



Le président

Bordeaux, le 17 septembre 2018

à

Monsieur le directeur
du Centre hospitalier de la Haute-Gironde
97 rue de l'hôpital
BP 90

33394 BLAYE Cedex

Dossier suivi par :
Evelyne Legrand, Greffière de la 4^{ème} section
T. 05-56-56-47-00
Mel. : nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr

Contrôle n° 2017-0155

Objet : rapport d'observations définitives relatif au contrôle des
comptes et de la gestion du centre hospitalier de la
Haute-Gironde à Blaye

P.J. : 1 rapport

Lettre recommandée avec accusé de réception

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier de la Haute-Gironde de Blaye concernant les exercices 2010 jusqu'à la période la plus récente pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, la chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à être jointe.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, par son président qui en a également été destinataire.

Ce rapport pourra alors être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations est transmis au préfet, au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé.

Jean-François Monteils



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Centre Hospitalier de la Haute-Gironde
Blaye
(Département de la Gironde)

Exercices 2010 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 27 juillet 2018.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHESE GENERALE DU RAPPORT	3
RECOMMANDATIONS	6
Introduction.....	7
1. Présentation de l'établissement et de son territoire	8
1.1. Le territoire et la zone d'attractivité	8
1.2. La patientèle.....	9
1.3. La capacité en lits et places du CH de la Haute Gironde.....	10
1.4. l'organisation de l'établissement	12
1.4.1. L'organisation interne et le contrôle de gestion.....	12
1.4.2. Le CPOM	12
1.4.3. Le codage des actes	13
1.4.4. La coopération inter hospitalière	14
1.4.5. Les conventions passées avec les autres structures	15
1.4.6. La coopération avec la médecine de ville	15
1.5. Le groupement de coopération sanitaire	15
1.5.1. Le fonctionnement du groupement.....	15
1.5.2. Une offre de soins élargie pour les patients et un gain d'activité pour l'hôpital	16
1.5.3. Les conditions financières appliquées aux médecins du GCS	17
2. L'activité et son évolution.....	19
2.1. Les parts de marché	19
2.2. Evolution de l'activité de MCO	22
2.2.1. Le nombre de RSA	22
2.2.2. Le nombre d'accouchements.....	23
2.2.3. L'activité des urgences.....	23
2.2.4. L'utilisation du bloc opératoire.....	24
2.2.5. Les consultations externes	25
2.3. L'indice de performance - durée moyenne de séjour (IP-DMS)	25
3. L'information financière et la fiabilité des comptes.....	26
3.1. Les régies	26
3.2. L'évolution du montant des restes à recouvrer	27
3.3. Les provisions.....	28
3.3.1. Les provisions réglementées pour CET	28
3.3.2. Les autres provisions pour charges.....	29
4. La situation financière	29
4.1. L'évolution des produits et des charges du budget principal	30
4.1.1. L'évolution des produits	30

4.1.2.	L'évolution des charges	32
4.2.	L'évolution des produits et des charges des budgets annexes	33
4.2.1.	La prise en charge des personnes âgées	33
4.2.2.	L'institut de formation d'aides-soignants (IFAS).....	35
4.3.	Le budget consolidé.....	35
4.3.1.	Le résultat.....	35
4.3.2.	La formation de l'épargne.....	36
4.3.3.	Le financement des investissements.....	37
4.4.	L'endettement.....	38
4.5.	Actualisation de la situation financière à l'exercice 2017	40
5.	Les ressources humaines	40
5.1.	Les effectifs du personnel médical	41
5.2.	Les effectifs du personnel non médical.....	43
5.3.	Le personnel handicapé et la contribution au FIPHFP	44
5.4.	Le temps de travail.....	44
5.4.1.	Le temps de travail du personnel non médical.....	44
5.4.2.	Le temps de travail des médecins	45
5.5.	L'absentéisme.....	46
5.6.	Le taux de rotation du personnel.....	47
6.	La permanence des soins.....	48
6.1.	Une mise en place très tardive des tableaux de service	48
6.2.	Le recours à l'intérim	48
6.3.	L'indemnisation de la permanence des soins du personnel médical.....	50
7.	L'activité libérale	51

SYNTHESE GENERALE DU RAPPORT

L'activité de l'établissement

Le centre hospitalier de la Haute-Gironde compte 267 lits et 24 places. La direction, les activités de MCO¹ et SSR² ainsi qu'un EPHAD³ sont implantés à Blaye. L'établissement gère également un deuxième EHPAD situé à Bourg-sur-Gironde (15 kms) ainsi qu'un institut de formation d'aides-soignants à Cars (4 kms de Blaye).

En 2016, le taux d'occupation des lits était de 90 % en soins de suite, 80 % en médecine et 70 % en chirurgie. En revanche, le taux d'occupation de la maternité de niveau 1 n'atteignait que 41 % en 2016 et 36 % en 2015. Pour adapter l'offre aux besoins locaux, cinq lits sur les 15 que compte le service sont plus particulièrement dédiés à la chirurgie gynécologique.

La patientèle est constituée de résidents des communes proches du centre hospitalier, dont 7 % issus de Charente-Maritime. Les parts de marché de l'établissement sur sa zone d'attractivité sont de 52 % en médecine, 49 % en obstétrique, 26 % en chirurgie pour l'hospitalisation complète et 40 % pour l'ambulatoire. Le service des urgences constitue la principale porte d'entrée dans l'établissement (67 % des hospitalisations). L'ampleur de ces séjours non programmés peut-être une source de difficulté pour la gestion des lits.

L'organisation de l'établissement et sa politique de coopération

Depuis 2010, l'hôpital est organisé autour d'un pôle administratif et de quatre pôles médicaux. Les contrats de pôles, qui ont connu peu d'application concrète, n'ont pas été renouvelés. Néanmoins, compte tenu de la taille de l'établissement, les chefs de pôles participent collégialement à la définition des orientations stratégiques lors des réunions du directoire.

Le CH de la Haute-Gironde appartient au groupement hospitalier de territoire « Alliance de Gironde » qui rassemble neuf établissements autour du CHU de Bordeaux. L'hôpital s'est engagé, depuis plusieurs années, dans le développement de coopérations avec le CHU et le CH de Libourne. Il s'agit d'un axe d'actions essentiel, qui figure en bonne place dans le projet d'établissement couvrant la période 2016-2020. Les actions mises en œuvre portent notamment sur le développement de la télémedecine (radiologie et neurologie) et le partage de compétences médicales (mise à disposition de moyens et conventions de formation). Une trentaine de conventions ont également été signées avec diverses structures publiques ou privées (centres hospitaliers, associations EHPAD etc.) mais aucun bilan périodique formalisé n'a été établi.

Le groupement de coopération sanitaire de la Haute-Gironde

En octobre 2013, le dispositif de clinique ouverte qui existait au CH de la Haute Gironde a été remplacé par un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyen de droit public, créé entre l'hôpital, une SELARL⁴ d'ophtalmologistes, un gastroentérologue et un otorhinolaryngologiste⁵. En 2017, ils ont été rejoints par un rhumatologue et un chirurgien vasculaire. Ces professionnels de santé libéraux assurent des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par le CH de la Haute-Gironde. De ce fait, ils ont accès au plateau technique et sont assistés par le personnel du bloc opératoire. En 2016, les quatre médecins membres du GCS ont occupé les salles

¹ Médecine, chirurgie, obstétrique.

² Soins de suite et réadaptation.

³ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁴ Société d'exercice libérale à responsabilité limitée.

⁵ Deux nouveaux praticiens (un chirurgien vasculaire et un rhumatologue) ont rejoint le GCS début 2017.

d'intervention 179 demi-journées dans l'année, ce qui a généré de nombreux séjours et consultations externes (780 séjours en ophtalmologie et 580 en gastroentérologie). Cette activité est importante pour l'hôpital qui encaisse une recette nette (recette totale moins rémunération des praticiens) de l'ordre d'un million d'euros par an. Toutefois, l'absence de comptabilité analytique empêche de déterminer avec précision quelle est la « marge nette » de l'établissement qui prend à sa charge les coûts de fonctionnement de l'équipement.

Les conditions financières appliquées dans le cadre de ce GCS varient selon les spécialités mais permettent aux médecins de percevoir une rémunération supérieure à celle qu'ils percevraient s'ils étaient rémunérés à l'acte selon le tarif conventionné du secteur 1. Ainsi, pour la chirurgie de la cataracte, les ophtalmologistes bénéficient d'une rémunération égale à celle du secteur 1 majorée de 40 %. In fine, c'est donc l'hôpital qui finance ce surcoût. Les actes d'ORL et de gastroentérologie sont, quant à eux, rémunérés sur la base de 30 % du groupe homogène de séjour (GHS)⁶ servi à l'établissement. Or, le GHS est un tarif global censé intégrer l'ensemble des coûts lié au séjour. Ce mode de calcul aboutit, lui aussi, à des reversements d'honoraires supérieurs au tarif de l'acte réalisé par le médecin.

L'information financière et la fiabilité des comptes

Le provisionnement des comptes épargne temps était surévalué car leur valorisation était calculée au coût réel et non au tarif réglementaire. Cette situation a été régularisée en 2017 par une reprise d'un montant de 299 k€. Par ailleurs, l'ordonnateur ne procède pas au contrôle administratif et comptable des régies, contrairement aux dispositions en vigueur.

La situation financière

Depuis 2012, l'hôpital fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre (PRE). En contrepartie de financements supplémentaires (1,6 M€ d'aide en trésorerie), il s'est engagé à maîtriser ses charges et à accroître ses recettes afin d'obtenir un excédent en 2016. Cet objectif a été atteint, les résultats ayant toujours été nettement supérieurs à ceux prévus par le PRE. Malgré un résultat consolidé positif de 92 k€, l'année 2016 marque un tournant. Le résultat net a diminué de 386 k€ par rapport à l'année précédente et le taux de marge brute est passé de 9 % à 7 %. La CAF (2,1 M€) demeure néanmoins suffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts (992 k€ en 2016).

Parmi le stock de dette, constitué à 54 % par des contrats à taux fixe ou indexés sur le Livret A, deux produits structurés sont à surveiller. Le premier, classifié 2 E, s'éteindra en 2038. Le calcul de ses intérêts dépend du niveau de l'inflation française. Le second, classifié 3 E, prendra fin en 2039. Jusqu'en 2027, date à partir de laquelle s'appliquera un taux fixe de 3,57 %, ses intérêts sont calculés en fonction du différentiel entre les taux longs (CMS⁷ 30 ans) et les taux courts (CMS 1 an).

L'exercice 2017 se traduit par une dégradation de la situation financière avec un déficit consolidé de 683,97 k€ dont 819,87 k€ pour le seul budget principal. Cela résulte d'une diminution de l'activité, qu'il s'agisse des hospitalisations complètes ou de l'ambulatoire. Cette tendance s'est toutefois inversée au dernier trimestre, ce qui, selon l'analyse du directeur, pourrait s'apparenter à un phénomène conjoncturel dans la mesure où la valorisation des trois derniers mois de l'année 2017 est supérieure à celle réalisée au cours de la même période l'année précédente.

⁶ Groupe homogène de séjour : donnée servant à la tarification à l'activité. A chaque GHS correspond un tarif réglementaire payé par l'assurance maladie.

⁷ Constant maturity swap ou swap courbe de taux, un swap étant un contrat dans lequel deux contreparties s'engagent à s'échanger une série de flux financiers dont au moins une est calculée en fonction de l'évolution d'un indicateur financier, comme par exemple un indice de taux d'intérêt, un taux de change ou le prix d'une action.

Les ressources humaines

Fin 2016, l'établissement employait 654 personnes dont 62 médecins. Depuis 2012, le nombre d'agents a progressé de 8,8 % alors que le nombre d'équivalents temps-plein (ETP) présents au 31 décembre a augmenté de 5,5 %, ce qui traduit un recours plus important au temps partiel. Si l'on raisonne en termes d'ETP moyens rémunérés, comme le souhaite le directeur, cela a pour conséquence de lisser les pics saisonniers. On constate alors que les effectifs n'ont augmenté que de 1 % entre 2012 et 2016 (+2,3 % pour le personnel non médical et – 13 % pour le personnel médical), l'essentiel de la hausse portant sur le budget des EHPAD.

Le nombre d'ETP de médecins permanents (25 fin 2016) a diminué alors que la tendance est inverse pour les praticiens contractuels (17,5 ETP), qui représentent désormais plus de 22 % des ETP médicaux (17 % en 2012). Le manque d'effectifs dans certaines spécialités entraîne une augmentation sensible du coût de la permanence des soins. Cela se traduit par un recours important à l'intérim et par l'embauche, sous divers statuts, de médecins diplômés à l'étranger. Début 2017, c'était le cas pour 14 praticiens, recrutés principalement dans les spécialités d'anesthésie, de gynécologie obstétrique et de médecine d'urgence.

Pour le personnel non médical (525 ETP fin 2016), les difficultés de recrutement concernent principalement les infirmiers spécialisés. Pour les infirmiers diplômés d'Etat (IDE), le maintien d'un effectif complet est, selon l'hôpital, obtenu en échange d'une organisation quotidienne du travail en 12 heures limitant le nombre de journées d'activité des professionnels concernés. Le taux d'absentéisme pour maladie ordinaire du personnel non médical (5 % en 2016) est plus élevé que dans la moyenne des établissements hospitaliers. En revanche, le taux de rotation du personnel est, quant à lui, plutôt faible au regard de statistiques nationales.

La permanence des soins

Les tableaux de service, qui constituent une obligation réglementaire prévue par un arrêté du 30 avril 2003, n'ont été mis en place que très tardivement au sein de l'établissement. A l'exception des urgences et de l'anesthésie, ils n'ont été généralisés qu'à compter du 1^{er} janvier 2016. Des tableaux mensuels de suivi des gardes et astreintes existaient au préalable mais ces documents ne pouvaient pas faire office de véritables tableaux de service au sens de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité de soins.

Depuis 2012, le CH de la Haute-Gironde rémunère les astreintes médicales de manière forfaitaire. Les tarifs pratiqués au cours de la période examinée respectent les dispositions réglementaires, sauf pour l'anesthésie dont le forfait excède de 38,5 % le tarif maximum applicable⁸ (260 € au lieu de 187,7 €). Certes, cette spécialité souffre d'un déficit démographique à l'échelle nationale mais la chambre ne peut que recommander à l'établissement de se conformer à la réglementation en vigueur en matière d'indemnisation de la permanence des soins.

L'activité libérale

La commission d'activité libérale (CAL) n'a été constituée qu'en 2015. Même si seulement deux praticiens hospitaliers du CH de la Haute-Gironde exerçaient une activité libérale, l'établissement a fonctionné pendant des années selon un modèle atypique et irrégulier. L'absence de CAL, associée à la non production des tableaux de service, empêchait tout contrôle sérieux de l'activité libérale pratiquée au sein de l'hôpital.

⁸ 25 % sur la période du 1^{er} juillet 2014 au 1^{er} janvier 2016 (235 € au lieu de 187,7 €).

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION N°1 : améliorer le suivi des conventions en réalisant des bilans périodiques

[Non mise en œuvre]

RECOMMANDATION N°2 : procéder à un contrôle régulier des régies conformément aux dispositions réglementaires en vigueur

[En cours de mise en œuvre]

RECOMMANDATION N° 3 : instaurer un guide du temps de travail médical récapitulant l'ensemble des règles applicables en la matière

[Non mise en œuvre]

RECOMMANDATION N° 4 : se conformer aux tarifs en vigueur pour l'indemnisation de la permanence des soins en anesthésie

[Non mise en œuvre]

RECOMMANDATION N° 5 : tenir un décompte du temps d'intervention en astreinte même si ces dernières sont indemnisées selon un régime forfaitaire (arrêté du 30 avril 2003)

[Non mise en œuvre]

INTRODUCTION

Le contrôle a été effectué dans le cadre du programme annuel 2017 de la chambre régionale des comptes.

L'ouverture du contrôle a été notifiée à M. Stéphane BLATTER, ordonnateur en fonctions, par lettre du 14 février 2017 ainsi qu'à Mme Céline ETCHETTO et M. Jean-Luc JUILLET, ses prédécesseurs, par lettres du 17 mars 2017.

Une lettre d'ouverture de contrôle a également été adressée le 14 février 2017 à M. Denis BALDES, président du conseil de surveillance.

L'entretien de début de contrôle s'est déroulé le 16 février 2017 avec l'ordonnateur. Les entretiens de fin de contrôle se sont déroulés le 16 janvier 2018 avec l'ordonnateur, le 17 janvier 2018 avec M. Jean-Luc JUILLET (par téléphone) et le 19 janvier 2018 avec Mme Céline ETCHETTO (par téléphone).

Le rapport d'observations provisoires a été délibéré le 22 février 2018. Il a été adressé à l'ordonnateur en fonctions le 10 avril 2018 et des extraits ont été communiqués à M. JUILLET (ancien ordonnateur). A la même date, en vertu des dispositions de l'article R.243-5 du code de juridictions financières, des extraits ont également été envoyés à seize praticiens ou anciens praticiens du centre hospitalier.

L'ordonnateur a répondu par courrier du 31 mai 2018, enregistré au greffe de la chambre régionale des comptes le 1^{er} juin 2018. Les autres destinataires d'extraits n'ont, quant à eux, pas transmis de réponse.

