



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE BAGNOLS-SUR-CÈZE (Gard)

Exercices 2012 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
INTRODUCTION.....	7
1. LE POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT	8
1.1. Un contexte concurrentiel et partenarial favorable.....	8
1.1.1. L'établissement et son territoire.....	8
1.1.2. Un appui fort et ancien du groupement hospitalier de territoire.....	10
1.2. Les actions d'adaptation et d'amélioration de l'offre de soins.....	11
1.2.1. Une stratégie de positionnement adaptée.....	11
1.2.2. Une modernisation du bâti favorisant l'attractivité	13
1.2.3. Une coopération public-privé sur le plateau technique chirurgical	15
1.3. Un niveau d'activité dynamique en réponse aux besoins du territoire.....	18
1.3.1. Une progression en volume, mais non uniforme	18
1.3.2. Une activité peu spécialisée	19
1.3.3. Une influence majeure sur un territoire restreint	20
1.3.4. Une valorisation affectée par la progression de l'ambulatoire et l'alourdissement des cas traités.....	21
2. L'ORGANISATION ET LES FONDAMENTAUX DE LA GESTION.....	23
2.1. Un fonctionnement institutionnel consistant	23
2.1.1. Un cadre structurant.....	23
2.1.2. Une attention portée à la qualité de vie au travail.....	24
2.2. De bonnes pratiques de gestion financière et comptable.....	26
2.2.1. Une approche médico-économique de l'activité.....	26
2.2.2. Une gestion budgétaire organisée	28
2.2.3. Une qualité des écritures comptables améliorée avec le trésorier	29
2.3. Les perspectives liées aux mutualisations au sein du GHT	31
2.3.1. La commande publique.....	31
2.3.2. Le système d'information	31
3. LES PERFORMANCES DE L'ÉTABLISSEMENT.....	32
3.1. Des indicateurs de gestion relativement bien positionnés	32
3.1.1. Les performances globales.....	32
3.1.2. Les performances économiques	34
3.2. Une organisation des parcours patient perfectible.....	35
3.2.1. Une qualité des soins reconnue.....	35
3.2.2. Des marges disponibles dans l'utilisation des capacités.....	35
3.2.3. Une sensibilité inégale des dépenses à la progression de l'activité	37
3.3. Des performances financières constantes	39
3.3.1. Des équilibres financiers structurels	39
3.3.2. Une prospective financière sous-estimant les besoins en investissements ..	44
4. LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES	47
4.1. L'organisation des parcours patients et du traitement des informations administratives et financières	47
4.1.1. L'offre de consultations	47

4.1.2. Les parcours patients.....	48
4.1.3. Le processus de valorisation de l'activité	50
4.2. Le rendement de l'activité externe	53
4.2.1. Le profil de l'activité externe.....	53
4.2.2. La consommation de ressources	56
4.2.3. La contribution de l'activité externe au résultat financier	58
4.3. Le suivi de l'activité libérale	59
4.3.1. Le respect du cadre réglementaire	59
4.3.2. L'exécution financière des contrats d'activité libérale	59
ANNEXES.....	61
GLOSSAIRE.....	66
Réponses aux observations définitives.....	68

SYNTHÈSE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze (CHBSC) a été inscrit au programme 2018 de la chambre régionale des comptes Occitanie pour les exercices 2012 et suivants.

Établissement pivot de l'offre de soins du bassin de santé du Gard rhodanien, entre Alès, Avignon et Nîmes, le centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze a positionné, de manière déjà ancienne, son offre de soins dans un rôle de premier recours peu spécialisé, ce qui lui a permis d'affirmer son influence sur un territoire de santé de proximité où il est peu concurrencé.

Depuis 2010, l'établissement a réalisé la modernisation de son site médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), pour plus de 30 M€ ; il a également rénové son plateau technique et organisé une coopération pour la chirurgie ambulatoire avec la clinique voisine. Ces projets lui ont permis de conforter une dynamique d'activité pourvoyeuse de recettes, dans le cadre d'un réseau gradué de prise en charge coordonné par le CHU de Nîmes, désormais structuré en groupement hospitalier de territoire (GHT).

L'établissement s'est organisé dans le respect des principes fondamentaux de fonctionnement et de gestion applicables à un établissement de santé, sans en négliger d'aspect important et en s'attachant à la qualité de vie au travail de ses agents ; il doit continuer de s'adapter dans le cadre des mutualisations portées par le GHT. La bonne maîtrise des processus budgétaires et comptables et la transparence des processus institutionnels, qui procèdent de la définition de règles communes et d'un contrôle de gestion structuré, ont conforté la capacité de l'établissement à décider et à agir en mobilisant ses ressources.

Le CHBSC a fondé des performances financières anciennes et pérennes sur des choix stratégiques et une culture de gestion affirmés, alors même que ses performances médico-économiques peuvent encore être significativement améliorées. Aucun déséquilibre structurel n'affecte le cycle d'exploitation des comptes de résultat principal et annexes. Soutenu jusqu'en 2027 par une aide à la contractualisation destinée à financer la modernisation du bâti, l'établissement est en capacité de résorber la dette importante qu'il a contractée jusqu'en 2016 pour financer ces opérations. Il doit néanmoins s'assurer de la soutenabilité de cette stratégie, au regard des besoins en investissements à couvrir d'ici 2022.

L'établissement s'est doté d'une offre de consultations cohérente avec sa vocation sur le territoire ; il en organise la réalisation et la valorisation selon des modalités qui peuvent être évaluées plus avant et optimisées. La part de l'activité des urgences et du plateau medicotechnique dans le volume des actes et consultations externes, leur valorisation et leur consommation de ressources sont prépondérantes, par rapport aux consultations spécialisées ; ces dernières contribuent également négativement au résultat financier, au contraire de l'activité externe du plateau medicotechnique, notamment l'imagerie. Quant à l'activité libérale, elle est organisée en conformité avec la réglementation, mais son contrôle peut être intensifié.

RECOMMANDATIONS

1. Actualiser le tableau de financement du plan global de financement pluriannuel concernant l'opération de restructuration des urgences, le système d'information et les renouvellements courants. *Non mise en œuvre.*

2. Suivre au moins annuellement le délai de rendez-vous sur l'ensemble des consultations. *Non mise en œuvre.*

3. Solliciter de la caisse pivot la transmission régulière d'indicateurs de performance Fides. *Non mise en œuvre.*

4. Évaluer la pertinence des organisations au moyen des outils développés par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) concernant les consultations externes, les secrétariats médicaux et la chaîne accueil-facturation-recouvrement. *Non mise en œuvre.*

Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans sa synthèse.

Au stade du rapport d'observations définitives, le degré de mise en œuvre de chaque recommandation est coté en application du guide de la Cour des comptes d'octobre 2017 :

- Non mise en œuvre : pour les recommandations n'ayant donné lieu à aucune mise en œuvre ; pour les recommandations ayant donné lieu à une mise en œuvre très incomplète après plusieurs suivis ; quand l'administration concernée s'en tient à prendre acte de la recommandation formulée.
- Mise en œuvre en cours : pour les processus de réflexion ou les mises en œuvre engagées.
- Mise en œuvre incomplète : quand la mise en œuvre n'a concerné qu'une seule partie de la recommandation ; pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours n'a pas abouti dans le temps à une mise en œuvre totale.
- Totalement mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours a abouti à une mise en œuvre complète ; lorsque la mise en œuvre incomplète a abouti à une mise en œuvre totale.
- Devenue sans objet : pour les recommandations devenues obsolètes ou pour lesquelles le suivi s'avère inopérant.
- Refus de mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles un refus délibéré de mise en œuvre est exprimé.

INTRODUCTION

Aux termes de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières « Par ses contrôles, la chambre régionale des comptes contrôle les comptes et procède à un examen de la gestion. Elle vérifie sur pièces et sur place la régularité des recettes et dépenses décrites dans les comptabilités des organismes relevant de sa compétence. Elle s'assure de l'emploi régulier des crédits, fonds et valeurs. L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze a été ouvert le 9 février 2018 par lettre de la présidente de section adressée à M. Philippe Peridont, ordonnateur alors en fonctions. Un courrier a également été adressé le 28 septembre 2018, à M. Jean-Philippe Sajus, ordonnateur en fonctions à compter du 1^{er} octobre 2018.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 5 juillet 2018 avec Mme Béatrice Domenges (ordonnateur par intérim de mai à septembre 2018) et le 28 septembre 2018 avec M. Philippe Peridont.

Lors de sa séance du 11 septembre 2018, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été transmises à M. Jean-Philippe Sajus. M. Philippe Peridont et Mme Béatrice Domenges, en qualité d'ordonnateurs précédents, en ont également été destinataires pour la partie afférente à leur gestion. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers.

La chambre, dans sa séance du 31 janvier 2019, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

1. LE POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1. Un contexte concurrentiel et partenarial favorable

1.1.1. L'établissement et son territoire

1.1.1.1. Un établissement de premier recours

Le schéma régional de l'offre de soins (SROS), établi en 2011 pour la région Languedoc-Roussillon¹, définissait une gradation de l'offre hospitalière dans laquelle « le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissements de santé était structurée autour d'une offre ville-hôpital de proximité » ; « le niveau des plateaux techniques de recours infrarégional se distinguait du niveau précédent par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de permanence des soins. Il concernait des établissements pivots avec un accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie ».

Au sein du territoire de santé du Gard, le centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze (CHBSC) se situe dans cette seconde catégorie ; il est l'établissement pivot de l'offre de soins du bassin de santé du Gard rhodanien, entre Alès, Avignon et Nîmes.

L'établissement dispose des autorisations d'activité suivantes :

- médecine d'urgence ;
- médecine en hospitalisation complète, hospitalisation de jour et hospitalisation à domicile ;
- chirurgie en hospitalisation complète et en ambulatoire ;
- gynécologie-obstétrique, maternité de niveau IIA, néonatalogie sans soins intensifs ;
- chirurgie des cancers – sein, digestif, urologie – et chimiothérapie.

Il propose également un service de soins infirmiers à domicile et un centre d'action médico-sociale précoce. En revanche, l'établissement ne dispose pas de capacités propres en moyen séjour pour la convalescence.

En 2017, le CHBSC comptait 356 lits et 128 places, dont respectivement 234 lits (66 %) et 26 places (21 %) en médecine, chirurgie et obstétrique (détail en annexe n° 1). Depuis 2012, ses capacités se sont étoffées, notamment pour l'offre d'alternatives à l'hospitalisation².

Le plateau technique comprend une IRM fixe, depuis 2014, et deux scanners, dont un second depuis 2017 ; le laboratoire a été certifié et la pharmacie compose les cytotoxiques destinés aux chimiothérapies.

¹ Le projet régional de santé de l'Occitanie a été signé le 3 août 2018.

² 16 lits (+ 4,7 %) et 12 places (+ 10,3 %).

1.1.1.2. Les caractéristiques du territoire de recrutement

Le territoire de recrutement³ d'environ 145 000 habitants comprend les communes de Bagnols-sur-Cèze, Saint-Julien-de-Peyrolas, Goudargues, Pont-Saint-Esprit, Connaux, Laudun, Lapalud, Tavel, Roquemaure, Bourg-Saint-Andéol, Lussan, Bollène, Uzès, Mondragon et Barjac.

Sur ce territoire, qui correspond à la zone d'emploi de Bagnols-sur-Cèze, la structure par âge est comparable à celle du Gard, soit une population plus âgée que la moyenne nationale, avec notamment une surreprésentation des classes d'âge de 45 à 74 ans et une sous-représentation de celles de 15 à 44 ans. De fait, l'indice de vieillissement de sa population (0,92) est supérieur aux données nationales (0,66).

La croissance de sa population entre 2010 et 2015 a été inférieure à celle du Gard, avec une progression annuelle moyenne de 0,5 %, contre 0,8 %, du fait d'une moindre contribution du solde apparent des entrées (0,3 contre 0,6), signe d'une attractivité moindre du Gard rhodanien dans l'ensemble gardois. Le solde naturel a été de 0,2, ce qui est identique à celui du département et inférieur à celui du pays (0,4), en rapport avec la structure d'âge.

Les causes de décès prématurés, indicateurs des besoins de santé, sont cohérentes avec les caractéristiques démographiques de la population, en particulier la surreprésentation des 45-74 ans et plus : les pathologies cancéreuses (41,6 %) et cardiologiques (13 %) y prédominent.

1.1.1.3. Une concurrence limitée des établissements environnants

Dans un rayon de 40 kilomètres (annexe n° 2 présentant les établissements et leurs capacités), le CHBSC représente environ 13 % des capacités d'hospitalisation. L'offre la plus significative, avec environ 700 lits de médecine et 300 de chirurgie publics ou privés, est située en Avignon, soit à une cinquantaine de minutes de Bagnols en voiture.

Les contours du bassin du CHBSC sont limités par l'influence des établissements distants et souvent plus importants sur leur propre bassin de santé : au nord, Aubenas et Montélimar ; au sud, Nîmes et Avignon ; à l'ouest, Alès. Chacun de ces établissements est distant de Bagnols-sur-Cèze d'au moins quarante minutes par la route.

Sur le territoire du Gard rhodanien, le CHBSC n'a pas de concurrence directe pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en particulier depuis son rapprochement avec la clinique La Garaud, laquelle n'a plus depuis 2017 d'autorisation de chirurgie en hospitalisation complète. Le centre hospitalier de Pont-Saint-Esprit dispose, en revanche, d'une offre complémentaire de moyen et long séjour.

³ Définition de la zone de recrutement : la zone de recrutement autour d'un établissement est construite en classant les codes géographiques des patients ayant fréquenté l'établissement par nombre de séjours décroissant et en ne gardant que ceux qui participent à 80 % de l'activité de l'établissement. La part de marché d'un établissement dans une zone pour une activité est le nombre de séjours d'habitants de la zone réalisés dans l'établissement rapporté au nombre total de séjours d'habitants de la zone dans l'activité sélectionnée.

1.1.2. Un appui fort et ancien du groupement hospitalier de territoire

1.1.2.1. Un cadre stratégique aidant

Le CHBSC appartient au groupement hospitalier de territoire Cévennes-Gard-Camargue, anciennement communauté hospitalière de territoire (CHT) du même nom, dont le siège est le CHU de Nîmes. La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire (GHT) a été signée le 1^{er} juillet 2016 entre huit établissements (CHU de Nîmes, CH d'Alès-Cévennes, CH de Bagnols-sur-Cèze, CH de Pontails, CH de Pont-Saint-Esprit, CH d'Uzès, CH du Vigan) et six EHPAD.

En dehors de la commission des soins et de la conférence de dialogue social, issues d'un scrutin proportionnel au nombre d'agents, les instances décisionnelles du groupement attribuent un vote à chaque établissement représenté, en particulier le comité stratégique et le collège médical.

La stratégie médicale portée par le groupement a consisté de manière constante à inscrire les filières hospitalières dans un réseau gradué de prise en charge coordonné par le CHU de Nîmes, permettant non seulement une concurrence minimale entre les établissements du groupement, mais aussi des démarches de soutien entre partenaires et de mutualisation des ressources.

Le projet médical 2011-2016 de la CHT prévoyait d'« organiser les parcours de santé et [de] garantir à la population une offre de soins de proximité », en privilégiant les priorités de santé publique et en soutenant la démographie médicale locale ; il s'agissait également d'« accroître l'efficacité collective » par le recours à la télémédecine, l'adaptation des modes de prise en charge et la fluidification des parcours et programmations de soins.

Dans la continuité, le projet médical 2017-2022 du GHT a identifié comme première priorité de « garantir des soins de proximité et de recours adaptés aux besoins », en s'appuyant sur la télémédecine et les équipes mobiles. À cet égard, le projet tend à conforter les choix du CHBSC quant à la réalisation des chimiothérapies en proximité, à la pratique de l'hospitalisation à domicile, à l'amélioration de l'imagerie en coupe par l'installation d'une IRM 1,5T ; il identifie des enjeux de développement de la chirurgie ophtalmologique, vasculaire et du rachis ; l'absence de réanimation à Bagnols est analysée comme non problématique au regard des capacités du territoire et de l'organisation des filières et une éventuelle réouverture serait soumise à une étude d'opportunité.

En cohérence avec cet objectif général, ont été déclinées des actions relatives à dix filières et parcours de soins, ainsi que des objectifs secondaires en matière d'organisation commune de la biologie, de l'imagerie et de la pharmacie, de territorialisation de la recherche clinique et de l'innovation et enfin d'harmonisation de la formation, des pratiques et de l'évaluation.

1.1.2.2. Une crédibilisation de l'offre de soins de l'établissement

Surtout, la seconde priorité du projet médical du GHT est le soutien de la démographie médicale, en particulier la mise en œuvre d'une gestion prospective commune et de postes d'assistants partagés, qui s'accompagne d'une démarche de réflexion sur les conditions d'exercice.

Pour le CHBSC, cet appui n'a eu ni pour vocation, ni pour effet de pourvoir des postes vacants, mais il a constitué un apport de temps spécialisé de la part du CHU de Nîmes, au soutien

des filières de prises en charge locales : urologie, ophtalmologie, chirurgie vasculaire, allergologie, neurologie. Cet apport a d'ailleurs été assez constant en volume depuis 2012, autour de trois équivalents temps plein (ETP) à l'année, en dépit de variations liées aux mouvements individuels des personnels médicaux.

tableau n° 1 : Effectifs médicaux

Postes	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Ecart 2017-2012
Postes pourvus	64,4	69,1	70,2	72,6	78,1	81,7	4,9%	26,9%
<i>dont temps partagé</i>	3,3	3,3	2,3	2,3	2,7	2,7	-3,9%	-18,2%
<i>urologie</i>	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	8,4%	50,0%
<i>ophtalmologie</i>	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0%	0,0%
<i>vasculaire</i>	0,5	0,5	0	0	0	0	-100,0%	-100,0%
<i>allergologie</i>	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0%	0,0%
<i>neurologie</i>	1	1	0	0	0,4	0,4	-16,7%	-60,0%
Postes vacants	3,6	7,3	8,45	8,5	17,3	13,4	30,1%	272,2%
TOTAL	68	76,4	78,6	81,1	95,4	95,1	6,9%	39,9%
<i>dont MPA</i>	19,9	25,7	24,7	25,1	28,1	27,9	7,0%	40,2%
<i>dont BACRUS</i>	29	29	31,9	34	40,9	40,2	6,7%	38,6%
<i>dont FME</i>	8,4	8,9	8,9	9,9	11,9	11,9	7,2%	41,7%
<i>dont LM</i>	10,7	12,8	13,1	12,1	14,5	15,1	7,1%	41,1%

Source : établissement

De fait, 14 % de postes médicaux étaient vacants en 2017, soit 13,4 ETP, dont 5,2 aux urgences. Les créations de postes intervenues depuis 2012 (+ 27,1 ETP, soit 39,9 %) n'ont pas été pourvues par du temps partagé au sein du GHT, mais par les voies de recrutement habituelles de l'établissement : réseaux professionnels, annonces, cabinets spécialisés.

1.1.2.3. Des mutualisations effectives et structurantes

Le groupement hospitalier de territoire porte enfin des démarches de mutualisation sur plusieurs aspects transversaux de la gestion des établissements membres, dont certains font l'objet de développements spécifiques dans ce rapport.

Dans le domaine de la formation initiale et continue, les démarches de rapprochement en sont à leur début, tout comme l'organisation d'un département d'information médicale (DIM) territorial, lequel n'a pas modifié le fonctionnement pratique du DIM du CHBSC. Dans le cas de la territorialisation du plan d'action achats, elle vient relayer et amplifier une démarche déjà structurée dans l'établissement. Enfin, la convergence des systèmes d'information est porteuse d'enjeux techniques et stratégiques importants.

1.2. Les actions d'adaptation et d'amélioration de l'offre de soins

1.2.1. Une stratégie de positionnement adaptée

1.2.1.1. La prise en compte de la planification sanitaire et des orientations de la CHT

L'établissement a inscrit sa stratégie, formalisée par le projet d'établissement puis les projets de pôles, dans la continuité des orientations prises au niveau régional d'abord, au niveau territorial ensuite.

Les priorités d'action du schéma régional d'organisation des soins (SROS) adoptées entre 2011 et 2012, actualisées en 2015, ont été données à l'insuffisance rénale chronique, à la

psychiatrie et au traitement du cancer. Le SROS 2013-2017 a conforté les autorisations d'activités du CHBSC en cancérologie, médecine d'urgence, surveillance continue, soins intensifs de cardiologie, en y ajoutant la permanence des soins en établissement de santé, la néonatalogie, l'IRM fixe et la chirurgie cancérologique en urologie.

En conséquence, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2013-2018 a prévu pour l'établissement cinq objectifs opérationnels, dont en priorité : améliorer la prise en charge des cancers, mais aussi prévenir les enjeux de chronicité des maladies, poursuivre l'amélioration de la prise en charge périnatale, améliorer les parcours de soins des personnes âgées et renforcer la prévention des risques iatrogènes.

Enfin, le projet médical 2011-2016 de la CHT a recherché la réponse aux priorités de santé publique, en particulier les filières d'urgence (accident vasculaire cérébral (AVC), urgences cardio-vasculaires...) et le traitement du cancer, les soins de suite et réadaptation, la gériatrie, la périnatalité, la psychiatrie et la prévention et les soins d'accompagnement. La mise à disposition au CHBSC de temps médicaux partagés (neurologie, chirurgie vasculaire...) a accompagné cette démarche.

Le projet médical 2014-2018 du CHBSC, puis ses projets de pôles, ont décliné méthodiquement la contribution de l'établissement à la structuration des filières identifiées en amont, en particulier en cancérologie, action transversale à l'ensemble des pôles. Cette déclinaison a été élaborée en fonction des capacités et ressources effectives du CHBSC, selon trois objectifs qui identifient pertinemment le positionnement stratégique d'un établissement de premier recours :

- renforcer l'offre de l'hôpital dans ses rôles d'établissement de premiers recours et de régulateur des parcours de soins, pour limiter les fuites de patients hors du bassin de santé, dans chaque segment d'activité ;
- contribuer à assurer à chaque patient du territoire un parcours de santé lisible, optimisé et gradué, dans un rôle de prévention, de coordination avec les médecins de ville et de pivot du maillage territorial et des dispositifs de coopération ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins par l'optimisation des processus (circuits programmés/non programmés) et la priorité donnée aux alternatives à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile).

Cette orientation générale, antérieure au projet 2014-2018, avait déjà conduit, dans les années 2000, à arrêter une activité de réanimation non soutenable pour privilégier une activité de soins continus.

tableau n° 2 : Mise en œuvre des actions du projet d'établissement 2014-2018

	2014	2015	2016	2017
Actions n-1	40	49	59	66
Réalisées	5	11	21	28
Taux réalisation	12,5%	22,4%	35,6%	42,4%
Reconduites	35	38	38	38
Nouvelles	9	9	14	15

Source : établissement, retraitement CRC

L'établissement a chaque année évalué les actions réalisées et complété les objectifs du projet médical, lesquels excèdent désormais le terme de 2018 : à fin 2017, près de 43 % des objectifs initiaux ou nouveaux ont été atteints.

En positionnant son offre de soins selon un principe de subsidiarité et en ne portant que des projets médicaux soutenables et répondant à des besoins de santé sur son territoire de recrutement, l'établissement a non seulement augmenté son attractivité pour une population vieillissante sur des activités de proximité, mais aussi minimisé son exposition à la concurrence d'établissements environnants sur des segments d'activité trop spécialisés.

1.2.1.2. L'actualisation du projet médical à la suite du projet du GHT

Selon la même logique, le CHBSC a prévu de renouveler ses projets médical et d'établissement pour 2019-2023 dans la continuité du projet régional de santé d'Occitanie (PRS) 2018-2022 et du projet médical du GHT pour 2017-2022.

Le PRS, qui fait l'objet de consultations en amont de son adoption, dans la continuité du plan stratégique régional de santé antérieur, donne notamment la priorité à l'accès aux soins primaires et identifie des parcours prioritaires, en particulier autour du vieillissement, du handicap, du cancer, de la santé mentale et des parcours de santé familiaux. Le projet médical du GHT décline quant à lui dix filières prioritaires, parmi lesquelles l'oncologie médicale, les chirurgies, y compris carcinologiques, les filières d'urgence et réanimation, la santé mentale et les maladies chroniques.

Une grande partie de ces thématiques concerne des filières de premier recours dans lesquelles le CHBSC s'est déjà positionné (cancérologie, vieillissement, chirurgie, femme-mère-enfant (FME)...) et devra pour l'essentiel adapter son offre.

1.2.2. Une modernisation du bâti favorisant l'attractivité

1.2.2.1. Le plan de modernisation

À la suite de l'achèvement de la construction de l'EHPAD des sept sources, fin 2010, et dans le cadre du plan Hôpital 2007, le CHBSC a pu financer un plan de modernisation du bâti vétuste de son site MCO, à compter de septembre 2009. Ce chantier a consisté dans l'amélioration du confort et de la sécurité, des patients et du personnel, en supprimant les chambres à trois lits pour y substituer des chambres individuelles avec sanitaire, en améliorant le rafraîchissement d'air, l'isolation thermique et phonique, et en optimisant les surfaces des rangements, mais aussi en mettant en conformité la sécurité incendie de la totalité des locaux.

Réalisé en site occupé, en trois phases et sur une durée de six ans, pour un montant de 33 M€, il s'est articulé à partir de 2013 avec la réorganisation du plateau technique commun au CH et à la clinique La Garaud. Il a occasionné de nombreuses opérations dites « tiroir »⁴. Les trois tranches de travaux successives ont concerné dans l'ordre la sécurité incendie, la rénovation des ailes d'hospitalisation et la création d'une unité de chirurgie ambulatoire et enfin la restructuration des consultations de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation.

Cette importante opération est financée sur 20 ans pour 28 M€, soit environ 85 %, par une aide à la contractualisation (AC) versée dans le cadre d'Hôpital 2007. L'AC de 1,4 M€ annuels, versée dès 2007, a permis une accumulation de trésorerie préalable, limitant le recours à l'emprunt

⁴ Se dit d'une opération au cours de laquelle un service déménage dans des locaux provisoires pour libérer des locaux à réaménager, avant de s'y réinstaller une fois les travaux achevés.

en début d'opération. Fin 2017, 14 M€ ont été perçus par le CHBSC, soit 41,54 % des montants mandatés pour l'opération à la même date, à savoir 33 M€ de travaux et 900 k€ d'équipements.

Le plan de modernisation a eu pour conséquence de renforcer l'attractivité hôtelière de l'établissement (sécurité et qualité des prestations). Il a été complété par une démarche d'analyse et d'optimisation des organisations (ambulatoire, consultations...). Il a enfin permis de multiplier par vingt la facturation des chambres particulières entre 2012 et 2017, pour atteindre plus de 700 k€ en 2017.

1.2.2.2. Le plan directeur immobilier

Dans le cadre du projet d'établissement 2014-2018, le plan directeur immobilier a identifié trois opérations principales accompagnant les orientations du projet médical et faisant suite au plan de modernisation : la finalisation du nouveau plateau technique de bloc opératoire, en coopération avec la clinique La Garaud, l'aménagement des ailes de consultations de médecine et l'extension et la réorganisation du service des urgences.

La première consiste dans la rénovation et l'équipement à neuf du bloc opératoire, mais aussi son réaménagement afin d'y accueillir l'activité des praticiens de la clinique. La deuxième consiste à regrouper les consultations médicales sur deux plateaux à proximité des services d'hospitalisation. Enfin, la rénovation des urgences, prévue en 2022 pour un montant initial de 1,5 M€, actualisé à 2 M€, répond à un besoin de plus grande fonctionnalité des locaux. L'ensemble de ces opérations, en vue d'une amélioration des parcours des patients, est en cours et la réalisation financière du plan avoisine 20 %, fin 2017.

1.2.2.3. Un renouvellement inégal du patrimoine

L'effort de renouvellement des immobilisations de l'établissement a été significatif au cours de la période, avec un taux de renouvellement en moyenne de 8,9 % depuis 2012, en régression en fin de période (5,2 %) du fait de l'achèvement du plan de modernisation.

Ce renouvellement s'est cependant appliqué essentiellement aux bâtiments, nettement moins aux équipements. Ceux-ci ne représentent ainsi que 2,73 % des montants mandatés pour le plan de modernisation. Le détail des achats de classe 2 réalisés depuis 2012 confirme ce décalage, tout en l'atténuant dans la mesure où il comprend également le plan d'investissement courant : 46 M€ des investissements (soit 82,9 %) ont regardé les bâtiments, 6,4 M€ (soit 11,4 %) les matériels médicaux ou de soins.

Dans le même temps, compte tenu de la régularité et des durées d'amortissement pratiquées, lesquelles sont semblables aux durées indicatives de la nomenclature M21, les amortissements ont également progressé : dans le cas des constructions et des équipements médicaux et de soins, à un rythme légèrement inférieur mais comparable à celui des immobilisations ; dans le cas des autres équipements (transport, informatique, mobilier, bureau...) à un rythme deux fois plus rapide.

Il en ressort que la valeur nette des immobilisations du compte 218 a décliné depuis 2012, de 7,9 % par an, quand celle des comptes 213 et 215 progressait respectivement de 9,1 % et 5,4 % par an. La valeur nette cumulée des comptes 213 et 218, qui constitue l'agrégat « équipements »,

n'a ainsi augmenté que de 200 k€, soit 4,1 %, entre 2012 et 2017, quand la valeur nette des constructions a progressé de 18,84 M€, soit 54,7 %.

Le recours au crédit-bail d'abord, et à la location, ensuite, pour les matériels informatiques et biomédicaux a concouru à ce phénomène de non-renouvellement patrimonial des équipements : le crédit-bail parce qu'il diffère à la date de levée de l'option d'achat l'intégration des équipements à l'actif de l'établissement, la location parce que les équipements demeurent hors de l'actif hospitalier pendant toute leur durée de vie. Or les derniers équipements d'imagerie ont été installés en location, l'IRM fixe, en 2014, le second scanner, en 2017. Depuis 2012, 2,1 M€ ont été consacrés à la location et 1,2 M€ au crédit-bail, sans que l'actif immobilisé en soit augmenté.

tableau n° 3 : Évolution des immobilisations

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Valeur brute immobilisations	73 551 189	78 652 354	84 072 825	94 048 565	103 391 615	107 829 978	8,0%
Valeur brute amortissements	29 301 256	32 361 206	33 863 808	36 597 023	39 997 429	43 281 649	8,1%
Taux de vétusté équipements	71,4%	75,9%	78,4%	78,7%	77,7%	78,4%	1,9%
Taux de vétusté bâtiments	40,3%	29,9%	26,9%	29,8%	29,3%	28,8%	- 6,5%

Source : comptes financiers

Le taux de vétusté des équipements, déjà élevé en 2012 (71,4 %), s'est dégradé au cours de la période, pour atteindre 78,4 % en 2017, tandis que celui des bâtiments est passé de 40,3 % à 28,8 %.

1.2.3. Une coopération public-privé sur le plateau technique chirurgical

1.2.3.1. Un projet stratégique de filière chirurgicale

En 2010, ni la polyclinique La Garaud, rachetée par le groupe Clinipôle, ni le CHBSC n'étaient en capacité de moderniser séparément leur bloc opératoire pour offrir des conditions d'exercice pertinentes à leurs praticiens. Les directions se sont rapprochées, sous l'égide de l'ARS Languedoc-Roussillon, pour définir une stratégie de partenariat consistant à transférer l'ensemble des activités chirurgicales publiques et privées vers un plateau technique unique et rénové sur le site de l'hôpital, mais aussi à requalifier la clinique en site de consultations chirurgicales privées et de prise en charge des soins de suite et réadaptation (SSR).

Cette stratégie était conditionnée, d'une part, à l'amélioration des conditions d'hospitalisation sur le site du CH par le plan de modernisation déjà évoqué, et, d'autre part, à la rénovation du plateau technique public pour l'accueil de deux activités. Cette seconde opération, pour un montant de 18 M€ cofinancé par les deux établissements (tableau n° 4), a porté sur les secteurs du bloc opératoire, du bloc d'endoscopie, de la stérilisation, du plateau de consultations chirurgie-anesthésie et du hall d'accueil. La mise en service a été effectuée en décembre 2016.

Sur le plateau hospitalier est désormais réalisée une chirurgie ambulatoire, pour laquelle chacun des établissements est autorisé, et une chirurgie en hospitalisation complète pour laquelle seul le CHBSC est autorisé. À l'appui de cette répartition, deux groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens ont été créés, dont le directeur du CH est l'administrateur : le premier mutualise entre public et privé les moyens du bloc opératoire et de l'unité ambulatoire depuis janvier 2017 ; le second permet de mettre à disposition des praticiens privés les ressources de l'hospitalisation complète publique lorsque leurs patients le nécessitent.

En contrepartie de la coopération sur le plateau technique chirurgical, l'ARS a accordé une autorisation de SSR de l'appareil locomoteur adulte, pour 30 lits et 15 places, destinée à appuyer la filière chirurgicale, orthopédique en particulier. Cette autorisation est exploitée depuis mars 2013 sur le site de la clinique, rebaptisée en janvier 2017 centre ambulatoire de la Cèze, par un GCS établissement de santé, dont la directrice de la clinique est administratrice. La chirurgie orthopédique publique en est le principal pourvoyeur de patients.

Ce partenariat a ainsi permis de rationaliser et de partager la charge des investissements dans la rénovation du plateau technique, notamment ambulatoire, mais aussi de structurer la filière aval des activités chirurgicales

1.2.3.2. Les modalités de mutualisation du plateau technique public

Le GCS chirurgie ambulatoire Bagnols-sur-Cèze a été formé par la convention du 16 octobre 2015 signée par les directeurs du CHBSC et de la polyclinique La Garaud et approuvée par le directeur général de l'ARS le 14 décembre 2015. Il s'agit d'un GCS de moyens de droit privé, du fait qu'il emploie une dizaine d'anciens salariés de la clinique, dont l'objet est la mutualisation des ressources et moyens non-médicaux, matériels et équipements d'intérêt commun, l'utilisation du plateau technique public, uniquement pour l'activité de chirurgie ambulatoire et enfin l'organisation et la gestion des interventions communes des professionnels.

Le règlement intérieur, adopté en octobre 2016, comprend en annexe la charte du bloc, la charte de l'unité de chirurgie ambulatoire (UACA), une convention de repli, permettant aux patients ambulatoires privés un accès à l'hospitalisation complète au titre de la permanence des soins, et enfin une convention d'occupation domaniale.

Initialement, le dispositif a été conçu comme une occupation du domaine public. Il a néanmoins été juridiquement nécessaire de dissocier physiquement les pharmacies à usage intérieur (PUI) des deux établissements. En pratique, cette séparation s'est étendue à l'ensemble des aspects de la coopération : les salles, vacations et matériels du bloc opératoire, sans qu'il y ait un caractère d'exclusivité, sont répartis isolément entre activités publique et privée ; la salle de soins post-interventionnels (SSPI) comprend deux zones séparées par un paravent ; il en est de même des locaux de l'unité ambulatoire, en partie du fait de l'organisation différenciée des prestations repas et télévision, pour lesquelles il n'existe pas de mutualisation. Toutefois, le centre hospitalier et la clinique partagent le même outil informatique pour encadrer les parcours ambulatoires des patients.

Le CHBSC et la clinique sont parvenus à organiser leur coopération de manière pratique et transparente, sans rechercher une convergence des équipes ou une harmonisation des pratiques, de sorte qu'un plateau technique privé s'est superposé au plateau technique public, sans que soit remis en question l'équilibre stratégique de la démarche.

1.2.3.3. Les aspects financiers de la coopération

Le financement des investissements

La convention du 16 octobre 2015 engage les parties pour une durée de 25 ans, en rapport avec les investissements réalisés dans l'outil mutualisé ; elle prévoit un dédommagement de la clinique en cas de rupture anticipée. Une convention d'occupation domaniale, annexée au

règlement intérieur du GCS et signée le 1^{er} novembre 2016, prévoit le versement direct de la clinique à l'établissement d'une redevance proratisée correspondant à l'ensemble des zones utilisées.

tableau n° 4 : Calcul de la redevance (en €)

Secteurs	Coût opération	Part clinique				
		Amortissements	Frais financiers	Total	Loyer sur 25 ans	Part clinique
Bloc + endoscopie	14 768 420	2 863 268	926 572	3 789 840	151 594	25,7%
UACA	1 602 685	993 665	321 556	1 315 221	52 609	82,1%
Equipements	1 080 231	302 465	97 879	400 344	16 014	37,1%
Accueil	265 787	66 466	21 509	87 975	3 519	33,1%
Sous-total	17 717 123	4 225 864	1 367 516	5 593 380	223 735	31,6%
PUI	255 089	175 057	55 983	231 040	9 242	90,6%
Total	17 972 212	4 400 921	1 423 499	5 824 420	232 977	32,4%

Source : convention d'occupation domaniale

La clinique doit ainsi prendre en charge environ le tiers (32,4 %) du coût de l'opération de modernisation du plateau technique ; cette proportion est comparable pour le renouvellement des équipements et la modernisation de l'accueil ; sa part est de 25,7 % dans les travaux du bloc, alors que ses 3 082 interventions en 2017 représentaient 38 % de l'activité totale du bloc ; en revanche, sa part est de 82,1 % dans les locaux de l'UACA, très au-delà de sa part en termes de séjours, qui est de 56,3 % ; enfin, la clinique prend en charge 90,6 % des coûts de la PUI construite à son intention pour organiser une séparation d'avec le CH. Cette répartition négociée du coût des investissements ne s'est pas faite au détriment des intérêts du CHBSC.

L'exploitation

Chaque établissement perçoit directement les recettes des actes chirurgicaux réalisés dans le cadre de son autorisation d'activité, sans que le GCS intervienne.

Pour ce qui regarde la mutualisation des charges de fonctionnement, le CHBSC a établi avec le GCS une convention de prestation de services, en date du 2 janvier 2017, précisant la nature et les modalités de facturation des différentes prestations qu'il réalise pour son compte : biomédical, blanchisserie, restauration, déchets, énergie... mais aussi les prestations de gestion, dans la mesure où ce sont les équipes administratives du CH qui participent à son administration.

Le GCS était en 2017 employeur d'une dizaine d'agents sous statut privé et remboursait au CHBSC l'équivalent temps plein de 20 agents, sous un régime de prestation de services et non de mise à disposition⁵ : ce second dispositif se développe, les salariés privés optant progressivement pour une intégration à la fonction publique hospitalière, ce qui tend à majorer le coût global de la masse salariale du GCS.

Le décompte de ces coûts, entrant dans le budget du GCS, est assurée par la direction des finances et des ressources humaines du CHBSC. Le premier compte annuel du GCS, pour l'exercice 2017, a établi les charges et recettes à 2 116 959 €. Les parts d'activité respectives du CH et de la clinique, comptabilisées en séjours, doivent déterminer, aux termes de la convention, la contribution financière de chacun. Le budget 2017 avait été établi sur une hypothèse bâtie en 2016, avant regroupement, imputant 51 % de l'activité au CH et 49 % à la clinique.

⁵ Le GCS étant de droit de privé, une mise à disposition se serait apparentée à un prêt de main d'œuvre au sens de l'article L. 8241-1 du code du travail et eût été en l'espèce illicite car à durée indéterminée.

Le budget 2018 a intégré les réalisations de l'année 2017, à savoir que 56 % des séjours ont été réalisés par la clinique et 44 % par le CH : les contributions au budget sont ainsi évaluées à hauteur de 1 218 707 € pour la clinique et 957 556 € pour le CH ; les personnels mis à la disposition pèsent pour 1 691 188 €, soit 78 % des dépenses globales (2 176 263 €), lesquelles progressent de 2,8 % par rapport au réalisé 2017.

Le choix du séjour comme clé de répartition, de préférence à l'intervention, a eu pour effet de minorer la part d'activité attribuée au CHBSC (43,7 contre 45,7 %) et ainsi sa contribution financière.

1.3. Un niveau d'activité dynamique en réponse aux besoins du territoire

1.3.1. Une progression en volume, mais non uniforme

La réponse aux besoins de santé du territoire s'est traduite depuis 2012 par une progression globale du volume des entrées du CHBSC de 2,4 % en moyenne par an, 12,7 % en tout, passant de 16 612 à 18 730. Le rythme de progression a été constant depuis 2003 : depuis lors, la progression annuelle moyenne du nombre de résumés d'unité médicale⁶ (RUM) a été de 2,04 %, légèrement inférieure aux valeurs de la période 2012-2017.

À l'exception de la gynécologie-obstétrique (- 3,14 % par an), cette progression a concerné l'ensemble des activités MCO dans des proportions comparables (entre 2,8 et 3,5 % pour la médecine, la chirurgie et la pédiatrie) ; les alternatives à l'hospitalisation (hôpital de jour de médecine, chirurgie ambulatoire et hospitalisation à domicile) ont été particulièrement dynamiques, entre 7,6 et 10,9 % de progression annuelle, tandis que les activités des urgences (unité de soins continus et unité d'hospitalisation de courte durée) comme d'hébergement ont varié de manière non significative.

tableau n° 5 : Évolution de l'activité par secteurs (en entrées)

	Entrées	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Médecine	HC	4 198	4 236	4 428	4 321	4 216	4 386	0,90%
	HDJ	2 364	2 504	2 728	2 548	2 958	3 415	7,60%
	Total	6 562	6 740	7 156	6 869	7 174	7 801	3,52%
Chirurgie	HC	2 957	3 024	2 819	2 765	2 416	2 675	-2,00%
	HDJ	1 538	1 488	1 609	1 934	2 059	2 577	10,90%
	Total	4 495	4 512	4 428	4 699	4 475	5 252	3,16%
Pédiatrie	HC	1 126	1 157	1 242	1 313	1 197	1 287	2,70%
	HDJ	42	70	77	53	35	55	5,50%
	Total	1 168	1 227	1 319	1 366	1 232	1 342	2,82%
Gynéco-obst	HC	1 559	1 705	1 585	1 593	1 545	1 398	-2,20%
	HDJ	87	43	161	68	4	5	-43,50%
	Total	1 646	1 748	1 746	1 661	1 549	1 403	-3,14%
UHCD		1 851	1 781	2 072	1 936	2 045	1 949	1,00%
USC		568	564	561	550	528	555	-0,50%
Hébergement		113	102	121	97	111	112	-0,20%
HAD		209	202	239	236	288	316	8,60%
	Total	16 612	16 876	17 642	17 414	17 402	18 730	2,40%

Source : rapports d'activité

L'activité de chirurgie ambulatoire, en particulier, a progressé sous l'effet d'une augmentation de capacité de trois places, d'une part, et d'une évolution des pratiques, d'autre part,

⁶ Un RUM correspond à un passage dans une unité d'hospitalisation. Un séjour à l'hôpital, s'il comprend des passages dans plusieurs unités distinctes, fait l'objet de plusieurs RUM, rassemblés dans un résumé standardisé de séjour (RSS).

à la suite d'une mission d'accompagnement de l'ARS à destination de l'unité de chirurgie ambulatoire⁷. Le taux de chirurgie ambulatoire, assez peu élevé en début de période (27 %), a progressé en 2017 (35,7 %), tout en restant en-dessous de la cible nationale de 50 % ; il est plus élevé sur les 18 gestes marqueurs (69,4 %).

tableau n° 6 : Taux de chirurgie ambulatoire

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de chirurgie ambulatoire	27,0%	26,2%	27,6%	30,3%	32,3%	35,7%
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	43,4%	47,2%	56,8%	62,7%	65,5%	69,4%

Source : Hospidiag

L'activité du bloc opératoire (+ 3,4 % en moyenne par an) a été soutenue notamment par l'essor de l'ambulatoire : elle a progressé remarquablement en 2017 (de 4 529 à 5 027 interventions, soit 10 %), avec l'ouverture du nouveau plateau technique mutualisé.

L'activité de gynécologie-obstétrique, quant à elle, a régressé continûment, en particulier depuis 2013 (- 16,2 % en nombre de RUM et - 16,3 % en recettes). Celle de la maternité a certes été en décroissance modérée, en rapport avec les caractéristiques démographiques d'un territoire vieillissant : 889 naissances en 2017, contre 1052 en 2013. Mais cette évolution du volume des entrées est surtout imputable à une orientation des pratiques vers la filière obstétrique, de préférence à la filière gynécologique, laquelle ne bénéficie pas d'une autorisation pour le traitement des cancers, ainsi qu'à une vacance médicale d'un poste sur quatre en 2017, dans une activité où le recrutement est rendu malaisé par la lourdeur de la permanence de soins.

Enfin, l'activité des urgences a progressé (+ 1,7 % par an), mais dans des proportions un peu moindres que l'activité MCO en général. Cette augmentation d'activité modérée a porté la fréquentation journalière de 66 à 72 patients par jour en moyenne entre 2012 et 2017. Il convient de relever que la part des entrées en hospitalisation complète depuis les urgences, du fait d'une action inscrite au projet d'établissement, a régressé significativement au cours de la période, passant de 50,4 % à 10,9 % entre 2012 et 2017⁸, occasionnant une régression de l'activité non programmée, évaluable à environ 4 000 entrées.

La progression globale de plus de 2 100 entrées en MCO au cours de la période a été portée par une dynamique remarquable de l'activité programmée, dont la progression peut être évaluée à 6 000, soit plus d'un tiers des entrées totales réalisées en 2012. Cela traduit la reconnaissance accordée par les patients aux filières développées par l'établissement.

1.3.2. Une activité peu spécialisée

En cohérence avec ses orientations médicales, le CHBSC présente un faible taux de prise en charge correspondant à des prises en charge⁹ de « recours » ou de « référence », en moyenne 0,7 % depuis 2012. En revanche, la proportion des séjours de niveau de sévérité 3 et 4 a progressé au cours de la période et situe l'établissement dans le haut de la fourchette des établissements

⁷ Le *coaching* réalisé en 2014 et 2015 a compris plusieurs chantiers et produit des résultats : l'amélioration du parcours et de la satisfaction des patients, la réduction de l'ambulatoire forain (de 38 % en 2014 à 0 % début 2016), la substitution de nouveaux actes vers l'ambulatoire (ablation de calcul, injection de toxine botulique, tumorectomie du sein...) et l'adaptation aux nouveaux locaux (taux de rotation moyen observé à 1,3 en 2015).

⁸ Source : Hospidiag.

⁹ La typologie des prises en charge hospitalière fait l'objet d'une classification en « groupe homogène de malades » (GHM), regroupant les séjours présentant une similitude et un coût voisin.

comparables. Cette évolution proportionnelle est à mettre en relation avec la nette diminution des hospitalisations depuis les urgences, lesquelles comportent en général une part d'hébergement.

tableau n° 7 : Indicateurs de sévérité des prises en charge

Indicateurs	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Typologie 2017	
							2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Pourcentage de l'activité représentée par l'hospitalisation en cancérologie (hors séances)	11,2%	9,8%	9,8%	9,8%	10,8%	9,8%	6,2%	14,3%
Pourcentage des GHM « recours / référence » dans l'activité	0,7%	0,8%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,1%	0,9%
Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4	6,3%	7,6%	10,4%	11,2%	12,8%	12,0%	1,3%	12,9%

Source : Hospidag

Pour autant, l'éventail des cas traités dans l'établissement¹⁰ montre que les prises en charge les plus nombreuses proviennent des activités ambulatoires et des activités du pôle FME : cela indique qu'il n'existe pas par ailleurs de spécialisation médicale ou chirurgicale forte, susceptible de produire un nombre significatif de GHS, et que les prises en charge sont en général polyvalentes. La part prépondérante des activités mono-RUM¹¹ (toujours supérieure à 75 % en 2016) et la faible proportion de transferts, en entrées comme en sorties, indiquent aussi un niveau de complexité limitée des prises en charge.

Les sorties représentent d'ailleurs 83 % des transferts inter-établissements, très majoritairement vers des établissements de recours (CH et clinique d'Avignon) ou de référence (CHU de Nîmes et Montpellier), signalant des situations où le CHBSC doit confier un patient à des équipes plus spécialisées.

Il convient de relever le nombre relativement important des entrées au CHBSC depuis le CHU de Nîmes (45 sur 62 entrées sur transferts en 2016) : il s'agit de patients du bassin de santé du CHBSC, pouvant être pris en charge dans l'établissement après des examens spécialisés au CHU. Ce type de parcours témoigne de la qualité de la coopération entre les équipes médicales des deux établissements et la connaissance par les équipes nîmoises à la fois des possibilités et des limites de l'offre de soins bagnolaise.

1.3.3. Une influence majeure sur un territoire restreint

À l'échelle du territoire de santé du Gard, le CHBSC a une attractivité limitée par rapport aux autres établissements, avec 5,4 % des parts de marché en 2016, soit cinq fois moins que le CHU de Nîmes.

En revanche, son influence est beaucoup plus significative sur sa zone de recrutement, avec 29,9 % de parts de marché, sans qu'aucun autre établissement y dépasse les 13 % (CHU de Nîmes).

Enfin et de manière constante dans la période sous revue, son influence est très importante sur un territoire de proximité immédiate, regroupant cinq communes¹² et environ 70 000 habitants et desservie par la D6086, où l'établissement réalise les deux tiers de son activité, dont un tiers sur la seule commune de Bagnols-sur-Cèze.

¹⁰ Dit aussi *case-mix* et décrit par le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée.

¹¹ Le séjour ne fait l'objet que d'un RUM lorsque le patient n'est passé que par une unité de prise en charge, et non par une succession d'unités spécialisées.

¹² Bagnols-sur-Cèze, Pont-Saint-Espirit, Connaux, Laudun, Bourg-Saint-Andéol.

Y compris au sein de sa zone de recrutement, le poids relatif de l'établissement est très directement proportionnel à la proximité physique : il dépasse les 35 % pour les communes très proches (Pont-Saint-Esprit, Connaux, Laudun) ou relativement isolées d'autres offres (Goudargues) ; il est inférieur à 20, voire à 10 % pour les communes ayant accès aux offres de soins de Montélimar (Bourg-Saint-Andéol, Bollène), Avignon (Roquemaure) ou Alès (Uzès).

En 2017, c'est tout particulièrement pour les disciplines médicales (38,7 %) et obstétricales (55,2 %) que le CHBSC faisait preuve d'attractivité, mais aussi dans le domaine de la cancérologie, en hospitalisation (30,8 %) comme pour les séances de chimiothérapie (27,2 %). Son influence était toutefois moins importante en chirurgie complète (27,6 %) et surtout en chirurgie ambulatoire (13,3 %), dont le développement a été tardif.

tableau n° 8 : Parts de marché de l'établissement sur la zone d'attractivité

Indicateurs	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Part de marché globale en médecine	44,6%	43,4%	43,1%	41,7%	41,1%	38,7%	-2,3%
Part de marché en chirurgie (HC)	25,7%	26,9%	26,7%	25,9%	25,5%	27,6%	1,2%
Part de marché en obstétrique	59,2%	60,9%	58,4%	60,0%	57,8%	55,2%	-1,2%
Part de marché en chirurgie ambulatoire	12,7%	12,1%	16,9%	15,2%	14,9%	13,3%	0,8%
Part de marché en hospitalisation en cancérologie (hors séances)	39,1%	34,0%	31,7%	31,1%	33,8%	30,8%	-3,9%
Part de marché en séances de chimiothérapie	28,4%	28,9%	29,7%	26,0%	28,4%	27,2%	-0,7%

Source : Hospidiag

Surtout, les parts de marché de l'établissement, à l'exception de la chirurgie complète (+ 1,2 % en moyenne par an) et des séances de chimiothérapie (+ 1,7 % par an), s'érodent depuis 2012, de 2,3 % et 3,9 % par an pour la médecine et la cancérologie notamment. Dans un contexte de croissance de la population et alors que l'activité du CHBSC a été dynamique, cela révèle une attractivité plus forte des établissements environnants.

1.3.4. Une valorisation affectée par la progression de l'ambulatoire et l'alourdissement des cas traités

Entre 2012 et 2017, la valorisation des RUM a progressé de 4 M€, légèrement plus vite (+ 2,76 % par an) que le volume des RUM (+ 2,04% par an) : cette augmentation du chiffre d'affaires par RUM (+ 0,71 % par an) est en rapport avec un alourdissement relatif des cas traités (tableau n° 7) plutôt qu'avec une amélioration de la qualité du codage, compte tenu de la modicité des LAMDA¹³ de la période (526 k€, soit 0,3 % des recettes d'activité cumulées de la période).

¹³ Il est possible pour un établissement d'envoyer, durant une période de deux années des informations médicales relatives à l'activité de l'année n : l'établissement de santé peut ainsi envoyer des séjours non codés de l'année n, mais aussi renvoyer des séjours recodés après un contrôle qualité codage ou facture interne. Cette procédure s'appelle LAMDA.

tableau n° 9 : Évolution et valorisation des séjours

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
RSS (nb séjours)	15 422	15 775	16 227	15 960	16 161	17 022	1,99%
RUM (nb RUM)	17 514	17 837	18 610	18 293	18 295	19 374	2,04%
dont ambulatoire	3 260	3 440	3 782	4 040	5 067	5 974	12,88%
part ambulatoire	18,61%	19,29%	20,32%	22,08%	27,70%	30,84%	10,62%
Valorisation (€)	28 726 989	29 217 284	30 982 559	31 465 012	31 699 131	32 923 961	2,76%
dont ambulatoire	1 933 167	2 021 821	2 276 863	2 740 794	3 230 713	3 875 593	14,92%
part ambulatoire	6,73%	6,92%	7,35%	8,71%	10,19%	11,77%	11,83%
dont LAMDA	413 417	3 747	108 824	-	-	-	
part LAMDA	1,44%	0,01%	0,35%	-	-	-	
€ par séjour	1 862,7	1 852,1	1 909,3	1 971,5	1 961,5	1 934,2	0,76%
€ par RUM	1 640,2	1 638,0	1 664,8	1 720,1	1 732,7	1 699,4	0,71%

Source: DIM, retraitement CRC

Le détail de la valorisation par pôle montre que ce sont les activités médicales qui ont porté cette progression : le pôle MPA¹⁴ a généré 2,9 M€ de recettes de plus en 2017 qu'en 2012, le pôle BACRUS¹⁵ seulement 590 k€ ; le pôle FME a vu sa valorisation régresser dans la même période de 214 k€, en lien avec la baisse d'activité de la gynécologie-obstétrique.

En chirurgie, une substitution importante s'est opérée, les volumes de RUM ambulatoires (+ 1 344, soit + 15,9 % par an) et complets (- 607, soit - 4 %) ayant connu des évolutions inverses. Bien que le chiffre d'affaires moyen par RUM ait progressé de manière comparable pour les deux types d'activité, leur disproportion a eu pour effet une augmentation plus rapide du nombre de RUM (+ 3,1 % par an) que de leur valorisation (+ 2,2 %) : entre 2012 et 2017, les recettes chirurgicales se sont accrues de 951 k€, évolution composée d'une progression des recettes ambulatoires (+ 1,45 M€) et d'une régression des recettes d'hospitalisation complète (- 500 k€).

tableau n° 10 : Évolution et valorisation des séjours ambulatoires en médecine et chirurgie

	Année	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Ecart 2012-2017
Médecine									
HDJ	RUM (nb RUM)	2 028	2 187	2 360	2 256	2 950	3 398	10,9%	67,60%
	Valorisation (€)	899 937	960 088	996 466	957 269	1 222 360	1 390 570	9,1%	54,50%
	€ par séjour	444	439	422	424	414	409	-1,6%	-7,80%
HC	RUM (nb RUM)	4 543	4 533	4 798	4 585	4 249	4 357	-0,8%	-4,09%
	Valorisation (€)	11 023 780	10 865 758	13 025 652	13 261 043	13 476 234	13 404 384	4,0%	21,60%
	€ par séjour	2 427	2 397	2 715	2 892	3 172	3 077	4,9%	26,79%
Chirurgie									
Ambu	RUM (nb RUM)	1 232	1 253	1 422	1 784	2 117	2 576	15,9%	109,10%
	Valorisation (€)	1 033 229	1 061 733	1 280 397	1 783 525	2 008 353	2 485 023	19,2%	140,50%
	€ par séjour	839	847	900	1 000	949	965	2,8%	15,00%
HC	RUM (nb RUM)	3 263	3 265	2 998	2 900	2 405	2 656	-4,0%	-18,60%
	Valorisation (€)	7 181 000	7 181 442	7 382 643	7 446 571	6 301 973	6 680 925	-1,4%	-6,96%
	€ par séjour	2 201	2 200	2 463	2 568	2 620	2 515	2,7%	14,30%

Source : DIM, retraitement CRC

En médecine, la progression de l'activité d'hôpital de jours (+ 10,9 % par an en volume) s'est accompagnée d'une érosion de l'activité d'hospitalisation complète (- 0,8 % par an), laquelle

¹⁴ Médecine et personnes âgées.¹⁵ Bloc, anesthésie, chirurgie, réanimation, urgences, SMUR.

a été compensée par une hausse rapide du chiffre d'affaire moyen par RUM (4,9 % par an), liée à l'intensification de la sévérité des cas ; aussi l'augmentation de la valorisation, de 2,9 M€ entre 2012 et 2017, a-t-elle été portée à 83 % par l'hospitalisation complète.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze a positionné, de manière déjà ancienne, son offre de soins dans un rôle de premier recours peu spécialisé, ce qui lui a permis d'affirmer son influence sur un territoire de santé de proximité où il est peu concurrencé. Le portage d'importants projets de restructuration de son site MCO, et en particulier du plateau technique en coopération avec la clinique voisine, lui ont permis de conforter une dynamique d'activité pourvoyeuse de recettes.

2. L'ORGANISATION ET LES FONDAMENTAUX DE LA GESTION

2.1. Un fonctionnement institutionnel consistant

2.1.1. Un cadre structurant

2.1.1.1. Des instances associées et régulières

Au cours de la période, l'ensemble des instances réglementaires s'est réuni de manière régulière et selon un rythme et une programmation définis en début d'année. Le conseil de bloc n'a commencé à se réunir qu'à compter de 2013. La commission d'activité libérale ne se réunit qu'une fois par an, pour le bilan de l'exercice.

La fonction de chaque instance est respectée, selon la lettre et l'esprit du code de la santé publique, et les ordres du jour ne sont pas encombrés de questions ne relevant pas des attributions de l'instance concernée. Le directoire notamment est concentré sur un nombre limité de sujets : finances et contractualisation, stratégie et coopérations (projet d'établissement et GHT), démarche qualité, investissements et projets de gestion structurants (plan d'action achats, schéma directeur, système d'information hospitalier (SIH)...).

La réunion de direction s'attache à la gestion courante (gardes, incidents, marchés...) et à la mise en œuvre des orientations ; celle des actions est suivie au travers d'un tableau de bord. Entre 2014 et 2015, l'équipe de direction est passée de huit à six directeurs, du fait du regroupement des fonctions finances et ressources humaines, d'une part, services techniques et achats-logistique, d'autre part. Cela a rendu possible le recrutement d'un second contrôleur de gestion pour un suivi propre aux ressources humaines. Dans le même temps, celui des longs séjours a été confié à la directrice des finances et des ressources humaines, afin de faciliter notamment le suivi des conventions tripartites.

2.1.1.2. Un règlement intérieur structurant

L'établissement est doté d'un règlement intérieur, conformément aux dispositions de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique. Celui-ci comprend, comme souvent, le récapitulatif du fonctionnement réglementaire des instances, avec leur composition et leur

règlement intérieur, l'organigramme et les délégations de l'équipe de direction et l'organisation en pôles et structures internes, ainsi que les dispositions applicables aux hospitalisés et consultants.

Mais il comprend également des procédures à usage interne : il récapitule les règles de sécurité du système d'information, notamment la charte d'utilisation et la charte de confidentialité du dossier patient, les règles d'organisation du temps médical, la charte du bloc opératoire, les modalités d'organisation de la permanence des soins (gardes et astreintes), les règles relatives à l'activité libérale, l'ensemble des dispositions relatives au personnel, y compris un règlement propre à l'ISI et les règles de circulation et de stationnement. Il décline ainsi les procédures élaborées ou visées par la direction et les instances de l'établissement. Mis à jour au moins une fois par an, il constitue un cadre pratique organisant la vie au quotidien de l'établissement dans ses aspects principaux.

2.1.1.3. Une organisation en pôles pour relayer les projets de l'établissement

L'organisation en pôles est cohérente pour un établissement de cette taille : elle comprend trois pôles cliniques et un pôle médicoteknique. Le pôle MPA comprend l'ensemble des disciplines médicales, pour les activités d'hospitalisation, de consultation et d'hébergement ; le pôle BACRUS associe les activités chirurgicales et anesthésiques avec les activités relevant de l'urgence ; le pôle FME regroupe les activités de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie ; enfin le pôle médico-technique (MT) est constitué du laboratoire, de l'imagerie, de la pharmacie (avec la stérilisation) et du DIM.

Les projets de pôles déclinent les objectifs contenus dans les projets de l'établissement, en particulier le projet médical et le plan directeur immobilier ; ils définissent la contribution de chaque pôle à l'atteinte des objectifs globaux ; un état de l'avancement des projets de pôle est présenté dans les rapports d'activité de l'année.

Le chef de pôle a, pour l'essentiel, un rôle d'animateur des projets médicaux et de management des professionnels. La politique de contractualisation précise les rôles respectifs du chef de pôle, du chef de service et de la direction dans les différents aspects de la gestion du pôle (personnel, achats...) : en pratique, la délégation de signature a été envisagée, mais non mise en œuvre, tout comme l'intéressement financier ; sur les questions relevant des pouvoirs de la direction, le chef de pôle a un rôle de proposition, de relais d'information et d'arbitrage au sein du pôle.

2.1.2. Une attention portée à la qualité de vie au travail

2.1.2.1. Un climat social propice

La direction du CHBSC a, avec le personnel et les organisations syndicales, un dialogue constructif, notamment dans le cadre des instances représentatives du personnel, comité technique d'établissement (CTE) et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Deux éléments illustrent particulièrement ce climat de confiance.

D'abord, et de manière très inhabituelle, l'organisation du temps de travail a été définie au début des années 2000, non par un accord négocié, mais par une décision de direction, sans que cela ne fasse l'objet d'une remise en cause ultérieure. Les modèles horaires applicables (35, 38 ou 36 heures), ainsi que les règles de gestion des congés et du temps de travail, y compris l'utilisation

du badge et les effectifs minimums, sont définis dans un guide de procédures conformes à la réglementation, dont les actualisations font l'objet d'avis en CTE. Dépourvu du caractère défensif d'un accord, ce dispositif favorise une adaptation concertée des organisations, pertinent dans un contexte de réorganisation des services.

Ensuite, le plan de modernisation a nécessité de nombreuses opérations tiroirs : 28 déménagements ont eu lieu entre 2010 et 2016 ; certains services ont d'ailleurs déménagé plusieurs fois (trois pour la maternité).

tableau n° 11 : Opérations tiroirs du plan de modernisation

2010	2011	2012	2014	2015	2016
Gynécologie-Obstétrique	Hépto-Gastro-Entérologie (HGE)	Gynécologie-Obstétrique	Chirurgie viscérale	Hépto-Gastro-Entérologie (HGE)	Bloc opératoire
EHPAD	Médecine Polyvalente	Pédiatrie	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine polyvalente	Stérilisation
USLD	Directions	Chirurgie viscérale	Cardiologie-Pneumologie	UACA	DIM
		Cardiologie-Pneumologie	Laboratoire	Consultations anesthésie-chirurgie	Service informatique
		Pharmacie	Consultations anesthésie-chirurgie		Internat
		Laboratoire	Bureau des entrées - accueil		

Source : établissement

Si ces modifications successives des circuits patients et logistiques ont fait l'objet d'un accompagnement financier de l'ARS (environ 200 k€), les équipes du CHBSC ont assumé le surcroît de charge de travail sans que cela n'occasionne de mouvements sociaux ou de progression de l'absentéisme.

2.1.2.2. Un projet social ambitieux

Le CHBSC a doté le projet d'établissement 2014-2018 d'un volet social, à partir d'un diagnostic issu notamment des travaux de la certification v2014, de l'évaluation du projet 2006-2011, de l'enquête Clarté¹⁶ et d'un diagnostic développement durable.

Ses principaux objectifs sont de penser une politique managériale d'établissement, de privilégier la communication institutionnelle, d'associer les partenaires sociaux, d'adapter les ressources humaines au développement de l'activité afin de fluidifier le parcours patient et enfin d'apporter aux professionnels les compétences nécessaires à la bonne prise en charge des patients, en conduisant une réflexion sur les actions à mener en termes d'amélioration des conditions de travail.

Ce projet est cohérent avec le contexte de réorganisation lié au plan de modernisation. L'établissement s'appuie ainsi sur un baromètre social, en lien avec l'ANFH pour mesurer la satisfaction des agents et prévenir les risques psychosociaux ; une démarche d'adaptation des personnels aux métiers est conduite sur la base de diagnostics issus des outils de l'ANAP, mais aussi des études d'organisation préalables à la mutualisation des ressources et organisations.

¹⁶ Dans le cadre du programme d'expérimentation des indicateurs de qualité en établissements pour les années 2010 à 2012, les hospices civils de Lyon, le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, et le CHU de Nantes ont réuni leurs compétences et leur expérience en constituant le consortium Loire Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé : clarté.

L'établissement a aussi structuré une démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), articulée au répertoire des métiers, en engageant des travaux spécifiques sur les reconversions professionnelles, le handicap et l'accompagnement de l'emploi contractuel. Un effort particulier est consacré aux études promotionnelles, qui représentent environ 1 % de la masse salariale, pour pourvoir les postes vacants, notamment sur les métiers spécialisés en tension (dix infirmiers puériculteurs, anesthésistes ou de bloc opératoire entre 2012 et 2016), mais aussi accompagner les progressions de carrière (six cadres entre 2012 et 2016).

Enfin, ce projet, tout comme le projet médical, fait l'objet d'une évaluation annuelle sur le fondement d'indicateurs de suivi de l'atteinte des objectifs dans les différents axes définis : management et gestion de projets, communication, développement du dialogue social, politique d'allocation de ressources, GPMC et parcours professionnel, santé et qualité de vie au travail.

tableau n° 12 : Évaluation annuelle du projet social

Année	2014	2015	2016	2017
Indicateurs	104	111	112	110
Réalisés	51	50	54	56
Taux réalisation	49,0%	45,0%	48,2%	50,9%
Reconduits	53	61	58	54
Nouveaux	0	3	0	1

Source : établissement, retraitement CRC

En 2017, 50,9 % des objectifs de l'année ont été atteints. Ces résultats manifestent à la fois une capacité à faire et un souci de rendre compte, de nature à conforter la confiance entre personnel et direction.

2.1.2.3. Un absentéisme en progression récente et conjoncturelle

Entre 2012 et 2015, le taux d'absentéisme est demeuré à un niveau modéré, compris entre 6,2 et 6,6 %.

Il a progressé en fin de période, dès 2016 (7,75 %) sous l'effet de l'augmentation des congés maladie pré et post-maternité, en lien avec le rajeunissement de la pyramide des âges du personnel, et en 2017 (7,78 %) du fait d'un doublement des jours d'absence pour congés de longue maladie ou de longue durée, lié à l'absence de cinq agents pendant toute l'année. Le coût des jours d'absence cumulés en 2017 peut être évalué, pour une centaine d'ETP et compte tenu du coût moyen tous personnels confondus (tableaux n°s 22 et 23), à 3,7 M€.

2.2. De bonnes pratiques de gestion financière et comptable

2.2.1. Une approche médico-économique de l'activité

2.2.1.1. Le rôle du DIM dans la valorisation de l'activité

Depuis les élections de 2014, le médecin chef du département d'information médicale est vice-président de la commission médicale d'établissement (CME). Médecin urgentiste, il a pris la responsabilité du DIM dans la continuité du pilotage du projet d'informatisation du dossier patient.

Le DIM participe à la valorisation de l'activité de manière différenciée pour l'hospitalisation et les consultations. Pour l'hospitalisation, le codage des actes a été

progressivement centralisé¹⁷, en lien avec l'informatisation du patient, dans la mesure où il nécessite une exhaustivité de l'information médicale contenue dans le dossier. Ce processus est achevé pour les activités médicales, en cours pour les activités chirurgicales, compte tenu du format des lettres de sortie ; à cet égard, l'établissement envisage de positionner des médecins généralistes auprès des chirurgiens pour assurer la qualité de la prise en charge médicale des patients opérés et, incidemment, la qualité de la saisie des informations dans le dossier patient. Le codage de l'activité externe est, en revanche, intégralement décentralisé.

Le service est organisé en équipes, selon un plan de contrôle défini sur un rythme mensuel, avec l'appui d'un informaticien dédié : deux techniciennes d'information médicale réalisent le codage des actes à partir des lettres de sortie et exercent un contrôle qualité sur les RUM produits pour les trois pôles cliniques ; le médecin DIM valide leurs propositions ; l'hospitalisation à domicile (HAD) est suivie intégralement par un faisant fonction de cadre. Le tableau de bord du contrôle qualité est partagé en réseau entre tous les agents du DIM et le contrôle est réalisé pour le pointage des erreurs sous le logiciel DimExpert.

Quant aux bases d'identités patients, il existe une procédure pour la fusion des doublons¹⁸, qui prévoit l'intervention des services qualité et informatique, mais pas celle du DIM. Dans la mesure où il s'agit d'informations à caractère médical, la chambre invite l'ordonnateur à s'assurer de l'intervention du médecin DIM dans les procédures visant à garantir la qualité des bases de données relatives aux patients.

2.2.1.2. L'organisation du contrôle de gestion

Le CHBSC a structuré le contrôle de gestion de ses activités autour d'un fichier commun de structure (FICOM), actualisé au moins annuellement par la direction des finances et le DIM, qui reflète l'organisation spatiale et fonctionnelle des pôles et services pour l'imputation des recettes et dépenses.

Le DIM s'appuie sur des outils de rapport (dimReport) et de comparaison (dimBench) pour produire des tableaux de bord par pôle, suivant les RUM et leur valorisation financière, mais aussi les indicateurs principaux du suivi médico-économique : taux d'occupation et de rotation des lits et places, durée moyenne de séjour (DMS) et indice de performance de la DMS (IPDMS).

Depuis 2013, une cellule médico-économique réunit deux à trois fois par an le directeur général, le DIM, la directrice des finances et les services des admissions et de l'informatique. Cette instance suit particulièrement les indicateurs de valorisation, mais s'intéresse peu aux indicateurs de performance plus organisationnels, comme l'IPDMS et le taux d'occupation pour l'hospitalisation complète, les taux d'inclusion ou de rotation pour les activités ambulatoires.

L'établissement dispose globalement d'une information de qualité pour qualifier ses activités cliniques, médico-techniques et autres. Le rapport annuel d'activité est exemplaire de ce point de vue : il décline, par pôles et par service, non seulement les données chiffrées d'activité, mais également le suivi de la réalisation des actions contenues dans les projets de pôle, selon une méthode et une présentation constantes tout au long de la période. Ces informations sont partagées avec l'ARS depuis fin 2016, dans le cadre d'un dialogue de gestion en rapport avec le plan triennal.

¹⁷ Le codage est dit « centralisé » lorsque les équipes du DIM font la saisie des actes donnant lieu à facturation à l'assurance maladie, sur la base des informations cliniques contenues dans le dossier médical et de soins du patient ; il est dit « décentralisé » lorsque ce sont les praticiens qui réalisent cette saisie en lien direct avec leur activité auprès du patient.

¹⁸ « Gestion des fusions », établie le 14 mai 2015.

Le CHBSC a d'ailleurs démontré une capacité à s'appuyer sur les données du contrôle de gestion pour obtenir des aides exceptionnelles auprès de l'ARS, au total 1,4 M€ depuis 2012, destinées à la compensation de surcoûts d'exploitation prévisibles et démontrables.

2.2.1.3. L'intégration de la notion de retour sur investissement

Le CHBSC a enfin organisé le suivi du retour sur investissement des activités de consultations nouvellement mises en œuvre : médecine vasculaire, ophtalmologie, chirurgie vasculaire, ORL.

Les données d'activité et de recettes sont ainsi mises en relation avec l'ensemble des coûts d'exploitation : personnel médical et non médical, consommables, travaux et amortissements. Ces suivis constituent des outils à la fois d'aide à la décision et de responsabilisation des praticiens pilotes de ces activités.

2.2.2. Une gestion budgétaire organisée

2.2.2.1. Les procédures budgétaires

L'établissement a défini ses modalités de conception budgétaire. Dès la rentrée de l'année n-1, le directoire est informé à chacune de ses séances des hypothèses à l'étude ; le dialogue de gestion avec les chefs de pôle permet d'instruire les éventuels projets de développements d'activité et de pointer l'exécution des contrats de pôle. Le cadre et le directeur référent de pôle, ainsi que les contrôleurs de gestion, assistent les chefs de pôle dans cette démarche. En revanche, ces derniers ne formulent pas de propositions d'économie.

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de l'année N est conçu de manière cumulative, à partir de la réalisation de l'année N-1 par la superposition :

- du chiffrage des mesures obligatoires de l'année ;
- de l'intégration des mesures de l'année n-1 ayant un effet sur l'année n ;
- des coûts nouveaux liés aux créations de postes médicaux ou non médicaux ;
- des pistes d'économie, identifiées par la direction ;
- des surcoûts liés au nouveau plateau technique (effets en N-1 et N).

Cette manière de procéder, habituelle et cohérente pour un établissement non affecté par un plan de retour à l'équilibre financier, permet notamment d'isoler les coûts nouveaux liés aux investissements structurants.

Une procédure et un calendrier annuels organisent les différentes étapes de clôture de l'exercice échu et d'ouverture de l'exercice suivant. Une évaluation des rattachements est réalisée par budget et par titre précisant fournisseur, nature, unité fonctionnelle (UF), date de réception, compte, montant, et numéro de mandat.

2.2.2.2. La fiabilité des prévisions budgétaires du budget principal

Les prévisions budgétaires sont globalement fiables : entre 2012 et 2017, l'écart moyen entre prévision et réalisation a été de 2,16 % en moyenne sur les charges et de 3,21 % sur les produits. Les prévisions relatives aux dépenses de personnel (- 1 %) et aux recettes de l'assurance maladie (+ 0,75 %), qui constituent les plus gros enjeux financiers, ont été particulièrement robustes ; les prévisions relatives aux charges à caractère médical (+ 7,3 %) et aux autres produits (+ 17 %) se sont avérées plus dépendantes des variations d'activité.

Les produits étant en moyenne plus sous-évalués que les charges, le résultat en fin d'exercice a été systématiquement amélioré par rapport à la prévision, en moyenne de 116 %. Chaque année, l'établissement a prévu un résultat déficitaire et terminé en léger excédent, à l'exception de l'année 2016 (- 46 k€).

tableau n° 13 : Écarts entre résultat prévisionnel et résultat constaté

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Résultat prévisionnel initial	-158 080	-248 167	-412 254	-2 400 345	-94 704	-151 466	-577 503
Résultat prévisionnel actualisé	-	-105 167	-212 254	-2 479 850	-41 508	-151 466	-498 374
Variation	158 080	143 000	200 000	-79 505	53 196	-	79 128
en %	-100,0%	-57,6%	-48,5%	3,3%	-56,2%	0,0%	-13,7%
Résultat constaté	1 268	475	186 640	214 642	-45 476	202 178	93 288
Ecart au CRPP initial	159 348	248 642	598 894	2 614 987	49 227	353 644	670 790
en %	-100,8%	-100,2%	-145,3%	-108,9%	-52,0%	-233,5%	-116,2%

Source : comptes financiers

Cette prudence dans la prévision permet à la direction de maintenir une attention à l'évolution des dépenses en cours d'année et de prévenir d'éventuelles sous-réalisations des recettes en lien avec un *turnover* médical non maîtrisé.

2.2.2.3. Le suivi budgétaire

Un suivi des réalisations budgétaires est organisé mensuellement : les données d'activité et de dépenses sont déclinées de manière à la fois rétrospective et prospective, afin de déterminer le compte financier anticipé.

La prospective est établie par le rapprochement des crédits consommés par compte (réalisé et reste à facturer) avec les crédits ouverts, y compris les décisions modificatives éventuelles, puis par une extrapolation sur la période restante. Les écarts à la prévision initiale doivent être systématiquement expliqués et justifiés par les gestionnaires de compte.

Ces réunions budgétaires ne font pas l'objet de comptes rendus formalisés.

2.2.3. Une qualité des écritures comptables améliorée avec le trésorier

2.2.3.1. Les démarches de fiabilisation en cours

Le II de l'article 17 de la loi du 21 juillet 2009 prévoit l'entrée en vigueur de la certification des comptes au plus tard pour les comptes de l'exercice 2014 pour les établissements disposant d'un budget supérieur à 100 M€, et la fiabilisation des comptes pour les autres établissements.

Le CHBSC, qui appartient à la seconde catégorie, s'est donné des objectifs en matière de fiabilisation, dans le cadre d'un projet lancé en 2013 : la fiabilisation des états financiers, en collaboration avec le comptable public (inventaire des immobilisations, provisions et dépréciations, créances irrécouvrables, annexe du compte financier), la mise en place d'un contrôle interne comptable et financier sur cinq cycles (achats d'exploitation, immobilisations, personnel, endettement et recettes) et l'expertise et l'évolution des systèmes d'information sous l'angle de la qualité comptable.

Si le travail sur les cycles doit encore être engagé, priorité a été donnée au partenariat avec le comptable : la convention de service comptable et financier (CSCF) 2017-2020, signée le 12 décembre 2017, prévoit cinq axes de travail¹⁹ développés par des fiches action et déclinés en co-construction par des groupes de travail associant les opérationnels de chaque administration. Sur 113 actions convenues, 13 ont été réalisées et 33 engagées fin 2017, en priorité sur l'amélioration de la lisibilité comptable et le titrage et le recouvrement des recettes.

2.2.3.2. Le suivi de l'actif

Le CHBSC a défini des durées d'amortissement des biens très comparables aux durées indicatives figurant dans l'instruction comptable M21. L'inventaire comptable et l'état de l'actif de l'ordonnateur ne présentent pas d'écart fin 2017.

En revanche, le directeur a indiqué que l'amortissement des biens acquis sous la forme du crédit-bail n'a pas été mis en place dès leur mise en service, alors que, « lorsque l'établissement devient propriétaire du bien en levant l'option d'achat, il doit inscrire cette immobilisation à l'actif de son bilan pour le prix contractuel de cession²⁰ ». Aussi la chambre l'invite-t-elle à pratiquer désormais l'amortissement de ces biens dès leur mise en service, mais aussi à reconstituer les amortissements des biens en crédit-bail concernés par une levée de l'option d'achat.

2.2.3.3. Le provisionnement

Les provisions pour risques et charges font l'objet de dotations et reprises annuelles, toujours justifiées par des certificats administratifs. L'année 2014 en particulier a donné lieu à un réajustement à la hausse : les provisions pour charges ont été relevées de près de 1,4 M€, au titre à la fois des surcoûts possibles des opérations de travaux en cours et de la progression de la couverture des comptes épargne-temps.

tableau n° 14 : Provisions pour risques et charges

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Provisions pour risques	335 710	215 783	845 783	895 783	895 783	800 960
Provisions pour charges	6 423 195	6 045 895	7 445 775	7 618 456	7 233 116	7 322 716

Source : comptes financiers

Les provisions pour risques ont également été relevées de 630 k€ en 2014, en lien avec une série de contentieux liés aux travaux en cours sur un EHPAD et sur le plateau technique ; bien que

¹⁹ 1. Dématérialisation des échanges : groupes de travail-propositions pour des mesures de simplification ; 2. Amélioration du service rendu aux usagers : maîtrise des délais de paiement, optimisation des chaînes de dépense (CHD, contrôle allégé en partenariat (CAP) ; 3. Optimisation de la chaîne de recettes et amélioration des conditions de recouvrement : fiabilisation des tiers, sirétisation des mutuelles, approfondissement des relations avec la caisse pivot MSA ; 4. Développement d'un conseil et le soutien comptables : garantie de la qualité comptable, optimisation de la comptabilité patrimoniale, opérations de fiabilisation, 5. Développement d'une expertise fiscale et financière, en plus des analyses financières rétrospectives.

²⁰ Nomenclature M21, tome 1, compte 612 « Redevances de crédit-bail ».

ces litiges aient été pour partie réglés à l'amiable, cette provision n'a fait l'objet ni de reprises, ni de dotations nouvelles fin 2017, dans la mesure où d'autres litiges sont survenus sur le même chantier, pour un montant estimé à 840 k€. Cette provision demeure destinée à la couverture d'un litige et son évaluation financière paraît cohérente. La chambre invite toutefois l'ordonnateur à procéder comptablement aux reprises relatives aux litiges terminés, ainsi qu'aux dotations relatives aux nouveaux litiges.

Sinon, l'établissement a adapté régulièrement les provisions destinées à couvrir les jours de compte épargne-temps au cours de la période, au point d'atteindre 1,8 M€, soit un taux de couverture de 90,1 % des jours valorisables en 2017.

2.3. Les perspectives liées aux mutualisations au sein du GHT

2.3.1. La commande publique

L'établissement a réalisé une cartographie des achats en 2016, tout comme le GHT, en 2017 pour le compte de ses membres : les produits de santé y représentent près de 60 % des dépenses. De manière générale, le profil des dépenses est très comparable à celui des autres établissements du GHT, où il représente 7 % des dépenses d'achat public du groupement.

Dès 2013, dans le cadre du plan national PHARE²¹, l'établissement a élaboré un plan d'action achats, qui a permis un gain évalué à 1,7 M€ sur cinq ans, soit un taux moyen de gain de 5,5 % conforme aux objectifs nationaux en la matière. Un plan d'action achats du GHT, élaboré début 2018, a pris le relais : il prévoit 29 actions, avec plus de quatre établissements en moyenne par procédure envisagée et un gain cible annuel (308 k€), légèrement inférieur aux objectifs du PAA antérieur du CHBSC (380 k€).

Surtout, à compter du 1^{er} janvier 2018, le CHU de Nîmes est devenu le pouvoir adjudicateur unique du GHT pour les nouvelles procédures ; les marchés conclus antérieurement continuent de s'exécuter. Le CHBSC conserve une délégation pour des achats autonomes jusqu'à 15 k€ et ses acheteurs peuvent porter des marchés en groupement pour le compte d'autres établissements du GHT.

Le CHBSC compte une part importante d'achats groupés (37,6 %), en particulier auprès du Resah Languedoc-Roussillon. Or le CHU de Nîmes appartient au groupement d'achats des CHU et grands CH, Uni-HA, qui couvre de nombreux segments. Le changement de pouvoir adjudicateur est ainsi susceptible d'inclure le CHBSC dans les marchés mis à disposition par Uni-HA et de diminuer ainsi substantiellement son niveau de participation au Resah LR.

2.3.2. Le système d'information

Le CHBSC a planifié un effort financier de 6,5 M€ pour le schéma directeur de son système d'information entre 2013 et 2020, avec un pic de dépenses en 2018. La cartographie des flux informatiques à fin 2017 témoigne d'une forte intégration du système et d'un recours important aux solutions logicielles pour la structuration du fonctionnement de l'établissement, y compris sur

²¹ Programme hospitalier pour des achats responsables.

des champs peu fréquemment investis par les hôpitaux : informatisation des procédures d'achat, gestion des placements en SSR, logiciels spécifiques pour les activités du CAMSP et du SSIAD.

Les professionnels médicaux et de soins se sont appropriés le dossier patient informatisé, désormais déployé sur l'ensemble des services ; au bloc opératoire et en UACA, la solution retenue permet le suivi en temps réel des patients, qu'ils soient pris en charge par la clinique ou par l'hôpital. Un comité du système d'information suit annuellement le déploiement du schéma directeur et actualise le calendrier du projet.

Le GHT a adopté en décembre 2017 un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui prévoit la convergence des systèmes d'information de tous les établissements du groupement, sur le fondement d'une solution acquise en commun. La bascule du CHBSC est actuellement envisagée en 2021 ou 2022. Une telle convergence est de nature à favoriser une prise en charge coordonnée des patients dans les filières du territoire.

Elle est en revanche susceptible de conduire l'établissement à engager un nouvel effort financier substantiel pour substituer un système à un autre, et cela immédiatement après le terme de son cycle d'investissement actuel. Une telle hypothèse, compte tenu des durées d'amortissement, pose aussi la question du retour sur investissement du schéma directeur actuel. Aussi la chambre invite-t-elle l'ordonnateur à identifier au plus tôt le montant des dépenses induites par son intégration au SDSI du GHT.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHBSC s'est organisé dans le respect des principes fondamentaux de fonctionnement et de gestion applicables à un établissement de santé, sans en négliger d'aspect important ; il doit continuer de s'adapter dans le cadre des mutualisations portées par le GHT. La bonne maîtrise des processus budgétaires et comptables et la transparence des processus institutionnels, qui procèdent de la définition de règles communes, ont conforté la capacité de l'établissement à décider et à agir en mobilisant ses ressources.

3. LES PERFORMANCES DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1. Des indicateurs de gestion relativement bien positionnés

3.1.1. Les performances globales

Le CHBSC a atteint très partiellement les objectifs du plan triennal fin 2017 : sur douze indicateurs de suivi, seulement cinq avaient une valeur conforme ou meilleure que la cible. Il s'agit d'indicateurs relatifs aux performances achat, à la marge brute ou à l'évolution de l'activité et de sa valorisation.

tableau n° 15 : Objectifs du plan triennal à fin 2017

Indicateurs	Cible CHBSC	Réalisé CHBSC	Ecart cible CHBSC
Montant des gains achats (en M€)	337 000 €	895 000 €	165,6 %
% évolution des gains cibles	2,25 %	18,20 %	708,9 %
Taux d'évolution des charges de Titre 1 (CRP)	2,2 %	3,8 %	71,1 %
Taux d'évolution des recettes d'activité (GHS & suppl. / ACE / DAF)	2,7 %	4,5 %	65,2 %
Taux de marge brute retraité des aides	6,00 %	7,20 %	20,0 %
Taux de Marge brute (hors aides exceptionnelles et à l'investissement)	6,00 %	7,20 %	20,0 %
Taux de chirurgie ambulatoire (nouveau périmètre DGOS)	45 %	35,7 %	- 20,7 %
Taux d'occupation en Chirurgie	85 %	50	- 41,2 %
IPDMS - Chirurgie	0,94	1,1	17,0 %
Taux d'occupation en Médecine	90 %	83	- 7,8 %
IPDMS - Médecine	0,93	0,98	5,4 %
Taux de rotation des places de chirurgie ambulatoire	130 %	103	- 20,8 %

Source : établissement, retraitements CRC

La progression des dépenses de titre 1, comme les indicateurs relatifs aux parcours patients (durée de séjour, taux d'occupation et de rotation), n'étaient, quant à eux, pas conformes aux objectifs fixés par l'ARS.

Pour autant, les performances organisationnelles, évaluées dans le cadre du plan triennal, avec l'outil Macrodiag, sont globalement satisfaisantes et en léger progrès entre 2015 et 2017, à l'exception de l'organisation de l'hôpital de jour de médecine.

tableau n° 16 : Évaluation des performances organisationnelles

Champs	2015	2017
I. Gestion des lits	72	76
II. Urgences	76	79
III. Blocs opératoires	89	89
IV. Chirurgie ambulatoire	92	96
IV bis. Chirurgie ambulatoire bis	NC	96
V. Transport sanitaires	53	68
VI. Transports internes - brancardage	67	76
VII. Imagerie	77	77
VIII. Consultations externes	65	68
IX. Ressources humaines	94	94
X. Hôpital de jour de médecine	NC	51

Source : Macrodiag établissement

Surtout, lorsqu'on compare l'établissement à un échantillon d'autres établissements de 190 à 230 lits de MCO²², sur une série d'indicateurs financiers et médico-économiques centraux de l'exercice 2016, le CHBSC se trouve toujours bien placé par rapport à la moyenne comme à la médiane de l'échantillon.

²² Il s'agit de centres hospitaliers généraux entre 190 et 230 lits, 45 et 90 M€ de produits et de 11 000 à 20 000 résumés de sortie anonymes (RSA) à l'année.

tableau n° 17 : Indicateurs financiers et médico-économiques 2016 de l'établissement rapportés à un échantillon de CH de 190 à 230 lits

Indicateurs financiers	Taux de marge brute	Taux de CAF	Dettes fournisseurs	Taux rattachement	Taux report charges	Ratio travaux / immos
CHBSC	6,1%	4,6%	85	3,5%	0,2%	19,3%
Moyenne	4,5%	2,9%	149	5,6%	0,4%	9,3%
Médiane	4,6%	2,9%	119	3,8%	0,3%	2,6%

Indicateurs médico-économiques	Ratio ambu RSA	IP-DMS médecine	IP-DMS chirurgie	IP-DMS obstétrique	ETPM / lits	ETPNM / lits	Taux sévérité 3 et 4	Taux hospit depuis SAU
CHBSC	28,9%	0,97	1,08	1,05	0,36	3,10	13,0%	22,0%
Moyenne	26,9%	1,01	1,06	0,95	0,39	3,96	13,6%	57,3%
Médiane	26,2%	1,00	1,06	0,96	0,39	4,00	13,0%	60,0%

Source : comptes financiers, Hospidiag

Ainsi, les taux de marge brute et de capacité d'autofinancement en particulier, ainsi que la masse salariale rapportée aux capacités ou le ratio de chirurgie ambulatoire sont bien positionnés, ce qui n'est néanmoins pas le cas de l'IPDMS en médecine ou en chirurgie.

3.1.2. Les performances économiques

De manière générale, les coûts des activités de soins et des activités supports sont satisfaisants : d'après le retraitement comptable 2016, les coûts d'unité d'œuvre du CHBSC sont, à peu d'exceptions près, compris entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile des établissements de même catégorie²³.

Parmi les activités d'hospitalisation complète ou ambulatoires, seules l'unité de soins continus (USC) et l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) présentent des coûts d'unité d'œuvre supérieurs, respectivement de 26 % et 30 % au troisième quartile : l'USC présente un taux d'occupation insuffisant (70 % en 2016, 74 % en moyenne depuis 2012) par rapport aux moyens déployés ; l'UHCD, en dépit d'un taux d'occupation élevé (110 % en 2016, 98 % en moyenne) et d'une DMS contenue (1,18 en 2016, 1,1 en moyenne), affecte des moyens plus importants que les autres établissements.

Parmi les activités médico-techniques, l'imagerie présente un coût remarquablement bas (inférieur au premier quartile), en lien avec l'optimisation d'équipements réalisant une grande part d'activité externe, au contraire du laboratoire, qui dépasse le troisième quartile de 30 % en 2016, en dépit d'une progression cette même année du nombre d'examens par technicien (de 24 070 à 37 887), témoignant de marges de manœuvre en dépenses.

Parmi les activités de logistique médicale et générale, les dépenses de personnel informatique sont supérieures au troisième quartile de 44 %, dans un contexte de déploiement du SIH, et le coût d'intervention biomédical inférieur au 1^{er} quartile, en rapport avec une externalisation importante de la maintenance.

Dans l'ensemble, le CHBSC présente un assez bon niveau de performance et d'efficience par rapport à d'autres établissements comparables, tout en disposant de marges de progression dans certains domaines.

²³ Centres hospitaliers avec urgences, entre 70 et 15 M€ de produits.

3.2. Une organisation des parcours patient perfectible

3.2.1. Une qualité des soins reconnue

Le CHBSC a inscrit l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans le projet médical 2014-2018. Depuis 2013, il est expérimentateur du compte qualité et l'analyse des parcours patients selon la méthode du patient traceur a été intégrée aux contrats de pôle.

Le rapport de certification V2014 de janvier 2017, à la suite de la visite réalisée en février 2016, a classé l'établissement en B (annexe n° 3), soit une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration sur les thématiques examinées. Une première recommandation portait sur l'agencement des locaux des urgences, qui ne garantissent pas la confidentialité et l'intimité des patients ; l'établissement a prévu d'y remédier dans le cadre du plan directeur immobilier à l'horizon de 2022. Une seconde recommandation portait sur la mesure de la qualité de l'air, préalable à l'entrée en salle de bloc opératoire ; l'établissement y a répondu avec les travaux intervenus dans le courant de l'année 2016.

Aussi apparaît-il que l'établissement répond aux besoins de santé de la population en offrant un niveau de qualité des prises en charge satisfaisant et maîtrisé.

3.2.2. Des marges disponibles dans l'utilisation des capacités

L'établissement présentait en 2017 des indices de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)²⁴ médiocres en chirurgie (1,106) et en gynécologie obstétrique (1,034), au-delà des valeurs hautes parmi les établissements comparables. En médecine, en revanche, l'IP-DMS (0,979) était dans les valeurs moyennes.

tableau n° 18 : indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)

Indicateurs	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Typologie 2017	
								2ème décile	8ème décile
IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	0,918	0,921	0,902	0,924	0,965	0,979	1,3%	0,858	1,081
IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1,094	1,048	1,027	1,088	1,081	1,106	-0,3%	0,894	1,096
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	1,032	1,033	1,01	1,073	1,045	1,042	0,3%	0,928	1,034

Source : Hospidag

Ces performances fin 2017 ont correspondu à des évolutions différenciées : l'IP-DMS de gynécologie-obstétrique s'est amélioré, mais sous l'effet contraint d'une baisse de la durée moyenne de séjour (- 1,3 % par an) consécutive à la diminution globale d'activité déjà évoquée. Les IP-DMS de médecine et de chirurgie ont connu une détérioration progressive, en dépit des augmentations de capacités intervenues au cours de la période : la hausse de la DMS a été plus rapide (3,1 % par an) pour la médecine que pour la chirurgie (+ 0,3 %), en lien avec une progression de la lourdeur des cas traités déjà évoquée dans les deux cas.

²⁴ L'IP-DMS = (nombre de journées réelles)/(nombre de journées théoriques). Le nombre de journées théoriques correspond au nombre de journées qu'il y aurait eu si tous les séjours du *case-mix* de l'établissement avaient eu comme durée la DMS de référence nationale du GHM. Lorsque l'IP-DMS est supérieure à 1, cela signifie qu'il y a globalement plus de journées d'hospitalisation dans l'établissements qu'attendues compte-tenu du *case-mix*.

tableau n° 19 : Durée moyenne de séjour par secteur, hors ambulatoire

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Médecine	5,74	5,72	5,87	6,19	6,80	6,70	3,1%
Chirurgie	4,07	3,94	4,11	4,29	4,57	4,13	0,3%
Pédiatrie	2,59	2,72	2,63	2,71	2,83	2,98	2,9%
Gynéco-obst	4,00	3,92	3,78	3,89	3,72	3,75	-1,3%
UHCD	1,07	1,07	1,08	1,10	1,18	1,12	1,0%
USC	3,00	2,98	2,75	2,96	2,93	2,99	0,0%
Hébergement	401,50	450,07	372,60	466,49	409,87	405,55	0,2%
HAD	34,27	38,40	36,79	42,68	35,76	32,18	-1,2%
Moyenne établissement hors HDJ	8,07	8,08	8,00	8,39	8,80	8,59	1,3%

Source : Hospidag

Dans les services de médecine, les taux d'occupation (TO)²⁵, en hospitalisation complète, et de rotation, en hospitalisation de jour, ont progressé significativement, respectivement de 2 et 3,8 % par an en moyenne, en lien avec la hausse de l'activité et en dépit de l'augmentation du nombre de lits. Des marges de manœuvre demeurent néanmoins : fin 2017, le TO en hospitalisation complète ne dépassait pas 83 % et le taux de rotation en HDJ dépassait pour la première fois un patient par jour et par place (114 %).

En pédiatrie, bien qu'en progression constante (+ 5,5 % par an) du fait l'augmentation de l'activité, le TO est demeuré inférieur à 53 %, tandis qu'il a régressé rapidement en gynécologie-obstétrique (- 3,4 % par an en HC) pour s'établir en dessous des 50 % en 2017.

tableau n° 20

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Médecine	HC	75,04%	75,46%	80,88%	75,51%	80,92%	82,99%	2,0%
	HDJ	94,56%	100,16%	109,12%	72,80%	84,51%	113,83%	3,8%
Chirurgie	HC	56,82%	56,28%	56,68%	54,15%	50,46%	50,40%	-2,4%
	HDJ	87,89%	85,03%	91,94%	77,36%	82,36%	103,08%	3,2%
Pédiatrie	HC	39,88%	43,11%	44,70%	48,75%	46,44%	52,47%	5,6%
	HDJ	16,80%	28,00%	30,80%	21,20%	14,00%	22,00%	5,5%
Gynéco-obst	HC	58,90%	63,16%	56,61%	58,52%	54,37%	49,49%	-3,4%
	HDJ	34,80%	17,20%	64,40%	27,20%	1,60%	2,00%	-43,5%
UHCD	HC	90,64%	86,67%	102,42%	97,58%	110,41%	100,09%	2,0%
USC	HC	77,72%	76,85%	70,50%	74,25%	70,64%	75,89%	-0,5%
Hébergement	HC	92,76%	93,86%	92,18%	92,52%	93,02%	92,87%	0,0%
HAD	HC	75,47%	81,73%	92,66%	106,14%	108,54%	107,17%	7,3%

Source : Hospidag

En chirurgie, la substitution progressive de l'activité ambulatoire à l'activité d'hospitalisation complète a conduit à des évolutions inverses du taux d'occupation (- 2,4 % par an) et du taux de rotation (+ 3,2 % par an). Leurs valeurs demeuraient faibles fin 2017 : 50,4 % en hospitalisation complète, tout juste un patient par jour et par place en ambulatoire (103 %), malgré la forte croissance de l'année.

Concernant l'hospitalisation complète en chirurgie, l'établissement a indiqué avoir sous-estimé l'effort de substitution réalisé par les praticiens de la clinique, lesquels n'ont que peu recours aux lits publics dans la mesure où leur rémunération propre dans ce cadre relève du secteur 1 et non du secteur 2. La permanence d'une sous-occupation de moitié de ces capacités a conduit le CHBSC à envisager, dans le cadre de l'actualisation de son projet médical, soit le développement de nouvelles activités nécessitant une hospitalisation complète, telle la chirurgie bariatrique, soit une évolution à la baisse du capacitaire et des moyens alloués.

²⁵ Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux représente la somme des journées d'hospitalisation au cours d'une période donnée (en général une année) divisée par le nombre de lits disponibles, Il indique le degré d'utilisation des lits disponibles durant une période déterminée.

Concernant la chirurgie ambulatoire, le CHBSC fait moins bien que les établissements comparables dans l'utilisation des capacités disponibles : le taux de chirurgie ambulatoire, s'il a progressé (+ 4,5 % par an), est demeuré inférieur aux valeurs basses du 2^{ème} décile en 2017, légèrement supérieur pour les 18 gestes marqueurs (69,4 %).

tableau n° 21 : Indicateurs d'inclusion en chirurgie ambulatoire

Indicateurs	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Typologie 2017	
								2ème décile	2ème décile
Taux de chirurgie ambulatoire	27,0%	26,2%	27,6%	30,3%	32,3%	35,7%	4,5%	38,3%	67,2%
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	43,4%	47,2%	56,8%	62,7%	65,5%	69,4%	10,8%	68,2%	89,7%

Source : Hospidag

Ce retard est d'ailleurs manifestement plus imputable à une substitution encore incomplète qu'à un défaut d'organisation : rapportés aux établissements de sa catégorie, les volumes d'ambulatoire et d'ambulatoire innovant sont situés en bas de fourchette, tandis que l'indice d'organisation (1,054) est élevé.

La sous-occupation des services de chirurgie trouve son origine au bloc opératoire : la production d'indices de coût relatif (ICR) par salle a décliné au cours de la période, pour atteindre 162 843 en 2016, en-dessous des valeurs du 2^{ème} décile. Les indicateurs de consommation de ressources (ICR par chirurgien ou anesthésiste) s'en sont d'autant détériorés, passant au-dessous du second décile. La forte progression d'activité intervenue en 2017 est susceptible d'améliorer ces ratios.

L'établissement dispose de marges significatives d'utilisation des capacités de production de soins, tant dans les services qu'au niveau du plateau technique.

3.2.3. Une sensibilité inégale des dépenses à la progression de l'activité

Le CHBSC a connu une importante progression de son activité depuis 2012, en conséquence de quoi les recettes du titre 1 ont augmenté de 3,6 % an. Cette évolution s'est traduite par une croissance de la consommation de ressources, inégale selon la nature des dépenses.

En les rapportant aux recettes de l'assurance maladie (titre 1), on peut qualifier les rythmes de progression relatifs des charges de personnel (titre 1), des charges médicales (titre 2) et des charges hôtelières (titre 3). Le ratio des charges de personnel a ainsi légèrement diminué (- 0,3 % par an), signe d'une maîtrise rigoureuse, en particulier dans un contexte de réorganisation des services. Cette maîtrise a été apparemment moindre sur les dépenses hôtelières : le ratio a progressé de 0,9 % par an, dans un domaine affecté par des gains sur les achats, mais également par les déménagements successifs générateurs de surcoûts. Enfin, cette maîtrise a été assez faible sur les charges médicales : le ratio a augmenté de 6,7 % par an (5,9 % en ignorant les rétrocessions de médicaments), ce qui signale une croissance forte des prescriptions, en partie liée à l'alourdissement des cas traités.

tableau n° 22 : couverture des charges des titres 1, 2 et 3 par les recettes d'assurance maladie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Dépenses de T1 rapportées aux recettes de T1	85,2%	86,7%	85,9%	82,9%	84,3%	83,8%	-0,3%
Dépenses de T2 rapportées aux recettes de T1	20,7%	21,3%	25,8%	25,0%	27,9%	28,6%	6,7%
Dépenses de T3 rapportées aux recettes de T1	14,0%	14,5%	14,0%	13,2%	13,1%	14,7%	0,9%

Source : comptes financiers

Dans le détail, pour ce qui regarde le personnel médical, la progression des dépenses a été plus rapide (+ 5,4 %) que celle des recettes de l'assurance maladie, en particulier du fait de la progression des effectifs (+ 3,4 % par an), alors que le coût moyen n'a augmenté que de 1,9 % par an. Si l'établissement a créé des postes pour accompagner son développement, la rémunération des praticiens est demeurée maîtrisée.

tableau n° 23 : Évolution des effectifs et rémunérations nettes médicaux

ETP REMUNERES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
PH Temps plein ou Tps partiel	38,33	39,81	38,54	41,66	40,25	43	2,3%
Attaché ou Attaché associé ou CDI	2,94	4,55	4,57	4,15	4,8	4,79	10,3%
Praticien contractuel en cdd	7,56	10,45	11,86	12,18	16,67	12,08	9,8%
Assistant ou Assistant Associé	0,48	3,17	3,32	2,73	3,13	4,58	57,0%
Autres praticiens à recrutement contractuel	12,34	11,92	15,66	13,48	11,69	13,12	1,2%
Internes	17,46	15	10,8	14,92	9	16,33	-1,3%
Etudiant	0,32	0	0,5	0	0	0	-100,0%
Intérim Médical				0,2	0,08	0	-100,0%
TOTAL des ETPR au 31/12/ N	79,43	84,9	85,25	89,32	85,62	93,9	3,4%
Dépenses de PM	6 086 211	6 477 755	6 662 541	7 064 494	7 539 206	7 919 376	5,4%
Coût moyen	76 624	76 299	78 153	79 092	88 054	84 338	1,9%

Source : établissement

De fait, le recours à des remplacements médicaux ponctuels a été modéré et organisé selon des modalités pertinentes : l'établissement s'efforce de fidéliser des remplaçants éprouvés qui lui sont adressés par une agence de mise en relation ; le tarif est négocié ; une délibération du 9 septembre 2005 encadre la pratique. Au total, depuis 2012, l'établissement a eu recours à 131 missions, pour un coût total de 270 k€.

La modération a été particulièrement importante pour le personnel non médical : la dépense annuelle a progressé un peu moins rapidement (+ 2,3 % par an) que la valorisation des RUM (+ 2,76 %), avec une évolution des effectifs de 1,5 % par an, bien suivie dans le cadre des effectifs cible définis par pôle et par service, et une hausse du coût moyen par ETP limitée à 0,8 %, notamment du fait du rajeunissement des effectifs.

tableau n° 24 : Évolution des effectifs et rémunérations nettes de personnels non médical

En ETP rémunérés	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
LM	80,63	80,28	82,98	81,58	81,73	91,78	2,6%
FME	72,45	72,45	74,3	75,22	75,22	75,22	0,8%
BACRUS	161,91	161,46	162,25	161,33	162,33	172,43	1,3%
MPA	213,58	214	216,36	226,99	228,89	230,09	1,5%
GLT	166,85	168,05	166,55	178,2	178,2	178,2	1,3%
Total	695,42	696,24	702,44	723,32	726,37	747,72	1,5%
Dépenses de PNM	20 412 048	20 484 695	20 998 075	21 609 436	22 053 850	22 838 314	2,3%
Coût moyen	29 352	29 422	29 893	29 875	30 362	30 544	0,8%

Source : établissement

Pour autant, des marges de productivité demeurent dans les maquettes organisationnelles, en particulier aux blocs opératoires général et obstétrical : en 2016, le nombre d'infirmiers spécialisés par anesthésiste (2) et de sage-femme par obstétricien (4) situait l'établissement au-delà des valeurs hautes (8^{ème} décile) des établissements comparables.

Pour ce qui regarde les consommations médicales du titre 2 entre 2012 et 2017, la progression des dépenses a été de 5,4 M€ ; toutefois, elle a tenu pour 3 M€ à la forte augmentation des rétrocessions, lesquelles sont compensées par des recettes exactement équivalentes au titre 3. Une fois neutralisées ces rétrocessions, la croissance des dépenses a absorbé environ 30 % de la hausse des recettes de titre 1 (7,8 M€) sur la même période. Les trois causes principales de cette évolution ont été la consommation de médicaments (25,3 % de la hausse), les fournitures médicales (28,1 %) et les locations à caractère médical (26,4 %) déjà évoquées plus haut.

La progression de la consommation de médicaments, hors-rétrocessions, a été portée par le pôle MPA (+ 10 M€ sur la période, soit 7,3 % par an), qui a vu à la fois son activité augmenter en volume, de 18,02 % par an, et son chiffre d'affaires par RUM croître de 5,14 % par an.

tableau n° 25 : Évolution des activités d'imagerie et de biologie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Moyenne	Part
Forfaits techniques de scanner									
Hospitalisés	3 845	3 604	4 148	4 468	4 850	5 838	8,7%	4 459	26%
Externes	11 204	11 704	11 320	11 874	11 761	16 356	7,9%	12 370	74%
Total	15 049	15 308	15 468	16 342	16 611	22 194	8,1%	16 829	
Venues en radiologie									
Hospitalisés	8 933	8 793	8 689	8 677	8 466	8 371	-1,3%	8 655	25%
Externes	22 558	22 710	23 837	26 481	27 293	30 275	6,1%	25 526	75%
Total	31 491	31 503	32 526	35 158	35 759	38 646	4,2%	34 181	
Venues en IRM									
Hospitalisés	18	29	94	99	130	130	48,5%	83	2%
Externes	1 478	1 954	4 557	5 836	6 147	6 946	36,3%	4 486	98%
Total	1 496	1 983	4 651	5 935	6 277	7 076	36,4%	4 570	
Production de B de biologie									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Moyenne	Part
B hospit	6 512 125	6 736 015	6 905 782	6 607 891	7 171 700	7 129 132	1,8%	6 843 774	65%
B externe	3 477 537	3 608 992	3 876 913	3 735 790	3 980 823	3 585 706	0,6%	3 710 960	35%
Total	9 989 662	10 345 007	10 782 695	10 343 681	11 152 523	10 714 838	1,4%	10 554 734	

Source : rapports d'activité

La prescription d'examen de biologie pour les patients hospitalisés a, quant à elle, progressé plutôt régulièrement (1,8 % par an) et moins vite que l'activité globale. En revanche, l'activité d'imagerie au bénéfice des hospitalisés, qui représente en moyenne entre 2 %, pour l'IRM, et un quart, pour la radiologie et le scanner, de l'activité globale d'imagerie, a surtout connu des hausses significatives au gré des nouvelles installations (IRM en 2014 : + 220 % et scanner en 2017 : + 20,3 %), dans un cycle de hausse tendancielle en lien avec la croissance d'activité.

Sur la période, la progression des dépenses au regard de l'activité a été relativement peu marquée pour le personnel non médical et les dépenses hôtelières, plus prononcée pour le personnel médical et les consommations médicales. La chambre attire l'attention de l'ordonnateur sur ces évolutions différenciées et l'invite à répartir plus harmonieusement les efforts d'efficience.

3.3. Des performances financières constantes

3.3.1. Des équilibres financiers structurels

3.3.1.1. Le respect des indicateurs réglementaires d'équilibre financier

Sur l'ensemble de la période, le CHBSC respecte les critères fixés par le code de la santé publique dans ses articles D. 6143-39, pour l'équilibre financier, et D. 6145-70, pour le niveau

d'endettement, à l'exception du poids de la dette à compter de 2015 et de la capacité de désendettement en 2016. La constance de cet équilibre a reposé sur un cycle d'exploitation contributif, dans un contexte de financement d'investissements majeurs du plan de modernisation et du plan directeur.

tableau n° 26 : Indicateurs réglementaires d'équilibre financier et de niveau d'endettement (2012-2017)

	Cible	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Respect de l'équilibre financier (D. 6143-39 du CSP)							
Taux de résultat du budget principal	Max -2 à -3 %	0,002%	0,001%	0,276%	0,314%	-0,064%	0,267%
Taux de CAF (en %)	Min 2 %	5,3	6,8	7,7	6,7	4,8	5,8
Couverture par la CAF du remboursement du capital des emprunts	> 1	4,2	5,9	6,1	4,4	2,7	2,6
Maîtrise du niveau d'endettement (D. 6145-68 du CSP)							
Indépendance financière (en %)	Max 50 %	29,6	33,4	31,6	43,1	48,6	47,8
Durée apparente de la dette (en années)	Max 10 ans	5,4	4,8	3,8	7,2	12,1	8,9
Poids de la dette (en %)	Max 30 %	6,1	32,3	28,8	48,1	57	51,4

Source : comptes financiers

Il convient ici de rappeler que cette dynamique vertueuse est antérieure à la période sous revue. Le CHBSC avait en effet vu ses recettes progresser lors de la transition de la dotation globale de financement à la tarification à l'activité, à un rythme plus rapide que le rythme théorique de montée en charge : + 7 M€ de valorisation en quatre ans, soit 5,3 % de hausse par an.

tableau n° 27 : Montée en charge de la T2A pour le CHBSC

Nature	2004	2005	2006	2007	2008	
Total DGF / DAC	30 550 561	20 083 287	16 808 470	12 716 051	-	
Total T2A	-	12 365 718	16 268 369	22 308 215	37 629 719	
Part T2A	0,0%	38,1%	49,2%	63,7%	100,0%	
Part théorique T2A	10%	25%	35%	50%	100%	VAM
Total recettes MCO	30 550 561	32 449 005	33 076 839	35 024 266	37 629 719	5,3%
Variation cumulée	-	1 898 444	2 526 278	4 473 705	7 079 158	
En %	-	6,2%	7,8%	13,5%	20,2%	

Source : établissement, retraitement CRC

Or la dotation globale, fixée forfaitairement, en contraignant les recettes, contraignait également les dépenses et rendait nécessaires les efforts de gestion de l'établissement, déjà soulignés. Les équilibres financiers actuels reflètent ainsi une culture de gestion des ressources ancienne.

3.3.1.2. Les performances du cycle d'exploitation

Comme exposé précédemment, la dynamique des produits et des charges a été globalement vertueuse. Dans le détail, la progression des produits de plus de 15 M€ entre 2012 et 2017 a procédé pour environ 7 M€ de la hausse de l'activité, 6 M€ des ventes de marchandises, en particulier l'activité de rétrocession, et des autres produits, notamment les facturations de services au GCS en 2017, et enfin de 1,5 M€ des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), fonds d'intervention régional (FIR) et forfaits. Si l'augmentation rapide des consommations intermédiaires (+ 6,9 % par an) a eu pour effet de faire progresser la valeur ajoutée moins vite que les produits bruts d'exploitation (+ 5,2 % par an), en revanche l'augmentation des charges de personnel (+ 3,2 % par an), modérée au regard de la progression des recettes d'activité, n'a pas entravé l'amélioration de l'excédent brut d'exploitation (+ 8,9 % par an) et de la marge brute (+ 8,2 % par an).

tableau n° 28 : EBE et marge brute

En k€	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Produits bruts d'exploitation	53 430	57 707	61 617	62 765	65 396	68 877	5,2%
Excédents brut d'exploitation	2 752	3 671	4 178	3 678	3 253	4 223	8,9%
% EBE / Produits bruts (%)	5,2	6,4	6,8	5,9	5	6,1	3,2%
Poids des amortissements dans la marge brute (%)	80,5	76,5	69,5	74,4	95,8	85,1	1,1%
Frais financiers / Marge brute (%)	15,8	12,3	12,7	14,9	20	18,2	2,9%
Poids des charges calculées dans la Marge brute (%)	96,4	88,8	82,2	89,3	115,8	103,2	1,4%

Source : comptes financiers

L'augmentation des frais financiers et dotations aux amortissements liés aux opérations d'investissement dès 2016, a contribué à consommer la marge brute et à dégrader modérément le résultat courant, déficitaire en 2016 et 2017 de moins de 0,5 % des produits, mais compensé par le résultat exceptionnel. Le résultat net comptable consolidé a ainsi été équilibré sur l'ensemble de la période, avec des déficits marginaux en 2013 (- 7 k€) et 2016 (- 50 k€), variant entre 0,314 % et - 0,064 % des produits.

tableau n° 29 : Résultat net comptable

2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Ecart 17-12
108	-7	244	236	-50	212	14,4%	96,3%

Source : comptes financiers

Dans le détail, le compte de résultat principal, avec sa dynamique favorable des produits (+ 5 %) et des charges (+ 4,9 %), a traduit tout au long de la période la progression d'activité et la maîtrise de la gestion évoquées plus haut.

tableau n° 30 : Compte de résultat principal

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Ecart 17-12
Titre 1	40 015 693	40 328 730	41 913 763	44 906 515	45 741 277	47 797 092	3,6%	19,4%
Titre 2	5 001 102	4 977 148	5 212 965	5 232 500	5 151 199	5 336 874	1,3%	6,7%
Titre 3	6 819 827	8 674 805	11 406 006	8 977 068	10 988 703	12 959 898	13,7%	90,0%
Total des produits	51 836 622	53 980 683	58 532 734	59 116 083	61 881 180	66 093 864	5,0%	27,5%
Titre 1	34 081 079	34 969 263	36 018 562	37 210 870	38 578 731	40 030 558	3,3%	17,5%
Titre 2	8 271 491	8 585 173	10 805 878	11 212 624	12 780 730	13 662 189	10,6%	65,2%
Titre 3	5 618 432	5 847 855	5 867 108	5 934 188	5 976 298	7 015 576	4,5%	24,9%
Titre 4	3 864 353	4 577 918	5 654 547	4 543 758	4 590 897	5 183 362	6,0%	34,1%
Total des charges	51 835 354	53 980 207	58 346 095	58 901 442	61 926 656	65 891 685	4,9%	27,1%
Résultat	1 268	475	186 639	214 641	-45 476	202 178		

Source : comptes financiers

Les comptes de résultats annexes n'ont pas présenté non plus de déséquilibre structurel de nature à altérer le résultat consolidé. L'unité de soins de longue durée (USLD) a connu des déficits ponctuels en 2013 et 2014, mais de moins de 1,2 % des produits. La progression des charges de personnel liée au protocole PPCR a été compensée en 2016 et 2017 sur ce budget, comme sur celui de l'EHPAD, par des crédits non reconductibles pour la formation et des crédits reconnaissant la création d'une unité d'hébergement renforcé (UHR). Seule l'USLD est couverte par une convention tripartite valide datant de 2015 ; les deux structures d'hébergement auront vocation à faire l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens à compter de 2021.

tableau n° 31 : Comptes de résultats annexes

En €		2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
USLD	Charges	1 834 651	1 856 181	1 844 660	1 806 663	1 827 307	1 855 572	0,2%
	Produits	1 840 836	1 834 152	1 823 161	1 806 855	1 828 305	1 855 928	0,2%
	Résultat	6 185	-22 029	-21 499	192	997	356	
EHPAD	Charges	4 364 545	4 571 081	4 615 090	4 696 595	4 843 550	5 072 439	3,1%
	Produits	4 472 075	4 571 125	4 622 262	4 698 741	4 845 175	5 072 936	2,6%
	Résultat	107 530	44	7 172	2 147	1 625	497	
IFSI	Charges	1 457 650	1 484 125	1 468 140	1 486 888	1 563 117	1 559 125	1,4%
	Produits	1 474 480	1 487 820	1 502 993	1 496 573	1 564 562	1 570 895	1,3%
	Résultat	16 830	18 035	34 854	9 686	1 445	11 770	
SSIAD	Charges	632 835	623 632	634 357	649 527	661 859	658 811	0,8%
	Produits	624 573	641 666	639 772	649 698	650 052	653 599	0,9%
	Résultat	-8 262	-8 946	5 415	171	-11 807	-5 212	
CAMSP	Charges	495 513	493 398	502 672	567 936	586 057	587 919	3,5%
	Produits	477 586	484 452	531 904	577 196	589 539	585 295	4,2%
	Résultat	-17 926	3 695	29 232	9 260	3 481	2 625	
DNA	Charges	765	777	718	34	34	-	
	Produits	2 889	2 938	2 697	-	-	-	
	Résultat	2 124	2 160	1 979	-34	-34	-	

Source : comptes financiers

Enfin le budget du SSIAD, qui n'emploie que des aides-soignants, a connu des déficits réguliers au cours de la période (au maximum de 1,81 % des produits), du fait de la prise en charge des coûts relatifs aux interventions des infirmiers libéraux prescrites par les médecins traitants. L'établissement envisage à cet égard, sous réserve d'une étude d'opportunité, d'assurer ces interventions avec des infirmiers hospitaliers. La chambre invite l'ordonnateur à étudier toutes les hypothèses, y compris en réduction de dépenses, permettant de garantir l'équilibre financier de cette activité.

3.3.1.3. Le financement des investissements

La progression de l'excédent brut de fonctionnement (EBF) et de la marge brute ont compensé celle des frais financiers et des amortissements : la capacité d'autofinancement (CAF) brute a par conséquent augmenté de 6,6 % par an en moyenne au cours de la période, pour atteindre 4 219 k€ en 2017, soit 5,8 % des produits.

Il convient ici de souligner la contribution de l'aide à la contractualisation de 1,4 M€ par an, accordée dans le cadre d'Hôpital 2007, dans la constitution de l'excédent brut de fonctionnement, donc de la CAF, dont elle représente en moyenne 36 %.

La part de la CAF dans le financement des emplois a été de 44,8 %, pour un montant de 24 M€. Le poids relatif des subventions a été faible (3,1 %) mais l'AC entrant dans le calcul de la CAF a représenté 15,6 % des emplois sur la période.

tableau n° 32 : Évolution de l'endettement de l'établissement

En k€	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM / cumul	Ecart 17-12
Remboursements d'emprunts	671	698	821	1 010	1 206	1 650	19,7%	145,9%
+ Intérêts des emprunts	148	553	656	743	835	950	45,0%	541,9%
= Annuité de la dette	818	1 251	1 477	1 754	2 041	2 600	26,0%	217,8%
Encours de la dette au 31/12/N	3 562	19 700	18 880	31 870	39 395	37 746	60,3%	959,7%

Source : comptes financiers

La majorité de l'apport, soit plus de 30 M€ et 57,2 % des emplois, a procédé de l'emprunt. L'encours de la dette a en effet été multiplié par dix entre 2012 et 2017. Les emprunts en cours ne

présentent pas de risque au regard de la classification Gissler et, surtout, le taux d'intérêt de la dette a régressé tendancielllement, de 3,8 à 2,5 % entre 2012 et 2017, sans avoir fait l'objet de renégociations, jugées sans intérêt après étude.

Entre 2012 et 2017, les ressources cumulées ont excédé les emplois cumulés de 2,8 M€, occasionnant un apport au fonds de roulement équivalent. Pour autant, les emplois ont ponctuellement été financés par un prélèvement sur le fonds de roulement, en 2012, 2014 et 2017.

En revanche, le fort recours à l'emprunt a eu pour conséquence un allongement de la capacité de désendettement (12,1 ans en 2016) et surtout une nette progression du poids de la dette rapportée aux produits, qui a atteint 57 % en 2016, bien au-delà du plafond réglementaire de 30 %. Il s'agit d'une contrepartie temporaire à l'effort d'investissement consenti pour moderniser l'établissement au cours de la période ; de fait, à la suite de l'achèvement du plan de modernisation, il n'y a pas eu de nouvel emprunt en 2017 et les besoins en investissement ont été couverts par un prélèvement sur le fonds de roulement de 3 M€, soit 40,2 % des emplois.

3.3.1.4. Les équilibres bilanciaux

Le fonds de roulement net global a varié en fonction de la stratégie de financement : il a augmenté entre 2012 (11,6 M€) et 2016 (18,6 M€), sous l'effet du recours à l'emprunt, et diminué en 2017 (15,7 M€), sous l'effet d'un prélèvement. En 2017, le FRNG représentait 87 jours de charges courantes, avoisinant la moyenne de la période (91 jours).

tableau n° 33 : Grandeurs bilanciales au 31 décembre (en k€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Ecart 17-12
FRNG (en k€)	11 558	13 560	10 200	17 661	18 640	15 708	6,3%	35,9%
<i>en jours de charges courantes</i>	81	92	64	109	110	87		
FRNG (ressources / emplois) (en %)	115,7	117,2	112,1	118,5	118,1	114,4	-0,2%	-1,1%
BFR (en k€)	4 369	5 455	5 583	6 204	6 271	8 262	13,6%	89,1%
Trésorerie (en k€)	7 186	8 103	4 616	11 457	12 369	7 446	0,7%	3,6%
<i>en jours de charges courantes</i>	51	55	29	71	73	41		

Source : comptes financiers

Les capitaux permanents se sont accrus de 24 M€, en rapport avec la progression des dettes financières et des provisions déjà évoquées, dans un contexte d'augmentation modérée des capitaux propres (+ 1 M€ sur la période, soit 0,7 % par an).

Enfin, le besoin en fonds de roulement s'est élevé au cours de la période d'un montant équivalent à celui des créances soit environ 4 M€ : les créances sur l'assurance maladie et les mutuelles ont compté pour plus de la moitié de cette progression, amplifiée en 2017 par la créance sur le GCS de chirurgie ambulatoire. Cette augmentation, d'abord moins marquée que celle du fonds de roulement, a eu pour effet de porter la trésorerie à plus de 12 M€ en 2016 ; en 2017, elle a été ramenée à 7,4 M€, soit 41 jours de charges courantes, par le prélèvement sur le fonds de roulement.

Le niveau des restes à recouvrer a progressé de 2,2 M€ au cours de la période (+ 7,4 % par an), essentiellement à l'encontre de la sécurité sociale, en lien avec l'augmentation générale des recettes ; à fin 2017, 81,6 % des restes avaient leur origine dans l'exercice échu, signalant pour l'essentiel un décalage temporel dans l'encaissement, à l'exception notable des restes sur hospitalisés et consultants, dont 60 % trouvent leur origine dans des exercices antérieurs à 2017, signe de difficultés de recouvrement structurelles auprès des patients.

Pour autant, les comptes de la période n'ont quasiment pas compris de créances irrécouvrables (1 211 €), ni de mandats annulés sur exercice antérieur, signe d'une poursuite des démarches du comptable²⁶.

Depuis 2012, le niveau de la trésorerie n'a jamais été inférieur à 29 jours de charges courantes, en dépit de délais de paiement inférieurs à 10 jours²⁷ : c'était en 2014, au plus fort des dépenses d'investissement. Le CHBSC ne dispose pas de ligne de trésorerie, mais organise un suivi au mois identifiant le montant de la trésorerie en début de semaine, la totalité des dépenses à solder et les disponibilités demeurant pour le mandatement.

3.3.2. Une prospective financière sous-estimant les besoins en investissements

3.3.2.1. Les prévisions de l'EPRD 2018

Les prévisions de l'EPRD 2018 pour le CRPP se situaient dans la continuité des prévisions et réalisations des années précédentes : elles anticipaient un déficit marginal de 228 k€, soit 0,34 % des produits, à partir d'une hypothèse de progression des charges (+ 1,5 %) plus importante que celle des recettes (+ 0,9 %).

tableau n° 34 : Prévisions 2018 pour le CRPP

	2017	VAM	2018	Var 17-18
Titre 1 produits versés par l'assurance maladie	47 797 092	3,6%	48 868 355	2,2%
Titre 2 Autres produits hospitaliers	5 336 874	1,3%	5 382 400	0,9%
Titre 3 Autres produits	12 959 898	13,7%	12 422 689	-4,1%
Total des produits	66 093 864	5,0%	66 673 444	0,9%
Titre 1 Charges de personnel	40 030 558	3,3%	41 900 585	4,7%
Titre 2 Charges à caractère médical	13 662 189	10,6%	13 541 530	-0,9%
Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général	7 015 576	4,5%	6 452 291	-8,0%
Titre 4 Charges d'amortissements, de provisions...	5 183 362	6,0%	5 007 313	-3,4%
Total des charges	65 891 685	4,9%	66 901 719	1,5%
RESULTAT	202 178	-	-228 275	-

Source : EPRD-PGFP 2018

Les recettes de titre 1 en particulier progresseraient dans des proportions légèrement inférieures (+ 2,2 %) à la moyenne de la période sous revue (+ 3,5 %). Les charges de titre 1 augmenteraient à un rythme inhabituellement élevé (+ 4,7 %), en lien avec l'intégration à la fonction publique hospitalière des agents précédemment employés par le GCS de chirurgie ambulatoire, soit une dépense compensée par des recettes équivalentes, mais aussi la création réglementaire d'une équipe de sécurité de 15 équivalents temps plein, portant sur un semestre en 2018. Cette seconde dépense, qui produira son plein effet en 2019, contribuera à la fois à la hausse et à la rigidification des charges, sans être productrice de recettes en contrepartie. Les prévisions relatives aux charges des titres 2 et 3 anticipaient de manière volontariste une régression respectivement de 0,9 et 8 %.

Les prévisions relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes (CRPA) anticipaient logiquement l'équilibre financier sur l'ensemble des activités, moyennant des évolutions justifiées dans le rapport du directeur.

²⁶ Le taux de recouvrement sur l'exercice courant au 31 décembre était de 59 % en 2015, 67 % en 2016, 68 % en 2017 ; le taux de recouvrement sur l'exercice antérieur a été supérieur à 97 % sur ces trois exercices.

²⁷ 9,1 jours en 2015, 6,4 en 2016, 4,6 en 2017.

Enfin, le tableau de financement prévoyait, pour la seconde année consécutive, une absence d'emprunt nouveau et un prélèvement sur le fonds de roulement de 2,8 M€, soit 45 % des emplois : la CAF, désormais soutenue à 41 % par l'AC Hôpital 2007, régresserait (de 4,2 M€ en 2017 à 3,4 M€ en 2018), pour couvrir 55 % des emplois.

tableau n° 35 : Tableau de financement pour 2018

	Intitulés	2017	Cumul	Part	2018	Part 2018
	Capacité d'autofinancement (CAF)	4 218 964	24 063 204	42,6%	3 380 459	100,0%
Titre 1 :	Emprunts	400	30 733 828	54,4%	0	0,0%
Titre 2 :	Dotations et subventions	103 128	1 664 915	2,9%	0	0,0%
Titre 3 :	Autres ressources	31 500	64 994	0,1%	0	0,0%
	TOTAL DES RESSOURCES (A)	4 353 992	56 526 941	-	3 380 459	-
	Insuffisance d'autofinancement (IAF)	0	0	-	0	-
Titre 1	Remboursement des dettes financières	1 649 641	6 111 320	11,4%	1 605 193	25,9%
Titre 2 :	Immobilisations	5 636 213	47 590 394	88,6%	4 602 442	74,1%
Titre 3 :	Autres emplois	0	31 050	0,1%	0	0,0%
	TOTAL DES EMPLOIS (B)	7 285 854	53 732 764	-	6 207 635	-
	Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	-2 931 862	2 794 177	-	-2 827 176	-

Source : EPRD-PGFP 2018

À partir d'une hypothèse de maintien du caractère vertueux du cycle d'exploitation, l'EPRD 2018 a confirmé la tendance engagée en 2017, à savoir le retour à la normale de son programme d'investissements dans le cadre du plan de développement immobilier (PDI), ainsi que son financement désormais par la CAF, dont l'AC, et le fonds de roulement, ainsi que l'engagement d'un processus de réduction de la dette par un moindre recours à l'emprunt.

3.3.2.2. Les perspectives du plan global de financement pluriannuel

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) du compte principal 2018-2022 (annexe n° 4) est cohérent avec les prévisions budgétaires et les performances financières de l'établissement dans la période écoulée : chaque exercice postérieur à 2018 se solderait par un faible excédent compris entre 0,01 et 0,08 %, sur le fondement d'une hypothèse de progression des produits de 0,8 % par an (1,5 % pour le titre 1) et des charges de 0,7 % par an. La CAF brute serait ainsi maintenue entre 3,3 et 4,6 M€ par an, la CAF nette entre 1,8 et 3 M€ par an.

La donnée essentielle du PGFP demeure le processus de désendettement engagé dès 2017, avec une réduction de l'encours de dette de 10 M€ d'ici 2022, qui se traduirait par la diminution à la fois du fonds de roulement (en jours de charges courantes), de 11 % par an, et des capitaux permanents, de 2,1 % par an. Les indicateurs relatifs au niveau d'endettement s'en trouveraient améliorés d'autant : le ratio d'indépendance financière demeurerait inférieur à 50 % comme précédemment, la durée apparente de la dette serait inférieure à 10 ans dès 2019 et le poids de la dette, toujours supérieur à 30 %, décroîtrait néanmoins de près de 10 % d'ici 2022, pour atteindre 39,28 %.

tableau n° 36 : Indicateurs réglementaires d'équilibre financier et de niveau d'endettement (2018-2022)

	Cible	2018	2019	2020	2021	2022
Respect de l'équilibre financier (D. 6143-39 du CSP)						
Taux de résultat du budget principal	Max - 2 à - 3 %	- 0,34%	0,02%	0,01%	0,02%	0,08%
Taux de CAF (en %)	Min 2 %	4,53%	5,43%	5,37%	5,68%	6,09%
Couverture par la CAF du remboursement du capital des emprunts	> 1	2,1	2,5	2,5	2,7	3,0
Maîtrise du niveau d'endettement (D. 6145-68 du CSP)						
Indépendance financière (en %)	Max 50 %	47,28%	46,14%	44,96%	43,73%	42,48%
Durée apparente de la dette (en années)	Max 10 ans	11	8	8	7	6
Poids de la dette (en %)	Max 30 %	48,38%	45,93%	43,74%	41,41%	39,28%

Source : PGFP

Ce processus serait rendu possible par la pérennité de l'aide à la contractualisation de 1,4 M€ par an, dont dix échéances, soit 14 M€ restent à percevoir d'ici 2027 : cette aide entrerait pour 30 à 41 % dans la CAF annuelle entre 2018 et 2022. Elle rendrait possible une couverture des investissements par la CAF comprise entre 73 et 206 % sur la période. À cet égard, la majoration du poids de la dette entre 2012 et 2016 doit être regardée comme une dégradation circonstancielle, liée au décalage entre la temporalité des opérations de modernisation, qui ont nécessité un apport de trésorerie par l'emprunt de plus 30 M€ entre 2010 et 2016, et la temporalité de ce financement Hôpital 2007, pour 28 M€, qui s'étale de 2007 à 2027.

Le désendettement de l'établissement aurait pour seconde condition un fort ralentissement de l'effort d'investissement : le taux de renouvellement des immobilisations chuterait à 1,66 % en 2021, avant de passer à 2,79 % en 2022, avec l'opération de rénovation des urgences. Le tableau de financement 2018-2022 (annexe n° 5) prévoit des dépenses d'immobilisations comprises entre 2 et 4,6 M€, avec une tendance à la décroissance ; les dépenses de renouvellement courant représenteraient 44 à 100 % selon les années.

Trois réserves doivent être posées quant à la fiabilité et la soutenabilité de cette prévision.

D'abord, l'opération relative aux urgences, estimée dans le PDI à 1,5 M€, a déjà été actualisée à 2 M€ dans le PGFP. Il conviendra que l'établissement dimensionne précisément l'enveloppe financière du projet, avant tout en fonction des observations formulées par l'HAS concernant la fonctionnalité des locaux et le respect de la confidentialité et de l'intimité des patients. La progression de l'activité (+ six patients par jour entre 2012 et 2017), ne devrait pas constituer une indication à augmenter les dépenses, *a fortiori* dans un contexte où le CHBSC prévoit de développer les entrées directes adressées par les médecins de ville.

tableau n° 37 : Prévisions d'investissements informatiques

En k€	2018	2019	2020
SDSI	963,7	830,5	746,3
PGFP	453	125	133

Source : SDSI, PGFP

Ensuite, les montants annuels d'investissements informatiques pour 2018 à 2020 sont deux à six fois inférieurs aux montants prévus initialement dans le SDSI du CHBSC ; ce ralentissement est explicable par l'incertitude liée au projet de transition vers un nouveau système d'information, dans le cadre du GHT, d'ici 2021 ou 2022. Les dépenses seraient limitées à 130 k€ en moyenne après 2018 : ces montants sont manifestement insuffisants, au vu du niveau de dépenses consenti par l'établissement depuis 2013, soit pour achever son propre SDSI, soit pour engager celui du GHT. L'ancien ordonnateur a indiqué que la traduction financière de l'investissement dans le SDSI du GHT n'était pas assez aboutie pour être intégrée au PGFP dès l'exercice 2018.

tableau n° 38 : Dépenses d'investissement courant (moyenne annuelle en €)

Catégories	PGFP 2018-2022	Comptes financiers 2012-2017
Equipements médicaux et de soins	1 003 200	1 057 676
Equipements autres	320 200	315 255
Systèmes d'information	193 800	215 383

Source : établissement, PGFP

Enfin, en dehors des opérations majeures prévues au PGFP d'ici 2022 pour le plateau technique (1,5 M€) et le PDI (6,4 M€, dont 2 M€ pour les urgences), les prévisions d'investissements courants suivraient une tendance quasi identique à celle de la période 2012-2017 (en moyenne 2,9 % des produits), laquelle a abouti à une dégradation du taux de vétusté des équipements. La prise en compte d'un risque de poursuite de ce processus, anticipée ou subie, pourrait conduire l'établissement à réévaluer le montant de ces investissements d'ici 2022.

Aussi, la chambre recommande-t-elle à l'ordonnateur de prendre en compte ces observations pour actualiser le tableau de financement du PGFP concernant l'opération de restructuration des urgences, le système d'information et les renouvellements courants.

Recommandation

1. Actualiser le tableau de financement du plan global de financement pluriannuel concernant l'opération de restructuration des urgences, le système d'information et les renouvellements courants. *Non mise en œuvre.*

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHBSC a fondé des performances financières anciennes et pérennes sur des choix stratégiques et une culture de gestion affirmés, alors même que ses performances médico-économiques peuvent être significativement améliorées. Aucun déséquilibre structurel n'affecte le cycle d'exploitation des comptes de résultat principal et annexes. Soutenu jusqu'en 2027 par une aide à la contractualisation destinée à financer la modernisation du bâti, l'établissement est en capacité de résorber la dette importante qu'il a contractée jusqu'en 2016 pour financer ces opérations. Il doit néanmoins s'assurer de la soutenabilité de cette stratégie, au regard des besoins en investissements à couvrir d'ici 2022.

4. LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

4.1. L'organisation des parcours patients et du traitement des informations administratives et financières

4.1.1. L'offre de consultations

L'offre de consultations du CHBSC est majoritairement publique et réalisée par des praticiens locaux. Elle est néanmoins soutenue sur des activités spécialisées par des praticiens extérieurs, à hauteur de 12,4 % des plages, en particulier du CHU Nîmes, mais aussi du centre de dialyse AIDER d'Alès. Les consultations infirmières en chirurgie (pansements, soins) comptent pour 7,7 % de l'ensemble. Enfin, 5,5 % des plages de consultations sont occupées par une activité libérale.

tableau n° 39 : Offre de consultations (en demi-journées hebdomadaires)

Pôle / secteur	Nombre de demi-journées ²⁸	Dont activité libérale	Dont praticiens extérieurs	Dont consultations avancées
Imagerie	80,00	0	0	0
Pôle BACRUS	78,01	4	20,25	1,25
<i>Dont infirmiers</i>	31,00	-	-	-
<i>Dont médecins</i>	57,01	4,00	20,25	1,25
Pôle FME	29,09	2,00	0	0
Pôle MPA	86,06	9,00	13,75	0
Total général	273,16	15,00	34	1,25
<i>Part</i>	-	5,5%	12,4%	0,5%

Source : CHBSC, retraitement CRC

L'établissement contribue très ponctuellement à l'offre de consultations d'établissements voisins (0,5 % des plages), Pont-Saint-Esprit et Uzès, sur des activités de chirurgie viscérale et orthopédique. Les consultations avancées sont ainsi peu investies, en cohérence avec la modeste étendue de la zone d'attractivité du CHBSC, qui favorise le déplacement des patients, mais aussi avec le pouvoir d'attractivité plus fort des grands établissements alentour.

4.1.2. Les parcours patients

4.1.2.1. Un regroupement partiel des secteurs de consultations

Le CHBSC n'a pas concentré l'ensemble de ses activités de consultations sur un plateau unique pour deux motifs principaux : d'abord, des oppositions du corps médical et des secrétariats concernés ; ensuite, du fait d'une disponibilité en espaces insuffisante. Pour autant, il a recherché une cohérence et une pertinence dans la distribution géographique des espaces de consultations, qui ne sont jamais isolés, et ceci selon deux modalités. Des regroupements partiels ont été ou vont être organisés, moyennant travaux ; l'établissement a maintenu les autres secteurs de consultations à proximité des activités connexes sur le plan médical.

Dans cette seconde catégorie, on compte :

- les consultations de gynécologie-obstétrique, qui se déroulent à proximité des locaux de la maternité et des salles de travail ; ainsi, la liaison est conservée entre les consultations d'obstétrique et le plateau technique dédié à la naissance ;
- les consultations de pédiatrie, qui se déroulent à proximité du service d'hospitalisation ; celles-ci comprennent une forte part d'activité non-programmée et cette modalité de fonctionnement permet aux équipes médicales et soignantes de ne pas se disperser.

Dans ces configurations, les ressources humaines consacrées à l'activité de consultation, en particulier le temps de secrétariat, sont mutualisées avec le service d'hospitalisation.

Les regroupements partiels déjà opérés concernent :

- les consultations d'hépto-gastro-entérologie, qui ont été rapprochées, au rez-de-chaussée, d'un petit plateau technique d'endoscopie sans anesthésie générale²⁹ ; ainsi, les consultations

²⁸ Dans certains plannings, les consultations sont comptabilisées en heures. Dans ce cas, une conversion a été réalisée sur la base d'une équivalence : quatre heures = une demi-journée.

²⁹ Les endoscopies sous anesthésie générale sont réalisées au bloc opératoire.

donnant lieu à endoscopie ne nécessitent pas de déplacement supplémentaire du patient ou du praticien ;

- l'ensemble des consultations d'anesthésie et de chirurgie, regroupées au rez-de-chaussée depuis 2016 ; l'organisation unifiée était antérieure aux travaux, qui ont surtout permis la mutualisation des secrétariats en un lieu unique et l'identification de trois fonctions distinctes (prise de rendez-vous, frappe et accueil) ; si les délais de production des comptes rendus ont été améliorés (de plus d'un mois à moins de huit jours), la concentration des appels téléphoniques a occasionné des attentes et délais dans la prise de rendez-vous, qui devraient être résolus par la création d'une ligne de délestage.

Enfin, une opération de regroupement est en cours, dans le cadre du PDI : d'ici 2020, les consultations de spécialités médicales, actuellement réparties sur deux niveaux (deuxième et troisième étage) devraient être regroupées sur un seul, à proximité de l'hospitalisation de cardiologie et pneumologie. Cette opération se traduira par une mutualisation des temps de secrétariat et il est envisagé de faire de même pour les ressources paramédicales.

En dépit de l'absence de plateau unique, le CHBSC met en œuvre une organisation fonctionnelle : les flux les plus importants de consultations (endoscopie, chirurgie et anesthésie) ont été installés dans les locaux les plus accessibles et les autres consultations conservent un lien avec l'hospitalisation complète, ce qui permet d'économiser du temps médical notamment.

4.1.2.2. La prise de rendez-vous

La prise de rendez-vous se fait auprès des secrétariats médicaux, en fonction du niveau de mutualisation, sur place ou par téléphone. Le rendez-vous par internet n'a pas été développé. En revanche, l'établissement fait connaître ses consultations. Son site internet permet un accès à l'annuaire par discipline ou par médecin ; les numéros d'appel, horaires et localisation des consultations sont indiqués. Les spécialités disponibles sont également référencées sur les pages jaunes. Une brochure présentant l'ensemble de l'offre de consultations est régulièrement mise à jour et communiquée aux médecins libéraux du territoire.

En 2015, les délais de rendez-vous étaient en moyenne de moins d'un mois et au maximum de deux mois. Les disciplines présentant les valeurs les plus élevées étaient la gynécologie-obstétrique, en lien avec le niveau de disponibilité d'une équipe réduite et polyvalente, mais aussi la cardiologie, la rhumatologie et la pneumologie, du fait de la demande sur un territoire vieillissant.

Les délais de rendez-vous ne sont pas mesurés régulièrement ; ils l'ont été en 2015 dans le cadre d'un audit sur les secrétariats, pour les disciplines médicales essentiellement. La chambre recommande à l'ordonnateur de suivre cet indicateur plus régulièrement et sur l'ensemble des disciplines.

Recommandation

2. Suivre au moins annuellement le délai de rendez-vous sur l'ensemble des consultations. *Non mise en œuvre.*

4.1.2.3. L'admission

En l'absence d'un plateau unique, l'activité de consultations ne dispose pas d'un bureau des entrées dédié. Deux bureaux sont actifs, le premier à l'accueil du bâtiment MCO, le second aux urgences, pour les urgences et la maternité ; une entrée peut être réalisée en gynécologie pour les urgences, les sages-femmes ayant été formées. L'établissement n'a pas développé la constitution anticipée du dossier administratif, *via* la transmission de pièces (cartes d'identité, vitale, de mutuelle) par courrier ou courriel, bien qu'il dispose depuis 2016 d'un système d'envoi systématique d'un SMS aux consultants dans les 48 heures précédant leur rendez-vous.

À l'accueil physique, dans des locaux rénovés en 2016, une borne informatique facilite l'orientation du consultant en fonction de son besoin : admission, préadmission, coupe-file pour les ambulances, réclamation, paiement à la régie. Un guichet a été dédié à la clinique ambulatoire, qui a son propre circuit d'admission. Le système d'information permet une mesure des délais d'attente.

L'organigramme du bureau des entrées se répartit, comme souvent, en trois pôles : les admissions, la facturation et le contentieux ; un agent suit par ailleurs spécifiquement l'activité libérale. Les procédures et modes opératoires pour la création des dossiers sont définis, y compris les points de vigilance relatifs à l'identité du patient. En revanche, il n'existe pas de procédure relative au traitement des bases de données relatives aux patients : seule une nouvelle venue du patient occasionne la détection d'un doublon ou d'une erreur, ainsi que sa correction.

4.1.3. Le processus de valorisation de l'activité

4.1.3.1. Les rôles des praticiens et du DIM

Le logiciel utilisé pour la saisie des actes réalisés en consultations ne permet, en principe, pas qu'existe un dossier sans acte : un codage automatique est réalisé par défaut à partir de la nature de l'acte, définie par le motif de la prise de rendez-vous, sur la base d'un paramétrage initial réalisé avec les praticiens et régulièrement mis à jour. L'acte peut être annulé par le secrétariat, en cas de non-venue du patient, ou corrigé manuellement par le praticien selon le déroulement de la consultation. Ainsi, sauf défaut technique de transmission entre le logiciel de codage (HM) et le logiciel financier (Agfa), l'exhaustivité et la pertinence de la valorisation sont garanties.

tableau n° 40 : Actions d'optimisation de la valorisation des ACE proposées par la société CTR

Actions	2012*	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Exhaustivité	0	0	0	15609,02	12475,56	30870,44	58955,02
Optimisation	129 671,64	46 501,90	100 295,21	28 057,02	23 477,90	98 147,76	426 151,43
Total	129 671,64	46 501,90	100 295,21	43 666,04	35 953,46	129 018,20	485 106,45
Recettes ACE	5 356 661,85	5 801 293,65	6 146 125,37	5 782 414,77	6 257 304,42	7 095 814,14	36 439 614,20
Taux de gain	2,4%	0,8%	1,6%	0,8%	0,6%	1,8%	1,3%

Source : société CTR

* pour 2011 et 2012

Le DIM n'intervient pas pour la valorisation de l'activité externe. Un cabinet a été missionné pour définir des pistes d'amélioration, pour un montant de près de 490 k€ entre 2012 et 2017. Ses propositions ont porté sur l'ensemble du champ des actes et consultations externes, y compris les urgences. Les optimisations sur ce dernier secteur, ainsi que les évolutions de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sur les actes spécialisés, ont permis des gains significatifs en 2017 (130 k€).

4.1.3.2. La facturation à l'assurance maladie et Fides

Le CHBSC est entré en 2015 dans le processus de facturation individuelle des établissements de santé (Fides) pour les actes et consultations externes, dans le cadre de la généralisation de ce dispositif de facturation directe et au fil de l'eau à l'assurance maladie. L'établissement avait déjà organisé la télétransmission des données au travers d'un protocole d'échanges standard (PESV2) depuis 2009. Aussi, l'introduction de Fides a occasionné des coûts informatiques limités, pour deux adaptations logicielles de la gestion financière (13,4 k€) et du PESV2 (22,6 k€).

Désormais, la facturation est réalisée tous les 15 jours environ. L'organisation du service des admissions a accompagné le changement, en déplaçant ses priorités du contentieux vers le contrôle qualité de la facturation avant transmission ; le contentieux était estimé très important en 2015, mais l'établissement n'a pas pu le documenter. L'action des agents du service facturation consiste avant tout à s'assurer de la complétude des informations relatives aux droits du patient. Le DIM ne valide pas les dossiers avant transmission, mais un contrôle préalable est réalisé par un médecin des urgences sur les actes des urgences. Le service facturation transmet aux secrétariats médicaux les dossiers sans acte aux fins de complément ou d'annulation. La société CTR réalise un contrôle global au fil de l'eau et propose des corrections avant envoi.

Le changement induit par Fides dans l'organisation a conduit à la création nette de deux postes administratifs en renfort.

La mutuelle sociale agricole (MSA) est la caisse pivot unique (CPU). Elle transmet semestriellement un récapitulatif des factures reçues, payées et rejetées, ainsi que des avances payées et des régularisations éventuelles en cas de trop-perçu sur ces avances.

tableau n° 41 : Encaissements et rejets des facturations Fides

Factures	2015		2016		2017		VSM	Ecart 17-12
	S1	S2	S1	S2	S1	S2		
Reçues	24 220	37 857	45 370	38 751	41 421	52 373	16,7%	116,2%
Payées	22 525	34 290	43 899	35 094	45 128	50 225	17,4%	123,0%
Rejetées	1 008	1 388	1 528	1 032	1 355	1 586	9,5%	57,3%
Taux de rejet	4,3%	3,9%	3,4%	2,9%	2,9%	3,1%	-6,5%	-28,5%

Source : MSA, retraitement CRC

En revanche, la MSA ne communique pas sur les factures en attente de traitement, ni surtout sur des indicateurs de performance, alors que d'autres caisses CPU le font : taux de rejet, délais de facturation, délais de traitement... Si la chambre a pu calculer le taux de rejet et constater qu'il avait diminué entre 2015 (4,3 %) et 2017, où il s'est établi entre 2,9 et 3,1 %, elle recommande à l'ordonnateur de solliciter de sa caisse pivot une information plus complète quant aux indicateurs de performance Fides.

Recommandation

3. Solliciter de la caisse pivot la transmission régulière d'indicateurs de performance Fides. *Non mise en œuvre.*

4.1.3.3. La facturation au patient

Le paiement en régie est marginal au bureau des admissions, qui est séparé physiquement des consultations : les patients n'y repassent pas nécessairement à la suite de leur consultation.

tableau n° 42 : Encaissement de la facturation aux patients

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb consultants	105 185	112 685	117 070	121 979	119 295	131 247
Montant titres émis	1 094 481 €	1 130 909 €	1 166 422 €	1 126 897 €	1 110 042 €	1 194 938 €
Montant moyen du titre	10,41 €	10,04 €	9,96 €	9,24 €	9,31 €	9,10 €
Nb encaissements	4 372	3 201	2 060	953	862	862
Montants encaissements	125 994 €	89 695 €	62 249 €	32 122 €	23 130 €	22 556 €
Taux d'encaissement en nb	4,2%	2,8%	1,8%	0,8%	0,7%	0,7%
Taux d'encaissement en €	11,5%	7,9%	5,3%	2,9%	2,1%	1,9%
Montant moyen encaissé	28,82 €	28,02 €	30,22 €	33,71 €	26,83 €	26,17 €

Source : comptes financiers

Le taux d'encaissement sur titres a été très faible et en régression, de 4,2 % en 2012 à 0,7 % en 2017. Sur la même période, le montant moyen encaissé a oscillé entre 26 et 34 €, nettement supérieur au montant moyen des titres émis (entre 9 et 10,5 €), signalant que ce sont les cotes inférieures à 20 € qui sont de plus en plus difficiles à recouvrer. Leur nombre a ainsi progressé, de 29 à 37 % du total des titres à recouvrer, sans que cela ait une portée financière importante : cette progression n'a ainsi porté que sur 31 k€ et la part de ces cotes dans le montant total des restes à recouvrer a même régressé de 3,8 à 3,5 %.

En réponse, l'établissement et le comptable se sont entendus pour rendre possible et faire connaître le paiement par internet, disponible depuis juin 2017 sur le site de l'hôpital. Indépendamment du succès de ce dispositif, qui reste à mesurer dans le temps, la chambre invite également l'ordonnateur à organiser les circuits patients sur son site, de manière à favoriser le paiement en régie des ACE.

4.1.3.4. La qualité de l'organisation

Les organisations retenues par l'établissement ne comprennent pas de lacune ou de dysfonctionnement majeurs ; elles procèdent d'une adaptation continue qui est la forme commune d'intervention de l'établissement. Dans l'autoévaluation qu'il a réalisée des consultations externes, via l'outil Macrodiag, le centre hospitalier a pointé des questions vues dans le présent rapport (éclatement des points de consultations, pertes de parts de marché, appels non répondus, faible taux de recouvrement) et d'autres non abordées (optimisation des plages de vacation et des ressources allouées).

tableau n° 43 : Évaluation Macrodiag de l'organisation des consultations externes

	2015	2017
VIII. Consultations externes	65	68
A. Management	71	88
B. Etat des lieux	67	42
C. Accessibilité Patient	33	42
D. Gestion médico-administrative	71	75
E. Efficience opérationnelle	50	50
F. Gestion des ressources humaines	68	68
G. Efficience médico économique	100	100

Source : établissement

Aussi, en complément des observations qui précèdent, la chambre recommande à l'ordonnateur d'évaluer dans le détail la pertinence de ses organisations au moyen des outils développés par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) concernant les consultations externes³⁰, les secrétariats médicaux³¹ et la chaîne accueil-facturation-recouvrement³².

Recommandation

4. Évaluer la pertinence des organisations au moyen des outils développés par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) concernant les consultations externes, les secrétariats médicaux et la chaîne accueil-facturation-recouvrement. *Non mise en œuvre.*

4.2. Le rendement de l'activité externe

4.2.1. Le profil de l'activité externe

4.2.1.1. L'analyse des données de l'établissement

Le rapport d'activité récapitule le nombre de consultants venus au CHBSC chaque année. Le DIM de l'établissement compte, quant à lui, l'activité des ACE en venues et non en actes. Ces deux séries de données ne sont pas homogènes avec celles de l'outil Ovalide (outil de validation des données de santé des établissements) de l'ATIH, qui font l'objet de l'essentiel des développements dans ce rapport. Il convient néanmoins de les présenter.

tableau n° 44 : Évolution du nombre de consultants

Nombre de consultants	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Secteur public	105 185	112 685	117 070	121 979	119 295	131 247	4,5%
Pôle MPA	13 958	14 674	15 233	18 215	14 732	16 004	2,8%
Pôle BACRUS	36 847	40 951	43 596	44 916	44 778	45 968	4,5%
Pôle FME	14 816	16 298	15 290	14 234	12 630	11 474	-5,0%
Pôle LM	39 564	40 762	42 951	44 614	47 155	57 801	7,9%
Secteur privé	9 683	9 242	10 073	10 195	11 344	13 234	6,4%
Pôle MPA	3 407	3 209	3 163	2 458	2 713	2 546	-5,7%
Pôle BACRUS	1 543	1 565	1 391	1 316	1 555	1 010	-8,1%
Pôle FME	846	714	1 076	475	1 125	2 042	19,3%
Pôle LM	3 887	3 754	4 443	5 946	5 951	7 636	14,5%
Total général	114 868	121 927	127 143	132 174	130 639	144 481	4,7%
% privé	8,4%	7,6%	7,9%	7,7%	8,7%	9,2%	1,7%

Source : rapport d'activité, retraitement CRC

Tout comme l'activité d'hospitalisation mais à un rythme deux fois supérieur par rapport au nombre d'entrées, l'activité de consultations du CHBSC a connu une croissance quasiment continue depuis 2012, à raison de 4,7 % par an. Cette augmentation a été plus marquée pour l'activité privée (+ 6,4 %) ; cette dernière a représenté en moyenne 8 % du total des consultations. La progression globale a été portée en particulier par le pôle logistique médicale (+ 7,9 %), notamment l'activité d'imagerie (voir *infra*) et le pôle médecine et personnels âgées (+ 4,5 %). Au total, en 2017, ce sont près de 30 000 consultants de plus qu'en 2012 (+ 25 %) qui sont venus au CHBSC.

³⁰ Source ANAP : évaluer et analyser la performance des consultations externes.

³¹ Source ANAP : évaluer et analyser la performance des secrétariats médicaux.

³² Source ANAP : diagnostic de maturité de la chaîne accueil-facturation-recouvrement (AFR).

tableau n° 45 : Codage de l'activité d'actes et consultations externes

Activité	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Ecart 17-12
Venues	78 479	83 114	80 788	80 902	83 810	91 933	3,2%	17,1%
NGAP	53 541	56 698	53 924	52 206	54 626	62 998	3,3%	17,7%
<i>dont C</i>	29 557	27 189	17 436	27 073	25 009	8 129	-22,8%	-72,5%
<i>part C / NGAP</i>	55,2%	48,0%	32,3%	51,9%	45,8%	12,9%	-25,2%	-76,6%
<i>dont C urgences</i>	16 500	16 544	15 094	13 982	14 863	4 405	-23,2%	-73,3%
<i>part urgences / C</i>	55,8%	60,8%	86,6%	51,6%	59,4%	54,2%	-0,6%	-2,9%
CCAM	24 938	26 416	26 864	28 696	29 184	28 935	3,0%	16,0%
<i>part CCAM</i>	31,8%	31,8%	33,3%	35,5%	34,8%	31,5%	-0,2%	-1,0%

Source : CHBSC, retraitement CRC

Le décompte en venues fait ressortir la prépondérance en volume des ACE relevant de la NGAP (69 %). Une part significative relève de la lettre C, à savoir des consultations de généralistes sans majoration, dont 61 % environ sur la période correspondent logiquement à l'activité des urgences. En revanche, avant l'évolution de la NGAP en 2017 et la révision des cotations de consultations spécialisées, les cotations en C hors urgences ont représenté en moyenne 12 % des ACE, alors que l'hôpital n'emploie pas de médecin généraliste.

Les tableaux de bord du DIM indiquent que cette cotation aurait été utilisée pour des consultations de spécialistes de préférence aux cotations plus rémunératrices C2 (majoration pour avis spécialisé) ou CS (consultation spécialisée), mais de manière non uniforme sur les différents pôles et selon les années : ainsi le pôle FME a eu très peu recours au C sur la période, au contraire en particulier du pôle MPA ; et l'année 2014 a compté le plus faible volume de C hors urgences de la période (2 300, contre 10 à 13 000 les autres années et 3 700 en 2017). Ces données témoignent d'un manque de maîtrise des modalités de cotation des ACE spécialisés de la part des praticiens ; à cet égard, l'absence d'intervention du DIM sur l'activité externe peut avoir été préjudiciable à la valorisation de l'activité réalisée.

Bien que ce phénomène apparaisse déjà en régression nette en 2017, la chambre invite l'ordonnateur à sensibiliser les praticiens de l'établissement à l'utilisation de la version la plus récente de la NGAP, en s'appuyant sur le DIM et sur la société CTR.

4.2.1.2. L'analyse des données d'Ovalide

Les données Ovalide ne contredisent pas la tendance soulignée par les données de l'établissement : entre 2013 et 2017, les ACE ont progressé de 2 % en volume. La prépondérance de la NGAP en volume d'ACE y est nettement plus marquée (97,3 % en moyenne), du fait du poids considérable des seuls actes de biologie (plus de 3 M€ chaque année, soit 94 % du total).

tableau n° 46 : ACE par catégories

	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Part moyenne
NGAP	3 200 843	3 400 961	3 308 616	3 540 611	3 431 888	1,8%	97,3%
Consultations spécialistes	34 197	36 696	31 549	35 579	41 556	5,0%	1,0%
Consultations généralistes	40 194	37 472	38 974	34 768	36 307	-2,5%	1,1%
Total consultations	74 391	74 168	70 523	70 347	77 863	1,1%	2,1%
Biologie	3 080 512	3 276 915	3 190 139	3 443 722	3 327 498	1,9%	94,0%
Soins infirmiers (y compris majorations)	29 601	31 549	33 739	11 328	9 774	-24,2%	0,7%
Autres (actes de sages-femmes, échographie, orthopédie)	16 339	18 329	14 215	15 214	16 753	0,6%	0,5%
Actes CCAM	76 879	81 766	99 091	100 443	113 694	10,3%	2,7%
Forfaits techniques de radiologie	5 486	5 845	16 390	16 623	22 239	41,9%	0,4%
Forfaits d'accueil et de traitement des urgences	17 572	18 309	17 467	19 213	19 458	2,6%	0,5%
Forfait de sécurité et environnement hospi (SE)	1 384	1 448	1 396	1 313	1 627	4,1%	0,0%
Total	3 277 722	3 482 727	3 407 707	3 641 054	3 545 582	2,0%	100,0%

Source : Ovalide

La part des urgences y apparaît également : leur activité compte pour 44,4 % du nombre total d'ACE et 29,5 % des recettes. En volume, cette part est homogène (entre 40 et 45 %) sur la partie NGAP, correspondant au tronc commun des prises en charge (consultation généraliste, soins infirmiers et bilan biologique) ; les urgences sont fortement représentées aussi (80 %) dans les actes de chirurgie, correspondant au secteur de petite chirurgie du service d'accueil des urgences.

Les actes relevant de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ont progressé bien plus rapidement (+ 10,3 % en moyenne par an) que les actes NGAP (+ 1,8 %) : les actes et forfaits techniques d'imagerie, liés aux nouveaux équipements en IRM et scanner, et les actes techniques médicaux réalisés en consultations ont porté cette augmentation. En 2017, il fallait 458 consultations ou 20 829 ACE pour produire 100 journées d'hospitalisation, contre 471 consultations ou 20 777 ACE en 2012. Cet effet de démultiplication a été stable dans la durée.

tableau n° 47 : Recettes des ACE par catégories

	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Ecart 13-17
NGAP	2 048 235	2 078 086	1 986 317	2 065 150	2 244 765	2,3%	196 530
Consultations spécialistes	420 649	459 864	384 465	442 809	531 558	6,0%	110 909
Consultations généralistes	876 895	820 709	838 851	814 070	849 310	-0,8%	-27 585
Total consultations	1 297 544	1 280 574	1 223 316	1 256 878	1 380 867	1,6%	83 324
Biologie	621 242	658 855	644 922	748 090	731 226	4,2%	109 983
Soins infirmiers (y compris majorations)	83 175	88 099	86 320	26 484	23 043	-27,5%	-60 132
Autres (actes de sages-femmes, échographie, orthopédie)	46 274	50 558	31 760	33 697	109 629	24,1%	63 355
CCAM	2 521 615	2 850 392	3 884 433	4 153 176	4 653 844	16,6%	2 132 229
Forfaits techniques de radiologie	427 739	597 631	1 540 653	1 790 330	2 097 844	48,8%	1 670 105
Forfaits ATU	416 989	434 244	404 726	402 163	405 972	-0,7%	-11 017
Forfait (SE)	65 703	66 025	63 195	54 467	78 316	4,5%	12 614
Total	4 569 850	4 928 478	5 870 750	6 218 327	6 898 609	10,8%	2 328 759

Source : Ovalide

Le niveau de rémunération bien supérieur des actes techniques de la CCAM explique que la valorisation financière des ACE (+ 10,8 % par an) ait progressé plus vite que leur volume (+ 2 % par an), au total de plus de 2,3 M€. La part des forfaits techniques en particulier (+ 1,7 M€ entre 2013 et 2017) est passée de 9,4 à 34,3 % des recettes ACE. La part de la NGAP a régressé de 44,8 à 32,5 % des recettes globales. Les contributions des consultations (+ 83 k€) et de la biologie

(+ 111 k€) à cette augmentation ont été modestes. Au cours de la période, le niveau de recettes produit par 100 consultations a crû de 4 % par an, atteignant 9 113 € en 2017.

tableau n° 48 : Consultations de généralistes et de spécialistes et les actes de médecine et de chirurgie hors-urgences

ACE	Nb			€		
	2013	2017	Evolution	2013	2017	Evolution
Consultations spécialistes	33 673	41 167	7 494	407 737	523 467	115 730
Consultations généralistes	24 123	16 911	-7 212	451 912	322 578	-129 334
Total consultations	57 796	58 078	282	859 649	846 045	-13 604
Actes techniques médicaux	7 548	11 105	3 557	229 607	329 374	99 767
Actes de chirurgie	460	369	-91	27 516	20 841	-6 675
Autres (obstétrique, anesthésie, soins dentaires)	25	14	-11	1 254	900	-353
Total CCAM	8 033	11 488	3 455	258 376	351 115	92 739
Total secteur consultations	65 829	69 566	3 737	1 118 025	1 197 160	79 135
Total des ACE	1 772 598	2 001 920	229 322	2 971 429	5 084 854	2 113 426
Part du secteur consultations	3,7%	3,5%	1,6%	37,6%	23,5%	3,7%

Source : Ovalide

À cet égard, l'agrégation, hors les urgences, des données relatives aux consultations et aux actes médicaux, chirurgicaux et autres permet de qualifier l'activité réalisée dans les secteurs de consultations par rapport à l'ensemble des ACE : l'offre de consultations spécialisées de l'établissement, qui participe pourtant de son attractivité, représente en réalité une part des ACE mineure et en régression sur la période, par rapport aux activités médico-techniques et aux urgences. Cela est vrai tant en nombre d'actes (baisse de 3,7 à 3,5 % du total) qu'en montant (baisse de 37,6 à 23,5 % du total).

4.2.2. La consommation de ressources

Un autodiagnostic réalisé par l'établissement en 2015 a quantifié les ressources humaines allouées à l'activité des consultations externes, sans que l'étude qui en découle ne précise le périmètre en question. Ces éléments établissaient à 19 %, pour le personnel médical, et 8 %, pour le personnel paramédical, la part des ressources humaines consacrées à cette activité.

Des données plus détaillées sont également disponibles, relatives aux médecins et secrétaires, une fois rapportées au nombre de consultants par pôle. Ces mesures ont précédé les regroupements opérés en 2016 et mériteraient d'être actualisées ; elles font néanmoins apparaître une nette hétérogénéité de la consommation de ressources, de 25 consultants par ETP pour le pôle LM, à 486 consultants par ETP pour le pôle FME.

Le retraitement comptable, disponible de 2012 à 2016, établit les dépenses de la section d'analyse consultations externes, directes (titres 1 à 4) et indirectes (coûts des autres sections d'analyse et de structure imputées à cette section d'analyse). Les charges directes apparaissent en progression modérée (+ 1,4 % par an), à 1,7 M€ en 2016, soit 2,8 % des charges totales ; les charges de personnel en légère régression (- 0,2 % par an). Surtout, les charges directes n'ont représenté, selon les années, qu'entre 20 et 28 % (en 2016) du total des charges ; les charges indirectes ont ainsi compté en moyenne pour plus de 77 % des coûts retraités de l'activité externe.

tableau n° 49 : Charges directes et indirectes de l'activité externe

	2012	2013	2014	2015	2016	VAM	
Titre 1	1 646 187	1 807 804	1 861 889	1 881 527	1 629 707	-0,2%	
Titre 2	56 444	53 566	57 867	58 961	53 593	-1,0%	
Titre 3	2 427	5 264	6 290	7 996	7 862	26,5%	
Titre 4	54 088	63 273	66 882	70 642	81 645	8,6%	
Charges brutes	1 759 146	1 929 907	1 992 928	2 019 125	1 772 807	0,2%	
Produits déduits	141 914	140 714	148 558	152 744	41 780	-21,7%	
Total charges directes	1 617 232	1 789 193	1 844 370	1 866 381	1 731 027	1,4%	
Logistique Médicale (LM)	12 684	11 552	12 325	13 447	13 258	0,9%	
Services Médico-Techniques (SAMT)	4 318 450	5 046 061	5 104 809	5 015 128	2 368 167	-11,3%	
Logistique et Gestion Générale (LGG)	1 394 583	1 393 467	1 538 513	1 791 934	1 725 781	4,4%	
Structure (STR)	154 344	232 089	227 611	382 208	303 805	14,5%	
Total charges indirectes	5 880 061	6 683 169	6 883 257	7 202 716	4 411 011	-5,6%	
Total charges directes et indirectes	7 497 293	8 472 362	8 727 627	9 069 097	6 142 038	-3,9%	Moyenne
Part des charges directes	21,6%	21,1%	21,1%	20,6%	28,2%	5,5%	22,5%
Part des charges indirectes	78,4%	78,9%	78,9%	79,4%	71,8%	-1,7%	77,5%

Source : retraitement comptable

Les éléments de comparaison disponibles pour 2016 positionnent l'établissement à un niveau proche de la médiane (33 € par unité d'œuvre), voire légèrement inférieur, pour les charges directes, à l'exception marginale du titre 4. En particulier, les données relatives aux ressources humaines situent l'établissement (3 155) légèrement au-dessus de la médiane (2 882) pour la production d'unités d'œuvre rapportée aux ETP rémunérés des personnels médicaux et non médicaux. Rapportées à la production de consultations ou d'ACE, ces dépenses de personnel ont eu tendance à décroître jusqu'en 2016.

En revanche, les charges indirectes des sections d'analyse médico-technique (SAMT) et logistique générale et de gestion (SA LGG) sont positionnées au-delà du troisième quartile ; aussi, le total des charges (115 € par unité d'œuvre) apparaît-il supérieur aux valeurs du troisième quartile des établissements comparables (100 € par unité d'œuvre).

Le niveau des charges indirectes imputées au titre de la SAMT, au-delà du troisième quartile, tient d'abord à l'imagerie et aussi à la biologie, du fait de leur forte proportion d'activité externe (3.2.3). Les dépenses soutenant cette activité médico-technique externe sont ainsi imputées indirectement et non directement à la section d'analyse de l'activité externe ; surtout, la SAMT représente à elle seule 37 % du coût total de l'activité externe. Pourtant, il convient d'observer que l'année 2016 a correspondu à une nette diminution des charges imputées de la SAMT (- 3 M€ environ), les coûts du service d'accueil des urgences ayant été sortis de cet agrégat.

Pour ce qui concerne la SA LGG, les charges imputées au-delà du troisième quartile pèsent pour 28 % du total des charges de l'activité externe et relèvent de la direction du système d'information, des services administratifs à caractère général et, surtout, de l'accueil et de la gestion du malade ; si le poids de cette troisième catégorie est cohérent avec le volume des flux de consultants, il est élevé et suggère des marges de manœuvre et réduction de dépenses ; les imputations élevées relatives aux deux premières n'apparaissent pas justifiées par la nature de l'activité externe.

Les coûts imputés dans le retraitement comptable correspondent aux volumes d'actes et poids financiers respectifs des activités des secteurs de consultation, d'une part, des activités médicotechniques, d'autre part. Cette seconde catégorie représente toujours une part prépondérante de l'activité externe hors urgences, par rapport à la première.

4.2.3. La contribution de l'activité externe au résultat financier

Les recettes des ACE issues des comptes, pour la partie facturée à l'assurance maladie, sont cohérentes dans leur évolution avec les données issues d'Ovalide ; un écart d'environ 300 k€ apparaît néanmoins chaque année. Les recettes facturées à l'assurance maladie ont représenté en moyenne 81 % du total entre 2012 et 2017. La part patient a été minoritaire et a progressé également moins vite (+ 1,8 % par an) que la part sécurité sociale (+ 6,8 %).

tableau n° 50 : Recettes des actes et consultations externes

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Part assurance maladie	4 262 181	4 670 385	4 979 703	4 657 469	5 156 860	5 911 506	6,80%
Part patient	1 094 481	1 130 909	1 166 422	1 126 897	1 110 042	1 194 938	1,80%
Produits des ACE	5 356 662	5 801 294	6 146 125	5 782 415	6 257 304	7 095 814	5,80%
Total des produits CHBSC	51 836 622	53 980 683	58 532 734	59 116 083	61 881 180	66 093 864	5,00%
Part des ACE / total produits CHBSC	10,3%	10,7%	10,5%	9,8%	10,1%	10,7%	0,8%
Part assurance maladie / titre 1	10,7%	11,6%	11,9%	10,4%	11,3%	12,4%	3,0%

Source : comptes financiers

Le produit total des ACE a compté en moyenne pour 10,4 % du total des produits du CHBSC au cours de la période ; cette proportion est demeurée stable. La part des produits ACE facturés à l'assurance maladie a, quant à elle, représenté en moyenne 11,4 % des seuls produits du titre 1 (14 % des produits strictement MCO) ; ce ratio a été en progression de 3 % par an (2,3 % sur le MCO), signalant une dynamique des produits ACE plus soutenue que celle des autres activités de l'établissement facturées à l'assurance maladie.

tableau n° 51 : Estimation de la contribution des ACE au résultat (2016)

Charges nettes SA externe	1 731 027,00
Recettes consultations et actes	1 110 607,45
Résultat consultations et actes	-620 419,55
Total charges nettes + SAMT	4 099 194,00
Recettes ACE hors urgences	4 411 810,00
Résultat ACE hors-urgences	312 616,00

Source : retraitement comptable, Ovalide

Afin d'estimer la contribution des ACE au résultat financier de l'établissement en 2016³³, les données de coût du RTC et de recettes d'Ovalide hors urgences ont été rapprochées. On peut en déduire deux estimations. La première regarde les secteurs de consultations (charges nettes, rapportées aux produits des consultations et actes) : leur contribution au résultat serait négative, à hauteur de 620 k€, soit 56 % des produits de référence. La seconde regarde l'ensemble des ACE hors urgences (charges nettes et de la SAMT, rapportées aux produits des ACE hors urgences) : leur contribution serait au contraire positive, à hauteur de 312 k€, soit 7 % des produits de référence.

Ainsi, l'activité externe des secteurs consultations ne serait pas financée par les produits de l'assurance maladie qui lui sont propres et elle ne contribuerait pas à l'équilibre financier de l'établissement par les recettes qu'elle apporte, mais par les filières de recrutement de séjours qu'elle contribue à organiser et à rendre visibles. En revanche, l'ensemble des ACE, incluant les activités médico-techniques dont l'imagerie, toujours hors urgences, contribuerait à l'équilibre financier de l'établissement.

³³ Les années précédentes n'ont pas été retenues aux fins de comparaison, du fait du changement de comptabilisation intervenu en 2016, où les dépenses des urgences ne sont plus retenues dans les charges indirectes.

4.3. Le suivi de l'activité libérale

4.3.1. Le respect du cadre réglementaire

Au cours de la période, la commission d'activité libérale (CAL) s'est réunie une fois par an, en fin d'année, pour étudier des données portant sur l'exercice antérieur. À compter de 2018 et à la demande de ses membres, elle devrait se réunir deux fois par an.

En application du décret du 11 avril 2017, l'ARS ne siège désormais plus ; par ailleurs le président de la CAL ne pouvant plus être choisi parmi les praticiens exerçant une activité libérale ou le président de la CME, la CAL du CHBSC a élu fin 2017 à sa présidence et à l'unanimité la directrice des finances représentant le directeur de l'établissement.

Le contrat type proposé par l'établissement aux praticiens exerçant une activité libérale est conforme aux textes en vigueur (articles L. 6154-1 à 6 et R. 6154-4 à 26 du code de la santé publique). Une adaptation nécessaire est cependant prévue, consistant à faire figurer en annexe le planning prévisionnel de l'activité publique et de l'activité libérale. La chambre invite l'ordonnateur à réaliser cet ajout sans délai.

Les patients sont informés des tarifs publics et privés par un affichage clair, régulièrement mis à jour et présent dans les secrétariats des consultations concernées.

4.3.2. L'exécution financière des contrats d'activité libérale

4.3.2.1. La comptabilisation de l'activité

Comme le prévoit la réglementation, le CHBSC encaisse les honoraires pour le compte des praticiens avant de les leur reverser. Après chaque consultation, les médecins déposent au régisseur leurs encaissements et feuilles de soins recensés sur un listing. Une feuille de soins est en effet établie lorsque le patient ne fait pas l'avance des frais, puis transmise à l'assurance maladie ; l'encaissement est suivi par un tableau de bord. Les chèques et numéraires sont vérifiés puis saisis dans le système d'information et transmis – deux fois par semaine – au Trésor, avec un état récapitulatif ; une déclaration de recettes est alors remise au régisseur.

Au fur et à mesure des remboursements du tiers-payant sur le compte régisseur, les sommes sont recollées par praticien dans leur état nominatif. Après le contrôle des états d'encaissements, le régisseur vire mensuellement les sommes au Trésor ; à la suite du second contrôle avec le Trésor des montants totaux encaissés, tiers-payant compris, un virement est effectué au praticien ; ce dernier reçoit également un bordereau d'envoi de pièces contenant les mouvements de caisses et l'état des encaissements du mois reversé.

4.3.2.2. Les contrôles exercés

Le contrôle de l'activité libérale exercé par la direction et la CAL est peu médicalisé : le DIM n'intervient pas dans la production de données pour l'analyse. Cependant, l'information médicale étant uniforme pour les activités publique et privée, les requêtes et informations sont disponibles pour le contrôle de gestion dans le dossier patient informatisé.

Le contrôle consiste pour l'essentiel à confronter les données d'activité (en cotations NGAP et CCAM) et encaissements aux relevés SNIR³⁴.

tableau n° 52 : Déclarations et encaissements de l'activité libérale

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Ecart 17-12
Honoraires encaissés	725 526	710 985	718 904	767 648	707 961	813 176	2,3%	12,1%
Honoraires SNIR	711 772	673 604	700 522	785 319	713 214	847 694	3,6%	19,1%
Taux d'écart	1,9%	5,5%	2,6%	-2,3%	-0,7%	-4,1%	-216,08%	-310,73%
Redevance	133 633,37	131 748,77	130 734,48	143 523,67	133 310,32	129 199,46	-0,7%	-3,3%
Taux redevance sur déclaré	18,40%	18,50%	18,20%	18,70%	18,80%	15,90%	-0,70%	-3,30%
Taux redevance sur SNIR	18,77%	19,56%	18,66%	18,28%	18,69%	15,24%	-4,08%	-18,82%

Source : CHBSC et relevés SNIR

À cet égard, il convient de relever que les écarts ont tendu à s'accroître en fin de période, dans le sens d'une sous-déclaration des praticiens par rapport aux relevés SNIR (- 4,1 % en 2017), alors que la tendance en début de période était à une sur-déclaration (+ 1,9 % en 2012). Par ailleurs, les encaissements de la redevance auraient diminué entre 2016 et 2017 (- 4,1 k€), en dépit d'une progression importante des honoraires (+ 134 k€). La chambre invite l'ordonnateur, en cohérence avec un suivi plus fréquent de la CAL, à fiabiliser ces données et réduire les écarts constatés.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHBSC s'est doté d'une offre de consultations cohérente avec sa vocation sur le territoire ; il en organise la réalisation et la valorisation selon des modalités satisfaisantes, mais qui peuvent être évaluées plus avant et optimisées. La part de l'activité des urgences et du plateau médico-technique dans le volume des actes et consultations externes, leur valorisation et leur consommation de ressources est prépondérante, par rapport aux consultations spécialisées ; cette dernière contribue également négativement au résultat financier, au contraire de l'activité externe du plateau médicotéchnique, notamment l'imagerie, qui contribue à rendre excédentaire l'activité des ACE hors urgences. Enfin, l'activité libérale est organisée en conformité avec la réglementation, mais son contrôle peut être intensifié.

³⁴ Système national inter-régimes.

ANNEXES

annexe n° 1 : Capacité en lits et places du CHBSC

	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2017/2012	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
MPA	200	22	200	22	200	22	209	26	209	26	209	26	9	4
Cardiologie, pneumologie, USIC	28		28		28		29		29		29		1	0
Gastro-entérologie, médecine interne, addictologie	22		22		22		25		25		25		3	0
Diabétologie, médecine polyvalente, court séjour gériatrique	28		28		28		33		33		33		5	0
Hôpital de jour		10		10		10		14		14		14	0	4
Accueil de jour Alzheimer		12		12		12		12		12		12	0	0
Hospitalisation temporaire	2		2		2		2		2		2		0	0
EHPAD	90		90		90		90		90		90		0	0
USLD	30		30		30		30		30		30		0	0
FME	44	2	49	2	49	2	49	2	49	2	49	2	5	0
Pédiatrie et néonatalogie	20		20		20		20		20		20		0	0
Gynécologie et obstétrique	24		29		29		29		29		29		5	0
Hôpital de jour		2		2		2		2		2		2	0	0
BACRUS	70	7	70	7	68	7	72	10	72	10	72	10	2	3
Chirurgie viscérale et urologie	26		26		26		30		30		30		4	0
Chirurgie orthopédique et spécialités	32		32		30		30		30		30		-2	0
Chirurgie ambulatoire		7		7		7		10		10		10	0	3
UHCD	6		6		6		6		6		6		0	0
USC	6		6		6		6		6		6		0	0
Total pôles	314	31	319	31	317	31	330	38	330	38	330	38	16	7

Source : rapports d'activité

annexe n° 2 : Établissements et capacités dans un rayon de 40 km autour du CHBSC

Raison sociale	Catégorie	Distance (km)	Médecine	Chirurgie	Obst	SSR	Hébergement	HAD, SSLAD	Total
CH DE VALREAS	CH	39.72	25			28	137		190
HOPITAL PRIVE LES FRANCISCAINES	Privé	38.82	87	142					229
CH VAISON LA ROMADNE	CH	38.23	27			30	80		137
SYNERGIA POLYCLINIQUE	Privé	36.49	10	107					117
ATIR CENTRE D'HEMODIALYSE	Privé	36.49	0	0	0	0	0	0	0
CH DE CARPENTRAS	CH	35.34	85		28		140	127	380
GCS UNITE SENOLOGIQUE VENTOUX	PSPH/EBNL	35.08	0	0	0	0	0	0	0
CH DE VALLON PONT D'ARC	CH	33.21	16			10	110		136
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	CH	29.97	466	175	67	79	67		854
CENTRE D'HEMODIALYSE DE L'ATIR	Privé	29.60	0	0	0	0	0	0	0
ATIR CENTRE DE DIALYSE	Privé	29.56	0	0	0	0	0	0	0
CLINIQUE SAINTE CATHERINE	PSPH/EBNL	29.46	124						124
POLYCLINIQUE URBAIN V	Privé	29.30	6	79	61				146
CLINIQUE RHONE DURANCE	Privé	29.19	73	51					124
CLINIQUE DU DR MONTAGARD	Privé	28.48	3	49					52
CLINIQUE FONTVERT ST FRANCOIS	Privé	26.15		91					91
AGDUC UNITE D'AUTODIALYSE DE PIERRELATTE	Privé	25.68							0
HL INTERCOMMUNAL BOURG ST ANDEOL VIVIERS	CH	25.13	8			15	191		214
CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DES HAUTS D'AVIGNON	Privé	23.67		15					15
HL UZES	CH	22.03	10			30	277	98	415
CH LOUIS GIORGI D'ORANGE	CH	17.01	74	62	35	30	60		261
ATIR AUTODIALYSE ORANGE	Privé	16.94							0
HEMODIALYSE ATIR CH ORANGE	Privé	16.94	0	0	0	0	0	0	0
CAPIO CLINIQUE D'ORANGE	Privé	16.91		63					63
HL PONT SAINT ESPRIT	CH	12.93	5			30	355	130	520
AIDER BAGNOLS-SUR-CEZE	Privé	1.03							0
GARDIALYSE BAGNOLS-SUR-CEZE	Privé	0.52	0	0	0	0	0	0	0
POLYCLINIQUE LA GARAUD	Privé	0.42		8					8
CH BAGNOLS-SUR-CEZE	CH	0.00	141	60	31	15	242	76	565
		TOTAL	1160	902	222	267	1659	431	4641
		Part CH-BSC	12,16 %	6,65 %	13,96 %	5,62 %	14,59 %	17,63 %	12,17 %

Source : ATIH

annexe n° 3 : Indicateurs de qualité de la prise en charge au CHBSC

Critères qualité	Cotation (A-D)	Part des établissements ayant la même cotation
CERTIFICATION		
Droits des patients	A	76,0%
Parcours des patients	A	78,0%
Médicaments	A	61,0%
Urgences	B	19,0%
Management de la qualité et des risques	A	72,0%
Risque infectieux	A	87,0%
Dossier patient	A	76,0%
Processus logistiques	A	90,0%
LUTTE CONTRE LES INFECTIONS		
Prévention des infections nosocomiales (ICALIN.2)	A	83,0%
Hygiène des mains (ICSHA.2 V2)	B	30,0%
Maîtrise des bactéries multirésistantes (ICA-BMR)	A	74,0%
Bon usage des antibiotiques (ICATB.2)	A	60,0%
EVALUATION DE LA DOULEUR		
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	B	31,0%
DOSSIER PATIENT	B	31,0%
Qualité du dossier patient	B	33,0%
Suivi du poids		
Envoi du document de sortie du patient	C	85,0%
SATISFACTION DES USAGERS		
Accueil	71%	
Prise en charge par les médecins/chirurgiens	77%	
Prise en charge par les infirmiers/aides-soignants	80%	
Repas	61%	
Chambre	75%	
Organisation de la sortie	59%	

Source : Scope-Santé

annexe n° 4 : PGFP du compte principal (2018-2022)

	EPRD 2018	2019	2020	2021	2022	VAM
CHARGES						
Titre 1 - Charges de personnel	41 900 585	41 985 348	42 194 228	42 403 108	42 611 988	1,1%
<i>dont personnel médical</i>	<i>8 548 727</i>					
<i>dont personnel non médical</i>	<i>19 768 026</i>					
Titre 2 - Charges à caractère médical	13 541 530	13 541 530	13 541 530	13 541 530	13 541 530	0,2%
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	6 452 291	6 452 291	6 452 291	6 452 291	6 452 291	-0,9%
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	5 007 313	5 185 566	5 084 652	5 338 477	5 221 683	0,8%
<i>Dont charges financières</i>	<i>756 113</i>	<i>725 466</i>	<i>694 252</i>	<i>661 477</i>	<i>629 483</i>	<i>-4,4%</i>
<i>Dont dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles</i>	<i>3 990 700</i>	<i>4 199 600</i>	<i>4 129 900</i>	<i>4 416 500</i>	<i>4 331 700</i>	<i>2,3%</i>
TOTAL DES CHARGES	66 901 719	67 164 735	67 272 701	67 735 406	67 827 492	0,7%
PRODUITS						
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	48 868 355	49 620 249	49 749 262	50 246 755	50 749 223	1,5%
<i>Dont produits de la tarification des séjours MCO et des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique</i>	<i>39 369 000</i>	<i>40 120 894</i>	<i>40 249 907</i>	<i>40 747 400</i>	<i>41 249 868</i>	<i>1,9%</i>
<i>Dont produits des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours MCO</i>	<i>2 500 000</i>	<i>2 500 000</i>	<i>2 500 000</i>	<i>2 500 000</i>	<i>2 500 000</i>	<i>1,4%</i>
<i>Dont forfaits annuels MCO</i>	<i>1 622 221</i>	<i>1 622 221</i>	<i>1 622 221</i>	<i>1 622 221</i>	<i>1 622 221</i>	<i>0,0%</i>
<i>Dont dotations MIGAC MCO</i>	<i>3 066 325</i>	<i>3 066 325</i>	<i>3 066 325</i>	<i>3 066 325</i>	<i>3 066 325</i>	<i>-0,8%</i>
<i>Dont MIG</i>	<i>1 659 024</i>	<i>1 659 024</i>	<i>1 659 024</i>	<i>1 659 024</i>	<i>1 659 024</i>	<i>-1,3%</i>
<i>Dont AC</i>	<i>1 407 301</i>	<i>1 407 301</i>	<i>1 407 301</i>	<i>1 407 301</i>	<i>1 407 301</i>	<i>-0,2%</i>
<i>Dont AC aides financières investissement</i>	<i>1 406 910</i>	<i>1 406 910</i>	<i>1 406 910</i>	<i>1 406 910</i>	<i>1 406 910</i>	<i>0,0%</i>
<i>Dont Fonds d'intervention régional (FIR)</i>	<i>2 310 809</i>	<i>2 310 809</i>	<i>2 310 809</i>	<i>2 310 809</i>	<i>2 310 809</i>	<i>-0,1%</i>
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	5 382 400	5 382 400	5 382 400	5 382 400	5 382 400	0,3%
Titre 3 - Autres produits	12 422 689	12 173 249	12 147 649	12 122 349	11 748 249	-1,7%
TOTAL DES PRODUITS	66 673 444	67 175 898	67 279 311	67 761 504	67 879 872	0,8%
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT OU DEFICIT)	-228 275	11 163	6 610	16 098	52 380	
Résultat / total des produits du CRPP	-0,34%	0,02%	0,01%	0,02%	0,08%	
Résultat hors aides budgétaires, neutralisation des opérations exceptionnelles	-189 043	50 395	45 842	55 330	91 612	
Marge brute du CRPP	3 839 060	4 506 191	4 426 324	4 714 937	5 008 525	7,1%
Taux de marge brute	5,98%	6,94%	6,81%	7,20%	7,59%	5,9%
Marge brute du CRPP hors aides	2 432 150	3 099 281	3 019 414	3 308 027	3 601 615	10,9%
Taux de marge brute hors aides	3,88%	4,88%	4,75%	5,16%	5,57%	9,6%

Source : EPRD-PGFP 2018

annexe n° 5 : Tableau de financement 2018-2022

En €	COMPTE ANTICIPE 2017	PREVISIONS 2018	2019	2020	2021	2022
INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT	-	-	-	-	-	-
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	1 649 251	1 605 193	1 605 193	1 605 193	1 605 193	1 562 276
Titre 2 – Immobilisations	8 087 849	4 602 442	4 095 200	3 203 857	2 081 200	3 601 200
Opérations majeures (à détailler ci-dessous) :	8 796 242	2 551 242	2 244 000	1 102 657	-	2 000 000
<i>sous total</i>	8 796 242	2 551 242	2 244 000	1 102 657	-	2 000 000
- MCO	205 000					
- Plateau technique	3 295 207	1 515 642				
- PDI : modernisation	4 663 089	10 600				
- PDI : modernisation	632 946	1 025 000	2 244 000	1 102 657		2 000 000
Opérations courantes						
- Autres opérations de travaux	1 270 559	822 000	582 000	392 000	192 000	112 000
- Autres équipements médicaux	1 153 675	435 200	695 200	1 275 200	1 455 200	1 155 200
- Autres équipements non médicaux	193 518	341 000	449 000	301 000	309 000	201 000
- Autres opérations de systèmes d'information	870 636	453 000	125 000	133 000	125 000	133 000
- Autres acquisitions de terrains						
<i>sous total</i>	3 488 388	2 051 200	1 851 200	2 101 200	2 081 200	1 601 200
Opérations courantes en % des produits courants de fonctionnement	4,88%	2,79%	2,49%	2,82%	2,78%	2,13%
Titre 3 - Autres emplois	-	-				
TOTAL DES EMPLOIS	9 737 100	6 207 635	5 700 393	4 809 050	3 686 393	5 163 476
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	3 005 367	3 380 459	4 084 756	4 042 530	4 295 913	4 610 327
Titre 1 – Emprunts	200	-				
Titre 2 - Dotations et subventions	170 000	-				
Titre 3 - Autres ressources	2 100	-				
Dont cessions d'immobilisations	2 100	-				
TOTAL DES RESSOURCES	3 177 667	3 380 459	4 084 756	4 042 530	4 295 913	4 610 327
APPORT AU (PRELEVEMENT SUR LE) FONDS DE ROULEMENT	- 6 559 432	- 2 827 176	- 1 615 637	- 766 520	609 520	- 553 149

Source : EPRD-PGFP 2018

GLOSSAIRE

AC	aide à la contractualisation
ACE	actes et consultations externes
AFR	accueil facturation recouvrement
ANAP	agence nationale d'appui à la performance
ANFH	association nationale formation personnel hospitalier
ARS	agence régionale de santé
AVC	accident vasculaire cérébral
CAF	capacité d'autofinancement
CAL	commission d'activité libérale
CAP	contrôle allégé en partenariat
CCAM	classification commune des actes médicaux
CH	centre hospitalier
CHBSC	centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze
CHD	centre hospitalier départemental
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	centre hospitalier universitaire
CME	commission médicale d'établissement
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPU	caisse pivot unique
CRPA	comptes de résultats prévisionnels annexes
CRPP	compte de résultat prévisionnel principal
CTE	comité technique d'établissement
DIM	département de l'information médicale
DMS	durée moyenne de séjour
EBE	excédent brut d'exploitation
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	équivalent temps plein
FICOM	fichier commun de structure
FIR	fonds d'intervention régional
FME	femme-mère-enfant
FRNG	fonds de roulement net global
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHM	groupe homogène de malades
GHT	groupement hospitalier de territoire
GPMC	gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HDJ	hôpital de jour
HGE	hépato-gastro-entérologie
IAF	insuffisance d'autofinancement
ICR	indice de coût relatif

IP-DMS	indice de performance relative à la DMS
IRM	imagerie par résonance magnétique
LM	longue maladie
MCO	médecine chirurgie obstétrique
MIGAC	mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MPA	majoration personne âgée
MSA	mutuelle sociale agricole
MT	médico-technique
NGAP	nomenclature générale des actes professionnels
ORL	oto-rhino-laryngologie
PDI	plan de développement immobilier
PESV2	protocole d'échanges standard
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PRS	projet régional de santé d'Occitanie
PUI	pharmacies à usage intérieur
RSA	résumé de sortie anonyme
RSS	résumé standardisé de séjour
RUM	résumé d'unité médical
SALGG	section d'analyse logistique générale et de gestion
SAMT	section d'analyse médico-technique
SAU	service d'accueil des urgences
SDSI	schéma directeur des systèmes d'information
SIH	soins intensifs hospitaliers
SIH	système d'information hospitalier
SMUR	service mobile d'urgence et de réanimation
SNIR	système national inter-régimes.
SROS	schéma régional de l'offre de soins
SSPI	salle de soins post-interventionnels
TO	taux d'occupation
UACA	unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire
UF	unité fonctionnelle
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
UHR	unité d'hébergement renforcé
USC	unité de soins continus
USIC	unité de soins intensifs cardiologiques
USLD	unité de soins de longue durée

Réponses aux observations définitives en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 6 mars 2019 de M. Jean-Philippe Sajus, directeur du centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze.

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs ».



Les publications de la chambre régionale des comptes
Occitanie
sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Occitanie>

Chambre régionale des comptes Occitanie
500, avenue des États du Languedoc
CS 70755
34064 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie@crtc.ccomptes.fr

 **[@crococcitanie](https://twitter.com/crcoccitanie)**