



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE

(Département de la Gironde)

Exercices 2017 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 28 mars 2023.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS	5
ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE	6
INTRODUCTION	7
1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	7
1.1 L'organisation spatiale de l'hôpital	7
1.2 La construction du nouvel hôpital Robert Boulin	8
1.3 Le nombre de lits et places	8
1.4 La zone d'attractivité et les parts de marché	10
1.5 Le niveau de certification et de satisfaction de la patientèle	11
1.5.1 La certification HAS	11
1.5.2 Le niveau de satisfaction des patients	11
2 LA GOUVERNANCE ET LA COOPÉRATION	12
2.1 La gouvernance et l'organisation de l'établissement	12
2.2 Le système d'information	13
2.3 Les documents de pilotage en vigueur dans l'établissement	14
2.4 Le codage et la facturation	14
2.5 Le contrôle des régies	15
2.6 La coopération	16
2.6.1 Le groupement hospitalier de territoire (GHT)	16
2.6.2 Les autres groupements auxquels participe l'établissement	17
2.6.3 Les conventions de coopération	17
3 L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE	18
3.1 L'évolution du nombre de séjours médecine-chirurgie-obstétrique et les principales affections prises en charge	18
3.2 Les caractéristiques de la patientèle et les modes d'entrée et de sortie	19
3.3 Les taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjours	19
4 LA FIABILITÉ DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIÈRE	20
4.1 La fiabilité des comptes	20
4.2 L'excédent brut d'exploitation et le résultat net	20
4.2.1 La formation de l'excédent brut d'exploitation	21
4.2.2 La formation du résultat net	23
4.2.3 L'impact de la crise sanitaire sur la situation financière de l'établissement	24
4.3 La capacité d'autofinancement	24
4.4 Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie	25
4.5 L'endettement	27
4.6 La faisabilité des investissements à venir	28
5 LE PERSONNEL	29
5.1 L'évolution des effectifs et les difficultés de recrutement	29
5.1.1 Le personnel médical	29
5.1.2 Le personnel non-médical	32

5.2	Le temps de travail.....	34
5.2.1	L'organisation du temps de travail	34
5.2.2	La continuité des soins.....	35
5.2.3	Les heures supplémentaires et le temps additionnel	36
5.3	L'absentéisme	36
6	L'ACTIVITE LIBERALE.....	37
6.1	Le contrat d'activité libérale	37
6.2	La charte de l'activité libérale et l'information du patient	38
7	VOLET SPÉCIFIQUE SUR LE SERVICE DES URGENCES	38
7.1	L'organisation du service des urgences et du SMUR.....	38
7.1.1	L'organisation médicale et paramédicale	39
7.1.2	Les urgences spécialisées et la maison médicale de garde	40
7.2	L'évolution de l'activité urgences – SMUR	41
7.2.1	L'activité du service d'accueil des urgences	41
7.2.2	L'activité du SMUR	43
7.2.3	Les modes de sortie des urgences	44
7.3	Le personnel des urgences	45
7.4	La réforme du financement des urgences	46
7.5	Les difficultés rencontrées par le service urgences – SMUR	48
7.5.1	Une politique de signalement d'événements indésirables qui permet de mieux prendre en compte les dysfonctionnements constatés	48
7.5.2	Des locaux peu fonctionnels	49
7.5.3	Un logiciel de gestion peu performant mais en cours de renouvellement	49
7.5.4	Des difficultés de recrutement que le CH tente de réduire	50
7.5.5	Un manque de lits d'aval	50
7.5.6	Une régulation parfois complexe qui dépend de plusieurs centres 15	51
	ANNEXES	52

SYNTHÈSE

Avec plus de 1 300 lits et places, le centre hospitalier de Libourne (CHL) est, en termes de capacité, le deuxième hôpital de l'ancienne région Aquitaine derrière le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, distant d'une quarantaine de kilomètres. Son offre de soins diversifiée (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et EHPAD) s'appuie sur un plateau technique performant comprenant, entre autres, deux IRM et trois scanners.

La zone d'attractivité du CHL couvre le nord de la Gironde mais également une partie de la Dordogne et de la Charente-Maritime. Malgré la proximité du CHU, ses parts de marché sont importantes quel que soit le domaine d'activité. En chirurgie ambulatoire, il est devancé par la clinique du Libournais mais cet établissement est lié au centre hospitalier par un groupement de coopération sanitaire dont les parts sociales sont détenues à 98 % par le CHL.

Un nouveau bâtiment de médecine-chirurgie-obstétrique de 43 000 m² a été mis en service en 2018 sur le site principal du CHL. Cet important investissement, d'un montant total d'environ 140 M€ TTC, a amélioré les conditions d'accueil des malades mais l'hôpital doit désormais faire face à l'augmentation des charges générées par les remboursements d'emprunts et les amortissements. Le compte de résultat consolidé est déficitaire depuis 2018 et les pertes avoisinent 9,7 M€ en 2021. Le taux de capacité d'autofinancement est passé en deçà de la médiane des établissements comparables alors qu'il lui était auparavant largement supérieur. L'encours de la dette, qui ne comporte pas d'emprunt risqué, a augmenté de plus de 20 M€ depuis 2017 pour atteindre 113,7 M€ fin 2021. La capacité d'autofinancement nette, c'est-à-dire après le remboursement du capital de la dette, reste positive mais a beaucoup diminué. Même si aujourd'hui le CHL ne fait pas partie des centres hospitaliers les plus en difficulté, sa situation financière est devenue préoccupante. L'amélioration et le respect des grands équilibres financiers constitueront donc un enjeu majeur pour les années à venir, surtout si l'établissement souhaite mener à bien son projet d'investissement sans pouvoir bénéficier d'aides spécifiques de la part des autorités de tutelle.

Le CHL, comme beaucoup d'établissements publics de santé, connaît des difficultés de recrutement pour des spécialités en tension au niveau national ou en forte concurrence avec le secteur privé qui offre des rémunérations plus élevées et des contraintes moindres en termes de permanence des soins. Ces disciplines sont principalement la psychiatrie, l'anesthésie, la médecine d'urgence et l'imagerie. Le coût de l'intérim médical est encore contenu (3,55 M€ en 2021) mais a augmenté de 2,26 M€ depuis 2017, bien que la direction ait la volonté de limiter autant que possible le recours à ce type de contrats qui s'avèrent toujours onéreux.

La chambre régionale des comptes appelle l'ordonnateur à revoir la durée du temps de travail issue de l'accord local de 2002 afin de se conformer aux dispositions réglementaires en vigueur. En effet, au CHL, le personnel de jour à repos fixe travaille 1 582 heures par an au lieu de 1 607 heures et le personnel de nuit travaille 1 449 heures 30 au lieu de 1 476 heures. Le différentiel est donc de 25 heures pour la première catégorie de personnel et de sept heures pour la seconde, ce qui entraîne un surcoût annuel pour l'hôpital de plus de 700 000 €.

Compte tenu des difficultés rencontrées dans l'été 2022 dans de nombreux établissements de santé, le dernier volet du rapport est consacré aux urgences. Ce service est structuré en réseau inter-hospitalier avec l'hôpital de Sainte-Foy-la-Grande. Son activité est soutenue avec plus de 46 700 passages enregistrés 2021 (+ 8,9 % par rapport à 2020). Plusieurs filières spécialisées

permettent une prise en charge spécifique pour certaines pathologies ou certains publics. C'est le cas en pédiatrie mais également en psychiatrie où un accueil est organisé au sein du service des urgences pour permettre une évaluation à la fois somatique et psychique des patients si nécessaire. La gériatrie bénéficie, quant à elle, d'une ligne téléphonique dédiée permettant de recueillir l'avis d'un médecin spécialisé, tout comme la neurologie. Ces dispositifs améliorent la qualité de la prise en charge. Bien que l'hôpital de Libourne ne fasse pas partie des établissements qui rencontrent le plus de difficultés de recrutement, plusieurs postes de médecins urgentistes et d'infirmiers demeurent vacants. C'est d'ailleurs le manque de personnel paramédical qui est à l'origine de la fermeture des urgences de Sainte-Foy-La-Grande durant neuf nuits au mois d'août 2022. Dans l'été 2022, le CHL aurait souhaité fonctionner sur le modèle du CHU de Bordeaux avec un accès aux urgences restreint et préalablement régulé par le centre 15. Cette demande a été rejetée au motif que le centre de régulation ne pourrait pas absorber un flux supplémentaire d'appels alors qu'il rencontrait déjà des difficultés pour faire face à l'augmentation d'activité engendrée par la régulation des entrées au CHU. Du fait de la nouvelle organisation mise en place à Bordeaux, le CHL a noté l'arrivée dans ses locaux de patients résidant dans la métropole bordelaise – dont Libourne ne fait pas partie –, mais ce flux a été largement compensé par la diminution globale du nombre de passages durant la période estivale (- 7,6 % sur les mois de juillet et août). L'hôpital, bien que non concerné par la régulation préalable des urgences, a probablement bénéficié des retombées de la campagne de communication de l'ARS incitant les patients à ne pas se rendre directement aux urgences. Compte tenu des choix opérés pour le CHU de Bordeaux et de la situation géographique du CHL, ce dernier est appelé à être régulé par plusieurs centres 15 (Gironde, mais également Dordogne, Charente) qui fonctionnent selon des protocoles pas toujours harmonisés.

Le manque de lits d'aval, notamment en gériatrie, engendre une durée moyenne de passage aux urgences importante (environ neuf heures) et largement supérieure à la moyenne départementale comprise entre cinq et six heures selon les données de l'observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine. Ces chiffres doivent, toutefois, être interprétés avec prudence car la politique de prise en charge peut être différente selon les établissements. Ainsi, au CHL, il a été décidé de ne pas faire attendre les patients dans les véhicules sanitaires et de les enregistrer dès leur arrivée, ce qui n'est pas le cas partout.

Enfin, les urgences du CHL sont installées dans des locaux peu fonctionnels et relativement éloignés du plateau d'imagerie. On note également l'absence d'une hélistation malgré la présence d'un plateau technique performant équipé pour prendre en charge dans de bonnes conditions les urgences vitales. En 2021, le centre hospitalier envisageait la réalisation d'un projet regroupant les urgences, la réanimation, les soins continus et une hélistation mais sa situation financière le conduit aujourd'hui à étudier un programme moins ambitieux, se limitant à la construction d'un nouveau bâtiment d'accueil des urgences.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : organiser le contrôle des régies en application des dispositions réglementaires en vigueur (articles R. 6145-54-1 du code de la santé publique et R. 1617-17 du code général des collectivités territoriales) **[mise en œuvre en cours]**.

Recommandation n° 2 : mettre un place un dispositif formalisé d'évaluation des conventions de coopération, en particulier pour les plus importantes d'entre elles **[mise en œuvre en cours]**.

Recommandation n° 3 : respecter les dispositions de l'article R. 6152-711 du code de la santé publique qui prévoit une évaluation de l'activité des praticiens cliniciens reposant sur un entretien avec le chef de pôle et donnant lieu à la rédaction d'un compte-rendu écrit transmis au directeur de l'établissement **[non mise en œuvre]**.

Recommandation n° 4 : revoir l'accord local sur la mise en œuvre de la réduction du temps de travail afin de se conformer à la réglementation sur la durée légale annuelle de travail pour les personnels travaillant à repos fixe et les personnels travaillant exclusivement la nuit **[mise en œuvre en cours]**.

Recommandation n° 5 : formaliser dans une décision du directeur la forfaitisation des astreintes, conformément aux dispositions de 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 **[mise en œuvre en cours]**.

Recommandation n° 6 : établir un décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes, conformément aux dispositions de l'article 14 de 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 **[mise en œuvre en cours]**.

Recommandation n° 7 : établir des contrats de temps de travail additionnel pour l'ensemble des médecins concernés afin de se conformer aux dispositions prévues par 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 **[mise en œuvre en cours]**.

Recommandation n° 8 : faire figurer dans les tableaux de service nominatifs les actes et consultations réalisés en activité libérale, conformément à ce que prévoit la circulaire DHOS/M2/2005-469 du 14 octobre 2005 **[mise en œuvre incomplète]**.

ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE

Le rapport d'observations provisoires a été délibéré le 24 novembre 2022. Il a été adressé à l'ordonnateur en fonctions le 27 janvier 2023. À la même date, des extraits ont également été envoyés au directeur du CHU de Bordeaux, établissement support du groupement hospitalier de territoire « Alliance de Gironde » ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine.

Le directeur général de l'ARS a répondu le 22 février 2023 et le directeur du centre hospitalier de Libourne le 9 mars 2023. Le directeur du CHU de Bordeaux n'a, quant à lui, pas adressé de réponse à la chambre régionale des comptes.

La chambre régionale des comptes a formulé les observations définitives qui suivent lors de la séance du 28 mars 2023.

INTRODUCTION

La ville de Libourne, située à une quarantaine de kilomètres au nord-est de Bordeaux, compte 24 257 habitants et sa communauté d'agglomération plus de 91 000 habitants. La densité de population y est de 161 habitants au km², donnée assez comparable à celle du département de la Gironde. Entre 2013 et 2019, la population a augmenté de 0,6 % contre 0,4 % dans l'ensemble de la France. Le taux de variation demeure, toutefois, inférieur à celui relevé dans le département (+ 1,3 %) dont la croissance repose principalement sur l'agglomération bordelaise et le bassin d'Arcachon. La médiane du revenu disponible par unité de consommation, qui était de 20 640 € en 2019, est inférieure aux données départementales et nationales (respectivement 22 640 € et 21 930 €).

En termes de capacité, le centre hospitalier de Libourne (CHL) est le deuxième établissement de l'ancienne région Aquitaine, derrière le CHU de Bordeaux. Le CHL propose un accès à la quasi-totalité des spécialités médicales, à l'exclusion des spécialités concentrées au centre hospitalier universitaire (neurochirurgie et la chirurgie cardiaque par exemple). Le rayonnement de l'établissement dépasse largement les limites de la communauté d'agglomération car les patients proviennent de tout le nord Gironde mais également de la Dordogne et, dans une moindre mesure, du sud de la Charente-Maritime.

1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 L'organisation spatiale de l'hôpital

En dehors des structures psychiatriques sectorisées¹, l'activité principale de l'hôpital est concentrée sur deux sites : l'hôpital Robert Boulin-Fondation Sabatié et le site Garderose distant d'environ trois kilomètres du premier. L'établissement est également présent sur la commune de Saint-Denis-de-Pile, située à une dizaine de kilomètres de Libourne, où sont implantés un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et un foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM).

Le site Robert Boulin-Fondation Sabatié est constitué d'une structure monobloc qui abrite l'essentiel des activités de court-séjour ainsi que de plusieurs bâtiments pavillonnaires.

Le site Garderose, inauguré en 1975, répond, quant à lui, à une conception de type pavillonnaire. Il regroupe les activités de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, les services de soins de suite et réadaptation (SSR) gériatriques ainsi que les services logistiques centralisés (unité centrale de production culinaire, blanchisserie).

¹ Hôpitaux de jour et centres médicaux psychologiques (CMP).

1.2 La construction du nouvel hôpital Robert Boulin

En janvier 2010, le principe de la reconstruction de l'établissement de santé sur le site occupé par l'hôpital Robert Boulin, qui allait fêter ses 40 ans en 2011, a été acté. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mené une mission qui a validé l'opportunité du projet en préconisant la reconstruction de l'hébergement des services du monobloc mais en préservant les locaux du bloc opératoire, de la réanimation, de la pharmacie et du laboratoire.

Une procédure dite de conception-réalisation a été lancée en 2013 et cinq groupements ont été sélectionnés pour concourir et présenter un projet architectural. Le directeur de l'établissement a validé la proposition du jury et le marché a été conclu en juillet 2014 avec GTM Bâtiment Aquitaine en tant que mandataire (avec 17 co-traitants). Cet accord a été formalisé par un acte d'engagement daté du 10 juillet 2014 pour un coût prévisionnel de 91,72 M€ TTC² (12,04 M€ au titre de la conception et 79,68 M€ au titre de la réalisation) et un délai d'exécution fixé à 48 mois. Le marché a fait l'objet d'une dizaine d'avenants ayant généré un surcoût d'environ 8 % par rapport au chiffrage initial (+ 7,3 M€ TTC).

La construction a débuté le 14 mai 2015 et, à l'issue de 18 mois d'études et 28 mois de travaux, le nouveau bâtiment a été réceptionné le 31 octobre 2017 pour une mise en service en mars 2018. D'une surface³ de 43 000 m² sur six niveaux, le nouvel hôpital Robert Boulin compte 475 lits d'hospitalisation conventionnelle, 37 lits et places d'hôpital de jour et 60 salles de consultations. Cette réalisation a contribué à améliorer les conditions d'accueil des patients (80 % de chambres individuelles) en hospitalisation complète mais également en ambulatoire (cf. photo du nouvel hôpital en annexe n° 1).

Le chiffrage global de l'opération atteint un peu plus de 140 M€ TTC. Cet écart, qui peut paraître substantiel par rapport au montant figurant dans l'acte d'engagement, s'explique par la comptabilisation des coûts annexes au marché de construction (voirie, réseaux, honoraires, assurances, etc.) ainsi que le coût des équipements (11,51 M€)⁴ et celui de la démolition des anciens bâtiments (chantier en cours évalué à 3 M€).

1.3 Le nombre de lits et places

En 2021, le CH de Libourne disposait de 1 305 lits et places dont 379 lits de médecine, 113 lits de chirurgie, 33 lits d'obstétrique (maternité de niveau 2B⁵), 96 lits de soins de suite et de réadaptation, 103 lits de psychiatrie et 330 lits d'EHPAD. Son plateau technique comprend deux IRM, trois scanners, deux accélérateurs de particules, trois salles de coronographie et onze salles de bloc opératoire. Cette offre de soins est complétée depuis 2022 par la présence d'un service de scintigraphie exploité par le secteur privé bénéficiant d'une autorisation d'occupation du domaine public.

² Conditions de prix de novembre 2013.

³ Surface dans œuvre (SDO) qui représente la surface intérieure d'un bâtiment nécessaire au fonctionnement d'une activité.

⁴ 8,25 M€ d'équipements hôteliers, 2,08 M€ d'équipements informatiques et 1,18 M€ d'équipement bio médical.

⁵ Les maternités sont classifiées de 1 à 3 selon leur niveau d'équipement. Plus le niveau de la maternité est élevé, plus les équipements dont elle dispose sont importants pour accueillir des grossesses à risque ou des grands prématurés.

Tableau n° 1 : évolution capacitaire

Nombre de lits et places	2017	2018	2019	2020	2021
Lits installés en médecine	379	361	361	371	379
<i>dont lits de soins intensifs</i>	11	11	11	11	11
<i>dont lits de réanimation</i>	12	12	12	12	15
Places installées en médecine	31	37	38	38	43
Total lits et places médecine	410	398	399	409	422
Lits installés de chirurgie	123	116	116	116	113
Places installées en chirurgie	12	12	12	12	12
Total lits et places chirurgie	135	128	128	128	125
Lits installés d'obstétrique	36	34	34	34	33
Lits soins de suite et réadaptation (SSR)	96	96	96	96	96
Places soins de suite et réadaptation (SSR)	18	18	18	18	18
Total soins de suite et réadaptation (SSR)	114	114	114	114	114
Lits installés en psychiatrie	105	102	102	103	103
Places de psychiatrie	118	118	118	118	118
Total psychiatrie	223	220	220	221	221
Lits installés en foyer accueil médicalisé	46	46	46	46	46
Places en foyer accueil médicalisé	4	4	4	4	4
Total foyer accueil médicalisé	50	50	50	50	50
Lits EHPAD	330	330	330	330	330
Places EHPAD	10	10	10	10	10
Total EHPAD	340	340	340	340	340
TOTAL ÉTABLISSEMENT	1 308	1 284	1 285	1 296	1 305

Sources : hospidiag et CH de Libourne

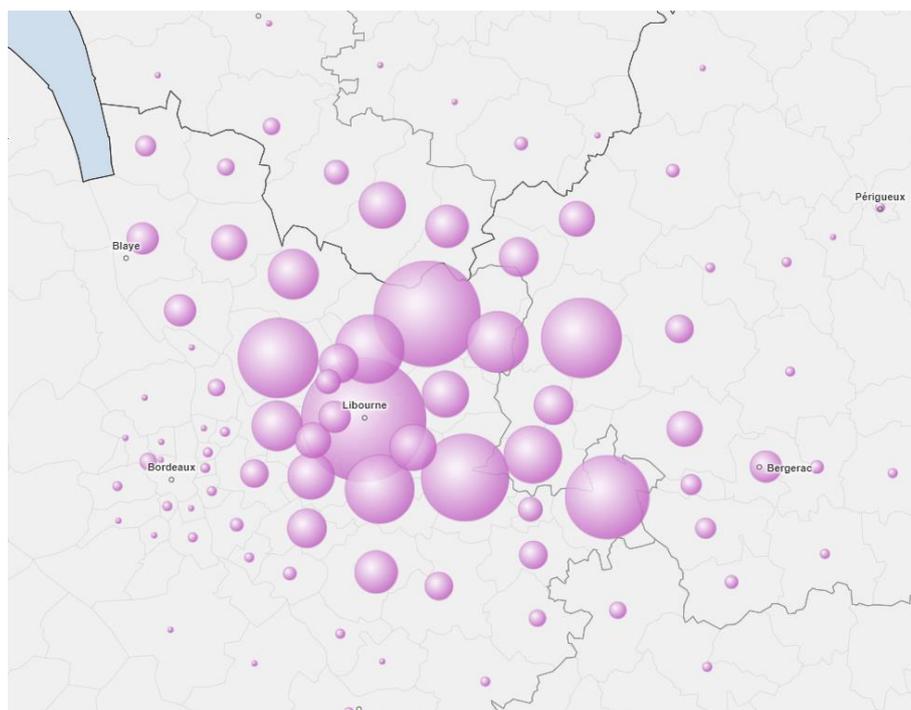
Selon la direction de l'établissement, la capacité en lits et places est suffisante pour le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). En revanche, un besoin de lits de SSR gériatrique est identifié sur le territoire du nord Gironde dans le schéma régional de santé. Or, l'établissement ne peut pas porter un projet de création de lits supplémentaires au vu de sa situation financière et en l'absence de soutien de l'ARS en investissement. Par ailleurs, il n'est pas sûr de pouvoir maintenir le capacitaire actuel au vu de la vétusté des locaux.