Le rapport d'observations définitives a été délibéré par la chambre régionale des comptes le 27 juillet 2018.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SON TERRITOIRE

1.1. LE TERRITOIRE ET LA ZONE D'ATTRACTIVITE

Le centre hospitalier de la Haute-Gironde est situé à Blaye (4 800 habitants), sur la rive droite de l'estuaire de la Gironde. L'arrondissement compte 63 communes et 87 400 habitants mais la zone d'attractivité de l'hôpital est plus réduite du fait de la proximité de centres hospitaliers beaucoup plus importants dans un rayon d'une cinquantaine de kilomètres (CHU de Bordeaux et CH de Libourne, auxquels s'ajoutent de nombreux établissements privés). Pour le directeur, cette proximité serait toute relative dans la mesure où les établissements publics et privés, cités par la chambre, ne seraient pas accessibles en moins d'une heure de route. Pour lui, le CH de la Haute-Gironde est « *un établissement de proximité indispensable pour les habitants du territoire blayais* ».

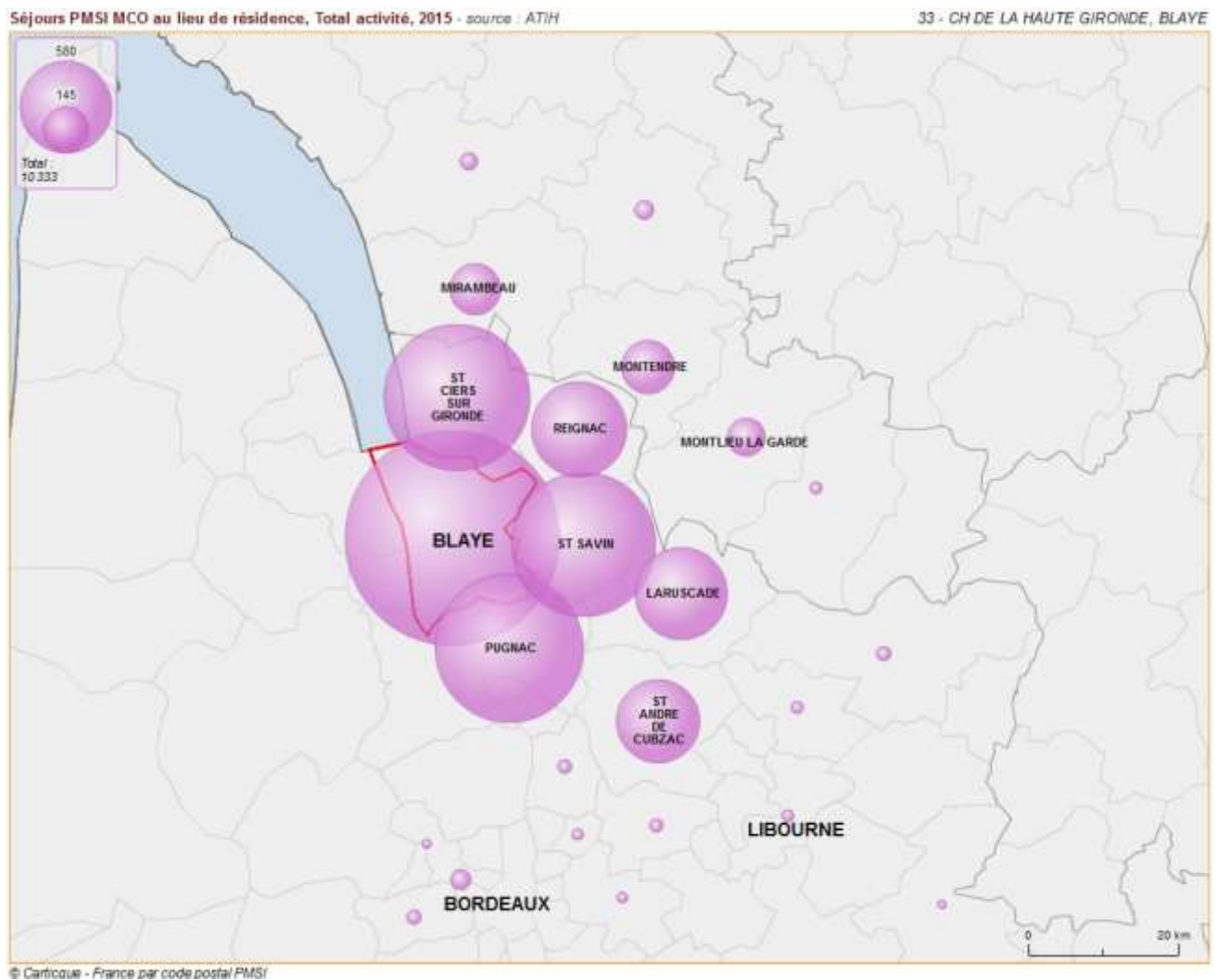
D'un point de vue sociodémographique⁹, le Pays de la Haute-Gironde (cinq cantons, 84 600 habitants) présente une structure de population relativement jeune (31 % de jeunes de moins de 26 ans) et un indice de fécondité élevé (deux enfants par femmes pour 1,74 dans l'ancienne région Aquitaine). Ce constat est, toutefois, à relativiser si l'on se réfère aux données de l'INSEE concernant la seule communauté de communes du canton de Blaye (21 communes et 14 900 habitants). Cette zone de proximité pour l'hôpital se caractérise par une relative stagnation de sa population (+ 0,2 % entre 2008 et 2013) et une proportion importante de personnes âgées : 11,5 % des habitants ont plus de 74 ans contre 9 %, en moyenne, en Gironde. Le taux de pauvreté¹⁰ y est également plus élevé que la moyenne départementale (15,3 % contre 12,3 %).

Or, une dizaine de communes autour de Blaye, dont une petite partie située dans le Sud de la Charente Maritime, est à l'origine de l'essentiel des séjours réalisés au CH de la Haute-Gironde.

⁹ Source : diagnostic du projet d'établissement 2016-2020.

¹⁰ Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

Carte des séjours MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) par rapport au lieu de résidence



1.2. LA PATIENTELE

Plus du quart de la patientèle est originaire du canton de Blaye et 60 % des cantons limitrophes. 7 % des patients résident dans le département de la Charente-Maritime.

Tableau 1. Origine géographique de la patientèle*Nombre de patients*

CANTONS	2013	2014	2015	2016
Blaye	6 385	6 706	6 962	7 040
Saint-Ciers-sur-Gironde	4 860	5 264	5 480	5 619
Saint-Savin	4 597	4 824	5 101	5 189
Bourg sur Gironde	3 883	4 112	4 339	4 415
Saint-André-de-Cubzac	567	665	660	680
Saint-Palais	169	187	192	195
Sous-total cantons limitrophes	20 461	21 758	22 734	23 138
Sous-total en %	87%	87%	87%	87%
Charente-Maritime	1 522	1 609	1 655	1 879
Charente-Maritime en %	6%	6%	6%	7%
Région	866	955	914	940
Hors région	740	766	722	696
Total	23 589	25 088	26 025	26 653

Source : CH de la Haute-Gironde

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) représentent 9 % des patients de l'établissement tandis que la part des patients relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME) est négligeable.

Tableau 2. Patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME

Proportion de patients CMU et AME	2013	2014	2015	2016
Part de patients CMU (couverture maladie universelle)	8%	8%	9%	9%
Nombre de patients AME (aide médicale de l'Etat)	0	2	4	2

Source : CH de la Haute-Gironde

1.3. LA CAPACITE EN LITS ET PLACES DU CH DE LA HAUTE GIRONDE

Le CH de la Haute-Gironde est principalement implanté à Blaye, où sont regroupées les activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et SSR (soins de suite et réadaptation) ainsi que la direction. Deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont rattachés au centre hospitalier. L'un est situé sur la commune de Blaye et l'autre à Bourg-sur-Gironde (15 km de Blaye). Un institut de formation d'aides-soignants (IFAS) est également implanté à Cars (4 km de Blaye).

L'établissement dispose de 267 lits et de 24 places. Au cours de la période étudiée, le nombre de lits installés a diminué en chirurgie (- 8) et en unité de soins de longue durée (-14) alors qu'il a augmenté en EHPAD (+ 22) et en SSR (+ 5). Le nombre de places (+ 14) a progressé suite à l'ouverture d'un pôle d'activités et de soins adaptés¹¹ (PASA) au sein de l'EHPAD de Bourg-sur-Gironde.

¹¹ Les PASA permettent d'accueillir en journée des personnes désorientées dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques.

Tableau 3. Capacités en lits et places*Nombre de lits et places*

Capacité CH de Blaye	2013		2014		2015		2016		2017	
Services	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	50		50		50		50		50	
LISP (soins palliatifs)	3		3		3		3		5	
Hôpital jour médecine		3		3		3		3		3
Chirurgie	28		26		20		20		18	
Hôpital jour chirurgie		7		7		7		7		7
Maternité/Gynécologie	15		15		15		15		15	
Surveillance continue	6		6		6		6		6	
UHCD (hospitalisation de courte durée)	3		3		3		3		3	
SSR (soins de suite et réadaptation)	15		14		20		20		20	
USLD (unité de soins de longue durée)	34		20		20		20		20	
EHPAD	108		130		130		130		130	
PASA		0		14		14		14		14
Total	262	10	267	24	267	24	267	24	267	24

Source : CH de la Haute-Gironde

La capacité globale semble suffisante, comme en témoignent les taux d'occupation. Toutefois, des tensions périodiques peuvent exister en médecine (50 lits), notamment lors des pics d'épidémie grippale. En chirurgie, le besoin en lits est de moins en moins important du fait du développement de l'activité ambulatoire. Six lits ont donc été redéployés vers les soins de suite en 2015, ce qui explique l'amélioration du taux d'occupation constaté en 2016 (71 %).

Tableau 4. Taux d'occupation (MCO)

Taux d'occupation (MCO)	2015	2016
Chirurgie (20 lits)	66%	71%
Maternité (15 lits)	36%	41%
Médecine B – Polyvalente (38 lits)	94%	91%
Médecine C – cardiologie (12 lits)	85%	81%
Soins palliatifs (3 lits)	82%	78%
Surveillance continue (6 lits)	85%	86%
SSR (20 lits)	90%	94%

Source : CH de la Haute Gironde

Le taux d'occupation de la maternité (niveau 1) est faible, comparable au deuxième décile des établissements de la région Nouvelle-Aquitaine et même légèrement en deçà si l'on raisonne par rapport aux établissements de même typologie (établissements nationaux ayant le même profil d'activité). Le nombre de lits d'une maternité est réglementairement fixé à 15¹². Pour adapter l'offre aux besoins locaux, cinq lits sur 15 sont plus particulièrement dédiés à la chirurgie gynécologique. Ces derniers constituent occasionnellement une soupape de sécurité en période de tension.

¹² Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique.

1.4. L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

1.4.1. L'organisation interne et le contrôle de gestion

L'hôpital est organisé, depuis 2010, autour d'un pôle administratif et de quatre pôles cliniques qui regroupent les activités de :

- Médecine, spécialités médicales ;
- Chirurgie, anesthésie, gynécologie et obstétrique ;
- Urgences et médico-technique ;
- Gériatrie.

Les contrats internes d'objectifs et de moyens ont été signés fin 2010 et fin 2011 (gériatrie) pour une durée de trois ans. Dans les faits, ces contrats de pôles ont connu peu d'applications concrètes. Ils se sont rapidement heurtés aux difficultés du contexte local, marqué, notamment, par la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre (PRE), en 2012, et les démissions successives de deux chefs de pôles. Ils n'ont pas été renouvelés par la suite. Selon la direction, « *à partir de 2014 les contrats de pôle n'apparaissent plus comme des contributions à la stratégie du CH* ». Lors de leur constitution en 2010, les pôles répondaient à une logique liée aux compétences des praticiens. Le maintien du découpage originel permet d'entretenir la cohérence des données et d'observer des évolutions historiques mais le directeur indique que la pertinence des logiques fonctionnelles n'est pas toujours démontrée. Compte tenu de la taille de l'établissement, les chefs de pôles participent collégalement à la définition des orientations stratégiques lors des réunions du directoire et reçoivent le rapport d'activité mensuel élaboré par le département d'information médicale (DIM).

Le contrôle de gestion (un ETP, poste créé en octobre 2011) est rattaché au directeur adjoint chargé des finances, de la facturation et des services économiques. Ce service a, notamment, en charge la production de tableaux de bords et d'indicateurs de suivi.

1.4.2. Le CPOM

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) couvrant la période 2012-2017 a été signé avec l'agence régionale de santé (ARS) le 11 octobre 2012. Parmi les orientations stratégiques issues du projet régional de santé figurent le développement des politiques et actions de prévention, la facilitation de l'accès aux soins, la qualité des soins et prises en charge et l'amélioration de la transversalité. Le niveau de réalisation des vingt objectifs opérationnels qui en découlent est globalement satisfaisant : 18 sont cotés comme étant réalisés ou en grande partie réalisés. L'objectif visant à améliorer l'accès des personnes fragiles aux soins (accueil des personnes âgées et des urgences) n'est, quant à lui, que partiellement atteint dans la mesure où la structuration de la filière gériatrique est en cours de réalisation. Il en est de même pour la création d'un programme d'éducation thérapeutique pour les diabétiques de type II qui a dû être arrêté en raison de la faiblesse du public concerné et des difficultés qui en découlent.

En matière de pilotage interne, les résultats sont plus contrastés. Beaucoup d'indicateurs de suivi mentionnent des niveaux de réalisation partiellement atteints ou non atteints. C'est, par exemple, le cas pour le taux d'indépendance financière (58 % en 2015 pour une cible inférieure à 40 %) ou le taux de marge brute (7,35 % pour une cible à 8 %). De même, les taux de vétusté des bâtiments et équipements (respectivement de 49 % et 87 %) demeurent supérieurs à l'objectif (32 % et inférieur à 70 %). Le dossier médical partagé n'est pas déployé au sein de l'établissement et le fonctionnement des pôles ne répond pas aux objectifs évalués (contrats et délégations de gestion, comptes de résultats analytiques). La question de la pertinence des pôles fait d'ailleurs l'objet d'un débat en interne au regard de la taille de l'hôpital.

A contrario, les indicateurs de suivi de la politique des ressources humaines sont satisfaisants, à l'exception de la mise en place de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences qui est en cours de réalisation.

1.4.3. Le codage des actes

Le mode de tarification à l'activité doit conduire les établissements hospitaliers à suivre au plus près la facturation de leur activité. C'est pourquoi, le codage est considéré comme la mission la plus importante des départements de l'information médicale (DIM), qui gèrent toute l'information médicale de l'hôpital, quel que soit son support.

Le service est composé d'un médecin mis à disposition par le CH de Libourne une journée par semaine, d'une responsable (technicienne supérieure hospitalière), de deux techniciennes d'information médicale (TIM) et d'une adjointe administrative. Selon l'établissement, le temps dédié au médecin DIM est suffisant dans la mesure où le service a été organisé en conséquence (mise en place d'une responsable du DIM sur site, « reporting » régulier, points téléphoniques, échanges par mail, formations communes). Le codage des séjours MCO et SSR est centralisé. Il est assuré par les TIM et un point hebdomadaire est réalisé avec la responsable DIM, les difficultés de codage ou problèmes techniques y sont étudiés. Cette rencontre fait l'objet d'un compte rendu visé par le médecin DIM. Ce dernier répond également aux demandes d'expertises qui lui sont adressées.

En novembre et décembre 2014, le centre hospitalier de la Haute-Gironde a fait l'objet d'un contrôle T2A par l'Assurance maladie portant sur les données de l'année 2013. Il a été constaté des erreurs de codage ayant entraîné des prises en charge indues par les organismes de sécurité sociale (159 345 €) et des sous-facturations par l'établissement (26 091 €). En septembre 2016, l'hôpital a été informé qu'il était susceptible d'encourir une sanction maximale de 159 345 €, montant qui sera finalement ramené à 78 265 €.

L'optimisation du codage des données PMSI permet aux hôpitaux de collecter des recettes. Les établissements ont la possibilité de corriger les données de périodes antérieures afin de « récupérer » le différentiel de valorisation généré par le recodage, après accord de l'ARS. Cette procédure utilise le logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA) fourni par l'ATIH¹³. Le délai dont disposent les établissements pour effectuer des corrections a été ramené à un an à compter du 1^{er} janvier 2012.

Au cours de la période examinée, le centre hospitalier a fait appel à plusieurs prestataires externes pour assurer des missions d'optimisation du codage.

Tableau 5. Missions de recodage et d'optimisation des recettes

Année	Prestations	Coûts (€ TTC)	Recettes recouvrées (€)
2011	Optimisation du codage années 2009-2010 (procédure Lamda)	28 584 €	348 341 €
2015	Optimisation des données médicales de facturation des actes et consultations externes	1 356 € (4 % HT des recettes)	28 247 €
2016	Analyse et correction des données médicales de facturation des actes et consultations externes	641 € (10 % HT des recettes)	5 343 €

Source : données CH de la Haute-Gironde

¹³ ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

1.4.4. La coopération inter hospitalière

La loi de modernisation du système de santé a rendu caduque les communautés hospitalières de territoire (CHT) en créant les groupements hospitaliers de territoire (GHT), dispositifs de coopération conventionnelle sans personnalité juridique.

Le CH de la Haute-Gironde appartient au GHT « Alliance de Gironde », créé par transformation de la CHT du même nom le 30 juin 2016. Le groupement rassemble neuf établissements¹⁴ autour du CHU de Bordeaux qui en constitue l'établissement support. De par sa taille, ce GHT est le plus important des 12 GHT de la région Nouvelle-Aquitaine. Il rassemble 7 526 lits et places et plus de 23 000 salariés.

