi que, dès 2007 le service des urgences / SMUR a été réorganisé en horaires de 12 heures, du fait de la mise en place des sorties SMUR de nuit. Puis en 2009, et sur demande des agents, l'horaire de 12 heures a également été institué à l'unité de soins continu (USC), dans le but aussi de limiter les dépassements d'horaires. L'établissement n'a pas réalisé de bilan de ce mode d'organisation en 12 heures des temps de travail auprès des services concernés.

Pour autant, en mars 2017, suivant en cela les préconisations de l'audit des ressources humaines précité, les horaires de 12 heures ont été mis en place en chirurgie viscérale et orthopédique, en accompagnement de la fermeture de lits. Dûment consulté, le comité technique d'établissement s'était alors abstenu. Le premier bilan de cette organisation, réalisée en décembre 2017, a fait ressortir que le personnel en était globalement satisfait.

7.6.3- L'impact des réformes sur le temps de travail infirmier

Les réorganisations intervenues durant la période, pour lesquelles l'établissement n'avait pas eu recours à des audits préalables, n'ont pas eu d'incidences particulières sur l'organisation des tâches habituellement dévolues aux personnels infirmiers. Seul le programme d'éducation thérapeutique sur la prise en charge des stomies⁴⁶, validé par l'ARS en 2015, a conduit à la spécialisation d'une infirmière par l'obtention d'un certificat clinique en stomathérapie.

La répartition des tâches entre infirmiers et praticiens, ou entre infirmiers et aides-soignants, est restée inchangée. L'établissement n'a pas formalisé de protocole de transfert de tâches, dont l'expérimentation est permise par la loi du 26 janvier 2016⁴⁷. Il s'est engagé, en 2017, dans la formation d'une IDE pour la réalisation des épreuves d'effort sous le contrôle d'un cardiologue. Il réfléchit aujourd'hui à la réalisation d'échographies cardiaques par une IDE sous le contrôle d'un cardiologue, ou encore à la prescription anticipée de radiographies par l'infirmière d'orientation au service des urgences. Pour l'établissement, ces spécialisations n'aboutissent pas à faire émerger de nouveaux métiers infirmiers, mais contribuent à enrichir et valoriser le métier infirmier.

En définitive, seul le passage aux 35 heures en 2002 aurait eu, selon l'établissement un impact sur l'organisation et le temps de travail des infirmiers, ce qui ne transparait toutefois pas dans le protocole d'accord signé à l'époque. L'ordonnateur a fait état d'une plus grande difficulté avérée pour recruter alors des personnels infirmiers, dont le nombre était devenu insuffisant, par l'effet de la réduction des temps de travail de chacun. Le gonflement des comptes épargne temps, y compris durant les années 2011 et 2012 sous revue, est à son estime également directement imputable à cette réforme.

⁴⁵ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁴⁶ Une stomie est une déviation chirurgicale d'un conduit naturel, souvent le résultat d'une ablation. Dans les cas les plus communs, les selles ou les urines sont donc recueillies dans une poche ou sac.

⁴⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Les choix opérés par le centre hospitalier de Saint-Flour en matière des temps de travail, de 2011 à 2016, ont pour partie aussi influé sur le nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées dans l'année, effectuées par les personnels infirmiers. Au 31 décembre de chaque année sous revue, elles ont représenté en moyenne 4 000 heures. Ces choix ont eu également, du fait du volume des jours de RTT, des répercussions sur l'importance des remplacements d'IDE par des agents sous contrats à durée déterminée : les frais de remplacement des personnels infirmiers, après avoir diminué entre 2012 (0,33 M€) et 2014 (0,05 M€), sont ainsi repartis à la hausse dernièrement (0,26 M€ en 2016). Sur la période, seule une IDE a nécessité un reclassement.

7.6.4- La place des personnels infirmiers dans l'organisation interne

Le centre hospitalier de Saint-Flour n'ayant pas mis en œuvre de délégation aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique ni de dispositif d'intéressement, les personnels infirmiers ne jouent aucun rôle dans la conduite de l'organisation interne de l'établissement. Les cadres des services sont sollicités lors de la mise en place de projets transversaux. Seul le cadre supérieur de santé, qui a longtemps occupé les fonctions de directeur de soins et en occupe le poste depuis 2017 après sa réussite au concours, participe aux décisions en sa qualité de membre de l'équipe de direction.