En psychiatrie, dont le taux d'occupation des lits en hospitalisation complète est supérieur à 90 %, la capacité d'accueil n'est pas suffisante au regard du secteur géographique couvert par le CHL. Les difficultés à répondre aux besoins sont quasi quotidiennes. Malgré l'important travail effectué pour fluidifier le parcours des patients, la tension demeure et une proposition d'augmentation capacitaire de neuf lits de psychiatrie adulte a été formulée récemment dans le cadre du renouvellement de l'autorisation d'activité. En pédopsychiatrie, un hôpital de jour de « crise ados » a été créé en mai 2021 (par redéploiement de moyens sur le pôle) afin de répondre à une augmentation importante des demandes de soins en urgence pour les jeunes adolescents.

1.4 La zone d'attractivité et les parts de marché

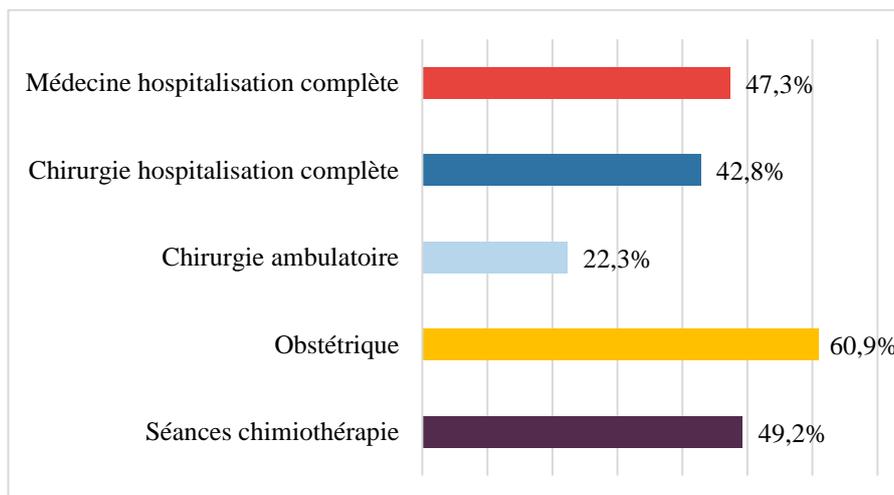
La zone d'attractivité du CHL dépasse les limites du département de la Gironde. Elle comprend une partie de la Dordogne et, dans une moindre mesure, certaines communes du sud de la Charente-Maritime.

Carte n° 1 : zone d'attractivité MCO



Source : hospidiag

En 2019, dernière année avant la crise sanitaire liée à la covid-19, les parts de marché de l'établissement sur sa zone d'attractivité variaient entre 22,3 % en chirurgie ambulatoire et 60,9 % en obstétrique. Son principal concurrent est le CHU de Bordeaux, sauf en chirurgie ambulatoire où l'hospitalisation privée est très présente, à l'image de la clinique chirurgicale du Libournais qui détenait 28,8 % de parts de marché en 2019. Installée en face de l'hôpital, cette dernière est très étroitement liée à ce dernier dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) créé en juillet 2018 au sein duquel le CHL détient 98 % du capital.

Graphique n° 1 : parts de marché en 2019 (avant la crise sanitaire)

Source : graphique CRC à partir des données Hospidiag

1.5 Le niveau de certification et de satisfaction de la patientèle

1.5.1 La certification HAS

La haute autorité de santé (HAS) réalise périodiquement une évaluation des établissements de santé qui donne lieu à la publication d'un niveau de certification allant de A à E (non certification). Il s'agit d'une certification globale et non d'une certification de toutes les activités de l'établissement. En janvier 2017, l'hôpital de Libourne a obtenu une certification globale de niveau B avec recommandation d'amélioration concernant le dossier patient et le management de la prise en charge médicamenteuse du patient. Les autres *items*, parmi lesquels figurent la prise en charge aux urgences, le parcours patients, le management de la qualité et des risques, la prise en charge en salle de naissance, de radiothérapie, d'endoscopie, au bloc opératoire et la gestion du risque infectieux ont, quant à eux, fait l'objet d'une certification de niveau A.

1.5.2 Le niveau de satisfaction des patients

Le niveau de satisfaction de la patientèle est plutôt bon au regard des différentes enquêtes réalisées. L'enquête nationale e-Satis⁶ 2021 attribue un score global de 73,17 sur 100 au CHL pour les hospitalisations de plus de 48 heures en MCO et de 78,68 pour la chirurgie ambulatoire.

⁶ Dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients : deux semaines après sa sortie, le patient reçoit un mail, envoyé automatiquement, contenant un lien unique, individuel et sécurisé lui permettant de se connecter au questionnaire e-Satis en ligne.

Les enquêtes menées par l'établissement permettent d'avoir une grille de lecture plus précise. Ainsi, le questionnaire de sortie 2019 (831 répondants) fait état d'un score global de 8,2 sur 10. La plupart des points étudiés obtiennent un taux de satisfaction supérieur à 7 sauf en ce qui concerne la qualité des repas servis (6 sur 10) et l'accueil aux urgences (5,6 pour la durée d'attente et 6 pour le confort des locaux). L'enquête 2020 (qui ne portait que sur 297 répondants en raison de la crise sanitaire) corrobore ces résultats avec un taux de satisfaction globale de 8,5 sur 10.

2 LA GOUVERNANCE ET LA COOPÉRATION

2.1 La gouvernance et l'organisation de l'établissement

Durant la période examinée, trois ordonnateurs se sont succédé (dont un assurant l'intérim). Le directeur du CHL est aussi directeur du CH de Sainte-Foy-la-Grande (à une quarantaine de kilomètres de Libourne), de l'EHPAD Primerose à Coutras et, plus récemment, du CH de Blaye (45 kilomètres de Libourne). La convention concernant ce centre hospitalier a été signée en avril 2022 avec une prise d'effet au 1^{er} juin 2022. L'ensemble de ces établissements regroupe plus de 4 600 agents sur un territoire d'environ 250 000 habitants. L'organigramme du CHL comprend donc de nombreuses directions communes avec les CH de Blaye et Sainte-Foy-la-Grande ainsi qu'avec l'EHPAD de Coutras.

L'organisation médicale du centre hospitalier de Libourne est structurée autour de huit pôles : EPURS (enfant, parents, urgences, réanimation, surveillance continue) ; médecine A (cardiologie, médecine interne, dermatologie, rhumatologie) ; médecine B (oncologie, neurologie, pneumologie, radiothérapie) ; médecine opératoire ; gériatrie ; santé publique ; médico-technique et psychiatrie.

Il n'y a pas eu de modification du découpage de ces pôles au cours de la période examinée mais de nouveaux services ont été créés au sein de pôles existants (unité post-urgences dans le pôle médecine A et unité d'aval des urgences dans le pôle EPURS). De plus, en 2018, des modifications d'organisation d'activités ont accompagné la mise en place du nouvel hôpital Robert Boulin. Ainsi, les agents de service hospitaliers sont passés d'une affectation dans les services des différents pôles d'activités cliniques à une affectation en deux équipes centralisées (l'une chargée de l'entretien des locaux communs, rattachée au pôle logistique et l'autre chargée de l'entretien des locaux de soins, rattachée à la direction des soins). Un plateau technique mutualisé a été créé comprenant un hôpital de jour de médecine et des secteurs de consultations externes au rez-de-chaussée (hors pôles). Les équipes de remplacements des infirmiers et aides-soignants sont désormais rattachées à la direction des soins en lieu et place des pôles.

Conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, chaque pôle est couvert par un contrat de pôle portant sur la période 2013-2017. Ces derniers ont été prorogés durant une longue période (cinq ans) et seront enfin repris à l'issue du travail portant sur le projet d'établissement qui devrait être finalisé fin 2022. Chacun de ces contrats décrit l'organisation du pôle, fixe des objectifs en termes d'activité, de qualité et de sécurité des soins, de gestion, de désengorgement des urgences. Une enveloppe d'intéressement de 400 000 € est théoriquement répartie entre ces pôles avec un volet investissement (255 000 € soit 63,7 %) et fonctionnement (145 000 € soit 36,3 %). Ce partage théorique peut, toutefois, s'adapter aux besoins exprimés par

les équipes soignantes, comme en 2020 où les besoins ont porté davantage sur l'exploitation (59,6 % ont été consommés en fonctionnement et 40,4 % en investissement).

2.2 Le système d'information

L'organisation du service informatique de l'hôpital de Libourne s'appuie sur deux départements techniques : le département « applications métiers » et le département « support utilisateurs & infrastructures systèmes et réseaux ». Depuis octobre 2021, il est intégré au département « affaires financières et numérique » placé sous la responsabilité d'une directrice adjointe. Le service informatique compte 19 agents pour 17,4 équivalents temps plein (données février 2022). Des sous-traitants interviennent également régulièrement pour le compte du centre hospitalier notamment pour des missions d'assistance et de maintenance. Les fonctions de DPO (délégué à la protection des données) et de RSSI (responsable de la sécurité des systèmes d'information) sont assurées par deux ingénieurs rattachés à la direction de la qualité et gestion des risques.

Les équipements informatiques sont situés sur le site Robert Boulin et installés dans plusieurs salles afin de respecter le plan de continuité d'activité. Chaque salle réseau est soumise à des contrôles d'accès par badge et les entrées sont tracées et enregistrées. Les locaux sont équipés d'alarme intrusion, d'une détection automatique d'incendie et d'un système d'extinction incendie par diffusion de gaz inerte.

Il n'existait pas de schéma directeur formalisé du système d'information (SDSI) sur la période 2017-2020. En 2021, un comité stratégique des projets informatiques a été constitué afin d'établir le SDSI de l'établissement. Ce travail sera le bienvenu d'autant plus que la cartographie des risques est, elle aussi, en cours d'élaboration. Cela passe par un état des lieux réalisé auprès de tous les services visant à identifier les applications informatiques les plus critiques pour la continuité de l'activité, la durée d'indisponibilité tolérée par les services pour chaque application, l'existence de procédures dégradées en cas d'indisponibilité et l'intégration de ces priorités dans un plan de reprise d'activité.

La réflexion porte également sur la formalisation d'un volet « gestion d'une cyberattaque » et plusieurs actions ont d'ores et déjà été déployées : mise en conformité du mot de passe utilisateur selon les recommandations de l'ANSSI (agence nationale de la sécurité des systèmes d'information), sécurisation de l'ensemble des messageries par un « antispam », utilisation d'un antivirus sur les serveurs et mise à jour régulière des systèmes et correction des failles de sécurité. L'établissement déploie également une technologie logicielle émergente de détection des menaces de sécurité informatique basée sur l'intelligence artificielle. En parallèle de ces dispositifs de sécurité, le CHL procède également à de fausses campagnes d'hameçonnage adressées à l'ensemble des utilisateurs afin d'analyser les statistiques et accroître la sensibilisation aux menaces informatiques. Au cours de la période 2017-2021, aucun audit de sécurité interne et/ou externe n'a été réalisé mais une commande a été passée courant 2022.

Le 16 mars 2021, les équipes de sécurité du centre hospitalier ont été alertées de potentielles failles de sécurité présentes sur les serveurs de messagerie de l'établissement. La première mesure prise a été de déconnecter les serveurs de l'accès internet afin de les isoler et de s'affranchir de toute potentielle nouvelle attaque et, dans un second temps, la faille de sécurité a été corrigée. Les investigations menées concluent que l'attaque a bien été contenue et qu'elle n'a pas eu d'impact pour le fonctionnement du système d'information.

2.3 Les documents de pilotage en vigueur dans l'établissement

Pour le pilotage quotidien de l'établissement, la direction dispose de plusieurs tableaux de bord comprenant différents indicateurs de suivi budgétaires et d'activité.

La période examinée est couverte par deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Ces documents, prévus par l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, sont conclus entre les établissements et l'agence régionale de santé pour une durée de cinq ans. Ils déterminent les objectifs stratégiques des établissements de santé sur la base du projet régional de santé (PRS) et les financements octroyés.

Le CPOM 2019-2023, conclu le 8 janvier 2019, fixe cinq orientations stratégiques⁷ accompagnées d'objectifs ciblés. Le centre hospitalier estime, toutefois, que le réalisme des cibles fixées est à relativiser car certains indicateurs de suivi sont complexes, ne peuvent être fournis que par l'ARS et sont parfois éloignés des priorités de l'établissement. Par ailleurs, la crise covid-19 a rendu caduques certaines de ces cibles.

Au cours de la même période, un seul projet d'établissement a été approuvé lors du conseil de surveillance du 23 mai 2014. Ce dernier, qui couvrait les années 2014-2018, était fortement marqué par la construction du nouvel hôpital Robert Boulin. L'ordonnateur justifie l'absence de projet d'établissement 2019-2023 comme suit : *« L'année 2018 a été consacrée à la mise en service du NHL⁸, ce qui n'a pas permis de lancer les travaux d'élaboration du nouveau projet d'établissement. Les groupes de travail ont été mis en place en 2019. Cependant, la crise sanitaire n'a pas permis la finalisation de la rédaction du document »*. Le travail d'élaboration du projet d'établissement a été repris en 2022 en intégrant les nouvelles dispositions législatives issues des réformes du Ségur de la santé et les besoins du territoire Nord Gironde afin de poursuivre la dynamique des coopérations inter-hospitalières déjà engagée.

2.4 Le codage et la facturation

Toutes les saisies sont décentralisées dans les services de soins. La saisie des diagnostics est effectuée par les médecins ou les secrétaires. À ce jour, aucun codage n'est réalisé au département d'information médicale (DIM) mais la transition vers un autre modèle

⁷ Renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé, organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé, garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge, s'inscrire dans une stratégie collective de santé au sein d'un territoire et au service du patient et apporter une réponse aux attentes spécifiques du territoire et/ou des établissements.

⁸ NHL : nouvel hôpital de Libourne, appelé également nouvel hôpital Robert Boulin.

d'organisation est en cours. L'objectif est de professionnaliser le codage des données PMSI⁹ en concentrant la saisie des diagnostics des séjours d'hospitalisation par des codeuses professionnelles.

Les contrôles réalisés par le DIM se traduisent par un volume de corrections important (entre 54 % et 61 % des dossiers ouverts au cours de la période 2017-2021). La revalorisation totale engendrée par ces corrections est comprise entre 6,35 M€ en 2017 et 7,26 M€ en 2019 (6,53 M€ en 2021). En complément du travail réalisé par le DIM, l'hôpital a fait appel à un prestataire externe pour optimiser le codage. Cette intervention a permis une revalorisation de recettes de 0,27 M€ en 2018 et 0,49 M€ en 2019 pour un coût de facturé de 41 k€.

Un contrôle réalisé par l'Assurance maladie en 2017, qui portait sur l'exercice 2016, s'est soldé par un reversement d'indu de 0,19 M€ et une sanction de 0,14 M€.

La réorganisation du processus de saisie des informations, accompagnée par la mise en place d'outils informatiques plus performants, devrait prochainement contribuer à améliorer la performance et la qualité du codage. Cet objectif est d'autant plus nécessaire que la situation financière de l'établissement s'est dégradée ces dernières années.

2.5 Le contrôle des régies

Sur la période 2017-2020, 19 régies ont fonctionné dont 11 régies de recettes, deux régies d'avances et six régies d'avances/recettes. Le montant maximum d'encaisses ou d'avance autorisé varie de 3 000 € à 5 000 €.

La direction des affaires financières détient un dossier pour chaque régie, dans lequel sont regroupés les documents relatifs au fonctionnement de la régie et à la gestion du régisseur mais l'ordonnateur n'a procédé à aucun contrôle des régies sur la période 2017-2020. Il s'agit pourtant d'une compétence partagée avec le comptable public en vertu des articles R. 6145-54-1 du code de la santé publique et R. 1617-17 du code général des collectivités territoriales. Il convient donc que l'ordonnateur organise, en lien avec le comptable public, un contrôle régulier des régies, même si le montant de leur encaisse peut paraître faible au regard du budget de l'établissement.

En réponse au rapport d'observations provisoires, le directeur de l'établissement a indiqué que, dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau régime de responsabilité de l'ordonnateur, la direction des affaires financières allait mettre en place un programme de contrôle des régies qui sera effectif au deuxième semestre 2023.

Recommandation n° 1 : organiser le contrôle des régies en application des dispositions réglementaires en vigueur (articles R. 6145-54-1 du code de la santé publique et R. 1617-17 du code général des collectivités territoriales).

⁹ Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été mis en place dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) afin de valoriser l'activité hospitalière et de la rémunérer en conséquence.

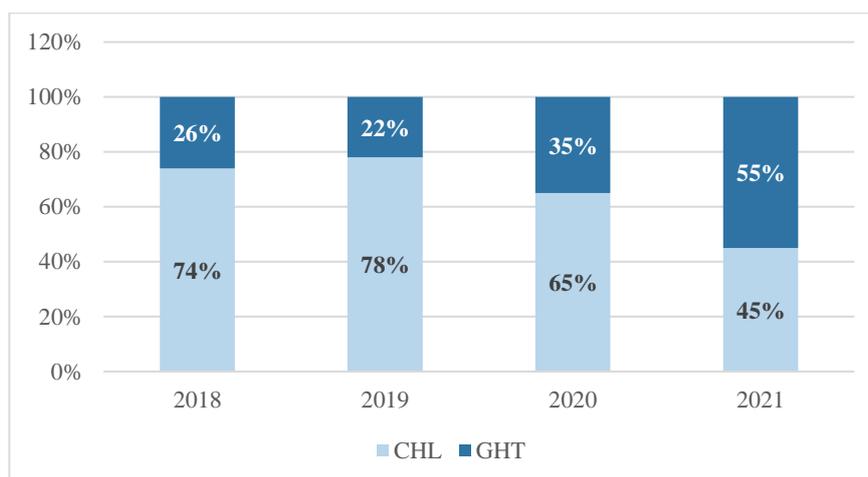
2.6 La coopération

2.6.1 Le groupement hospitalier de territoire (GHT)

En mars 2015, a été créée la communauté hospitalière de territoire Alliance de Gironde regroupant les hôpitaux du département. En juin 2016, cette dernière a été transformée en groupement hospitalier de territoire (GHT) en application des articles L. 6132-1 et suivants du code de la santé publique. Effectif à compter du 1^{er} juillet 2016, ce GHT rassemble l'ensemble des centres hospitaliers girondins (y compris ceux spécialisés en santé mentale). Il a pour établissement support le CHU de Bordeaux.

La mutualisation des fonctions au sein du groupement porte sur les achats, la mise en œuvre de projets communs définis dans le schéma directeur des systèmes d'information du GHT et la conclusion d'un accord-cadre sur la formation. Alors qu'en 2018 seulement 26 % des achats en valeur du CHL étaient mutualisés, la proportion est désormais de 55 % (données 2021).

Graphique n° 2 : répartition de achats en (CHL/GHT)



Source : CRC d'après les données transmises par le CH de Libourne

Le directeur du CHL souligne l'optimisation de la fonction achat mais précise que cela ne s'est pas forcément traduit par des économies pour son établissement qui, de par sa taille, accédait déjà aux meilleures offres des groupements d'achat. Les procédures mutualisées sont parfois plus lourdes, notamment du point de vue des délégations de signature du directeur de l'établissement support au bénéfice des agents de l'établissement partie. Selon lui, l'un des points forts du GHT réside dans le développement des discussions entre communautés hospitalières aussi bien au niveau des directions fonctionnelles que des équipes médicales. En revanche, la mise en place d'un projet médico-soignant partagé basé sur une approche plus coopérative et moins technique figure parmi les axes d'amélioration possibles.

2.6.2 Les autres groupements auxquels participe l'établissement

En plus du GHT, le centre hospitalier de Libourne participe à cinq groupements de coopération sanitaire de moyens, un groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé, trois groupements d'intérêt public et un groupement d'intérêt économique (cf. liste en annexe n° 2).

Parmi l'ensemble de ces groupements, le GCS « clinique chirurgicale du Libournais » occupe une place particulière car il s'agit d'un GCS érigé en établissement de santé qui participe à la coopération entre les secteurs publics et privés. Le fonctionnement de ce GCS de droit privé est régi par une convention tripartite signée le 5 juillet 2018. Il a vocation à détenir et exploiter l'autorisation d'activité de chirurgie en hospitalisation complète et ambulatoire précédemment détenue par la SAS¹⁰ « Clinique chirurgicale du Libournais ». Le capital social du GCS (1 000 €) est détenu à 98 % par le centre hospitalier (les 2 % restant étant partagés entre la SAS « Cliniques investissement d'Aquitaine » et l'association des praticiens). Compte tenu de cette répartition du capital, le CHL détient la quasi-totalité des droits de vote au sein du groupement. L'établissement compte 73 lits et places avec un taux de chirurgie ambulatoire qui dépasse 85 %. La majeure partie de son activité concerne la chirurgie digestive, l'ophtalmologie, la chirurgie traumatologique, et dans une moindre mesure l'ORL et la stomatologie.

2.6.3 Les conventions de coopération

Comme c'est généralement le cas dans les hôpitaux, le CHL est signataire de très nombreuses conventions avec des structures diverses et variées (établissements de santé, EHPAD, structures d'hébergement, services d'hospitalisation et de soins infirmiers à domicile, associations, collectivités ou établissements publics, etc.). Le tableau communiqué par le centre hospitalier recense plus de 250 conventions dont beaucoup bénéficient d'une reconduction tacite. Les plus anciennes remontent aux années 90 alors que d'autres ont été signées récemment.

La conclusion de conventions est nécessaire afin d'organiser et de formaliser les coopérations mises en œuvre. Toutefois, compte tenu de leur nombre important et croissant, il conviendrait de mettre en place un dispositif formalisé d'évaluation, du moins pour les plus importantes d'entre-elles.

L'ordonnateur prend note de cette recommandation et s'engage à entamer une révision de l'organisation du suivi des conventions en intégrant systématiquement une mention sur les modalités d'évaluation et en procédant, dès 2023, à une revue des conventions de coopération les plus importantes.

Recommandation n° 2 : mettre un place un dispositif formalisé d'évaluation des conventions de coopération, en particulier pour les plus importantes d'entre-elles.

¹⁰ SAS : société par actions simplifiée.

3 L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE

La tarification à l'activité, qui est le système de base du financement de l'hôpital, s'applique au secteur MCO (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres champs d'activité comme les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie dépendent quasi exclusivement d'un financement sous forme de dotations. En 2019, dernière année avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19, les séjours MCO représentaient près de 92 % du total des séjours en hospitalisation complète enregistrés au CHL. À titre de comparaison, la psychiatrie représentait un peu moins de 5 % du total et les SSR environ 3 %.

3.1 L'évolution du nombre de séjours médecine-chirurgie-obstétrique et les principales affections prises en charge

En hospitalisation complète, le nombre de séjours est demeuré stable sur la période 2017-2019. En 2020, première année de la crise covid-19, l'activité a diminué en médecine (- 7,11 %) et en chirurgie (- 11,78 %) en raison des nombreuses déprogrammations ayant affecté tous les établissements de santé. En revanche, le nombre de séjours a augmenté cette année-là en obstétrique (+ 5,51 %). En 2021, les séjours en hospitalisation complète ont fortement progressé par rapport à l'année précédente mais l'activité globale est demeurée en retrait par rapport à la période d'avant la crise sanitaire (sauf en obstétrique).

Tableau n° 2 : évolution du nombre des séjours en hospitalisation complète

	2017	2018	2019	2020	2021
Médecine	20 326	20 571	20 349	18 903	19 690
Chirurgie	7 039	6 948	7 012	6 186	6 804
Obstétrique	1 916	1 861	1 960	2 068	2 026
Total	29 281	29 380	29 321	18 903	28 520

Sources : hospidiag et CH de Libourne pour 2021

En ambulatoire, sur la période 2017-2019, l'activité a augmenté dans les trois disciplines mais la crise sanitaire a entraîné une baisse sensible du nombre de séjours. Comme en hospitalisation complète, l'activité a repris en 2021 sans toutefois retrouver son niveau de 2019 en chirurgie.

Tableau n° 3 : évolution du nombre des séjours en ambulatoire

	2017	2018	2019	2020	2021
Médecine	6 951	7 339	7 074	6 800	7 718
Chirurgie	4 470	5 035	5 292	4 295	4 709
Obstétrique	497	566	556	567	539
Total	11 918	12 940	12 922	11 662	12 966

Sources : hospidiag et CH de Libourne pour 2021

La nature des affections prises en charge en MCO diffère assez peu de celle constatée dans les grands centres hospitaliers de Nouvelle Aquitaine.

3.2 Les caractéristiques de la patientèle et les modes d'entrée et de sortie

Les patients admis en court-séjour sont plutôt âgés comparés aux établissements de santé appartenant à la même catégorie (grands CH dont les recettes sont supérieures à 150 M€). Ainsi, en 2019 (années précédant la crise sanitaire), les 80 ans et plus représentaient 20,46 % des admissions contre 14,61 % dans les établissements comparables.

Jusqu'en 2020, plus de la moitié des patients du CHL arrivaient de leur domicile. En 2021 les entrées par les urgences ont été beaucoup plus nombreuses (56,6 %), ce qui induit un accroissement des hospitalisations non programmées susceptible d'engendrer des difficultés en matière de gestion des lits d'aval.

À leur sortie de court-séjour, les patients rejoignent dans une très forte proportion leur domicile et peu font l'objet d'un transfert vers d'autres établissements.

3.3 Les taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjours

Le taux d'occupation des lits¹¹ est corrélé à la durée moyenne de séjour (DMS). Un même taux peut recouvrir deux situations : un séjour de longue durée ou plusieurs séjours de courte durée. En 2019, les taux d'occupation sont élevés en chirurgie mais ce taux a fortement baissé en 2020 en raison des nombreuses déprogrammations de soins.

Tableau n° 4 : les taux d'occupation des lits (hors ambulatoire)

	2017	2018	2019	2020	2021
Médecine	83,4	84,9	82,6	75,4	82,5
Chirurgie	97,5	98,4	100,0	83,3	90,1
Obstétrique	60,9	62,0	66,2	64,8	64,4

Sources : hospidiag et CH de Libourne pour 2021

L'indice de performance de durée moyenne de séjour (IPDMS) est un indice pondéré qui permet d'apprécier la durée moyenne de séjour d'un établissement de santé par rapport aux établissements comparables en termes d'activité. S'il est supérieur à un, cela signifie que la DMS est plutôt élevée. À l'inverse, un IPDMS inférieur à 1 caractérise une durée moyenne de séjour plutôt faible.

La durée moyenne de séjour constatée en médecine est équivalente à celle des établissements comparables et elle est plutôt faible en obstétrique (IPDMS de 0,94). En revanche, en chirurgie, cet indicateur est toujours supérieur à 1. Plusieurs explications ont été apportées par le centre hospitalier qui met en avant un problème de qualité du codage se traduisant par un « sous-codage » ayant pour conséquence de fausser la comparaison avec les autres établissements

¹¹ Rapport entre le nombre de journées et le nombre de lits x 365.

de santé. S'ajoute également un problème de manque de lits d'aval qui oblige à maintenir les patients dans les services de soins. Parmi les pistes étudiées pour réduire les durées moyennes de séjour figure la mise en place d'une solution d'hébergement temporaire non médicalisé afin de limiter les nuitées la veille de l'intervention chirurgicale, notamment pour les personnes qui résident dans des communes éloignées de Libourne.

4 LA FIABILITÉ DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIÈRE

4.1 La fiabilité des comptes

Le centre hospitalier de Libourne remplit les conditions énumérées à l'article D. 6145-61-7 du code de la santé publique qui prévoit que les comptes des établissements publics de santé sont soumis à la certification lorsque le total des produits du compte de résultat principal est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs. Le commissaire aux comptes (CAC) était le cabinet PricewaterhouseCoopers jusqu'à l'exercice 2019 inclus puis le cabinet Ernest & Young pour les exercices 2020 et 2021 (son contrat court jusqu'en 2025 compris).

Pour l'exercice 2017, le CAC avait exprimé, comme en 2016, une réserve en raison d'une faiblesse de contrôle interne dans le processus de facturation dont il n'a pas été possible d'évaluer l'incidence sur le montant des recettes de l'établissement. Cette réserve a été maintenue sur l'exercice 2018 mais les comptes 2019 ont, quant à eux, été certifiés sans réserve.

Les comptes 2020 ont, de nouveau, fait l'objet d'une certification avec réserve car le commissaire aux comptes n'a pas pu apprécier la correcte valorisation des recettes liées aux séjours hospitaliers des mois de janvier et février (période hors champs de la garantie de financement mise en place dans le cadre de la crise sanitaire liée à la covid-19).

En 2021, les recettes de l'activité ont été couvertes par le mécanisme de garantie de financement calculé sur la base de l'activité de l'année 2019. La levée de la réserve portant sur les recettes a donc été mécanique et les comptes de cet exercice ont, de nouveau, été certifiés sans réserve. Toutefois, afin de pérenniser cette levée de réserve, le CHL a mis en œuvre un certain nombre d'actions pour améliorer la qualité du codage en faisant un effort sur la traçabilité et la hiérarchisation des contrôles.

4.2 L'excédent brut d'exploitation et le résultat net

Le budget de l'établissement comprend le budget principal et trois budgets annexes. En 2021, le total des charges s'élevait à 315,76 M€ (retraité des variations de stocks et des recettes en atténuation de personnel). 92,62 % des charges étaient imputées au budget principal, 5,74 % au budget EHPAD, 0,9 % au foyer d'accueil médicalisé et 0,74 % à l'institut de formation d'infirmiers et d'aides-soignants. L'analyse développée *infra* reflète la situation financière consolidée du centre hospitalier.

4.2.1 La formation de l'excédent brut d'exploitation

L'excédent brut d'exploitation (EBE) mesure la marge que l'établissement dégage de son exploitation courante pour financer ses charges financières, ses amortissements et ses provisions. Il se calcule par la différence entre les produits bruts d'exploitation (auxquels on ajoute les subventions d'exploitation reçues) et les consommations intermédiaires augmentées des impôts et taxes et des charges de personnel.

Tableau n° 5 : formation de l'excédent brut d'exploitation

En K€

	2017	2018	2019	2020	2021
Vente de marchandises	7 143,46	7 501,37	7 191,13	8 408,46	10 136,00
Production (y compris immobilisée)	220 335,48	228 438,99	233 124,93	249 636,48	264 899,19
Achats de matières et d'approvisionnements	47 681,04	47 918,45	50 538,71	54 387,70	60 529,35
+ Variation de stocks de matières et d'approvisionnements	626,72	-364,32	452,79	701,21	625,35
Marge totale	180 424,62	187 657,60	190 230,14	204 358,46	215 131,20
Autres consommations et charges externes	15 147,27	19 356,63	18 708,22	19 303,91	21 082,74
Salaires et traitements	102 300,52	107 024,77	108 214,17	118 775,97	128 734,27
Charges sociales	40 276,58	40 865,99	41 309,90	43 797,47	49 008,62
Autres (impôts et taxes sur rémunérations)	13 636,86	14 315,13	14 395,80	15 422,44	17 487,81
Impôt et taxes	39,20	37,22	47,99	52,27	67,53
Subventions d'exploitation	8 854,40	9 073,79	9 721,56	9 948,30	11 804,56
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	17 878,59	15 131,65	17 275,61	16 954,70	10 554,79

Sources : tableau réalisé à partir des comptes de résultat et des balances 2017-2021

En 2021, l'excédent brut d'exploitation s'élevait à 10,55 M€, en nette diminution par rapport aux années précédentes. C'est principalement la hausse des charges de personnel (+ 17,34 M€ par rapport à 2020) qui explique cette évolution malgré une augmentation de la valeur ajoutée.

Les produits entrant dans le calcul de l'EBE

Les produits de l'activité hospitalière représentaient un peu plus de 234 M€ en 2021. Ils sont constitués à près de 94 % par des produits à la charge de l'assurance maladie et ont progressé de 19 % par rapport à 2017, ce qui traduit un bon niveau d'activité. Cette croissance demeure, toutefois, inférieure à celle des charges au cours de la même période (cf. détail en annexe n° 3).

Parmi ces produits de l'activité hospitalière, les produits liés à la tarification des séjours constituent logiquement le premier poste (124,39 M€ en 2021). Viennent ensuite les dotations annuelles de financement des activités de psychiatrie et SSR (respectivement 25,25 M€ et 11,49 M€ en 2021) devant la production de médicaments et molécules onéreuses qui, comme dans de nombreux établissements, connaît une importante progression (19,10 M€ en 2021). Les actes et consultations externes (10,44 M€ en 2021) enregistrent également une forte croissance (+ 93 % par rapport à 2017). Il s'agit d'un indicateur important car ce type d'activité peut générer

ultérieurement des séjours en hospitalisation complète si le patient a besoin de soins complémentaires.

En 2020, les recettes MIGAC¹² sont passées de 5,38 M€ à 17,29 M€ (+ 11,92 M€) en raison des mesures de financement exceptionnel liées à l'épidémie de covid-19. Il s'agit, pour l'essentiel de mesures non reproductibles mais pour lesquelles le dispositif a été maintenu de façon allégée en 2021 pour accompagner les établissements de santé dans le cadre d'un retour progressif à la normale.

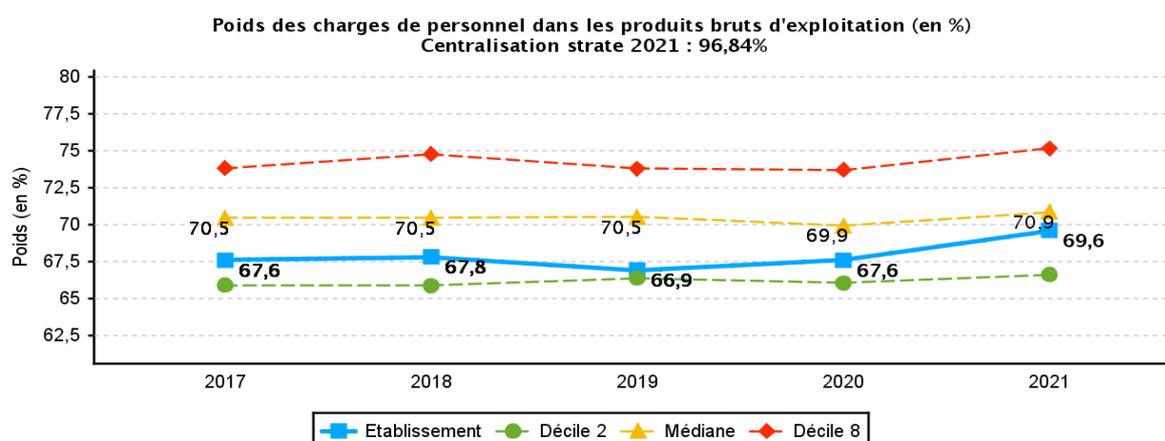
Les charges entrant dans le calcul de l'EBE

Les achats de matières et approvisionnements ont augmenté de 25,78 % entre 2017 et 2021, à un rythme supérieur à celui des produits de l'activité hospitalière (cf. détail des charges en annexe n°4). Ce sont les achats de produits pharmaceutiques et à usage médical qui ont le plus augmenté et, dans une moindre mesure, les fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique.

Absorbant 94 % de la valeur ajoutée, les charges de personnel constituent le premier poste de dépenses, comme c'est le cas dans la quasi-totalité des établissements de santé (195,23 M€ en 2021, hors charges externes). Les salaires et traitements versés ont augmenté de 25,84 % au cours de la période examinée mais cette hausse se concentre sur les deux derniers exercices (2020 et 2021). Cela est dû aux mesures de revalorisation liées au Ségur de la santé et à une hausse des effectifs intervenue en lien avec l'ouverture du nouvel hôpital. Les rémunérations versées au personnel non médical ont augmenté de 25 % entre 2017 et 2021 et celles des médecins ont progressé de 29 % au cours de la même période. Si la hausse est modérée en ce qui concerne les praticiens hospitaliers (+ 4,2 %), elle est beaucoup plus importante pour les vacataires et les médecins en CDD (+ 72 %).

Le poids des charges de personnel rapporté aux produits bruts d'exploitation a augmenté de deux points depuis 2017 mais se situe encore au niveau de la médiane des établissements comparables (trois points en dessous en 2017).

Graphique n° 3 : poids des charges de personnel rapporté aux produits bruts d'exploitation



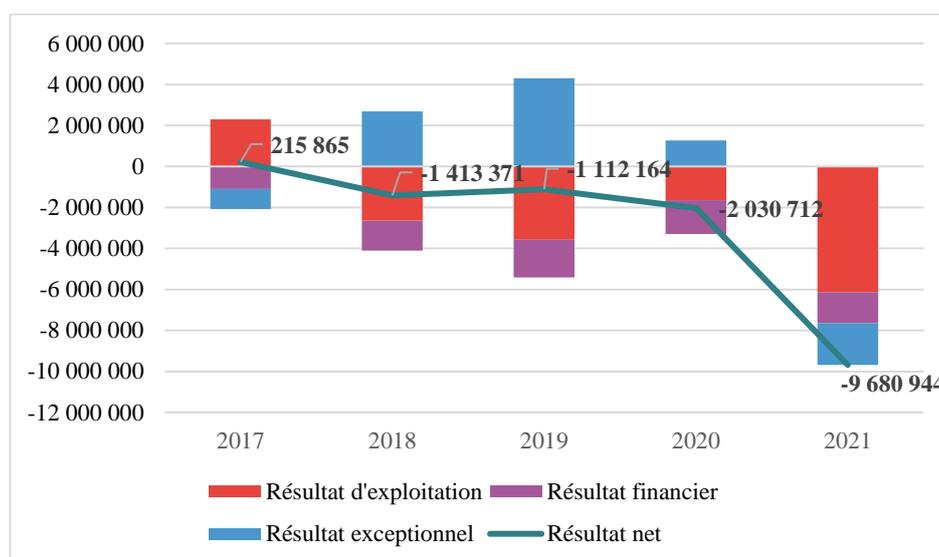
Sources : CH de Libourne, données DGFIP

¹² Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation.

4.2.2 La formation du résultat net

Le résultat net résulte du résultat d'exploitation (EBE + dotations aux amortissements et provisions + autres produits et charges de gestion courante) auquel on ajoute le résultat financier et le résultat exceptionnel (cf. détail en annexe n° 5).

Graphique n° 4 : formation du résultat net



Sources : CRC à partir des comptes financiers du CH de Libourne

Légèrement positif en 2017, le résultat net devient négatif à partir de 2018. Cette évolution découle de la forte détérioration du résultat d'exploitation qui, elle-même, résulte d'une hausse des dotations aux amortissements en lien avec la mise en service du nouvel hôpital. En effet, l'exercice 2018 est marqué par le transfert d'activités vers les nouveaux locaux, ce qui a généré, d'une part, des surcoûts ponctuels liés à la préparation de la mise en service (1,60 M€) et, d'autre part, les amortissements associés à l'exploitation du bâtiment et des équipements. Par ailleurs, cet investissement majeur a entraîné une montée en charge des frais financiers.

L'exercice 2019 est, quant à lui, marqué par la mise en service de la blanchisserie inter-hospitalière et l'installation d'une nouvelle IRM. Il subit également l'impact des amortissements du NHL, qui, pour la première fois, sont comptabilisés sur une année pleine, ce qui se traduit par une augmentation de 15,28 % des dotations aux amortissements.

2020 aurait dû être l'année de la montée en charge des nouveaux investissements et donc de l'activité hospitalière qui en découle. Cet exercice a, toutefois, été marqué par la crise sanitaire qui a donné un coup d'arrêt à cette dynamique et a contribué à creuser le déficit. Le niveau de ce dernier devient très préoccupant en 2021 et atteint une ampleur inédite par rapport aux exercices précédents (- 9,68 M€). Pour la première fois depuis 2017, tous les budgets annexes ont dégagé un résultat positif mais qui est loin d'être suffisant pour couvrir le déficit du budget principal compte tenu du poids que représente celui-ci. Les écarts constatés avec le compte de résultat prévisionnel sont d'ailleurs importants cette année-là (déficit prévu de 5,4 M€ pour le budget principal au lieu de 10,2 M€ à la clôture des comptes).

Tableau n° 6 : décomposition du résultat net par budget

En K€

BUDGETS	2017	2018	2019	2020	2021
Principal (H)	536,97	1 555,49	- 1 418,94	- 2 452,91	- 10 177,37
École paramédicale (C0)	- 65,35	64,63	29,98	100,98	29,39
EHPAD (E1)	- 422,70	- 326,96	- 174,98	- 37,00	120,91
Foyer d'accueil médicalisé (P0)	166,94	404,45	452,37	358,22	346,13
Total tous budgets	215,87	- 1 413,37	- 1 112,16	- 2 030,71	- 9 680,94

Sources : CH de Libourne, comptes financiers

4.2.3 L'impact de la crise sanitaire sur la situation financière de l'établissement

Selon les données communiquées par l'établissement, l'impact de la crise covid-19 sur le résultat net dégagé en 2020 et 2021 est important car les surcoûts et pertes de recettes n'ont pas été compensés à 100 %.

Tableau n° 7 : impact crise covid-19 sur la situation financière

En K€

	2020	2021
Total surcoûts	7 554,59	6 523,23
Total perte de recettes	4 616,20	1 588,32
Total surcoûts et perte de recettes	12 170,79	8 111,55
Couverture par divers mécanismes financiers	10 194,95	5 516,73
Reste à charge pour l'établissement	1 975,84	2 594,82

Source : CH de Libourne

En plus de l'impact relatif à la crise sanitaire, commun à tous les établissements de santé, le CH de Libourne a également subi un impact spécifique lié à l'ouverture d'une unité post-urgences de 15 lits fin janvier 2020, juste avant le confinement. Dans sa réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier précise que cette unité a été ouverte à la demande de l'ARS. Les recettes attendues, estimées à 3 M€, n'ont pas été intégrées dans le calcul de la garantie de financement qui reposait sur les données de l'exercice 2019. L'établissement en a donc supporté les dépenses sans compensation *via* la garantie de financement.

4.3 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) est la différence entre les produits encaissables et les charges décaissables. Comme son nom l'indique, elle permet de dégager un autofinancement susceptible de couvrir les dépenses à venir hors recours à l'emprunt. Cet indicateur permet donc d'évaluer la capacité de l'établissement à mener à bien des opérations d'investissement.

Tableau n° 8 : formation de la capacité d'autofinancement nette

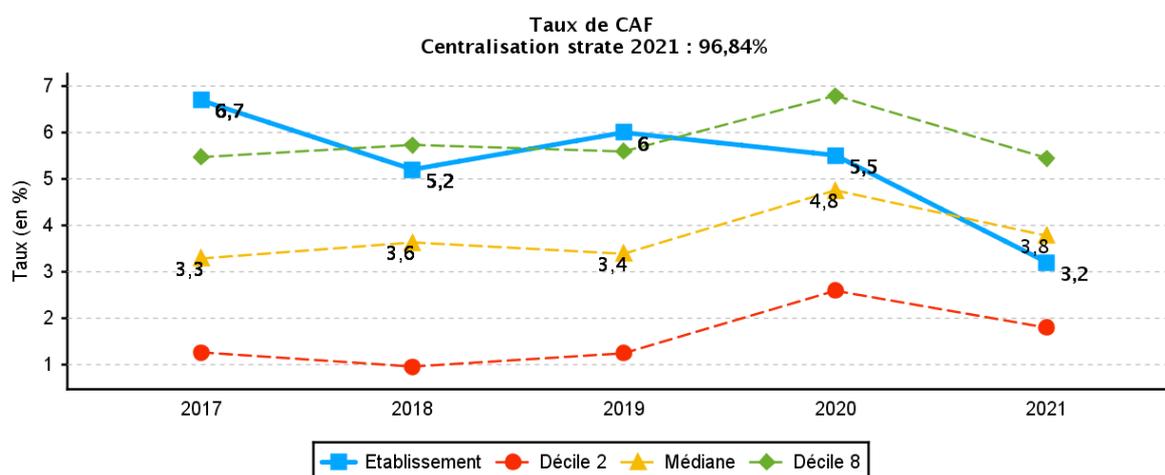
En K€

CAF nette (K€)	2017	2018	2019	2020	2021
Capacité d'autofinancement brute	16 323,47	13 030,78	15 526,91	15 129,16	9 357,34
Remboursement du capital de la dette	4 046,39	4 652,80	4 678,24	7 254,72	7 282,31
Capacité d'autofinancement nette	12 277,08	8 377,98	10 848,68	7 874,44	2 075,03

Sources : tableau CRC d'après les comptes financiers du CH de Libourne

La capacité d'autofinancement brute est positive pour chaque exercice comptable grâce à l'excédent brut d'exploitation (EBE) et aux importantes dotations aux amortissements. Toutefois, sa situation s'est dégradée en 2021. Alors que le taux de CAF¹³ était supérieur au 8^{ème} décile de la strate, il est passé, cette année-là, en dessous de la médiane.

Graphique n° 5 : évolution du taux de CAF brute



Sources : CH de Libourne, données DGFIP

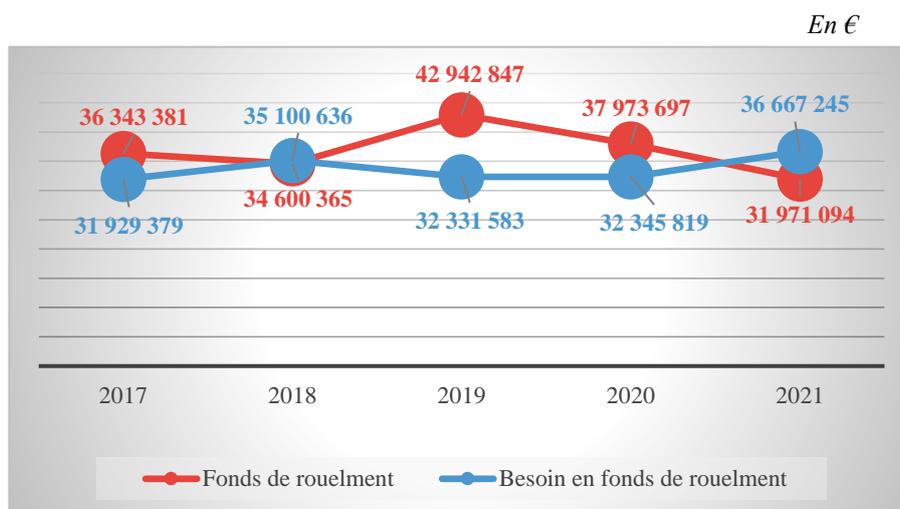
La CAF nette après remboursement en capital de la dette est également positive sur toute la période 2017-2021 mais a, elle aussi, fortement diminué en 2021.

4.4 Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie

Le fonds de roulement net global (FRNG) est la différence entre les financements stables (capitaux propres, emprunts à moyen et long terme, amortissements et provisions) et les immobilisations. Le besoin en fonds de roulement (BFR) se calcule, quant à lui, en effectuant la soustraction entre les créances et les dettes du cycle d'exploitation (cf. annexe n° 6).

¹³ CAF / total des produits encaissables.

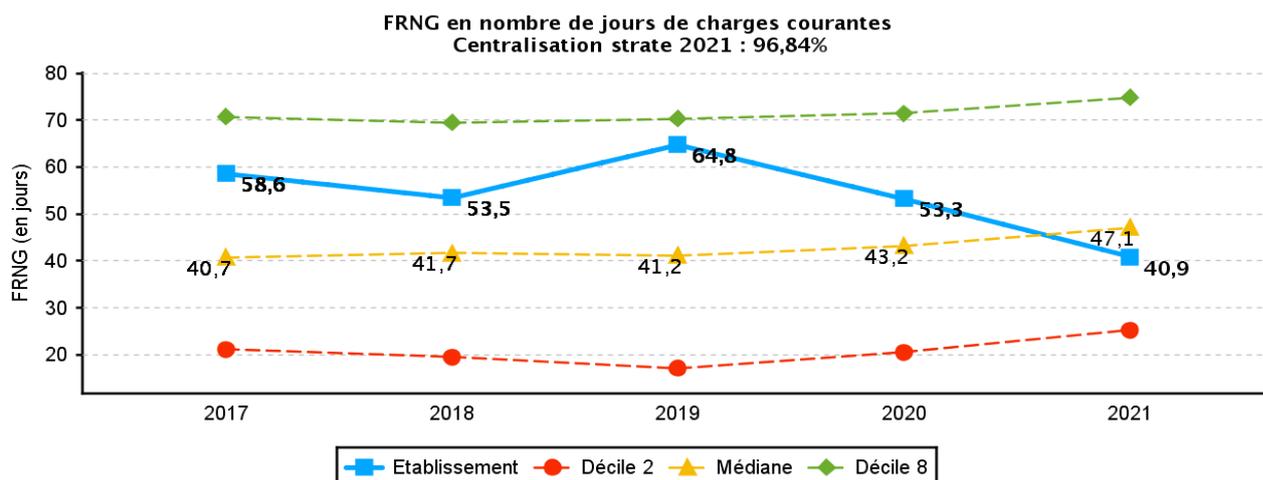
Graphique n° 6 : évolution du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement



Sources : CRC, graphique réalisé à partir des comptes du CH de Libourne

L'augmentation du FRNG constatée en 2019 découle principalement d'une augmentation du volume des emprunts et des amortissements (première année pleine d'amortissement du nouveau bâtiment MCO mis en service en 2018). En 2020, première année de la crise covid-19, le fonds de roulement, bien que largement positif, s'est détérioré et son niveau a continué de baisser en 2021. Calculé en nombre de jours de charges courantes, la valeur du FRNG est passée sous la médiane des établissements comparables alors qu'elle était toujours supérieure les années précédentes.

Tableau n° 9 : FRNG exprimé en nombre de jours de charges courantes

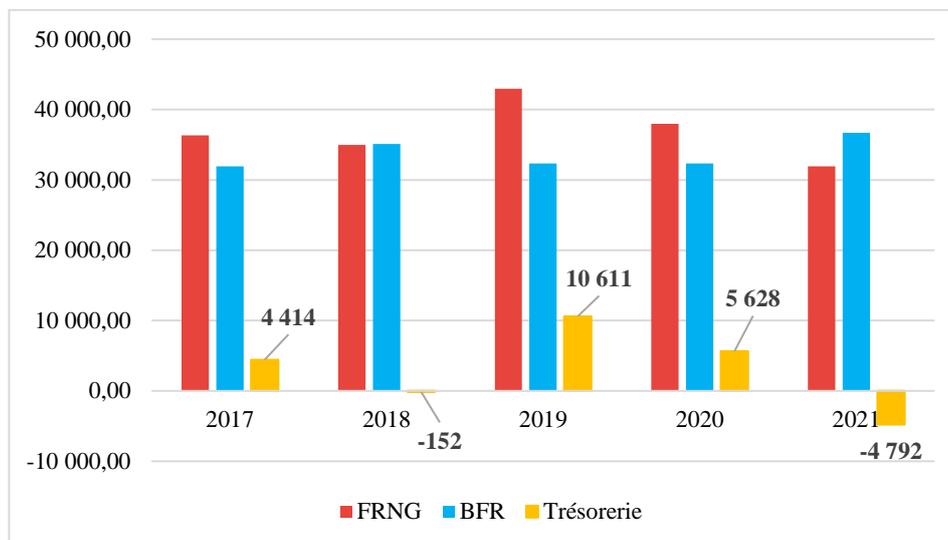


Sources : CH de Libourne, données DGFIP

Le besoin en fonds de roulement doit être couvert par le fonds de roulement afin de dégager une trésorerie positive. Or, la situation de la trésorerie s'est fortement dégradée au 31 décembre 2021. Cette dernière est devenue négative (- 4,8 M€), ce qui a contraint l'établissement à souscrire deux lignes de trésorerie d'un montant de 5 M€ chacune (l'une en juin et l'autre en décembre).

Graphique n° 7 : évolution de la trésorerie

En K€

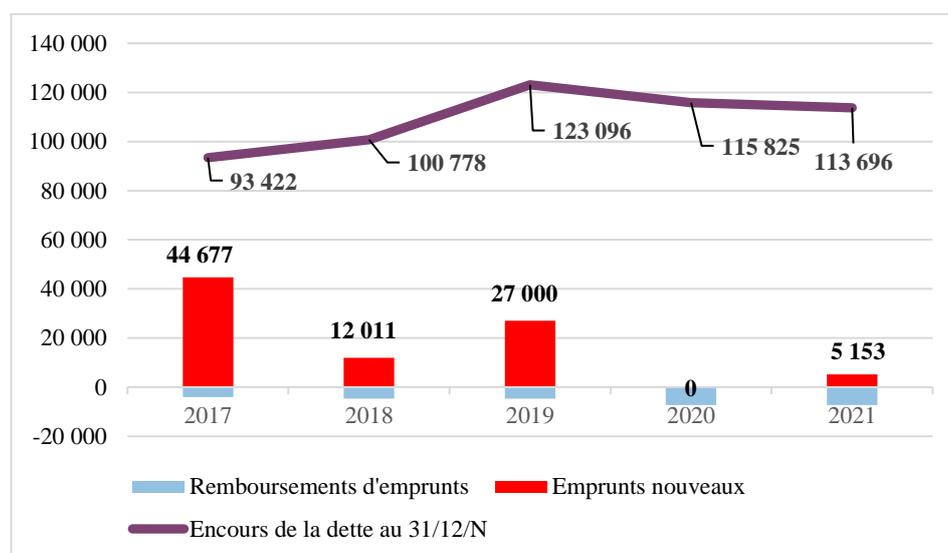


Sources : à partir des données des comptes financiers du CH de Libourne

4.5 L'endettement

Sur la période 2017-2021, l'établissement a mobilisé 88,8 M€ d'emprunt et en a remboursé 27,9 M€ (cf. annexe n° 7). Son stock de dette a donc augmenté de 61 M€, les financements externes ayant principalement été mobilisés dans le cadre de la construction du nouvel hôpital Robert Boulin. Au 31 décembre 2021, l'encours de la dette s'élevait à 113,69 M€, soit 20,2 M€ de plus qu'en 2017 mais 9,4 M€ de moins qu'en 2019 compte tenu de l'extinction d'un certain nombre d'emprunts anciens.

Graphique n° 8 : évolution de l'endettement sur la période 2017-2021 (en K€)

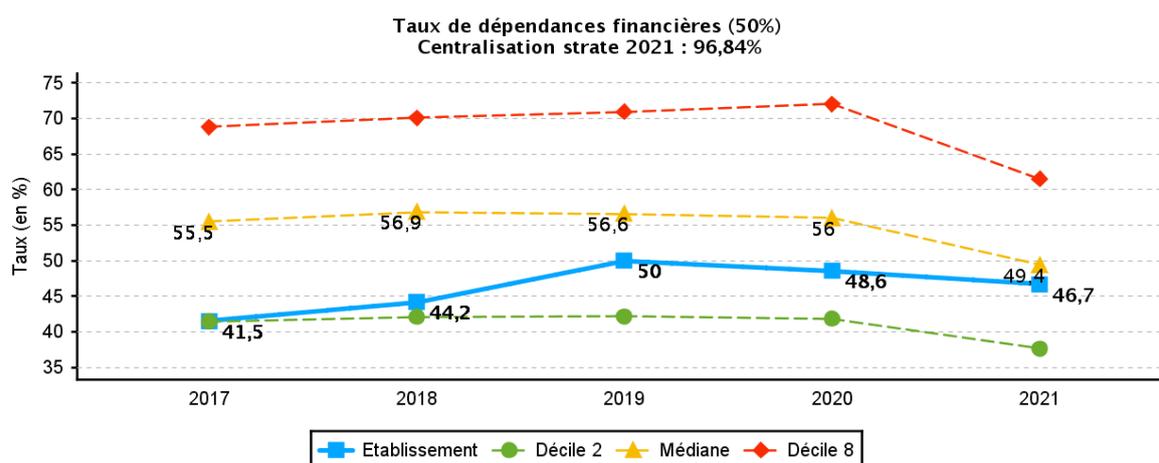


Sources : graphique CRC d'après les comptes du CH de Libourne

La structure de l'endettement peut donc être qualifiée de saine car elle ne comporte pas de produits structurés risqués (classification 1A au regard de la charte Gissler¹⁴).

L'indicateur du taux de dépendance financière, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux propres, a augmenté au cours de la période examinée et se rapproche désormais de la médiane alors qu'il était auparavant très inférieur à celle-ci. L'établissement devra faire preuve d'une vigilance particulière à l'égard de cet indicateur dans les années qui viennent, surtout s'il doit financer ses investissements futurs par l'emprunt faute de soutien financier de la part des autorités de tutelle.

Graphique n° 9 : taux de dépendance financière



Sources : CH de Libourne, données DGFIP

4.6 La faisabilité des investissements à venir

En 2021, le taux de vétusté des constructions (50,2 %) et des équipements (78,3 %) était inférieur au taux médian (respectivement 59,6 % et 82,6 %). Ces ratios reflètent le niveau élevé des investissements réalisés par le CHL au cours de la période examinée, en particulier du fait de la construction du nouvel hôpital Robert Boulin.

Parmi les projets figurant dans le plan pluriannuel d'investissement (PPI), certains sont jugés prioritaires. Il s'agit du renforcement et de la sécurisation de la puissance électrique, la sécurisation des infrastructures informatiques, la rénovation des pavillons de psychiatrie et de SSR ainsi que la reconstruction des urgences, de la réanimation et des soins continus. En février 2022, une présentation effectuée devant le directoire a listé les investissements à réaliser à court et moyen termes, en priorisant les projets incontournables. Parmi ceux-ci, figure le renouvellement des équipements lourds pour éviter les pertes de recettes et finaliser des projets matures. Par ailleurs, le centre hospitalier se fixe pour objectif un niveau d'investissement courant de l'ordre de 1,5 M€ pour l'informatique, 2 M€ pour le biomédical et 1,3 M€ pour les

¹⁴ La charte Gissler classe les emprunts en fonction de deux critères : l'indice sous-jacent servant au calcul de la formule (de 1 - risque faible à 5 - risque élevé) et la structure de la formule de calcul (de « A » - risque faible à « E » - risque élevé). Ainsi, les produits classés 1A ont un niveau de risque faible tandis que ceux classés 5E comportent un risque très élevé.

équipements hôteliers. Des investissements majeurs de maintenance sont également programmés pour l'électricité et la sécurité informatique (respectivement 1,5 M€ et 3 M€ sur trois ans).

L'agence régionale de santé estime que les projets du CHL sont tous pertinents au regard des objectifs fixés par le Ségur de la santé. Elle a donc validé le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'établissement mais sans aide particulière. Plusieurs remarques ont été faites à cette occasion, notamment sur la nécessité d'améliorer les ratios d'endettement qui dépassent les seuils prudentiels fixés à l'article D. 6145-70 du CSP¹⁵. Ainsi, en 2021, la durée apparente de la dette dépassait le seuil des dix ans (12,2 ans) et l'encours de la dette rapporté aux produits dépassait 30 % (37,6 %). Le taux de dépendance financière était, quant à lui, encore inférieur à 50 % (46,7 %).

En réponse aux observations provisoires, l'agence régionale de santé souligne que la situation budgétaire et les indicateurs financiers proposés par l'établissement ne faisaient pas ressortir un besoin d'accompagnement pour mener à bien les projets immobiliers. Le niveau des charges d'amortissement et des frais financiers ne dépassait pas le seuil au-delà duquel le poids de l'investissement est considéré comme élevé, pouvant motiver l'attribution d'une aide. Au regard de l'analyse réalisée, le niveau de marge brute permettait de financer la politique d'investissement passée et future. Les projets d'investissement, évalués en tout à 49,15 M€ TTC, ont donc été considérés comme soutenables par l'établissement, en référence à la méthode d'analyse financière appliquée pour les dossiers du Ségur investissement. L'ARS rappelle, de plus, que le centre hospitalier de Libourne a bénéficié et bénéficie toujours de plusieurs soutiens à l'investissement pour un total pluriannuel de 87 M€.

L'amélioration de la situation financière et le respect des grands équilibres financiers constitueront donc des enjeux majeurs pour les années à venir, surtout si l'établissement souhaite mener à bien son projet d'investissement sans pouvoir bénéficier d'aides spécifiques de la part des autorités de tutelle.

5 LE PERSONNEL

5.1 L'évolution des effectifs et les difficultés de recrutement

5.1.1 Le personnel médical

L'évolution des effectifs médicaux

Sur la période 2017-2021, les effectifs du personnel médical en équivalent temps plein moyen rémunérés (ETPMR) ont évolué de 7,88 % (+ 23,48 ETPMR). Entre 2017 et 2019, ces effectifs sont restés relativement stables (+ 1,50 %). En revanche, sur la période 2020-2021, ils ont progressé de 6,29 % (+ 19,02 ETPMR) sous l'effet conjugué de la crise sanitaire et de l'ouverture du nouvel hôpital.

¹⁵ Taux de dépendance financière inférieur à 50 % ; durée apparente de la dette inférieure à 10 ans et encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues inférieur à 30 %.

Tableau n° 10 : évolution des effectifs médicaux

Personnel médical (ETP moyens rémunérés)	2017	2018	2019	2020	2021	Évol.
Praticiens hospitaliers temps plein	145,85	146,42	140,02	137,61	143,90	- 1,34 %
Praticiens hospitaliers temps partiel	3,90	4,24	5,20	5,52	4,45	14,10 %
Sous-total praticiens statutaires	149,75	150,66	145,22	143,1	148,35	- 0,93 %
Praticiens contractuels	24,52	31,27	30,68	37,07	33,90	38,25 %
Assistants	34,00	34,42	35,24	33,92	28,86	- 15,12 %
Attachés	16,42	13,26	12,07	14,10	11,42	- 30,45 %
Cliniciens hospitaliers	0,48	1,32	2,92	3,10	9,05	1 785,42 %
Autres statuts (contractuels intérimaires)	4,84	7,55	9,51	13,52	14,60	201,65 %
Sous-total praticiens non-statutaires	80,26	87,82	90,42	101,71	97,83	21,89 %
Internes	67,83	67,17	66,66	72,21	75,14	10,78 %
Total des praticiens	297,84	305,65	302,30	317,05	321,32	7,88 %

Source : CH de Libourne

Le nombre de praticiens statutaires est resté stable alors que celui des praticiens contractuels a augmenté (+ 38,25 % soit 9,4 ETPMR). Le nombre de cliniciens (+ 8,57 ETPMR) et d'intérimaires (+ 9,76 ETPMR) a également progressé de façon significative.

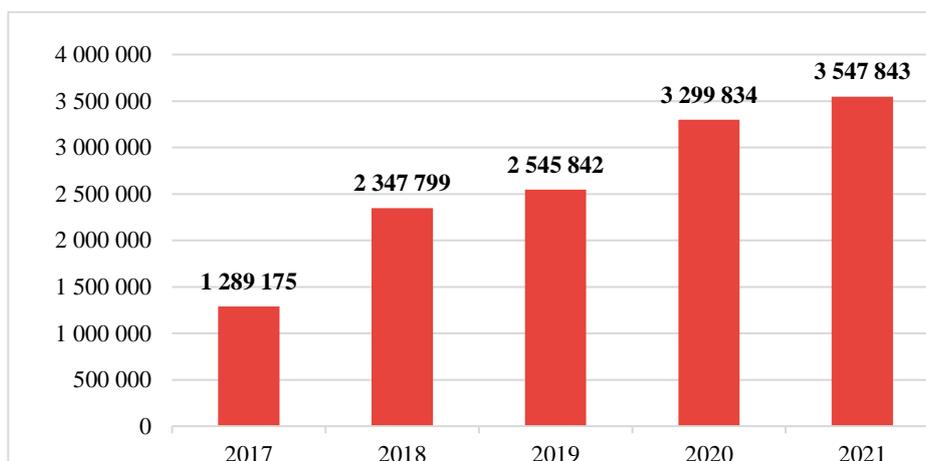
La qualité et la diversité de l'offre de soins, le niveau du plateau technique et la proximité géographique de la métropole bordelaise permettent au centre hospitalier de Libourne d'être attractif dans une grande majorité des disciplines médicales. Cependant, l'établissement connaît des difficultés de recrutement pour des spécialités en tension au niveau national et/ou en forte concurrence avec le secteur privé et libéral, qui offre des rémunérations plus élevées et des contraintes moindres en termes de permanence des soins. Ces disciplines sont la psychiatrie, en particulier la psychiatrie adulte, l'anesthésie, la médecine d'urgence, l'imagerie (difficultés de fidélisation plus que d'attractivité) et la gériatrie. En psychiatrie, les difficultés sont accentuées par la présence dans le département de deux grands établissements spécialisés en santé mentale (CH Charles Perrens et CH de Cadillac).

Pour ces disciplines, et avec la validation de l'ARS, l'établissement a recours aux dispositifs réglementaires en vigueur, notamment la prime d'engagement dans la carrière hospitalière et les contrats de cliniciens (qui pouvaient être conclus jusqu'au 31 décembre 2021). L'hôpital développe également une politique active d'accueil des internes et des externes et une communication importante en matière de recrutement (réseaux sociaux, forum, etc.).

Parmi son personnel médical, on recense 17 praticiens ayant des diplômes obtenus hors de l'Union européenne, ce qui n'est pas une proportion très importante par rapport à d'autres établissements de santé au regard des effectifs médicaux employés par le CHL.

L'intérim médical

Le recours à l'intérim concerne majoritairement la psychiatrie, les urgences et l'anesthésie. Le centre hospitalier utilise deux modalités de recrutement : des contrats de vacation passés par le biais d'une entreprise de travail temporaire ou directement avec le praticien sans intervention d'un tiers. Sur la période 2017 à 2019, le coût total de l'intérim, comprenant les salaires bruts, les frais d'agence et les frais de déplacement, a progressé de 97 % pour atteindre 2,5 M€ en 2019. En 2020, première année de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19, les dépenses ont augmenté de 30 % et, en 2021, le coût dépassait 3,5 M€.

Graphique n° 10 : coût de l'intérim médical (en €)

Sources : graphique CRC à partir des données communiquées par le CH de Libourne

Sur la période 2017-2021, on comptabilise, en moyenne, 2 095 jours d'intérim par an engendrant une dépense annuelle de 2,6 M€. C'est en psychiatrie que les dépenses d'intérim médical ont le plus progressé, passant de 0,65 M€ à plus de 1,95 M€ (cf. coût détaillé de l'intérim médical en annexe n° 8).

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé plafonne le montant journalier des dépenses engagées par un établissement de santé au titre d'une mission de travail temporaire. L'arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire fixait à 1 170,04 € le montant plafond pour une journée de 24 heures de travail effectif¹⁶. Les tarifs pratiqués par le CHL dépassent ces plafonds réglementaires. Par exemple, en 2021, la rémunération nette d'un urgentiste était comprise entre 1 300 € et 1 700 € pour une garde de 24 heures. C'est la loi de l'offre et de la demande qui s'impose dans la mesure où les intérimaires sont souvent nécessaires pour assurer la continuité des soins et ne pas fermer des services essentiels à la prise en charge de la patientèle. De ce fait, dans les établissements de santé, il est courant de constater le dépassement du plafond réglementaire en matière de rémunération de l'intérim médical. Toutefois, à l'avenir, il sera nécessaire de veiller au respect des textes en vigueur car le comptable public sera amené à exercer un contrôle *a priori* avant paiement¹⁷.

Les contrats de cliniciens

L'hôpital a recours à des contrats de cliniciens en application de l'article L. 6152-1 du CSP. Ces cliniciens hospitaliers sont des praticiens contractuels à temps plein ou partiel recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. Il s'agit d'un contrat à durée déterminée conclu pour une durée de trois ans au plus, avec une durée totale d'engagement ne pouvant excéder six ans, renouvellement compris. Ne s'agissant pas d'un statut, le salaire est négociable dans la limite de celui servi à un praticien hospitalier au dernier échelon, majoré de 65 %. Les conditions salariales peuvent donc être très avantageuses, même si une

¹⁶ Ce montant a été porté à 1210,99 € depuis le 8 avril 2023.

¹⁷ L'application de cette mesure a été repoussée à plusieurs reprises en raison de ses difficultés de mise en œuvre.

certaine précarité est attachée au contrat. Le salaire comprend une part fixe et une part liée aux performances.

Trente-trois contrats de cliniciens étaient en vigueur au moment de l'instruction (18 psychiatres, dix radiologues, deux généralistes, un urgentiste, un anesthésiste et un ophtalmologue). L'article R. 6152-711 du CSP prévoit une évaluation de l'activité des cliniciens reposant sur un entretien avec le chef de pôle et donnant lieu à la rédaction d'un compte rendu écrit transmis au directeur de l'établissement. Cette procédure n'est pas respectée puisque l'établissement a indiqué ne pas avoir rédigé de comptes rendus d'évaluation dans le cadre de ces contrats. Le CHL devra donc se mettre en conformité avec la réglementation, même si le statut de clinicien hospitalier est appelé à disparaître dans les années à venir avec l'entrée en vigueur du statut de nouveau praticien contractuel (les contrats de cliniciens conclus avant le 1^{er} janvier 2022 continueront, toutefois, à s'appliquer jusqu'à leur terme).

À la suite de cette recommandation, l'établissement s'est engagé à mettre en œuvre des actions correctrices (formalisation d'une trame d'évaluation annexée aux contrats, présentation des règles et du support en commission médicale d'établissement ainsi qu'aux chefs de pôle et contrôle de la réalisation des entretiens par le chef de pôle sous la responsabilité de la direction des affaires médicales).

Recommandation n° 3 : respecter les dispositions de l'article R. 6152-711 du code de la santé publique qui prévoit une évaluation de l'activité des praticiens cliniciens reposant sur un entretien avec le chef de pôle et donnant lieu à la rédaction d'un compte rendu écrit transmis au directeur de l'établissement.

5.1.2 Le personnel non-médical

Sur la période 2017-2021, le personnel non médical a augmenté de 8,6 %, ce qui correspond à 241 ETP supplémentaires. La progression est de 8 % pour les titulaires, 30,7 % pour les contrats à durée déterminée et 5,7 % pour les contrats à durée indéterminée. Le nombre de soignants a évolué plus rapidement que l'ensemble des effectifs. Ces derniers représentaient 68,56 % des personnels non médicaux en 2017 et 70,44 % en 2021.

Selon le centre hospitalier, la variation des effectifs du personnel non médical s'explique principalement par le développement de l'activité et l'émergence de nouveaux projets mais aussi par la nécessaire compensation de l'absentéisme.

Tableau n° 11 : évolution des effectifs non-médicaux

Personnel non médical (ETP moyens rémunérés)	2017	2018	2019	2020	2021	Évol.
Administratifs	242,22	240,96	241,33	240,45	241,08	- 0,47 %
Soignants	1 581,05	1 582,52	1 635,22	1 707,97	1 775,26	12,28 %
Éducatifs et sociaux	50,00	54,25	54,10	33,91	33,98	- 32,04 %
Techniques	291,08	273,01	257,79	260,09	275,12	- 5,48 %
Médico-techniques	101,00	102,04	112,41	118,41	121,80	20,59 %
Sous-total titulaires	2 265,35	2 252,78	2 300,85	2 360,83	2 447,24	8,03 %
Administratifs	14,76	16,15	15,23	16,99	20,53	39,09 %
Soignants	67,47	65,81	70,37	75,34	82,20	21,83 %
Éducatifs et sociaux	6,81	6,02	1,00	2,61	2,90	-57,42 %
Techniques	25,37	32,41	34,73	40,23	43,67	72,13 %
Médico-techniques	1,00	1,00	2,32	2,06	1,50	50,00 %
Sous-total CDI	115,41	121,39	123,65	137,23	150,80	30,66 %
Administratifs	54,60	60,87	56,03	54,93	60,21	10,27 %
Soignants	268,53	337,22	298,38	296,45	281,97	5,01 %
Éducatifs et sociaux	16,47	15,94	12,53	11,02	9,20	- 44,14 %
Techniques	56,66	91,81	88,85	88,55	75,41	33,09 %
Médico-techniques	19,15	19,01	9,41	10,02	12,45	- 34,99 %
Sous-total CDD	415,41	524,85	465,20	460,97	439,24	5,74 %
TOTAL	2 796,17	2 899,02	2 889,70	2 959,03	3 037,28	8,62 %

Source : CHL

Les difficultés de recrutement portent sur les infirmiers et infirmiers spécialisés (IADE et IBODE¹⁸), les aides-soignants, les masseurs kinésithérapeutes, les préparateurs en pharmacie disposant du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière et les manipulateurs radio. Pour accroître son attractivité, le centre hospitalier a développé les actions de communication (réseaux sociaux, « *job dating* », forums, déplacement dans les écoles paramédicales, apprentissage, recrutement direct en CDI avant titularisation, etc.).

Un institut de formation aux professions d'infirmier et d'aide-soignant (IFSI/IFAS) est implanté sur le site hospitalier. En septembre 2021, l'effectif inscrit était de 339 étudiants en soins infirmiers et 52 aides-soignants (AS). Toutefois, on constate dans ces formations un taux d'abandon élevé en cours de scolarité, phénomène qui n'est d'ailleurs pas propre au CHL¹⁹.

¹⁸ IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'État, IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'État.

¹⁹ 30 % pour les AS en 2020-2021, 7 % en première année et 5 % en deuxième année pour les étudiants en soins infirmiers.

5.2 Le temps de travail

5.2.1 L'organisation du temps de travail

De nombreux services fonctionnent en horaire dérogatoire en 12 heures (562 ETP). L'établissement souligne que cette organisation concerne environ 20 % des agents.

En application des dispositions du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002, modifié par le décret n° 2007-826 du 11 mai 2007, la durée légale de travail des agents de la fonction publique hospitalière est fixée à 1 607 heures par an pour le personnel à repos fixe, 1 582 heures pour le personnel en repos variable et 1 476 heures pour le personnel travaillant exclusivement de nuit. L'accord local sur la réduction du temps de travail qui a fait l'objet de plusieurs modifications depuis sa signature en 2002, prévoit une durée annuelle de travail de 1 561 heures pour les personnels de jour, soit 1 582 heures sans le jour de fractionnement et les jours de congés hors période et cela sans distinction entre les personnels à repos fixe et ceux à repos variable. L'article premier de l'accord, dans sa rédaction initiale, justifiait cette situation « *dans un souci d'équité et pour ne pas entraver la mobilité des agents* ». Or, à l'inverse, il peut être considéré que ces dispositions ne sont pas équitables dans la mesure où les agents à repos fixe bénéficient du même quota horaire que ceux à repos variable alors que ces derniers subissent des contraintes plus importantes du fait de l'organisation de leurs périodes de travail. Ainsi, le personnel de jour à repos fixe travaille 25 heures de moins que la durée légale²⁰, ce qui représente un différentiel annuel de 29 385 heures pour un surcoût total de 756 326 € pour l'année 2021²¹. Pour le personnel de nuit, qui travaille 1 469 heures sans le jour de fractionnement et les jours de congés hors période²², l'écart par rapport à la durée légale (1 476 heures) est de sept heures, ce qui se traduit par un surcoût annuel maximal de 43 767 €.

Ce régime dérogatoire de temps de travail génère un coût supplémentaire pour l'hôpital. La chambre recommande donc à l'ordonnateur de revoir les termes de cet accord local afin de se conformer à la réglementation, impératif d'autant plus justifié que l'établissement connaît une dégradation de sa situation financière.

Recommandation n° 4 : revoir l'accord local sur la mise en œuvre de la réduction du temps de travail afin de se conformer à la réglementation sur la durée légale annuelle de travail pour les personnels travaillant à repos fixe et les personnels travaillant exclusivement la nuit.

²⁰ 1 607heures - 1 582 heures = 25 heures.

²¹ Calcul effectué par le centre hospitalier à la demande de la chambre régionale des comptes.

²² Sur la base d'une journée de travail de 6 heures 30.

5.2.2 La continuité des soins

5.2.2.1 L'organisation et indemnisation de la continuité des soins

Il n'existe pas de décision formelle d'organisation de la permanence des soins (PDS). Cette dernière est décrite dans les tableaux mensuels de permanence médicale et fait l'objet d'un article spécifique dans le règlement intérieur de l'établissement. En plus des astreintes opérationnelles, des gardes sur place sont assurées en anesthésie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, urgences/SMUR, réanimation, cardiologie et psychiatrie²³.

Le secteur de médecine a connu une réorganisation de la PDS en 2020 avec la mise en place d'une astreinte médicale pour les services de médecine interne et unité post-urgences et avec le remplacement de l'astreinte de médecine dite des étages par des astreintes par service et ou regroupement de services.

Depuis cette réorganisation, une forfaitisation a été mise en place pour certains services mais n'a pas donné lieu à une décision formalisée du directeur. En revanche, elle a bien été soumise à l'avis de la commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS) et de la commission médicale d'établissement (CME). Conformément aux dispositions de l'article 14-IV de 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, il conviendrait que cette forfaitisation fasse l'objet d'une décision formelle du directeur même si au cours de la période examinée, les tarifs appliqués par le centre hospitalier étaient conformes au plafond réglementaire en vigueur qui était de 189,96 € (porté à 196,61 € par un arrêté du 8 juillet 2022)²⁴.

Le temps de travail des médecins effectué dans le cadre des astreintes est contrôlé à partir des bons de déplacement mais aucun bon de déplacement n'est transmis pour les astreintes forfaitisées. Or l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé indique que « *cette forfaitisation n'exonère pas le directeur de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement effectué* ».

L'établissement indique qu'il a pris acte de ces recommandations. Il s'engage à établir une décision du directeur portant sur la forfaitisation des astreintes et à mettre en place des bordereaux de traçabilité du temps d'intervention réellement effectué après communication auprès des chefs de service et chefs de pôle.

Recommandation n° 5 : formaliser dans une décision du directeur la forfaitisation des astreintes conformément aux dispositions de 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.

²³ Parallèlement, une garde sur place d'interne est mise en place pour la médecine et les urgences à l'hôpital Robert Boulin, pour la médecine à l'hôpital Garderose, pour la chirurgie, la pharmacie et la pédiatrie.

²⁴ Tarifs pratiqués eu CHL : médecine interne et unité post-urgences : 189,96 € (à compter du 1^{er} janvier 2020), oncologie et la radiothérapie : 110 € (à compter du 11 avril 2020), rhumatologie : 110 € (à compter du 11 avril 2020), infectiologie vasculaire : 110 € (à compter du 1^{er} juillet 2020).

Recommandation n° 6 : établir un décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes, conformément aux dispositions de l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé.

5.2.3 Les heures supplémentaires et le temps additionnel

Sur la période 2017-2019, le nombre d'heures supplémentaires indemnisées a fortement augmenté, surtout à compter de 2019. Pour le personnel non médical, les dépenses annuelles sont passées de 0,96 M€ en 2018 à 1,62 M€ en 2021. La progression a été particulièrement importante en 2020 (+ 1,1 M€ par rapport à 2018) à cause de la crise sanitaire qui a nécessité la mobilisation du personnel et engendré un accroissement important de l'absentéisme en raison des contaminations et des mises en quarantaine.

Aux heures supplémentaires du personnel non médical, s'ajoute le temps additionnel (TTA) des praticiens. En 2019, le montant des indemnités versées au titre du temps additionnel s'élevait à 1,12 M€. Contrairement aux heures supplémentaires rémunérées pour le personnel non médical, l'indemnisation du TTA n'a pas progressé en 2020.

Le centre hospitalier indique qu'il n'a pas signé de contrats de temps de travail additionnel avec les praticiens car le TTA effectué n'est pas régulier et systématique. Il vient pallier les manques d'effectifs ponctuels et ne peut pas être quantifiable à l'avance sur le volume et sur la durée. Il s'agit pourtant d'une obligation réglementaire rappelée à l'article 4 de 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. La chambre recommande donc à l'établissement d'établir des contrats de temps de travail additionnel pour l'ensemble des médecins concernés. En réponse aux observations provisoires, la direction s'engage à procéder dans le premier semestre 2023 à la rédaction d'un contrat individuel annuel pour les praticiens concernés par le TTA et à tenir un registre mentionnant le nombre de contrats signés, les spécialités concernées, les périodes et le volume de TTA réalisés par chaque praticien.

Recommandation n° 7 : établir des contrats de temps de travail additionnel pour l'ensemble des médecins concernés afin de se conformer aux dispositions prévues par 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.

5.3 L'absentéisme

En 2019, avant la crise sanitaire, le taux d'absentéisme du personnel médical était de 3,25 % (soit 2 835 jours) lié à la maternité, paternité et adoption et à la maladie ordinaire (respectivement 45 % et 44 % du total des jours d'absence). Ce taux était légèrement inférieur à la moyenne relevée dans les grands centres hospitaliers. En 2020, le nombre de jours d'absence a progressé de près de 18 % pour atteindre 3 339 jours d'absence dont 1 474 jours de maladie ordinaire. Cette augmentation s'explique, en partie, par la crise sanitaire, le centre hospitalier ayant recensé 372 jours d'absence liés à la covid-19 (arrêts de confinement compris).

Le taux d'absentéisme du personnel non médical est resté stable au cours des années 2019, 2020 et 2021 (aux alentours de 10 %). On note, toutefois, une augmentation assez significative en 2019 par rapport à 2018 (8,28 %). La première cause d'absence est liée à la maladie ordinaire et le centre hospitalier a recensé 13 102 jours d'absence pour raison de covid-19 en 2020 et 1 989 jours en 2021 (cf. tableaux détaillés en annexe n° 9). Si ces données statistiques n'appellent pas d'observations particulières, il conviendra néanmoins de veiller à contenir l'absentéisme dans un contexte budgétaire de plus en plus tendu.

6 L'ACTIVITE LIBERALE

6.1 Le contrat d'activité libérale

En 2021, 30 praticiens hospitaliers (dont un a quitté le CH en novembre) ont exercé une activité libérale²⁵. Parmi les médecins ayant une activité libérale, 12 exercent en secteur 1 avec option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM²⁶) et 17 en secteur 2 avec OPTAM. 14 encaissent leurs honoraires par le biais de l'établissement et les autres en entente directe avec le patient.

Les dispositions réglementaires concernant l'activité libérale sont rappelées dans les contrats, notamment que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique personnelle et que le médecin s'engage à ne pas consacrer à l'activité libérale plus de 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle il est astreint. Toutefois, pour un certain nombre de praticiens, les plages d'activité libérale n'apparaissent pas dans leurs tableaux de service, ce qui complique le contrôle du temps que ces derniers consacrent à l'activité libérale.

Interrogé sur ces points, le centre hospitalier a indiqué que seules les demi-journées concernant des consultations en activité libérale sont mentionnées dans le contrat et dans les tableaux de service car les plages sont définies. Il n'est pas indiqué de demi-journées précises pour les autres types d'actes, soit parce qu'ils ne sont pas prévisibles (accouchements par exemple), soit parce que la programmation opératoire déjà complexe ne permet pas d'identifier de demi-journées fixes. Il précise, par ailleurs, qu'il n'est techniquement pas possible d'afficher dans le tableau de service une activité libérale de manière isolée (en dehors d'une journée ou d'une demi-journée). En réponse aux observations provisoires, l'établissement s'engage à adresser un courrier nominatif à chaque praticien en contrat d'activité libérale pour rappeler les impératifs de traçabilité (respect du contrat en cours, tableau de service mensuel dûment

²⁵ Cinq cardiologues, un oncologue radiothérapeute, un radiothérapeute, deux gynécologues obstétriciens, trois chirurgiens orthopédiques, trois ORL, quatre anesthésistes, trois chirurgiens urologues, un chirurgien vasculaire, trois chirurgiens généralistes, un radiologue, un pneumologue, un ophtalmologue.

²⁶ L'OPTAM est un dispositif contractuel. En y souscrivant, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement. Le praticien bénéficie d'une prime modulée en fonction du respect des engagements qui est destinée à valoriser son activité réalisée à tarif opposable. Pour le patient, le taux de remboursement est meilleur qu'en secteur 2 non OPTAM car la base de remboursement n'est pas minorée. Par ailleurs, les complémentaires santé peuvent rembourser sans limite les honoraires des médecins ayant adhéré à l'OPTAM alors que la prise en charge est la plupart du temps minorée dans le cas d'un médecin non adhérent à l'OPTAM. Cela ne signifie pas pour autant qu'un patient est nécessairement remboursé à 100 % pour une consultation où un acte réalisé dans le cadre de l'OPTAM car les conditions dépendent du contrat souscrit par l'assuré auprès de sa complémentaire santé.

renseigné, état récapitulatif exhaustif des actes d'activité libérale). La chambre prend acte de cet engagement et rappelle que la circulaire DHOS/M2/2005-469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale stipule que les périodes ou demi-périodes correspondant à l'activité libérale doivent être clairement identifiées dans les tableaux de service nominatifs.

Recommandation n° 8 : faire figurer dans les tableaux de service nominatifs les actes et consultations réalisés en activité libérale, conformément à ce que prévoit la circulaire DHOS/M2/2005-469 du 14 octobre 2005.

6.2 La charte de l'activité libérale et l'information du patient

Depuis le décret n° 2017-523 du 11 avril 2017 modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé, les contrats signés à compter du 14 avril 2017 doivent être accompagnés de la charte de l'activité libérale intra-hospitalière, prévue à l'article R. 6154-3-1 du CSP. Or, dans aucun des contrats signés après avril 2017 par le CHL, il n'est fait mention de la charte de l'activité libérale. Néanmoins, la chambre régionale des comptes prend acte de la volonté de l'ordonnateur de procéder à la rédaction de cette charte qui constituait un des éléments du programme d'actions de la commission de l'activité libérale pour 2020. Selon le directeur du centre hospitalier, le contexte sanitaire n'a pas permis sa réalisation dans la période écoulée mais le projet, qui a été relancé, est aujourd'hui en cours de finalisation.

7 VOLET SPÉCIFIQUE SUR LE SERVICE DES URGENCES

7.1 L'organisation du service des urgences et du SMUR

Le service d'accueil urgences/SMUR²⁷ du CHL est structuré en réseau inter-hospitalier avec une antenne située à Sainte-Foy-la-Grande. Cette dernière est placée sous la responsabilité médicale du CHL. Le service possède également une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de dix lits à Libourne et de deux lits à Sainte-Foy-la-Grande. Sur le plan fonctionnel, les urgences et le SMUR sont désormais rattachés à un pôle centré sur l'activité non programmée regroupant les urgences de Libourne et Sainte-Foy-La-Grande, la PASS²⁸ et l'UMJP²⁹. Cette réorganisation a permis la nomination de référents par secteur de soins et de bénéficier d'une cadre supérieure de santé dédiée.

²⁷ Service mobile d'urgence et de réanimation.

²⁸ La permanence d'accès aux soins de santé (PASS) s'adresse à toute personne rencontrant des difficultés administratives, médicales ou financières (par exemple, absence de couverture sociale, difficultés pour couvrir les frais liés aux soins, absence de médecins traitant etc.).

²⁹ L'unité médico-judiciaire de proximité (UMJP) accueille et prend en charge toute victime d'agression. Elle se déplace également à la demande d'une autorité judiciaire pour procéder à des constatations médico-légales lors de découvertes de cadavre.

7.1.1 L'organisation médicale et paramédicale

L'équipe médicale est composée d'urgentistes « SMURistes », d'urgentistes ne faisant pas de SMUR et de médecins généralistes. Sur le site de Libourne, trois médecins sont présents 24 heures sur 24 : un médecin SMUR qui est mutualisé avec les urgences, un médecin SAUV (salle d'accueil des urgences vitales ou salle de déchocage) et un médecin « circuit long ». Un médecin « circuit court » (UHCD) est présent en journée ainsi qu'un médecin d'accueil et d'orientation (MAO). Lorsque l'ensemble des effectifs n'est pas présent, le médecin du SMUR fait office de MAO.

Tableau n° 12 : organisation médicale des urgences de Libourne

	SMUR (mutualisé avec urgences)	SAUV	Circuit long	Circuit court (UHCD)	MAO
<i>Jour</i>	1	1	1	8h30-18h30 en semaine et 8h30-20h30 le week-end	1 (10 h-20 h en semaine)
<i>Nuit</i>	1	1	1		

Source : CH de Libourne

L'équipe paramédicale est, quant à elle, composée d'infirmiers diplômés d'État (IDE) et d'aides-soignants (AS) dont certains avec une formation d'ambulancier SMUR.

Tableau n° 13 : organisation paramédicale des urgences de Libourne

		Accueil	SMUR	SAUV	Salles/Box	UHCD	Circuit ambulatoire
<i>Jour</i>	IDE	2	1	1	2	1	1
	AS	1		1	1	1	
	Ambulancier		1				
<i>Nuit</i>	IDE	2	1	1	2	1	
	AS			1	1	1	
	Ambulancier		1				

Source : CH de Libourne

Sur le site de Sainte-Foy-la-Grande, un médecin SMUR est présent en permanence et un médecin UHCD (mutualisé avec les urgences) de 8 h 30 à 0 h 30 avec une astreinte sur place en deuxième partie de nuit en cas d'intervention du SMUR (médecin des urgences avec compétences de SAUV les mercredis, samedi et un dimanche sur deux et médecin de spécialité foyenne pour les autres nuits).

L'équipe paramédicale est, quant à elle, organisée de la façon suivante :

Tableau n° 14 : organisation paramédicale des urgences de Sainte-Foy-la-Grande

		Urgences	SMUR
<i>Jour</i>	IDE	1	1
	AS/Ambulancier	1	1
<i>Nuit</i>	IDE	Mutualisation avec le service de médecine si sortie SMUR	1
	AS/Ambulancier	Mutualisation avec le service de médecine si sortie SMUR	1

Source : CH de Libourne

Si les médecins sont appelés à travailler sur les deux sites (Libourne et Sainte-Foy-la-Grande), ce n'est pas le cas des équipes paramédicales qui sont affectées sur l'un ou l'autre de ces sites.

7.1.2 Les urgences spécialisées et la maison médicale de garde

Plusieurs filières spécifiques ont été créées afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Graphique n° 11 : les filières spécialisées sur le site de Libourne



Source : CRC d'après les éléments communiqués par le CH de Libourne

Une filière pédiatrique d'urgences médicales (FPUM) a été mise en place avec une permanence des soins assurée par les pédiatres de l'établissement. Cette FPUM dispose de deux lits UHCD.

Une filière urgences psychiatriques est constituée d'un binôme médecin/IDE en psychiatrie présent au sein du service d'accueil des urgences (infirmier jusqu'à 23 h 30 en semaine et jusqu'à 20 h le week-end). Cette organisation permet aux médecins urgentistes de solliciter directement l'avis du médecin psychiatre de garde. La personne prise en charge peut alors être évaluée somatiquement et psychologiquement sur le site de l'hôpital MCO, ce qui est un atout indéniable pour les nombreux patients atteints de souffrance psychique qui sont accueillis aux urgences.

Les urgences pédopsychiatriques bénéficient d'une ligne téléphonique dédiée permettant aux médecins de la FPUM de joindre directement un médecin pédopsychiatre. Ce dernier peut, si besoin, se déplacer pour décider de l'orientation médicale du jeune patient.

Les urgences gériatriques possèdent également une ligne dédiée d'avis gériatrique qui est disponible pour les médecins extérieurs à l'établissement afin de favoriser le circuit d'entrées directes en médecine gériatrique et limiter les admissions des patients âgés par les urgences. De plus, l'équipe mobile d'orientation gériatrique (EMOG) intervient aux urgences à mi-temps les matins des jours ouvrés. Le volume d'activité de cette ligne téléphonique dédiée était de 1 005 appels en 2019, 935 appels en 2020, 754 appels en 2021 et la projection pour l'année 2022 est de 1 120 appels. Sur l'ensemble de la période, cela correspond à environ 80 appels par mois, ce qui n'est pas négligeable.

Enfin, les urgences neurologiques traitent les accidents vasculaires cérébraux (AVC) en phase aiguë. Aux heures ouvrées, dès la détection d'un AVC, un neurologue d'avis est contacté grâce à une ligne directe et rejoint le patient aux urgences pour une évaluation et, si besoin, coordonner sa prise en charge. À Libourne, une IRM est accessible 24 h/24 pour les suspicions d'AVC et il en est de même à Sainte-Foy-la-Grande pour le scanner puisque cet établissement ne dispose pas d'IRM.

Par ailleurs, depuis 2015, une maison médicale de garde est installée au sein du CHL dans le cadre de la permanence des soins. Elle est ouverte du lundi au vendredi de 20 h 00 à 0 h 00, le samedi de 12 h 00 à 0 h 00 et de 8 h 00 à 0 h 00 les dimanches, jours fériés et ponts. Deux médecins généralistes libéraux sont présents plus un médecin d'astreinte. L'admission dans cette maison médicale se fait par orientation du centre 15 ou directement pour les patients qui se présentent aux urgences et dont l'état de santé permet une prise en charge par les praticiens travaillant dans cette structure.

7.2 L'évolution de l'activité urgences – SMUR

7.2.1 L'activité du service d'accueil des urgences

En 2021, l'activité du service des urgences de Libourne représentait 46 783 entrées³⁰, soit environ 128 passages par jour. Ces chiffres traduisent une progression de 9 % par rapport à l'année 2020 qui était, toutefois, une année atypique en raison de la survenue de la crise sanitaire liée à la covid-19 et du confinement qui en a résulté.

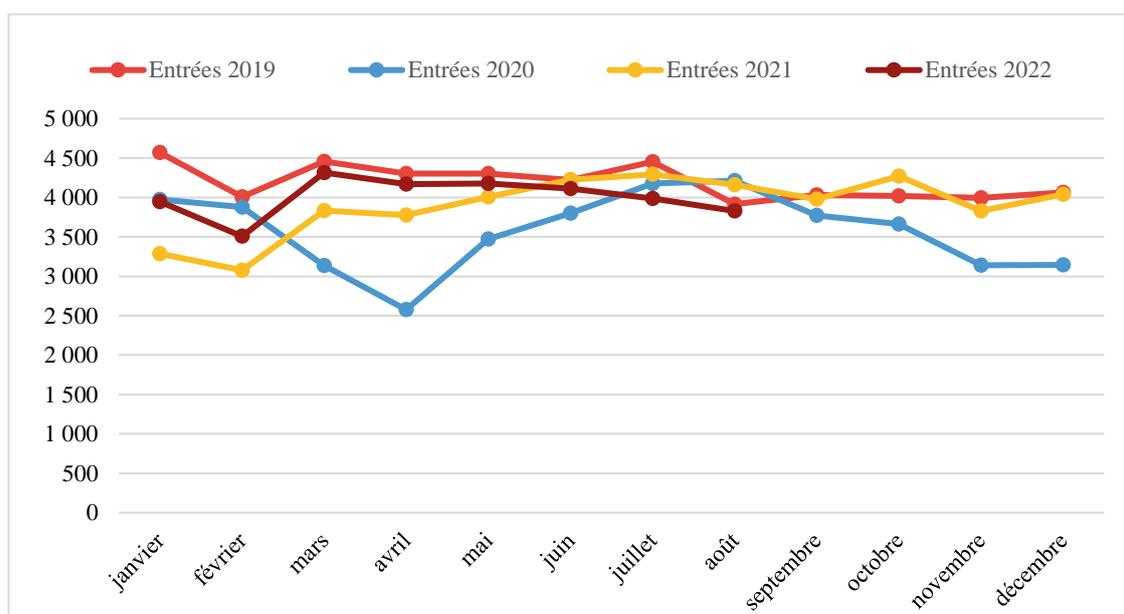
Plus récemment, en 2022, sur la période couvrant les mois de janvier à août, l'activité a progressé de 4,5 % par rapport aux mêmes mois de l'année précédente. Avec la mise en place de la régulation préalable du centre 15 instituée au CHU de Bordeaux, le CH de Libourne est devenu, en termes de passages, le premier service des urgences du département devant celui des urgences adultes du CHU Pellegrin (hors hôpital Saint-André et urgences pédiatriques³¹). Le CHL aurait voulu, lui aussi, bénéficier de ce système de régulation préalable mais sa demande n'a pas été acceptée car les lignes téléphoniques du centre de régulation étaient déjà fortement encombrées en raison de la procédure mise en place au CHU. À cette occasion, l'hôpital de Libourne a noté l'arrivée dans ses locaux de patients résidant dans la métropole bordelaise mais ce flux a été largement compensé par la diminution globale du nombre de passages durant la période estivale.

³⁰ Données centre hospitalier de Libourne.

³¹ Le CHU de Bordeaux dispose de plusieurs services d'accueil des urgences adultes (Pellegrin et Saint-André), ainsi qu'un service d'urgences pédiatriques sur le site Pellegrin, dont l'activité est comptabilisée à part de celle des urgences adultes.

Bien que non concerné par la régulation préalable, la campagne de communication incitant les patients à ne pas se rendre directement aux urgences a probablement eu un impact sur l'activité du CHL car la fréquentation de son service d'accueil des urgences a baissé de plus de 7 % en juillet et août 2022 par rapport à la même période de l'année précédente et ce malgré la fermeture des urgences du CH de Sainte-Foy-la-Grande durant neuf nuits au mois d'août (cf. campagne de communication de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en annexe n° 10).

Graphique n° 12 : le nombre d'entrées aux urgences (CH Libourne)



Source : CRC d'après les données du CH de Libourne

En 2021, 44 % des entrées aux urgences se sont faites durant la période de la permanence des soins (week-ends, jours fériés ou nuits). Cette proportion importante pose la question de l'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA³²) assurée par les médecins de ville. Ce sujet demeure un problème récurrent au niveau national depuis que la PDSA n'est plus considérée comme une obligation mais se fait sur la base du volontariat des médecins libéraux. Selon l'enquête annuelle du Conseil national de l'ordre des médecins, le taux de volontariat pour la participation à la PDSA était d'environ 38 % sur la période 2019-2021³³.

De ce fait, les secteurs à couvrir par les praticiens volontaires sont de plus en plus vastes (cf. secteurs de garde de la Gironde en annexe n° 11). C'est notamment le cas dans le Libournais où le secteur de garde des médecins libéraux couvre 109 communes pour trois médecins volontaires participant à la PDSA (sur le secteur de Sainte-Foy-la-Grande, le secteur comprend 24 communes pour un seul médecin).

³² La permanence des soins ambulatoires (PDSA) consiste à maintenir l'offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux.

³³ Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2021.

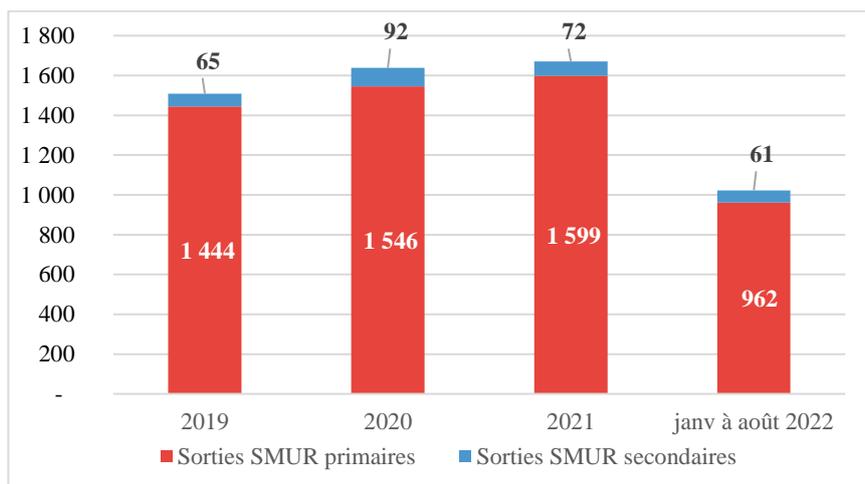
Le territoire libournais est l'un des derniers territoires de Gironde où il n'existe pas de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS³⁴). En l'absence de CPTS, les échanges avec la médecine de ville se font via l'association locale des praticiens libéraux³⁵, par l'envoi de mails à l'ensemble des médecins du territoire et par l'intermédiaire du médecin responsable de la maison médicale de garde. Même si les relations sont cordiales, il est difficile de mener des projets conséquents articulant la ville et le service des urgences dans ces conditions. De nombreux cabinets de médecine générale étant fermés les samedis matin, le centre hospitalier souhaiterait une généralisation de la PDSA dès le samedi 8 heures plutôt que midi.

7.2.2 L'activité du SMUR

Le SMUR dispose de trois véhicules sur Libourne dont une unité mobile hospitalière (UMH)³⁶. L'équipe positionnée à Sainte-Foy-la-Grande utilise, quant à elle, un véhicule.

Le nombre de sorties SMUR a augmenté de 10,74 % entre 2019 et 2021 (1 671 sorties cette année-là, ce qui représente environ 4,5 sorties par jour). 95 % du total des interventions sont des sorties primaires³⁷.

Graphique n° 13 : les sorties SMUR (CH Libourne)



Source : CRC d'après les données du CH de Libourne

³⁴ La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est une nouvelle forme d'exercice coordonné proposée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (dite loi de modernisation de notre système de santé). À l'échelle d'un territoire défini, une CPTS vise, notamment, à mieux organiser le parcours des patients, améliorer la coopération des professionnels de santé de ville entre eux et avec leurs partenaires.

³⁵ Amicale des médecins libéraux du libournais (AMLL).

³⁶ L'unité mobile hospitalière est un véhicule permettant le transport des malades contrairement aux véhicules légers médicalisés.

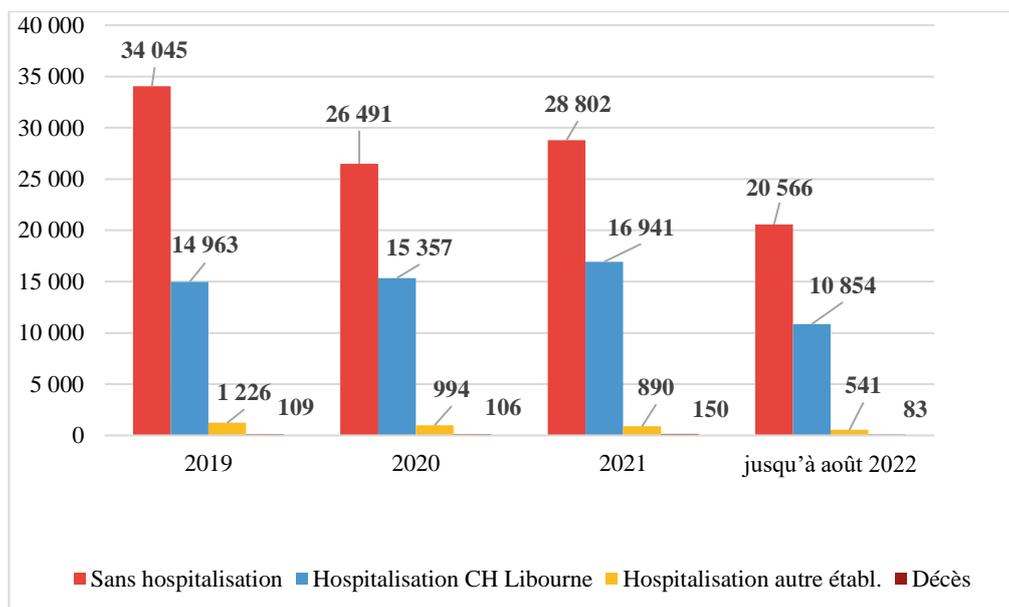
³⁷ Interventions au départ du centre hospitalier vers le lieu de prise en charge du patient excluant les transferts entre établissements de santé.

Face aux difficultés liées au manque d'effectifs d'urgentistes, plusieurs SMUR (dont certains dans la région Nouvelle-Aquitaine) ont expérimenté des équipes d'intervention composées uniquement de personnels paramédicaux alors que dans le système français des soins d'urgences, une équipe SMUR comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur. Le CH de Libourne estime, pour sa part, que le développement d'un SMUR paramédical pour les interventions primaires ne paraît pas judicieux en dehors d'un sous-effectif médical non compensé. Au regard du nombre d'interventions SMUR, de la taille du territoire desservi et du travail de coordination des services d'urgences, plusieurs autres possibilités sont à l'étude afin de déterminer le moyen le plus utile à développer : SMUR paramédical pour les transferts inter-établissements ou équipe de SMUR secondaire pouvant desservir les trois CH de Sainte-Foy-La-Grande, Blaye et Libourne et donc ne pas démunir les CH de Sainte-Foy-la-Grande et de Blaye d'équipe SMUR en cas de transfert secondaire³⁸.

7.2.3 Les modes de sortie des urgences

En moyenne sur la période 2019-2021, 64 % des sorties des urgences se font sans hospitalisation, 34 % donnent lieu à une hospitalisation au centre hospitalier de Libourne et 2 % des patients sont transférés vers un autre établissement (le taux de décès au sein du service des urgences sur la période considérée est, quant à lui, de 0,26 %).

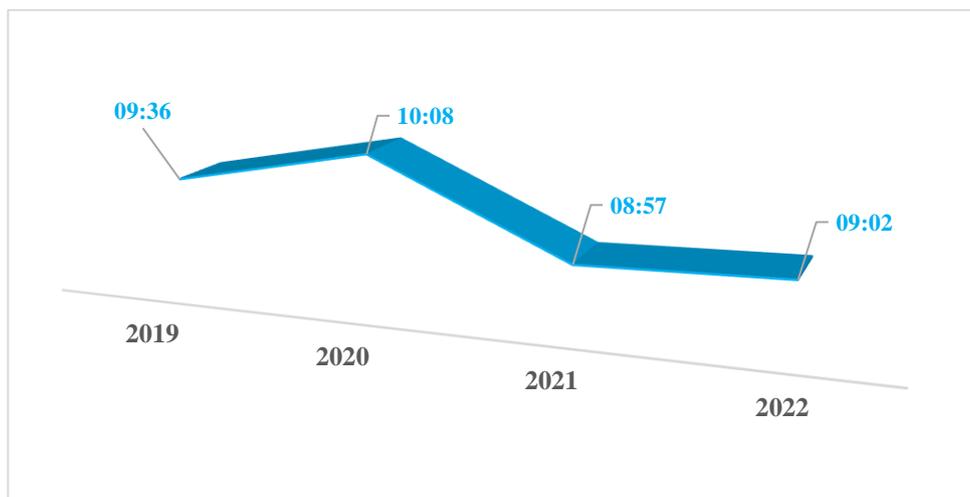
Graphique n° 14 : le mode de sortie des urgences



Source : CRC d'après les données du CH Libourne

La durée moyenne de prise en charge aux urgences du CHL était de 8 h 57 en 2021 et de 9 h 02 pour la période de janvier à août 2022 (données communiquées par l'établissement).

³⁸ Transfert entre établissement.

Graphique n° 15 : durée moyenne de prise en charge aux urgences

Source : CRC d'après les données du CH Libourne

Ces durées sont très supérieures à celles enregistrées au niveau départemental, sous réserve d'un mode de comptabilisation harmonisé pour chaque établissement. Ainsi, selon les données de l'observatoire régional des urgences (ORU), le temps de passage aux urgences est en moyenne de 5 h 40 en Gironde. 58 % des passages durent moins de quatre heures alors qu'à Libourne cette proportion n'est que de 43 %. Par ailleurs, 60 % des patients âgés de plus de 75 ans passent au moins huit heures dans le service des urgences du CHL contre seulement 32 % dans le département³⁹. Les données relatives au temps de prise en charge doivent, toutefois, être analysées avec prudence car les modalités de calcul peuvent différer d'un établissement à l'autre. Par exemple, au centre hospitalier de Libourne, la politique du service des urgences est de ne pas faire attendre les patients dans les véhicules sanitaires et de les enregistrer dès leur arrivée, ce qui peut être différent dans d'autres établissements qui n'ont pas le même mode de fonctionnement.

7.3 Le personnel des urgences

En 2021, on comptabilisait 23,12 ETP de médecins au service des urgences du CHL dont 3,23 ETP d'intérimaires (14 % des effectifs contre 11,6 % en 2019 et 15,6 % en 2020).

³⁹ Source : panorama des urgences 2021, ORU Nouvelle-Aquitaine.

Tableau n° 15 : ETP et coût personnel médical aux urgences / SMUR

Personnel ETP et coût	2019	2020	2021
Médecins (urgences+ SMUR)	Urgences + SMUR		
	21,10	20,34	23,12
<i>dont intérimaires</i>	2,44	3,25	3,23
<i>dont renforts en provenance d'autres services</i>	1,13	1,64	1,05
Coût total du personnel médical	3 827 005,93 €	3 659 429,42 €	4 081 106,89 €

Source : CRC d'après les données du CH Libourne

Pour ce qui est du personnel non médical, les effectifs sont demeurés relativement stables en 2019 et 2021 (environ 102 ETP) alors qu'ils ont augmenté en 2020, année marquée par le début de la crise sanitaire. Le service des urgences privilégie le recours aux renforts provenant d'autres services, qui représentaient 8 ETP infirmiers et 9,23 ETP aides-soignants en 2021, tandis que les intérimaires sont, quant à eux, peu nombreux.

Tableau n° 16 : ETP et coût personnel non médical aux urgences / SMUR

	2019	2020	2021
Infirmiers	60,63	62,60	61,45
<i>dont intérimaires</i>	0,88	0,51	0,12
<i>dont renforts en provenance d'autres services</i>	6,94	8,48	8,07
Aides-soignants	41,55	44,80	40,86
<i>dont intérimaires</i>	0,15	0	0
<i>dont renforts en provenance d'autres services</i>	11,34	11,41	9,23
Total PNM ETP Urgences / SMUR	102,18	107,40	102,31
Coût total PNM Urgences /SMUR	4 590 599,22	5 453 073,75	5 773 804,35

Source : CRC d'après les données du CH Libourne

Sur la période 2019-2021, le coût du personnel des urgences a augmenté de 17,1 % pour atteindre 9,85 M€ en 2021. Cette hausse s'explique, en grande partie, par les mesures de revalorisation du personnel non médical intervenues dans le cadre du Ségur de la santé. La chambre régionale des comptes constate, toutefois, des écarts importants entre les charges de personnels mentionnées dans les tableaux *supra* (communiqués par le centre hospitalier) et les données 2019 figurant dans les tableaux de la comptabilité analytique (tableaux de taux de marge sur coûts discrétionnaires – TMCD).

7.4 La réforme du financement des urgences

Les dispositions relatives au financement des structures d'urgence ont été profondément modifiées par le décret n° 2021-216 du 25 février 2021. Le nouveau modèle de financement défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, repose sur trois volets : une dotation populationnelle, effective depuis le 1^{er} janvier 2021 ; une dotation complémentaire liée à la qualité de la prise en charge depuis septembre 2021 ; des recettes liées à l'activité avec de

nouveaux forfaits qui ont été instaurés pour les passages non programmés et non suivis d'hospitalisation dans le même établissement⁴⁰.

Schéma n° 1 : ancien système du financement des urgences

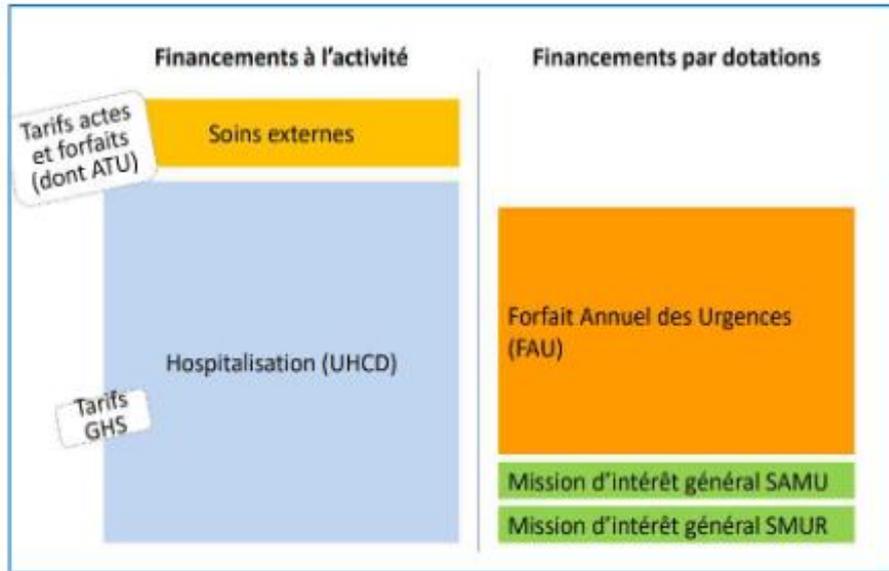
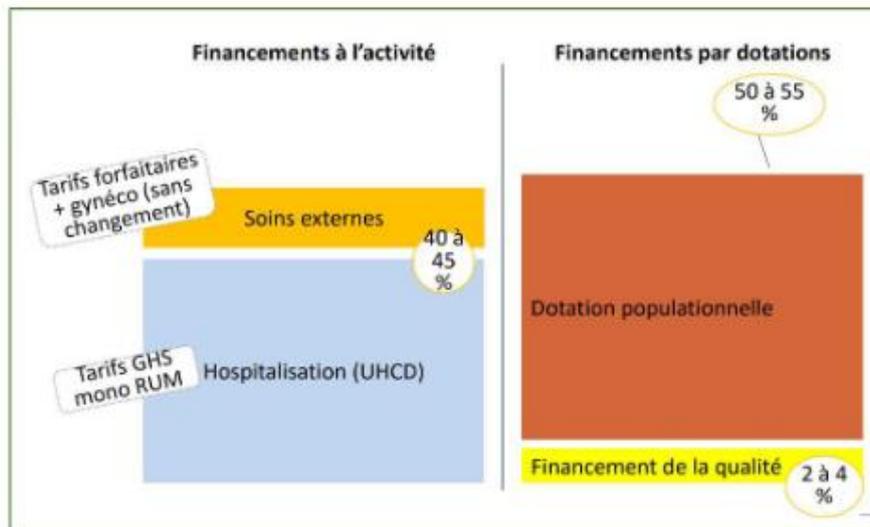


Schéma n° 2 : nouveau système du financement des urgences (après réforme de 2021)



Source : CH de Libourne

⁴⁰ Depuis le 1^{er} janvier 2022, les patients qui se rendent aux urgences et ne sont pas hospitalisés doivent régler un forfait unique de 19,61 € qui remplace les frais antérieurs restant à leur charge ou à celle de leur assurance complémentaire (dont le montant pouvait varier de 10 € à 60 € en fonction des soins effectués et qui était demandé y compris en cas d'hospitalisation). Ce reste à charge peut bénéficier d'une exonération partielle ou totale selon les situations.

Selon le centre hospitalier, il est encore difficile de réaliser une évaluation fiable de l'impact de la réforme du financement des urgences. Un échange sur la méthode d'évaluation avec d'autres établissements paraît nécessaire pour consolider les hypothèses afin de mieux apprécier le taux de couverture des dépenses. Cependant, au vu des éléments communiqués par l'hôpital, la dotation populationnelle paraît être plutôt favorable au CHL compte tenu des caractéristiques de la zone et de la patientèle prise en charge. La dotation populationnelle, complétée par la dotation complémentaire qualité, permettrait un gain de recettes de l'ordre de 2,27 M€ par rapport à l'ancien système de financement (basé sur les missions d'intérêt général et le forfait accueil et traitement des urgences). Une fois prise en compte la baisse du tarif de la valorisation des séjours en UHCD, le gain net pourrait être d'environ 1,36 M€.

Tableau n° 17 : simulation des écarts de recettes engendrés par le nouveau mode de financement

Recettes CH Libourne	2020	2021	2022
Mission d'intérêt général SMUR	2 268 523 €		
Aide à la contractualisation prime de risque urgences	181 536 €		
Forfait accueil et traitement des urgences (hors gynéco)	3 525 629 €	886 000 €	
Dotation populationnelle hors Ségur		6 477 237 €	
Dotation populationnelle dont Ségur		552 670 €	8 125 976,00 €
Dotation complémentaire qualité		160 638,00 €	125 272,00 €
Sous total hors résumés d'unité médicales (RUM)	5 975 688,00 €	8 022 545,00 €	8 251 248,00 €
Estimation des recettes mono RUM UHCD 1 nuit et plus	2 054 069 €	2 138 511,00 €	1 812 478 €
Estimation des recettes mono RUM UHCD 0 nuit	2 294 025 €	2 278 753 €	1 625 642 €
Total	10 323 782 €	12 493 809 €	11 689 368 €
Écart 2022 par rapport à 2020			1 365 586 €

Source : données du CH de Libourne

7.5 Les difficultés rencontrées par le service urgences – SMUR

7.5.1 Une politique de signalement d'événements indésirables qui permet de mieux prendre en compte les dysfonctionnements constatés

Le CH a mis en œuvre une procédure de déclaration des dysfonctionnements par l'intermédiaire de fiches de signalement d'événements indésirables. Chaque fiche est traitée par les membres du comité de coordination gestion des risques associés aux soins (COGRAS) avec restitution des procédures correctives à mettre en œuvre auprès de l'équipe d'encadrement. 162 événements indésirables ont été signalés en 2021. Ce nombre peut paraître important mais il est difficile de le comparer à d'autres hôpitaux car la politique mise en place en matière de remontée d'événements indésirables varie beaucoup d'un établissement à l'autre. Or, le CHL a fait le choix d'encourager cette remontée d'information afin de pouvoir développer des mesures correctrices adaptées aux difficultés rencontrées.

Parmi les nombreux signalements recensés, on peut relever les points suivants :

- le nombre de tâches trop important de l'infirmière premier accueil qui affecte la qualité de la première évaluation des patients ;
- le manque de personnel notamment la nuit ;
- le délai de la première prise en charge des patients après accueil pouvant aller jusqu'à neuf heures ;
- des retards de transfert vers les secteurs de soins pouvant atteindre parfois jusqu'à six heures et le refus de certains services d'accueillir des patients pendant les changements d'équipes ou pendant le « tour de patients » ;
- l'absence de consigne et prescription lors du retour des patients en EHPAD et ou dans des structures médico-sociales et l'absence de médecin dans ces structures.

7.5.2 Des locaux peu fonctionnels

Le CHL rencontre des difficultés pour faire fonctionner le service des urgences, notamment sur le plan structurel. Les locaux ne permettent pas un circuit patient fluide, bien que la réanimation soit située à proximité des urgences (cf. plan en annexe n° 12). En revanche, la radiologie est relativement éloignée du service des urgences, ce qui augmente le temps de transport des patients couchés et mobilise des brancardiers. La filière traumatologie pédiatrique n'a pas été déplacée au service pédiatrique et se trouve toujours dans les locaux des urgences. Une zone d'accueil covid-19 a été aménagée pour faire face à l'afflux de patients mais cet aménagement s'apparente plus à un « bricolage » temporaire qu'à une véritable extension des locaux. En effet, le sas d'attente a été installé sous le porche d'accueil des ambulances qui a été fermé par un système de cloisons provisoires amovibles. Il s'agit d'une simple zone de stockage de brancards ne permettant pas un véritable circuit dédié aux patients covid-19 au sein du service des urgences. Il n'existe pas de zone d'accueil contiguë des urgences en cas d'afflux massif de patients, par exemple en cas de déclenchement du plan blanc. Par ailleurs, en l'absence d'une hélisation sur le site hospitalier, les hélicoptères sanitaires doivent aujourd'hui se poser sur le stade le plus proche.

En 2021, le CH avait pour projet la construction d'un bâtiment regroupant les urgences, la réanimation, les soins continus et une hélisation. Toutefois, compte tenu de la situation financière et de l'absence d'aide en investissement au titre du Ségur investissement, il a été décidé de travailler à moyen terme sur un périmètre plus restreint. Des groupes de travail se mettent actuellement en place sous le pilotage d'un cabinet externe. Le projet initial, baptisé « URH » pour urgences, réanimation et hélisation s'est aujourd'hui transformé en simple projet « U » car il ne concernera, du moins dans un premier temps, que les urgences.

7.5.3 Un logiciel de gestion peu performant mais en cours de renouvellement

Actuellement le service des urgences utilise le logiciel *UrQual* mais le CH considère que ce dernier n'est pas très ergonomique. Il envisage donc de faire l'acquisition d'un nouveau logiciel dénommé *Terminal Urgences*, développé par le groupement d'intérêt public ieSS (groupement régional d'appui au développement de la e-Santé de la région PACA). Il s'agit d'un outil informatisé de gestion des services des urgences sous forme d'une main courante qui permet

une gestion aisée des patients, y compris en cas d'afflux massif. Développé spécifiquement pour les urgentistes, il est doté d'une aide au codage mais ne permet pas d'interface avec le dossier patient. Toutefois, selon le CHL, son installation, estimée à environ 30 000 €, devrait permettre de gagner du temps (environ cinq minutes par patient malgré la ressaisie de certaines informations nécessaires pour alimenter le dossier patient).

En parallèle, afin de faciliter le travail des infirmiers d'accueil et d'orientation, le CHL étudie la possibilité de déployer le logiciel *Logibec Réorientation*⁴¹. Il s'agit d'un programme à base d'un algorithme permettant la réorientation des patients se présentant aux urgences pour des pathologies ne nécessitant pas une prise en charge médicalisée immédiate (avec prise de rendez-vous dans une structure adaptée).

7.5.4 Des difficultés de recrutement que le CH tente de réduire

Sur le plan humain, le service dispose de ressources médicales et paramédicales limitées du fait des difficultés rencontrées pour recruter des urgentistes ou des infirmiers. Assurer la continuité du service est donc un enjeu quotidien auquel sont aujourd'hui confrontés de nombreux établissements de santé. Depuis début 2021, un projet de service comprenant un volet management est développé dans l'objectif de permettre le recrutement et la fidélisation des personnels médicaux et paramédicaux. Cette initiative a permis d'obtenir des résultats positifs dans la mesure où quatre praticiens contractuels ont passé le concours de praticien hospitalier pour une titularisation au sein du service en 2022.

Le problème de recrutement de personnel paramédical est particulièrement important au CH de Sainte-Foy-La-Grande qui, faute d'effectifs suffisants a dû fermer son service d'accueil des urgences pendant neuf nuits au mois d'août 2022. L'équipe SMUR est, quant à elle, restée opérationnelle.

7.5.5 Un manque de lits d'aval

Une unité d'aval des urgences a fonctionné de février à décembre 2021 mais a dû fermer par manque d'effectif paramédical. Pendant sa période de fonctionnement, cette unité a permis de diminuer le nombre de patients hébergés aux urgences faute de lits d'aval car ses huit lits d'hospitalisation permettaient la prise en charge de 18 patients hebdomadaires. Le manque de lits d'aval se fait particulièrement ressentir en médecine gériatrique et en oncologie. L'objectif du centre hospitalier est aujourd'hui de rouvrir cette unité d'aval des urgences afin d'améliorer la gestion des flux des patients et de désengorger le service des urgences qui doit gérer concomitamment des patients en attente des premiers soins ou d'examen et des patients en attente d'une prise en charge dans les services spécialisés de l'hôpital.

Il existe une cellule parcours patient avec deux gestionnaires de flux présents aux urgences et, plus récemment, un gestionnaire de flux au sein des services de soins. L'ensemble est coordonné par un cadre de santé sous la responsabilité de la cadre supérieure du pôle social. Une véritable politique de gestion de flux de l'amont à l'aval des urgences est menée afin de permettre, notamment, le déploiement de soins alternatifs à l'hospitalisation complète. Par

⁴¹ Logiciel développé par des équipes de l'hôpital du sacré Cœur de Montréal. Il est utilisé dans certains établissements français comme le CH d'Angoulême ou le CHU de Nancy.

ailleurs, un partenariat avec les établissements du Nord Gironde est établi afin de proposer quotidiennement des lits d'aval sur le territoire (avec le CH de Blaye, notamment, qui est en direction commune avec celui de Libourne depuis juin 2022).

7.5.6 Une régulation parfois complexe qui dépend de plusieurs centres 15

L'établissement est signataire de la convention constitutive du réseau territorial des urgences de Gironde, approuvée par le directeur général de l'ARS le 24 juillet 2014. Selon les dispositions du code de la santé publique (articles R. 6123-26 et suivants), les réseaux territoriaux contribuent « à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres, et coordonner leurs actions et leurs moyens ». Au quotidien, les relations avec les services d'urgences du territoire se font selon des modalités plus informelles, notamment par des points pluri-hebdomadaires réalisés entre les chefs des services d'urgences afin de comprendre les difficultés rencontrées sur chaque site et pouvoir ajuster les pratiques si cela s'avère nécessaire. Ces relations de travail sont qualifiées de satisfaisantes par le CHL qui souligne une communication conséquente. L'été 2022 aurait pu complexifier les échanges en raison des tensions ayant affecté les différents services alentours mais cela n'a pas été le cas grâce à l'anticipation des difficultés et aux échanges d'informations fréquentes entre chefs de service.

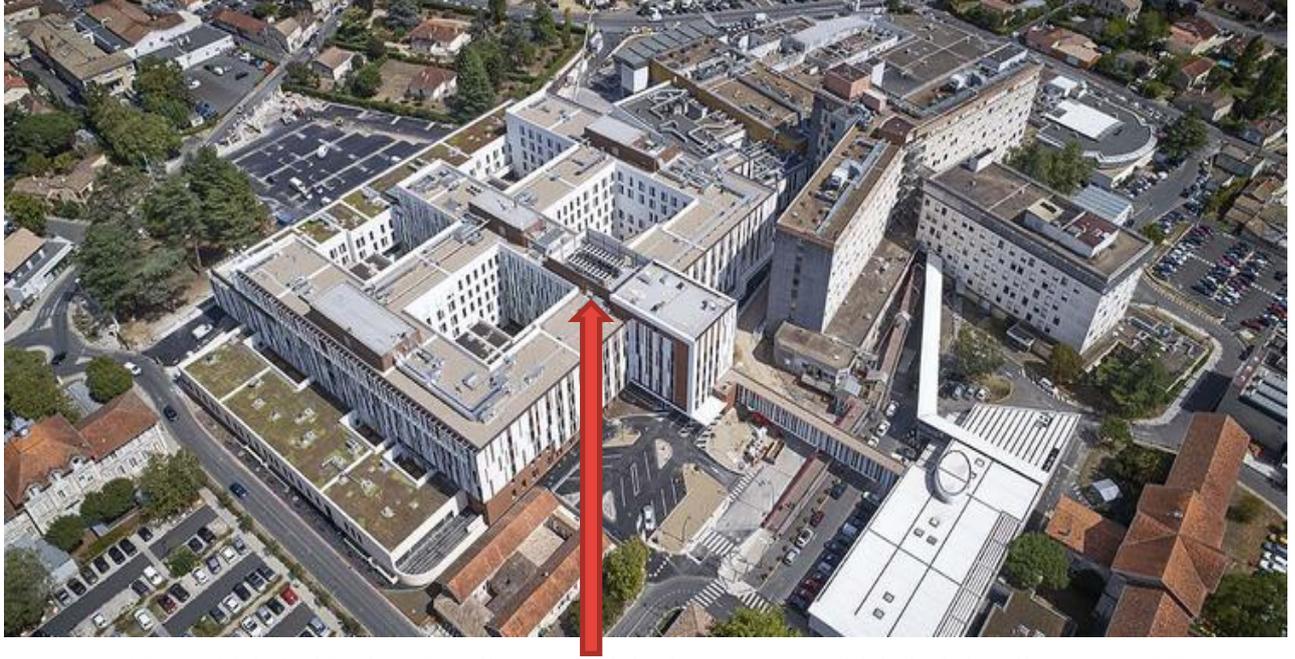
Compte tenu de sa position géographique, le CHL est appelé à recevoir des patients adressés par trois SAMU : le SAMU 17 pour le Sud de la Charente-Maritime, le SAMU 24 pour l'Est de la Dordogne et, bien sûr, le SAMU 33 pour le département de la Gironde. Pour ce qui concerne l'adressage aux urgences, la multiplication des interlocuteurs peut engendrer des difficultés de communication en cas de tension au sein du service mais aussi dans l'harmonisation des protocoles entre les différents centres de régulation.

Étant régulés par plusieurs centres 15, les urgences du CHL travaillent en relations avec plusieurs services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) qui ont parfois mis en place des procédures différentes (par exemple, le SDIS de la Dordogne utilise une fiche de liaison dématérialisée, ce qui n'est pas le cas des autres services départementaux d'incendies et de secours). Les relations avec les SDIS et les ambulances privées sont satisfaisantes du fait des modalités d'accueil mises en place par l'établissement. Les patients n'attendent pas dans les véhicules de secours, ce qui permet de décharger plus rapidement leurs équipages, dès que l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA) est disponible. Néanmoins, quelques tensions persistent du fait du non-respect par certains équipages des protocoles covid-19 et d'initiatives individuelles qui consistent à décharger le patient sans accord de l'IOA. Ces situations sont, toutefois, rares au regard du nombre de prises en charge quotidiennes réalisées par le service.

ANNEXES

Annexe n° 1. Le site principal après restructuration.....	53
Annexe n° 2. Groupements auxquels participe le CHL.....	54
Annexe n° 3. Détail des produits de l'activité hospitalière.....	55
Annexe n° 4. Détail des principaux postes de charges.....	56
Annexe n° 5. Formation du résultat net à partir de l'EBE.....	57
Annexe n° 6. Formation du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement.....	58
Annexe n° 7. Endettement.....	60
Annexe n° 8. Coût détaillé de l'intérim médical.....	61
Annexe n° 9. Absentéisme.....	62
Annexe n° 10. Campagne de communication ARS Nouvelle Aquitaine.....	63
Annexe n° 11. Secteurs de garde Gironde.....	64
Annexe n° 12. Plan du bâtiment où se trouvent les urgences.....	65
Annexe n° 13. Glossaire.....	66

Annexe n° 1. Le site principal après restructuration



Nouvel hôpital Robert Boulin (appelé également nouvel hôpital de Libourne -NHL)

Annexe n° 2. Groupements auxquels participe le CHL

Type de groupement	Intitulé	Objet
GCS de moyens	GCS Logistique hospitalière du libournais et du pays foyen	Prestations de blanchisserie et de restauration collective
	GCS psychiatrie public 33	Réponse partagée face aux difficultés de recrutement médical, diffusion des pratiques professionnelles, harmonisation des règles de gestion et de prise en charge, articulation de l'organisation des activités, missions de prévention et d'information
	GCS santé mental, handicap, vieillissement et précarité du territoire libournais	Amélioration des parcours de soins, diffusion de pratiques professionnelles, appui technique, promotion de la prévention, éducation thérapeutique, etc.
	GCS Uni-Ha	Mutualisation des achats (niveau national)
	ORU (observatoire régionale des urgences)	Analyse des données relatives aux urgences, accompagnement et soutien, veille et alerte, coordination des réseaux territoriaux
GCS établissement de santé	GCS clinique chirurgicale du libournais	Exploitation des autorisations d'hospitalisation complète et ambulatoire de chirurgie
GIP	CPAGE	Maintenance de logiciels
	RESAH IDF	Mutualisation des achats (niveau national)
	ESEA	Déploiement des outils de e-santé
GIE	R2 Gironde	Acquisition et mise à disposition d'un matériel de radiologie de type IRM 3T (Pessac)

Source : à partir des éléments communiqués par le CH de Libourne

Annexe n° 3. Détail des produits de l'activité hospitalière

Produits de l'activité hospitalière (principaux postes de recettes)

Intitulé balance	En K€				
	2017	2018	2019	2020	2021
Produits à la charge de l'assurance maladie	179 514,27	182 302,17	188 621,70	207 398,80	219 667,35
Produits à la charge des patients, organismes complémentaires et compagnies d'assurance	13 985,79	14 347,07	14 190,14	12 364,97	13 546,37
Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	2 879,27	2 744,38	1 942,06	866,18	734,50
Prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement	78,05	50,00	58,16	106,18	118,67
Produits de l'activité hospitalière	196 457,39	199 443,62	204 812,06	220 736,14	234 066,89

Dont produits à la charge de l'assurance maladie

Intitulé balance	En K€				
	2017	2018	2019	2020	2021
Produits de la tarification des séjours	110 631,09	112 135,15	113 775,99	117 170,21	124 387,55
Production de médicaments, molécules onéreuses (MCO)	11 373,46	11 860,02	14 042,84	15 643,86	19 100,93
Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	4 657,20	4 828,48	5 002,36	4 230,95	5 040,29
Forfaits urgences (annuel et ATU)	922,35	4 030,53	4 503,32	4 902,63	9 193,50
Dotation annuelle financement Psychiatrie	22 032,07	22 175,36	22 626,84	23 519,14	25 248,51
Dotation annuelle financement SSR + Produits du financement des activités SSR	11 229,76	11 275,58	11 474,74	11 535,89	12 985,79
Dotations MIGAC (missions intérêt général et aides à la contractualisation)	5 388,16	4 450,72	5 169,75	17 289,31	10 399,56
Consultations et actes externes	8 333,50	9 403,63	9 661,01	10 677,70	10 4427,10
Autres forfaits	1 922,64	2 142,70	2 164,86	2 429,13	2 876,71
Participation au titre des détenus	0,00	0,00	0,00	0,00	7,41
Total produits à la charge de l'assurance maladie	179 514,27	182 302,17	188 621,70	207 398,80	219 667,35

Source : CH Libourne, comptes financiers, balance des comptes

Annexe n° 4. Détail des principaux postes de charges

Achats de matières premières et approvisionnement

	<i>En K€</i>				
Intitulé balance	2017	2018	2019	2020	2021
Produits pharmaceutiques et à usage médical	17 579,40	24 395,23	26 739,94	30 228,20	34 345,62
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	14 997,76	15 796,44	16 126,35	16 146,03	17 596,45
Alimentation	130,64	113,47	123,15	126,19	120,32
Fournitures consommables	1 793,20	1 644,97	1 737,87	1 825,66	2 255,46
Total achats et approvisionnement	34 501,30	41 950,11	44 727,31	48 326,08	54 317,86

Charges de personnel

	<i>En K€</i>				
	2017	2018	2019	2020	2021
Salaires et traitements	102 300,52	107 024,77	108 214,17	118 775,97	128 734,28
Charges sociales	40 276,58	40 865,99	41 309,90	43 797,47	49 008,62
Impôts et taxes sur rémunérations	13 636,86	14 315,13	14 395,80	15 422,44	17 487,82
Charges de personnel (hors charges externes)	156 213,96	162 205,89	163 919,88	177 995,88	195 230,71
Charges de personnel externes	1 809,59	2 325,42	2 090,94	1 525,12	1 847,77

Rémunération du personnel (*)

(*) Hors CET, aide au transport et indemnités de licenciement

	<i>En K€</i>				
	2017	2018	2019	2020	2021
Personnel non médical titulaire et stagiaire	67 539,26	68 529,55	70 482,11	77 791,10	84 593,57
Personnel non médical en CDI	3 423,34	3 688,73	3 812,12	4 381,83	4 976,11
Personnel non médical en CDD	9 137,96	11 518,04	10 300,36	11 053,10	11 478,63
Contrats soumis à dispositions particulières et apprentis	1 722,42	483,30	780,05	566,63	395,83
Remboursement rémunération personnel non médical	- 876,18	- 438,81	- 482,89	- 379,51	- 406,50
Total Personnel non médical	80 946,80	83 780,82	84 891,85	93 413,16	101 037,65
Praticiens à temps plein et temps partiel	10 946,36	11 290,01	10 844,01	10 796,10	11 410,87
Praticiens CDD et vacataires	4 202,56	5 233,76	5 655,71	6 729,15	7 236,17
Internes et étudiants	2 218,41	2 249,88	2 156,56	2 440,35	2 669,64
Permanence des soins	2 069,91	2 068,51	2 127,51	2 169,01	2 198,89
Temps additionnel de jour	444,41	642,37	704,82	1 233,30	1 172,38
Autres rémunérations du personnel médical	1 207,00	1 427,84	1 364,10	1 502,00	2 365,71
Remboursement rémunérations personnel médical	- 277,31	- 254,88	- 174,31	- 199,01	- 215,24
Total Personnel médical	20 811,34	22 463,55	22 496,84	24 670,90	26 838,40

Source : balance des comptes

Annexe n° 5. Formation du résultat net à partir de l'EBE

	<i>En K€</i>				
COMPTE DE RÉSULTAT (2^{ème} partie)	2017	2018	2019	2020	2021
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	17 878,59	15 131,65	17 275,61	16 954,70	10 554,79
Dotations aux amortissements	14 262,39	18 918,16	20 024,26	18 775,56	18 444,22
Dotations aux provisions sur actif circulant	727,42	699,05	500,29	279,17	345,17
Autres dotations aux provisions d'exploitation	3 044,22	1 716,56	3 763,57	3 181,96	1 885,23
Autres reprises sur provisions d'exploitation	2 894,93	4 132,81	4 041,24	3 695,48	2 923,50
Autres produits d'exploitation	7 611,15	7 795,79	7 977,39	8 486,20	9 360,29
Autres charges d'exploitation	8 054,39	8 372,57	8 581,66	8 545,41	8 294,20
Résultat d'exploitation	2 296,24	- 2 646,09	- 3 575,54	- 1 645,72	- 6 129,97
Charges financières	1 118,53	1 473,28	1 854,58	1 683,64	1 694,69
<i>dont intérêts des emprunts et dettes</i>	<i>1 118,53</i>	<i>1 461,46</i>	<i>1 854,58</i>	<i>1 683,58</i>	<i>1 693,45</i>
Produits financiers	17,71	17,77	18,47	30,06	07192,90
Résultat financier	- 1 100,83	- 1 455,52	- 1 836,11	- 1 653,58	- 1 501,80
Résultat courant (avant impôt)	1 195,41	4 100,60	- 5 411,65	- 3 299,30	- 7 631,77
Plus (moins) values de cession	544,26	919,57	379,95	472,40	511,62
Autres produits exceptionnels	2 255,13	6 224,88	9 091,61	6 725,49	6 178,72
Autres charges exceptionnelles	3 778,93	4 456,22	5 172,08	5 929,31	8 739,51
<i>dont titres annulés exercices précédents</i>	<i>1 469,60</i>	<i>2 031,68</i>	<i>2 307,02</i>	<i>2 080,22</i>	<i>2 292,18</i>
Résultat exceptionnel	- 979,55	2 688,23	4 299,49	1 268,59	- 2 049,17
RÉSULTAT NET	215,86	- 1 413,37	- 1 112,16	- 2 030,71	- 9 680,94

Sources : tableau réalisé à partir des comptes financiers et balances 2017-2021

Annexe n° 6. Formation du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement**Formation du fonds de roulement :***En K€*

Actif	2017	2018	2019	2020	2021
Immobilisations incorporelles	2 809,10	3 436,47	4 021,65	4 604,64	5 875,00
Immobilisations corporelles	366 057,35	385 448,46	402 634,65	414 609,06	425 362,00
<i>dont constructions</i>	<i>172 213,26</i>	<i>276 279,94</i>	<i>287 988,24</i>	<i>296 266,88</i>	<i>299 747,00</i>
<i>dont constructions en cours</i>	<i>102 736,92</i>	<i>4 091,18</i>	<i>2 061,61</i>	<i>1 033,40</i>	<i>0,00</i>
<i>dont installations, matériel et outillage</i>	<i>60 027,15</i>	<i>70 227,69</i>	<i>77 057,29</i>	<i>80 527,71</i>	<i>108 199,00</i>
Immobilisations financières	20,46	7,60	8 902,53	8 902,53	16 043,00
Créances de l'article 58	2 471,54	2 471,54	2 471,54	2 471,54	2 472,00
I-Biens stables	371 358,44	391 364,07	418 030,35	430 587,76	449 752,00
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL	36 343,38	34 949,12	42 942,85	37 973,70	31 915,97
Passif					
Apports	11 285,29	11 285,29	11 285,29	11 285,29	20 211,00
Excédents affectés à l'investissement	55 374,46	55 374,46	55 374,46	57 432,67	57 719,00
Subventions d'investissement	5 730,53	5 305,15	5 066,30	5 019,57	4 530,00
Emprunts et dettes assimilées	93 421,94	100 777,58	123 095,53	115 825,16	113 696,00
Amortissements	180 361,14	197 010,06	213 056,67	229 337,98	244 717,00
Réserves	11 924,37	12 023,71	12 171,92	12 632,54	12 828,97
Report à nouveau	1 977,05	2 093,58	265,46	- 4 553,72	- 4 747,00
Résultat comptable	215,86	- 1 413,37	- 1 112,16	- 2 030,71	- 9 681,00
Provisions réglementées	25 328,61	23 491,37	20 915,21	20 222,28	22 017,00
Provisions pour risques et charges	19 960,76	17 665,98	17 883,28	18 221,40	17 007,00
Autres dépréciations	2 121,81	2 699,39	2 971,25	3 138,29	3 370,00
II-Financement stables	407 701,82	426 313,19	460 973,20	468 561,46	481 667,97

Sources : tableau CRC d'après les comptes financiers

Formation du besoin en fonds de roulement :

	<i>En K€</i>				
	2017	2018	2019	2020	2021
Stocks	2 186,80	1 772,22	2 064,32	3 934,31	4 146,00
Hospitalisés et consultants	5 986,03	5 835,87	5 208,18	4 020,36	4 027,00
Caisses de sécurité sociale	24 177,05	25 271,50	26 778,54	26 108,92	41 207,00
Charges constatées d'avance	860,15	722,10	659,46	587,54	
Autres tiers payants	11 471,15	15 954,72	11 199,50	11 085,56	5 160,00
Autres créances	4 260,22	4 033,07	6 071,97	6 099,22	6 942,00
Dépenses à classer	202,50	85,75	185,22	80,01	80,00
III-Créances	49 143,90	53 675,24	52 167,20	51 915,90	61 562,00
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	6 730,12	8 305,79	8 592,85	8 788,89	9 975,00
Dettes fiscales et sociales	6 905,18	7 284,80	8 133,98	8 487,15	8 317,00
Avances reçues	908,38	385,86	1 032,49	566,17	4 097,00
Dettes sur immob. et comptes rattachés	457,00	1 244,50	315,25	233,22	32,00
Autres dettes diverses	810,53	617,43	1 255,49	669,01	2 000,00
Recettes à classer ou à régulariser	1 403,3	736,23	505,57	825,65	433,00
IV-Dettes	17 214,53	18 574,60	19 835,62	19 570,08	24 854,00
BESOIN EN FOND DE ROULEMENT	31 929,38	35 100,64	32 331,58	32 345,82	36 708,00

Sources : tableau CRC d'après les comptes financiers

Annexe n° 7. Endettement*En K€*

	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Remboursements d'emprunts	4 054	4 656	4 682	7 270	7 282	27 944
Emprunts nouveaux	44 677	12 011	27 000	0	5 153	88 841
Encours de la dette au 31/12/N	93 422	100 778	123 096	115 825	113 696	

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

Annexe n° 8. Coût détaillé de l'intérim médical

Spécialités	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nombre de jours	Coût en €								
ANAPATH	123	160 825	33	42 666						
ANESTHÉSIE	126	161 695	425	532 600	542	646 198	425	514 162	417	501 710
MÉDECINE	11	12 046							158	113 849
MÉDECINE SSR GÉRIATRIQUE	4,5	270	4	6 822			16	9 780	41	53 785
PSYCHIATRIE	490	653 855	914,5	1 415 530	881	1 231 717	1548	1 830 515	1544,5	1 954 585
URGENCES	234	295 580	237	300 229	507,5	617 109	676,5	785 447	436	503 436
FAM	5	4 905	6	5 950	1,5	1 750	5	5 274	43	42 485
HÔPITAL EN TENSION			2,5	2 700	3	3 802				
PÉDIATRIE			5	7 393			33	36 042	1	1 634
RÉANIMATION			26	28 881			79	86 176		
EHPAD			4,5	5 027	32	35 222	10	9 360	21	21 288
RADIOLOGIE					7	10 043	5	6 553		
NEUROLOGIE							15	13 119	78	88 148
CHIRURGIE VASCULAIRE							5	3 405		
ODONTOLOGIE									60,5	44 870
UAU (unité d'accueil des urgences)									232	217 952
GYNÉCOLOGIE									4	4 102
TOTAL	993,5	1 289 175,42	1 657,50	2 347 799,47	1 974,00	2 545 842,25	2 817,50	3 299 834,19	3 036,00	3 547 843,09

Source : centre hospitalier de Libourne

Annexe n° 9. Absentéisme

Absentéisme du personnel médical	Nombre de jours d'absence				
	2017	2018	2019	2020	2021
Maladie ordinaire	75	74	88	71	NC
Maternité, paternité, adoption	0	5	0	44	
Total<6 jours	75	79	88	115	
Congés de longue durée, congés de longue maladie	353	492	243	0	
Maladie ordinaire	1 371	1 310	1 155	1 403	
Covid-19(arrêts de confinement compris)	0	0	0	372	
Accidents de travail	549	303	0	207	
Accidents de trajet	34	0	62	31	
Maternité, paternité, adoption	1 391	948	1 287	1 211	
Total >= 6 jours	3 698	3 053	2 747	3 224	
Total	3 773	3 132	2 835	3 339	
ETP moyen	230	241,46	239,07	249,07	
Taux d'absentéisme	4,49 %	3,55 %	3,25 %	3,67 %	
Absentéisme du personnel non médical	Nombre de jours d'absence				
	2017	2018	2019	2020	2021
Maladie professionnelle	58	52	16	55	62
Maladie ordinaire	4 065	3 811	3 426	2 663	3 570
Covid-19(arrêts de confinement compris)				1100	494
Accidents de travail	254	290	174	288	308
Accidents de trajet	24	21	12	27	17
Maternité, paternité, adoption	143	207	146	145	201
Total<6 jours	4 544	4 381	3 774	4 278	4 652
Maladie professionnelle	4 045	7 459	5 807	7 912	9 324
Congés de longue durée, congés de longue maladie	18 014	21 713	25 381	24 784	21 677
Maladie ordinaire	36 555	44 583	47 962	32 876	47 567
Covid-19(arrêts de confinement compris)				13 102	1 989
Accidents de travail	9 135	10 983	11 982	11 693	12 018
Accidents de trajet	1 062	1 155	917	1 379	1 102
Maternité, paternité, adoption	10 515	13 027	12 208	12 372	12 680
Total >= 6 jours	79 326	98 920	104 257	104 118	106 357
Total	83 870	103 301	108 031	108 396	111 009
ETPT moyen	2 774,13	2 881,02	2 860,3	2 929,9	3 003,73
Taux d'absentéisme	8,28%	9,82%	10,35%	10,14%	10,13%

Source : Centre hospitalier de Libourne

2017 à 2020 : données bilan social. 2020 : ajout aux données du bilan social des absences pour covid-19 non comptées dans maladie. 2021 : tableau de suivi mensuel où sont intégrés les absences covid-1.

Annexe n° 10. Campagne de communication ARS Nouvelle Aquitaine

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

**AVANT D'ALLER
AUX URGENCES**

j'appelle le
15

**LA NUIT, LE WEEK-END,
OU EN CAS D'URGENCE,**

Je suis conseillé
par un médecin

OU

Je suis orienté vers
un médecin de garde

OU

Je suis dirigé vers
l'hôpital ou la clinique

OU

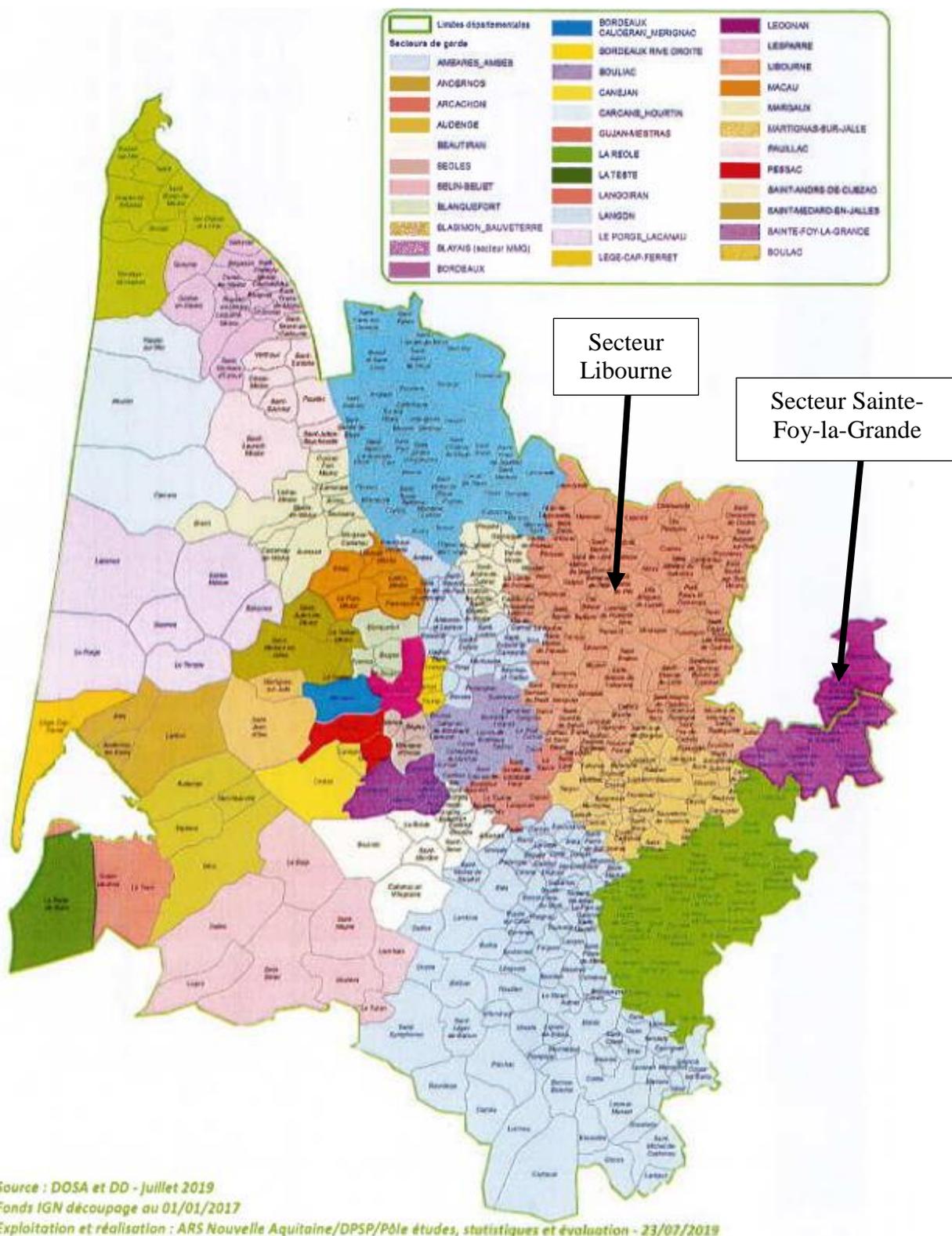
Une équipe est
envoyée sur place

**En journée, sauf en cas d'urgence,
je contacte mon médecin traitant.**

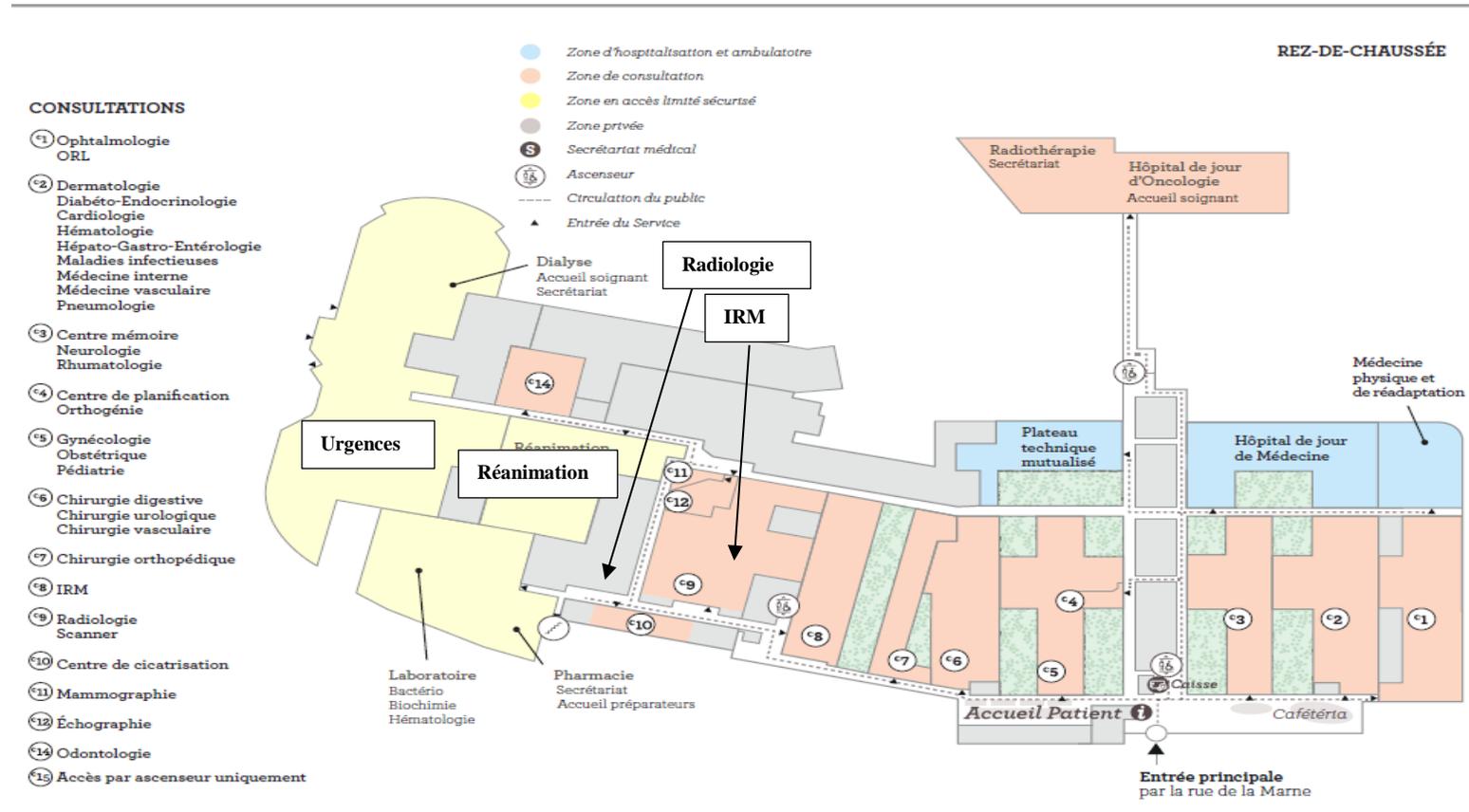
FACE À L'URGENCE, AYONS LES BONS RÉFLEXES

FEHAP FHF FHP Assurance Maladie

Annexe n° 11. Secteurs de garde Gironde



Annexe n° 12. Plan du bâtiment où se trouvent les urgences



Annexe n° 13. Glossaire

AAH : attaché(-e) d'administration hospitalière
ACE : actes et consultations externes
ARS : agence régionale de santé
ATU : accueil et traitement des urgences
BFR : besoin en fonds de roulement
CAF : capacité d'autofinancement
CET : compte épargne-temps
CH : centre hospitalier
CMP : centre médico-psychologique
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CSP : code de la santé publique
CTE : comité technique d'établissement
DIM : Département d'information médicale
DMS : durée moyenne de séjours
DRH : Direction des ressources humaines
EBE : excédent brut d'exploitation
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS : établissement public de santé
FIDES : facturation individuelle des établissements de santé
FRNG : fonds de roulement net global
HAD : hospitalisation à domicile
GHM : groupe homogène de malades
HC : hospitalisation complète
HJ : hospitalisation de jour
HS : hospitalisation de semaine
IFAS : institut de formations des aides-soignants
IFSI : institut de formation en soins infirmiers

IPDMS : indice de performance de durée moyenne de séjour
IRM : imagerie à résonance magnétique
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MPR : Médecine physique et de réadaptation
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PDSA : permanence des soins ambulatoires
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM : personnel non médical
PPI : plan pluriannuel d'investissement
PRS : projet régional de santé
RSA : résumé de séjours anonyme
SAU : service d'accueil des urgences
SAMU : service d'aide médicale d'urgence
SDIS : service départemental d'incendie et de secours
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : Tarification à l'activité
TEP : tomographie par émissions de positons
UCR : unité centrale de restauration
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
UMH : unité mobile hospitalière
USC : unité de soins continus
USI : unité de soins intensifs
USLD : unité de soins de longue durée

Chambre régionale
des comptes
Nouvelle-Aquitaine



Chambre régionale Nouvelle-Aquitaine

3, place des Grands-Hommes- CS 30059

33064 Bordeaux Cedex

nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/crc-nouvelle-aquitaine