Le 30 juin 2016, la convention constitutive du GHT a été signée par les différents partenaires. Elle s'appuie sur un projet médical et un projet de soins partagés. Le président du GHT est le directeur de l'établissement support. Ce dernier est entouré par un comité stratégique qui se réunit une fois par trimestre et qui rassemble les chefs d'établissements, les présidents des commissions médicales (CME) et des commissions des soins infirmiers, le président du collège médical du groupement, le médecin DIM de territoire et le directeur de l'UFR de médecine de l'université de Bordeaux. Un bureau de 14 membres, qui se réunit en principe mensuellement, organise le fonctionnement opérationnel du groupement et plusieurs instances spécialisées complètent le dispositif¹⁵.

Le centre hospitalier de la Haute-Gironde s'est engagé, depuis plusieurs années, dans le développement de coopérations avec le CHU de Bordeaux et le CH de Libourne. Il s'agit d'un axe d'action essentiel, qui figure en bonne place dans le projet d'établissement couvrant la période 2016-2020. Les actions mises en œuvre portent notamment sur le développement de la télémédecine (radiologie et neurologie) et le partage de compétences médicales (mise à disposition de moyens et conventions de formation).

En 2016, deux praticiens hospitaliers à temps plein affectés au CH de la Haute-Gironde faisaient l'objet d'une mise à disposition partielle auprès d'autres hôpitaux. Il s'agissait d'un odontologue (trois demi-journées par semaine) auprès du CH de Libourne et d'une gynécologue (une journée par semaine) auprès du CHU de Bordeaux¹⁶. En sens inverse, plusieurs praticiens provenant d'autres établissements travaillent à temps partiel au sein du centre hospitalier de Blaye. Leur nombre a augmenté au cours de la période examinée, passant de 4,2 ETP en 2012 à 7,1 ETP en 2016. Huit sont des médecins du CHU et deux sont issus du CH de Libourne (dont le médecin DIM). Ces conventions prennent, pour la plupart d'entre elles, la forme de conventions d'activité partagée ou de conventions d'activité d'intérêt général.

L'hôpital a également conclu une convention de coopération de télé-radiologie avec le CHU de Bordeaux. Ce document, signé en novembre 2012, prévoit que les actes (télédiagnostic et télé-expertise¹⁷) sont pris en charge par les équipes bordelaises qui participent également à la couverture des astreintes de nuit, de week-end et les jours fériés. Le coût facturé au CH de la Haute-Gironde correspond à un ETP de médecin radiologue. Cette coopération, initialement menée avec le CHU, a été reconduite avec le CH de Libourne, courant 2017.

¹⁴ CH d'Arcachon, CH de Bazas, CHU de Bordeaux, CH de Cadillac, CH Charles Perrens, CH de la Haute-Gironde, CH de Libourne, CH Sud-Gironde, CH de Sainte-Foy-la-Grande.

¹⁵ Collège médical, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, conférence territoriale de dialogue social, commission des usagers et commission territoriale des élus locaux.

¹⁶ Par ailleurs, une gériatre était partiellement mise à disposition de la MAIA¹⁶ de la Haute-Gironde (0,1 ETP) ainsi qu'une psychologue travaillant à temps partiel pour une association de maintien et de soins à domicile (0,5 ETP).

¹⁷ Coopération entre un radiologue du CH ayant réalisé l'acte et un radiologue expert du CHU.

1.4.5. Les conventions passées avec les autres structures

Une trentaine de conventions ont été signées avec des structures publiques ou privées, parmi lesquels figurent des centres hospitaliers (en particulier Bordeaux et Libourne), des associations, quelques EHPAD, une SELARL de médecins spécialistes (utilisation du plateau technique et du bloc opératoire) et un cabinet de radiologie (utilisation du scanner). Ces conventions, qui sont généralement conclues pour des périodes d'un à trois ans renouvelables, ne font pas l'objet d'évaluations périodiques. Selon l'hôpital, plusieurs accords font l'objet de rencontres entre les différents signataires sans que des évaluations aient été formalisées par écrit. La chambre régionale des comptes recommande donc un meilleur suivi des conventions et encourage l'établissement à établir des bilans formalisés qui pourraient s'avérer utiles, notamment lors de leur renouvellement.

1.4.6. La coopération avec la médecine de ville

La médecine de ville est un acteur essentiel en matière de prise en charge et de parcours de santé des patients. Par ailleurs, les médecins libéraux sont des prescripteurs susceptibles d'orienter leurs patients vers les services du centre hospitalier.

Sur le secteur couvert par le CH de la Haute-Gironde, la densité de médecins libéraux est inférieure d'environ 10 % à la densité régionale. Ce phénomène s'accroît pour les spécialistes¹⁸. Afin d'améliorer la communication avec les médecins généralistes, l'hôpital a pris des initiatives comme la mise en place d'une lettre d'information, d'un annuaire des services avec une ligne directe pour les praticiens et le développement de la transmission des compte-rendu d'hospitalisation ou de consultation via une messagerie sécurisée. Par ailleurs, des rencontres (deux par an) sont également organisées avec les généralistes afin de favoriser le dialogue et d'améliorer leur information.

1.5. LE GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE

1.5.1. Le fonctionnement du groupement

En octobre 2013, le dispositif de clinique ouverte¹⁹ qui existait au CH de la Haute Gironde a été remplacé par un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens de droit public, créé entre l'hôpital, une SELARL de praticiens ophtalmologistes libéraux, un gastroentérologue et un otorhinolaryngologiste. Selon l'article 3 de la convention constitutive, cette structure « *a pour objet d'améliorer et de développer l'activité de ses membres par le développement d'une offre de santé dans l'ensemble des disciplines autorisées au sein du centre hospitalier de la Haute-Gironde, notamment en ophtalmologie et d'assurer la continuité des soins en ces disciplines en l'absence d'offre libérale en secteur 1* ».

Les professionnels de santé libéraux assurent des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par le CH de la Haute-Gironde. Ils utilisent le plateau technique de l'hôpital trois matinées par semaine avec le concours du personnel de l'équipe du bloc opératoire. Les dépenses relatives aux soins de ces patients sont prises en charge par l'établissement public et les modalités de rémunération des médecins intervenant dans le cadre du GCS sont définies dans des conventions spécifiques.

Fin 2016, l'arrivée de nouveaux praticiens a été validée par l'assemblée générale afin d'ouvrir le groupement à d'autres spécialités comme la chirurgie vasculaire et la rhumatologie. Un avenant à la convention constitutive a été signé le 2 janvier 2017 permettant à deux nouveaux médecins d'intégrer le groupement.

¹⁸ Source : projet d'établissement 2016-2020.

¹⁹ Les cliniques ouvertes ont été supprimées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - HPST et le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010.

1.5.2. Une offre de soins élargie pour les patients et un gain d'activité pour l'hôpital

L'offre de soins développée par le GCS est bénéfique pour les patients car elle leur évite des déplacements vers des établissements de santé situés à Bordeaux ou Libourne.

L'activité découlant de cette coopération public-privé est soutenue même si l'on constate une certaine diminution des séjours en ophtalmologie et ORL. En 2016, le bloc, composé de trois salles d'intervention, a été occupé 179 demi-journées dans le cadre du GCS, ce qui représente une part substantielle de l'activité du plateau technique de l'hôpital. L'activité générée par le groupement s'avère donc primordiale pour l'hôpital qui se doit de maintenir une offre de soins diversifiée au risque de perdre de nouvelles parts de marché.

Tableau 6. Activité des praticiens adhérents au GCS

Activité des praticiens adhérents	2012 (*)	2013 (*)	2014	2015	2016
Séjours ophtalmologie	893	845	841	782	778
Séjours ORL	116	109	94	81	91
Actes externes ORL			9	7	22
Séjours gastro-entérologie	373	512	484	509	580
Actes externes gastro-entérologie	32	27	11	12	13
Consultations externes gastro-entérologie	287	322	279	278	265

(*) Période 2012-2013 : activité réalisée dans le cadre d'une clinique ouverte

Source : CH de la Haute-Gironde

Selon la direction de l'établissement, « le GCS est une opportunité pour conforter ses recettes et améliorer la productivité du plateau technique, à moyens constants ». Ainsi, par exemple, en 2016, les recettes hospitalières liées au fonctionnement du GCS se sont élevées à 1,5 M€ et les honoraires versés aux praticiens à 455 k€. Ces derniers représentent environ 30 % des recettes dans le cadre d'une hospitalisation et 70 % dans le cadre d'une consultation.

Tableau 7. Récapitulatif des recettes encaissées par le CH et des honoraires versés par nature de prestations

Tous praticiens	Consultations externes		Activité externe		Activité hospitalisation		Total année	
	Recettes CH	Honoraires	Recettes CH	Honoraires	Recettes CH	Honoraires	Recettes CH	Honoraires
2012	12 437 €	3 731 €	3 037 €	911 €	1 611 544 €	483 107 €	1 627 018 €	487 749 €
2013	8 375 €	2 513 €	3 136 €	1 137 €	1 638 250 €	532 286 €	1 649 761 €	535 936 €
2014	11 854 €	3 556 €	2 246 €	2 246 €	1 524 479 €	452 396 €	1 538 579 €	458 198 €
2015	11 768 €	8 238 €	2 343 €	2 343 €	1 435 763 €	427 085 €	1 449 874 €	437 666 €
2016	12 130 €	8 491 €	4 034 €	4 034 €	1 480 158 €	442 164 €	1 496 322 €	454 689 €

Source : CH de la Haute-Gironde

Sur les recettes nettes encaissées (1,04 M€ en 2016 une fois déduits les honoraires reversés aux praticiens), le CH doit financer le fonctionnement du bloc et le personnel employé lors des demi-journées consacrées aux interventions réalisées dans le cadre du GCS. Or, en l'absence de

comptabilité analytique détaillée, il n'est pas possible de déterminer quelle est la marge nette dégagée par l'établissement. Il conviendrait donc que l'hôpital puisse mieux appréhender les coûts générés par l'activité du groupement au regard des produits constatés.

1.5.3. Les conditions financières appliquées aux médecins du GCS

L'article L.6133-6 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016, disposait que « *la permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire* ».

L'article R.6133-10 du CSP apportait les précisions suivantes : « *Indépendamment de la participation de chacun des membres aux charges de fonctionnement du groupement, les actes médicaux et consultations, mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6133-6, assurés par les professionnels médicaux libéraux sont rémunérés par les établissements publics de santé ou les établissements de santé mentionnés aux b ou c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale conformément aux dispositions des articles L. 162-1-7 et R. 162-51 de ce code. Dans le cas où ces professionnels médicaux participent à la permanence de soins dans les établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, ces derniers leur versent également une rémunération forfaitaire déterminée dans les conditions des articles L. 6146-2 et L. 6161-9* »²⁰.

Les conditions financières appliquées dans le cadre du GCS de la Haute-Gironde varient selon les spécialités, mais permettent aux médecins de percevoir une rémunération supérieure à celle qu'ils percevraient s'ils étaient rémunérés à l'acte selon le tarif conventionné du secteur 1. L'objectif recherché semble être de ne pas pénaliser les praticiens par rapport au mode de fonctionnement antérieur, en clinique ouverte, qui permettait de percevoir des honoraires selon une tarification en secteur 2.

Cas de l'ORL et de la gastroentérologie

Dans le cas d'actes externes, les honoraires des praticiens correspondent à 100 % de l'acte réalisé (et 70 % de la consultation pour le gastroentérologue).

En cas d'hospitalisation, les deux médecins concernés perçoivent 30 % du tarif du GHS (groupe homogène de séjours) versé à l'hôpital pour les patients pris en charge en ambulatoire et 30 % du GHS du premier jour d'hospitalisation pour les patients hospitalisés plusieurs jours. Cette part ne correspond pas au tarif de l'acte réalisé par le médecin mais constitue une partie du forfait global dont bénéficie l'hôpital pour la prise en charge de ses patients.

Le tableau suivant permet de comparer le tarif des actes avec la rémunération perçue par le praticien sur la base de 30 % du GHS. Les données concernent les principaux GHS et les deux actes les plus couramment réalisés pour chaque GHS pour les spécialités de gastroentérologie et d'ORL. Le montant des honoraires reversés aux médecins est supérieur aux tarifs des actes, la différence étant plus ou moins importante selon les cas.

²⁰ Article R.6133-10 du CSP version actuelle : « Indépendamment de la participation de chacun des membres aux charges de fonctionnement du groupement, les actes médicaux et consultations, mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6133-6, assurés par les professionnels médicaux libéraux sont rémunérés par les établissements publics de santé ou les établissements de santé mentionnés aux b ou c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale conformément aux dispositions des articles L. 162-1-7 et R. 162-51 du même code et sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code ».

Tableau 8. Comparaison entre les tarifs des actes et la rémunération en fonction du GHS

Gastroentérologie				
Code GHS	Code GHM	Libellé GHS	Tarif GHS	Montant Honoraire = 30% GHS
2121	06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	714,45 €	214,00 €
GHS	CODE CCAM	Libellé acte	Tarif acte (*)	
2121	HHQE005	Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cæcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique	153,60 €	
2121	HEQE002	Endoscopie oeso-gastro-duodénale	96,00 €	
Code GHS	Code GHM	Libellé GHS	Tarif GHS	Montant Honoraire = 30% GHS
2119	06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	864,86 €	259,00 €
GHS	CODE CCAM	Libellé acte	Tarif acte (*)	
2119	HHFE006	Séance de mucoséctomie rectocolique, par endoscopie	202,03 €	
2119	HHFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	192,00 €	
Code GHS	Code GHM	Libellé GHS	Tarif GHS	Montant Honoraire = 30% GHS
7960	23K03J	Motifs de recours de la CMD 23 sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	685,88 €	206,00 €
GHS	CODE CCAM	Libellé acte	Tarif acte (*)	
7960	HEQE002	Endoscopie oeso-gastro-duodénale	96,00 €	
7960	HZHE002	Biopsie et/ou brossage cytologique de la paroi du tube digestif ou de conduit biliopancréatique, au cours d'une endoscopie diagnostique	17,60 €	
ORL				
Code GHS	Code GHM	Libellé GHS	Tarif GHS	Montant Honoraire = 30% GHS
714	03C28J	Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire	497,60 €	149,00 €
GHS	CODE CCAM	Libellé acte	Tarif acte (*)	
0714	FAFA002	Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur transtympanique	86,40 €	
0714	FAFA008	Adénoïdectomie	44,66 €	
Code GHS	Code GHM	Libellé GHS	Tarif GHS	Montant Honoraire = 30% GHS
663	03C14J	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	617,51 €	185,00 €
GHS	CODE CCAM	Libellé acte	Tarif acte (*)	
0663	CBLD001	Pose bilatérale d'aérateur transtympanique	86,40 €	
0663	CBGD001	Ablation unilatérale ou bilatérale d'aérateur transtympanique en place sur le tympan, sous anesthésie générale	62,70 €	
Code GHS	Code GHM	Libellé GHS	Tarif GHS	Montant Honoraire = 30% GHS
643	03C101	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	731,02 €	219,00 €
GHS	CODE CCAM	Libellé acte	Tarif acte (*)	
0643	FAFA015	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie	91,63 €	
0643	FAFA006	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et myringotomie unilatérale ou bilatérale	112,40 €	

Source : CH de la Haute-Gironde (*) Selon les cas, cumul d'actes possible / A ces actes peuvent s'ajouter en fonction du GHS, une anesthésie avec un code spécifique

A l'instar de l'ORL et de la gastroentérologie, les deux praticiens qui ont rejoint récemment le groupement (un chirurgien vasculaire et un rhumatologue) sont également rémunérés sur la base de 30 % du tarif du GHS perçu par l'hôpital.

Cas de l'ophtalmologie

Les ophtalmologues libéraux exerçant dans l'établissement (1/2 journée par semaine chacun) utilisent le matériel et les consommables mis à disposition par l'établissement.

Pour les actes réalisés dans le cadre de la chirurgie de la cataracte, les praticiens perçoivent une rémunération égale à celle du secteur 1 majorée de 40 %. Ainsi, pour une extraction extracapsulaire du cristallin par phacoémulsification²¹, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, les honoraires versés aux praticiens s'établissent à 380 € (alors que le tarif de l'acte est normalement de 271,70 €) pour un GHS valorisé à 1 265,76 € en 2016²². Bien que calculé différemment, le montant versé au praticien correspond, dans ce cas, à environ 30 % du GHS perçu par l'hôpital.

2. L'ACTIVITE ET SON EVOLUTION

L'activité de l'établissement est principalement analysée à partir des données de la base Hospiddiag. Les comparaisons sont effectuées par rapport à trois groupes distincts : les établissements publics et privés de la région, les établissements de même catégorie juridique (CH) et les établissements publics et privés ayant un volume d'activité analogue (évalué selon une typologie nationale, en fonction des RSA de médecine, chirurgie et obstétrique).

2.1. LES PARTS DE MARCHE

Excepté en médecine et en cancérologie, les parts de marchés de l'hôpital ont tendance à stagner ou diminuer au fil du temps.

Tableau 9. Parts de marché du CH de la Haute-Gironde sur la zone d'attractivité

En %

Parts de marché du CH sur la zone d'attractivité	2013	2014	2015	2016
Part de marché globale en médecine	48,9	49,3	52,7	51,6
Part de marché en chirurgie (HC)	25,5	27,1	26,9	26,3
Part de marché en obstétrique	48,6	46,5	48,4	48,8
Part de marché en chirurgie ambulatoire	40	43,3	38,7	40,4
Part de marché en hospitalisation en cancérologie	28,6	27,9	30,4	35,6

Source : Hospiddiag

²¹ La phacoémulsification repose sur la fragmentation in situ avant aspiration extra-capsulaire du cristallin opacifié au travers d'une petite incision.

²² Code 02C051 : Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1.

Les parts de marché du CHU de Bordeaux atteignent 21,7 % en médecine et 23 % en chirurgie. En ce qui concerne l'obstétrique, les maternités les plus proches sont classifiées en niveau 2 (CH Libourne et polyclinique Bordeaux Nord) ou 3 (CHU), sauf la polyclinique de Bordeaux Rive droite (niveau 1²³) qui détient une part de marché de 9 %.

²³ Les maternités de niveau 1 sont adaptées pour la prise en charge des grossesses « normales », celles de niveau 2 disposent d'une unité de néonatalogie et celles de niveau 3 d'une unité de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Tableau 10. Parts des principaux établissements situés à proximité

En %

Part de marché sur la zone d'attractivité	2013	2014	2015	2016
Part de marché en médecine (hospitalisation complète)				
CH DE LA HAUTE GIRONDE	48,9	49,3	52,7	51,6
CHU DE BORDEAUX	23,3	23,2	20,4	21,7
CH DE LIBOURNE	6,4	7,6	8,5	8,4
POLYCLINIQUE BDX-NORD AQUITAINE	4,9	5,1	4,1	4,3
POLYCLINIQUE BDX RIVE DROITE	5,2	4,1	4,2	3,5
INSTITUT BERGONIE (cancérologie)	1,9	1,8	1,6	1,6
Part de marché en chirurgie (hospitalisation complète)				
CH DE LA HAUTE GIRONDE	25,5	27,1	26,9	26,3
CHU DE BORDEAUX	20,9	20,8	22,1	22,9
POLYCLINIQUE BDX RIVE DROITE	8,5	8,4	8,6	8,3
CH DE LIBOURNE	6,3	7,1	7,2	7,6
CLINIQUE TIVOLI-DUCOS	6,7	7,3	5,8	5,7
POLYCLINIQUE BDX-NORD AQUITAINE	5,1	5,9	5,6	5,2
Part de marché en obstétrique				
CH DE LA HAUTE GIRONDE	48,6	46,5	48,4	48,8
CHU DE BORDEAUX	10,7	10,7	9,5	11,9
CH DE LIBOURNE	10,2	8,4	10,1	10,2
POLYCLINIQUE BDX RIVE DROITE	9,4	9,9	9,5	9,1
POLYCLINIQUE BDX-NORD AQUITAINE	9,7	11,6	10,6	7,5
POLYCLINIQUE JEAN VILLAR	2,8	3,3	2,6	3,9
Part de marché en cancérologie (hospitalisation complète)				
CH DE LA HAUTE GIRONDE	28,6	27,9	30,4	35,6
CHU DE BORDEAUX	28,9	30,2	25,6	23,9
CH DE LIBOURNE	5,0	5,8	9,2	8,2
POLYCLINIQUE BDX-NORD AQUITAINE	9,0	11,1	8,4	7,5
INSTITUT BERGONIE	10,0	7,4	8,2	7,5
POLYCLINIQUE BDX RIVE DROITE	6,9	5,7	6,0	5,2

Source : Hospidiag

La progression constatée en cancérologie est liée à l'augmentation des diagnostics de cancers sur l'unité des endoscopies et coloscopies digestives. Ainsi le nombre de RUM (résumés d'unités médicales) produits à la fin de chaque séjour marque une nette augmentation de ces diagnostics : en 2013, on recensait 446 RUM avec un diagnostic de cancer (157 en médecine ambulatoire) pour 567 RUM du même type en 2016 (275 en ambulatoire).

2.2. EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE MCO

2.2.1. Le nombre de RSA

Le nombre de RSA (résumé de sortie anonyme) est un indicateur qui permet d'évaluer le volume d'activité pris en charge par l'établissement, que ce soit en hospitalisation complète ou en ambulatoire. Au cours de la période 2013-2016, l'activité totale de médecine – chirurgie – obstétrique (MCO) du CH de Blaye progresse de 7,6 %, en grande partie grâce à la médecine qui représente plus de 60 % de l'activité. La hausse est particulièrement sensible en activité ambulatoire (+ 20,5 % en médecine, + 11 % en chirurgie et + 10,6 % en gynécologie).

Sur la période 2013-2016, l'activité globale d'obstétrique connaît, quant à elle, une relative stagnation.

Tableau 11. Evolution du nombre de RSA de MCO en hospitalisation complète et en ambulatoire

Nombre de Résumés de sortie anonyme		2013	2014	2015	2016	Evol. 12/15
Médecine	Nombre de RSA hosp. complète	3 811	3 916	3 921	3 975	4,3%
	Nombre de RSA ambulatoire	2 484	2 536	2 886	2 992	20,5%
	Total médecine	6 295	6 452	6 807	6 967	9,7%
Chirurgie	Nombre de RSA hosp. complète	1 172	1 190	1 114	1 062	-9,4%
	Nombre de RSA ambulatoire	2 027	2 360	2 122	2 250	11,0%
	Total chirurgie	3 199	3 550	3 236	3 312	3,5%
Obstétrique	Nombre de RSA hosp. complète	562	530	501	539	-4,1%
	Nombre de RSA ambulatoire	199	242	198	220	10,6%
	Total obstétrique	761	772	699	759	-0,3%
Total général		10 255	10 774	10 742	11 038	7,6%

Source : Hospidiag

En chirurgie, on peut noter une réorientation de l'activité vers l'ambulatoire (+ 11 %) alors que l'hospitalisation complète est en régression (-9,4 %). Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté de plus de quatre points entre 2013 et 2016 et se situe aujourd'hui au-delà du 8^{ème} décile, quelle que soit la référence retenue (région, catégorie²⁴ ou typologie²⁵ d'établissements).

Tableau 12. Taux de chirurgie ambulatoire

Taux de chirurgie ambulatoire	Etablissement				Région 2016		Catégorie 2016		Typologie 2016	
	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
	63,36	66,48	65,57	67,93	22,45	63,68	0	44,4	37,23	62,87

Source : Hospidiag

Les interventions les plus courantes réalisées en chirurgie ambulatoire concernent les affections du cristallin (37 % des RSA ambulatoires), du canal carpien (11 %) et les avulsions des molaires (7,6 %).

²⁴ Catégorie : Centres Hospitaliers.

²⁵ Etablissements de même profil d'activité (quelle que soit leur catégorie).

2.2.2. Le nombre d'accouchements

Entre 2013 et 2016, le nombre d'accouchements a diminué de 1,9 % au sein de l'établissement alors qu'il est resté stable au niveau départemental (-0,3 %)²⁶.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette tendance : un dynamisme démographique moindre dans la zone d'attractivité par rapport à l'agglomération bordelaise, le choix fait par certaines parturientes d'accoucher dans des maternités mieux équipées (niveau 2 ou 3), auquel s'ajoute un accident survenu au sein de l'établissement en 2011 ayant entraîné le décès d'un nouveau-né.

Tableau 13. Indicateurs de la maternité

Indicateurs maternité	Etablissement				Région 2016		Catégorie 2016		Typologie 2016	
	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
Nombre d'accouchements	463	451	403	454						
Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme	52	30	28	30	0	40	20	40	28	34
Taux de césarienne	18,14	21,29	22,83	15,42	15,24	20,95	15,48	21,41	16,55	24,22
Taux de péridurale (accouchements par voie basse)	86,28	82,25	83,28	83,07	65,1	87,5	62,82	82,32	64,39	83,47

Source : Hospidiag

Jusqu'en 2015, le taux de césarienne était relativement élevé pour une maternité de niveau 1. L'accident survenu en 2011 peut, en partie, expliquer ce phénomène dans la mesure où les expertises médicales diligentées ont pointé une série de fautes et de négligences, parmi lesquelles l'absence de césarienne. En 2016, le recours aux césariennes a fortement diminué et le CH se situe, désormais, parmi la moyenne basse des établissements (2^{ème} décile).

2.2.3. L'activité des urgences

Après avoir augmenté entre 2013 et 2015, le nombre de passages aux urgences n'ayant pas donné lieu à hospitalisation a diminué en 2016. Ce flux demeure important, même si cette situation n'est pas propre au CH de Blaye. Elle est probablement liée aux difficultés rencontrées en matière de permanence des soins en médecine de ville.

Tableau 14. Activité des urgences

Activité des urgences	2013	2014	2015	2016
Nombre de passages aux urgences sans hospitalisation	11 788	11 960	12 018	11 407
Nombre de séjours HC avec entrée par les urgences	3 589	3 691	3 762	3 745

Source : Hospidiag

L'établissement se caractérise par une très forte proportion d'hospitalisations en provenance des urgences, qui a même tendance à augmenter au cours de la période examinée.

²⁶ 17 697 accouchement en 2013 dans les maternités de Gironde et 17 643 en 20156 (source ATIH-ScanSanté).

Tableau 15. Hospitalisations en provenance des urgences

En %

% d'entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences		Région		Catégorie		Typologie	
Années	Etablissement	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2013	64,7	37,1	63,2	45,5	65,4	24,5	60,5
2014	65,5	35,9	62,9	46,3	65,7	29,4	62
2015	67,9	37,3	66,3	47,6	67,5	23,7	63,6
2016	67,2	40,9	67	49	68,5	27	64

Source : Hospidiag

Le taux d'hospitalisation en provenance des urgences (67 %) situe l'hôpital au niveau du 8^{ème} décile régional et même au-delà en ce qui concerne les établissements de même typologie. Cette activité non programmée peut-être source de difficultés dans la mesure où elle complique la gestion des lits. Par ailleurs, une activité fortement dépendante des urgences peut être interprétée comme un signe de moindre attractivité dans la mesure où cette patientèle n'a généralement pas fait le choix de l'établissement dans laquelle elle est hospitalisée.

L'activité du SMUR est également en progression : on enregistrait 469 sorties en 2010 et 536 en 2016. Il s'agit exclusivement de sorties primaires car les transports sanitaires sont assurés par des véhicules du service départemental d'incendie et de secours.

2.2.4. L'utilisation du bloc opératoire

La mesure de l'utilisation et de la productivité des salles de blocs opératoires n'est pas un exercice facile. Couramment, on utilise à cet effet l'indicateur ICR (indice du coût relatif)²⁷ par salle d'intervention. Plus il est élevé, plus l'utilisation du bloc peut être jugée efficiente²⁸.

Tableau 16. ICR par salle d'intervention chirurgicale

ICR par salle d'intervention chirurgicale		Région		Catégorie		Typologie	
Années	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2013	162 610	181 527	382 593	151161.5	298 134	155 453	304 505
2014	190 831	198 242	405 907	159324.5	312 082	171 649	318 087
2015	176 876	193 815	405 366	163 089	310 690	170 006	308 847

Source : Hospidiag (données 2016 non disponibles)

Le nombre d'ICR par salle d'intervention est faible au regard des statistiques régionales et nationales.

Le nombre d'ICR par chirurgien pourrait, en revanche, paraître satisfaisant dans la mesure où l'hôpital se situe au-delà du 8^{ème} décile. Cet indicateur ne reflète toutefois pas la réalité car les données de la statistique annuelle des établissements (SAE) transmises par l'hôpital ne prennent pas en compte

²⁷ L'ICR est l'unité d'œuvre des actes médico-techniques, indiquant leur degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles.

²⁸ La définition des actes ne représente pas l'exhaustivité de l'activité du bloc opératoire (actes non classants + externes) ce qui peut fausser l'analyse de la productivité de ce dernier. Cet indicateur est à mettre en regard du taux d'ouverture des blocs.

les praticiens mis à disposition par le CHU et les praticiens libéraux rémunérés dans le cadre du GCS. Le nombre d'ICR produit par les chirurgiens est donc plus faible que ce qui apparaît sur Hospidag.

2.2.5. Les consultations externes

L'activité liée aux consultations externes constitue un indicateur intéressant dans la mesure où les consultations peuvent générer, à terme, une hospitalisation. Sur la période 2012-2016, leur nombre a augmenté de plus de 26 %. La hausse est particulièrement sensible en gynécologie obstétrique, cardiologie et pédiatrie.

Tableau 17. Consultations externes

Spécialités	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016
Anesthésie-réanimation	3 538	3 729	4 100	3 929	4 144	17,1%
Angiologie	12	5	2	2		-
Cardiologie	2 078	2 105	2 432	2 783	3 326	60,1%
Chirurgie vasculaire	262	313	370	334	351	34,0%
Chirurgie viscérale	1238	1719	1440	1335	1191	-3,8%
Dermatologie-vénéréologie	543	703	419	419		-
Endocrinologie -diabétologie	1 138	789	715	819	551	-51,6%
Gastro-entérologie	1 118	1 102	1 184	1 406	1 552	38,8%
Gériatrie	292	410	364	330	408	39,7%
Gynécologie-obstétrique	3 642	4 278	5 798	6 596	7 848	115,5%
Odontologie	57	580	611	717	908	1493,0%
Orthopédie	3 848	2 881	4 542	4 221	3 870	0,6%
Oto-rhino-laryngologie	322					-
Pédiatrie	642	783	1 311	1 412	1 281	99,5%
Psychiatrie	689	837	776	796	886	28,6%
Rhumatologie		1				-
Stomatologie	144	166	192	158	158	9,7%
Urgences	10 661	11 104	12 358	11 945	11 960	12,2%
Urologie	945	1 148	1 172	992	1 052	11,3%
Total	31 169	32 653	37 786	38 194	39 486	26,7%

Source : CH de la Haute-Gironde (extraction des données Crossway-DIM)

2.3. L'INDICE DE PERFORMANCE - DUREE MOYENNE DE SEJOUR (IP-DMS)

L'IP-DMS, basé sur la durée moyenne des séjours (DMS), permet d'approcher l'efficacité des établissements de santé en comparant leurs durées moyennes de séjours. Il synthétise la sur ou la sous performance de l'organisation médicale de l'établissement en MCO hors ambulatoire, mesurée par la DMS.

L'IP-DMS MCO rapporte le nombre de journées de court séjour réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des DMS plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux, ce qui peut traduire des dysfonctionnements organisationnels (poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des admissions et des sorties, etc.).

En ce qui concerne la médecine et la chirurgie, le CH de Blaye ne se situe pas dans les déciles les plus extrêmes. Toutefois, on peut noter que l'IP-DMS de médecine progresse de façon significative sur la période même si cet indicateur demeure inférieur à 1 (0,943 en 2016).

En revanche, l'IP-DMS d'obstétrique situe l'établissement en deçà du 2^{ème} décile, quelle que soit la référence (région, typologie ou catégorie). Cette durée d'hospitalisation réduite est à rapprocher de l'activité développée par le service et du niveau de la maternité qui est plutôt destinée à accueillir des grossesses non pathologiques (niveau 1).

Tableau 18. IP-DMS MCO hors ambulatoire

IP-DMS	Etablissement				Région 2016		Catégorie 2016		Typologie 2016	
	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	0,882	0,892	0,936	0,943	0,872	1,108	0,964	1,347	0,859	1,071
IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	0,968	0,971	1,033	0,992	0,865	1,141	0,972	1,368	0,903	1,103
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0,885	0,861	0,882	0,893	0,916	1,056	0,928	1,036	0,931	1,038

Source : Hospiddiag

3. L'INFORMATION FINANCIERE ET LA FIABILITE DES COMPTES

3.1. LES REGIES

Les régies créées par les établissements publics de santé sont assujetties aux articles R.1617-1 à 18 du code général des collectivités territoriales (CGCT) par le biais d'un renvoi prévu à l'article R.6145-54-1 du code de la santé publique (CSP). L'article R.1617-17 du CGCT précise que les régisseurs de recettes et/ou d'avances ainsi que les régisseurs intérimaires et les mandataires sont soumis aux contrôles de l'ordonnateur ou de leurs délégués auprès desquels ils sont placés.

L'instruction codificatrice n°06-031-A-B-M du 21 avril 2006, relative aux régies, apporte des précisions. D'une part, l'ordonnateur doit effectuer un contrôle administratif en constituant un dossier pour chaque régie, dans lequel il regroupe tout document relatif au fonctionnement de la régie et à la gestion du régisseur et notamment l'acte constitutif de la régie, l'acte de nomination du régisseur, les décisions relatives au cautionnement et à l'indemnité de responsabilité du régisseur ainsi que les procès-verbaux des vérifications effectuées par ses soins et celles effectuées par le comptable. D'autre part, l'ordonnateur doit effectuer un contrôle comptable en veillant à ce que le régisseur intervienne seulement pour les opérations prévues par l'acte constitutif de la régie et respecte ses modalités de fonctionnement. Il s'assure de l'encaissement normal des produits au vu des bordereaux de recettes des régies de recettes et il exerce les mêmes contrôles que ceux qui lui incombent pour les dépenses payées après mandatement pour les régies d'avances.

L'instruction de la direction des finances publiques n°2012-12-7596 du 28 janvier 2013 relative à la sécurisation des régies et des dépenses du secteur public local et la circulaire n°2013-05-1118 du 5 juin 2013 portant sur les consignes actualisées de contrôle des régies, qui s'appliquent également aux établissements publics de santé, rappellent l'obligation de contrôle du régisseur par l'ordonnateur. Celui-ci doit notamment opérer un contrôle de fond des pièces qui lui sont soumises par le régisseur et réaliser des contrôles sur place.

L'établissement détient une régie d'avances pour le paiement des pécules des résidents des maisons de retraite et de l'USLD, une régie de dépôt et cinq régies de recettes dont celle consacrée à la perception des honoraires des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale.

L'ordonnateur ne procède pas au contrôle administratif et comptable régulier des régies. Or, comme le rappellent les textes mentionnés supra, cette responsabilité n'incombe pas qu'au seul comptable.

La chambre régionale des comptes prend acte de l'engagement de l'ordonnateur, en réponses à ses observations provisoires, d'élaborer une procédure spécifique pour le contrôle des régies et la traçabilité de ces contrôles.