Seul le bloc opératoire a prévu dans sa charte, élaborée en 2012, que le cadre du service soit membre de la commission de bloc et, à ce titre, participe aux décisions prises en matière d'organisation.

7.6.5- La condition infirmière

Durant la période de contrôle, il n'y a pas eu plus de 20 infirmiers, sur un effectif de plus de 150 ETP, à s'être associés à un mouvement social local. L'établissement n'a pas connu d'autres participations de tous types, à quelques mouvements sociaux, ce qui tend à indiquer un dialogue social apaisé.

Dans le cadre des différents contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), le centre hospitalier de Saint-Flour a mis en service des formations aux gestes et postures, à la manutention et à la gestion du stress.

Un diagnostic des risques psychosociaux a également été effectué, en 2016, au sein de la maison du Colombier (USLD et EHPAD sur le site de Volzac) qui a révélé certains dysfonctionnements, et une interrogation quelque peu surprenante de beaucoup d'agents sur la nature de l'établissement de Saint-Flour, centre hospitalier de caractère sanitaire ou établissement médico-social. Le diagnostic a mis aussi en exergue que le métier de soignant était pour la plupart des agents choisi et motivé, ici, par un intérêt fort pour les résidents.

8- ANNEXES

8.1- ANNEXE 1 : Données

Tableau 26 : Capacités en lits et places au 31 décembre

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MCO	119	124	124	124	125	125
<i>dont médecine</i>	72	75	75	75	76	76
<i>Dont chirurgie</i>	32	34	34	34	34	34
<i>Dont obstétrique</i>	15	15	15	15	15	15
PSYCHIATRIE	60	60	60	58	58	58
USLD	35	35	35	35	35	35
EHPAD	75	75	75	75	75	75
SSIAD	53	53	53	53	53	58

Source : CRC d'après les données communiquées par le centre hospitalier.

Tableau 27 : IP-DMS du centre hospitalier de Saint-Flour

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Médecine	1,142	1,145	1,182	1,098	1,096	1,139
<i>20 % d'établissements les moins performants</i>	<i>nd</i>	<i>1,067</i>	<i>1,067</i>	<i>1,068</i>	<i>1,066</i>	<i>1,071</i>
Chirurgie	1,035	1,134	1,118	1,053	1,106	1,124
<i>20 % d'établissements les moins performants</i>	<i>nd</i>	<i>1,104</i>	<i>1,093</i>	<i>1,095</i>	<i>1,114</i>	<i>1,103</i>
Obstétrique	1,039	1,145	1,070	1,121	1,078	1,007
<i>20 % d'établissements les moins performants</i>	<i>nd</i>	<i>1,056</i>	<i>1,044</i>	<i>1,040</i>	<i>1,044</i>	<i>1,038</i>

Source : Hospidiag – Comparaison avec le 8^{ème} décile des établissements de même profil d'activité au plan national (typologie)

Tableau 28 : Les indicateurs relatifs à l'activité de chirurgie ambulatoire, en %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de chirurgie ambulatoire	22,89	20,79	21,13	20,81	21,63	25,67
<i>2^{ème} décile</i>	<i>nd</i>	<i>28,57</i>	<i>29,83</i>	<i>32,64</i>	<i>35,31</i>	<i>37,23</i>
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	44,76	39,45	36,81	41,16	44,79	55,26
<i>2^{ème} décile</i>	<i>nd</i>	<i>54,12</i>	<i>56,47</i>	<i>60,56</i>	<i>63,60</i>	<i>65,57</i>
Taux d'utilisation des places	45,0	40,7	40,5	41,8	42,3	50,8
<i>2^{ème} décile</i>	<i>nd</i>	<i>45,1</i>	<i>47,8</i>	<i>47,1</i>	<i>46,4</i>	<i>47,6</i>

Source : Hospidiag – Le 2^{ème} décile correspond aux 20 % des établissements de même type les moins performants sur l'indicateur

Tableau 29 : L'activité d'hospitalisation en psychiatrie

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
File active totale	928	929	958	979	926	960
<i>Dont exclusivement en ambulatoire</i>	<i>nd</i>	<i>nd</i>	578	671	621	639
Nb de lits	33	33	33	31	31	31
Nb de journées d'hospitalisation	7 342	8 094	7 351	6 890	6 649	7 368
<i>Taux d'occupation des lits</i>	61,0%	67,2%	61,0%	60,9%	58,8%	64,9%

Source : établissement.

Tableau 30 : L'activité d'hospitalisation en USLD et d'hébergement en EHPAD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
USLD						
Nb de lits	35	35	35	35	35	35
Nb de journées d'hospitalisation	12 461	12 448	12 524	12 246	12 493	12 801
<i>Taux d'occupation des lits</i>	97,5%	97,2%	98,0%	95,9%	97,8%	99,9%
EHPAD						
Nb de lits	75	75	75	75	75	75
Nb de journées d'hospitalisation	26 333	26 469	26 357	26 028	25 296	25 908
<i>Taux d'occupation des lits</i>	96,2%	96,4%	96,3%	95,1%	92,4%	94,4%

Source : établissement.

Tableau 31 : Taux de vétusté des équipements

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Amortissements cumulés des équipements (a)	9 766 859	10 149 899	10 300 436	10 923 298	11 617 558	12 261 171
Valeur brute des équipements (b)	12 982 960	13 753 779	14 286 439	14 834 421	15 180 837	15 469 279
<i>Taux de vétusté des équipements (a/b)</i>	75,2%	73,8%	72,1%	73,6%	76,5%	79,3%

Source : CRC d'après les données des comptes financiers ; (a) Solde créditeur comptes 2815 et 2818 ; (b) Solde débiteur comptes 215 et 218.

Tableau 32 : Actif

En M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	0,89	1,05	1,14	1,20	1,27	1,32
Immobilisations incorporelles	0,89	1,05	1,14	1,20	1,27	1,32
Charges à répartir	-	-	-	-	-	-
Primes de remboursement des obligations	-	-	-	-	-	-
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	40,23	45,21	47,04	48,84	50,06	51,02
Terrains	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Immobilisations en cours / terrains	-	-	-	-	-	-
Constructions	22,50	31,43	32,73	33,98	34,03	34,09
Constructions en cours	4,71	-	-	-	-	-
Installations, matériel, outillage, et autres immobilisations	12,98	13,75	14,29	14,83	15,18	15,47
Installations, matériel et autres immobilisations en cours	-	-	-	-	-	-
Avances et acomptes sur commandes d'immo. corporelles	-	-	-	-	0,82	1,43
Immobilisations reçues en affectation	-	-	-	-	-	-
Immobilisations affectées ou mises à disposition	-	-	-	-	-	-
IMMOBILISATIONS FINANCIERES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Participations et créances rattachées	-	-	-	-	-	-
Autres immobilisations financières	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Créances de l'article 58	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36
Créances de la sectorisation psychiatrique	-	-	-	-	-	-
I - Biens stables	41,48	46,62	48,55	50,40	51,69	52,70
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL	7,76	11,17	7,82	6,63	5,07	2,73
Stocks	0,51	0,51	0,49	0,51	0,50	0,49
Hospitalisés et consultants	0,46	0,35	0,35	0,37	0,41	0,42
Caisses de Sécurité Sociale	3,78	4,06	3,25	3,65	3,80	2,69
Départements	0,08	0,06	0,06	0,05	0,08	0,06
Mutuelles et autres tiers-payants	0,75	0,73	0,71	0,53	0,81	0,90
Créances irrécouvrables admises en non-valeur	-	-	-	-	-	-
État et collectivités locales	-	-	-	-	0,01	-
Autres créances	1,09	1,00	0,75	0,67	0,73	0,76
Dépenses à classer	0,00	0,01	0,00	-	-	-
II - Créances	6,67	6,72	5,60	5,78	6,33	5,31
Valeurs mobilières de placement	-	-	-	-	-	-
Disponibilités	3,29	6,84	4,53	3,67	1,68	2,03
Dotations attendues	-	-	-	-	-	-
III - Liquidités	3,29	6,84	4,53	3,67	1,68	2,03
TOTAL ACTIF	51,43	60,18	58,68	59,86	59,70	60,04

Source : Idaho

Tableau 33 : Passif

en M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Apports	2,34	2,34	2,34	2,34	2,34	2,79
Excédents affectés à l'investissement	2,74	2,74	2,74	2,74	2,74	2,74
Subventions d'investissement	0,80	0,74	0,74	0,68	0,65	0,58
Emprunts et dettes assimilées	14,01	21,92	21,21	20,95	20,19	19,43
Amortissements	20,52	21,67	22,88	24,62	26,46	28,25
Dépréciations	-	-	-	-	-	-
Réserve de trésorerie	1,19	1,19	1,19	1,19	1,19	1,19
Réserve de compensation	0,07	0,07	0,07	0,05	0,01	0,06
Report à nouveau excédentaire	0,03	0,03	-	-	0,01	0,03
Report à nouveau déficitaire	-0,14	-0,15	-0,48	-1,22	-1,16	-2,02
Résultat comptable	-0,01	-0,29	-0,76	0,03	-0,80	-2,23
Provisions règlementées	6,28	6,41	5,70	4,58	4,13	3,73
Provisions pour risques et charges	1,33	1,05	0,68	1,05	0,97	0,87
Autres dépréciations	0,08	0,07	0,05	0,03	0,03	0,01
I - Financements stables	49,23	57,79	56,37	57,03	56,77	55,43
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	1,02	0,98	0,91	1,47	1,50	1,77
Dettes fiscales et sociales	0,94	1,00	0,97	0,93	0,98	2,38
Avances reçues	-	-	0,00	0,00	0,00	0,14
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	0,09	0,16	0,16	0,18	0,19	0,10
Autres dettes diverses	0,05	0,09	0,13	0,10	0,12	0,09
Recettes à classer ou à régulariser	0,01	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04
II - Dettes	2,11	2,27	2,21	2,72	2,83	4,52
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	4,56	4,46	3,39	3,06	3,50	0,79
Fonds en dépôt	0,02	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00
Intérêts courus non échus	0,08	0,11	0,10	0,10	0,09	0,09
Crédits de trésorerie	-	-	-	-	-	-
III - Financements à court terme	0,09	0,12	0,11	0,10	0,10	0,09
TRESORERIE	3,19	6,72	4,43	3,57	1,58	1,94
TOTAL PASSIF	51,43	60,18	58,68	59,86	59,70	60,04

Source : Idaho

Tableau 34 : Personnel non médical, en ETP moyen annuel

	2011(*)	2012	2013	2014	2015	2016
Personnel administratif	44,45	46,83	47,67	46,27	43,30	46,00
Personnel soignant	318,59	324,12	320,23	323,16	324,96	326,23
Personnel médicotechnique	11,96	10,69	11,81	11,21	12,52	12,36
Personnel technique	25,00	25,00	26,11	27,83	30,00	28,96
Total titulaires et stagiaires	400,00	406,64	405,82	408,47	410,78	413,55
Personnel administratif	7,93	7,36	7,73	8,05	7,61	4,05
Personnel soignant	14,90	28,92	32,06	36,45	31,07	29,29
Personnel médicotechnique	0,86	0,77	1,29	1,95	0,96	1,00
Personnel technique	9,87	14,50	12,44	11,83	11,00	11,60
Total CDI	33,56	51,55	53,52	58,28	50,64	45,94
Personnel administratif		3,26	3,09	1,62	2,64	4,89
Personnel soignant		54,79	49,56	37,84	40,53	50,96
Personnel médicotechnique		1,67	1,47	1,43	1,29	1,66
Personnel technique		5,33	4,40	2,96	2,53	2,24
Total CDD	81,83*	65,05	58,52	43,85	46,99	59,75
Contrats soumis à dispositions particulières	7,50	5,92	9,46	11,25	10,05	9,68
TOTAL PNM	522,89	529,16	527,32	521,85	518,46	528,92

Source : Données transmises par l'établissement – (*) Certains éléments de 2011 n'ont pu être fournis du fait du changement de logiciel de paye en 2012

Tableau 35 : Personnel médical, en ETP moyen annuel

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PH tps plein et tps partiel	18,63	17,88	18,24	16,37	17,11	20,47
Assistants	1,83	1,00	0,25	1,00	0,41	0,00
Attachés renouvelables de droit	1,58	4,05	4,05	7,23	5,05	3,03
Total PM permanent	22,04	22,93	22,54	24,60	22,57	23,50
Praticiens contractuels	12,44	12,80	13,05	9,40	11,91	11,59
Internes et étudiants	6,66	8,66	7,91	7,56	5,38	7,45
Total PM non permanent	19,10	21,46	20,96	16,96	17,29	19,04
TOTAL PM	41,14	44,39	43,50	41,56	39,86	42,54
<i>Hors internes</i>	<i>34,48</i>	<i>35,73</i>	<i>35,59</i>	<i>34,00</i>	<i>34,48</i>	<i>35,09</i>

Source : Données transmises par l'établissement – En plus de ces effectifs annuels, un assistant spécialiste partagé à 50 % avec le CHU de Clermont-Ferrand a exercé : 0,08 en 2015

Tableau 36 : Rémunération du personnel, budgets consolidés

en M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Personnel titulaire et stagiaire	11,43	11,87	11,89	12,12	12,34	12,58
+ Personnel en CDI	0,80	1,16	1,21	1,34	1,22	1,10
+ Personnel en CDD	1,76	1,49	1,32	1,02	1,19	1,40
+ Contrats aidés et apprentis	0,13	0,11	0,17	0,21	0,19	0,18
- Atténuations de charges	0,60	0,60	0,59	0,50	0,45	0,46
= Rémunérations du personnel non médical (a)	13,52	14,02	14,00	14,19	14,48	14,80
<i>en % des rémunérations totales</i>	<i>78,50%</i>	<i>78,51%</i>	<i>77,26%</i>	<i>77,07%</i>	<i>77,12%</i>	<i>76,00%</i>
Praticiens hospitaliers	1,40	1,35	1,42	1,25	1,30	1,56
+ Praticiens hospitaliers contractuels	1,38	1,61	1,85	2,11	2,12	2,21
+ Internes et étudiants	0,20	0,19	0,24	0,23	0,17	0,24
+ Autres rémunérations (y c. permanence des soins et temps de travail additionnel)	0,81	0,80	0,76	0,69	0,74	0,70
- Atténuations de charges	0,09	0,10	0,14	0,06	0,05	0,04
= Rémunérations du personnel médical (b)	3,70	3,84	4,12	4,22	4,30	4,67
<i>en % des rémunérations totales</i>	<i>21,50%</i>	<i>21,49%</i>	<i>22,74%</i>	<i>22,93%</i>	<i>22,88%</i>	<i>24,00%</i>
Rémunérations du personnel (a+b)	17,22	17,86	18,12	18,42	18,77	19,47
<i>en % des produits courants</i>	<i>49,57%</i>	<i>48,76%</i>	<i>49,87%</i>	<i>47,90%</i>	<i>48,79%</i>	<i>51,53%</i>
<i>(CDD + contrats aidés) / Rémunérations PNM</i>	<i>13,96%</i>	<i>11,39%</i>	<i>10,64%</i>	<i>8,63%</i>	<i>9,47%</i>	<i>10,69%</i>
<i>(PH contractuels + internes) / Rémunérations PM</i>	<i>42,78%</i>	<i>46,90%</i>	<i>50,65%</i>	<i>55,43%</i>	<i>53,40%</i>	<i>52,37%</i>
<i>Autres rémunérations / Rémunérations PM</i>	<i>21,88%</i>	<i>20,72%</i>	<i>18,44%</i>	<i>16,36%</i>	<i>17,33%</i>	<i>14,91%</i>

Source : Anafi

Tableau 37 : Effectifs infirmiers, en ETP

	2012	2013	2014	2015	2016
Cadres supérieurs de santé	1,00	1,00	1,00	-	-
Cadres de santé	8,63	7,59	7,30	7,67	9,42
IDE hors activité psychiatrique ou EHPAD	95,97	96,97	97,48	98,60	100,37
IDE exerçant une activité psychiatrique	33,64	33,14	33,59	34,32	35,52
IDE exerçant une activité en EHPAD	3,69	3,71	3,95	4,13	3,99
IDE puéricultrice	-	-	-	-	-
IBODE	1,17	1,08	1,00	1,00	0,89
IADE	6,67	7,76	6,81	6,07	5,94
TOTAL	150,77	151,25	151,13	151,79	156,13

Source : Données fournies par l'établissement – Les éléments de 2011 ne sont plus disponibles du fait du changement de logiciel au 1^{er} janvier 2012. Les précisions concernant les catégories A et B n'ont pas pu être fournies par l'établissement

Tableau 38 : Masse salariale des personnels infirmiers

Rémunérations et charges sociales	2012	2013	2014	2015	2016
Cadres supérieurs de santé	63 334 €	68 159 €	73 771 €	-	-
Cadres de santé	429 486 €	390 411 €	372 895 €	422 650 €	503 137 €
IDE hors activité psychiatrique ou EHPAD	3 496 226 €	3 635 571 €	3 701 263 €	3 800 292 €	3 869 765 €
IDE exerçant une activité psychiatrique	1 309 946 €	1 240 447 €	1 276 125 €	1 276 555 €	1 304 750 €
IDE exerçant une activité en EHPAD	152 614 €	152 895 €	165 649 €	172 451 €	168 511 €
IDE puéricultrice	-	-	-	-	-
IBODE	37 185 €	36 974 €	34 226 €	35 814 €	33 318 €
IADE	316 495 €	328 071 €	297 689 €	275 107 €	266 701 €

Source : Données fournies par l'établissement - Somme des comptes (c/641+c/645+c/647) – Les éléments de 2011 ne sont plus disponibles du fait du changement de logiciel au 1^{er} janvier 2012. Les précisions concernant les catégories A et B n'ont pas pu être fournies par l'établissement.

Tableau 39 : Temps de travail au centre hospitalier de Saint-Flour

	Repos fixes (a)	Repos fixe base 38h20 (b)	Repos spécifique standard (c)	Repos variable	Nuit
Obligation légale (h)	1 607	1 607	1 582	1 582	1 476
Obligation annuelle de travail - protocole du CH de St-Flour (h)	1 590,40	1 563,33	1 547,80	1 567,00	1 447,00
Durée quotidienne du temps de travail (h)	7:48	7:40	7:12	7:48	6:30
<i>Soit exprimé en décimal</i>	<i>7,80</i>	<i>7,67</i>	<i>7,20</i>	<i>7,80</i>	<i>6,50</i>
Quotité hebdomadaire (h)	39:00	38:20	36:00	39:00	32:30
Nombre de jours dans l'année	365	365	365	365	365
Repos hebdomadaires	104	104	104	104	104
Congés annuels	25	25	25	25	25
Jours fériés*	8	8	11	11	11
Repos compensateurs	0	0	2	2	0
Jour de solidarité	-1	-1	-1	-1	0
Sous-total jours non travaillés	136	136	141	141	140
Jours travaillés (avant RTT)	229	229	224	224	225
Soit heures travaillées	1 786:12	1 755:40	1 612:48	1 747:12	1 462:30
RTT (y compris journée de solidarité)	20	20	6	20	0
TOTAL Jours travaillés	209	209	218	204	225
<i>Soit en heures (décimal)</i>	<i>1 630,20</i>	<i>1 603,03</i>	<i>1 569,60</i>	<i>1 591,20</i>	<i>1 462,50</i>
<i>Durée légale - durée prévue en heures (décimal)</i>	<i>-23,20</i>	<i>3,97</i>	<i>12,40</i>	<i>-9,20</i>	<i>13,50</i>
<i>Soit en jours</i>	<i>-3,0</i>	<i>0,5</i>	<i>1,7</i>	<i>-1,2</i>	<i>2,1</i>

Source : CRC sur la base de l'accord RTT et du Perso-Guide – (*) Forfait de jours fériés utilisé lors du calcul des obligations légales

Tableau 40 : Les comptes d'heures supplémentaires des personnels infirmiers non récupérées et non rémunérées au 31/12 de l'année

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE	4 400	4 900	1 750	1 850	2 550	3 050
<i>Nombre moyen par IDE</i>	35	38	14	15	20	25
IBODE	260	105	75	32	-	100
<i>Nombre moyen par IBODE</i>	260	105	75	32	-	100
IADE	100	610	210	300	370	320
<i>Nombre moyen par IADE</i>	17	120	42	75	93	107
IDE puéricultrice						
<i>Nombre moyen par IDE puéricultrice</i>						
Infirmier exerçant une activité de psychiatrie	240	490	220	320	610	580
<i>Nombre moyen par Infirmier exerçant une activité de psychiatrie</i>	8	14	8	11	20	22
Infirmier exerçant en EHPAD	120	190	170	85	140	160
<i>Nombre moyen par IDE exerçant en EHPAD</i>	14	16	15	7	13	13

Source : Données fournies par l'établissement

Tableau 41 : Nombre de jours placés par les personnels infirmiers dans le CET au 31/12 de l'année

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE (hors USLD et PSY)	139	61	49	53	36	21
IBODE	-	-	-	-	3	-
IADE	1	12	3	-	4	-
Puéricultrice	-	-	-	-	-	-
Infirmier exerçant une activité de psychiatrie	24	34	4	9	1	15
Infirmier exerçant en EHPAD / USLD	3	20	31	16	1	7

Source : Données fournies par l'établissement

Tableau 42 : Remplacement de personnels IDE par des CDD au 31/12 de l'année

	2012	2013	2014	2015	2016
IDE	242 646 €	174 825 €	48 528 €	149 461 €	189 681 €
IBODE	-	-	-	-	-
IADE	14 371 €	-	-	-	33 047 €
Puéricultrice	-	-	-	-	-
Infirmier exerçant une activité de psychiatrie	63 638 €	20 252 €	1 883 €	14 473 €	28 821 €
Infirmier exerçant en EHPAD	8 809 €	73 077 €	1 190 €	9 756 €	12 561 €

Source : Données fournies par l'établissement – Les données 2011 ne sont pas disponibles

8.2- ANNEXE 2 : Glossaire

AC	Aide à la contractualisation
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Accueil et traitement des urgences
BDHF	Banque de données hospitalières de France
BSI	Bassin de santé intermédiaire
CAF	Capacité d'autofinancement
CH	Centre hospitalier
CSP	Code de la santé publique
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CTE	Comité technique d'établissement
CAO	Commission d'appel d'offres
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques
CME	Commission médicale d'établissement
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CRPA	Compte de résultat prévisionnel annexe
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CET	Compte épargne-temps
CRA	Comptes de résultats annexes
CS	Conseil de surveillance
CREB	Contrat de retour à l'équilibre budgétaire
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DIM	Département de l'information médicale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DAF	Dotation annuelle de fonctionnement
DMS	Durée moyenne de séjour
ETP	Équivalent temps plein
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS	Établissement public de santé
EPRD	État prévisionnel de recettes et de dépenses
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FHF	Fédération hospitalière de France
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FIR	Fonds d'intervention régional
FAI	Forfait activités isolées
FAU	Forfait annuel urgences
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSM	Groupement de coopération sanitaire de moyens
HAS	Haute autorité de santé

HPST	Hôpital, patient, santé, territoire
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ICR	Indice de coût relatif
IP-DMS	Indice de performance - durée moyenne de séjour
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIG	Missions d'intérêt général
PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
PREF	Plan de retour à l'équilibre financier
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PPI	Plan pluriannuel d'investissement
PH	Praticien hospitalier
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PMT	Projet médical de territoire
PRS	Projet régional de santé
PES-V2	Protocole d'échange standard - Version 2
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RUM	Résumé d'unité médicale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SAU	Service d'accueil des urgences
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SAE	Statistique annuelle des établissements
T2A	Tarifification à l'activité
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
TIM	Technicien de l'information médicale
TDC	Toutes dépenses confondues
USLD	Unité de soins de longue durée

Les publications de la chambre régionale des comptes
Auvergne-Rhône-Alpes
sont disponibles sur le site internet des juridictions financières :
<https://www.ccomptes.fr>

**Chambre régionale des comptes
Auvergne-Rhône-Alpes**
124-126 boulevard Vivier Merle CS 23624
69503 Lyon Cedex 03

auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr