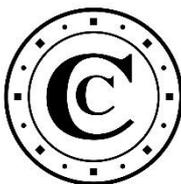


Chambre régionale
des comptes

Normandie



Rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL EURE-SEINE

(Département de l'Eure)

Exercices 2014 à 2019

Observations délibérées le 13 octobre 2020

SOMMAIRE

SYNTHESE	1
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET OBLIGATIONS DE FAIRE	2
I. RAPPEL DE LA PROCEDURE	2
II. LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON ENVIRONNEMENT	3
A. L'ORGANISATION TERRITORIALE	3
1. <i>Le territoire de santé</i>	3
2. <i>Le centre hospitalier intercommunal Eure-Seine (CHIES)</i>	3
3. <i>Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Eure-Seine Pays d'Ouche</i>	4
B. L'ACTIVITE ET LA PERFORMANCE DU CHIES	7
1. <i>L'activité du CHIES</i>	7
2. <i>La performance du CHIES</i>	10
III. LE FONCTIONNEMENT INTERNE	12
A. LE PILOTAGE STRATEGIQUE	12
1. <i>Le projet d'établissement et son volet médical</i>	12
2. <i>La contractualisation avec l'ARS</i>	13
3. <i>Les contrats de pôles</i>	14
4. <i>La coopération avec le CHU de Rouen</i>	15
B. LES RESSOURCES HUMAINES	16
1. <i>Le personnel médical</i>	16
2. <i>Le personnel non médical</i>	18
IV. LA FIABILITE DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIERE	19
A. CERTIFICATION ET FIABILITE DES COMPTES.....	19
1. <i>La certification des comptes</i>	19
2. <i>La fiabilité des comptes</i>	20
B. SITUATION FINANCIERE.....	23
1. <i>Situation consolidée</i>	23
2. <i>Le budget principal</i>	23
3. <i>Les budgets annexes</i>	26
4. <i>La marge brute</i>	27
5. <i>La capacité d'autofinancement</i>	28
6. <i>L'investissement et son financement</i>	29
7. <i>La dette</i>	31
8. <i>Prospective</i>	33
ANNEXES	35

SYNTHESE

Issu de la fusion des hôpitaux d'Évreux et de Vernon en 2004, le centre hospitalier intercommunal Eure-Seine (CHIES) est le troisième établissement de l'ex-Haute Normandie en taille par le nombre de lits, derrière le centre hospitalier universitaire de Rouen et le groupe hospitalier du Havre. Implanté sur deux sites principaux, Évreux et Vernon, distants de 35 kilomètres, il emploie plus de 2 500 agents.

Le CHIES doit répondre aux besoins d'un bassin de population présentant des indicateurs préoccupants en termes de santé publique, dans le département qui affiche la plus faible densité de médecins en 2018. Il dispose, à cette fin, d'un plateau technique complet, propose une prise en charge de haute technicité et assure, à la fois, une mission de soins de proximité et de recours.

Pourtant, le centre hospitalier n'assure que des prises en charge présentant un niveau de sévérité inférieur à celui des établissements de même catégorie et connaît une faible productivité des secteurs administratifs et médico-techniques. Il est également confronté à de grandes difficultés de recrutement du personnel médical et, dans une moindre mesure, du personnel non médical. Pour y remédier, le CHIES a noué avec le CHU de Rouen un partenariat particulièrement actif dans le cadre du GHT Eure-Seine Pays d'Ouches.

Au-delà des réserves formulées depuis 2016 par le commissaire aux comptes, qui ont conduit l'établissement à engager un important travail de fiabilisation de la chaîne de codage, la chambre a relevé quelques manquements concernant la fiabilité des comptes de l'établissement, notamment dans la gestion des provisions. Elle souligne la nécessité de poursuivre le renforcement du contrôle interne, pour s'assurer de l'exhaustivité et de la bonne valorisation des recettes d'hospitalisation.

Si l'évolution des dépenses de personnel apparaît mieux maîtrisée depuis 2016, l'établissement affiche un résultat global qui se dégrade, avec un niveau de déficit préoccupant en fin de période et un taux de marge brute (hors aides) qui ne permet pas de couvrir les investissements incompressibles et la charge de la dette.

Compte tenu de sa capacité d'investissement réduite et d'un recours à l'emprunt limité (en cohérence avec une diminution de l'endettement assumée), le CHIES a effectué des prélèvements importants sur son fonds de roulement. Ses besoins en fonds de roulement ne sont plus couverts depuis 2018 et sa trésorerie est devenue négative.

L'établissement n'a plus d'autre choix que de conduire désormais une action volontariste pour se doter de nouvelles ressources.

C'est dans ce contexte assez préoccupant que le dispositif de reprise partielle de la dette des hôpitaux – annoncé par le gouvernement, fin 2019, dans le cadre de la stratégie nationale de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 » – pourrait contribuer au redressement de la situation financière de l'établissement, en complément des mesures relevant de sa responsabilité et de la tutelle. Le CHIES dispose en effet de marges de progression, notamment en matière de productivité mais également par la révision de ses lignes de gardes et d'astreintes (dont le financement n'est pas assuré en totalité).

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ET OBLIGATIONS DE FAIRE

RECOMMANDATIONS :

1. Fiabiliser l'inventaire en conformité avec l'état de l'actif du comptable.

OBLIGATIONS DE FAIRE :

2. Respecter la réglementation relative à l'intérim médical (décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017) ;
3. individualiser chacune des activités exercées au titre de l'activité libérale pour s'assurer de la primauté de l'activité publique, conformément aux dispositions de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

I. RAPPEL DE LA PROCEDURE

La chambre régionale des comptes a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier intercommunal Eure-Seine à partir de l'année 2014. Par lettre en date du 9 octobre 2019, le président de la chambre en a informé M. Laurent Charbois, directeur, puis, par lettre du 12 novembre 2019, M. Olivier Brand, précédent ordonnateur. Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 9 mars 2020 avec Mme Laura Lefranc, directrice par intérim, le 20 mars 2020 avec M. Charbois et le 23 mars 2020 avec M. Brand.

Lors de sa séance du 16 avril 2020, la chambre a arrêté ses observations provisoires, qui ont été transmises dans leur intégralité à M. Charbois, M. Brand et Mme Lefranc, le 16 juillet 2020. Par ailleurs, des extraits ont été adressés le 16 juillet 2020 à l'agence régionale de santé, au commissaire aux comptes, à trois agences d'intérim ainsi qu'à quinze praticiens de l'hôpital.

Après avoir entendu le rapporteur, la chambre a arrêté, le 13 octobre 2020, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué à Mme Sandrine Cotton, directrice en fonction depuis le 1^{er} octobre 2020 et à ses prédécesseurs en fonction au cours de la période examinée. Ce rapport devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera communicable dans les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.

II. LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON ENVIRONNEMENT

A. L'organisation territoriale

1. Le territoire de santé

La Normandie est découpée en sept territoires de démocratie sanitaire¹, dont celui d'Évreux-Vernon qui regroupe 416 000 habitants et se caractérise par des taux de mortalité et morbidité élevés au sein de la région.

Le territoire compte sept établissements exerçant la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), trois l'hospitalisation à domicile (HAD) et treize les soins de suite et de réadaptation (SSR).

Début 2018², l'Eure était le département français de métropole le moins doté :

- en médecins généralistes, avec 96 praticiens pour 100 000 habitants, contre 141 en région Normandie et 153 pour la France métropolitaine (depuis 2013, l'effectif de médecins généralistes s'est érodé de 11 %) ;
- en médecins spécialistes, avec 71 praticiens pour 100 000 habitants, contre 148 en région Normandie et 187 pour la France métropolitaine ;
- en infirmiers diplômés d'État, avec 550 infirmiers pour 100 000 habitants, contre 1 016 en région Normandie et 1 053 pour la France métropolitaine.

2. Le centre hospitalier intercommunal Eure-Seine (CHIES)

Issu de la fusion des hôpitaux d'Évreux et de Vernon, en janvier 2004, le CHIES est le troisième établissement de l'ex-Haute Normandie en taille (par le nombre de lits), derrière le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen et le groupe hospitalier du Havre (GHH).

Il est implanté sur deux sites principaux, Évreux (également siège du SAMU 27) et Vernon, distants l'un de l'autre de 35 kilomètres avec une durée moyenne de trajet entre eux de 45 minutes.

Le CHIES partage une direction commune avec le CH de Bernay et emploie en 2019 près de 340 agents relevant du personnel médical et plus de 2 200 du personnel non médical.

Il assure à la fois une mission de soins de proximité et de recours. A ce titre, il propose une prise en charge de haute technicité avec, en particulier, la présence d'une maternité de niveau 2B, abritant un service de néonatalogie et disposant de lits de soins intensifs.

Sa capacité d'accueil en 2019 est de 946 lits dont 532 lits de MCO, 36 places de dialyse, 22 lits de soins de suite et de réadaptation et – au total – 311 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'unité de soins de longue durée (USLD).

¹ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dispose que l'ARS définit les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région.

² Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees – INSEE, estimations de population.2018.

Ses activités sont regroupées en six pôles cliniques et médico-techniques :

- chirurgie ;
- médecine ;
- médecine d'urgence ;
- femme, mère, enfant ;
- gériatrie ;
- médico-technique.

Le CHIES représente, en nombre de journées au sein du département de l'Eure, 49,4 % de l'activité MCO, 54,7 % de l'HAD et 3,8 % des SSR.

Le site hospitalier d'Évreux a été entièrement reconstruit et a ouvert ses portes en décembre 2010 sur le site de Cambolle. L'ancien hôpital, implanté en centre-ville, est en cours de réhabilitation. Divers projets y sont envisagés, comme l'implantation de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Le site de Vernon propose également une activité de type MCO. Il a bénéficié d'un programme de réhabilitation de ses locaux qui a notamment permis d'étendre l'accueil des urgences et d'améliorer la prise en charge des patients.

Enfin, deux EHPAD complètent l'offre, l'un est situé à Évreux, d'une capacité totale de 160 lits, et l'autre à Vernon, d'une capacité totale de 124 lits.

3. Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Eure-Seine pays d'Ouche

a) *Composition, missions et ressources*

La région Normandie est découpée en onze GHT, dont cinq couvrent une population supérieure à 400 000 habitants, parmi lesquels le GHT Eure-Seine pays d'Ouche (405 561 habitants).

Ce dernier, créé en 2016, regroupe dix établissements³ autour du CHIES, établissement support. Sa convention constitutive a été signée le 1^{er} juillet 2016 et a, depuis lors, été l'objet de quatre avenants.

Le projet médical partagé (PMP) élaboré dans le cadre du GHT⁴ comporte onze filières prioritaires⁵. Le projet de soins qui en résulte se décline en six axes stratégiques.

Les objectifs opérationnels assignés à ces axes ont été définis par des groupes de travail médico-soignants appartenant aux onze filières de soins.

Le budget annexe G du CHIES, relatif au GHT Eure-Seine pays d'Ouche, devrait s'établir à 1 008 639 euros en 2020 (contre 878 968 euros en 2019), en progression de près de 14,8 %.

Il répartit les dépenses prévues entre :

- le système d'information (52 %) ;
- la fonction achats (40 %) ;

³ CH de Bernay, CH de Gisors, CH de Verneuil-sur-Avre, CH des Andelys, CH de Pacy-sur-Eure, CHS de Navarre, CH de L'Aigle, EHPAD de Breteuil-sur-Iton, EHPAD de Conches-en-Ouche et EHPAD de Rugles.

⁴ Les GHT ont pour objet de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient. Cette mission se traduit par l'élaboration d'un projet médical partagé qui garantit une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours, conformément à l'article L. 6132-2 du CSP.

⁵ Urgences et permanence des soins, oncologie et soins palliatifs, santé mentale, pneumologie, cardiologie, gériatrie, chirurgie digestive et urologique, chirurgie orthopédie, périnatalité, maladies chroniques et chirurgie ORL-stomatologie- ophtalmologie.

- la coordination IFSI/IFAS (1 %) ;
- la coordination des plans de formation (1 %) ;
- la coordination sécurité incendie (6 %).

b) Conséquences en termes de mutualisation et d'organisation

(1) Système d'information

Le comité stratégique du GHT a validé, le 5 décembre 2018, le schéma directeur du système d'information hospitalier de territoire. Sa mise en œuvre est directement conditionnée par les possibilités financières des établissements parties. Décliné en quinze objectifs, il devrait être réalisé en cinq ans.

(2) Fonction achats

Conformément aux dispositions de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique (CSP), l'établissement support désigné par la convention constitutive assure la fonction achats pour le compte des établissements parties au groupement.

Il est chargé de la politique, de la planification et de la stratégie d'achat ainsi que du contrôle de gestion pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et leurs avenants. Il assure la passation de ces derniers conformément aux dispositions du code de la commande publique.

Le CHIES concentre dans ce cadre plus de 50 % des 100 M€ d'achats effectués par l'ensemble des établissements du GHT. Près de la moitié de ces dépenses se fait hors marché formalisé.

Le constat de compétences en la matière peu répandues au sein des établissements parties et de la prépondérance des dépenses du CHIES, a conduit ce dernier à susciter une organisation centralisée et renforcée des achats, confondue avec la sienne propre. Un référent achats a toutefois été désigné au sein de chaque établissement (ou groupe d'établissements). Il est placé sous l'autorité fonctionnelle du directeur des achats du GHT (responsable de la direction des ressources matérielles du CHIES).

La convergence de l'organisation doit être achevée au 31 décembre 2020. A cette date, tous les marchés seront instruits par la fonction achats mutualisée du GHT.

L'un des avantages attendus est une répartition des missions en concertation avec tous les établissements du GHT, visant à mettre à profit les expertises existantes par processus ou domaines d'achat dans les différents établissements.

Les responsables achats (produits et services hors produits de santé) et responsables produits de santé des établissements parties au GHT disposent de délégations de signature de l'établissement support qui leur permettent de réaliser des achats hors marché formalisé jusqu'à 5 000 €.

(3) Les prestations internes de laboratoire

Afin d'améliorer la qualité et l'homogénéité du service rendu en matière d'examen de biologie médicale, certains laboratoires d'établissements du GHT sont susceptibles de réaliser des analyses au profit des autres établissements.

Cette prestation est rendue moyennant une redevance et des contreparties préalablement déterminées. Le cadre en a été fixé par le 4^{ème} avenant à la convention constitutive, en date du 19 avril 2019.

Ainsi, la première mutualisation mise en place prévoit-elle que le site d'Évreux du CHIES réalise les analyses pour le nouvel hôpital de Navarre. La deuxième verra le laboratoire du pôle sanitaire du Vexin de Gisors effectuer des prestations pour le compte du CH Saint-Jacques des Andelys. Enfin, une troisième mutualisation a vu la signature d'un nouvel avenant relatif à la prise en charge de l'activité de biologie médicale du CH de Bernay par le centre hospitalier Eure-Seine le 19 avril 2019.

(4) Projet pharmaceutique de territoire

Adopté par avenant n° 3 du 19 avril 2019 de la convention constitutive, le projet pharmaceutique de territoire prévoit une organisation territoriale sur deux secteurs.

Dans un premier temps et dans le cadre d'une logique financière globale, à l'échelle du GHT (des clés de répartition comptables seront définies dans un second temps), le projet tend à :

- l'automatisation de la dispensation à délivrance nominative de médicaments pour les lits d'EHPAD et d'USLD ;
- la suppression des stocks de fond dans les établissements de type EHPAD et long séjour.

La constitution de la fédération inter-hospitalière de pharmacie du GHT⁶, comme la convergence progressive des systèmes d'information des neuf pharmacies à usage intérieur (PUI), devraient faciliter la mise en œuvre effective du projet.

(5) Les équipes de territoire

Dans les domaines où les filières le justifient, il est prévu que des équipes médicales de territoire se mettent en place. Cette modalité d'organisation permet aux praticiens concernés de travailler au sein de plusieurs structures, en fonction des possibilités, des besoins et des qualifications.

Cette coopération inter-hospitalière s'est concrétisée par l'intervention d'un praticien du CH de Verneuil au SAMU/SMUR du CHIES, afin d'y effectuer des permanences et l'interprétation des images de scanner du CH de Verneuil par des radiologues du CH Eure-Seine.

(6) La convergence des politiques de qualité

Les établissements parties du GHT Eure Seine Pays d'Ouche ont lancé la démarche « Qualité Gestion des Risques », validée par le comité stratégique du GHT en février 2017.

c) Bilan et prospective

Malgré une démarche volontariste et des premières réalisations, le GHT se heurte à un certain nombre de difficultés communes à l'ensemble de ses membres :

- les distances et déplacements entre les différents établissements, qui limitent la portée des coopérations, notamment médicales ;
- le manque d'interopérabilité des systèmes d'information, qui constitue un frein au partage d'information ;
- le déficit de ressources médicales, qui pénalise la mise en place d'un schéma de gradation des soins ;

⁶ A noter toutefois que la pharmacie à usage interne du CH de L'Aigle n'y est pas intégrée.

- enfin, la situation financière de la majorité des établissements parties, qui est dégradée.

Des résultats concrets sont néanmoins à porter au crédit du GHT en matière d'achat. Le GHT Eure-Seine pays d'Ouche a élaboré son plan d'actions achat de territoire (PAAT), sous l'impulsion du CHIES. Pour le premier bilan, réalisé en 2019 sur les achats effectués au cours de l'année 2018, les gains se sont élevés à 1,5 M€. Ils sont conformes à l'objectif fixé par l'agence régionale de santé (ARS).

Le périmètre des achats concernés représentait 9 261 890 € (sur un total de 105 621 223 € d'achats globaux). Les économies du titre 2 (charges à caractère médical) représentent près de 60 % des gains réalisés, suivies de celles du titre 3 (charges à caractère hôtelier et général) avec 37 %, le titre 1 (charges de personnel) ne participant qu'à hauteur de 1 % des économies réalisées.

Le levier le plus efficace a été la mutualisation des achats au sein du GHT, contribuant pour un tiers aux gains réalisés.

Enfin, les économies les plus significatives ont porté sur les équipements biomédicaux, les médicaments, les prestations générales, les dispositifs médicaux et l'informatique, comme en témoigne le tableau ci-après.

Tableau n° 1 : Décomposition des gains économiques par famille

Famille	Total gains 2018 (€)	% du total
Equipements biomed	378 335	28 %
Médicaments	219 594	21 %
Prestations générales	235 549	19 %
DM	125 119	12 %
Informatique	136 978	10 %
Hôtellerie	80 182	7 %
Travaux, fournitures, prestations techniques	29 402	2 %
Equipements généraux	4 600	1 %
Equipements et fournitures générales	6 646	0 %
Laboratoires	846	0 %

Source : CHIES

B. L'activité et la performance du CHIES

1. L'activité du CHIES

a) *L'activité en nombre de séjours et en part de marché*

Depuis 2015, le nombre de séjours dans l'établissement décroît de 3 % en hospitalisation traditionnelle, avec une inflexion plus marquée en chirurgie, qui perd 12 % de séjours sur la période.

En 2017, la fermeture temporaire de certaines unités de soins et la difficulté de reconstituer des équipes médicales (cardiologie et chirurgie, notamment) expliquent la baisse constatée.

En 2018, l'augmentation des capacités sur le site d'Évreux (extension du nombre de lits de réanimation et création d'une unité de soins intensifs neuro-vasculaires) a compensé la fermeture de lits en cardiologie (tout au long de l'année 2018) et celle de lits de neurologie (au dernier trimestre 2018).

Tableau n° 2 : Nombre de séjours au CHIES

Nombre de séjours	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
Médecine	19 936	19 758	19 328	19 471	19 590	-2 %
Chirurgie	4 555	4 841	4 710	4 207	4 000	-12 %
Gynécologie-Obstétrique	5 018	5 096	5 247	5 017	4 982	-1 %
<i>Sous-total MCO</i>	<i>29 509</i>	<i>29 695</i>	<i>29 285</i>	<i>28 695</i>	<i>28 572</i>	<i>-3 %</i>
SSR	250	250	274	274	292	17 %
SLD	14	19	32	26	38	171 %
Total	29 773	29 964	29 591	28 995	28 902	-3 %

Source : SAE

Le mode d'entrée des patients en hospitalisation se fait majoritairement depuis le domicile (63 %), à un taux supérieur à celui observé pour les établissements de même catégorie (52 %).

Le taux de chirurgie ambulatoire évolue favorablement sur la période, avec une augmentation de près de dix points en quatre ans, pour se situer, en 2018 (plus de 45 %), à la borne supérieure des établissements comparables.

Globalement, les consultations externes augmentent sur la période de plus de 4 %, avec cependant une inflexion marquée entre 2016 et 2017, liée – comme pour les séjours – aux difficultés rencontrées par l'établissement pour reconstituer ses équipes médicales.

A l'instar de nombreux établissements, le CHIES voit le nombre de passages enregistré aux urgences augmenter (de 81 423 en 2014 à 89 718 en 2019), malgré un léger fléchissement entre 2018 et 2019. Les difficultés rencontrées dans ce secteur d'activité, avec le départ brutal du chef de service en 2018 (entraînant celui de certains de ses confrères), ont contraint l'établissement à recourir à l'intérim pour assurer la continuité du service (comme précisé *infra*).

Le nombre d'accouchements est resté stable sur la période (2 761 en 2019).

S'agissant des parts de marché sur la zone d'attractivité⁷, on observe une relative stabilité en médecine et en obstétrique et un effritement en chirurgie, spécialité pour laquelle le CHIES subit la concurrence des cliniques d'Evreux et du CHU de Rouen.

Tableau n° 3 : Part de marché de l'établissement sur la zone d'attractivité

sur la zone d'attractivité	2015	2016	2017	2018
Part de marché globale en médecine	49	48	48	47
Part de marché en chirurgie (HC)	29	29	26	26
Part de marché en obstétrique	79	78	79	79
Part de marché en chirurgie ambulatoire	19	19	17	19
Part de marché en hospitalisation en cancérologie (hors séances)	37	37	38	38
Part de marché en séances de chimiothérapie	22	28	29	26

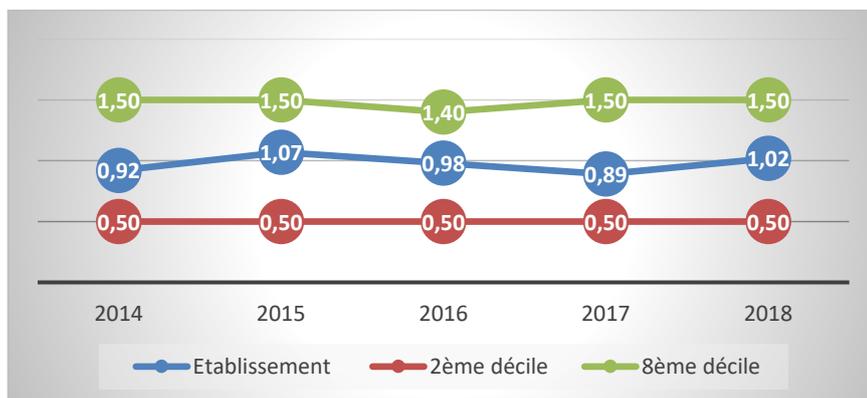
Source : Hospidiag

⁷ La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des communes dans lesquelles l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (nombre de séjours de chirurgie complète / nombre d'habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de chirurgie les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement.

b) Typologie de l'activité

Le pourcentage des groupes homogènes de malades (GHM)⁸ recours/référence⁹ situe le CHIES près de la médiane des établissements de même catégorie.

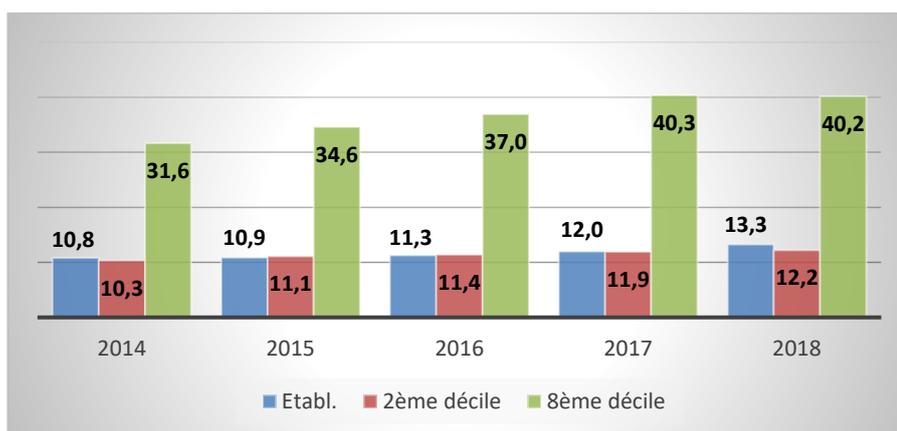
Graphique n° 1 : Pourcentage des GHM recours / référence dans l'activité comparé aux établissements de même catégorie (2^{ème} et 8^{ème} déciles¹⁰)



Source : Hospidiag

Cette indication est utilement complétée par le suivi des séjours présentant un indice de sévérité élevé (3 et 4). On y observe que le CHIES ne présente pas de lourdeurs de prise en charge élevées en comparaison avec les établissements de même catégorie. Il se situe aux environs du deuxième décile, c'est-à-dire parmi les établissements présentant les lourdeurs les moins élevées de cette catégorie.

Graphique n° 2 : Pourcentage des séjours avec un indice de sévérité 3 et 4 comparé aux établissements de même catégorie (2^{ème} et 8^{ème} déciles)



Source : Hospidiag

⁸ Un GHM regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO.

⁹ Cet indicateur mesure le pourcentage de l'activité réalisée sur des GHM pris en charge principalement (mais non exclusivement) dans les établissements hospitalo-universitaires. Il mesure une « technicité » de la prise en charge considérée.

¹⁰ Si on ordonne une distribution d'établissements en fonction d'une caractéristique recherchée (% de GHM recours / référence dans l'exemple), les déciles sont les valeurs qui partagent cette distribution en dix parties égales. Dans l'exemple précité :

- 20 % des établissements avaient un pourcentage de GHM recours / référence inférieur à 0,5 % en 2018 ;
- 20 % des établissements avaient un pourcentage de GHM recours / référence supérieur à 1,5 % en 2018 ;
- 60 % des établissements avaient un pourcentage de GHM recours / référence compris entre ces deux valeurs en 2018.

Elle est enfin corroborée par l'observation du poids moyen du cas traité (PMCT), qui situe l'établissement à un niveau inférieur (tant au niveau de sa catégorie qu'aux niveaux national et régional) et cela quel que soit le type de prise en charge (année 2018). On constate que, pour la chirurgie et l'obstétrique, la différence est significative, avec des écarts respectifs de 480 euros et 333 euros.

Par suite, « le manque à gagner » théorique de l'établissement – par comparaison avec la moyenne observée pour les établissements de même catégorie – atteint, pour l'ensemble des séjours constatés, un montant de 3,6 M€. Ce montant demeure supérieur à celui du déficit enregistré par l'établissement, au titre de l'année 2018 (2,6 M€, sur le budget H).

Tableau n° 4 : Poids moyen du cas traité¹¹ (PMCT)

2018	PMCT (en €)				PMCT tous secteurs 2018 (en €)	
	Etablissement 2016	Etablissement 2017	Etablissement 2018	Catégorie 2018	Région	France
Chirurgie non ambulatoire	3 765	3 779	4 153	4 633	4 501	4 726
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	2 759	2 737	2 859	2 859	2 778	2 924
Obstétrique-mère	1 763	1 774	1 746	2 079	1 945	2 072
Chirurgie ambulatoire	1 292	1 283	1 388	1 403	1 403	1 428
Obstétrique-enfant	1 157	1 147	1 120	1 289	1 247	1 320
Techniques peu invasives	1 102	1 006	994	1 461	1 191	1 220
Séjour sans acte classant sans nuitée	572	572	578	597	585	615

Source : Scansanté

2. La performance du CHIES

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)¹² de l'établissement reste supérieur à 1 en chirurgie.

Un tel niveau traduit généralement un défaut d'organisation qui peut résulter de plusieurs facteurs¹³ et engendre un surcoût pour l'établissement.

Tableau n° 5 : IP-DMS

	Etablissement					Catégorie 2018	
	2014	2015	2016	2017	2018	2ème décile	8ème décile
IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1,03	1,02	0,98	1,01	0,96	0,96	1,33
IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1,12	1,10	1,04	1,10	1,09	0,96	1,27
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0,98	0,98	0,98	1,00	1,00	0,93	1,03

Source : Hospidiag

¹¹ Volume économique/nombre de séjours.

¹² Cet indicateur compare la durée moyenne de séjour (DMS) de l'établissement à celle standardisée de son « case-mix » (éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé) auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM. Il synthétise ainsi la sur (ou sous) performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine (hors ambulatoire). Un indice supérieur à 1 implique une durée moyenne de séjour plus longue que la durée moyenne théorique, pour des cas de complexité similaire.

Toutefois, aucune des deux situations décrites précédemment n'indique, plus que l'autre, une meilleure qualité des soins. En effet, la durée de séjour relève surtout de questions d'organisation et d'environnement de l'établissement ainsi que de ses pratiques.

¹³ Absence d'organisation des filières d'aval (SSR, etc.) ou de l'HAD, gestion peu performante des lits, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties, etc.

Les indicateurs qui suivent proposent des données sur la productivité du CHIES par comparaison avec des établissements de même catégorie juridique.

On observe ainsi que le coût du personnel non médical des services cliniques est inférieur à la médiane¹⁴, recalculée par la chambre, des établissements de même catégorie. En revanche, selon la même construction, les coûts des personnels médico-techniques et les charges administratives, techniques et logistiques apparaissent élevées au CHIES, tandis que le coût du personnel médical croît sensiblement.

Tableau n° 6 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes (en %)

	Etablissement	Catégorie		
		2ème décile	Médiane	8ème décile
2014	29	24,9		31,5
2015	27,8	24,1		30,8
2016	29,5	27		38
2017	30,6	23,9		33,6
2018	29,6	27	30,5	38,3

Source : Hospidiag / Retraitement CRC

Tableau n° 7 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes (en %)

	Etablissement	Catégorie		
		2ème décile	Médiane	8ème décile
2014	9,9	8,2		11,6
2015	10,8	8,4		11,7
2016	12,4	6,2		14,5
2017	12,6	4,4		14,7
2018	12,6	6,5	12,5	15,3

Source : Hospidiag / Retraitement CRC

Ainsi, le surcoût engendré pour le personnel médico-technique, à partir de la médiane recalculée, est de l'ordre de 0,8 M€.

Tableau n° 8 : Coût du personnel relatif aux services médico-techniques rapporté aux recettes (en %)

	Etablissement	Catégorie		
		2ème décile	Médiane	8ème décile
2014	19,5	14,1		21,9
2015	18,7	14,3		21,9
2016	14,3	6,7		15,6
2017	14,8	5,9		15,7
2018	13,9	6,5	13,4	15,9

Source : Hospidiag / retraitement CRC

¹⁴ La médiane n'apparaît pas dans les tableaux issus de l'application en ligne Hospidiag. Néanmoins, cette application permet le téléchargement des bases de données annuelles complètes. Disposant de ces informations, la chambre a calculé la médiane à partir des ratios observés pour les établissements appartenant à l'échantillon de la catégorie du CHIES.

La part des dépenses administratives, logistiques et techniques ne baisse pas au cours de la période, à l'inverse de la tendance constatée dans les établissements de même catégorie. S'il ramenait la part de ces charges au niveau observé pour la médiane, le CHIES pourrait réaliser une économie de 4,1 M€.

Tableau n° 9 : Poids en pourcentage des dépenses administratives, logistiques et techniques (y compris activité externalisée)

	Etablissement	Catégorie		
		2ème décile	Médiane	8ème décile
2014	21,8	18,4		28,4
2015	24,3	18,4		28,8
2016	22,8	15,9		22,5
2017	22	16,2		22,8
2018	21,3	16,2	19,0	22,9

Source : Hospidiag / retraitement CRC

On constate que la productivité du laboratoire apparaît assez faible, avec un nombre d'examen par technicien proche du 2^{ème} décile des établissements de même catégorie.

Au total, compte tenu de ce qui précède, la productivité des personnels médicaux et médico-techniques apparaît faible. Le CHIES supporte également des charges administratives, techniques et logistiques qui paraissent importantes au regard des établissements de même catégorie juridique, même si ce constat est à nuancer si l'on se réfère aux établissements du même type. Par suite, le surcoût théorique sur ces deux derniers postes avoisine les 5 M€, en référence aux établissements de même catégorie.

III. LE FONCTIONNEMENT INTERNE

A. Le pilotage stratégique

La direction de l'établissement a connu une relative stabilité jusqu'à une période récente. Le directeur en poste depuis le 1^{er} janvier 2015 est parti en retraite en décembre 2019. L'intérim a été confié à la directrice générale adjointe, en attendant la nomination d'un nouveau directeur général, intervenue le 1^{er} octobre 2020.

1. Le projet d'établissement et son volet médical

a) Le projet d'établissement précédent

Le précédent projet d'établissement entendait répondre à quatre priorités :

- assurer le retour à l'équilibre financier en 2017 ;
- améliorer la performance et les potentiels de développement de l'ensemble des activités ;
- inscrire l'ensemble des actions dans le cadre global des politiques et orientations nationales ;
- garantir la cohérence avec les orientations du projet médical et stratégique.

De même, le repositionnement des deux sites (Évreux et Vernon) devait permettre de développer les coordinations, les synergies et les complémentarités en termes de prise en charge et de parcours des patients, mais aussi de coopération entre les équipes médicales et soignantes.

La réalisation de ce dernier objectif s'est toutefois heurtée à l'éloignement des deux sites et aux difficultés de recrutement rencontrées par l'établissement.

b) Le projet 2019-2023 orientations stratégiques et projet médico-soignant

L'article L. 6143-2 du CSP prévoit que les établissements publics de santé élaborent un projet d'établissement qui définit, notamment sur la base du projet médical et pour une durée maximale de cinq ans, la politique générale de l'établissement.

Le précédent projet d'établissement arrivait à échéance en 2017. Dès lors, l'hôpital aurait dû disposer d'un nouveau document couvrant la période de 2017 à 2021. Or l'actuel projet d'établissement s'étend de 2019 à 2023 et a été élaboré en dehors de tout bilan formalisé portant sur la période précédente (2013 à 2017).

Parmi les projets structurants proposés dans le cadre du nouveau projet d'établissement, le CHIES souhaite assurer une gradation des soins sur le territoire par la structuration de ses filières, au sein du GHT mais également entre ses sites d'Évreux et de Vernon.

L'établissement entend également développer la performance et l'efficacité de ses activités, en poursuivant notamment le virage ambulatoire, en structurant sa démarche de pilotage médico-économique et en insufflant une culture de la performance.

2. La contractualisation avec l'ARS

a) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2014-2019

Les objectifs généraux assignés à l'établissement portent sur :

- son positionnement comme établissement de recours sur le territoire ;
- la diminution des fuites de patients ;
- l'augmentation d'activité ;
- les complémentarités entre ses deux sites ;
- l'équilibre financier.

Ceux-ci sont déclinés en orientations stratégiques au regard du plan régional de santé (PRS), en thématiques de qualité et de performance ainsi qu'en thématiques transversales¹⁵.

En contrepartie de la réalisation de ses objectifs, l'ARS peut octroyer :

- des financements supplémentaires à l'établissement ;
- des autorisations nouvelles de création ou de renouvellement d'activité, de soins ou d'équipements matériels lourds ;
- des reconnaissances d'activités ou de missions spécifiques.

Le dernier bilan effectué par l'établissement en 2017 témoigne de très nombreuses réalisations au regard des objectifs assignés.

¹⁵ Ressources humaines, qualité et sécurité des soins, politique d'achats, certification, système d'information, soins aux détenus.

Toutefois, certains de ces objectifs n'ont pu être atteints, notamment du fait des difficultés de recrutement rencontrées par l'établissement. Ainsi, le renforcement des synergies entre les deux sites, dans le respect de leur positionnement respectif¹⁶, a progressé, mais reste encore perfectible.

b) *Les plans de retour à l'équilibre financier (PREF) 2013-2017 puis 2017-2020*

Le CPOM visait un retour à l'équilibre pour l'exercice 2017, à la faveur notamment de 11,5 M€ de gains économiques (sur la base de 60 % de réduction de dépenses et 40 % d'augmentation de recettes).

Dans le cadre de l'élaboration d'un nouveau PREF pour la période 2017-2020, un bilan a été établi à la date du 31 décembre 2015. Il a montré que le PREF 2013-2017 n'avait été atteint qu'à hauteur de 19 %.

Au total, les recettes supplémentaires prévues ont été globalement obtenues sur la période 2013-2015. En revanche, les économies n'ont pas été réalisées, en particulier la réduction nette de - 36 équivalents temps plein (ETP). De la même manière, peu d'économies ont été réalisées sur les personnels administratifs, le bloc opératoire ou les charges à caractère médical.

La dégradation financière ainsi constatée a donc été prise en compte lors de l'élaboration du PREF 2017-2020.

Dans ce cadre, l'effort envisagé est de l'ordre de 12 M€, avec un retour à l'équilibre budgétaire espéré en 2020. Le plan repose sur des mesures d'économies à plus de 59 %, avec la suppression de près de 75 ETP et près de 41 % de recettes supplémentaires.

Compte tenu du déficit prévisionnel constaté en 2019 (- 7 M€ sur le budget principal) et de la stabilité des effectifs, les chances de succès de ce nouveau PREF semblent à ce jour réduites.

3. Les contrats de pôle

Le CHIES a mis en place une démarche de contractualisation interne avec les pôles d'activités médicaux et médico-techniques.

En préambule, les contrats précisent que « *la démarche de contractualisation interne s'inscrit [...] dans une optique d'amélioration du service rendu au patient, d'amélioration de la qualité et de la performance, de transformation des organisations et d'innovation managériale* ». Puis ils définissent le cadre général de la délégation de gestion et les modalités de fixation et de suivi des objectifs annuels en matière d'activité, de qualité et de dépenses.

A ce titre, le pilotage de l'activité ainsi qu'un certain nombre de ressources sont effectivement délégués aux pôles, qui sont incités à réaliser l'exhaustivité du codage grâce à un système de « bonus/malus ».

Une annexe annuelle, signée par les deux parties, précise les objectifs du contrat.

¹⁶ À savoir : plateau technique lourd et activités de référence et de recours à Évreux et activités de proximité, de premier recours et ambulatoire à Vernon.

L'enveloppe d'intéressement attribuée initialement peut en principe se voir abondée (ou diminuée) en fonction du degré de réactivité du pôle, évalué en nombre de rappels pour établir les comptes rendus d'hospitalisation.

Le pôle voit ainsi son enveloppe réduite de 20 euros dès la deuxième relance adressée par le département de l'information médicale (DIM). Au contraire, la réalisation d'un acte opératoire ou d'une hospitalisation augmente d'un ou deux euros l'enveloppe initiale.

Dans le cas le plus défavorable, le pôle se voit en principe retirer la totalité de son enveloppe d'intéressement initialement constituée.

4. La coopération avec le CHU de Rouen

Sous l'impulsion du CHIES, la coopération avec le CHU de Rouen – membre associé au GHT – s'est renforcée avec la signature, en juin 2017, d'une convention qui porte notamment sur l'organisation des filières de soins, l'encadrement pédagogique des formations en santé et une meilleure gestion de la démographie médicale sur le territoire.

Dans ce cadre, le CHIES et le CHU de Rouen établissent un diagnostic partagé des besoins liés aux activités de recours et de référence.

Le CHU coordonne ensuite l'organisation des filières de soins en lien avec les schémas interrégionaux d'organisation sanitaire et les activités relevant de centres de référence, de compétences ou pour lesquelles il joue un rôle de centre expert et de recours. Il définit et met en place – avec le GHT – les étapes du parcours de prise en charge des patients, dans un souci de maillage du territoire, en proposant du partage de temps médical, ainsi que le développement de la télémédecine.

Le CHU de Rouen coordonne également la répartition des stages d'internes devant répondre à la fois aux exigences pédagogiques et à la nécessité, pour les établissements membres du GHT, de disposer d'un maillage gradué et permanent du territoire en futurs professionnels de santé. Les partenaires s'engagent, en outre, à mener des actions d'information auprès des jeunes praticiens sur l'intérêt de mener une carrière à l'hôpital public, sur le déroulement de carrière et les statuts. L'objectif commun est de valoriser, auprès d'eux, le service public hospitalier et les opportunités de recrutement au sein du GHT.

Il est aussi prévu de favoriser les conditions d'accès, par les praticiens du GHT, aux divers plateaux techniques du CHU de Rouen. Des concertations régulières sont menées entre le président de la commission médicale d'établissement (CME) du CHU de Rouen, le doyen, les présidents de collège et/ou de commission médicale de GHT, les directions des affaires médicales du GHT et du CHU de Rouen ainsi que les coordonnateurs de diplôme d'études spécialisées et diplôme d'études spécialisées complémentaires (DES/DESC).

Enfin pour limiter les surenchères salariales et la concurrence entre établissements publics, il est prévu que le GHT Eure-Seine pays d'Ouche et le CHU de Rouen harmonisent les règles relatives à :

- l'organisation et la gestion du temps de travail médical et de la permanence des soins ;
- la rémunération du temps de travail additionnel ;
- la limitation des coûts d'intérim en développant une approche groupée.

B. Les ressources humaines

1. Le personnel médical

a) *Evolution des effectifs*

La période est marquée par la baisse des effectifs permanents de praticiens hospitaliers, principalement liée aux difficultés de recrutement dans certaines disciplines. Cette baisse est compensée par une augmentation des praticiens sous contrat : attachés, stagiaires associés et faisant fonction d'interne.

Tableau n° 10 : Evolution des effectifs du personnel médical

STATUTS	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution annuelle moyenne	Evolution 2018/2014
PH temps plein	114,22	114,73	116,28	109,00	110,73	-0,87	-3,05 %
PH temps partiel	11,08	10,82	11,95	11,14	12,05	0,24	8,72 %
Praticiens contractuels	18,36	17,44	18,88	22,14	20,13	0,44	9,65 %
Assistants	16,00	15,50	16,67	21,25	20,25	1,06	26,56 %
Attachés	43,39	51,41	50,77	47,59	54,11	2,68	24,70 %
Internes et FFI	63,62	65,29	64,76	72,17	72,70	2,27	14,27 %
Total	266,67	275,19	279,31	283,29	289,97	5,83	8,74 %

Source : CHIES

b) *La permanence des soins*

La permanence des soins n'est pas intégralement financée, du fait d'un nombre de lignes de gardes supérieur aux financements du FIR. En 2018, le surcoût supporté par le CHIES s'est élevé à près de 1 M€.

c) *L'intérim médical*

A l'instar de nombreux établissements, le CHIES a massivement recours à l'intérim pour pallier un déficit en ressources médicales. Entre 2014 et 2018, le coût de l'intérim (majoritairement affecté au service des urgences) s'est élevé à plus de 7,8 M€.

Depuis la publication du décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017¹⁷ et de l'arrêté du 24 novembre 2017, les dépenses d'intérim médical sont encadrées (article R. 6146-26 du CSP). Les dispositions qui en découlent fixent en effet le montant plafond journalier pour une journée de vingt-quatre heures de travail effectif, fixé transitoirement à 1 404,05 € pour l'année 2018 et à 1 287,05 € pour l'année 2019, pour s'établir ensuite à 1 170,04 €.

Le CHIES a indiqué à la chambre rencontrer des difficultés, sous peine d'être boycotté, pour appliquer les dispositions du décret précité :

- dans une région au fort déséquilibre entre l'offre et la demande de ressources médicales ;
- avec des médecins remplaçants généralement peu enclins à revoir à la baisse leur rémunération et contraignant l'établissement à déroger aux textes. L'établissement a d'ailleurs précisé en avoir informé son conseil de surveillance, le 6 mars 2020.

¹⁷ Relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.

Le contrôle de la chambre a fait apparaître que les contrats de quatre médecins remplaçants dépassaient les plafonds en vigueur.

Par ailleurs, l'article R. 6146-25 du CSP prévoit que la mise à disposition de praticiens par les agences de travail temporaire s'accompagne de la transmission aux établissements publics de santé concernés, au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition, de plusieurs attestations. Aucune attestation ne figurait dans les dossiers des médecins concernés. Ces différents documents ont pourtant vocation à sécuriser les conditions dans lesquelles s'effectue la mission du praticien.

Au cas particulier, l'attestation prévue au 4° de l'article précité permet de s'assurer que le praticien respecte les dispositions relatives au cumul d'activités encadrées par l'article R. 6152-26 du CSP. En effet, les praticiens hospitaliers à temps plein en position d'activité doivent consacrer la totalité de leur activité professionnelle à l'hôpital et aux établissements, services ou organismes liés à celui-ci par convention.

Ces dispositions souffrent notamment deux exceptions :

- dans le cas d'une activité libérale, sur la base d'un contrat type établi par voie réglementaire ou après accord du directeur de l'établissement de santé ;
- lorsque le praticien consacre deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à son établissement d'affectation.

Pourtant, la chambre a constaté que cinq médecins remplaçants exerçaient également dans d'autres établissements en qualité de praticiens hospitaliers à temps plein.

Dans sa réponse à la chambre, le CHIES s'est engagé à demander, avant la fin de l'année 2020, à tous les praticiens qui interviennent en qualité de médecin remplaçant, une attestation confirmant qu'ils ne sont pas soumis à l'interdiction du cumul d'activité.

Enfin, dans le cas où les agences ne font que mettre en relation l'établissement et les praticiens, les rémunérations alors consenties ne peuvent dépasser le plafond réglementaire en référence au 4^{ème} échelon de la grille des praticiens hospitaliers, majoré de 10 %, ce qui n'est pas toujours le cas au sein de l'établissement.

Au total, le non-respect des plafonds de rémunération des médecins remplaçants pèse lourdement sur le budget de l'établissement, malgré les arguments évoqués par ce dernier pour y déroger.

d) L'activité libérale

En 2018, 15 médecins avaient une activité libérale au sein de l'établissement. Ils représentaient moins de 5 % de l'ensemble des praticiens, contre 10 % au niveau national.

En contrepartie du service rendu par l'établissement au praticien, qui est alors autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'établissement, l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance (article L. 6154-3 du CSP). Cette redevance est fixée en pourcentage des honoraires perçus par le praticien, dépassements éventuels compris. La redevance est calculée par l'administration de l'hôpital, toutes taxes comprises, sur la base des états récapitulatifs établis par les praticiens. Son paiement est trimestriel.

La chambre a constaté que le nombre de consultations et actes effectués au titre de l'activité publique de certains médecins était inférieur à celui réalisé à titre libéral.

La commission d'activité libérale (CAL) semble en effet considérer que les praticiens respectent leurs obligations dès lors que le total de leur activité publique (consultations et actes externes) est supérieur à celui de leur activité privée. L'établissement a d'ailleurs indiqué à la chambre que « *l'article L. 6154-2 du CSP n'explicitant pas clairement l'obligation d'avoir un équilibre entre chaque "sous-catégorie", la CAL s'en tient au contrôle du volume global par secteur* ».

Pour sa part, la chambre considère, à la lumière de l'avis du Conseil d'État en date du 6 février 1996, qu'il s'agit d'une lecture erronée des dispositions de la loi.

L'équilibre entre activité publique et libérale doit en effet être apprécié en veillant à ce que chacune des activités exercées (consultations, soins en hospitalisation et actes médico-techniques) le soit, à titre principal et non globalement, dans le secteur hospitalier public.

Dans sa réponse à la chambre, l'établissement s'est engagé, à compter de l'exercice 2020, à apprécier les volumes, par type d'activité exercé, entre public et privé.

2. Le personnel non médical

a) *Cadre général*

La gestion du personnel non médical est partagée entre la direction des ressources humaines et la direction des soins.

A l'instar de nombreux établissements, le CHIES rencontre des difficultés de recrutement pour certaines professions paramédicales parmi lesquelles figurent les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers de bloc opératoire et anesthésistes mais également les aides-soignants et autres infirmiers.

Afin d'y remédier, l'établissement procède de diverses manières. S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, il fait appel à des cabinets de recrutement spécialisés. Il a mis également en place une politique incitative : mise en stage immédiate, recrutement d'allocataires d'étude permettant de fidéliser des étudiants stagiaires, promotion professionnelle, dispositif dérogatoire de sélection professionnelle permettant à certains agents de services hospitaliers travaillant en EHPAD d'accéder aux formations d'aides-soignants par sélection en commissions administratives paritaires.

b) *Évolution de l'effectif*

L'effectif a connu une augmentation sensible entre 2014 et 2015 (+ 15 ETP) puis entre 2015 et 2016 (+ 6 ETP), avant une baisse marquée entre 2016 et 2018 (- 7 ETP). Ces situations résultent principalement de réorganisations opérées au sein des services de soins.

c) *Absentéisme*

L'absentéisme du personnel non médical baisse sur la période, passant de 9,12 % à 8,15 % en 2018, soit un taux légèrement inférieur à celui constaté en moyenne pour les hôpitaux de la strate en 2017 (8,4 %) ¹⁸.

Ces données sont toutefois contrastées selon les pôles. Ainsi, un taux de 6 % est constaté pour les pôles chirurgie, femme mère enfant et médecine d'urgence, alors que le pôle médecine affiche un taux sensiblement supérieur (11 %).

¹⁸ Les données de comparaison sont issues du rapport des bilans sociaux de 2017 ATIH catégorie des CH>70 M.

Les absences pour raisons de santé, qui représentent 71 % des motifs invoqués, progressent de près de 15 % sur la période.

Si le nombre global de jours d'absence baisse entre 2014 et 2018 de 10 %, l'absentéisme compressible augmente de 6 % alors que l'absentéisme incompressible¹⁹ enregistre une baisse de 32 %.

Tableau n° 11 : L'absentéisme incompressible du PNM

Absentéisme compressible des PNM	formule	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution 2014/2018
Maladies ordinaires	<i>o</i>	26 249	28 642	30 085	29 586	30 578	16 %
Accidents de travail	<i>at</i>	9 959	9 666	8 702	9 345	8 576	-14 %
Accidents de trajet	<i>aj</i>	444	728	750	595	208	-53 %
Maladies professionnelles	<i>p</i>	5 666	4 056	6 293	5 799	5 674	0 %
Total absentéisme compressible	AC	42 318	43 092	45 830	45 325	45 036	6 %
Nombre total de jours d'absence	J	74 325	72 746	74 284	69 729	66 825	-10 %
Absentéisme incompressible	AI=J-AC	32 007	29 654	28 454	24 404	21 789	-32 %
ETP PNM	E	2 233	2 249	2 254	2 252	2 248	1 %
Absentéisme incompressible/ETP PNM	AI/E	14,3	13,2	12,6	10,8	9,7	-32 %

Source : bilans sociaux

L'établissement a mis en place diverses mesures visant à réduire l'absentéisme des agents. Il recourt notamment aux services de deux agents de prévention aux gestes et postures, et a développé des actions de formation à destination du personnel encadrant. Il a par ailleurs mis en place un comité des risques psycho-sociaux et renforcé les contrôles en ciblant les absences suspectées d'être abusives.

IV. LA FIABILITE DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIERE

A. Certification et fiabilité des comptes

1. La certification des comptes

Depuis 2015, les comptes du CHIES sont soumis à certification par un commissaire aux comptes. Les travaux préalables à la certification ont été réalisés par l'établissement sans le recours à un cabinet spécialisé.

En 2015 les comptes ont été certifiés sans réserve. En 2016, 2017 et 2018, le commissaire aux comptes a formulé des réserves portant sur :

- une insuffisante formalisation et une mise en œuvre incomplète des procédures de contrôle interne, concernant la chaîne de facturation en matière de codage ;
- l'impossibilité de recourir à d'autres procédures d'audit, qui a empêché le commissaire aux comptes de s'assurer de l'exhaustivité et de la bonne valorisation des recettes d'hospitalisation de l'exercice clos au 31 décembre 2017.

¹⁹ Selon la DARES, l'absentéisme compressible (celui sur lequel on possède des leviers pour agir) concerne les maladies ordinaires, les accidents de travail, les accidents de trajet, les maladies professionnelles et les absences injustifiées. Par défaut, l'absence incompressible comprend les congés maternité, syndical ou de formation.

Ces réserves ont conduit l'établissement à établir un plan d'actions, conduit par le DIM, portant sur le contrôle qualité, l'acquisition de logiciels spécialisés et le renforcement des effectifs de techniciens de l'information médicale (TIM).

2. La fiabilité des comptes

a) *Le suivi des stocks*

À la demande du commissaire aux comptes, le CHIES a mis en place, depuis 2016, un plan d'actions pour assurer la correspondance entre les stocks physiques et l'inventaire comptable. Celui-ci s'applique notamment à la direction des ressources matérielles (qui ne dispose pas d'inventaire valorisé, hors l'inventaire physique du service biomédical) et à la pharmacie (qui dispose de stocks déportés dans les unités de soins).

b) *Les amortissements*

L'établissement a transmis à la chambre les durées moyennes d'amortissement par type de biens. Cette présentation, qui est conforme aux recommandations du commissaire aux comptes, n'a pas fait l'objet d'une décision formelle de l'ordonnateur, comme le prévoit pourtant l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé.

Par ailleurs, les amortissements liés au nouvel hôpital ont fait l'objet d'une redéfinition, par composants, dès 2015. Celle-ci a conduit à fixer des durées d'amortissement différenciées par poste d'immobilisation comme, par exemple, pour le « gros œuvre », désormais amorti sur une durée de temps plus longue que celle préconisée par l'instruction M21²⁰.

Tableau n° 12 : Poids financier de chacun des composants du nouvel hôpital

Classement	Durée en années	Montant valeur d'origine
Structure (gros œuvre)	40	114 893 883,73
Menuiseries extérieures	20	2 631 332,04
Chauffage / eau glacée	20	13 495 575,46
Étanchéité	15	1 450 468,51
Ravalement / peinture	10	2 847 068,53
Electricité	20	4 057 856,44
Plomberie / sanitaire	15	5 557 810,32
Ascenseur	15	19 533,98

Source : CHIES

L'ajustement des méthodes (corrections, fiche par fiche, afin de définir les composants et de leur appliquer le taux correspondant) a eu un impact négatif, en solde net, sur les fonds propres de l'établissement :

- en 2015 (- 4,19 M€), s'agissant de l'amortissement des immobilisations mises en service en 2011 (nouvel établissement) ;
- en 2016 (- 3,79 M€), s'agissant de l'amortissement des immobilisations relatives aux deux sites de l'EHPAD.

²⁰ Les 114 M€ de valeur d'origine seront amortis sur 40 ans au lieu de 30 ans.

c) *L'inventaire*

Le certificateur n'a pas émis de réserve sur la fiabilisation de l'inventaire physique. Le comptable public a néanmoins indiqué que l'actif n'était pas encore conforme à l'inventaire tenu par l'ordonnateur.

La chambre a constaté que l'état de l'actif et l'inventaire ne pouvaient être rapprochés, bien que le CHIES ait procédé à la sortie de son actif de biens réformés, sans valeur nette comptable résiduelle, pour un montant de 20,3 M€ en 2017 et de 2,2 M€ en 2018.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'établissement s'est engagé à y remédier d'ici au 31 décembre 2020.

Un guide d'enregistrement des dépenses d'investissement, déjà rédigé par les services financiers, devrait être prochainement validé et permettre le suivi de l'actif, de l'imputation à la sortie du bien. Ce guide mériterait d'être complété du nom des acteurs impliqués dans cette procédure, des conditions de leurs interventions respectives et du contrôle interne mis en place sur le sujet.

d) *Les provisions*

Fin 2018, le total des provisions s'établissait à près de 47 M€, avec de faibles variations sur la période. Les provisions réglementées concentraient 76 % de ce total. Les provisions suivantes appellent des observations de la chambre.

(1) *Provisions pour le compte épargne-temps (CET)*

Conformément aux dispositions du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 modifié et de l'arrêté du 17 avril 2014, l'établissement doit constater une provision pour chaque jour épargné sur les comptes épargne-temps des agents (titulaires ou non), valorisée en fonction d'un montant forfaitaire correspondant à la catégorie statutaire et majorée des cotisations patronales en vigueur.

Depuis l'arrêté du 20 décembre 2018, pour les praticiens hospitaliers, les jours épargnés sont « valorisés sur une base individuelle en retenant le coût moyen journalier de chaque agent concerné [...] ».

S'agissant du personnel médical, la liquidation sur une base individuelle devrait se traduire par une reprise de la provision d'environ 0,8 M€.

(2) *Provisions relatives à la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)*

L'établissement doit constituer, s'agissant des demandes qui lui sont adressées, des provisions suffisantes pour couvrir, dans la perspective de l'ouverture de droits à retraite, les charges afférentes à la validation des services en qualité d'agent non titulaire et aux années d'études du personnel infirmier, sage-femme ou assistant social (décret n° 2016-1101 du 11 août 2016)²¹.

Chaque employeur auprès duquel le fonctionnaire a accompli des périodes de service en tant qu'agent non titulaire verse une contribution calculée sur la base du traitement afférent à l'emploi occupé par le fonctionnaire à la date de sa demande de validation et au

²¹ Le montant de la charge doit être estimé au coût réel si la complétude et le volume des dossiers présentés par les agents le permettent. Il peut l'être d'après une méthode statistique, lorsque le volume de dossiers rend impossible une liquidation individuelle. Le taux de rejet des dossiers par la CNRACL ainsi que le taux de refus des agents consécutivement à la proposition de la CNRACL peut être pris en compte pour appliquer un abattement au montant obtenu.

taux en vigueur au moment de l'accomplissement des périodes à valider. Pour la validation des années d'études, la contribution est versée par le premier employeur qui a titularisé le fonctionnaire. Il appartient enfin à l'établissement ayant procédé à la titularisation de verser les contributions rétroactives.

Les dispositions du décret précité sont applicables de manière rétrospective et donc constitutives d'un changement de méthode comptable. Dès lors, une provision doit être reconstituée pour les personnels présents dans l'établissement et titularisés par ce dernier. De même, lorsque l'établissement a connaissance du dépôt d'un dossier pour lequel il est redevable de contributions, il doit également comptabiliser une provision.

Conformément aux préconisations du commissaire aux comptes, une méthode statistique a été arrêtée par l'établissement sur la base de la moyenne constatée sur cinq ans. La dotation annuelle était de 3 M€ en 2014 et de 1,3 M€ en 2018. Le nombre de dossiers de demandes connaît un effet en baisse constante²², trouvant, notamment, son origine dans l'extinction progressive des statuts territoriaux.

Il demeure que la méthode arrêtée par le CHIES ne prend pas en compte, afin d'ajuster la provision au plus près du risque :

- les refus des agents de poursuivre la démarche ou le taux de rejet CNRACL ;
- le recensement réel des agents concernés qui ne travaillent plus au CHIES mais seraient potentiellement concernés par ces dispositions.

(3) Provisions pour dépréciation de l'actif

L'instruction M21 prévoit que les créances inscrites pour l'essentiel aux comptes 416 (redevables-contentieux) et dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constatation d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à la minorer.

Cette provision, inférieure à 290 000 euros jusqu'en 2015, s'élève à 2,7 M€ en 2016 et augmente de 47 % entre 2016 et 2018 du fait de la mise en place, sur préconisation du commissaire aux comptes, d'une méthode statistique d'évaluation de la dépréciation de l'actif.

Ainsi, pour les « hospitalisés et consultants », qui représentent 70 % des dépréciations, cette méthode statistique consiste à appliquer un taux de dépréciation sur la base des admissions en non-valeur constatées les années « N-4 » à « N-6 » (par exemple 2012 à 2014 pour le taux 2018) divisé par l'assiette. La moyenne de ces trois années constitue le taux de perte statistique.

Toutefois, le stock des créances à recouvrer n'étant pas suivi par l'établissement, ce dernier ne peut ajuster la provision à réaliser.

Ainsi, malgré la baisse de l'assiette « hospitalisés et consultants » de 8,45 % entre 2017 et 2018, les restes à recouvrer au titre de l'année 2018 ont augmenté de 22 % par rapport à ceux relatifs à l'année 2017. Par ailleurs, le taux de dépréciation permettant de calculer le montant à provisionner pour une année N se déduit de l'évolution constatée les années antérieures, sans tenir compte de l'évolution la plus récente.

²² La baisse constatée en 2018 s'agissant des ex-agents du CHIES résulte du retrait du calcul de la provision des agents qui n'ont pas été titularisés par l'établissement.

Pour les autres débiteurs, les créances sont dépréciées à 100 % à partir de l'exercice « N-2 » (sauf pour la sécurité sociale, pour laquelle le taux est ramené à 90 %).

Au total, le niveau particulièrement élevé de la provision, établie sur la seule base d'un critère statistique, appelle des ajustements, ce d'autant que subsistent les questions de la fiabilité du volume de créances apparaissant au bilan et de la possible sous-évaluation des admissions en non-valeur. Il est à noter, toutefois, que la valorisation des créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation est passée de 174 jours en 2015 à 156 jours en 2018.

B. Situation financière

Depuis 2017, le CHIES dispose de cinq budgets annexes²³. Le budget principal de l'hôpital (« H ») représente près de 90 % des produits consolidés. Ouvert en 2017, le budget « G » retrace l'activité du GHT et un seul budget (« E ») regroupe les deux EHPAD, depuis leur fusion en 2014.

1. Situation consolidée

Entre 2014 et 2019, le résultat consolidé est constamment négatif, le résultat structurel (hors aides exceptionnelles) étant compris entre - 1,7 M€ et - 14 M€.

Le déficit prévisionnel 2019 consolidé atteignait 7,2 M€ (14,2 M€²⁴ retraité des aides exceptionnelles de l'ARS au titre des crédits de tension).

2. Le budget principal

a) *Evolution globale*

Sur la période, les charges augmentent, en rythme annuel, légèrement plus vite que les produits (0,6 % contre 0,2 %). Par suite, le déficit s'accroît régulièrement entre 2014 et 2017, passant de - 1,5 M€ à - 5,1 M€.

L'amélioration constatée en 2018 est imputable à la baisse des charges afférentes aux frais financiers (cf. *infra*). En 2019, le résultat prévisionnel affiche un déficit de l'ordre de - 6 M€.

L'évolution des charges est différenciée. Ainsi, la part des charges de personnel s'accroît sur la période, passant de 64 % de l'ensemble en 2014 à 68 % en 2018. De même, les charges à caractère médical progressent de 13 % sur la période. En revanche, les charges des titres 3 et 4 enregistrent une baisse continue, avec une part relative qui décroît de 20 points entre 2014 et 2018.

Les recettes évoluent également de manière contrastée, selon leur nature. Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) ont augmenté de 15 % sur la période, alors que les titres 2 et 3 enregistrent une baisse sensible. La variation du titre 3 résulte principalement d'un changement d'affectation comptable des produits du fonds d'intervention régional (FIR), imputés sur le titre 3 jusqu'en 2014 (depuis lors, sur le titre 1).

²³ USLD (« B »), IFSI (« C »), EHPAD (« E1 »), SSIAD (« N ») et GHT (« G »).

²⁴ Source : RIA2 décembre 2019

b) Evolution détaillée des produits

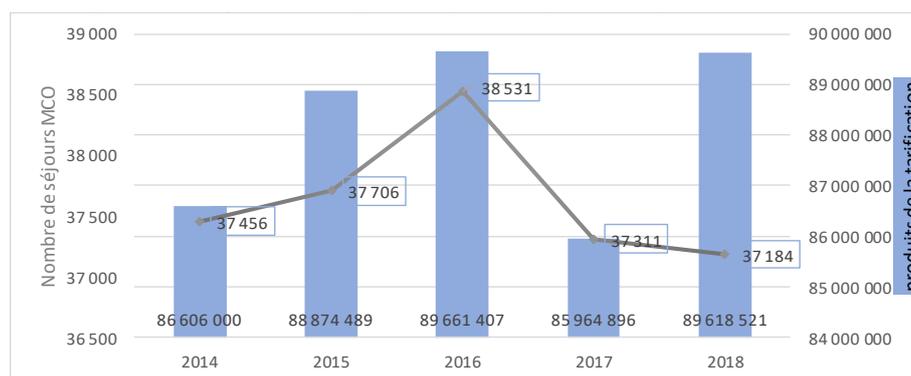
(1) Evolution des produits versés par l'assurance maladie

Les produits versés par l'assurance maladie passent de 129 à 149 M€ de 2014 à 2019. Parmi tous les postes concernés, seules la dotation annuelle de financement et la facturation des dispositifs médicaux diminuent sur la période. Selon l'établissement, cette évolution résulte en partie de la réforme du mode de financement de la réforme du secteur SSR²⁵ et des aides consenties par l'ARS.

Les produits de la tarification de séjour progressent de 2 % sur la période pour atteindre 88,1 M€ en 2019, en raison du redressement de l'activité de chirurgie et de certains secteurs du pôle médecine d'urgence (réanimation et urgences) mais aussi d'un meilleur codage.

Globalement, les séjours, en augmentation entre 2014 et 2016, baissent depuis 2017. La valorisation suit la même tendance, à l'exception de l'année 2018 (pour les raisons développées plus haut).

Graphique n° 3 : Evolution des séjours et des produits de la tarification des séjours



Source : Scansanté et comptes financiers

Le poste « produits des médicaments MCO », qui regroupe les produits pharmaceutiques listés en sus de la tarification à l'activité (T2A) ainsi que les médicaments sous autorisations temporaires d'utilisation (ATU), augmente de 65 % sur la période, passant de 4,9 à 8,1 M€. Cette progression est imputable aux nouveaux traitements utilisés en oncologie ou contre les maladies rares.

Depuis la mise en place de la T2A, les établissements de santé ont la possibilité de facturer à l'assurance maladie certains médicaments ou dispositifs médicaux implantables (DMI). Entre 2014 et 2018, le CHIES a bénéficié d'un écart entre le prix payé par l'établissement et le tarif de responsabilité²⁶ accordé, ce qui représente la marge qui lui est octroyée. Les pertes liées à la non-valorisation de ces molécules onéreuses et autres DMI

²⁵ Dotation annuelle de financement (fraction majoritaire) et dotation modulée à l'activité (fraction minoritaire) – cf. loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

²⁶ Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale est fixé par convention entre l'entreprise et le comité économique des produits de santé. Sa fixation tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du CSP et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique.

(jetés, périmés, non valorisables car non rattachés à un séjour) ne sont toutefois pas comptabilisées par la pharmacie.

Les forfaits annuels MCO regroupent deux types de prestations : le forfait annuel des urgences (FAU), qui représente la quasi-totalité de ce poste, et les prélèvements d'organes ou de tissus.

Depuis 2016, les SSR sont financés pour partie « à l'activité », le complément étant assuré par la dotation annuelle de financement (DAF). Cette dernière baisse sur la période, sans être totalement compensée par la part « à l'activité ». Cette situation s'explique par la réfaction opérée par l'ARS depuis 2014. Les dotations au titre des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC), après avoir augmenté de façon continue entre 2014 et 2017, accusent une baisse sensible en 2018, principalement imputable à la non-reconduction de l'aide en exploitation de 1,5 M€ de l'ARS.

(2) Autres produits de l'activité hospitalière

Généralement, les recettes de titre 2 épousent l'évolution des recettes du titre 1. Toutefois, la baisse observée relative au compte 7321 « produits de la tarification en hospitalisation complète » (passant de 6,4 M€ en 2014 à 4,8 M€ en 2019) résulte d'une baisse des tarifs journaliers (1 % en 2014 et 3 % en 2015). Elle a été imposée par l'ARS et résulte, dans une moindre mesure, du basculement progressif vers l'activité ambulatoire.

L'augmentation du forfait journalier de 2 euros, entre 2017 et 2018, renchérit mécaniquement ce poste.

(3) Autres produits

La baisse sensible enregistrée entre 2014 et 2015 s'explique principalement par les 12 M€ obtenus en 2014 au titre des subventions d'exploitation (FIR), désormais comptabilisées au titre 1. Même en neutralisant cet impact, la baisse atteint près de 11 % sur la période, en dépit d'une augmentation significative des produits de rétrocessions (+ 1,2 M€).

Les reprises sur provisions, qui ont augmenté dans un premier temps pour se conformer à la réalité des risques, diminuent sur la période. Ainsi, en 2018, seules les autres provisions pour charges ont fait l'objet d'une reprise.

Enfin, l'année 2014 a enregistré des cessions d'actifs pour 1,4 M€, portant sur la vente de trois maisons et deux appartements sur le site de Vernon ainsi que d'un bâtiment annexe et divers matériels.

c) Evolution détaillée des charges

(1) Charges de personnel

Les charges de personnel du budget principal croissent de 5,7 % de 2014 à 2018, passant de 117 à 124 M€. Après une hausse de 2,6 % de 2014 à 2015, le PREF a permis de ralentir la progression de ces charges par diverses mesures liées aux effectifs (suppressions d'effectifs ou redéploiement d'agents sur de nouvelles structures), aux heures supplémentaires et aux gardes et astreintes.

Tableau n° 13 : L'effet prix/volume dans la variation de la masse salariale

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
ETP	1 975	1 989	1 988	1 976	1 966
Masse salariale	87 742 337	89 640 241	90 303 826	90 801 860	91 211 569
Evolution		1 897 903	663 585	498 034	409 709
Coût moyen	44 426	45 068	45 424	45 952	46 394
Effet prix		1 275 932	708 653	1 043 127	869 232
Effet volume		621 971	-45 068	-545 094	-459 524
Effet prix %		67	107	209	212

Source : CHIES

L'incidence du glissement vieillesse technicité (GVT) sur la masse salariale varie de 1,59 % en 2014 à 0,84 % en 2018. Le GVT diminue régulièrement sur la période.

Globalement, la part relative du personnel médical contractuel augmente sensiblement sur la période, en lien direct avec les difficultés de recrutement rencontrées par l'établissement.

(2) Dépenses à caractère médical

Les dépenses à caractère médical progressent de 14 % en moyenne annuelle de 2014 à 2019, passant de 28,6 à 32,6 M€ (+ 4 M€). Cette augmentation est principalement imputable aux dépenses de médicaments. Plusieurs facteurs contribuent à cette augmentation : la rétrocession de médicaments (qui pèse pour plus d'un tiers) et les spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (pour plus de 40 %). En neutralisant ces deux postes, l'augmentation est ramenée à 4,4 % sur la période.

Les charges liées aux réparations de biens connaissent également une augmentation sensible (+ 52 % en quatre ans) du fait du vieillissement du parc biomédical.

(3) Dépenses à caractère hôtelier et général

Les dépenses à caractère hôtelier et général baissent de - 14 % sur la période, passant de 19,8 à 16,9 M€. Cette baisse touche tous les postes, hormis les autres charges de gestion courante et les impôts.

En ce qui concerne le chapitre 61 « services extérieurs », la baisse atteint - 30 % de 2014 à 2018 pour s'établir à 2,7 M€.

(4) Charges d'amortissement de provisions et financières

Les charges de titre 4, qui recouvrent notamment les dépenses liées aux intérêts d'emprunt et les dotations aux amortissements, ont diminué de 3,8 M€ entre 2014 et 2018 (- 22,5 %). Cette situation résulte d'une réduction des emprunts et des investissements lourds, comme précisé *infra*.

3. Les budgets annexes

A l'exception du budget du GHT, l'ensemble des budgets annexes (USLD, IFSI, SSIAD) présente une situation dégradée contribuant au déficit du budget consolidé de l'établissement pour un montant d'environ 0,7 M€.

Le budget « E » : EHPAD résulte de la fusion des deux budgets des EHPAD d'Évreux et Vernon à compter de 2014.

Une convention a été signée en 2014, pour cinq ans, avec le département de l'Eure et l'ARS. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens aurait dû logiquement être élaboré par la suite, ce qui n'a pas été le cas.

Le budget est resté constamment déficitaire sur la période (- 300 437 € en 2019). Il s'établissait en 2019 à 12 M€²⁷.

Les charges de personnel ont augmenté à partir de 2017 (recrutement d'un coordonnateur de la filière gériatrique et un renfort de temps infirmier). En revanche, les charges à caractère hôtelier et général ont baissé de 10 % sur la période.

4. La marge brute

Le taux de marge brute, hors aides financières, est le solde intermédiaire de gestion²⁸ le plus pertinent pour mesurer la capacité de l'établissement à financer ses investissements courants, notamment incompressibles, ainsi que la charge de la dette.

Pour que l'investissement puisse être financé et ne soit pas tributaire des aides financières, il est nécessaire de disposer d'un taux de marge brute non aidée de l'ordre de 8 %²⁹.

Or, s'agissant du CHIES, ce dernier atteignait 2,2 % en 2018, soit un niveau notoirement insuffisant pour couvrir les investissements courants ainsi que la charge de la dette³⁰.

Tableau n° 14 : La marge brute d'exploitation et le taux de marge brute

Libellé	2014	2015	2016	2017	2018
Marge brute d'exploitation	10 218 639	8 835 410	8 323 596	6 167 707	10 249 151
Produits courants de fonctionnement	188 554 867	189 788 881	193 082 612	192 447 670	197 192 401
Taux de marge brute	5,42 %	4,66 %	4,31 %	3,20 %	5,20 %
Aides financières non pérennes accordées par la tutelle	1 160 000	1 700 000	600 000	7 488 211	5 982 209
Marge brute d'exploitation retraitée	9 058 639	7 135 410	7 723 596	-1 320 504	4 266 942
Taux de marge hors aides	4,80 %	3,76 %	4,00 %	-0,69 %	2,16 %
<i>Taux de marge brute médian des EPS de la catégorie</i>	<i>6,86 %</i>	<i>6,25 %</i>	<i>6,27 %</i>	<i>4,72 %</i>	<i>4,87 %</i>

Source : TBFEPS, compte financier, rapport financier

²⁷ Cf. annexe tableau n° 47.

²⁸ Cf. annexe tableau n° 52.

²⁹ IGAS, rapport n° RM2013-032P / IGF N°2012-M072-02 37 [131].

³⁰ Selon l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A – DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé, « Les objectifs d'équilibre financier fixés par les ARS concerneront prioritairement l'atteinte d'un niveau de marge brute d'exploitation calculé hors aides financières, Pour les établissements qui s'engagent dans des projets d'investissements lourds conduisant à un endettement important ou pour les établissements qui présentent d'ores et déjà une charge annuelle de la dette représentant au moins 5 % de leurs produits d'exploitation, il est recommandé de viser l'atteinte d'une marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits hors aides financières. »

5. La capacité d'autofinancement

Tableau n° 15 : La capacité d'autofinancement brute et nette

En euros	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution annuelle moyenne
Total des charges	201 566 265	203 478 624	207 454 884	208 364 440	206 640 915	0,5 %
Total des produits	200 951 350	200 015 652	203 137 370	203 334 593	204 541 767	0,4 %
Résultat des comptes de résultat	-614 915	-3 462 971	-4 317 514	-5 029 847	-2 099 148	NS
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	14 057 533	14 306 682	14 319 949	13 270 944	11 873 333	-3,3 %
- Reprises sur dépréciations et provisions (078)	4 469 779	3 261 195	2 411 114	2 346 605	1 095 346	-24,5 %
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés(C675)	492 670	2 946	18 854	6	5 899	-58,7 %
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)	1 401 442	6 683	24 217	4 100	23 511	-55,8 %
- Quote-part des subventions d'investissements virée au résultat de l'exercice (C777)	214 914	499 753	510 604	563 823	362 732	11,0 %
CAF brute	7 849 155	7 079 024	7 075 353	5 326 576	8 298 496	1,1 %
- Aides exceptionnelles ARH et ARS	1 160 000	1 700 000	600 000	7 488 211	5 982 209	
CAF brute retraitée	6 689 155	5 379 024	6 475 353	-2 161 635	2 316 287	-19,1 %
Remboursement annuités en capital	8 013 123	8 070 680	8 370 418	8 780 993	9 288 279	3,0 %
CAF nette retraitée	-1 323 968	-2 691 656	-1 895 065	-10 942 628	-6 971 992	NS

Source : compte financier, rapport financier, retraitement CRC

Si la CAF brute s'améliore sensiblement en 2018 (8,3 M€), la CAF nette demeure négative sur toute la période.

a) *Le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement*

Le fonds de roulement est en diminution sur la période, passant de 25,5 M€ à près de 20 M€ de 2014 à 2018.

Cette baisse, difficilement soutenable à moyen terme, résulte :

- d'une part, de la diminution des ressources stables et principalement de la chute du montant des fonds propres de 24 % entre 2014 et 2018 et d'un résultat déficitaire à chaque exercice ;
- d'autre part, de la politique – quasi-systématique sur la période – de prélèvements sur le fonds de roulement compte tenu d'une capacité d'investissement réduite et d'un recours à l'emprunt limité (en cohérence avec une diminution de l'endettement souhaitée par l'établissement).

Les emplois stables diminuent en raison de la baisse des immobilisations d'exploitation (plus particulièrement les constructions et installations techniques) et du changement de méthode d'amortissement.

Tableau n° 16 : La constitution du fonds de roulement

	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution annuelle moyenne
+ Apports, réserves et reports	39 063 966	28 319 433	21 067 199	16 755 579	11 821 917	-21 %
+ Résultat de l'exercice	- 614 915	- 3 462 971	- 4 317 514	- 5 029 847	- 2 099 148	28 %
= Fonds propres	38 449 051	24 856 462	16 749 685	11 725 732	9 722 769	-24 %
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	2 555 520	2 468 488	3 053 088	2 794 050	3 672 016	8 %
+ Provisions	45 027 764	50 100 011	48 759 990	47 178 131	46 964 210	1 %
= Fonds propres élargis	86 032 335	77 424 961	68 562 763	61 697 914	60 358 995	-7 %
+ Dettes financières	140 062 621	137 008 341	132 654 323	126 937 430	117 653 151	-3 %
= Ressources stables (a)	226 094 956	214 433 302	201 217 085	188 635 344	178 012 146	-5 %
Immobilisations d'exploitation	200 143 303	187 663 000	174 388 264	165 407 445	157 556 629	-5 %
+ Immobilisations financières	466 074	466 074	466 074	466 074	466 074	0 %
= Actif immobilisé (b)	200 609 378	188 129 074	174 854 338	165 873 520	158 022 703	-5 %
Fonds de roulement (a-b=c)	25 485 578	26 304 228	26 362 747	22 761 824	19 989 443	-5 %

Source : compte financier

Le besoin en fonds de roulement retrouve en 2018 son niveau de 2014 et s'établit à 15 M€.

b) La trésorerie

La trésorerie devient négative en 2018 (-2,1 M€), avec un fonds de roulement qui ne couvre plus le besoin en fonds de roulement.

Pour gérer cette situation, l'établissement a eu recours à des lignes de trésorerie à partir de 2018 (5 M€).

Ces éléments amènent la chambre à constater le caractère très préoccupant de la situation bilancielle de l'établissement qui, si elle se prolonge, pourrait le conduire à une impasse financière.

6. L'investissement et son financement

a) L'investissement

Les dépenses d'équipement de l'établissement ont baissé de 6,6 à 3,1 M€ de 2014 à 2018.

Le versement d'une aide en investissement de 1 M€ par l'ARS a permis de conforter le tableau de financement en 2018, mais on observe une poursuite du ralentissement du rythme des investissements pour cette même année.

Les équipements sont limités aux travaux de mise aux normes et de renouvellement des équipements indispensables, avec cependant des achats de matériels innovants grâce au financement partiel des fondations Charles Nicolle et Isambard.

Tableau n° 17 : Le financement des investissements

	2014	2015	2016	2017	2018
CAF nette	-163 968	-991 656	-1 295 065	-3 362 977	-776 625
+ Recettes d'investissement hors emprunt	2 559 443	820 136	1 119 422	314 780	1 360 393
= Financement propre disponible	2 395 475	-171 520	-175 643	-3 048 197	583 768
- Dépenses d'équipement réelles	6 678 563	5 870 629	3 784 181	3 560 754	3 147 646
- Prises de participation nettes	56	0	0	0	0
- Titres individualisés, c/ placement, prêts	300	915	-1 944	-35 368	-655
- Charges à répartir	-30 425	0	0	0	0
+/- Variation autres dettes (dettes PPP)	0	0	0	0	0
sous-total dépenses d'équipements	6 648 494	5 871 544	3 782 237	3 525 386	3 146 991
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	-4 253 019	-6 043 064	-3 957 880	-6 573 583	-2 563 223

Source : compte financier

Les ratios liés à l'investissement se dégradent.

Le taux de vétusté reste logiquement en-deçà du 2^{ème} décile de la catégorie, compte tenu de la reconstruction récente de l'hôpital. En revanche, l'intensité d'investissement et le taux de renouvellement des immobilisations demeurent très faibles.

Tableau n° 18 : Ratios liés à l'investissement

	Etablissement					Catégorie					
	2014	2015	2016	2017	2018	2016		2017		2018	
						2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Taux de vétusté des bâtiments	-	28,5	32,8	35,4	38,6	36,5	62,7	37,8	63,2	40,1	64,5
Intensité de l'investissement	-	3	1,9	1,8	1,6	1,6	7,3	1,7	6,2	1,4	5,6
Taux de renouvellement des immobilisations					1,06					1,37	6,88

Source : Hospidiag / CRC, TBFEPS

b) Le financement de l'investissement

Grâce aux apports du fonds de roulement, significatifs en 2012 (+ 11,49 M€) et 2013 (+ 3,92 M€), le CHIES a pu couvrir ses besoins en financement de l'investissement sur la période. Il demeure néanmoins que, comme le souligne le rapport financier 2018 et comme indiqué *supra*, cette politique n'est plus supportable à court terme.

Tableau n° 19 : Tableau de financement pluriannuel des investissements

Tableau de financement	2014	2015	2016	2017	2018
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	8 013 123	8 070 680	8 370 418	8 780 993	9 288 279
Titre 2 - Immobilisations	6 675 894	5 895 278	3 785 525	3 560 754	3 147 646
Titre 3 - Autres emplois	356	201 844	0	400	0
Total des emplois	14 689 373	14 167 802	12 155 943	12 342 147	12 435 925
<i>Apport en fonds de roulement</i>			58 159		
Capacité d'autofinancement	7 849 155	7 079 024	7 075 353	5 326 576	8 298 496
Titre 1 - Emprunts	2 013 400	5 016 400	4 016 400	3 064 100	400
Titre 2 - Dotations et subventions	1 158 001	1 014 381	1 095 205	310 680	1 336 882
Titre 3 - Autres ressources	1 398 773	31 333	27 505	27 505	24 166
Total des ressources	12 419 328	13 141 138	12 214 463	8 728 860	9 659 944
<i>Prélèvement sur le fonds de roulement</i>	-2 270 045	-1 026 664		-3 613 287	-2 772 381

Source : rapport financier annuel

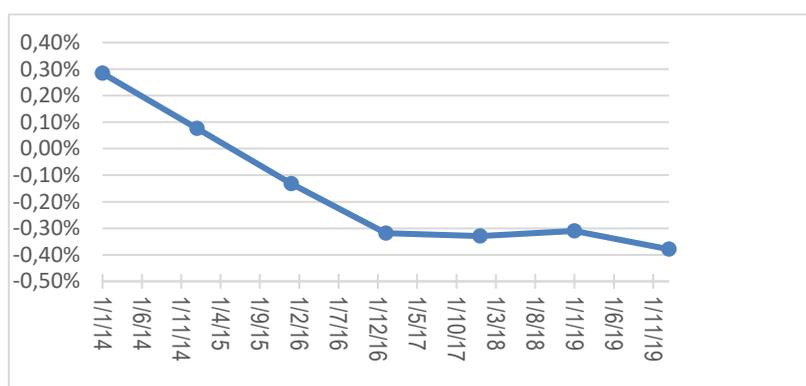
7. La dette

La dette du CHIES s'élevait à 117 M€ en 2018³¹. Son volume diminue en moyenne, depuis 2014, de 3 % par an³². En 2018, elle représentait 59 % des produits (ratio également en baisse, sur la période).

Les emprunts à taux fixe représentent 87 % de l'encours.

Parmi les emprunts à taux variable, ceux calculés sur la base de l'Euribor 3 mois représentent plus de 30 % de l'encours et bénéficient de l'évolution favorable du taux, comme l'indique le graphique ci-après. Leur taux est calculé sur l'Euribor 3 mois + 0,33 et 0,35 %.

Graphique n° 4 : Evolution du taux Euribor sur 3 mois



Source : site Eurostat

La dette est composée d'emprunts de type A1 dans la grille de classification dite « Gissler »³³, hormis un produit classé A2 du fait de son taux indexé sur l'inflation française + 0,05 % par an. Celui-ci représentait, fin 2019, 9,56 % de l'encours.

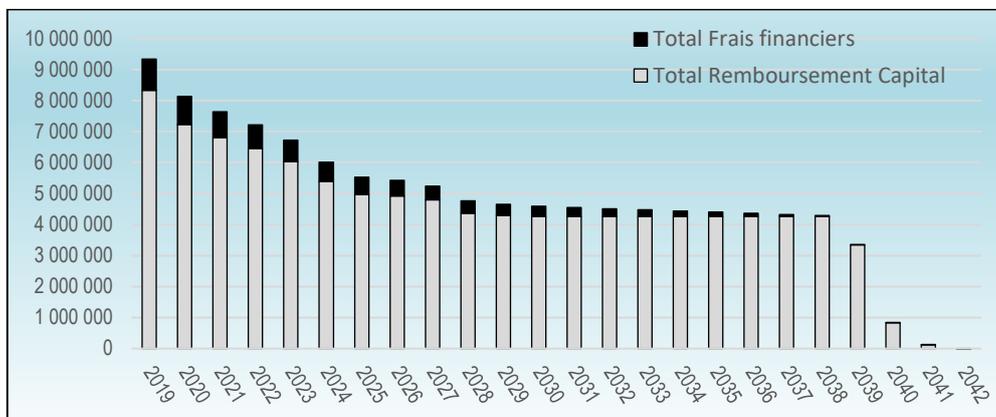
³¹ Cf. annexe tableau n° 55.

³² Le stock de dette se situait à 150 M€ en 2011, représentant 34 ans de durée apparente de la dette.

³³ Intégrée en annexe n° 8 à l'instruction interministérielle du 25 juin 2010, relative aux produits financiers offerts aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics (NOR : IOCB1015077C).

Le profil d'extinction de la dette indique une courbe régulière qui engage l'établissement jusqu'en 2042.

Graphique n° 5 : Profil d'extinction de la dette globale



Source : CH Eure-Seine et retraitements CRC

L'article D. 6145-70 du CSP définit de manière précise les critères d'un endettement excessif des établissements de santé :

- le ratio de dépendance financière excède 50 % ;
- le ratio dette/CAF excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Dès lors qu'un établissement public de santé présente au moins deux de ces caractéristiques, son recours à l'emprunt est préalablement soumis à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Dans les faits, s'agissant du CHIES, les trois agrégats considérés dépassaient les seuils sur l'ensemble de la période.

Tableau n° 20 : Les ratios d'endettement du décret du 14 décembre 2011

Libellé	Cible	2014	2015	2016	2017	2018
Ratio d'indépendance financière	< 50 %	62,0 %	64,8 %	65,6 %	66,9 %	67,0 %
Durée apparente de la dette (en années)	< 10 ans	17,8	19,4	18,8	23,8	14,2
Ratio encours de dette / total des produits	< 30 %	70,7 %	69,1 %	67,1 %	64,0 %	58,9 %

Source : rapports financiers

Pour faire face à ses investissements incompressibles³⁴, l'établissement a donc été amené à solliciter systématiquement une autorisation d'emprunter auprès de l'ARS, qui s'est accompagnée, en 2016, d'une refonte du plan global de financement pluriannuel (PGFP) et de la préparation d'un nouveau PREF.

³⁴ Comme les travaux de mise aux normes et achats d'équipements en 2015, 2016 et 2017.

En 2017, l'accord de l'ARS a été subordonné au respect du nouveau PREF, en cohérence avec le dernier PGFP prévoyant le retour à l'équilibre financier.

Pourtant, le désendettement de l'établissement est effectif sur la période, comme en témoigne le tableau ci-dessous. Ainsi, la durée apparente de désendettement passe de 17 à 13 années. Par ailleurs, le CHIES bénéficie d'un taux apparent de la dette particulièrement favorable (de l'ordre de 1 %).

Tableau n° 21 : Indicateurs complémentaires d'alerte relatifs à l'endettement

	2014	2015	2016	2017	2018	Var. annuelle moy.
Durée apparente de désendettement (encours total de dettes / annuité en capital de la dette)	17	17	16	14	13	-7,7 %
Taux apparent de la dette	1,4 %	1,2 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %	-5,2 %
Frais fi. nets réels / marge brute d'exploitation	18,9 %	18,4 %	16,2 %	22,4 %	12,8 %	-9,3 %

Source : comptes financiers

8. Prospective

a) *L'exécution du budget 2019*

Les résultats prévisionnels 2019 attestent d'une situation qui se dégrade fortement pour tous les budgets de l'établissement.

Tableau n° 22 : Vue synoptique des résultats prévisionnels consolidés de 2019

en euros 2019	Charges	Produits	Résultat (+) excédent (-) déficit
Budget H	189 545 588	180 903 586	-8 642 002
Budget EHPAD	12 841 520	12 231 159	-610 361
Budget USLD	1 973 125	1 768 227	-204 898
Budget IFSIE	4 453 291	3 986 945	-466 346
Budget SSIAD	902 842	801 105	-101 737
Budget G	871 538	871 538	0
TOTAL consolidé	210 587 904	200 562 560	-10 025 344
- aides exceptionnelles		6 982 209	
=TOTAL retraité	210 587 904	193 580 351	-17 007 553

Source : RIA 2019 et DM 1 approuvés par l'ARS, rapport du directeur, documents ARS

Au vu des documents en possession de la chambre à la clôture de l'instruction du contrôle, les comptes 2019 devraient se solder par un déficit de - 10 M€ (en réalité de - 17 M€). En effet, les aides exceptionnelles versées par l'ARS se montaient, en 2019, à 6,98 M€ (1 M€ de crédits de trésorerie versé en DAF-SSR et le solde en crédits de tension versés en FIR).

Le tableau de financement 2019 s'équilibre avec un prélèvement sur le fonds de roulement de 11 M€.

b) *À court terme : l'EPRD 2020*

Comme le rappelle la directrice du CHIES dans son rapport EPRD, l'établissement a abordé l'année 2020 dans un contexte budgétaire dégradé, avec des indicateurs (CAF, marge brute, trésorerie tendue) qui témoignent de sa difficulté à investir et à emprunter. Ainsi, « c'est grâce au contrat de trésorerie de 5 millions en 2019 crédit agricole, seule banque à avoir fait une offre au CHIES, qu'un arbitrage a pu être fait entre les fournisseurs et les

engagements du CHIES ont été respectés auprès de ses créanciers ». Le contexte dans lequel se trouve placé l'établissement rend donc improbable un rétablissement de sa situation dans le court terme.

La première version de l'EPRD 2020, qui présentait un compte de résultat en déficit de 7 335 706 €, a été rejetée par l'ARS en février 2020.

Cette dernière a considéré que l'augmentation des produits espérée (+ 2,60 %) était surestimée au regard, notamment, des évaluations réalisées en 2019. De la même manière, l'évolution des charges proposée (+ 1,63 %) n'intégrait pas, notamment, le recours important à l'intérim.

Au total, la surestimation des recettes à hauteur d'environ 1 M€ et la minoration des charges (notamment celles générées par l'intérim médical) conféraient à cette première version de l'EPRD un caractère insincère.

c) *À moyen terme : le PGFP 2020-2024*

Le PGFP 2020-2024 a également été rejeté par l'ARS, l'amélioration de la situation financière proposée paraissant n'être pas à la hauteur des enjeux.

Ainsi, la marge brute hors aides demeure stable, avec un résultat toutefois encore déficitaire en fin de période (- 6 475 267 €). Par ailleurs, la CAF ne permet toujours pas de couvrir le montant des dettes financières et l'équilibre du tableau de financement n'est assuré que par un prélèvement continu sur le fonds de roulement (avec un montant cumulé de 25 M€ sur la durée du PGFP), pour atteindre un solde négatif de - 16,42 M€ au 31 décembre 2024.

Ces propositions s'appuient pourtant sur des hypothèses d'évolution de produits d'activité et de charges de personnel qui apparaissent prudentes (accroissement en rythme annuel respectif de 0,85 % et 0,92 %).

Il demeure que, malgré cette situation préoccupante, l'établissement dispose de marges de progression eu égard, notamment, à la faible productivité de ses services médico-techniques et à la lourdeur de ses charges administratives, techniques et logistiques. De même, la faible sévérité des prises en charge, corroborée par un poids moyen du cas traité en deçà de ce qui est constaté pour des établissements comparables, laisse espérer des gains potentiels. Enfin, le CHIES pourrait revoir ses lignes de gardes et d'astreintes, dont le financement n'est pas assuré en totalité, le reste à charge s'élevant pour lui à près de 1 M€.

Dans ce contexte particulièrement préoccupant, le dispositif de reprise partielle de la dette des hôpitaux pourrait faciliter le redressement de la situation financière de l'établissement. Annoncée par le gouvernement fin 2019, l'aide apportée sous forme de trésorerie permettant d'honorer les échéances d'emprunt (en capital et en intérêts) sera potentiellement ouverte à tous les hôpitaux, dès lors qu'ils s'engageront dans une logique de transformation de l'établissement, en lien avec la stratégie nationale de transformation du système de santé « *Ma Santé 2022* ».

Une telle perspective n'exonérera toutefois pas le centre hospitalier d'un effort accru de maîtrise de ses charges et d'optimisation de ses recettes, qui apparaît indispensable pour parvenir à rétablir son équilibre financier.

ANNEXES

Annexe 1 : Sigles et acronymes

Annexe 2 : La fiabilité des comptes et la situation financière

Annexe 1

SIGLES ET ACRONYMES

ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAF	Capacité d'autofinancement
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CSP	Code de la santé publique
DIM	Département d'information médicale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
FIR	Fonds d'intervention régional
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IPDMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
MCO	Activité de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Projet régional de santé
RTC	Retraitement comptable analytique
SNIR	Système national inter régimes
SROS	Schéma régional d'organisation des soins (à compter du PRS-SROS I ; auparavant, il s'agissait du schéma régional d'organisation sanitaire)
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
USLD	Unité de soins de longue durée

Annexe 2 : La fiabilité des comptes et la situation financière

Tableau n° 23 : Tableau des durées moyennes d'amortissement comparées à ceux de la M21

Amortissements	durée moyenne du CHIES (en années)				M 21	
	2015	2016	2017	2018	En années	En %
Bâtiments	39	45,34	22,91	39	20 ou 30	3,33 à 5
Matériel	4,85	7,76	9,36	9,44	7 à 10	10 à 15
Matériel biomédical	6,05	8,52	6,28	5,95	4 à 5	20 à 25
Matériel informatique	3,46	7,64	4,1	3,05	2 à 3	33,33 à 50
Outils					5 à 10	10 à 20
Automobiles et matériel roulant	5,48	6,26	2,89	9,97	4 à 5	20 à 25
Mobilier	6,45	8,51	7,37	5,86	10	0,1
Matériel de bureau	0	0	0	0	5 à 10	10 à 20
Agencements et installations	20,95	15,72	18,21	16,17	10 à 20	5 à 10
Logiciels	2,66	3,9	3,76	4,58	2 à 3	33,33 à 50

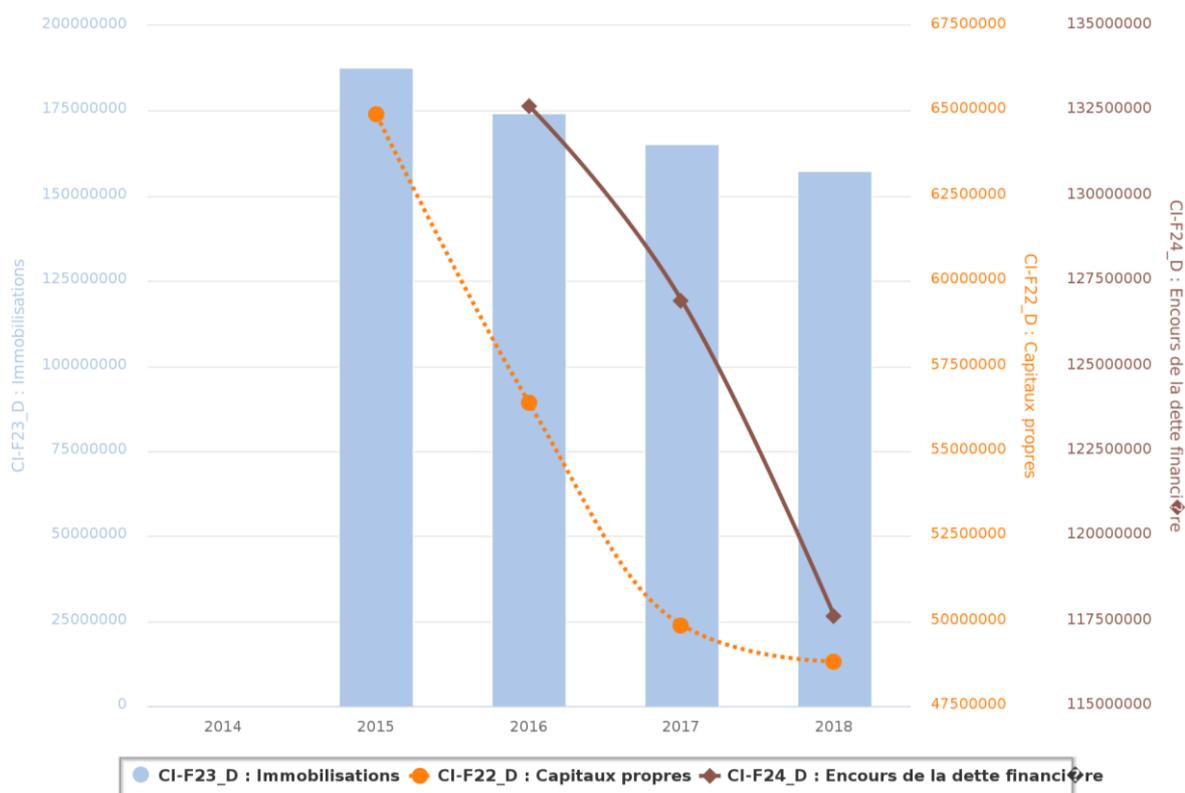
Source : comptes financiers

Tableau n° 24 : Soldes intermédiaires de gestion

Soldes en milliers d'euros	2015	2016	2017	2018	évolution annuelle moyenne
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	108 708	110 382	107 382	112 490	0,9 %
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (B)	14 372	13 550	13 588	13 875	-0,9 %
<i>Sous-total variable selon l'activité (A + B)</i>	<i>123 080</i>	<i>123 932</i>	<i>120 970</i>	<i>126 365</i>	<i>0,7 %</i>
Produits du financement des activités de SSR	0	0	134	195	
MIGAC et FIR	28 267	30 571	30 769	28 869	0,5 %
Forfaits annuels	4 603	4 957	5 160	5 479	4,5 %
Dotations annuelles de financement (DAF)	2 256	1 822	1 322	1 297	-12,9 %
Produits afférents aux soins (CRA)	5 541	5 766	5 854	5 963	1,9 %
Produits afférents à la dépendance	2 035	2 070	2 129	2 110	0,9 %
Produits de l'hébergement	5 771	5 962	5 885	5 907	0,6 %
Autres produits de tarification des CRA	716	720	722	725	0,3 %
Ventes de marchandises	5 907	6 424	8 316	7 435	5,9 %
Autres produits	7 427	7 448	7 973	8 148	2,3 %
Produits bruts d'exploitation	185 603	189 671	189 235	192 493	0,9 %
Consommations en provenance de tiers	30 246	31 513	32 310	31 843	1,3 %
Charges externes	17 551	17 956	17 725	17 282	-0,4 %
- Consommations intermédiaires	47 797	49 469	50 035	49 125	0,7 %
= VALEUR AJOUTEE	137 806	140 202	139 200	143 368	1,0 %
+ Subventions d'exploitation	591	669	622	637	1,9 %
- Impôts et taxes	11	12	15	14	6,2 %
- Charges de personnel (en net)	131 629	133 627	134 867	136 648	0,9 %
= EXCEDENT BRUT D EXPLOITATION	6 756	7 231	4 940	7 344	2,1 %
+ Autres produits de gestion courante	3 701	2 813	3 627	4 253	3,5 %
- Autres charges de gestion courante	1 515	1 650	1 474	1 589	1,2 %
= MARGE BRUTE	8 942	8 394	7 093	10 007	2,9 %
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	1 144	1 255	1 099	1 001	-3,3 %
- Dotations aux amortissements	13 530	13 249	12 506	10 992	-5,1 %
- Dotations aux provisions et dépréciations	477	860	765	730	11,2 %
= RESULTAT d'EXPLOITATION	- 3 921	-4 459	-5 079	-713	-34,7 %
+ Produits financiers	0	0	0	0	
- Charges financières	1 621	1 349	1 380	1 307	-5,2 %
= RESULTAT COURANT	- 5 542	-5 808	-6 460	-2 021	-22,3 %
+ Produits exceptionnels	3 946	3 392	3 789	1 392	-22,9 %
- Charges exceptionnelles	1 867	1 902	2 359	1 471	-5,8 %
= RESULTAT EXCEPTIONNEL	2 079	1 491	1 430	-78	
RESULTAT NET	-3 463	-4 318	-5 030	-2 099	-11,8 %

Source : comptes financiers

Graphique n° 6 : L'analyse du fonds de roulement



Source : Hospidiag

Tableau n° 25 : La trésorerie

	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution annuelle moyenne
Trésorerie active	8 856 174	6 741 989	6 757 265	4 772 894	2 436 115	-23 %
- Trésorerie passive tirée des fonds en dépôt	71 793	45 043	66 276	14 800	15 201	-27 %
- Trésorerie passive tirée de fin. très court terme	0	0	0	0	4 400 000	
- ICNE	138 313	118 409	100 478	122 042	139 699	0 %
Trésorerie nette	8 646 068	6 578 537	6 590 511	4 636 052	-2 118 785	-175 %

Source : comptes financiers

Tableau n° 26 : Principales données sur la dette du CHIES

	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution annuelle moyenne
Emprunts et dettes financières	139 477 320	136 559 618	132 341 977	126 747 265	117 587 167	-3 %
Annuité en capital de la dette	8 013 123	8 070 680	8 370 418	8 780 993	9 288 279	3 %
Charges d'intérêt	1 832 975	1 534 681	1 278 854	1 254 825	1 240 616	-8 %
Nouveaux emprunts de l'année	2 013 400	5 016 400	4 016 400	3 064 100	4 000	-71 %
<i>Dette financière / total des produits</i>	71 %	70 %	67 %	64 %	59 %	
<i>Frais fi. réels / Charges courantes</i>	1,07 %	0,89 %	0,73 %	0,71 %	0,70 %	

Source : comptes financiers