3.2. L'EVOLUTION DU MONTANT DES RESTES A RECOUVRER

Dans le cadre de la tarification à l'activité, le montant des restes à recouvrer est un élément majeur qui doit être pris en compte pour l'analyse de l'efficacité de la chaîne de facturation. Le montant total des titres restant à recouvrer au 31 décembre a diminué de 19,3 % au cours de la période 2012-2016, passant de 4 115 k€ à 3 322 k€. En part relative, cette diminution porte en premier lieu sur les titres adressés au département (- 46,4 %). Ensuite viennent les créances à l'encontre des caisses de sécurité sociale (- 29,5 %) et celles des hospitalisés et consultants (- 16 %). Concernant cette dernière catégorie, le montant des titres faisant l'objet d'un contentieux a diminué de 42,6 % entre 2014 et 2016. Cependant, le recouvrement des titres dus par les autres tiers payants, représentés en grande partie par les mutuelles, ne suit pas la même tendance puisque le montant total des titres dus au 31 décembre a augmenté de 33,8 %.

Les réémissions de titres sont relativement stables en ce qui concerne les hospitalisations. En revanche, pour les passages externes, elles ont eu tendance à augmenter assez sensiblement au cours des deux derniers exercices examinés (2015 et 2016). Selon l'hôpital, cette évolution est liée à la mise en place du dispositif de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES)²⁹.

Tableau 19. Réémissions de titres

Réémissions de titres	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de dossiers réémis sur des passages de type hospitalisation	198	260	247	267	246
Nombre de dossiers réémis sur des passages de type externe	998	955	924	1854	1 738

Source : tableau CRC d'après CH de la Haute-Gironde

Les délais de facturation des dossiers des urgences ont subi une nette dégradation au cours de l'année 2016 suite à un changement de logiciel. Installé à la fin du mois de mars, ce dernier n'a été opérationnel qu'à compter de la fin du mois de mai, ce qui a généré un retard de facturation.

²⁹ Dispositif de facturation individuelle et directe des consultations et des séjours aux caisses d'assurance maladie par les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif. Ce projet a fait l'objet d'une phase d'expérimentation avant d'être progressivement généralisé à compter de 2013.

Tableau 20. Délais de facturation*En jours*

Délais de facturation	2012	2013	2014	2015	2016
Délai de facturation pour les hospitalisations par les urgences	58,73	83,5	72,38	77,73	96,47
Délai de facturation pour les hospitalisations hors urgences	36,46	24,76	40,5	54	57,55

Source : tableau CRC d'après CH de la Haute-Gironde

3.3. LES PROVISIONS**3.3.1. Les provisions réglementées pour CET**

En application de l'article 11-1 du décret n°2002-788 modifié du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière, les établissements ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par les agents, la provision étant valorisée en fonction des montants forfaitaires fixés par catégorie d'agents, majorée des cotisations patronales en vigueur³⁰.

Au cours de la période examinée, la provision pour CET a connu une progression importante en 2013 (+ 192 k€) ainsi que, dans une moindre mesure, en 2015 (+ 58 k€). A la fin de l'exercice 2016, elle s'élève à 844 k€.

Tableau 21. Comptes 143 – 153 - Provisions réglementées pour CET*En €*

Comptes		2012	2013	2014	2015	2016
687 43 - 681 53	Dotations	551 812,00	192 686,00	13 387,00	89 283,00	7 956,80
787 43 - 781 53	Reprises	397 622,00	1 169,00	14 550,00	31 134,00	-
143 - 153	Soldes	587 292,00	778 809,00	777 646,00	835 795,00	843 751,80
Variation / à l'année précédente			+ 191 517,00	- 1 163,00	+ 58 149,00	+ 7 956,80
Variation / à l'année précédente			32,6%	-0,1%	7,5%	1,0%

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

Le taux de provisionnement des jours de CET est très élevé : 204 % en 2012, 164 % en 2013 et 187 % en 2014 et 2015. En effet, jusqu'en 2015, l'établissement évaluait le montant à inscrire en provision à partir du coût réel chargé d'une journée de travail et provisionnait 7/5^{ème} des jours de manière à inclure deux repos hebdomadaires pour cinq jours, ce qui induisait un sur-provisionnement. Dorénavant, l'évaluation de la provision est réalisée en application des textes. La correction de l'erreur d'un montant de 298 692 € a été effectuée en 2017.

³⁰ 125 € pour les personnels de catégorie A, 80 € pour les personnels de catégorie B, 65 € pour les personnels de catégorie C (article 4 de l'arrêté du 6 décembre 2012 pris en application des articles 4 à 8 du décret n°2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la FPH) ; 300 € pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques (article 2 de l'arrêté du 27 décembre 2012 pris en application du décret n°2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des EPS).

Tableau 22. Taux de provisionnement des jours de CET

Provisionnement CET	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de jours inscrits sur les CET – ensemble du personnel	2 724	3 221	3 293	3 414	3 232
Taux de provisionnement	204%	164%	187%	187%	100%

Source : tableau CRC d'après les bilans sociaux

3.3.2. Les autres provisions pour charges

Ce compte enregistre une dotation de 12 000 € en 2016 correspondant à la suspension du paiement par le CH des factures de transport SMUR secondaires émises par le CHU.

Tableau 23. Compte 158 – Autres provisions pour charges

En €

Autres provisions	2012	2013	Corrections 2014	2014	2015	2016	Corrections 2017	2017
Budget H	696 073	696 073	-696 073	0		12 000		12 000
Budget USLD	543 499	543 499	-244 138	299 361	299 361	299 361	-299 361	
Budget EHPAD	107 617	107 617	-107 617	0	42 376	6 540		6 540
Budget IFAS	6 000	6 000	-6 000	0				
Total	1 353 188	1 353 188	-1 053 827	299 361	341 737	317 901	-299 361	18 540

Source : tableau CRC d'après le CH de la Haute-Gironde

Une partie de ces « autres provisions pour charges » n'était pas motivée ou était erronée. Des corrections ont été réalisées par le débit du compte 158 et le crédit du compte 110/119. Tout d'abord en 2014, pour un montant de 696 073 € sur le budget H, de 244 138 € sur le budget USLD et de 107 617 € sur le budget EHPAD car le fait générateur de la provision ou la provision elle-même était devenue sans objet ; en 2017 enfin pour un montant de 299 361 € sur le budget USLD. Ces provisions n'étaient pas justifiées et l'imputation comptable était incorrecte. Le compte 158 est ainsi ramené à 18 540 €.

4. LA SITUATION FINANCIERE

L'analyse couvre la période 2012-2016, exercices pour lesquels les comptes financiers définitifs sont disponibles. A la fin de cette partie, le rapport présente une actualisation portant sur l'année 2017. Cette dernière, qui a été réalisée à partir des éléments communiqués par la direction de l'hôpital, traduit une nette dégradation de la situation financière.

Le centre hospitalier de la Haute-Gironde dispose, en plus de son budget principal, de trois budgets annexes retraçant l'activité :

- de l'unité de soins de longue durée, (USLD) : budget B0 ;
- de l'EHPAD « Paul Ardouin » à Blaye et de l'EHPAD « Les Terrasses de Bellerogue » situé à Bourg-sur-Gironde : budget E2 ;
- et de l'institut de formation d'aides-soignants situé à Cars : budget C0.

Le budget principal représente 81 % des produits de fonctionnement en 2016.

En 2011, le résultat net de l'établissement était déficitaire de 1,9 M€. Dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre conclu pour la période 2012-2016, l'hôpital s'est engagé sur 15 « orientations » afin de maîtriser ses charges et augmenter ses recettes. A ce titre, il a perçu 1,6 M€ d'aide en trésorerie avec pour objectif de dégager un excédent en 2016.

4.1. L'EVOLUTION DES PRODUITS ET DES CHARGES DU BUDGET PRINCIPAL

Le budget principal du centre hospitalier est excédentaire sur la période 2012 à 2016. Le faible excédent de l'exercice 2016 met en lumière la dégradation de la situation financière de l'établissement, les produits ayant diminué (-1,6 %) plus fortement que les charges (- 0,5 %).

Tableau 24. Résultats du budget principal

En k€

Résultats budget principal (k€)		2012	2013	2014	2015	2016	Evol.2012-2016
Charges	Titre 1 (personnel)	23 468,00	23 138,43	23 174,17	22 752,32	23 603,89	0,6%
	Titre 2 (caractère médical)	4 490,52	4 733,44	4 693,37	4 847,57	5 446,69	21,3%
	Titre 3 (caractère hôtelier et général)	3 913,19	3 425,48	3 224,42	3 105,72	3 183,46	-18,6%
	Titre 4 (caractère financier)	2 963,97	2 768,22	2 534,50	3 032,21	2 424,37	-18,2%
	Total des charges	34 835,67	34 065,57	33 626,46	33 737,82	34 658,40	-0,5%
Produits	Titre 1 (versés par l'assurance maladie)	28 571,77	26 319,68	26 798,57	27 613,71	28 136,83	-1,5%
	Titre 2 (autres produits de l'activité hospitalière)	3 093,12	3 195,80	3 201,06	3 527,45	3 227,04	4,3%
	Titre 3 (autres produits)	3 562,71	4 614,71	3 830,81	2 943,54	3 295,81	-7,5%
	Total des produits	35 227,60	34 130,19	33 830,44	34 084,70	34 659,69	-1,6%
Résultats		391,93	64,61	203,98	346,88	1,28	

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

L'ordonnateur précise que les résultats dégagés sont fortement impactés par les aides financières reçues par l'établissement, ce qui, selon lui « met en exergue les efforts de gestion sur la période concernée », comme le montre le tableau suivant :

Tableau 25. Résultats du budget principal retraités

En k€

Résultats budget principal retraités (k€)	2012	2013	2014	2015	2016
Résultats (comptes financiers)	391,93	64,61	203,98	346,88	1,28
Aides financières reçues par l'établissement	1 669,90	770,00	360,00	-	-
Résultat hors soutien financier	- 1 277,99	- 705,39	- 156,02	346,88	1,28

Source : réponse de l'ordonnateur

4.1.1. L'évolution des produits

Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

Les produits versés par l'assurance maladie sont en baisse de 1,5 %, avec une diminution plus marquée en 2013 et 2014. Ce résultat s'explique en premier lieu par la stagnation (-0,6 %) des produits

de la tarification à l'activité (T2A), due en partie à une perte de valorisation de l'activité d'hospitalisation en obstétrique et en chirurgie. Il s'explique également par la baisse continue du FIR (fonds d'intervention régional), qui passe de 2,3 M€ en 2013 à 1,4 M€ en 2016, et par celle des dotations MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) : 4 M€ en 2012 et 1,4 M€ en 2016.³¹ L'aide financière de 1,6 M€ octroyée en 2012 au titre de l'aide à la contractualisation et de 770 k€ en 2013 au titre du FIR, n'est plus versée à compter de 2014.

Tableau 26. Produits de la tarification à l'activité

En €

Tarification à l'activité	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016
Produits de la T2A	20 216 634	20 280 907	20 146 794	19 702 316	20 097 505	-0,6%

Source : tableau CRC d'après Anafi (comptes financiers)

Tableau 27. Fonds d'intervention régional

En €

Crédits fonds d'intervention régional	2012	2013	2014	2015	2016
Fonds d'intervention régional (FIR)	686 382	2 277 701	1 480 502	1 403 244	1 393 640
dont Permanence des soins	612 500	588 800	588 800	466 139	346 311
dont Restructuration plateau technique, hélistation		498 871	498 871	498 871	498 871
dont Soutien aux maternités isolées		300 000	300 000	300 000	300 000
dont Restructuration soutien financier		770 000			

Source : tableau CRC d'après Anafi et CH de la Haute-Gironde

Tableau 28. Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation

En €

MIGAC	2012	2013	2014	2015	2016
MIGAC	4 062 628	1 450 130	1 465 894	1 469 381	1 395 001
dont MIG reconductibles	1 427 134	1 386 130	1 385 920	1 385 431	1 309 439
dont SMUR	941 462	955 867	955 867	1 005 920	987 302
dont aides à la contractualisation	2 571 494		3 974		
dont Restructuration plateau technique, hélistation	498 872				
dont Soutien aux maternités isolées	300 000				
dont Aide en trésorerie	1 600 000				

Source : tableau CRC d'après Anafi et CH de la Haute-Gironde

Dans le même temps, les produits des consultations externes ont augmenté de 12 % passant de 1,86 M€ en 2012 à 2,08 M€ en 2016.

Les autres produits

Les produits du titre 2 sont composés essentiellement des produits relevant de la part payée par les patients ou par les mutuelles et enregistrent une hausse de 4,3 %. L'augmentation, constatée plus

³¹ A compter du 1^{er} janvier 2013, le périmètre des financements FIR a évolué : Cf. décret n°2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

particulièrement en 2015, provient en partie de la hausse du nombre de journées qui a un impact sur le ticket modérateur et le forfait journalier.

Une diminution des « *autres produits* » (titre 3) de 7,5 % est constatée au cours de la période 2012-2016, due en partie au transfert du compte 7471 relatif au FIR du titre 3 vers le titre 1 en 2015³². Même si les montants annuels restent modestes, l'augmentation significative des produits annexes mérite d'être soulignée. Alors que ceux-ci s'élevaient à 293 k€ en 2012, ils représentent désormais 404 k€, ce qui correspond à une recette supplémentaire de 111 k€ (+ 38 %), dont une partie résulte de la progression réalisée en matière de facturation des chambres particulières : + 85 %.

4.1.2. L'évolution des charges

Les dépenses de personnel

Les dépenses de personnel du budget principal sont contenues. Elles s'élèvent à 14,5 M€ en 2016, en baisse de 1,18 % par rapport à 2012, soit une variation annuelle moyenne de - 0,3 %. Elles représentent sur la période environ 44 % des produits courants, ce rapport enregistrant parallèlement une légère diminution annuelle moyenne de 0,1 %.

Tableau 29. Dépenses de personnel du centre hospitalier : budget H

En €

Rémunérations du personne	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moy
Rémunérations du personnel non médical	10 776 161	10 535 071	10 458 713	10 453 996	10 677 656	-0,2%
Rémunérations du personnel médical	3 920 451	3 674 542	3 836 228	3 594 365	3 845 230	-0,5%
Total Rémunérations du personnel	14 696 612	14 209 613	14 294 941	14 048 361	14 522 886	-0,3%
<i>en % des produits courants du budget H</i>	<i>44,48%</i>	<i>43,44%</i>	<i>44,18%</i>	<i>43,50%</i>	<i>44,29%</i>	<i>-0,1%</i>

Source : tableau CRC d'après Anafi (comptes financiers)

Les autres charges

Les charges à caractère médical du titre 2 s'accroissent de 4,5 M€ à 5,4 M€ (+ 21,3 %) au cours de la période avec une hausse plus nette entre 2015 et 2016 : + 599 k€. Deux facteurs principaux expliquent cette progression. Le premier est l'intensification de l'activité notamment en orthopédie et gynécologie, qui génère la pose de DMI (dispositifs médicaux implantables) et l'utilisation de matériel médical. Le second est l'amplification du volume des rétrocessions de traitements, qui est passé de 265 délivrances en 2012 à 732 en 2016, pour des médicaments de plus en plus onéreux, ce que révèle le coût moyen par patient qui a plus que doublé (3 187 € en 2012, 6 739 € en 2016).

³² Arrêté du 17 avril 2015 fixant le modèle des documents de l'EPRD.

Tableau 30. Charges du titre 2 du budget H

Charges du titre 2	2012	2013	2014	2015	2016	Evol. 2012-2016
Charges du titre 2 en €	4 490 516	4 733 436	4 693 366	4 847 569	5 446 688	21,3%
dont DMI liste art.L162-22 et matériel médical en €	385 294	497 140	564 896	510 102	569 959	47,9%
Nombre d'interventions avec pose de DMI	115	184	217	222	222	93,0%
<i>dont chirurgie orthopédique</i>	<i>109</i>	<i>100</i>	<i>157</i>	<i>150</i>	<i>141</i>	
<i>dont gynécologie ambulatoire</i>	<i>5</i>	<i>75</i>	<i>51</i>	<i>70</i>	<i>75</i>	
dont rétrocession de médicaments en €	232 642	363 148	314 160	569 847	909 805	291,1%
Nombre de délivrances	265	394	360	575	732	
File active patients	73	79	83	100	135	
Coût moyen par patient en €	3 186,88	4 596,81	3 785,06	5 698,47	6 739,30	

Source : tableau CRC d'après comptes financiers et CH de la Haute-Gironde

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) diminuent de 18,6 %. Elles passent de 3,9 M€ en 2012 à 3,2 € en 2016. Selon l'ordonnateur, ce résultat provient des efforts réalisés en matière de recherche d'économies ainsi que des dépenses non réalisées de maintenance et de chauffage. Les charges du titre 4 (charges d'amortissement, de provision, financières et exceptionnelles) diminuent sur la période de 18,2 %, même si les dotations aux provisions progressent nettement en 2015 du fait de la constitution de provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices à hauteur de 701 k€.

4.2. L'EVOLUTION DES PRODUITS ET DES CHARGES DES BUDGETS ANNEXES

4.2.1. La prise en charge des personnes âgées

La prise en charge des personnes âgées est réalisée par l'unité de soins de longue durée (USLD) installée au sein du centre hospitalier qui accueille des patients dépendants nécessitant une aide complète pour tous les actes de la vie quotidienne ; ainsi que dans les deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) où résident des personnes valides, semi-valides ou dépendantes. L'exercice 2015 est marqué par le passage de 34 à 20 lits en USLD et de 116 à 130 lits en EHPAD.

L'unité de soins de longue durée (USLD)

Le budget de l'USLD dégage un excédent sur la période contrôlée sauf en 2014 (déficit de 59 k€). Le passage de 34 à 20 lits apparaît nettement dans les comptes. Alors qu'entre 2012 et 2014 les produits et les charges s'élevaient à environ 2 M€, ils ne représentaient plus que 1,2 M€ à compter de 2015.

Tableau 31. Budget USLD*En k€*

Budget USLD		2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016
Charges	Titre 1 (personnel)	1 466,08	1 577,65	1 659,57	861,31	918,93	-37,3%
	Titre 2 (caractère médical)	59,66	53,53	39,19	39,79	36,05	-39,6%
	Titre 3 (caractère hôtelier et général)	265,49	254,03	194,11	224,58	168,73	-36,4%
	Titre 4 (caractère financier)	186,35	157,76	140,76	107,20	122,62	-34,2%
	Total des charges	1 977,58	2 042,97	2 033,62	1 232,88	1 246,34	-37,0%
Produits	Titre 1 (afférents aux soins)	1 125,02	1 123,28	1 117,26	688,39	688,59	-38,8%
	Titre 2 (afférents à la dépendance)	221,67	224,91	214,81	165,92	169,12	-23,7%
	Titre 3 (afférents à l'hébergement)	605,56	570,76	561,89	438,73	403,46	-33,4%
	Titre 4 (autres produits)	96,64	129,07	81,11	65,77	25,28	-73,8%
	Total des produits	2 048,89	2 048,03	1 975,06	1 358,80	1 286,44	-37,2%
Résultats		71,31	5,06	-58,56	125,92	40,10	

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le budget des EHPAD est excédentaire sauf en 2015. Cet exercice marque une rupture due à l'évolution des capacités d'hébergement. En effet, par rapport à 2014, les produits ont augmenté de 1 M€ et les charges de 1,4 M€.

Tableau 32. Budget EHPAD*En k€*

Budget EHPAD		2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016
Charges	Titre 1 (personnel)	2 699,24	2 828,79	3 088,39	4 222,13	4 163,14	54,2%
	Titre 2 (caractère médical)	181,06	158,12	183,42	206,13	229,80	26,9%
	Titre 3 (caractère hôtelier et général)	965,08	941,00	937,56	1 042,77	1 188,89	23,2%
	Titre 4 (caractère financier)	1 317,21	575,11	782,85	875,91	1 072,89	-18,5%
	Total des charges	5 162,59	4 503,02	4 992,22	6 346,95	6 654,71	28,9%
Produits	Titre 1 (afférents aux soins)	2 268,95	1 666,12	1 805,78	2 272,33	2 420,55	6,7%
	Titre 2 (afférents à la dépendance)	628,35	650,13	762,90	938,45	973,99	55,0%
	Titre 3 (afférents à l'hébergement)	2 025,99	2 118,12	2 275,12	2 678,67	2 711,67	33,8%
	Titre 4 (autres produits)	240,75	275,98	420,73	443,62	583,44	142,3%
	Total des produits	5 164,05	4 710,35	5 264,53	6 333,07	6 689,65	29,5%
Résultats		1,46	207,32	272,32	-13,88	34,93	

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

4.2.2. L'institut de formation d'aides-soignants (IFAS)

L'IFAS dispose d'un budget modeste (moins de 300 k€ annuels) et son résultat varie d'une année à l'autre, dégagant un excédent de 16 k€ en 2016.

Tableau 33. Budget IFAS

En k€

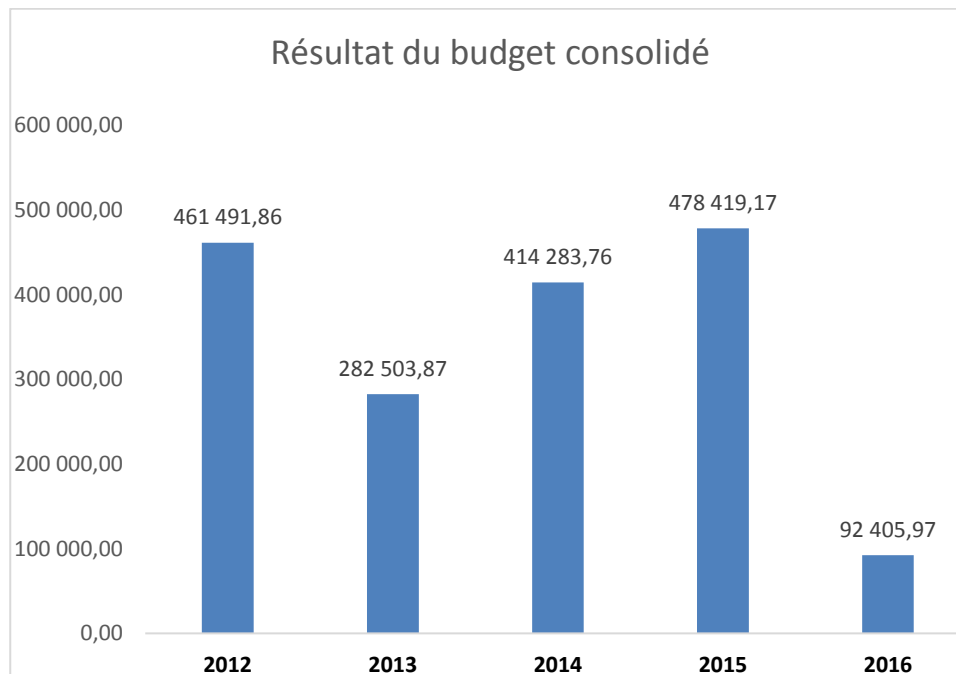
Budget IFAS		2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016
Charges	Titre 1 (personnel)	200,56	202,35	223,80	217,99	200,09	-0,2%
	Titre 2 (autres charges)	77,17	76,67	71,00	70,20	65,15	-15,6%
	Total des charges	277,73	279,02	294,80	288,19	265,24	-4,5 %
Produits	Titre 1 (activité d'enseignement)	221,57	217,62	220,38	227,60	193,71	-12,6%
	Titre 2 (autres produits)	52,96	66,90	70,96	80,08	87,61	65,4%
	Total des produits	274,53	284,52	291,34	307,68	281,32	2,5 %
Résultats		-3,20	5,50	-3,46	19,50	16,09	

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

4.3. LE BUDGET CONSOLIDE

4.3.1. Le résultat

Le budget consolidé du centre hospitalier est excédentaire sur la période 2012 à 2016. Néanmoins, avec un résultat de 92 k€, l'exercice 2016 marque une dégradation de la situation financière, atténuée grâce aux excédents des budgets annexes.



Source : CRC d'après comptes financiers

Les résultats annuels du budget consolidé ont toujours été nettement supérieurs aux résultats prévus en 2012 dans le cadre du PRE.

Tableau 34. Comparaison entre l'objectif du PRE et le résultat réalisé

En €

Résultat prévisionnel / réalisé	2012	2013	2014	2015	2016
Résultat prévisionnel calculé en 2012 après mise en œuvre du PRE	-203 187	-648 167	-484 926	-126 888	22 658
Résultat réalisé	461 492	282 504	414 284	478 419	92 406

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers et le PRE

4.3.2. La formation de l'épargne

La valeur ajoutée progresse légèrement, mais moins que les charges de personnel en 2016, ce qui se traduit par une diminution de la marge brute.

Tableau 35. Principaux soldes intermédiaires de gestion

En k€

SIG	2012	2013	2014	2015	2016
Valeur ajoutée	31 450	30 720	30 803	31 176	31 303
Marge brute	4 128	3 408	3 262	3 652	2 882
Résultat net	461	283	414	478	92
CAF brute	3 556	2 660	2 399	3 001	2 126

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers et le rapport financier 2016 du directeur, CH de la Haute-Gironde

Le taux de marge brute permet d'apprécier la santé financière réelle d'un établissement. Il mesure la marge dégagée par l'exploitation courante pour financer les investissements. Au cours de la période 2012-2015, le taux de marge brute du CH demeure toujours supérieur ou équivalent à celui du 8^{ème} décile des établissements de même typologie mais il se dégrade assez nettement en 2016.

Tableau 36. Taux de marge brute

En %

Taux de marge brute		2012	2013	2014	2015	2016
Source CH	Taux de marge brute	10,27	8,53	8,15	9	6,97
Source Hospidiag	Taux de marge brute	10,3	8,6	8,3	9,2	NC
	Taux de marge brute étb même typologie 2ème décile	3,6	2,4	2,1	2,2	
	Taux de marge brute étb même typologie 8ème décile	9,3	7,8	8,2	8,7	

Source : tableau CRC d'après rapport financier 2016 du directeur CH de la Haute-Gironde et Hospidiag

L'ordonnateur a procédé au retraitement de la marge brute en fonction des soutiens financiers accordés par l'ARS. Le taux de marge brute se trouve fortement modifiée par les aides financières dont a bénéficié l'hôpital comme le montre le tableau suivant :

Tableau 37. Taux de marge brute retraité

En %

Taux de marge brute retraité	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de marge brute	10,27	8,53	8,15	9,00	6,97
Taux de marge brute retraité	2,03	4,52	5,62	7,66	5,73

Source : réponse de l'ordonnateur

Le taux de CAF, qui mesure la capacité de l'établissement à dégager de la trésorerie pour le remboursement des dettes et pour financer de nouveaux investissements, évolue de manière similaire à la marge brute.

Tableau 38. Taux de CAF*En %*

Taux de CAF		2012	2013	2014	2015	2016
Source CH	Taux de CAF				7,45	5,2
Source Hospidiag	Taux de CAF	8,5	6,6	5,9	7,3	NC
	Taux de CAF étb même typologie 2ème décile	2,3	1,3	1,2	1,1	
	Taux de CAF étb même typologie 8ème décile	7,4	6,6	5,9	6,4	

Source : tableau CRC d'après rapport financier 2016 du directeur CH de la Haute-Gironde et Hospidiag

Le taux de CAF nette mesure la part de l'autofinancement absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus le ratio est élevé, plus l'établissement dispose d'un autofinancement réel. A compter de 2014, le taux de CAF nette du CH est inférieur au taux de CAF nette du 8^{ème} décile des établissements de même typologie, sans que la situation soit pour autant préoccupante.

Tableau 39. Taux de CAF nette

CAF nette	2012	2013	2014	2015	2016
CAF brute en €	3 556 392	2 659 946,43	2 399 419	3 001 021	2 125 845
Annuité en capital de la dette en €	608 352	700 737	960 268	1 003 615	992 059
CAF nette en €	2 948 040	1 959 209	1 439 151	1 997 406	1 133 786
Taux de CAF nette	82,9%	73,7%	60,0%	66,6%	53,3%
Taux de CAF nette étab. même typologie 2ème décile	11,2%	-16,1%	-22,2%	-15,8%	NC
Taux de CAF nette étab. même typologie 8ème décile	74,5%	70,7%	63,4%	74,1%	

Source : tableau CRC d'après comptes financiers et Hospidiag

4.3.3. Le financement des investissements

L'établissement n'a contracté aucun nouvel emprunt en 2015 et 2016. Le montant des dotations et subventions reçues progresse. En 2016, il s'élève à 514 k€ et avait pour objet notamment les travaux d'extension de l'EHPAD de Bourg (325 k€), l'informatisation des urgences (50 k€), le financement du camion de promotion de la santé (25 k€) et une subvention dans le cadre de « l'hôpital numérique » de 110 k€³³.

Le remboursement du capital des emprunts qui était passé de 608 k€ en 2012 à 1 004 k€ en 2015 diminue légèrement en 2016 (992 k€). La valeur des immobilisations se réduit sensiblement au cours de la période. Alors qu'elle dépassait 2,5 M€ en 2012 et 2014, elle ne s'élève plus qu'à 1 079 k€ en 2016 (850 k€ au titre des investissements hospitaliers et 228 k€ pour les EHPAD et l'USLD).

³³ Source : rapport financier 2016 du directeur.

Tableau 40. Tableau de financement*En k€*

Tableau de financement		2012	2013	2014	2015	2016
CAF		3 556	2 660	2 399	3 001	2 126
Titre 1	Emprunts	2 534	3 601	786		
Titre 2	Dotations et subventions	18	72	433	385	514
Titre 3	Autres ressources	-5	5	1	50	9
	Total des ressources	6 103	6 338	3 620	3 436	2 649
IAF						
Titre 1	Remboursement dettes financières	608	701	960	1004	992
Titre 2	Immobilisations	2 840	1 573	2 545	1 538	1 079
Titre 3	Autres emplois					
	Total des emplois	3 448	2 273	3 505	2 542	2 071
Apport au fonds de roulement		2 655	4 065	115	894	578

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

La diminution de l'actif immobilisé va de pair avec un taux de vétusté des équipements important. Ce dernier se situe au niveau du 8^{ème} décile des établissements de même typologie.

Tableau 41. Taux de vétusté des équipements*En %*

Taux de vétusté des équipements		2012	2013	2014	2015	2016
Source CH	Taux de vétusté des équipements					86,7
Source Hospidiag	Taux de vétusté des équipements	82,2	85,3	87,6	87	NC
	Taux de vétusté des équip étb même typologie 2ème décile	70,6	73	75,2	76,7	
	Taux de vétusté des équip étb même typologie 8ème décile	84	85,6	86,6	87,6	

Source : tableau CRC d'après Hospidiag et rapport financier 2016 du directeur

4.4. L'ENDETTEMENT

L'encours de la dette

L'encours de la dette, qui a fortement augmenté entre 2012 et 2013, diminue progressivement depuis. En 2016, il s'élève à 16,9 M€ et représente 40,3 % du total des produits, contre plus de 47 % en 2013.

Le ratio d'indépendance financière, qui mesure le niveau de dépendance financière de l'établissement³⁴, se situe au-delà de 50 % sur toute la période examinée. Pour autant, la baisse est marquée depuis 2014.

³⁴ Rapport entre la dette et les ressources stables de l'établissement.

Tableau 42. Dette financière

Dette	2012	2013	2014	2015	2016
Emprunts et dettes financières en €	15 830 646	18 787 146	18 666 280	17 716 328	16 748 998
Autres dettes en €	355 902	299 894	246 251	192 588	167 859
Dette financière en €	16 186 547	19 087 040	18 912 531	17 908 916	16 916 857
Dette financière rapporté au total des produits	38,61%	47,21%	46,63%	43,40%	40,29%
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables)	65,41%	67,67%	63,30%	60,09%	57,19%

Source : tableau CRC d'après Anafi (comptes financiers)

L'annuité de la dette, qui a progressé jusqu'en 2015, diminue depuis cette date, qu'il s'agisse des frais financiers ou du remboursement en capital.

Tableau 43. Annuité de la dette

En €

Annuité de la dette	2012	2013	2014	2015	2016	Evol 2012-2016
Frais financiers réels nets	547 479	761 926	852 099	841 863	736 890	34,6%
Annuité en capital de la dette	608 352	700 737	960 268	1 003 615	992 059	63,1%
Annuité de la dette	1 155 831	1 462 663	1 812 367	1 845 478	1 728 949	49,6%

Source : tableau CRC d'après Anafi (comptes financiers)

La structure de la dette

La dette financière de l'établissement est composée à 54 % (9,13 M€) d'emprunts classés 1A (taux fixe ou indexation sur la Livret A) et à 46 % (7,79 M€) d'emprunts à taux structurés. Parmi ceux-ci, deux produits sont plus particulièrement sensibles.

Le premier est un emprunt Société Générale datant de 2007 avec un taux à barrière inflation classé 2E qui a atteint 8,58 % en 2016. Sur la période 2010-2038 la formule applicable à ce contrat dépend du niveau de l'inflation française. Si le taux d'inflation est supérieur ou égal à 1,10 % la formule est : 4,68 % - 5 x (inflation euro – inflation française). Dans le cas contraire, le taux applicable est déterminé de la façon suivante : 4,68 % - 5 x (inflation euro – 1,10 %).

Le second est un emprunt SFIL classé 3E pour lequel le calcul des intérêts se fait sur la base d'un différentiel entre les taux longs (CMS 30 ans) et les taux courts (CMS 1 an) avec un coefficient multiplicateur de 5. La formule applicable jusqu'en 2027 prévoit un taux fixe de 3,17 % si les taux longs sont supérieurs aux taux courts, ce qui est actuellement le cas. Sinon, le taux est déterminé par la formule suivante : 5,48 % - 5 x (CMS 30 – CMS 1). Ce contrat, qui court jusqu'en 2039, basculera sur un taux fixe de 3,57 % à compter de 2027.

A ce jour, le CH n'a pas donné suite aux offres de refinancement émises par les banques compte tenu des conditions proposées. Toutefois, ces contrats étant souscrits sur des durées très longues (28 et 30 ans), il pourrait s'avérer opportun de solliciter de nouveau des propositions de sécurisation, à l'occasion, par exemple, de la souscription de nouveaux emprunts. Afin de lui apporter l'expertise nécessaire à la gestion de sa dette l'établissement s'est adjoint, depuis mai 2015, les services d'un prestataire externe qui lui fournit une mission d'assistance et de conseil.

4.5. ACTUALISATION DE LA SITUATION FINANCIERE A L'EXERCICE 2017

Fin 2017, le résultat net consolidé est déficitaire de 683,97 k€. La capacité d'autofinancement diminue mais demeure encore suffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts.

Tableau 44. Données financières 2017

En k€

Résultat et CAF actualisés (€)	2017
Résultat net consolidé	-683 973
<i>dont budget principal - H</i>	<i>-819 866</i>
<i>dont budget USLD - B</i>	<i>104 169</i>
<i>dont budget IFAS - C</i>	<i>-6 735</i>
<i>dont budget EPHAD - E</i>	<i>38 459</i>
Capacité d'autofinancement brute	1 897 739
Remboursement de la dette	1 010 484
Capacité d'autofinancement nette	887 255

Source : compte de gestion 2017

Les charges ayant progressé à un rythme supérieur à celui des produits, le déficit du budget principal s'élève à 819,87 k€ alors qu'il était très légèrement excédentaire l'année précédente (1,28 k€). L'activité a connu un net fléchissement entre février et septembre 2017 mais la reprise enregistrée en fin d'exercice a permis de clôturer les comptes avec un déficit moins important que prévu (une perte de 1,5 M€ était anticipée à l'issue du relevé infra-annuel -RIA1- arrêté en septembre 2017). Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur de l'hôpital indique que les recettes ont été supérieures aux projections pour trois raisons :

- le recodage effectué par une société extérieure (130 k€) ;
- le dégel du coefficient prudentiel (110 k€) ;
- une reprise de l'activité à compter du mois d'octobre 2017.

Selon lui, cette reprise semble confirmer l'hypothèse d'un phénomène conjoncturel dans la mesure où la valorisation des trois derniers mois de l'année est supérieure à celle réalisée au cours de la même période l'année précédente.

5. LES RESSOURCES HUMAINES

Fin 2016, le CH employait 654 personnes, dont 62 médecins et 592 agents non médicaux, soit 8,8 % de plus qu'en 2012 (601 personnes). Cette progression concerne surtout le personnel non médical dès lors que le nombre de médecins est resté stable.

Si l'on raisonne en équivalent temps plein (ETP), l'évolution est quelque peu différente. Le nombre d'ETP a augmenté de 5,5 % (3,3 points de moins que les effectifs physiques), ce qui traduit une augmentation du temps partiel. Toutefois, les tendances diffèrent selon qu'il s'agit du personnel médical ou non médical.

Tableau 45. Effectifs et ETP du personnel médical et non médical (au 31/12)

Effectifs et ETP au 31/12	2012		2013		2014		2015		2016		Evol.12-16	
	Eff.	ETP	Eff.	ETP	Eff.	ETP	Eff.	ETP	Eff.	ETP	Eff.	ETP
Personnel médical	62	45,73	62	42,14	60	43,21	60	40,43	62	42,51	0%	-7,0%
Personnel non médical	539	492,3	553	509,3	555	503	574	509,1	592	525,2	9,8%	6,7%
Total	601	538	615	551,4	615	546,2	634	549,5	654	567,7	8,8%	5,5%

Source : CH de la Haute-Gironde

La répartition des effectifs entre le personnel médical (7 %) et non médical (93 %) est comparable à celle constatée au niveau national dans les établissements de la même strate (dont les produits sont compris entre 20 M€ et 70 M€).

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le CH de la Haute Gironde indique raisonner, quant à lui, en termes d'effectifs moyens rémunérés comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 46. Effectifs moyens rémunérés (personnel médical et non médical)

ETPR moyens	2012	2013	2014	2015	2016	Evol. 2012-2016	2017	Evol. 2012-2017
Personnel médical	50,05	45,42	45,45	43,75	43,56	-13,0%	44,98	- 10,1%
dont budget H	48,09	43,5	43,56	40,93	41,24	- 14,2%	42,97	10,6 %
Personnel non médical	500,94	495,53	502,65	508,57	512,64	2,3%	509,37	1,7%
dont budget H	395,8	387,5	383,95	382,8	387,77	-2,0%	382,74	-3,3%
Total	550,99	540,95	548,1	552,32	556,2	0,9%	554,35	0,6%

Source : réponse de l'ordonnateur - CH de la Haute-Gironde

Ce mode de comptabilisation « [...] a pour conséquence de gommer les pics saisonniers, l'évolution globale des effectifs est contenue, comme en témoigne la stabilité des [...] charges de personnel sur la période 2012-2016 ». Sur la même période, le nombre d'ETPR moyen augmente toutefois de 2,3 % pour le personnel non médical même si cette hausse est contrebalancée par la diminution des effectifs médicaux (-13 %).

L'augmentation du personnel non médical concerne principalement le budget EHPAD (+19,8 % entre 2012 et 2016) et s'explique, notamment, par la création d'une unité Alzheimer. A l'inverse, les effectifs non médicaux rattachés au budget principal (budget H) ont diminué.

5.1. LES EFFECTIFS DU PERSONNEL MEDICAL

En 2016, en équivalent temps plein (ETP), le CH comptait 42,5 médecins tous statuts confondus. L'âge moyen de ces praticiens (47 ans) était équivalent à la moyenne constatée dans les établissements de taille comparable.

Depuis 2012, le nombre d'ETP de médecins permanents a diminué (-5,68), alors que la tendance est inverse pour les médecins temporaires (+ 2,46). Parmi ces derniers, ce sont les praticiens contractuels qui ont le plus augmenté. Ils représentent désormais 22,3 % du corps médical contre 16,9% en 2012.

Sur les 17,48 ETP de médecins non-permanents présents en 2016, 5,18 ETP travaillaient aux urgences.

Tableau 47. ETP personnel médical*En ETP et ETPR*

ETP médical	2012	2013	2014	2015	2016	Evol.12-16
PH temps plein	19	17,75	18	18	19,62	
PH temps partiel	2,4	2,4	1,8	2,4	2,4	
Praticiens attachés renouvelables	9,31	7,69	6,81	3,91	3,01	
Autres statuts de médecins permanents	0	0	0	0	0	
Sous-total médecins permanents (31/12)	30,71	27,84	26,61	24,31	25,03	-18,5%
Praticiens contractuels	7,72	6,59	7,09	6,46	9,48	
Assistants	0	0	0	0	0	
Internes	4	4	6	6	5	
Autres statuts temporaires	3,3	3,71	3,51	3,66	3	
Sous-total médecins temporaires (31/12)	15,02	14,3	16,6	16,12	17,48	16,4%
Total personnel médical (ETP au 31/12)	45,73	42,14	43,21	40,43	42,51	-7,0%
Total personnel médical en ETP moyens rémunérés (ETPR)	50,05	45,42	45,45	43,75	43,56	-12,9%

Source : CH de la Haute-Gironde

Avec le mode de calcul retenu par l'ordonnateur, de l'EPT moyen rémunéré, la baisse des effectifs du personnel médical apparaît comme plus accentuée.

En comparaison avec les données consolidées des bilans sociaux 2014 (source ministère de la santé), la proportion de praticiens contractuels est un peu plus élevée au CH de Blaye.

Tableau 48. Répartition des praticiens par statut*En ETPR³⁵*

ETPR personnel médical	CH Blaye 2014	CH Blaye 2015	Synthèse des BS 2014 20 M€<CH<70M€
PH temps plein	49,8%	59,8%	59,3%
PH temps partiel	5,9%	6,8%	6,0%
Attachés	18,1%	15,1%	12,6%
Praticiens contractuels	26,1%	18,3%	17,1%
Assistants	0,0%	0,0%	4,0%
Total personnels médicaux	100,0%	100,0%	100,0%

Source : bilan social et DGOS synthèse des bilans sociaux

Le manque d'effectifs dans certaines spécialités est structurel. Cela se traduit par une augmentation sensible du coût de la permanence des soins, notamment de l'intérim, et par le recrutement sous divers statuts (PH, attachés, contractuels) de nombreux médecins diplômés à l'étranger. Début 2017, c'était le cas pour 14 praticiens, recrutés principalement dans les spécialités d'anesthésie, de gynécologie obstétrique et de médecine d'urgence. L'application des 39 heures postées aux urgences a généré mécaniquement un besoin de 20 % de professionnels supplémentaires, s'ajoutant à un déficit chronique de l'effectif médical. Ce dernier s'élève aujourd'hui à 2,7 ETP, soit presque 30 % de

³⁵ Equivalent temps plein rémunéré : un agent à 80 % est comptabilisé comme 0,8 ETP et 0,86 ETPR (coût qu'il représente pour la structure).

l'effectif requis (12,60 ETP). Il est compensé par la réalisation d'une quantité importante de travail additionnel et par le recrutement de personnels intérimaires.

5.2. LES EFFECTIFS DU PERSONNEL NON MEDICAL

Fin 2016, l'établissement employait 525,19 ETP non médicaux. Parmi eux, 82 % sont des agents permanents (71,2 % de titulaires et 10,8 % d'agents sous CDI) et 18 % sont sous contrats à durée déterminée.

Tableau 49. ETP non médicaux par statut en 2016

ETP non médical au 31/12	2016	
	En ETP	En %
Titulaires	374,16	71,2%
Personnels sous CDI	56,61	10,8%
Sous-total personnels permanents	430,77	82,0%
Personnels sous CDD et emplois aidés	94,42	18,0%
Total	525,19	100,0%

Source : CH de la Haute-Gironde

Entre 2012 et 2016, les ETP présents au 31 décembre ont progressé de 6,7 % (+ 32,9 ETP). Le nombre de titulaires, après avoir diminué en 2013 et 2014, n'a que peu varié par rapport à 2012. La progression constatée concerne donc les CDI (+ 48,9 %) ainsi que les CDD et emplois aidés (+ 22,2 %).

Tableau 50. Evolution de l'effectif (ETP) non médical

En ETP et ETPR

ETP non médicaux		2012	2013	2014	2015	2016	Evol.12-16
Titulaires	ETP au 31/2	376,96	362,39	362,94	374,14	374,16	-0,74%
	ETPR moyen	376,71	368,95	357,81	364,96	370,45	-1,66%
CDI	ETP au 31/2	38,02	44,74	55,4	69,06	56,61	48,90%
	ETPR moyen	41,35	40,97	59,31	67,22	63,08	52,55%
Total personnels permanents	ETP au 31/2	414,98	407,13	418,34	443,2	430,77	3,81%
	ETPR moyen	418,06	409,92	417,12	432,18	433,53	3,70%
CDD et emplois aidés	ETP au 31/2	77,27	102,14	84,68	65,89	94,42	22,19%
	ETPR moyen	82,88	85,61	85,53	76,39	79,11	-4,55%
Total général	ETP au 31/2	492,25	509,27	503,02	509,09	525,19	6,69%
	ETPR moyen	500,94	495,53	502,65	508,57	512,64	2,34%

Source : CH de la Haute-Gironde

Si l'on raisonne en nombre d'ETP moyens rémunérés, comme le fait l'ordonnateur, la progression globale est de 2,3 % entre 2012 et 2016. L'effectif titulaire a diminué de 1,7 % alors que l'accroissement est sensible pour les CDI (en particulier le personnel de soins).

Les difficultés de recrutement concernent principalement les infirmiers spécialisés de blocs opératoires (IBODE) et en anesthésie (IADE). En ce qui concerne les infirmiers diplômés d'état, le maintien d'un effectif complet est, selon l'hôpital, obtenu en échange d'une organisation quotidienne du travail en 12 heures limitant ainsi le nombre de journées d'activité des professionnels concernés.

5.3. LE PERSONNEL HANDICAPE ET LA CONTRIBUTION AU FIPHFP

Tout employeur occupant au moins 20 ETP au 31 décembre est tenu d'employer à plein temps ou à temps partiel des travailleurs handicapés dans une proportion de 6 % de l'effectif total de l'entreprise. Les établissements, ne remplissant pas ou que partiellement cette obligation, doivent s'acquitter d'une contribution au fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Le montant de la contribution est calculé en fonction de la taille de l'entreprise.

En moyenne au cours de la période 2012 à 2016, l'établissement a versé annuellement 41 k€ au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP). Il convient de noter toutefois que cette contribution a diminué de 26 %, passant de 44 599 € en 2012 à 32 859 € en 2016. Dans le même temps, l'écart entre les effectifs théoriques et les effectifs employés est passé de dix à sept unités et le taux d'emploi de personnes handicapées de 3,63 % (2012) à 4,35 % (2016).

5.4. LE TEMPS DE TRAVAIL

5.4.1. *Le temps de travail du personnel non médical*

Au CH de Blaye, le temps de travail du personnel non médical est régi par l'accord local signé le 8 mars 2013. En application du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 modifié, le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum pour les agents en repos fixes, 1 582 heures pour ceux en repos variables qui effectuent 10 à 19 dimanches et jours fériés par an et 1 568 pour ceux qui en effectuent au moins 20. Les personnels de direction et d'encadrement bénéficient, quant à eux, d'un forfait de 19 jours de congés accordés au titre de la RTT.

En plus des 25 jours légaux de congés annuels, les agents non soumis au forfait de jours RTT bénéficiaient, jusqu'en 2014, de deux jours de congés hors période et d'un jour de congés de fractionnement sous conditions (dispositions prévues à l'article 1 du décret n°2002-8 du 4 janvier 2002)³⁶. Par ailleurs, l'établissement récompensait le « présentisme » par l'octroi d'un congé exceptionnel d'un jour par an aux agents n'ayant pas été absents dans l'année pour les motifs de maladie, longue maladie et enfant malade.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, la journée de congés accordée au titre du présentisme a été supprimée de même que les trois jours de congés hors période et fractionnement. Ces derniers ont été remplacés par des jours de congés supplémentaires attribués en fonction de la présence effective de l'agent au travail. Ainsi, les droits aux 25 jours de congés annuels sont augmentés de :

- trois jours, pour une absence annuelle inférieure à trois mois (soit 28 jours de congés) ;
- deux jours, pour une absence annuelle supérieure ou égale à trois mois et inférieure à six mois (soit 27 jours de congés) ;
- une journée pour une absence annuelle supérieure ou égale à six mois et inférieure à neuf mois (soit 26 jours de congés).

Cette disposition prise par avenant est censée « *favoriser une meilleure gestion des plannings (et) une organisation personnelle des temps de présence mieux harmonisée* ». Pour le calcul de ce « bonus »,

³⁶ Conditions mentionnées à l'article 1 du décret n°2002-8 du 4 janvier 2002 : « L'agent qui prend trois, quatre ou cinq jours ouvrés de congés, en continu ou discontinu, entre la période du 1^{er} novembre au 30 avril bénéficie d'un jour de congé supplémentaire. Un deuxième jour de congé supplémentaire est attribué à l'agent lorsque ce nombre est au moins égal à six jours ouvrés.

L'agent qui fractionne ses congés annuels en au moins trois périodes d'au moins cinq jours ouvrés chacune bénéficie d'un jour de congé supplémentaire ».

toutes les absences sont prises en compte, quel que soit leur motif. Cette nouvelle disposition a eu peu d'effet par rapport au régime précédent dans la mesure où la plupart des agents bénéficiaient auparavant des jours de congés hors période et du jour de fractionnement. En revanche, elle apporte davantage de souplesse en matière d'organisation car elle permet un meilleur étalement des congés sur l'année.

Comme le prévoit la réglementation, une pause d'une durée de 20 minutes est accordée au personnel non médical pour toute journée de six heures minimum consécutives. En outre, les agents bénéficient d'une pause quotidienne de 30 minutes pour prendre leur repas, décomptée comme du temps de travail effectif (temps au cours duquel le salarié reste à la disposition de son employeur).

L'accord local renvoie à une annexe 1 devant déterminer les durées maximales journalières de travail générant de la récupération. Or, cette dernière n'a jamais été rédigée. En pratique, il existe deux modes de comptabilisation : un décompte en heures et un décompte en jours pour le personnel d'encadrement. Pour les agents gérés en heures, le travail est organisé selon des périodes de référence dont la durée peut varier de 1 à 12 semaines et dont la moyenne hebdomadaire est de 35 heures pour un agent temps plein de jour. Jusqu'au 31 décembre 2014, l'établissement utilisait le logiciel GESTOR mais, depuis le 1^{er} janvier 2015, le système est géré par le logiciel OCTIME, interfacé avec le logiciel de paye. L'enregistrement du temps de travail est automatisé par le biais de badgeuses.

La proportion d'agents effectuant des horaires dérogatoires est élevée (environ 168 ETP). Cela concerne principalement le personnel infirmier et aide-soignant (140 ETP) en raison d'un régime de travail en 12 heures dans les services de soins.

Tableau 51. Proportion d'agents effectuant des horaires dérogatoires

				En %
% d'agents effectuant des horaires dérogatoires	2013	2014	2015	2016
CH de la Haute-Gironde	31,16%	29,72%	35,08%	37,32 %
Synthèse des BS		14,07%	13,98% (*)	

Source : bilan social CH de la Haute-Gironde et synthèse des bilans sociaux (ATIH)

(*) Données 2015 : source ScanSanté CH dont les produits sont compris entre 20 M€ et 70M€.

Le volume des heures supplémentaires a diminué entre 2013 et 2016. Il demeure, toutefois, supérieur à la moyenne des établissements de surface financière équivalente selon les données issues de la base Scan-Santé (22,7 heures par agent, en moyenne, dans les CH dont les produits sont compris entre 20 et 70 M€ en 2015).

Tableau 52. Evolution du volume d'heures supplémentaires

Années	ETP Physique	HS non payées	HS Rémunérées	Total	moyenne / ETP
2013	519,5	16 584	11 281	27 865	53,64
2014	527,91	17 603	9 693	27 296	51,71
2015	545	21 719	4 170	25 889	47,50
2016	544,72	19 528	4 323	23 850	43,78

Source : CH de la Haute-Gironde

5.4.2. Le temps de travail des médecins

L'article R.6152-27 du code de la santé publique précise notamment que « le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué

la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées. Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. »

L'établissement n'a pas élaboré de guide du temps de travail médical. D'après le « décompte du temps de travail des praticiens » daté du 30 novembre 2015, l'obligation de service hebdomadaire des médecins à temps complet du CH de Blaye est de 10 demi-journées. Ils bénéficient de 25 jours de congés annuels et de 19 jours de RTT (sauf les cliniciens et les internes qui n'ont aucun jour de RTT). Ces obligations et droits sont proratisés en fonction de la quotité de temps de travail.

Le temps de travail médical est suivi grâce aux tableaux de service de format Excel qui doivent être renseignés avant le 20 du mois précédent sur l'espace informatique partagé. Les tableaux de service du temps réalisé sont imprimés et signés par le chef du service avant le 5 du mois suivant.

Le CH gagnerait à présenter dans un seul document l'ensemble des règles relatives au temps de travail médical. Des informations telles que les obligations de service, les droits à congés par statut, la définition du temps médical continu et discontinu, les bornes horaires des demi-journées, l'organisation de la permanence des soins par service, le temps de repos, etc., pourraient être compilées dans un seul guide récapitulant les règles applicables.

Le cas des médecins urgentistes

L'instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical dans les structures de médecine d'urgence décompose l'obligation de service en travail clinique posté, fixé à 39 heures par semaine en moyenne sur quatre mois et 9 heures en activités non postées. Celles-ci relèvent de missions à vocation collective et institutionnelle et de démarches de formation des médecins, et sont forfaitisées et contractualisées entre le praticien et le chef de service, visées par le chef de pôle et le directeur d'établissement.

Au CH de la Haute-Gironde, dix contrats relatifs aux missions accomplies dans le cadre des activités non postées des médecins urgentistes ont été signés, neuf entre le chef de pôle des urgences et chacun des praticiens concernés et un entre le chef de pôle et le directeur du CH, au début de l'année 2016 (absence de date de signature). Ces missions sont réparties en deux groupes (une base commune à l'ensemble des praticiens et un projet individuel) auxquels est associée une quotité de temps de travail.

L'établissement, en instituant des contrats pour les activités non postées, a rempli ses obligations légales mais la forme des documents devrait être améliorée : sur huit contrats ne figure pas la date de signature et ces derniers sont établis pour une durée d'un an à compter du 1^{er} juillet 2016, alors que les médecins s'engagent à effectuer les missions listées à compter du 1^{er} avril 2016.

5.5. L'ABSENTEISME

Le taux d'absentéisme global n'est pas atypique par rapport à celui constaté dans les établissements comparables. Pour le personnel non médical, il est plutôt inférieur aux données nationales mais a, toutefois, tendance à augmenter en 2015 et 2016 et cette évolution se confirme en 2017 selon l'ordonnateur.

La hausse constatée en 2015 pour le personnel médical s'explique, en grande partie, par des congés maternité. En 2016, au contraire, ce taux a nettement diminué pour retrouver une valeur proche de celle de 2013.

Tableau 53. Taux d'absentéisme global

En %

Taux d'absentéisme global (tous motifs)	2013	2014	2015	2016
Personnel non médical				
CH de la Haute-Gironde	7,1%	7,0%	7,9%	8,2%
Synthèse des bilans sociaux (20M€<CH<70M€)	7,6%	7,8%	NC	NC
Personnel médical				
CH de la Haute-Gironde	2,4%	3,2%	4,2%	2,4%
Synthèse des bilans sociaux (20M€<CH<70M€)	2,7%	2,9%	NC	NC

Source : bilan social CH de la Haute-Gironde et synthèse des bilans sociaux (ATIH)

Le taux d'absentéisme pour maladie ordinaire du personnel non médical, après avoir connu une baisse significative en 2014, est reparti à la hausse en 2015. Il est plus élevé que la moyenne des CH comparables. Le nombre moyen de jours d'absence par agent liés à la maladie ordinaire était de 13,4 jours en 2014, de 15,3 jours en 2015 et de 16,4 jours en 2016, pour une moyenne de 12 jours dans les CH dont les produits sont compris entre 20 M€ et 70 M€ (source ScanSanté).

Tableau 54. Taux d'absentéisme pour maladie ordinaire

En %

Taux d'absentéisme pour maladie ordinaire	2013	2014	2015	2016
Personnel non médical				
CH de la Haute-Gironde	5,2%	3,9%	4,7%	5,0%
Synthèse des BS (toute catégorie d'établissements)	3,6%	3,8 %	3,7% (*)	NC
Personnel médical				
CH de la Haute-Gironde	0,7%	1,9%	1,3%	2,1%
Synthèse des BS (toute catégorie d'établissements)	1,3%	1,3%	1,6% (*)	NC

Source : bilan social CH de la Haute-Gironde et synthèse des bilans sociaux (ATIH)

(*) Données 2015 : source ScanSanté CH dont les produits sont compris entre 20 M€ et 70M€.

Compte tenu de la faiblesse des effectifs concernés, le taux d'absentéisme des médecins est, quant à lui, assez variable selon les années.

Pour ce qui est de l'absentéisme pour accident du travail, les taux constatés au sein de l'établissement (entre 0,2 % et 0,5 %) sont inférieurs à la moyenne des établissements comparables (0,6 % en 2013 et 2014). Comme c'est le cas dans de nombreux hôpitaux, les accidents du travail touchent plus particulièrement le personnel soignant et les agents de services hospitaliers qualifiés (ASHQ) qui représentent 55 % des arrêts.

5.6. LE TAUX DE ROTATION DU PERSONNEL

Le taux de rotation du personnel (turn-over) est un indicateur qui permet de mesurer la stabilité du personnel au sein d'un établissement (tous les motifs de départ sont pris en compte, y compris la retraite). Après avoir connu une nette diminution entre 2013 et 2015, ce taux est reparti à la hausse en 2016. Il demeure, toutefois, plutôt faible par rapport aux établissements de taille comparable.

Tableau 55. Taux de rotation du personnel

En %

Taux de turn-over du personnel	2013	2014	2015	2016
Personnel non médical				
CH de la Haute-Gironde	8,1%	6,6%	5,4%	6,4%
Synthèse des BS (20 M€<CH<70 M€)	10,2%	11,5%	12,2%(*)	
Personnel médical				
CH de la Haute Gironde	20,7%	10,3%	11,4%	17,5%
Synthèse des BS (20 M€<CH<70 M€)	19,6%	51,4%	52,1%(*)	

Source : bilan social CH de la Haute-Gironde et synthèse des bilans sociaux (ATIH)

(*) Données 2015 : source ScanSanté CH dont les produits sont compris entre 20 M€ et 70 M€.

Pour le personnel non médical, qui représente 92,5 % des ETP, le taux constaté en 2016 est presque deux fois inférieur à la moyenne nationale 2015 des établissements de même catégorie financière. La direction explique ce phénomène par la fidélisation qu'engendre une organisation du temps de travail en 12 heures dans les services de soins. La présence, depuis 1976, d'un institut de formation au métier d'aide-soignant (IFAS) contribue aussi probablement à fidéliser cette catégorie de personnel.

6. LA PERMANENCE DES SOINS

6.1. UNE MISE EN PLACE TRES TARDIVE DES TABLEAUX DE SERVICE

La permanence des soins peut être organisée sous forme de gardes sur place ou d'astreintes à domicile. Pour le personnel médical, à l'exception des urgences, l'établissement a recours à un système d'astreintes ³⁷.

Les tableaux de service constituent une obligation réglementaire mentionnée à l'article R.6152-26 du code de la santé publique, prévue par un arrêté du 30 avril 2003. Or, à l'exception des urgences et de l'anesthésie, ils n'ont été mis en place qu'en 2015 et généralisés à compter du 1^{er} janvier 2016 après une période de test. Ce changement fait suite à l'arrivée d'un nouveau directeur, ayant pris ses fonctions en avril 2014, et à une modification de la réglementation concernant l'indemnisation de la permanence des soins (arrêté du 8 novembre 2013, modifiant l'arrêté du 30 avril 2003).

La mise en place des tableaux de service a donc été très tardive, l'établissement s'étant affranchi de cette obligation réglementaire durant de nombreuses années. Des tableaux mensuels de suivi des gardes et astreintes existaient mais ces documents ne pouvaient pas faire office de tableaux de service au sens de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité de soins, complété par une circulaire du 6 mai 2003 (DHOS n°2003-219).

6.2. LE RECOURS A L'INTERIM

Pour faire face au besoin des services et assurer la permanence des soins, l'établissement a recours à du personnel extérieur, en particulier des médecins et des infirmiers intérimaires.

³⁷ Pour le service d'anesthésie et le bloc opératoire, la permanence des soins infirmiers (un infirmier anesthésiste et deux infirmiers de bloc opératoire) est également assurée par astreinte la nuit (de 17 heures à 7 heures du matin) et le week-end.

Les contrats d'intérim des médecins représentaient 188 jours de travail en 2016 pour un coût de 243,4 k€. Le nombre de jours a été multiplié par trois par rapport à l'année précédente mais demeure inférieur au pic enregistré en 2014 marqué par un recours massif à l'intérim en médecine générale. Le coût moyen d'une journée de travail d'un médecin intérimaire est d'environ 1 300 € mais varie beaucoup selon les spécialités. En 2016, il était compris entre 931 € (généraliste) et 2 135 € (urgentiste), honoraires d'agence compris.

Tableau 56. Coût de l'intérim médical

Coût de l'intérim médical	2012		2013		2014		2015		2016	
Spécialité	Nombre de jours	Coût (en €)	Nombre de jours	Coût (en €)	Nombre de jours	Coût (en €)	Nombre de jours	Coût (en €)	Nombre de jours	Coût (en €)
Médecine générale	0	0	0	0	215	201 372	0	0	15	13 963
Urgences	6	8 050	8	10 481	6	12 608	10	21 195	21	44 855
Viscéral	11	12 703	6	7 094	0	0	0	0	0	0
Anesthésie	21	23 960	0	0	31	43 665	0	0	25	30 221
Radiologie	36	40 318	0	0	50	68 306	43	55 631	117	144 837
Gynéco médicale	0	0	3	3 113	0	0	0	0	0	0
Gynéco obstét.	0	0	0	0	0	0	7	6 618	0	0
Gériatrie	0	0	47	49 939	5	5 639	1	954	10	9 522
Total	74	85 031	64	70 626	307	331 590	61	84 397	188	243 397
Coût moyen/jour	1 157 €		1 104 €		1 080 €		1 384 €		1 295 €	

Source : CH de la Haute-Gironde

Pour ce qui est du personnel non médical, le centre hospitalier a recruté principalement par le biais d'agences d'intérim jusqu'en 2015. Les professions les plus concernées étaient les infirmiers (IDE) et les infirmiers anesthésistes (IADE). Les volumes horaires sont très variables selon les années (633 jours de travail en 2012, 49 en 2014 et 299 jours en moyenne sur l'ensemble de la période) pour un coût à la journée de l'ordre de 300 € pour un IDE.

Tableau 57. Coût de l'intérim du personnel non médical

Coût de l'intérim non médical	2012		2013		2014		2015		2016	
Fonction	Nbre de jours	Coût en €	Nbre de jours	Coût en €	Nbre de jours	Coût en €	Nbre de jours	Coût en €	Nbre de jours	Coût en €
IBODE	28	12 342 €	0	0 €	1	556 €	0	- €	0	- €
IADE	0	0 €	0	0 €	1	641 €	80	16 043 €	30	1 591 €
IDE	553	177 449 €	190	65 575 €	46	11 955 €	189	52 277 €	264	81 997 €
Kiné	25	18 523 €	0	0 €	0	- €	0	- €	0	- €
Manip	27	8 622 €	0	0 €	0	- €	0	- €	0	- €
AS	0	0 €	60	16 265 €	1	348 €	0	- €	2	94 €
Total	633	216 936 €	250	81 840 €	49	13 500 €	269	68 320 €	296	83 682 €
Coût moyen/jour	343 €		327 €		276 €		254 €		283 €	

Source : CH de la Haute-Gironde

6.3. L'INDEMNISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS DU PERSONNEL MEDICAL

Depuis 2012, le CH de la Haute-Gironde rémunère les astreintes de manière forfaitaire, comme l'y autorise l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé.

L'article 14 de cet arrêté dispose que le montant du forfait est, « au plus, égale au montant d'une demi-indemnité de sujétion augmenté de l'indemnité de base et recouvrant les temps de déplacement, temps de trajet compris, quel que soit le temps passé en déplacement. Sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence des soins, le montant de cette indemnisation forfaitaire est fixé à 187,70 € pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les établissements bénéficiant de l'autorisation mentionnée à l'article R. 6123-1 du code de la santé publique ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de permanence sur place »³⁸.

Les tarifs pratiqués au cours de la période examinée respectent les dispositions réglementaires, à l'exception de l'anesthésie dont le forfait excède de 38,5 % le tarif maximum applicable (25 % sur la période du 1^{er} juillet 2014 au 1^{er} janvier 2016). Ainsi, l'astreinte d'un anesthésiste s'élève à 260 € au lieu de 187,7 €. Cette spécialité souffre, certes, d'un déficit démographique à l'échelle nationale mais la chambre régionale des comptes ne peut que recommander à l'établissement de se conformer à la réglementation en vigueur en matière d'indemnisation de la permanence des soins.

Tableau 58. Indemnisation des astreintes médicales

En €

Services	Du 1er mai 2012 au 1er juillet 2014	Du 1er juillet 2014 au 1er janvier 2016	A compter du 1er janvier 2016
Chirurgie	182,0 €	157,0 €	182,0 €
Gynécologie-obstétrique	182,0 €	157,0 €	182,0 €
Anesthésie	260,0 €	235,0 €	260,0 €
Radiologie	187,7 €	162,7 €	187,7 €
Médecine	175,0 €	150,0 €	175,0 €
Gériatrie	175,0 €	150,0 €	175,0 €

Source : décisions du directeur CH de la Haute-Gironde

En 2014, dans le cadre du plan de retour à l'équilibre (PRE), la direction a présenté un projet de diminution du montant des forfaits d'astreinte médicale, avec une perte financière identique par astreinte pour chaque spécialité (25 €). Lors de sa réunion du 3 juin 2014, la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) a pris acte de ce projet en souhaitant que cette diminution du tarif soit limitée à la durée du PRE.

Cette décision s'est traduite par des économies annuelles de plus de 30 k€ sur la seule ligne de rémunération de la permanence des soins par astreinte (compte 64253).

³⁸ Par arrêté du 23 juin 2016, le montant forfaitaire maximum a été porté à 188,83 € à compter du 1^{er} juillet 2016.

Tableau 59. Coût annuel de la permanence des soins (PDS) du personnel médical*En €*

Coût de la permanence des soins	2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne 2012 - 16
C/64242 Gardes et astreintes des internes	38 267,35	24 369,07	145 978,48	46 497,77	48 926,05	60 807,74
C/64251 Perm. sur place dans obligations de service	271 359,44	282 809,30	271 165,38	256 954,79	251 638,63	266 785,51
C/64252 Perm. sur place sur tps de travail additionnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C/64253 Perm. de soins par astreinte	413 151,92	464 035,26	432 811,26	430 445,42	462 906,64	440 670,10
Total permanence des soins	722 778,71	771 213,63	849 955,12	733 897,98	763 471,32	768 263,35

Source : balances des comptes

En janvier 2015, les membres de la COPS ont demandé à revenir à la situation antérieure. Le directeur a fait part de son souhait « *d'affiner le bilan 2015 avant de prendre position sur le sujet* ». Finalement, cette décision de retour à la situation antérieure a été prise à compter du 1^{er} janvier 2016.

Au cours de l'instruction, l'établissement a été interrogé sur l'existence d'un moyen de contrôle des déplacements réalisés durant les périodes d'astreintes. Il a indiqué que les déplacements des praticiens n'étaient pas contrôlés dans la mesure où les astreintes étaient forfaitisées. Toutefois, l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins impose la tenue d'un décompte du temps d'intervention, y compris lorsque les astreintes sont forfaitisées, de façon à vérifier le non dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire (48 heures).

7. L'ACTIVITE LIBERALE

Au cours de la période examinée, seuls deux praticiens hospitaliers exerçaient une activité libérale au CH de la Haute-Gironde. Le premier (cardiologue), dont le contrat d'activité libérale a été signé en 2011, pratiquait les tarifs du secteur 1 et percevait directement ses honoraires. Passé à temps partiel à compter du 1^{er} janvier 2017, il n'exerce plus d'activité libérale au sein de l'établissement depuis cette date. Le second (chirurgien orthopédiste), dont le contrat a été signé en 2012, exerce en secteur 2 et perçoit ses honoraires par le biais de la régie hospitalière.

La commission d'activité libérale (CAL), dont les missions sont précisées par l'article R.6154-11 du code de la santé publique, n'a été créée qu'en 2014 au sein de l'établissement et sa première réunion s'est tenue le 24 novembre 2015. Pendant des années, le CH de la Haute-Gironde a donc fonctionné selon un modèle atypique et irrégulier dans la mesure où certains de ses praticiens pratiquaient une activité libérale sans que la commission censée contrôler cette activité n'ait été mise en place. Selon l'hôpital, avant la constitution de la CAL, c'était le régisseur encaissant les redevances qui effectuait un contrôle de l'activité libérale. Or, cette mission dévolue à la CAL, qui consiste, notamment à vérifier le non dépassement du quota d'activité libérale, n'est pas du ressort du régisseur.

Les états annuels présentés à la CAL à partir de 2015 ne mentionnent pas d'irrégularité en ce qui concerne le nombre d'actes effectués au titre de l'activité libérale (toujours inférieur à l'activité publique) ou la cohérence avec les relevés SNIR. Toutefois, jusqu'en 2016, l'absence de tableaux de service constituait un obstacle supplémentaire au contrôle de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.



Les publications de la chambre régionale des comptes
Nouvelle-Aquitaine
sont disponibles sur le site :
www.ccomptes.fr

Chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine
3 place des Grands-Hommes
CS 30059
33064 – BORDEAUX CEDEX

nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr