



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

## CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE FRÉJUS - SAINT-RAPHAËL (Var)

Exercices 2013 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 16 juin 2020.

## TABLE DES MATIÈRES

1	PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....	9
1.1	Un centre hospitalier du Var, proche des Alpes-Maritimes.....	9
1.2	Une contractualisation interne avec les pôles d'activité qui débute à peine.....	13
2	UNE ACTIVITÉ EN FORTE DIMINUTION .....	13
2.1	Une structure capacitaire fortement réduite depuis 2015 .....	13
2.2	Une baisse significative de l'activité d'hospitalisation.....	14
2.3	Une activité fortement portée par les urgences .....	21
2.4	Une moindre attractivité .....	23
3	UNE RÉNOVATION TARDIVE D'UN BLOC OPÉRATOIRE VÉTUSTE, UNE ORGANISATION ENCORE NON OPTIMALE .....	26
3.1	Un bloc rénové à compter de 2016 .....	27
3.2	Une opération de 2,5 M€ finalement financée par l'ARS, un retour sur investissement très éloigné de l'objectif.....	30
3.3	Une organisation perfectible, une activité en baisse .....	31
4	UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA FIABILITÉ DES COMPTES À POURSUIVRE .....	36
4.1	La mise en œuvre de la démarche de fiabilisation des comptes .....	36
4.2	Les immobilisations et les amortissements ont fait l'objet d'ajustements importants .....	38
4.3	Les provisions ont été fortement accrues depuis la certification des comptes .....	39
4.4	La gestion des stocks de produits pharmaceutiques n'est pas conforme à la réglementation.....	44
4.5	Les tarifs journaliers de prestations sont irréguliers .....	45
4.6	Les remboursements des budgets annexes au budget principal.....	47
5	UNE SITUATION FINANCIÈRE TRÈS DÉGRADÉE MALGRÉ DES AIDES IMPORTANTES ET DES PLANS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE .....	48
5.1	Des résultats déficitaires depuis 2014.....	49
5.2	Des soldes intermédiaires de gestion tous dégradés .....	50
5.3	Des mesures de redressement qui se succèdent à un rythme rapide, sans parvenir à stopper la dégradation .....	53
5.4	Un budget principal pénalisé par une hausse des charges de personnel puis une baisse d'activité.....	60
5.5	Les charges sont en progression du fait des dépenses de personnel, mais sont maîtrisées depuis 2016.....	65
5.6	Des investissements réduits, financés par le fonds de roulement .....	70
6	DES RÈGLES DE MISE EN CONCURRENCE INSUFFISAMMENT RESPECTÉES .....	75
6.1	L'installation irrégulière d'une centrale photovoltaïque peu rémunératrice sur le domaine de l'hôpital .....	75
6.2	L'opération de travaux du bloc opératoire : des coûts mal évalués à tous les stades de la procédure .....	79

6.3 Des irrégularités importantes dans la commande publique .....	85
ANNEXES .....	90

## SYNTHÈSE

(1) *Le centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël (Var), issu de la fusion, en 1972, des hôpitaux de ces deux communes, comptait fin 2018, 543 lits et places. L'établissement se trouve aujourd'hui dans une situation alarmante et « sous perfusion » permanente de l'État, sans lequel il ne serait plus en mesure de financer son activité.*

### ***Une activité en forte diminution ...***

(2) *Depuis 2015, l'établissement accuse une baisse marquée de son activité. À fin 2018, l'hospitalisation complète et l'activité ambulatoire s'étaient réduites de - 20 %, - 13 % séances incluses. Malgré un nombre de lits et places réduit de 13 % en médecine, chirurgie et obstétrique, les taux d'occupation restent encore nettement inférieurs aux cibles nationales.*

(3) *L'activité de consultations externes, comme celle d'hospitalisation, est largement portée par les urgences, ce qui traduit la faible attractivité du centre hospitalier pour des actes programmés.*

### ***... qui a dégradé la situation financière malgré une succession de dispositifs de retour à l'équilibre***

(4) *La situation financière du centre hospitalier s'est fortement dégradée, sous l'effet d'une augmentation importante des charges, puis d'un effondrement des recettes à compter de 2015 en raison de la baisse d'activité.*

(5) *L'autofinancement est aujourd'hui très insuffisant. Il ne couvre plus l'annuité en capital de la dette depuis 2014 et ne participe donc plus au financement de nouveaux investissements. Ces derniers, réduits au minimum (principalement aux questions de sécurité), ont été financés par des aides de l'agence régionale de santé (ARS), quelques nouveaux emprunts (dans une tendance globale de désendettement) et des prélèvements importants sur le fonds de roulement, qui n'est désormais plus à même de soutenir la trésorerie.*

(6) *En conséquence, les délais de paiement des fournisseurs ont été fortement allongés et représentent plus du double des délais réglementaires. Les difficultés ont ainsi été déportées sur le tissu économique qui assure, de fait, la trésorerie de l'hôpital. Si les tensions sur les approvisionnements sont réelles, les conséquences financières sont en revanche résiduelles voire nulles selon les années, les intérêts moratoires réglementairement dus n'étant pas mandatés.*

(7) *Les aides conséquentes et croissantes de l'ARS (plus de 12 M€ entre 2016 et 2018) en font l'établissement le plus aidé de la région (hors centres hospitaliers universitaires), sans que cela ait permis le retour à l'équilibre, pas plus que les différents plans de redressement qui se sont succédés.*

(8) *Mi-2019, une nouvelle étape a été franchie avec la présentation d'un dossier de retour à l'équilibre devant le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Contrairement à la doctrine habituelle de cette instance, le plan d'actions repose pour une très large part sur une progression des recettes. Hormis le fait que celles-ci impliquent des coûts supplémentaires, elles dépendent de la fréquentation de l'hôpital qui reste, pour partie, aléatoire. La fragilité du plan d'actions concerne également les économies à réaliser qui dépendent dans une mesure importante d'acteurs extérieurs à l'établissement (les gains sur les achats au travers du groupement hospitalier de territoire par exemple).*

(9) *Quand bien même l'ensemble des objectifs définis dans le plan d'actions serait atteint en 2023, l'autonomie financière de l'établissement ne serait pas pour autant restaurée.*

### ***Une restructuration très tardive d'un bloc opératoire vétuste***

(10) *Le bloc opératoire, secteur central des établissements de santé, a fait l'objet d'une restructuration entre 2016 et 2018. Alors que plusieurs documents faisaient état de non-conformités, de dysfonctionnements importants repérés de longue date, les travaux, programmés en 2014, n'ont été réalisés qu'à partir de 2016. L'état de vétusté a justifié une alerte de la Haute autorité de santé lors de sa visite de certification qualité début 2016.*

(11) *La rénovation a été prévue à l'identique sans intégrer la baisse d'activité alors constatée et la décision concomitante de fermer deux des salles d'opération.*

(12) *Alors que l'hôpital estimait initialement l'opération à un million d'euros, le coût s'est, au final, élevé à près de deux millions et demi d'euros, sans que ce dérapage, constaté au moment de la passation des marchés de travaux, n'ait été anticipé par l'établissement ou son maître d'œuvre.*

(13) *Compte tenu de sa situation financière dégradée, l'hôpital n'a pas été en mesure de supporter le coût de cette opération finalement financée dans son intégralité par l'ARS. Le retour sur investissement qui était attendu n'a, en outre, été atteint que pour moitié.*

(14) *Du fait de la diminution de l'activité, le bloc opératoire est aujourd'hui en surcapacité. Son organisation reste en outre à améliorer pour réduire les importants coûts de fonctionnement.*

### ***Une situation qui ne peut perdurer en l'état***

(15) *Dans l'immédiat, l'établissement ne peut continuer de fonctionner sans recours permanent à des aides régionales et nationales. Le plan d'actions COPERMO ne permettra pas de restaurer les équilibres financiers de l'établissement en 2023. Aux actions actuelles devra donc succéder une nouvelle période d'efforts, probablement plus structurels pensés à l'échelle du territoire.*

(16) *Dans ce laps de temps, le centre hospitalier ne pourra assurer le financement de ses investissements lourds. Ceux-ci seront soit financés par l'ARS, soit mis en attente au risque d'une vétusté accrue alourdissant d'autant leur coût.*

### ***Des atteintes fortes à la concurrence dans la commande publique***

(17) *Des irrégularités récurrentes et persistantes ont été constatées en matière de commande publique.*

(18) *Ainsi, alors que la compétence « achats » a été transférée au groupement hospitalier de territoire du Var depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le centre hospitalier, en attendant la passation de marchés groupés par l'établissement support, a prolongé de nombreux marchés par voie d'avenants et, pour certaines fournitures, passe commande à ses fournisseurs sans aucun support juridique. Ces pratiques irrégulières, contraires aux règles d'accès à la commande publique et qui exposent leurs auteurs aux sanctions prévues dans ce domaine, doivent cesser immédiatement.*

(19) *Jusqu'en 2017, le recours aux agences d'intérim médical, était réalisé sans marché, ni mise en concurrence organisée comme cela aurait dû être le cas.*

(20) *De même, s'agissant de l'utilisation du domaine public, l'hôpital a autorisé en décembre 2018 l'installation d'une centrale photovoltaïque par un fournisseur, sur un de ses parkings, sans mise en concurrence alors que celle-ci est obligatoire depuis avril 2017.*

## RECOMMANDATIONS

La chambre formule trois recommandations :

**Recommandation n° 1** : Élaborer et signer les contrats de pôles.

**Recommandation n° 2** : Renforcer les relations avec la médecine de ville afin d'améliorer les filières d'adressage.

**Recommandation n° 3** : Calculer les tarifs journaliers de prestations conformément à la réglementation.

## INTRODUCTION

(1) La chambre a inscrit à son programme 2019 l'examen des comptes et de la gestion du centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël, à compter de l'année 2013.

(2) Par lettre en date du 6 juin 2019, le président de la chambre a informé M. Frédéric Limouzy, ordonnateur en fonction, de l'ouverture de la procédure et de la composition de l'équipe de contrôle. Par lettres du 4 juillet 2019, M<sup>me</sup> Chantal Borne, ordonnateur du centre hospitalier du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 31 juillet 2018, et M. Valdez, qui a assuré l'intérim de la direction de l'établissement du 8 mars 2018 (date à laquelle M<sup>me</sup> Borne a quitté l'établissement) au 1<sup>er</sup> mai 2018, ont été destinataires de ces mêmes informations.

(3) L'entretien d'ouverture du contrôle s'est déroulé le 9 juillet 2019 avec M. Limouzy.

(4) Les entretiens de fin de contrôle se sont tenus le 21 octobre 2019, avec M. Limouzy. S'agissant des anciens ordonnateurs, les entretiens ont eu lieu le 21 octobre 2019 avec M<sup>me</sup> Borne et le 22 octobre 2019 avec M. Valdez.

(5) Les observations provisoires arrêtées par la chambre, dans sa séance du 21 novembre 2019, ont été transmises dans leur intégralité, à M. Limouzy, ordonnateur en fonction par un courrier du 26 novembre 2019. Un extrait a été envoyé à Mme Borne, ancien ordonnateur, par un courrier du 28 novembre 2019. M. Valdez, qui a assuré l'intérim de la direction de l'établissement sur une courte période, a été informé de la clôture de la procédure le concernant en application de l'article R. 243-15 du code des juridictions financières par courrier de la chambre du 28 novembre 2019.

(6) Sur décision de la collégialité, des extraits ont également été envoyés à des personnes explicitement mises en cause.

(7) La chambre a reçu des réponses de M. Limouzy et M<sup>me</sup> Borne par des courriers du 27 janvier 2020 enregistrés au greffe de la chambre le 29 janvier 2020 et le 31 janvier 2020 respectivement et de trois tiers mis en cause.

(8) Après avoir examiné les réponses écrites qui lui sont parvenues et entendu les rapporteurs, la chambre a, dans sa séance du 16 juin 2020, arrêté ses observations définitives et recommandations reproduites ci-après.

(9) À ce stade de la procédure, le rapport d'observations définitives conserve un caractère confidentiel et n'est donc pas communicable.

# 1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

## 1.1 Un centre hospitalier du Var, proche des Alpes-Maritimes

(10) Le centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël (CHFSR) est issu de la fusion, en 1972, des centres hospitaliers de ces deux communes. Depuis août 2014, la direction de l'établissement est commune avec celle du centre hospitalier de Saint-Tropez<sup>1</sup> distant d'une trentaine de kilomètres et celle de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Grimaud.

(11) Situé à l'est du département du Var, le CHFSR se trouve à 90 kms de Toulon, mais beaucoup plus proche de deux grands établissements des Alpes-Maritimes, à seulement 40 km du centre hospitalier (CH) de Cannes (497 lits hors hébergement) et 65 km du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice. Cette proximité explique différentes coopérations avec les établissements de ce département<sup>2</sup>. Dans le domaine des soins, une réflexion est, par exemple, en cours avec le CH de Cannes dans le domaine de la neurologie, notamment pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

(12) Dans son département, le CHFSR est situé à 30 kms du centre hospitalier de la Dracénie à Draguignan. Avec le centre hospitalier de Saint-Tropez, ces établissements constituent l'offre de soins publiques du « Var Est ». Fin 2018, le conseil de surveillance du CHFSR a émis un avis favorable pour une coopération renforcée dans trois domaines :

- les prises en charge de la femme, mère et enfant avec le CH de Saint-Tropez ;
- les prises en charge en oncologie et en soins critiques avec le CH de Draguignan.

### **Principales caractéristiques socio-sanitaires du département du Var<sup>3</sup>**

Deuxième département (sur six) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur par sa superficie, troisième par sa population, le département du Var peut être découpé en quatre grands ensembles géographiques : Toulon et l'ouest toulonnais au sud-ouest, les Maures-Estérel à l'est sur la bande littorale entre le golfe de Saint-Tropez et Saint-Raphaël, à la limite des Alpes-Maritimes, le Moyen-Var entre Saint-Maximin-la-Sainte-Baume et Draguignan et le Haut-Var au nord du département. La population, qui se concentre principalement le long du littoral et dans le Moyen-Var, aux abords des axes autoroutiers, compte la plus importante proportion de personnes âgées de 75 ans et plus.

<sup>1</sup> Le centre hospitalier de Saint-Tropez est un centre de proximité assurant urgences, médecine, obstétrique et proposant un partenariat avec une clinique pour la chirurgie. Il compte 97 lits et places, dont 42 de médecine, 15 de gynécologie-obstétrique et 40 de long séjour.

<sup>2</sup> Le groupement de coopération sanitaire (GCS) des hôpitaux de la Côte d'Azur réunit, par exemple, les centres hospitaliers de Cannes, Grasse, Antibes, Fréjus Saint-Raphaël et le CHU de Nice pour la gestion de leur fonction linge et restauration.

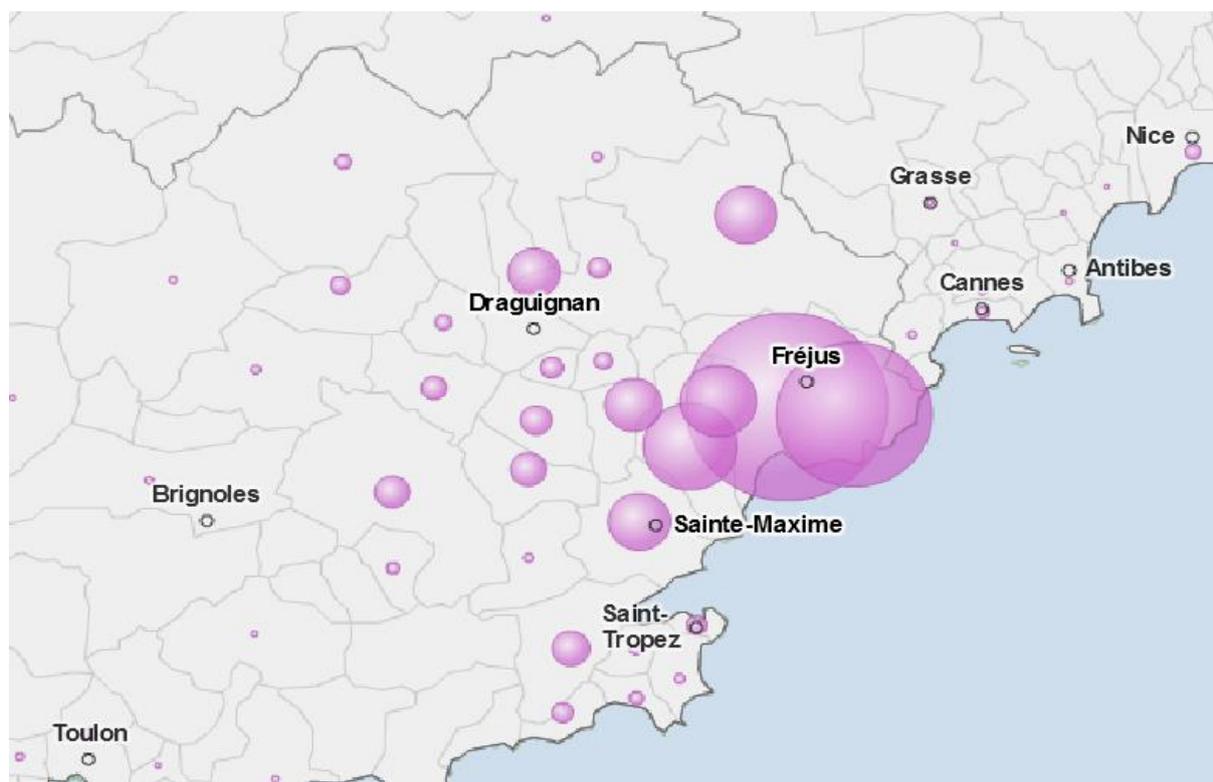
<sup>3</sup> Source : Portrait socio-sanitaire et environnemental du département du Var, Observatoire régional de la santé PACA, 2018.

Le département présentait en 2017 la cinquième densité<sup>4</sup> de médecins généralistes de la région mais la troisième en médecins spécialistes.

Le Var représentait, fin 2015, 18,2 % de l'offre sanitaire régionale avec 68 établissements de santé dont les trois quarts d'établissements privés.

Les taux d'équipement (nombre de places pour 100 000 habitants) étaient, fin 2015, inférieurs à la moyenne régionale en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie. Seuls les taux d'équipement en soins de suite et réadaptation et en soins de longue durée étaient supérieurs aux taux régionaux.

**Graphique n° 1 : Positionnement territorial du CHFSR**



Source : Hospidiag.

(13) À compter du 15 décembre 2014<sup>5</sup>, le CHFSR a été désigné établissement siège d'une communauté hospitalière de territoire (CHT)<sup>6</sup> réunissant les centres hospitaliers de Fréjus Saint-Raphaël, Saint-Tropez et Draguignan. Un des objectifs de l'établissement était, au moyen de la direction commune avec Saint-Tropez, de rééquilibrer l'offre de soins entre les établissements de la CHT « *notamment le CH de Draguignan* ».

<sup>4</sup> Nombre de médecins pour 100 000 habitants.

<sup>5</sup> En application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « *Hôpital patients santé territoire* ».

<sup>6</sup> Dispositif de coopération prévu par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(14) Moins de deux ans après<sup>7</sup>, le positionnement de l'établissement a été revu puisqu'il est devenu membre, le 29 juin 2016, du groupement hospitalier de territoire (GHT) du Var. Celui-ci réunit huit établissements : le centre hospitalier de Brignoles, de Draguignan, du Luc-en-Provence, d'Hyères, de Pierrefeu-du-Var, de Saint-Tropez, le centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël et de Toulon-La Seyne-sur-mer, ce dernier étant l'établissement support du groupement<sup>8</sup>.

### **Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)**

Les groupements hospitaliers de territoires (GHT) sont un dispositif conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé.

Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région. Ils doivent permettre de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population.

En juillet 2016, 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été constitués pour favoriser le travail en réseau des plus de 850 hôpitaux français.

(15) Dans le domaine des soins, le premier avenant à la convention constitutive, signé le 23 décembre 2016, a défini plusieurs filières<sup>9</sup> prioritaires de prise en charge : urgences, soins critiques, chirurgicales, cancérologiques, psychiatriques, gériatriques, spécialités médicales, femme-mère-enfants. À ces filières ont été ajoutés des secteurs prioritaires : laboratoire, pharmacie, imagerie, recherche et innovation.

(16) Le deuxième avenant, daté du 4 juin 2018, a permis d'arrêter le projet médical partagé avec presque un an de retard par rapport à ce que prévoyait la réglementation<sup>10</sup>. Par un nouvel avenant du 9 juillet 2018, le GHT s'est doté d'un comité des usagers<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> En application de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>8</sup> Les deux centres hospitaliers universitaires de la région : l'assistance publique hôpitaux de Marseille (AP-HM) et le centre hospitalier universitaire de Nice sont associés au groupement de même que l'hôpital d'instruction des armées Saint-Anne situé à Toulon.

<sup>9</sup> Les prises en charge de patients sont souvent complexes et peuvent impliquer plusieurs types d'établissements (des établissements sanitaires de court séjour, des établissements de soins de suite et réadaptation, mais aussi des structures médico-sociales, ...) tout en conservant une articulation avec la médecine de ville. La filière de soins organise le parcours coordonné du patient entre les différentes structures participant à sa prise en charge.

<sup>10</sup> Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 a en effet prévu qu'à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017, le projet médical partagé devait être rédigé conformément à l'article R. 6132-3 du code de la santé publique.

<sup>11</sup> Celui-ci est compétent pour connaître des questions d'ordre général intéressant la prise en charge des usagers au sein des établissements du groupement.

(17) Conformément à la réglementation<sup>12</sup>, le CHFSR contribue au fonctionnement du GHT. Une grande partie des dépenses supportées par les établissements membres correspondent aux équipes constituées pour le fonctionnement du GHT. L'établissement mettant à disposition certains membres de son personnel pour une partie de leur quotité de temps de travail, il en obtient le remboursement. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a précisé les modalités de mise à disposition des référents achats et des experts, les mises à disposition des premiers étant onéreuses depuis 2019, celles des seconds étant réalisées à titre gratuit. Le montant restant à sa charge est significatif (cf. tableau ci-après).

**Tableau n° 1 : Participation nette du CHFSR au GHT du Var**

En €	2017	2018	2019
Dépense : Contribution au GHT	61 494	230 418	290 498
Recette : Facturation au GHT des mises à disposition	17 782	90 261	80 059
Solde	- 43 712	- 140 157	- 210 439

Source : Comptes financiers et CHFSR.

(18) En contrepartie de cette contribution, l'établissement support doit assurer un certain nombre de prestations. Il doit organiser, par exemple, la convergence des systèmes d'information ou encore réaliser les achats pour le compte des membres du groupement. Bien que ce dispositif soit récent, le CHFSR a pu effectuer quelques constats sur les marchés d'ores et déjà signés par l'établissement support.

(19) Selon lui, la massification des commandes destinée à minimiser les prix n'atteint pas forcément cet objectif. Elle peut conduire, en effet, à retenir des sociétés plus importantes, susceptibles d'intervenir sur toute la région, mais qui facturent des coûts de structure que n'avaient pas les entreprises locales, plus petites, qui se positionnaient sur les consultations plus restreintes. Les entreprises régionales, qui peuvent répondre sur des marchés de prestations par exemple, sont moins enclines à se déplacer en-deçà d'un certain seuil, ... (exemples : le marché transport des déchets d'activité de soins à risque infectieux : le tarif de 18 € / container avec l'entreprise A et passé à 30 € / container avec l'entreprise B (trajet plus long), le marché d'élimination des pièces anatomiques : le tarif CHFSR est de 33 € / pièce anatomique alors que la proposition du marché GHT est de 250 € / pièce anatomique, ...). Enfin, la réactivité apparaît parfois moins importante lorsque les marchés n'intéressent qu'un seul des établissements du GHT.

<sup>12</sup> Arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, II de l'article L. 6132-3.

## 1.2 Une contractualisation interne avec les pôles d'activité qui débute à peine

(20) L'établissement est organisé en huit pôles d'activité. La direction doit signer avec chacun d'entre eux un contrat de pôle en application de la réglementation<sup>13</sup>.

(21) Ces contrats visent à définir le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle pour un certain nombre de dépenses. Ils servent également à mettre en œuvre des projets de pôle qui définissent les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles du pôle et l'organisation permettant d'atteindre les objectifs assignés aux pôles.

(22) Près de quinze ans après la naissance de cette obligation, le » *principe de contractualisation* » n'a été présenté au conseil de surveillance que lors de sa séance du 21 décembre 2018. L'établissement commence tout juste à signer ces premiers contrats de pôles (pôle médecine en janvier 2019, pôle « femme-mère-enfant en février 2019 »).

(23) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur a indiqué qu'il avait eu la volonté de contractualiser avec les pôles mais n'avait pu y parvenir pour deux raisons essentielles : le manque d'acculturation de la réforme polaire et un discours médical exigeant réclamant toujours plus de moyens sans contrepartie.

(24) L'ordonnateur en fonction a, pour sa part, précisé, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, que la signature des contrats de pôle a été différée en raison des conséquences du dossier COPERMO. L'objectif est de signer les différents contrats au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2020 en application de la recommandation n° 1.

<b>Recommandation n° 1 : Élaborer et signer les contrats de pôles.</b>
--

## 2 UNE ACTIVITÉ EN FORTE DIMINUTION

### 2.1 Une structure capacitaire fortement réduite depuis 2015

(25) Entre 2013 et 2018, la capacité de l'établissement est passée de 358 à 313 lits et places de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soit une diminution de 45 lits et places (- 13 %). Les capacités de psychiatrie (50 lits et places), de soins de suite et réadaptation (SSR) (30 lits et places) et de gériatrie (120 lits) sont restées inchangées (cf. Annexe n° 1).

<sup>13</sup> L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a prévu la signature de contrats de pôle. Le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-techniques dans les établissements publics de santé a rappelé cette obligation. Les modalités de signature ont évolué à la faveur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 sans que le principe ne soit remis en cause.

(26) Les diminutions de lits (- 47), marginalement compensées par des créations de places de médecine (+ 2), ont eu lieu à compter de 2015 à un rythme soutenu. Elles ont concerné principalement :

- en 2015, la réorganisation de la chirurgie pelvienne par mutualisation de l'urologie en chirurgie digestive et de la gynécologie en maternité (- 17 lits<sup>14</sup> et créations de places) ;
- en 2016, la mutualisation de la gynécologie dans un service de chirurgie (- 7 lits) ;
- en 2017, une diminution du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle (- 13 lits) ;
- en 2018, le redimensionnement de la chirurgie viscérale (- 11 lits) assorti de la création d'un service de médecine polyvalente de 32 lits pris sur le service de médecine interne (- 23 lits) et de cardiologie (- 11 lits).

(27) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur estime, sans contester les chiffres de la chambre, qu'il n'y a pas eu en 2018 de réduction capacitaire mais une adaptation à l'évolution des prises en charge (mise en place d'une procédure de prise en charge des patients hébergés) et une fermeture de lits de cardiologie qualifiée de « *ponctuelle* ». L'ordonnateur a toutefois joint à sa réponse un tableau qui traduit une baisse de capacité de 9 lits en 2018. La chambre maintient donc son observation.

## 2.2 Une baisse significative de l'activité d'hospitalisation

### 2.2.1 Des séjours d'hospitalisation en baisse de 2015 à 2018

(28) L'activité de l'hôpital a globalement été en forte diminution sur la période 2013-2018. La part importante des hospitalisations suite à un passage aux urgences montre que, lorsque les patients ont le choix, le recours à l'établissement n'est pas prioritaire. Ceci peut résulter de divers facteurs tels que la concurrence des autres établissements de santé ou l'insuffisance des filières d'adressage (cf. *infra* sur ce point la diminution importante des consultations externes).

(29) Tous les indicateurs d'activité sont globalement défavorables.

(30) L'ordonnateur et l'ancien ordonnateur, dans leurs réponses aux observations provisoires de la chambre, ont indiqué que le poids moyen du cas traité (PMCT)<sup>15</sup> a progressé durant la période sous revue et ce, malgré la baisse des tarifs nationaux des séjours hospitaliers.

(31) Selon le tableau transmis à l'appui de leurs réponses, la valorisation de l'activité de 2013 à 2018 a ainsi bénéficié d'un « *effet PMCT* » de + 3 192 545 €. Ils en concluent que, sans baisse de volume, la valorisation de l'activité aurait progressé.

<sup>14</sup> Ces lits n'étaient pas utilisés par les équipes chirurgicales, mais pouvaient héberger temporairement des malades de médecine (source : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)).

<sup>15</sup> « *Depuis la mise en place de la tarification à l'activité, cette notion peut être approchée par le volume économique (valorisation des séjours par les GHS) rapporté au nombre de séjours.* » (source : ATIH).

(32) L'analyse de la situation d'un établissement ne saurait toutefois s'affranchir de l'ensemble des éléments qui la constituent. Au cas présent, la baisse du volume d'activité, représentant – 5 294 456 €, a eu un effet largement supérieur à celui du PMCT.

#### 2.2.1.1 Une diminution importante des séjours hospitaliers

(33) Entre 2013 et 2018, les séjours ont fortement diminué, tant en hospitalisation complète (- 20 %) qu'en activité ambulatoire (- 9 %), le nombre de séances a progressé (+ 35 %) (cf. détail en Annexe n° 2 et *infra*).

#### **L'activité d'hospitalisation dans un contexte de tarification à l'activité**

Depuis 2008, les établissements publics de santé proposant une offre de soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont, pour ces services, rémunérés en fonction de l'activité qu'ils réalisent. À chaque séjour hospitalier de patient correspond un tarif appelé GHS (groupe homogène de séjours). Les GHS sont définis chaque année au niveau national. Ils ont vocation à rémunérer, pour une durée de séjour donnée, les moyens mobilisés par l'établissement pour réaliser les soins nécessaires au patient.

Dans le cadre de sa mission de service public, un centre hospitalier accueille l'ensemble des patients qui nécessitent des soins d'hospitalisation dans la limite de sa capacité en lits. Les patients sont hospitalisés soit dans le cadre d'une urgence, soit dans le cadre d'une hospitalisation programmée (le médecin traitant (de ville) adresse son patient à un confrère hospitalier pour une intervention par exemple). La part des hospitalisations programmées traduit, entre autre, la qualité des relations que l'établissement entretient avec la médecine de ville. Pour ces séjours, sauf complication, l'établissement dispose d'une visibilité sur la durée de l'hospitalisation, d'une plus grande facilité pour dimensionner les moyens nécessaires à son activité.

(34) Alors que, jusqu'en 2015, l'hospitalisation complète était relativement stable et l'ambulatoire en croissance (+ 14 % entre 2013 et 2015), cette année a marqué un tournant majeur. À fin 2018, l'hospitalisation complète et l'activité ambulatoire s'étaient réduites de - 20 %, - 13 % séances incluses. Les caractéristiques des séances conduisent à les isoler (cf. encadré).

#### **Les séances**

Au sens du PMSI, une séance est une venue dans un établissement de santé — « venue pour séance » — limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ou à une nuit en cas de séance nocturne (date de sortie supérieure de 1 à la date d'entrée), impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour des motifs thérapeutiques précis : dialyse, chimiothérapie, radiothérapie (préparation et irradiation), transfusion sanguine, ...

**Tableau n° 2 : Évolution du nombre de séances**

2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2013	Évolution 2018/2013 en %
5 329	5 424	6 057	6 145	6 562	7 196	1 867	35%

Source : CHFSR

(35) Ni l'hôpital, ni l'ARS, ni l'ANAP (dans le cadre de la démarche COPERMO cf. *infra*) n'ont été en mesure d'expliquer précisément les raisons de cette baisse brutale d'activité, qui apparaît multifactorielle.

(36) Dans leurs réponses aux observations provisoires, l'ordonnateur et l'ancien ordonnateur ont mis en exergue plusieurs facteurs : « *la fermeture de lits d'hospitalisation complète, les fuites de patients vers d'autres établissements, la diminution du recours aux soins par une partie de la population, l'installation d'un cabinet SOS Médecin, les difficultés dans certaines équipes médicales (pédiatrie notamment), les bed blockers, ....* ». Ces explications, qui peuvent s'appliquer à tous les établissements de santé, ne débutent pas spécifiquement en 2015.

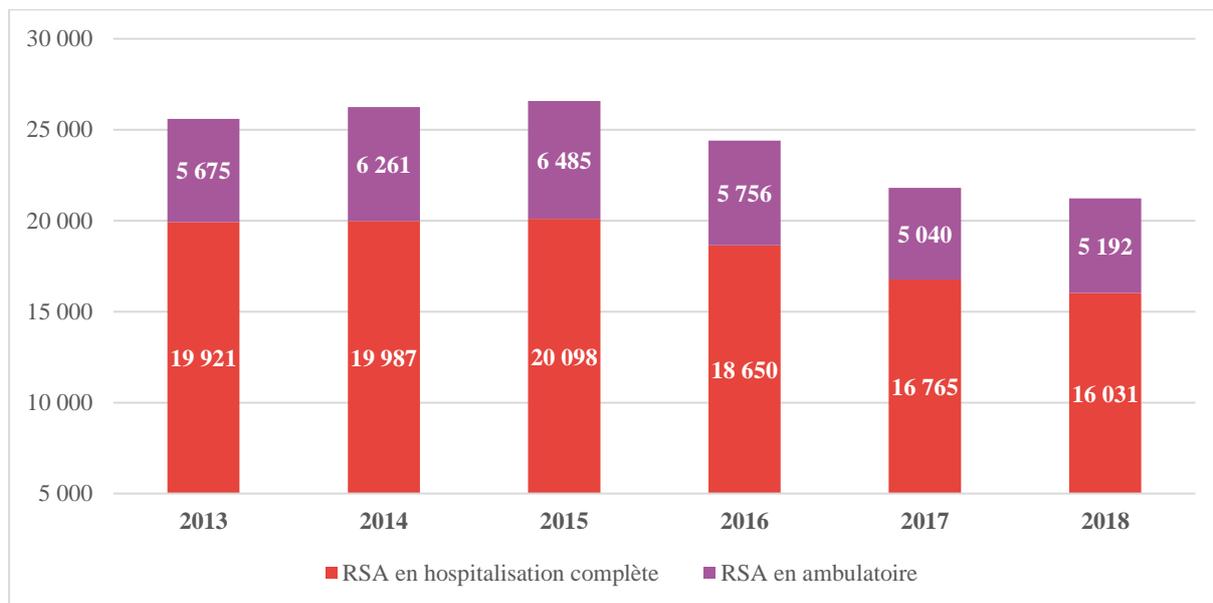
(37) Selon l'ordonnateur en fonction, la situation du centre hospitalier aurait été largement expertisée, notamment par l'audit ANAP en 2019. Ce dernier fait le constat des forces et faiblesses existant en 2018 et consacre quelques pages à la « *hiérarchisation des activités et évolution de 2014 à 2018 incluses* ». Sur la chirurgie (hors actes peu invasifs), l'ANAP indique « *l'activité qui était croissante en hospitalisation complète et en ambulatoire plonge à partir de 2016, année notamment de fermeture de 17 lits de chirurgie en HC, effectivement non utilisés par les équipes chirurgicales mais dans lesquels de nombreux malades hébergés trouvaient un hébergement temporaire* ». Sur la médecine, « *l'activité qui était croissante en hospitalisation complète et en ambulatoire plonge encore plus nettement qu'en chirurgie à partir de 2016* ». Il s'agit donc davantage de constats plus que d'explications.

### **L'activité ambulatoire**

L'activité de médecine ou de chirurgie ambulatoire correspond à une activité d'hospitalisation de moins de 12 heures, sans nuitée. La chirurgie ambulatoire permet la réalisation d'interventions programmées, au sein d'un bloc opératoire, conformes aux conditions de sécurité réglementaires, sous une anesthésie adaptée, suivie d'une surveillance postopératoire.

La France accusant un certain retard dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, un plan spécifique de développement (dit « virage ambulatoire ») a été défini pour atteindre un taux global national de 66,2 % à horizon 2020. Le développement de la chirurgie vise plusieurs objectifs : un moindre risque d'infections contractées à l'hôpital du fait d'une durée de séjour courte, une satisfaction accrue des patients, un moindre coût pour les établissements, les séjours ambulatoires se substituant aux séjours en hospitalisation complète.

Pour déterminer le taux de chirurgie ambulatoire d'un établissement, on rapporte le nombre de séjours ambulatoires au nombre total de séjours de chirurgie. Il convient de préciser qu'en 2015, un changement de méthode de calcul est intervenu. Le nouveau périmètre, plus large, a eu pour effet d'accroître le taux de chirurgie ambulatoire à compter de cette année.

**Graphique n° 2 : Séjours en hospitalisation complète et en ambulatoire**

Source : CRC à partir des données Hospidiag et CHFSR.

(38) À fin juin 2019, l'activité d'hospitalisation était en progression tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire (+ 4,5 % et + 12,8 % respectivement par rapport à juin 2018). Cette hausse, dont les causes sont également à expliquer et qui sera à confirmer dans le temps, laisse cependant encore l'établissement très loin du niveau d'activité de 2015 ou même de 2013. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur précise que la hausse d'activité constatée mi-2019 concerne principalement la pédiatrie dont l'équipe médicale a été reconstituée fin 2018 et les spécialités de chirurgie suite à la fin des travaux concernant le bloc opératoire.

**Tableau n° 3 : Activité d'hospitalisation à fin juin 2019**

	À fin juin 2018	À fin juin 2019	Évolution
Nombre de séjours <i>e-pmsi</i> <sup>16</sup>	15 267	16 172	5,9 %
<i>dont séjours ambulatoires</i>	2 661	3 002	12,8 %
<i>dont séjours hospitalisation complète</i>	12 606	13 170	4,5 %
Valorisation des séjours <i>e-pmsi</i>	28 866 943 €	30 327 315 €	5,1 %
<i>dont séjours ambulatoires</i>	2 158 815 €	2 462 878 €	14,1 %
<i>dont séjours hospitalisation complète</i>	26 708 128 €	27 864 437 €	4,3 %

Source : CHFSR.

<sup>16</sup> La plateforme e-PMSI est conçue pour le recueil et l'analyse des informations sur l'hospitalisation des établissements de santé.

### Les niveaux de sévérité des séjours

Certaines complications ou morbidités associées (CMA) qui surviennent durant un séjour d'hospitalisation peuvent avoir pour effet d'allonger la durée de celui-ci. Ces CMA sont réparties en quatre niveaux de sévérité (de un à quatre) selon l'importance de leur effet sur la durée du séjour. Le niveau 1 correspond au niveau « sans CMA », c'est-à-dire sans sévérité significative, le niveau 4 correspond au niveau de sévérité le plus élevé. La constatation d'un niveau de sévérité élevé a pour effet de majorer le tarif du séjour.

(39) Les séjours de niveau de sévérité 3 et 4, c'est-à-dire la réalisation de prises en charge lourdes et complexes (ces patients peuvent par exemple être des personnes âgées avec comorbidités) représentaient en 2018, 17,58 % du nombre total des séjours de l'établissement, en progression par rapport à 2013 (10,6 %).

(40) Dans leurs réponses aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur en fonction et l'ancien ordonnateur proposent de retenir deux cadres de comparaison proposés par Hospidiag : la région et les établissements de même niveau d'activité publics ou privés (« typologie »). Dans les deux cas, le CHFSR apparaît comme performant en se positionnant au sein, voire au-delà, du 8<sup>ème</sup> décile. Ces comparaisons présentent toutefois, elles aussi, un biais méthodologique : la région comptant beaucoup d'établissements privés réalisant, *a priori*, des prises en charge moins lourdes, il paraît plus aisé de se situer parmi les plus performants. Il en va de même pour l'analyse par typologie. Dans cette présentation, les établissements les moins performants sont les établissements privés, dont les taux varient, en 2018, entre 0,11 % et 2,68 %.

## 2.2.2 Des taux d'occupation inférieurs aux cibles nationales

(41) Le taux d'occupation général de l'établissement (cf. Annexe n° 3), qui s'était amélioré entre 2013 et 2017 (de 89 % à 94 %), corrélativement à la diminution du nombre de lits, a de nouveau baissé en 2018 (92 %).

(42) Les taux d'occupation des différentes disciplines ont connu des évolutions contrastées. Si le taux d'occupation en médecine et gériatrie est proche de 100 %, celui de chirurgie a connu une érosion importante (81 % en 2013, 76 % en 2018) et reste très éloigné des cibles nationales (cf. encadré). Ce faible taux d'occupation est d'autant plus préoccupant que, dans le même temps, le nombre de lits en chirurgie a été réduit de 35 % (cf. *supra*), passant de 79 lits en 2013 à 62 lits en 2015 et 51 en 2018.

(43) De même pour l'obstétrique, le taux d'occupation de 60 % en 2018 (avec un maximum de 67 % atteint en 2016) est inférieur de 25 points à la cible nationale, preuve d'une surcapacité dans ce secteur, alors même que le nombre de lits a déjà été réduit de 21 % depuis 2013. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a précisé que la fermeture de 8 lits d'obstétrique, actée dans le cadre du plan performance 2019, devrait rendre le taux d'occupation de ce secteur conforme aux moyennes nationales.

### Le taux d'occupation

Le taux d'occupation d'un service se calcule en rapportant le nombre de journées réalisées au nombre de « journées lits » exploitables (un lit exploitable pendant une année entière équivaut à 365 « journées lits » exploitables). Les journées indisponibles pour raison de travaux, désinfection, fermetures pour congés sont neutralisées.

Les valeurs cibles nationales des taux d'occupation sont de 95 % en médecine et chirurgie et 85 % en obstétrique<sup>17</sup>.

Ces valeurs cibles sont retenues par le COPERMO<sup>18</sup> lors de l'examen d'un projet d'investissement visant à reconstruire ou construire un établissement. Elles contribuent à garantir que l'établissement est correctement dimensionné et que les effectifs définis pour son fonctionnement sont correctement mobilisés.

Ces valeurs sont à croiser avec d'autres indicateurs tels que les durées moyennes de séjours. Un établissement qui aurait des taux d'occupation élevés mais des durées de séjours dépassant largement les durées de séjour de référence occuperait des lits inutilement et non seulement n'en retirerait aucun avantage mais serait pénalisé dans un contexte de tarification à l'activité.

### 2.2.3 Des durées de séjour qui s'améliorent en fin de période

#### Les durées moyennes de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) se calcule en rapportant le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) au nombre de séjours (pour cette pathologie). Les hospitalisations de moins de 24 heures sont exclues de ce calcul.

À chaque séjour l'hôpital perçoit de l'assurance maladie un montant (tarif) défini au niveau national qui est destiné à couvrir les charges mobilisées pour une durée « moyenne » de séjour elle-même définie au niveau national. Ainsi, toute durée de séjour plus longue au sein de l'établissement le conduit à supporter des charges non couvertes par le tarif alloué. Un établissement a donc un intérêt financier à optimiser ses durées de séjour.

L'indice de performance de la durée moyenne de Séjour (IP DMS) est un indicateur qui permet de synthétiser la « sur » ou « sous » performance de l'organisation médicale de l'établissement. Il doit être le plus proche de 1 tout en se situant en deçà de 1.

<sup>17</sup> La fiche 2 - 5 du recueil de fiches pratiques sur l'efficience hospitalière élaboré par la direction générale de l'offre de soins.

<sup>18</sup> « Le COPERMO (Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers) est une instance interministérielle permanente de décision et de conseil créée en décembre 2012 qui vise à :

- Accompagner les établissements :  
*En instruisant les projets d'investissement d'ampleur exceptionnelle et ceux demandant à être soutenus au niveau national selon des critères exigeants en termes d'efficience des organisations projetées, de soutenabilité financière et de valeur ajoutée pour l'offre de soins ;  
 En définissant avec les ARS, les trajectoires de retour à l'équilibre des établissements en difficulté financière (suivi des 50 établissements présentant les déficits les plus importants en volume).*
- Définir une stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier et d'amélioration de la performance des établissements de santé », site du ministère des solidarités et de la santé.

(44) Plusieurs facteurs influent sur la durée moyenne de séjour. Certains, extérieurs au centre hospitalier ou nécessitant des investissements importants, sont à l'œuvre en amont de l'hôpital (manque de coordination avec la médecine de ville, défaillance de la permanence des soins ambulatoires, secteur médico-social et social adressant des patients en urgence) et en aval (manque de places de soins de suite et réadaptation, en hospitalisation à domicile), d'autres relèvent de la responsabilité de l'établissement.

(45) Depuis juillet 2018, l'établissement a d'ailleurs dédié des lits aux patients provenant des urgences (deux lits par service de spécialité) afin de limiter la désorganisation des services chirurgicaux et d'optimiser le séjour des patients. Le pôle interventionnel développe progressivement la réhabilitation anticipée après chirurgie (RAAC) dans le cadre du dispositif GRACE<sup>19</sup>. Dans leurs réponses aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur et l'ancien ordonnateur ont indiqué que l'établissement s'est inscrit dans le programme PRADO (Programme de retour à domicile) et a obtenu des résultats satisfaisants. Ils ont par ailleurs précisé que le CHFSR a rencontré, au premier semestre 2019, les établissements pouvant accueillir des patients en aval du court séjour. Le travail spécifiquement conduit avec l'HAD aurait porté ses fruits fin 2019.

**Tableau n° 4 : IP-Durée Moyenne de Séjour (hors ambulatoire)**

	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Médecine</i>	0,943	0,961	0,965	0,981	1,002
<i>Chirurgie</i>	1,100	1,105	1,040	1,058	1,062
<i>Obstétrique</i>	0,935	0,977	0,926	0,931	0,930

Source : Hospidiag.

#### 2.2.4 Des consultations externes en diminution

(46) L'activité de consultation externe est importante pour un établissement, notamment parce qu'elle sert de filière d'adressage vers l'activité d'hospitalisation (activité programmée).

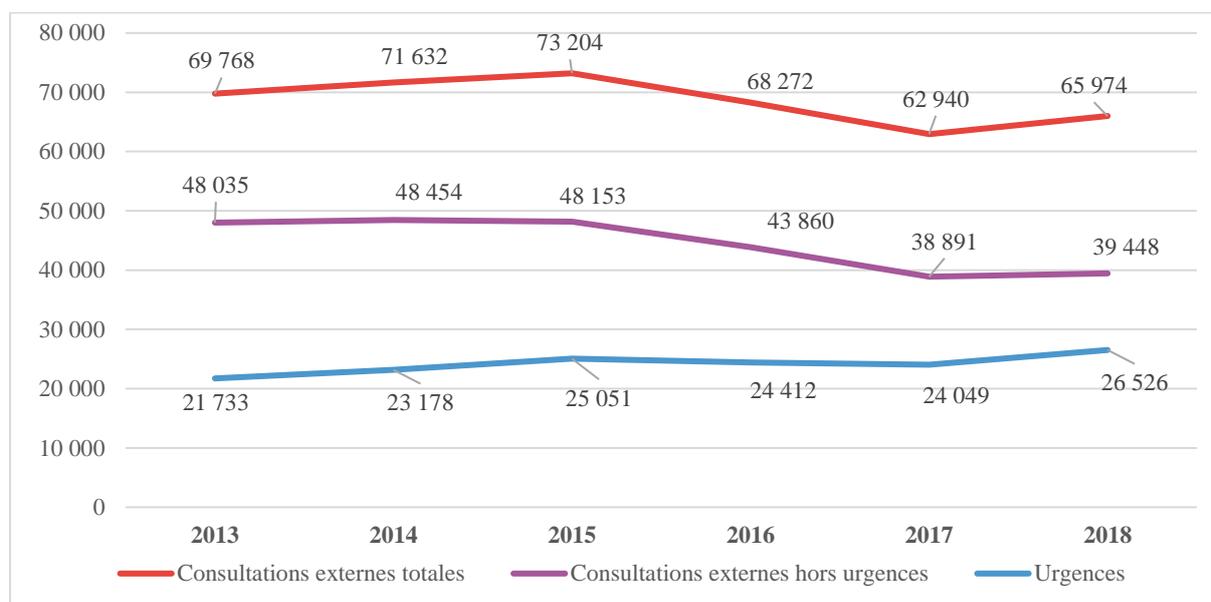
(47) Le nombre de consultations externes du CHFSR a sensiblement diminué sur la période, en dépit d'un rebond en 2018, principalement dû au service des urgences. En 2018, 26 526 consultations ont été réalisées, correspondant à une hausse de 10,3 % par rapport à 2017. Dans le même temps, les consultations des autres services progressaient de 1,43 % pour s'établir à 39 448.

(48) Entre 2015 et 2017, l'établissement a perdu plus de 10 000 consultations, soit environ 15 % de son activité externe. Entre 2013 et 2018, les consultations, hors suivi d'urgences, ont diminué de près de 20 %.

<sup>19</sup> Le groupe GRACE (Groupe francophone de récupération améliorée après chirurgie) est l'un des acteurs qui promeut le développement de la récupération améliorée après chirurgie.

(49) Certaines spécialités ont notamment fortement subi l'impact de la concurrence, le départ de praticiens et un déport vers la maison médicale de garde. (cf. Annexe n° 4). La gastro-entérologie a ainsi vu le nombre de ses consultations diminuer de moitié entre 2013 (2 989 consultations) et 2018 (1 416 consultations). Il en a été de même pour l'urologie (1363 consultations en 2013, 604 en 2018) ou la chirurgie viscérale (2 973 consultations en 2013, 3 226 en 2016 et 1408 en 2018). Il n'y avait plus de consultation de neurologie en 2018 (1390 consultations en 2016). Seules la gynéco-obstétrique (+ 815 consultations), l'endocrinologie (+ 600, création en 2018) et l'algologie (+ 432 consultations) présentent un solde positif.

**Graphique n° 3 : Nombre de consultations externes annuelles**



Source : CHFSR.

## 2.3 Une activité fortement portée par les urgences

### 2.3.1 Une forte proportion d'admissions en provenance des urgences

(50) Les séjours hospitaliers peuvent résulter d'une activité programmée (le patient est adressé par un médecin libéral à l'hôpital qui le prend en charge sur rendez-vous) ou non, lorsque le patient est hospitalisé à la suite d'un passage aux urgences. Une activité programmée importante est généralement le signe que les patients fréquentent l'établissement par choix (sauf s'il est relativement isolé ou le seul à même d'assurer les prises en charge).

(51) Au cas présent, les entrées par les urgences priment largement sur les entrées programmées et l'établissement est peu performant dans ce domaine, lorsqu'on le compare aux autres hôpitaux.

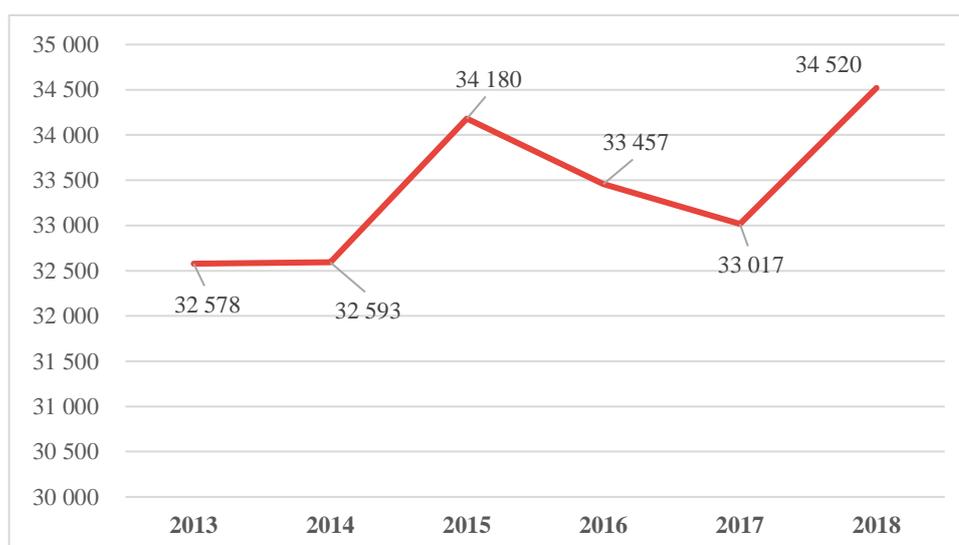
**Tableau n° 5 : Part des entrées par les urgences (en %)**

	2013	2014	2015	2016	2017
Établissement	54,9	57,4	62,8	61,3	60,0
8 <sup>ème</sup> décile <sup>20</sup> dans la région	58,2	59,6	63,1	63,0	66,2
8 <sup>ème</sup> décile dans la catégorie d'établissement	65,8	66,1	68,0	68,9	69,8
8 <sup>ème</sup> décile dans la typologie d'établissement	57,9	58,4	59,6	59,5	59,9

Source : ANAP<sup>21</sup>.

### 2.3.2 Une progression des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation

(52) Le passage aux urgences non suivi d'hospitalisation (accueil et traitement des urgences : ATU) constitue la seule activité réellement dynamique de l'hôpital. Ce dynamisme renforce l'idée que l'établissement ne pâtit pas d'une activité globalement baissière dans la région, mais que sa fréquentation par les patients dépend du choix qui leur est laissé d'y recourir ou non.

**Graphique n° 4 : Nombre de passage aux urgences non suivis d'hospitalisation**

Source : CHFSR

<sup>20</sup> 20 % des établissements sont au-dessus de cette valeur.

<sup>21</sup> L'ANAP (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) « a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. À cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux. » (Code de la santé publique - article L. 6113-10).

(53) Jusqu'en 2017, des ATU ont été normalement facturés au titre des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation au sein de l'établissement mais aussi, de façon atypique, au titre de l'accès à une structure juridiquement distincte, la maison médicale de garde localisée dans les murs du CHFSR. Ce faisant, l'activité de l'établissement a été artificiellement gonflée.

(54) Le forfait annuel urgences (FAU) étant déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences (ATU) de l'année précédente, la comptabilisation de passages au titre de l'accès à la MMG a mécaniquement fait bénéficier l'établissement de ressources supplémentaires indues (de l'ordre de 0,2 M€ en 2016 par exemple).

**Tableau n° 6 : Part des ATU facturés au titre de l'accès à la MMG**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ATU	32 578	32 593	34 180	33 457	33 017	34 520
ATU MMG	4 566	7 450	8 005	7 138	5 644	5 704
Part des ATU de la MMG dans le total CHFSR	14,0 %	22,9 %	23,4 %	21,3 %	17,1 %	16,5 %

Source : CRC à partir des données CHFSR.

## 2.4 Une moindre attractivité

### 2.4.1 Des tensions sur les effectifs médicaux qui n'expliquent pas la baisse d'activité

(55) La baisse d'activité tant en consultations externes qu'en hospitalisation ne provient pas d'une réduction de l'effectif de praticiens. L'établissement précise en effet lui-même que « de 2013 à 2015, il n'y avait pas de difficultés particulières. En 2015, l'établissement a connu des difficultés dans la spécialité de la gynécologie qui a été compensée par de l'intérim, puis des recrutements pérennes. (...) Jusqu'en 2016, la courbe de départ de praticiens était compensée par des recrutements ».

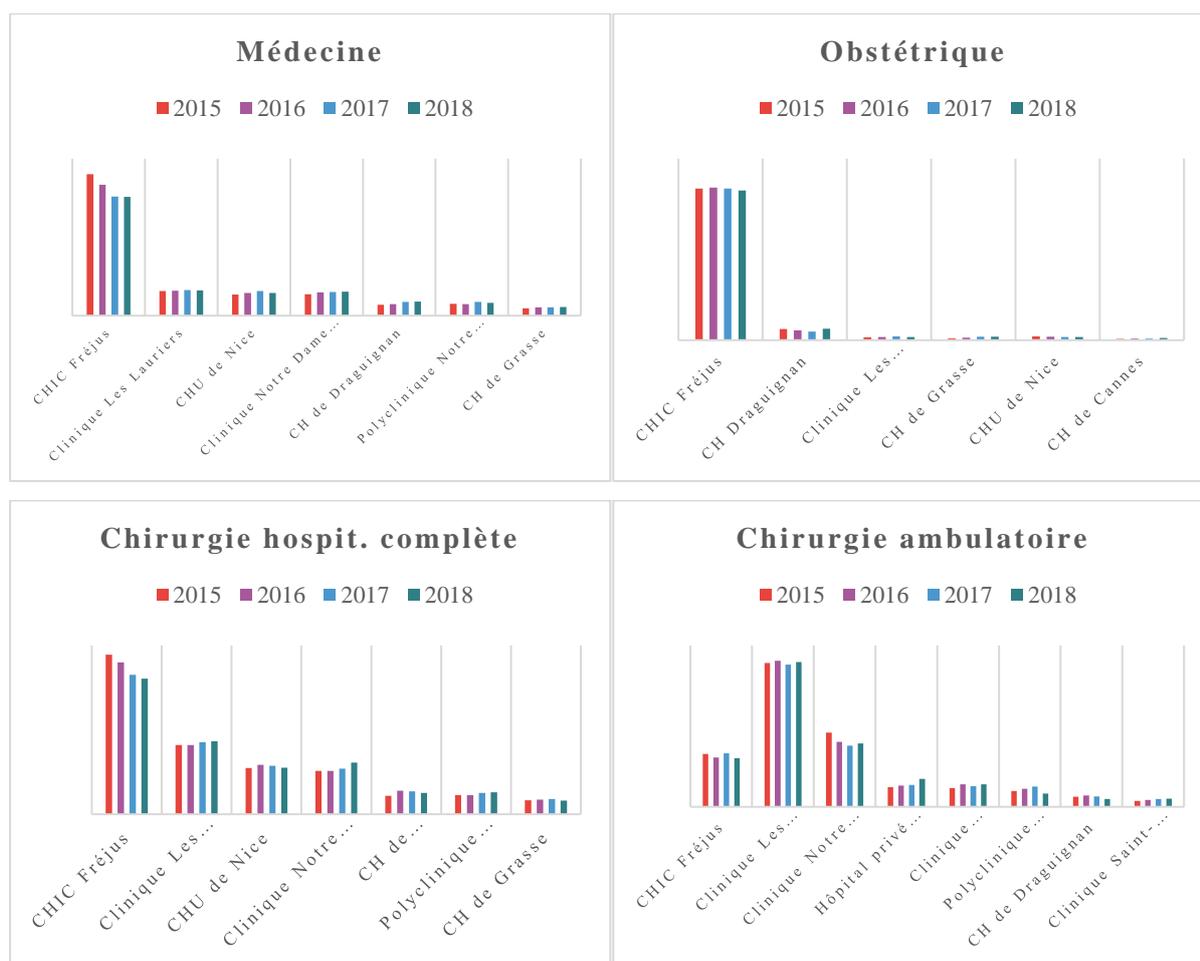
(56) Au cours de l'année 2017 cependant, l'établissement a été confronté à une forte hausse du nombre de départs dont la majorité s'est concentrée sur trois spécialités (cardiologie, pédiatrie, et neurologie), dont une que l'établissement a dû fermer définitivement (neurologie). Pour le reste, les missions de continuité et permanence des soins ont pu être assurées par le paiement de temps de travail additionnel et de prestations d'intérim.

(57) Plus qu'une tension sur l'offre de soins, c'est la diminution de la demande, la désaffection des patients qui explique la baisse d'activité. Celle-ci n'est en effet pas généralisée sur le territoire et les parts de marché perdues par le CHFSR sont reprises par d'autres établissements.

## 2.4.2 Une attractivité qui s'est réduite

(58) Les parts de marché de l'établissement se dégradent en médecine, chirurgie (hospitalisation complète et ambulatoire) et en obstétrique. Seule la part de marché de l'activité de séances de chimiothérapie marque une progression (40,9 % en 2013, 45,8 % en 2018<sup>22</sup>). En chirurgie ambulatoire (part de marché la plus faible), l'établissement est largement devancé par les acteurs privés environnants, dont notamment deux cliniques qui détiennent plus de 50 % des parts de marché.

Graphique n° 5 : Parts de marché sur la zone d'attractivité<sup>23</sup>



Source : Hospidiag.

<sup>22</sup> Source : Hospidiag.

<sup>23</sup> Hospidiag classe les zones géographiques (un code postal ou un regroupement de codes postaux) par taux de pénétration décroissant (nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants) de l'établissement concerné. Les zones qui ont les plus forts taux sont sélectionnées de sorte que le recrutement sur ces entités géographiques représente 80 % du recrutement total de l'établissement. Ces calculs se font sur toutes les hospitalisations à l'exclusion des séances. La zone ainsi déterminée représente la zone d'attractivité de l'établissement et c'est sur cette zone que sont calculées les parts de marché.

(59) L'environnement du centre hospitalier de Fréjus Saint-Raphaël est caractérisé par une offre privée importante en chirurgie et soins de suite et réadaptation comme l'illustre le tableau ci-après.

**Tableau n° 7 : Établissements publics et privés de l'aire de Fréjus-Saint-Raphaël et Saint-Tropez**

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	SSR	Psychiatrie
<b>CHFSR Fréjus Saint-Raphaël</b>	<b>216 lits et 23 places</b>	<b>62 lits et 8 places</b>	<b>33 lits</b>	<b>30 lits</b>	<b>42 lits et 63 places</b>
<i>Maison de santé J. Lachennaud</i>				80 lits	
<i>Centre Européen de Rééduc. du sportif (Groupe Ramsay)</i>				72 lits	
<i>Clinique Héliades Santé (Groupe Clinéa)</i>				98 lits et 10 places	
<i>Clinique Notre Dame de la Merci</i>		16 lits et 15 places			
<b>CH de Saint-Tropez</b>	<b>38 lits et 4 places</b>		<b>15 lits</b>		
<i>Hôpital départemental du Var</i>				30 lits	
<i>Clinique du Golfe</i>		59 lits et 18 places			
<i>Clinique des Lauriers</i>		41 lits et 30 places			

Source : Projet médical partagé du GHT du VAR.

(60) Le plan de retour à l'équilibre 2015-2017 notait d'ailleurs un taux de fuite important vers le secteur privé pour la chirurgie (hospitalisation complète et hôpital de jour).

(61) Le principal concurrent de l'établissement sur sa zone d'attractivité est la clinique des Lauriers (groupe Elsan<sup>24</sup> depuis 2017), à l'exception de l'obstétrique. Dans cette discipline, l'établissement demeure très largement le premier acteur. La deuxième part de marché, très éloignée, est détenue par le centre hospitalier de Draguignan.

**Recommandation n° 2 : Renforcer les relations avec la médecine de ville afin d'améliorer les filières d'adressage.**

(62) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que l'audit réalisé par l'ANAP dans le cadre de la démarche COPERMO avait permis de mettre en exergue et de confirmer le ressenti institutionnel d'un manque de lien ville-hôpital et d'un travail en réseau à optimiser. Dans le prolongement, plusieurs actions ont été engagées dans ces deux domaines, qui témoignent, selon l'ordonnateur, de la volonté de l'établissement de mettre en œuvre la recommandation formulée.

<sup>24</sup> Deuxième groupe privé de médecine en France regroupant 120 établissements sur le territoire national (source : site internet du groupe, juin 2019).

### 3 UNE RÉNOVATION TARDIVE D'UN BLOC OPÉRATOIRE VÉTUSTE, UNE ORGANISATION ENCORE NON OPTIMALE

(63) En 2018, comme en 2013, le bloc opératoire compte huit salles, dont une réservée aux césariennes en urgence qui ne dispose pas de personnel affecté. Sur les sept salles restantes, une a été fermée en 2018 (la salle n° 7) en raison de sa non-conformité sur le plan de la radioprotection. Dans les salles en fonctionnement (sept en 2013, six en 2018), les équipes soignantes sont présentes de 8h30 à 18h30. En dehors de ces plages horaires, les salles ne sont ouvertes que lorsqu'une intervention le requiert, le personnel de garde ou d'astreinte étant alors mobilisé.

(64) En aval des salles d'intervention, une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de 14 postes accueille les patients durant la phase de réveil.

(65) Malgré la fermeture d'une salle, les effectifs non médicaux du bloc sont globalement restés stables durant la période examinée (- 0,57 ETP). Les effectifs médicaux ont également connu une stabilité avec toutefois une légère modification de leur composition : une diminution du nombre de chirurgiens (- 1,16) et une augmentation du nombre d'internes, professionnels en formation (+ 1,12).

**Tableau n° 8 : Effectif médical et non médical du bloc opératoire (en ETP)**

	2013	2018	2018/2013 en valeur	2018/2013 en %
<i>Personnel médical</i>				
<i>Chirurgiens (en nombre d'opérateurs)</i>	22,24	21,08	-1,16	-5 %
<i>Internes (en nombre d'opérateurs)</i>	4,88	6,00	1,12	23 %
<i>Médecin anesthésiste réanimateur (en ETP rémunéré)</i>	9,50	9,65	0,15	2 %
<i>Personnel non médical</i>				
<i>Cadres de santé</i>	1,00	1,50	0,50	50 %
<i>IBODE<sup>25</sup> et IDE<sup>26</sup> faisant fonction d'IBODE (bloc)</i>	24,12	22,43	- 1,69	- 7 %
<i>IADE et IDE faisant fonction de IADE (bloc)</i>	13,79	12,51	-1,28	- 9 %
<i>IADE<sup>27</sup> et IDE (SSPI<sup>28</sup>)</i>	5,50	4,60	- 0,90	- 16 %
<i>Aides-soignants</i>	10,00	12,00	2,00	20 %
<i>ASH<sup>29</sup></i>	5,00	6,00	1,00	20 %
<i>Secrétariat</i>	1,00	0,80	- 0,20	- 20 %

Source : CHFSR.

<sup>25</sup> Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État.

<sup>26</sup> Infirmier diplômé d'État.

<sup>27</sup> Infirmier anesthésiste diplômé d'État.

<sup>28</sup> Salle de surveillance post-interventionnelle.

<sup>29</sup> Agent des services hospitaliers.

(66) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que depuis le 2 septembre 2019, l'organisation aurait été revue dans le cadre du dossier COPERMO pour une plus grande cohérence avec le niveau d'activité (cf. *infra*). Les équipes soignantes sont ainsi présentes sur six salles, trois jours par semaine (mardi, mercredi, jeudi) et sur cinq salles 2 jours par semaines (lundi et vendredi). Par ailleurs, seule une équipe, composée de 2 IBODE et 2 IADE, est présente de 13 h à 21 h pour l'activité d'urgence après les programmes sur une seule salle et pour la surveillance en salle de réveil.

### 3.1 Un bloc rénové à compter de 2016

(67) À l'instar des autres établissements de santé dotés d'un bloc opératoire, celui-ci occupe une place centrale dans l'activité globale du centre hospitalier. Le bloc opératoire du CHFSR a fait l'objet d'une rénovation récente.

#### 3.1.1 Des problèmes identifiés par l'établissement mais non traités

(68) Des problèmes tenant au bâti et à l'organisation du bloc opératoire étaient identifiés au sein de l'établissement avant 2013. Les comptes rendus du conseil de bloc qui se réunit régulièrement retracent en effet à plusieurs reprises des dysfonctionnements alors non corrigés.

(69) En 2014, afin d'avoir une vision globale et extérieure des améliorations à apporter au fonctionnement du bloc, un audit était annoncé sur trois grands thèmes : l'organisation du bloc, le parcours du patient en activité programmée et non programmée et la logistique. Il devait alors intervenir au cours du premier semestre et se prolonger d'un accompagnement de l'établissement. Si la date de l'audit a été maintenue, l'ambition a été cependant substantiellement revue à la baisse avec un audit de quatre jours. L'auditeur, qui évoque un « *manque de temps* », a été alors conduit à davantage observer « *le comportement du corps médical* » que celui « *du personnel paramédical* ». L'audit a consisté en l'observation des pratiques et des entretiens. « *Le temps imparti étant très court, il n'a pas été possible d'entendre tous les acteurs du bloc qui le souhaitaient.* » De nombreuses non conformités ont malgré tout pu être identifiées et évoquées en conseil de bloc<sup>30</sup>.

(70) En juin 2014, un compte-rendu de réunion interne sur les « *travaux de rénovation du service blocs opératoires* » détaillait les principaux travaux à réaliser au vu du « *diagnostic visuel* ». Photos à l'appui, le rapport faisait état d'infiltrations au niveau des baies de façade, d'un poste de lavage non conforme au besoin, de la présence de faïence au mur à supprimer, de sols en dalles thermoplastiques collées non conformes, de luminaires non étanches contre les projections d'eau éventuelles, de grilles de ventilation qui ne sont pas posées en conformité, d'auges chirurgicales qui « *sont toutes dans un état de vétusté et d'usure qui n'est pas acceptable* », de portes de salles de bloc qui ne sont pas étanches à l'air et aux poussières, de scialytiques vétustes dans les salles n° 1 à 5, d'une salle de réveil non conforme notamment du fait de la présence de surfaces « *pas ou peu désinfectables* », d'une paillasse non conforme car reposant au sol et empêchant donc son nettoyage, ....

---

<sup>30</sup> Compte-rendu du 24 mars 2014.

(71) En 2015, un rapport de l'autorité de sûreté nucléaire aboutissait à une mise en garde sur le sujet de la radioprotection. Le compte-rendu du conseil de bloc du 16 mars 2015 faisait alors état d'un « *manque de prise de conscience de la part des acteurs [qui était] anormal* ».

(72) Malgré les différents constats, les travaux évoqués lors du conseil de bloc du 15 septembre 2014 et programmés à l'été 2015 sur « *les salles n° 5 et 6 et la moitié de la salle de réveil* » ont été reportés au mois de novembre 2015 (conseil de bloc du 17 avril 2015) et n'ont finalement débuté qu'en 2016, l'état de vétusté alors constaté par la Haute autorité de santé lors de sa visite réglementaire de certification qualité justifiant une alerte de sa part.

(73) Au final, les non-conformités, signalées de longue date, n'ont trouvé une réponse qu'avec des travaux entamés en 2016 et achevés en 2019.

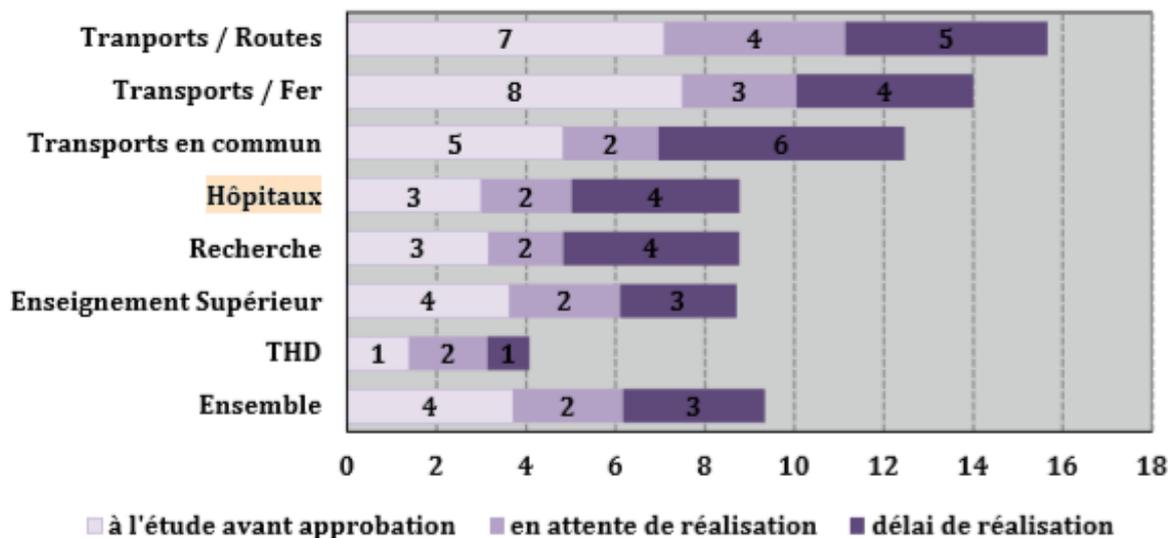
(74) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur a précisé qu'après une année blanche en investissement en 2012, l'établissement a ciblé ses investissements sur les mises aux normes sécuritaires et réglementaires en 2013. Les audits, les prestations limitées qui ont été réalisés l'ont été en interne pour des raisons financières. Ils ont malgré tout permis d'identifier des dysfonctionnements liés, entre autre, à un pilotage médico-soignant défaillant. L'ancien ordonnateur souligne notamment le manque d'investissement de la direction des soins et l'absence de médecin hygiéniste, deux compétences centrales.

(75) Alors que pour les établissements publics de santé, le délai total d'un projet d'investissement<sup>31</sup> (étude, attente de réalisation et réalisation) d'au moins vingt millions d'euros est de moins de dix années, la durée de réalisation étant de moins de quatre années, il aura fallu six ans pour restructurer un bloc opératoire (cf. Annexe n° 16), sans que la lourdeur des procédures de commande publique puisse être invoquée dans la mesure où cette opération a été réalisée en marchés à procédure adaptée (cf. partie sur la commande publique).

---

31 Les projets pris en compte sont les projets financés par les personnes publiques visées par le décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics en application de l'article 17 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 - à partir d'un certain seuil pour l'inventaire du CGI (20 M€) et pour la contre-expertise (100 M€).

Graphique n° 6 : Durées moyennes d’instruction et de réalisation des projets (en années)



Source : Inventaire 2016 du commissariat général à l’investissement (CGI), Extrait du rapport de l’inspection générale des finances, Évaluation des procédures d’évaluation socio-économique des projets d’investissements publics, décembre 2016.

### 3.1.2 Une alerte de la Haute autorité de santé en 2016 au regard de l’état du bloc

(76) Début 2016, à l’occasion de la visite de certification qualité de l’établissement, la Haute autorité de santé (HAS) constatait des dysfonctionnements dont l’importance justifiait d’alerter l’ARS<sup>32</sup>. Trois points étaient relevés : l’état des locaux, la non-conformité de la salle interventionnelle et des circuits (sens de circulation des professionnels, patients, matériels, déchets, visant à assurer la prise en charge du patient dans les conditions d’hygiène et de sécurité requises) ainsi que l’organisation générale.

(77) Pour faire suite à cette alerte, l’ARS effectuait une inspection sur site le 9 mars 2016 et posait des constats similaires :

- un bloc vétuste, reconstruit lors de la première restructuration de l’établissement avec une mise en service en 2000 sur la base de plans élaborés en 1994. L’activité ambulatoire non prévue à l’époque, a, par exemple, été conçue dans des ex salles de soins ;
- des locaux dégradés (l’HAS relevait ainsi des « peintures écaillées, murs délabrés, linoléum inexistant à certains endroits ou très usé, matériels rouillés, portes en bois abimées »<sup>33</sup>) ;
- un circuit des déchets d’activité de soins à risques infectieux (DASRI) défini avant la réglementation aujourd’hui en vigueur ;
- des croisements de circuits impliquant des changements de tenues pour les soignants.

<sup>32</sup> Application de l’article R. 6113-14 du code de la santé publique : « (...) Les faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients, constatés par les personnes chargées d’effectuer la visite de certification, sont portés à la connaissance des autorités compétentes ».

<sup>33</sup> Rapport d’inspection de l’ARS au bloc opératoire, août 2016.

(78) L'établissement avait pourtant d'ores et déjà initié différentes actions visant à répondre aux remarques formulées par l'HAS. L'ARS, outre des remarques, préconisations, et recommandations, encourageait le CHFSR à poursuivre la réflexion sur le réaménagement de l'ensemble du bloc tout en ayant conscience de la nécessaire attribution d'une subvention.

(79) En juin 2017, l'HAS effectuait une nouvelle visite pour s'assurer des suites données à ses premières observations. Elle constatait que les travaux n'étaient pas terminés mais que les différents points de non-conformité avaient été pris en compte. En octobre 2017, l'établissement était certifié avec toutefois une obligation d'amélioration.

(80) Les travaux réalisés depuis n'ont cependant pas permis de traiter tous les dysfonctionnements. Lors du conseil de bloc de novembre 2017, il était par exemple rappelé que les réseaux de gaine de ventilation n'avaient fait l'objet d'aucun travaux. Suite au signalement de problèmes de pression et de température, des trous dans les gaines, des déconnexions de gaine, des fuites au niveau des cloisons avaient, en effet, été repérés. Une troisième tranche de travaux était alors annoncée qui devait s'achever en juillet 2018. Début 2018, plusieurs points demeuraient encore à traiter (tranche conditionnelle n° 2 affermie le 15 janvier 2018) : le changement de filtres, une absence d'étanchéité des portes des salles 7 et 8, une absence de double sas. En mars 2018, les comptages particuliers étaient conformes aux normes, mais l'absence de sas n'était pas résolue.

(81) À l'issue des travaux réalisés dans l'urgence, le bloc conserve donc encore une configuration qui n'est pas optimale.

## **3.2 Une opération de 2,5 M€ finalement financée par l'ARS, un retour sur investissement très éloigné de l'objectif**

(82) Initialement chiffré à moins d'un million d'euros par l'établissement, le coût du projet a, finalement, plus que doublé.

(83) La dimension commande publique de l'opération de restructuration du bloc opératoire est traitée dans la partie relative à la commande publique.

### **3.2.1 Une disparition de l'autofinancement comblée par un financement de l'ARS**

(84) Le plan de financement prévisionnel initial (2016) de l'opération intégrait un autofinancement de l'établissement à hauteur de 937 721 € et une subvention de l'ARS de 1 464 226 €, le montant total de l'opération s'élevant à 2 401 347 € toutes dépenses confondues.

(85) Le plan de financement intégré dans l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prenait en compte une opération réévaluée à 2 528 006 €<sup>34</sup> (novembre 2017) et un autofinancement réduit de plus de 800 000 € pour s'établir à 128 006 €. Le complément, soit 2 400 000 €, a été financé par l'ARS via le fonds d'intervention régional (FIR) à hauteur de 1 M€ en 2016 et 1,4 M€ en 2017.

<sup>34</sup> Plan de financement, situation au 8 novembre 2017.

### 3.2.2 Un retour sur investissement très éloigné de l'objectif à fin 2018

(86) Dans son courrier du 9 octobre 2017, l'ARS rappelait que « *le RSI (retour sur investissement) prévu dans le RESE [(rapport d'évaluation socio-économique)] est identique à celui inscrit dans le CREF de l'établissement. Cet engagement doit permettre de dégager une économie sur les charges correspondant à la suppression de personnel non médical et médical pour un montant de 473 824 €.* » Le CREF, dans sa fiche « *Maîtrise des dépenses 5A* » prévoyait le passage à 6 salles fin 2016 et à 5 salles en 2018 avec la suppression des effectifs correspondants pour 473 824 €. Le chef d'établissement alors en fonctions confirmait lors du conseil de bloc du 19 septembre 2016 : « *Mme Borne annonce que le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) prévoit la fermeture d'une salle d'intervention en 2017 et d'une deuxième salle en 2018.* ». Ainsi :

- la restructuration du bloc a porté sur un périmètre identique à l'existant alors même que l'activité baissait et que la fermeture de deux salles était prévue ;
- l'économie attendue n'a pas été réalisée. Une salle a été fermée pour une non-conformité en matière de radioprotection et les effectifs n'ont globalement pas diminué à hauteur de ce qui était prévu. Fin 2018, selon le CREF (cf. *infra*), une économie de 373 824 € devait avoir été réalisée. L'économie effective n'était cependant que de 198 300 €, soit un objectif atteint à hauteur de 53 %.

## 3.3 Une organisation perfectible, une activité en baisse

### 3.3.1 Une organisation qui n'est pas optimale

(87) L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a procédé à un audit du bloc opératoire dans le cadre du dossier COPERMO (cf. *infra*). Au regard des indicateurs retenus, l'établissement est en position défavorable sur plusieurs d'entre eux.

**Tableau n° 9 : Analyse sur quatre indicateurs dans six salles - Période du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> février 2019**

Indicateur	Mode de calcul	Taux cible	Taux CHFSR
<i>Taux d'occupation</i>	Temps opératoire en vacation par salle/ Temps de vacation offert (TVO) par salle	85 %	Un seul taux est supérieur à 85 % (88,2 %), les autres taux sont inférieurs, le plus bas étant de 68,2 %. Le taux global se situe à 78 %.
<i>Taux de démarrage tardif</i>	Temps non utilisé en début de vacation / TVO	Inférieur à 5 %	2 taux sur 6 sont supérieurs à 5 %, le plus élevé atteignant 8,7 %.
<i>Taux de fin précoce</i>	Temps non utilisé en fin de vacation / TVO	Inférieur à 5 %	Tous les taux du CHFSR sont supérieurs à 5 %, une salle ayant un taux de 11,1 %.
<i>Taux de débordement global</i>	Temps opératoire réalisé hors vacations et hors permanence des soins (moins d'1 heure avant le début ou plus d'1 heure après fin de vacation) / TVO	Inférieur à 5 %	Pour 4 salles sur 6, le taux de débordement global est supérieur à 5 %. Pour une des salles il atteint 13,7 %.

Source : Audit ANAP, Piste bloc opératoire.

(88) Déjà en 2013 ces indicateurs montraient une faible activité structurelle. Cette année-là, les taux d'occupation calculés dans les huit salles alors ouvertes étaient tous inférieurs à 75 %, les taux de débordement étaient supérieurs à 5 % pour cinq des huit salles.

(89) En 2017, sur neuf salles, tous les taux d'occupation, sauf un, étaient inférieurs à 75 %, le taux plus élevé étant de 82,3 %. Pour cinq salles, les taux de débordement étaient supérieurs à 5 %.

(90) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a précisé que les taux d'occupation s'étaient améliorés en 2018 et avaient continué de progresser depuis la mise en place de la nouvelle organisation, début septembre 2019. Le taux d'occupation général serait ainsi passé de 77,6 % en 2018 à 83 % sur le dernier quadrimestre 2019. La chambre constate que cette dernière progression intègre toutefois un effet mécanique lié à la réduction de la durée d'ouverture des salles de 1 h 30<sup>35</sup>, soit 15 % de moins, actée dans le cadre du dossier COPERMO. En considérant le nombre d'heures durant lequel les salles sont occupées, la chambre constate un nombre d'heures d'occupation moins élevé après la réorganisation qu'avant (7 h 50 avant la réorganisation et 7 h après).

(91) En termes d'organisation, plusieurs points ont été relevés par l'ANAP :

- Une activité qui décroît à partir de 15 heures et qui augmente au fil de la semaine ;
- « Une inadéquation entre le besoin en personnel requis et la planification réelle des ressources » ;
- « Un temps de recouvrement quotidien élevé de 2 h » (temps durant lequel l'équipe du matin et de l'après-midi sont simultanément présentes) ;
- « Une faible activité de nuit » ;
- « Une faible activité de week-end ».

<sup>35</sup> Les salles sont désormais ouvertes de 7h à 15h30, contre 8h30-18h30 auparavant.

(92) Par ailleurs, si une salle localisée hors du bloc opératoire a été dédiée aux actes frontières à compter de 2015, certains d'entre eux demeurent réalisés dans les salles de bloc pour la réalisation d'actes frontières<sup>36</sup>, pratique peu performante génératrice de surcoûts inutiles. La réalisation au bloc opératoire d'actes ne le justifiant pas conduit, en effet, à mobiliser « *un équipement sophistiqué pour un coût de rentabilité oscillant entre 26 et 70 euros* »<sup>37</sup>.

**Tableau n° 10 : Actes frontières réalisés au bloc opératoire et hors du bloc opératoire**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Salles du bloc opératoire</i>	526	500	240	81	76	46
<i>Salle n° 9 hors bloc opératoire</i>			410	780	830	831

Source : CHFSR

(93) Afin d'être désormais en adéquation avec l'activité réalisée, l'organisation proposée dans le dossier COPERMO repose sur 182 heures de vacations offertes (arrivée du premier patient en salle à 8h30, sortie de salle du dernier patient à 15h20), l'ouverture de quatre salles cinq jours par semaine, les deux autres salles étant ouvertes quatre jours par semaine. Cette organisation permettrait un réajustement des effectifs et la suppression de postes d'infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, aides-soignants, agents des services hospitaliers pour une économie de 0,7 M€.

(94) D'autres pistes d'économie existent concernant notamment la gestion du personnel non médical :

- L'existence d'équipes sur place le matin des samedi, dimanche et jours fériés se justifie difficilement au vu de la faible activité du week-end (26 interventions sur 4,4 semaines<sup>38</sup> soit un peu plus de 3 interventions en moyenne sur les 48 heures de week-end). Le dossier COPERMO a prévu une transformation en astreinte des périodes de présence sur place. Selon la réponse aux observations provisoires de la chambre de l'ordonnateur, la suppression des équipes sur place au bloc les samedi, dimanche et jours fériés serait effective ;

<sup>36</sup> L'acte frontière est une prise en charge réalisée sous anesthésie locale, relevant de l'activité externe et qui ne donne pas lieu à la facturation d'un GHS (groupe homogène de séjours).

<sup>37</sup> Audit du bloc opératoire, 2014, p. 20.

<sup>38</sup> Feuille de route COPERMO « CHI Fréjus Saint-Raphaël », page 160.

- La rémunération des astreintes paramédicales au bloc opératoire n'est pas conforme au cadre défini en interne. Alors que la rémunération des astreintes s'effectue au quart<sup>39</sup> sur l'établissement (guide du temps de travail 2017 et 2018), un message du directeur du centre hospitalier fait état de la rémunération au tiers des astreintes du bloc opératoire. Selon ce message, un changement aurait dû intervenir pour passer d'une rémunération du tiers au quart en 2018. Ce changement n'a cependant pas été mis en œuvre jusqu'en février 2019, date à laquelle le directeur a fait le choix de surseoir à cette décision. Le surcoût de cette mesure non mise en œuvre est de 16 926 € ;
- La réduction du temps de chevauchement (période durant laquelle l'équipe du matin et celle de l'après-midi sont simultanément présentes pour permettre la transmission d'informations sur les patients notamment) actuellement de deux heures permettra de récupérer du temps de travail.

### **3.3.2 Une activité qui s'est fortement réduite mais dont l'impact n'a pas été pris en compte**

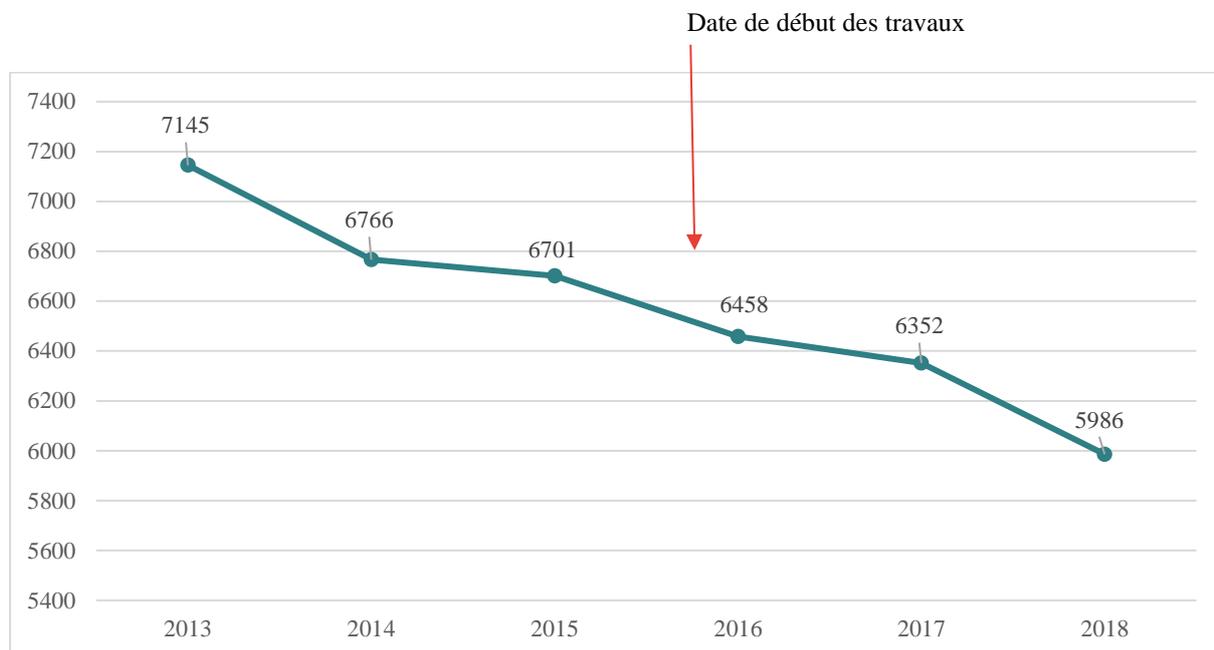
(95) Entre 2013 et 2018, l'activité du bloc opératoire mesurée en nombre d'interventions a diminué de 16 %, passant de 7 145 interventions à 5 986. Ces chiffres incluent la réalisation d'actes frontières au bloc dont le nombre a notablement diminué sur la période examinée. Hors actes frontières, le nombre d'interventions a baissé de 10,3 %.

(96) Face à cette diminution constatée de l'activité, et au vu de la fermeture programmée de deux salles dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier, la question de la pertinence d'une rénovation du bloc à l'identique, sans réduction du nombre de salles aurait pu être posée, ce qui n'a pas été le cas.

---

<sup>39</sup> Le temps passé en astreinte peut faire l'objet d'une récupération ou d'une rémunération. La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile. Ce taux peut être porté au tiers de la durée totale lorsque le degré de contraintes de continuité de service est particulièrement élevé pour les professionnels concernés. L'indemnisation est fixée au quart d'une somme déterminée comme suit  $(1/4 * (\text{traitement brut annuel de l'agent} + \text{indemnité de résidence annuelle})) / 1820$ . La limite maximale pour ce calcul est l'indice brut 638 ou indice majoré 534. L'indemnisation peut être portée au tiers de la somme déterminée comme indiqué *supra* lorsque le degré de contraintes de continuité de service est particulièrement élevé pour les professionnels concernés.

**Graphique n° 7 : Nombre d'interventions réalisées au bloc opératoire  
(incluant activité ambulatoire et actes frontières)**



Source : Chambre régionale des comptes (CRC) à partir des données CHFSR.

(97) Les actes réalisés en ambulatoire ont progressé de 8,7 % (2470 interventions en 2013 et 2686 en 2018). Les interventions hors champ ambulatoire (donnant lieu à une hospitalisation incluant au moins une nuit) ont, quant à elles, diminué de 29,4 % (4675 interventions en 2013 et 3300 en 2018).

(98) Conformément aux directives nationales, l'activité de chirurgie ambulatoire a progressé (taux passant de 35,54 % en 2013 à 41,48 % en 2018). L'évolution du périmètre de la chirurgie ambulatoire a été élargi<sup>40</sup> afin d'inclure sept nouveaux groupes homogènes de malades (GHM) ce qui a mécaniquement fait progresser les taux de chirurgie ambulatoire. Le taux sur « l'ancien périmètre » 2014 de 45,1 % correspondait ainsi à un taux « nouveau périmètre » 2014 de 50,2 %. Le taux de chirurgie ambulatoire demeure donc très en-deçà des cibles fixées par le ministère de la santé.

<sup>40</sup> Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 octobre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

**Tableau n° 11 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire**

<i>Années</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Taux de chirurgie ambulatoire</i>	35,54 %	34,62 %	37,00 %	39,85 %	42,70 %	41,48 %
<i>Taux cible nouveau périmètre à compter de 2015</i>			52,5 %	54,7 %	57,6 %	60,5 %

Source : CHFSR et instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 octobre 2015.

## **4 UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA FIABILITÉ DES COMPTES À POURSUIVRE**

(99) La certification des comptes des hôpitaux publics est prévue par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « *Hôpital, patients, santé, territoires* »<sup>41</sup>.

(100) Le CHFSR, qui en remplit le critère, est entré dans la démarche de certification<sup>42</sup>. Depuis 2015, ses comptes ont été certifiés sans réserve. Cette certification sans réserve a été obtenue au prix d'importantes corrections d'écritures comptables qui, bien que prévues par la réglementation, témoignent de l'insincérité des comptes antérieurement à la certification. De nombreuses zones de risques ont par ailleurs été identifiées illustrant de la nécessité de poursuivre la démarche engagée au sein de l'établissement pour améliorer la qualité de ses comptes.

### **4.1 La mise en œuvre de la démarche de fiabilisation des comptes**

(101) L'établissement a recensé différentes « *faiblesses* » générant des risques pour la fiabilité de ses comptes. Une revue du contrôle interne réalisée par la direction des affaires financières permet de présenter les réponses apportées et l'appréciation du commissaire aux comptes (CAC) sur les résultats obtenus. Quatre niveaux de risques ont été retenus, chacun associé à un code couleur.

<sup>41</sup> La loi en a inscrit le principe pour certains établissements à l'article L. 6145-16 du code de la santé publique. Deux décrets et un arrêté du 23 décembre 2013 ont défini les modalités de mise en œuvre de cette certification. Sont soumis à cette certification, les établissements publics de santé dont le compte de résultat principal présente un total des produits supérieur ou égal à cent millions d'euros pendant trois exercices successifs.

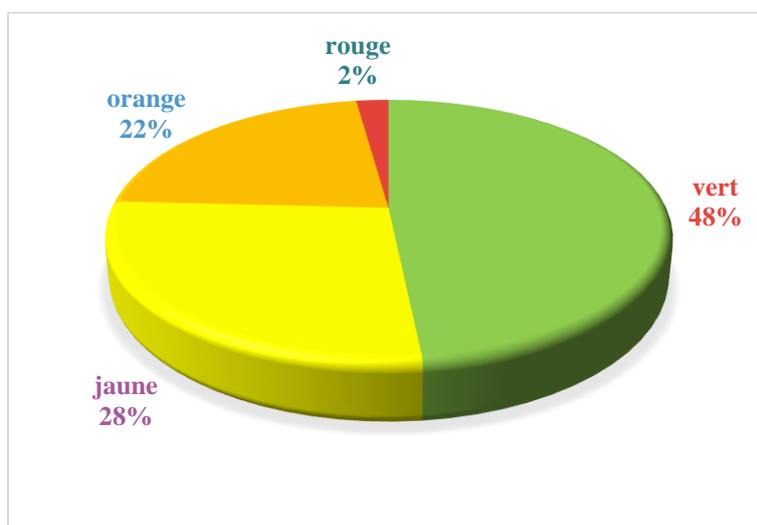
<sup>42</sup> En application de l'arrêté du 1er août 2014 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2015.

**Tableau n° 12 : Méthodologie retenue pour la lecture de la revue du contrôle interne**

<i>Faiblesse identifiée</i>	<b>Code couleur associé</b>
<i>Une faiblesse majeure du contrôle interne pouvant induire un risque sur la nature de l'opinion qui sera émise par le CAC (risque de réserve ou de refus).</i>	Rouge
<i>Une faiblesse importante à traiter rapidement par l'établissement n'impliquant néanmoins pas un risque d'anomalie significative sur les comptes du centre hospitalier pris dans leur ensemble.</i>	Orange
<i>Une faiblesse identifiée mais un risque associé plus mineur (axe d'amélioration).</i>	Jaune
<i>Une levée d'un point soulevé les années antérieures suite à la mise en place d'actions correctives par l'établissement.</i>	Vert

Source : Revue du contrôle interne.

(102) En reprenant les données 2018, la chambre observe que quatre ans après le début de la démarche de certification, 22 % correspondaient à des faiblesses importantes et 2 % à des faiblesses majeures.

**Graphique n° 8 : Analyse du contrôle interne financier 2018 – Cotation des points de faiblesses identifiés**

Source : CHFSR

(103) Dans leurs réponses aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur et l'ancien ordonnateur, ont souligné que le CAC s'appuyait sur la revue de contrôle interne pour « dimensionner ses vérifications sur le dossier de clôture ». Ils ont par ailleurs mis en avant l'engagement des équipes du CHFSR et les progrès réalisés.

## 4.2 Les immobilisations et les amortissements ont fait l'objet d'ajustements importants

### 4.2.1 La certification a révélé une surévaluation de l'actif

(104) Les immobilisations ont fait l'objet d'une revue importante lors de la démarche de certification, entraînant l'intégration de biens jusqu'alors non-inscrits (terrain de l'EHPAD Saint-Jacques pour 3 M€), la sortie d'immobilisations inscrites à tort (indemnisation de la société C inscrite à tort en immobilisation au lieu de charge grevant le résultat pour 0,8 M€ ou frais d'études non suivis de travaux), de biens n'existant plus (bâtiment restructuré ou biens mis au rebut), ou encore la régularisation de durées d'amortissement anormalement longues (80 ans).

(105) La valeur brute des immobilisations à l'ouverture de l'exercice 2015<sup>43</sup> a ainsi été révisée à la baisse de 17,8 M€ (soit - 13 %).

(106) Cette révision a eu des conséquences sur les amortissements (révision de - 10,4 M€ sur les amortissements des immobilisations corrigées). Au final, la démarche a conduit à constater une diminution de plus de 10 % des immobilisations nettes détenues par le CHFSR.

**Tableau n° 13 : Corrections des immobilisations lors de la démarche de certification**

<i>En €</i>	<b>Immobilisations brutes</b>	<b>- Amortissements</b>	<b>= Immobilisations nettes</b>
<i>Bilan d'ouverture 2015</i>	137 188 274	66 502 892	70 685 382
<i>Corrections</i>	- 17 750 195	- 10 383 788	- 7 366 407
<i>Bilan d'ouverture corrigé</i>	119 438 079	56 119 104	63 318 975

Source : Rapport du commissaire aux comptes pour l'exercice 2015.

<sup>43</sup> Il convient de noter que le retraitement des immobilisations s'est poursuivi sur les exercices suivants, dans des proportions minimales toutefois (correction des immobilisations brutes de 0,03 M€ au bilan d'ouverture 2016, de 0,2 M€ au bilan d'ouverture 2017).

#### 4.2.2 Des amortissements progressifs réalisés par erreur

(107) Le compte financier 2015<sup>44</sup> fait état de biens jusqu'alors amortis en amortissement progressif par erreur. 63 fiches liées à la restructuration de la première tranche de l'hôpital (bâtiment administratif), représentant un actif de 15,3 M€, avaient en effet été saisies par erreur en 2002 avec un mode d'amortissement progressif<sup>45</sup> alors que l'établissement pratique l'amortissement linéaire<sup>46</sup>. Pendant une douzaine d'années, l'établissement a ainsi « *sous-amorti* » de 2,8 M€ ces investissements (1,1 M€ d'annuités cumulées au lieu de 3,9 M€ d'annuités en mode linéaire).

(108) Cette erreur a eu deux conséquences sur cette période :

- d'une part elle a surévalué la valeur de l'actif net de l'établissement ;
- d'autre part, elle a amélioré le résultat annuel en réduisant les dotations aux amortissements, qui constituent une charge du compte de résultat.

#### 4.3 Les provisions ont été fortement accrues depuis la certification des comptes

(109) Le montant des provisions a fortement augmenté depuis 2014 et la mise en œuvre de la démarche de certification des comptes. En 2015, 3,1 M€ de corrections (- 0,4 M€ de provisions reprises car non justifiées et + 3,5 M€ de nouvelles provisions) ont ainsi été réalisées au moyen d'écritures comptables au bilan. Cette pratique, prévue par la réglementation, conduit à dégrader les résultats passés de l'établissement. Si le centre hospitalier avait passé ces provisions auparavant, ses résultats annuels auraient été moins bons que ceux effectivement constatés.

---

<sup>44</sup> État PF2.

<sup>45</sup> L'amortissement progressif conduit à supporter un amortissement plus important en fin d'utilisation du bien. Sachant que la méthode d'amortissement retenue doit donner une estimation satisfaisante de la dépréciation effective des biens concernés, correspondant au rythme de consommation des avantages économiques attendus de l'actif par l'établissement.

La méthode de l'amortissement progressif a été considérée comme non adaptée aux immobilisations détenues par les EPS et supprimée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

<sup>46</sup> L'amortissement linéaire (ou constant) répartit la perte de valeur par annuité équivalente durant toute la durée de vie de l'immobilisation. Le taux de l'amortissement pratiqué est ici le taux en rapport avec la durée de vie. Par exemple, un bien amortissable sur cinq ans aura un taux d'amortissement de 20 % (100/5).

**Tableau n° 14 : Soldes des comptes de provisions (en euros)**

<i>Comptes</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
<i>c/142</i>	-	7 400	312 692	222 063	206 012	196 374	-
<i>c/153 (c/ 143)</i>	814 703	1 138 028	3 771 094	4 076 315	3 732 148	4 044 093	+ 396 %
<i>c/151</i>	765 835	272 566	406 797	166 967	274 881	265 822	- 65 %
<i>c/1572</i>	145 691	145 691	-	-	-	-	-
<i>c/158</i>	33 000	-	721 887	1 955 958	2 009 317	1 685 174	+ 5 007 %
<i>c/49 Dépréciation comptes de tiers</i>	823 634	709 738	1 699 291	1 712 079	1 789 987	1 725 466	+ 109 %
<b>TOTAL</b>	<b>2 582 863</b>	<b>2 273 423</b>	<b>6 911 761</b>	<b>8 133 382</b>	<b>8 012 345</b>	<b>7 916 929</b>	<b>+ 207 %</b>

Source : Comptes financiers.

### **Compte 1518 « Autres provisions pour risques »**

(110) Ces provisions sont constituées pour couvrir des indemnités de licenciement, des remboursements d'indus à la caisse d'assurance maladie, des amendes et pénalités, des redressements fiscaux et des redressements de cotisations de sécurité sociale.

(111) En 2012, l'établissement avait passé près de 0,8 M€ en provision repris en 2013 (0,3 M€) et en 2014 lors de la démarche de certification (0,5 M€), ces montants étant non justifiés.

(112) Depuis lors, les provisions passées correspondent à l'objet du compte et sont relatives à des contrôles de l'assurance maladie sur la T2A ou au paiement d'intérêts moratoires.

(113) Des intérêts moratoires sont, en effet, normalement dus sans démarche particulière dès qu'un organisme public ne respecte pas les délais réglementaires pour payer son fournisseur. Le taux des intérêts moratoires correspond au taux directeur semestriel (taux de refinancement ou Refi) de la Banque centrale européenne (ce taux est à 0 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016), majoré de 8 points de pourcentage. Une indemnité forfaitaire de 40 € par facture est due en sus. L'établissement a provisionné en 2016 et 2017 et effectué une reprise en 2017 pour s'acquitter de 16 758,40 € d'intérêts moratoires envers un seul fournisseur pour de multiples factures non réglées entre 2014 et 2017.

(114) La provision a été déterminée sur la base des intérêts moratoires et des indemnités forfaitaires dus à la date du calcul de la provision. Elle s'établissait à 182 170,72 € en 2016, et à 215 878,57 € en 2017. L'établissement a provisionné 10 % de cette somme en 2016 et 15 % en 2017. Le choix de ce taux de provisionnement n'a pu être expliqué par l'établissement. À ce stade, trois cas de figure sont possibles : le reliquat est estimé suffisant et la méthode de provisionnement doit le démontrer, le reliquat est insuffisant et doit être complété, ou le reliquat est considéré comme inutile et doit être repris.

**Tableau n° 15 : Provision relative aux intérêts moratoires**

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Montants des intérêts moratoires et des indemnités forfaitaires calculés				182 171	215 879	
Montants provisionnés				18 217	32 382	
Montants repris					16 758	
Solde					33 840	

Source : CHFSR.

**Compte 153 (compte 143 jusqu'en janvier 2014) « Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps »**

(115) Le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 (article 11-1) prévoit la constitution d'un « passif pour chaque jour épargné » renvoyant à un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique pour la définition des conditions de mise en œuvre. Ce mode de valorisation est retenu dans les deux arrêtés datés du 17 avril 2014 parus au journal officiel du 30 avril 2014.

(116) La prise en compte des modalités de valorisation précisées en 2014 et la procédure de certification des comptes, ont conduit à réévaluer la provision et comptabiliser des dotations complémentaires en 2015.

(117) Le nombre de jours provisionnés de 2013 à 2018 a évolué comme suit :

**Tableau n° 16 : Nombre de jours provisionnés sur CET**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personnels médicaux	1 415,5	6 360,5	6 309,0	6 583,5	5 705,5	6 054,5
Personnel non médical	inconnu	6 334,99	7 135,36	8 522,48	9 820,00	10 689,25

Source : CHFSR.

(118) Les jours épargnés par le personnel médical, dont le montant n'incluait pas les charges ont été revalorisés en 2015, en y intégrant (en correction d'écriture au bilan) les charges patronales.

(119) La prise en compte des cotisations sociales des personnels non médicaux dépend de deux facteurs :

- d'une part, d'un taux différent selon que les jours du CET sont pris (plus de cotisations sociales (54 %)) ou payés (moins de cotisations sociales (19 %)) ;
- d'autre part, de l'évolution des ratios jours pris et payés / nombre de jours total du CET.

(120) Suite à la publication de deux arrêtés fin 2018<sup>47</sup> l'établissement sera amené à revoir le montant de sa provision pour CET du fait du changement de modalités de valorisation des jours déposés sur les comptes épargne temps.

### Compte 491 « Dépréciation des comptes de redevables »

(121) Les créances détenues par l'hôpital font l'objet d'un titre émis à l'encontre d'un débiteur (généralement un patient). À la clôture de l'exercice des « travaux d'inventaire » conduisent à évaluer ces créances. S'il existe des indices de difficulté de recouvrement, elles deviennent « douteuses » et il peut être nécessaire de constater une dépréciation de leur valeur dans les comptes (c/491).

(122) Lorsqu'une créance est devenue réellement irrécouvrable, la perte doit être constatée en comptabilité par son admission en non-valeur par décision du directeur. L'admission en non-valeur se traduit par la constatation d'une charge (c/ 654) qui peut être financée en tout ou partie par une reprise de la provision constituée au c/491.

(123) Le défaut d'admission en non-valeur fausse le résultat de l'exercice en sous-estimant les charges d'exploitation. Parallèlement, le maintien d'un stock de non-valeur au bilan affecte pour sa part la sincérité des comptes (actif fictif).

**Tableau n° 17 : Le provisionnement des créances douteuses**

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Restes à recouvrer amiables (a)</b>	<b>9 488 577</b>	<b>11 197 917</b>	<b>10 425 423</b>	<b>11 174 485</b>	<b>11 328 503</b>	<b>12 971 855</b>
<b>Restes à recouvrer contentieux (b)</b>	<b>1 881 926</b>	<b>1 873 644</b>	<b>950 053</b>	<b>984 698</b>	<b>813 116</b>	<b>767 527</b>
<i>Restes à recouvrer amiable et contentieux (c= a+b)</i>	11 370 503	13 071 561	11 375 476	12 159 183	12 141 619	13 739 382
<b>Produits (d)</b>	<b>110 623</b>	<b>113 121</b>	<b>117 904</b>	<b>120 337</b>	<b>116 076</b>	<b>118 613</b>
	<b>839</b>	<b>974</b>	<b>424</b>	<b>221</b>	<b>996</b>	<b>369</b>
<i>Taux de restes à recouvrer e (c/d)</i>	10,28 %	11,56 %	9,65 %	10,10 %	10,46 %	11,58 %
<i>Taux de restes à recouvrer contentieux e bis (b/d)</i>	1,70 %	1,66 %	0,81 %	0,82 %	0,70 %	0,65 %
<b>Provision pour dépréciation des comptes de redevables (f)</b>	<b>823 632</b>	<b>709 736</b>	<b>1 699 289</b>	<b>1 712 079</b>	<b>1 789 987</b>	<b>1 725 466</b>
<i>Taux de provisionnement des restes à recouvrer (f/c)</i>	7,24 %	5,43 %	14,94 %	14,08 %	14,74 %	12,56 %
<b>Montant d'ANV en €</b>	<b>0</b>	<b>263 896</b>	<b>1 319 943</b>	<b>299 744</b>	<b>347 111</b>	<b>457 870</b>

Source : ANAFI<sup>48</sup> d'après les comptes financiers.

<sup>47</sup> Arrêté du 19 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé et arrêté du 20 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière.

<sup>48</sup> Logiciel d'analyse financière des juridictions financières.

(124) Jusqu'en 2014, les dotations aux créances douteuses étaient réalisées de manière peu rigoureuse. L'établissement s'était, en effet, « engagé à provisionner chaque année un minimum de 150 000 € en prévision de non-valeurs <sup>49</sup> ». En 2015, dans le cadre de la démarche de certification, l'établissement a, dans un premier temps, réajusté la provision pour créances douteuses par une correction d'écriture de 2,9 M€. Couplée à la provision déjà existante de 0,7 M€, cette correction revenait à provisionner la quasi-totalité des créances impayées (3 976 709,18 € sur les exercices 1997 à 2012 selon la décision de correction d'écriture). La méthode non statistique retenait un taux de non recouvrement de 10 % pour les créances émises lors de l'exercice en cours, 60 % pour celles de l'exercice précédent et de 100 % pour tous les autres exercices.

(125) À compter de 2015, l'établissement a changé de méthode et retenu une méthode statistique reposant sur l'irrécouvrabilité constatée sur les trois dernières années et sur une analyse individuelle des créances supérieures à 10 000 €. Ces travaux, qui diminuaient le nombre de créances concernées, ont conduit à une nouvelle correction d'écriture en 2016 pour réduire la provision de 1,2 M€.

(126) Hormis le fait que l'établissement a adopté deux méthodes différentes en deux ans, en dépit d'une nécessaire permanence des méthodes, la provision constituée au compte 491 appelle trois remarques :

- les modalités de calcul des différents taux retenus manquent de lisibilité. Ainsi les créances « autres » qui pèsent 29,4 % de la provision 2018 ne reposent que sur un barème fixe et non statistique ;

- les taux de dépréciation annuels des créances n'ont pas été réévalués depuis 2015 alors que, par construction, ils évoluent dans le temps ;

- en provisionnant un risque de non-recouvrement y compris sur l'année d'émission du titre, l'établissement sur-provisionne dans la mesure où le risque sur ces créances et celles des trois ou quatre années suivantes ne seront, en toute logique, pas admises en non-valeur (hors CPAM) avant le terme du délai de prescription, même si cela reste bien évidemment possible. En 2018, sur 9,1 M€ non recouverts, 7 M€ correspondaient à des titres émis en 2018. En neutralisant ce seul exercice, la provision diminuerait de 0,4 M€. En d'autres termes, la provision constituée n'est jamais susceptible d'être appelée l'année suivante dans sa totalité (elle l'est à hauteur des admissions en non-valeur, soit de l'ordre de 0,5 M€) et cette reprise est immédiatement reconstituée par une nouvelle dotation, qui laisse ainsi un « stock » de provisions *quasi* inchangé.

---

<sup>49</sup> Source : État F0 du compte financier 2013.

Tableau n° 18 : Taux de non recouvrement

Catégorie	Méthode	>9	>9	9	8	7	6	5	4	3	2	1
HC 2015	Stat	100,0 %	94,4 %	91,3 %	84,9 %	80,0 %	74,5 %	67,2 %	61,7 %	57,9 %	52,2 %	27,7 %
HC 2014	Stat	100,0 %	94,4 %	91,3 %	84,9 %	80,0 %	74,5 %	67,2 %	61,7 %	57,9 %	52,2 %	23,8 %
Actuelles	Stat	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	81,8 %	63,9 %	31,5 %	2,2 %
CPAM <sup>50</sup>	Barème	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %
Autres	Barème	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	75 %	50 %	25 %	10 %

Source : CHFSR HC : Hospitalisés et consultants.

(127) Dans leurs réponses aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur et l'ancien ordonnateur ont indiqué que « les taux de dépréciation sont évalués chaque année par analyse statistique des restes à recouvrer à la clôture. Celle-ci aboutit aux mêmes taux, ce qui dénote la difficulté à obtenir une augmentation significative du recouvrement. » La chambre estime hautement improbable que des calculs puissent aboutir strictement aux mêmes taux durant plusieurs années consécutives.

#### 4.4 La gestion des stocks de produits pharmaceutiques n'est pas conforme à la réglementation

(128) Jusqu'en 2014, l'établissement ne recensait pas les articles pharmaceutiques (médicaments et dispositifs médicaux) détenus dans les unités de soins, qui étaient donc considérés comme consommés dès leur sortie de la pharmacie. Or, la comptabilité des stocks et encours doit décrire en quantité et en valeur tous les mouvements des articles stockés à l'intérieur de l'établissement, où qu'ils se trouvent.

(129) À compter de 2015, le CHFSR a procédé à une réintégration de ces stocks au bilan (206 K€ en 2015, 232 K€ en 2018).

(130) L'établissement a retenu une méthode estimative, basée sur une décroissance théorique quotidienne de la valeur du stock, fonction de la périodicité de renouvellement dans les services (hebdomadaire, à la quinzaine, etc.). Cette estimation est fixe. Ainsi, une dotation hebdomadaire est considérée comme consommée à hauteur d'un septième par jour. Le montant du stock en fin d'année dépend du jour de la semaine du 31 décembre.

(131) Si cette procédure constitue un progrès, elle n'est toutefois pas totalement satisfaisante.

<sup>50</sup> Caisse primaire d'assurance maladie.

(132) L'instruction budgétaire et comptable M21 dispose, en effet (tome 2, point 3.2), que « *la tenue de l'inventaire comptable permanent ne dispense pas les établissements d'un inventaire physique qui doit avoir lieu au moins une fois par an. (...) Les établissements peuvent :*

- *soit effectuer l'inventaire physique en une seule fois, au moins annuellement ;*
- *soit le fractionner par catégorie d'éléments de stocks suivant la méthode de l'inventaire tournant. Dans ce cas, la périodicité adoptée doit être réglée de telle manière que tous les éléments du stock soient inventoriés au moins une fois par an ».*

(133) Or, l'établissement ne procède pas à cet inventaire physique.

(134) Selon la revue de contrôle interne, « *le contrôle des médicaments périmés est effectué tout au long de l'année ainsi que durant l'inventaire par les équipes en charge du comptage. Les produits périmés sont matérialisés par des quantités en rouge sur les listings après inventaire physique.* » L'axe d'amélioration identifié pour traiter ce point était un étiquetage des produits périmés pour renforcer leur identification pour sortie de stock. Fin 2018, l'établissement n'avait communiqué aucune évolution sur ce point.

(135) Si des agents du service de la pharmacie passent dans les services deux fois par an, il s'agit davantage ainsi que l'indique l'ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, d'un contrôle qualité et de sensibilisation aux bonnes méthodes de gestion du stock par les services que d'un inventaire de comptage dans le but de valorisation des stocks au 31 décembre de l'année considérée. Il ne s'agit donc pas d'un inventaire de comptage tel qu'il est prévu par la réglementation.

#### **4.5 Les tarifs journaliers de prestations sont irréguliers**

(136) L'établissement a transmis les tarifs journaliers de prestation<sup>51</sup> (TJP) qui ont été appliqués durant la période examinée. Ceux-ci prennent la forme d'une décision du directeur approuvée expressément par l'ARS<sup>52</sup> à l'exception de l'exercice 2014, 2015 et 2018 (pas d'approbation formelle des tarifs). La forme prévue par les textes n'a été respectée qu'en 2019 avec un arrêté du directeur général de l'ARS.

(137) S'agissant des montants, les TJP sont restés inchangés sur la période à l'exception des années 2015 et 2019. En 2015, une hausse de 2 % de chacun des tarifs avait été opérée pour majorer le niveau de recettes de l'établissement. En 2016, les tarifs ont retrouvé leur niveau de 2014. En 2019, la hausse pratiquée et validée par l'ARS est plus modeste (+ 0,1 % sur toutes les activités sauf la médecine en progression de + 0,2 %).

(138) Cette progression homogène n'est, pas plus qu'en 2015, issue d'un calcul conforme à la réglementation.

---

<sup>51</sup> Les tarifs journaliers de prestations (TJP) qui servent de base au calcul du ticket modérateur (part restant à la charge du patient ou de sa mutuelle, d'un montant de 20 % du TJP, sauf cas d'exonération). Ils doivent faire l'objet d'un arrêté annuel du directeur général de l'ARS sur proposition du directeur de l'établissement.

<sup>52</sup> Article R. 6145-29 du code de la santé publique.

**Tableau n° 19 : Tarifs journaliers de prestation**

<i>En €</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b><i>Hospitalisation complète</i></b>							
<i>Médecine</i>	879,87	879,87	897,45	879,87	879,87	879,87	881,31
<i>chirurgie</i>	1 268,90	1 268,90	1 294,30	1 268,90	1 268,90	1 268,90	1 270,34
<i>Spécialités coûteuses</i>	1 754,19	1 754,19	1 789,30	1 754,19	1 754,19	1 754,19	1 755,63
<i>Psychiatrie adulte</i>	683,85	683,85	697,50	683,85	683,85	683,85	685,29
<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>	754,32	754,32	769,40	754,32	754,32	754,32	755,76
<i>SSR</i>	298,42	298,42	304,40	298,42	298,42	298,42	299,86
<b><i>Hospitalisation incomplète</i></b>							
<i>Hospitalisation de jour</i>	717,98	717,98	732,32	717,98	717,98	717,98	718,68
<i>Hospitalisation de nuit</i>	603,45	603,45	615,50	603,45	603,45	603,45	
<i>Psychiatrie adulte</i>	751,01	751,01	766,00	751,01	751,01	751,01	751,71
<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>	656,32	656,32	669,50	656,32	656,32	656,32	657,02
<i>Chirurgie ambulatoire</i>	832,51	832,51	849,20	832,51	832,51	832,51	833,21
<i>Service Mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)</i>	607,86	607,86	620,00	607,86	607,86	607,86	

Source : CHFSR.

(139) Les différents TJP doivent, en effet, être calculés chaque année selon des modalités précises<sup>53</sup>. Les tarifs doivent être obtenus, pour chaque catégorie tarifaire, en divisant le coût de revient prévisionnel<sup>54</sup> par le nombre de journées d'hospitalisation prévues. Ainsi, en toute logique, les tarifs ne peuvent être identiques d'une année à l'autre, ainsi que le pratique l'établissement.

(140) Le passage à la tarification à l'activité a conduit certains établissements à faire progresser leurs TJP indépendamment des règles de calcul fixées par la réglementation pour majorer le niveau de leurs recettes. En réaction, les circulaires budgétaires de la DGOS relatives aux campagnes tarifaires et budgétaires ont insisté, depuis 2013, sur leur mise en conformité progressive avec la réglementation.

<sup>53</sup> Ces modalités ont été énoncées par le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé puis l'article R. 6145-22 du code de la santé publique.

<sup>54</sup> Art 5 du décret 2009-213 « Les coûts de revient prévisionnels, calculés sur la base de la comptabilité analytique de l'établissement, sont égaux à la totalité des charges d'exploitation comprenant :

1° Les charges directes ;

2° Les charges des consommations d'actes, de biens et de services médicaux sur la base de leur coût d'achat ou, à défaut, de leur coût de revient ;

3° Les autres charges d'exploitation du compte de résultat principal qui ne sont pas couvertes par des ressources propres, réparties entre les catégories tarifaires proportionnellement au nombre de journées prévues dans chaque catégorie ».

(141) À Fréjus, les tarifs, fixes sur la quasi-totalité de la période 2013-2018 ne sont donc pas calculés selon les modalités prévues par les textes. L'établissement a cependant indiqué dans sa réponse aux observations provisoires qu'il s'inscrirait dans la recommandation de la chambre en 2020.

**Recommandation n° 3 : Calculer les tarifs journaliers de prestations conformément à la réglementation.**

#### 4.6 Les remboursements des budgets annexes au budget principal

(142) L'article R. 6145-12 du code de la santé publique prévoit que les comptes de résultat annexes ne peuvent recevoir de subvention d'équilibre du compte de résultat principal.

(143) De fait, les budgets annexes remboursent chaque année des charges au budget principal. Le compte 602 (comptes d'achats stockés) et le compte 6286 « *participation aux charges communes* » des budgets annexes sont ainsi débités et le compte 7087 du budget principal crédité.

(144) Le montant des remboursements<sup>55</sup> a crû après que l'établissement a entrepris un travail plus fin de ré-imputation des charges, jusqu'alors sous-évaluées. Cette valorisation n'est pas sans impact dans le déséquilibre des comptes des budgets annexes constaté ces dernières années (cf. *infra*).

**Tableau n° 20 : Évolution des montants imputés au compte 6286 du compte financier en €**

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>B</i>	USLD	92 515	159 389	81 723	191 826	252 255	275 237
<i>E1</i>	EHPAD Saint jacques	167 877	86 118	105 872	183 186	175 375	226 389
<i>E2</i>	EHPAD Chesnay	157 747	51 146	25 197	170 534	168 863	189 038
<i>P0</i>	CSAPA	-	-		27 037	31 706	31 034
<i>C0</i>	École	133 553	124 669	131 454	13 583		
	<b>TOTAL</b>	<b>551 692</b>	<b>421 322</b>	<b>344 246</b>	<b>586 166</b>	<b>628 199</b>	<b>721 698</b>
	<i>Écart Tableaux ordonnateur / c/ 6286</i>	-	-	-	-	8 183	9 740

Source : Comptes financiers et tableaux communiqués par le CHFSR.

<sup>55</sup> Deux écarts ont été relevés entre les tableaux détaillant les montants à rembourser au titre des charges communes et les montants effectivement imputés sur le compte 6286 en 2017 et 2018.

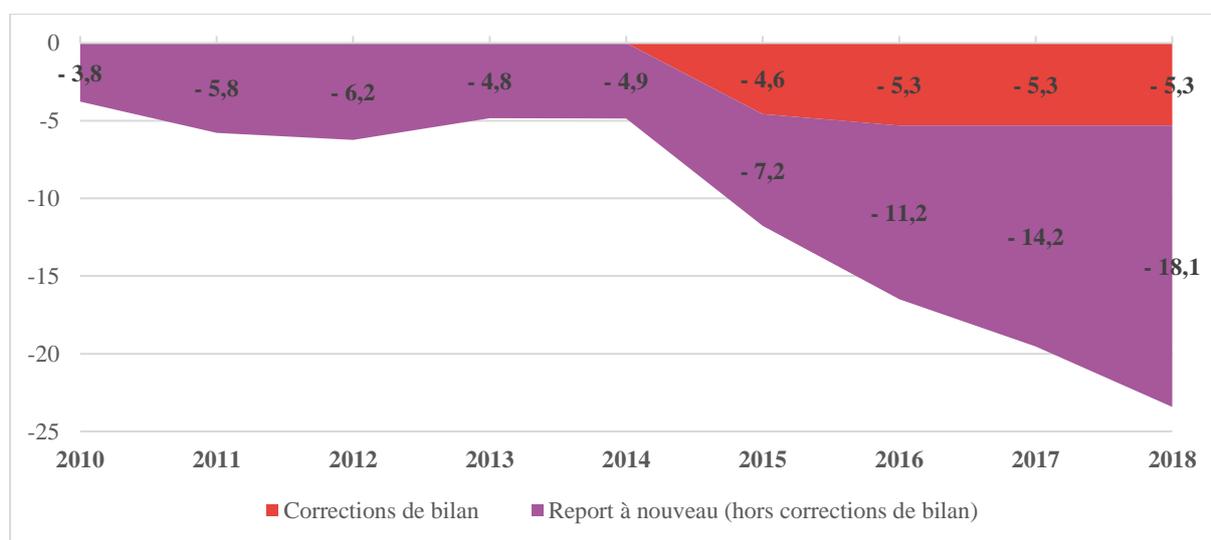
## 5 UNE SITUATION FINANCIÈRE TRÈS DÉGRADÉE MALGRÉ DES AIDES IMPORTANTES ET DES PLANS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE

(145) Alors que l'établissement avait déjà accumulé des déficits importants à la fin des années 2000 (report à nouveau<sup>56</sup> de - 3,8 M€ au bilan 2010), la situation financière s'est relativement stabilisée jusqu'en 2012 (résultat positif de 2 M€), portée par une activité en croissance qui lui permettait d'absorber la hausse de la masse salariale.

(146) Depuis lors, la dégradation financière (provenant notamment d'une diminution de l'activité) a été rapide, accentuée par l'opération de certification des comptes (cf. Annexe n° 5).

(147) Elle a conduit l'établissement à mettre en œuvre successivement un plan de retour à l'équilibre (PRE), un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) puis à faire l'objet d'un suivi en COPERMO.

Graphique n° 9 : Report à nouveau déficitaire (Bilan, en M€)



Source : Anafi et annexes aux comptes financiers.

<sup>56</sup> Le « report à nouveau », inscrit au passif du bilan, correspond à la somme des résultats passés. Il peut être excédentaire ou déficitaire.

### Les dispositifs de retour à l'équilibre financier

En cas de déséquilibre financier, plusieurs dispositifs, plus ou moins contraignants pour l'établissement, peuvent être mis en œuvre pour assurer un retour à l'équilibre.

**Le plan de redressement (PRE)** est pris sur injonction de l'ARS ou du propre chef de l'établissement. Ce dernier définit les grandes actions permettant son retour à l'équilibre et les soumet à l'ARS.

**Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF)** est un engagement contractuel entre l'ARS et l'établissement qui fixe une trajectoire et définit le suivi des chantiers. L'atteinte des objectifs et des résultats est évaluée dans le cadre de revues annuelles conduites par l'ARS.

**Le dossier Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (COPERMO)** est un niveau de supervision nationale réservé aux situations les plus complexes et à fort enjeu. Le comité, arrête un diagnostic et un plan d'actions proposés par l'ARS et expertisé par un groupe technique, qui émet un avis sur les mesures de retour à l'équilibre proposées. Il définit également les modalités de suivi de la mise en œuvre du plan d'actions.

**La mise sous administration provisoire**, pour un an au maximum. Dans des situations complexes, elle a pour objectif d'assurer le rétablissement de l'établissement. Elle a lieu sur saisine successive de la DGOS par l'ARS, puis du ministre à l'IGAS. Les attributions du conseil de surveillance et ou du directoire sont assurées par les administrateurs provisoires.

## 5.1 Des résultats déficitaires depuis 2014

(148) La situation financière de l'établissement est très dégradée durant la période examinée. Le déficit du budget principal a atteint jusqu'à - 3,6 M€ (- 2,9 % des produits de l'exercice) en 2017. Il s'élevait encore à - 1,9 M€ (- 1,55 % des produits de l'exercice) en 2018.

**Tableau n° 21 : Résultats du budget principal (en €)**

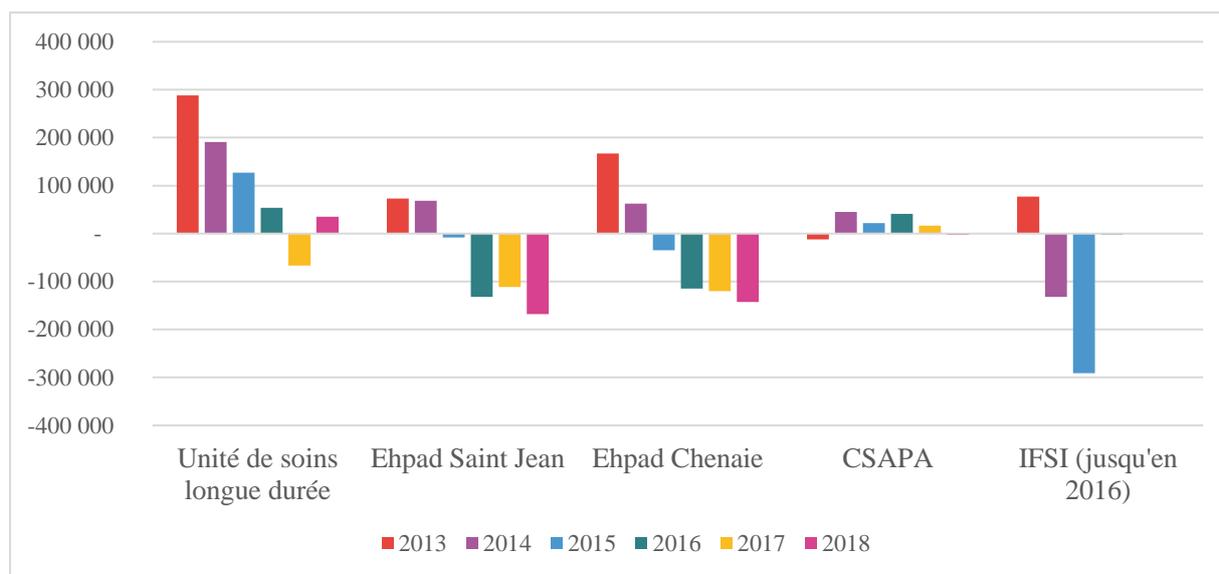
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Résultat</i>	56 141	- 2 369 787	- 3 534 202	- 2 888 001	- 3 595 833	- 1 942 668
<i>Résultat rapporté aux produits de l'exercice</i>	0,05 %	- 2,03 %	- 2,89 %	- 2,30 %	- 2,93 %	- 1,55 %

Source : Comptes financiers.

(149) Le CH de Fréjus Saint-Raphaël dispose, outre le budget principal, de quatre budgets annexes : deux établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), une unité de soins de longue durée (USLD) et un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Jusqu'en 2016, un institut de formation et de soins infirmiers (IFSI) était également rattaché à l'établissement avant d'être transféré à l'institut de formation public Varois des professions de santé (IFPVPS).

(150) Alors qu'ils sont censés être à l'équilibre, les budgets annexes accentuent encore le déficit. Les situations des EHPAD et de l'USLD se sont en effet fortement détériorées depuis 2013. Le résultat cumulé des budgets annexes, positif de près de 0,6 M€ en 2013 (soit la quasi-totalité du résultat consolidé du CHFSR), était en effet déficitaire de 0,3 M€ en 2018 (alors même que le budget annexe IFSI, principale structure déficitaire jusqu'alors, a été clôturé).

**Graphique n° 10 : Résultats des budgets annexes sur la période 2013-2018**



Source : Comptes financiers.

(151) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que le résultat 2019 serait en légère amélioration, quoique toujours déficitaire.

## 5.2 Des soldes intermédiaires de gestion tous dégradés

(152) Le déficit résulte, pour l'essentiel, de la baisse des produits d'activité constatée sur le budget principal, et, s'agissant des budgets annexes, du gel de la dotation soins<sup>57</sup> des EHPAD et de la baisse des financements de la dépendance et de l'hébergement.

(153) Tous les soldes intermédiaires de gestion se sont fortement détériorés sur la période (cf. Annexe n° 6).

<sup>57</sup> Le financement des EHPAD et des USLD intègrent trois volets : le soin, la dépendance et l'hébergement. Le volet soins permet de couvrir les frais médicaux et hospitaliers. Il est pris en charge par l'assurance maladie.

(154) L'excédent brut d'exploitation (EBE), différence entre les produits et les charges d'exploitation, qui mesure la ressource annuelle que génère l'activité de l'établissement (hors éléments exceptionnels et hors coût du financement de la dette antérieure) s'est fortement dégradé (près de -5 M€ entre 2013 et 2017), jusqu'à devenir négatif en 2017, ce qui signifie que les charges d'exploitation n'étaient plus couvertes par les produits, en dépit d'apports importants de l'ARS (plus de 4 M€ cette année-là, cf. *infra*). Sans les aides de l'État, l'EBE aurait déjà été négatif en 2016 et le serait encore en 2018.

**Tableau n° 22 : Soldes intermédiaires de gestion tous budgets confondus<sup>58</sup> (en €)**

<i>Soldes</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Excédent brut d'exploitation</i>	3 283 224	1 541 830	1 075 925	1 026 198	- 1 673 027	650 355
<i>Marge brute</i>	5 044 639	3 494 850	1 638 337	2 639 118	141 786	2 183 552
<i>Résultat d'exploitation</i>	1 527 658	- 1 171 400	- 2 829 472	- 2 724 003	- 4 302 055	- 2 067 062
<i>Résultat courant</i>	- 320 133	- 2 979 100	- 4 442 096	- 4 311 744	- 5 751 075	- 3 365 253
<i>Résultat exceptionnel</i>	969 802	844 361	722 016	1 269 273	1 873 972	1 144 385
<i>Résultat net</i>	649 669	- 2 134 738	- 3 720 080	- 3 042 471	- 3 877 102	- 2 220 868
<i>Pm. Aides de l'ARS</i>				3 000 000	4 275 000	5 000 000

Source : CHFSR.

(155) Le premier indicateur de l'équilibre financier de l'établissement à long terme est la marge brute. Plus que la capacité d'autofinancement (CAF) (cf. *infra*), qui inclut les résultats financier et exceptionnel, la marge brute donne la capacité économique de l'établissement à couvrir, par les recettes de son activité, les investissements courants ainsi que les charges de la dette pour les investissements lourds.

<sup>58</sup> Cf. Annexe n° 6 pour le calcul détaillé.

### La marge brute

Parmi les soldes intermédiaires de gestion, la marge brute revêt une importance particulière. Elle correspond aux ressources dégagées par l'établissement pour financer ses charges financières, d'amortissements, de dépréciation et de provisions<sup>59</sup>. Elle est égale aux produits courants de fonctionnement dont sont déduites les charges nettes courantes de fonctionnement.

Pour donner une vision correcte de la situation structurelle de l'établissement, la marge brute doit être retraitée des aides financières reçues : aides à l'investissement comptabilisées en exploitation et aides ponctuelles budgétaires hors appui couvrant une dépense identifiée.

Selon l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé, la marge brute non aidée doit financer l'investissement courant incompressible, estimé à 3 % des produits d'exploitation, et le service de la dette (remboursement du capital et frais financiers). Enfin pour les établissements qui s'engagent dans des projets d'investissements lourds conduisant à un endettement important ou pour les établissements qui présentent une charge annuelle de la dette représentant au moins 5 % de leurs produits d'exploitation, il est nécessaire d'atteindre d'une marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits hors aides financières.

(156) La marge brute de l'établissement s'est fortement dégradée sur la période et n'est restée positive que grâce aux aides de l'ARS. Elle ne permet plus de couvrir les charges d'amortissement et les frais financiers des emprunts passés qui représentent 2,5 fois sa valeur en 2018. Elle ne permet donc, ni de financer l'avenir, ni d'assumer les charges du passé.

**Tableau n° 23 : La marge brute consolidée et le niveau de couverture des frais financiers et des amortissements**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Taux de marge brute aidé</i>	4,1 %	2,7 %	1,2 %	2,1 %	0,1 %	1,75 %
<i>Taux de marge brute non aidé</i>	4,1 %	2,7 %	1,2 %	-0,3 %	- 3,4 %	- 2,3 %
<i>Poids des amortissements dans la marge brute</i>	92,5 %	142,6 %	303,5 %	181,5 %	3207,9 %	198,6 %
<i>Frais financiers / Marge brute</i>	36,2 %	64,8 %	95,3 %	58,2 %	986,1 %	57,1 %
<i>Poids des charges calculées dans la marge brute</i>	128,7 %	207,4 %	398,8 %	239,7 %	4194,0 %	255,7 %

Source : CHFSR (dossier COPERMO) et Tableaux de bord financier 2013-2018.

<sup>59</sup> Son mode de calcul est précisé par l'arrêté du 7 avril 2015 fixant le modèle de présentation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) des établissements publics de santé.

### 5.3 Des mesures de redressement qui se succèdent à un rythme rapide, sans parvenir à stopper la dégradation

(157) Au vu de la détérioration brutale de la situation budgétaire, l'ARS a décidé en 2014, pour ne pas pénaliser davantage le fonctionnement de l'établissement, d'approuver l'état prévisionnel des recettes et des dépenses<sup>60</sup> (EPRD), mais de rejeter le plan global de financement pluriannuel (PGFP) en demandant au CHFSR de présenter un plan de retour à l'équilibre (PRE). L'ARS considérait, en effet, que cet EPRD, malgré le plan d'actions qui l'accompagnait, ne constituait pas « *une trajectoire d'amélioration structurelle permettant à l'établissement de rétablir sa situation budgétaire et financière* »<sup>61</sup>.

#### 5.3.1 Un plan de redressement 2015-2017 qui ne fonctionne pas dès la première année

(158) Le plan de retour à l'équilibre 2015-2017 visait à obtenir une baisse des dépenses de 2,7 M€ et un accroissement des recettes de 1,3 M€, soit un effort total de 4 M€, censé ramener le résultat à l'équilibre dès 2016.

**Tableau n° 24 : Synthèse des mesures du plan de retour à l'équilibre 2015-2017**

En €	2014	2015	2016	2017	Total	En %
Augmentation de recettes	5 960	564 644	404 144	372 634	1 347 382	33,5 %
Réduction de dépenses	54 000	1 630 470	817 303	174 377	2 676 150	66,5 %
Total	59 960	2 195 114	1 221 447	547 011	4 023 532	100 %
Résultat net prévisionnel hors PRE	- 2 525 825	- 2 816 643	-3 519 774	- 4 249 743		
Résultat net prévisionnel avec PRE	- 2 525 825	- 618 328	29 471	- 282 974		
Résultat réel constaté	- 2 369 787	- 3 534 202				

Source : PRE 2015-2017.

(159) Le bilan du PRE de l'année 2015 faisait cependant apparaître un résultat nettement plus dégradé que celui escompté. Le PRE n'était, en effet, réalisé qu'à hauteur de 55 % (1,2 M€ pour 2,2 M€ attendus) et le résultat de l'exercice se dégradait encore de 1,2 M€ par rapport à 2014 pour s'établir à - 3,5 M€. L'abandon ou le report de mesures, expliquait notamment la non atteinte des objectifs.

<sup>60</sup> Deuxième version transmise le 10 juillet 2014.

<sup>61</sup> Source : plan de retour à l'équilibre 2015-2017.

**Tableau n° 25 : Bilan 2015 des mesures du PRE (en euros)**

<i>Mesures</i>	Prévision	Réalisé	Taux de réalisation	Justifications de la réalisation partielle
<i>Personnel non médical (PNM)</i>	833 520	638 040	77 %	Report de l'avancement à la durée moyenne, report du reclassement administratif de quatre agents, absentéisme empêchant la baisse des mensualités de remplacement
<i>Personnel médical (PM)</i>	226 200	95 765	42 %	Mesure annulée (enveloppes prévisionnelles plages additionnelles par pôle)
<i>Formation</i>	21 810	32 717	150 %	
<i>Direction des achats, logistique et travaux et Pharmacie</i>	457 500	236 075	52 %	Attente budget investissement, actions non lancées, report mesure sur la production et distribution alimentaire
<i>Projet médical</i>	656 084	209 924	32 %	Augmentation de 200 000 € de la masse salariale du PNM, évaluation difficile du dépistage de la malnutrition pourtant chiffrée à 217 038 €, effets de la réorganisation de la chirurgie moins importants que prévus
<b>TOTAL</b>	<b>2 195 114</b>	<b>1 212 521</b>	<b>55 %</b>	

Source : CRC à partir du bilan 2015 du PRE

(160) Face à ce résultat décevant, l'ARS décidait alors de mettre en place un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), dès l'année suivante.

### **5.3.2 Un contrat de retour à l'équilibre financier sur la période 2016-2020, qui n'arrête pas la dégradation**

(161) L'effort à réaliser a alors été estimé au triple de celui figurant au PRE un an plus tôt. Le diagnostic partagé entre l'ARS et l'établissement préalable au CREF chiffrait ainsi l'effort d'optimisation à 8,8 M€ pour assainir la situation financière du CHFSR et atteindre un ratio « *marge brute d'exploitation / produits nets d'exploitation* » de 8 % (contre 0,84 % réalisé en 2015 sur le budget principal).

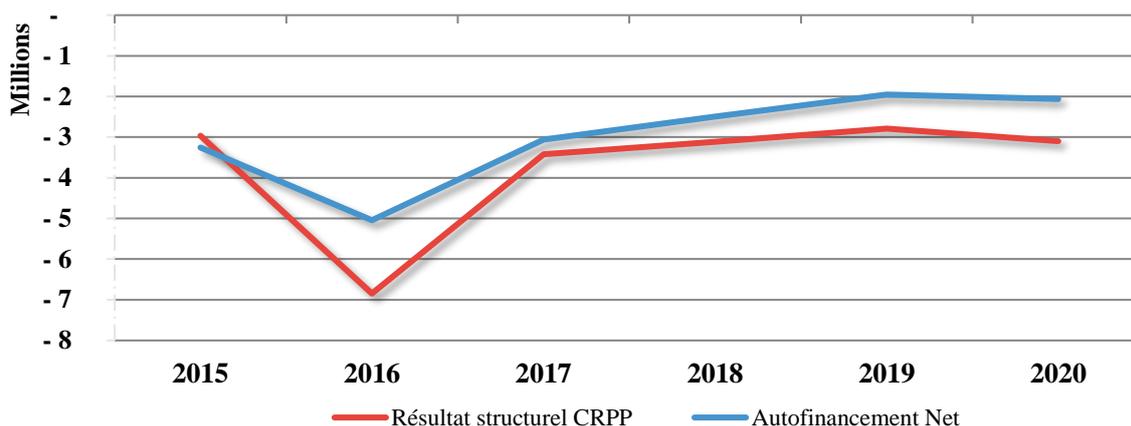
(162) Toutefois, le plan d'actions, décliné en treize fiches, ne représentait qu'un gain de 6,1 M€ sur la période 2016-2020, soit environ 70 % du besoin, et portait principalement sur les années 2016 (déjà largement entamée) à 2018.

**Tableau n° 26 : Synthèse des mesures et résultats du CREF 2016-2020**

En euros	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Effet recettes (valorisations additionnelles)</i>	83 137	2 117 861	308 613	318 162	-
	9 %	63 %	29 %	46 %	0 %
<i>Effet charges (économies - coûts associés)</i>	859 348	1 222 039	759 938	366 665	64 975
	91 %	37 %	71 %	54 %	100 %
<i>Total des gains [tranches annuelles]</i>	942 485	3 339 900	1 068 551	684 827	64 975
<b>Total des gains (cumul)</b>	<b>942 485</b>	<b>4 282 384</b>	<b>5 350 935</b>	<b>6 035 762</b>	<b>6 100 737</b>

Source : CREF 2016-2020.

(163) Le CREF ne visait alors pas le retour à l'équilibre. Entre 2017 et 2020, le déficit devait ainsi tangenter - 3 M€ et même recommencer à se dégrader en 2020.

**Graphique n° 11 : Impacts prévisionnels du CREF (en millions d'euros)**

Source : CREF 2016 - 2020

(164) Malgré cette nette révision à la baisse, l'établissement n'est pas parvenu à atteindre l'objectif. Le résultat réel, hors aides, a, en effet, été supérieur (en 2017) ou très proche (en 2018) du résultat estimé hors CREF.

(165) Globalement, à fin 2018, le CREF était pourtant réalisé à 82 % selon l'établissement (cf. Annexe n° 7). Parmi les points connaissant les plus faibles taux de réalisation figuraient l'optimisation du bloc opératoire (réalisée à 53 %), l'optimisation de l'organisation médicale au regard de l'activité (réalisée à 41 %) et le virage ambulatoire en médecine (taux de réalisation de - 9 %).

(166) Cette dégradation du résultat malgré la réalisation d'une part importante des mesures du CREF est la preuve d'une nouvelle détérioration sous-jacente de la situation.

### 5.3.3 Un dossier « COPERMO performance » 2019 - 2023 aux hypothèses fragiles et ne permettant pas de restaurer l'équilibre financier

(167) Au vu de ces résultats, un cran supplémentaire a été franchi avec la décision de l'ARS de suivre la proposition du niveau national d'engager un « COPERMO performance » au début de l'année 2019.

(168) Une phase de diagnostic rétrospectif a été, dans un premier temps, réalisée par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en avril 2019. Elle a mis en évidence les forces, faiblesses et opportunités de l'établissement dans différents domaines.

**Tableau n° 27 : Analyse des forces, faiblesses et opportunités du CHFSR**

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<i>Des objectifs partagés et un travail en commun entre la CME et la direction générale</i>	Manque de cohésion interne : mauvaise coordination des lits, des glissements de tâches, en hospitalisation et en CDS pouvant générer les soins et le recrutement. Peu de communication interne.	Des possibilités de renforcement ou de consolidation par de nouveaux praticiens et des coopérations.	Un indice de vieillissement très élevé et en augmentation et une filière de gériatrie non opérationnelle.
<i>Un bloc opératoire refait récemment et bien équipé, du matériel présent ou commandé</i>	Manque de lien ville-CHI [centre hospitalier intercommunal]: accès difficile aux spécialistes hospitaliers, pas d'action de présentation systématique des nouvelles actions. Communication externe insuffisante, laissant la place aux « mauvaises nouvelles ».	Un travail sur la filière gériatrie en cours avec d'autres membres de l'ANAP.	Du retard par rapport à un secteur libéral dynamique et très concurrentiel qui a su prendre le virage des nouvelles technologies pour être attractif.
<i>Quelques spécialistes déjà porteurs de coopérations ce qui peut sécuriser l'activité : oncologie, soins critiques, gynéco-obstétrique, ...</i>	Peu de travail effectif en réseau dans beaucoup de domaines, parcours non écrits notamment en gériatrie. Les essais précédents soldés par des échecs.	Impulsion politique pour travailler sur la gradation des soins et les filières dans un but d'efficacité vis-à-vis des patients mais aussi de qualité de vie.	Un travail de coopération potentiellement territorial vécu comme peu attractif par plusieurs spécialistes.
<i>Des domaines d'exclusivité sur le bassin de recrutement (obstétrique) voire sur le Var-est (cathétérismes vasculaires)</i>	Peu d'adhésion au travail en coopération ou en territorial pour les médecins de plusieurs domaines.		Une [permanence des soins] PDS, des urgences voire des problèmes de continuité de soins lourds qui, sur le bassin de recrutement, semblent massivement assurés par le CHI.

Source : COPIL n° 2, CHFSR, ANAP, 2 mai 2019.

(169) Le COPERMO estimait à 13,8 M€ les efforts nécessaires au rétablissement des comptes.

(170) Le comité de pilotage (COFIL) n° 2 a permis d'identifier vingt actions pour 3,7 M€, soit 27 % de l'effort nécessaire. Le plan était alors considéré comme déséquilibré entre maîtrise des dépenses et amélioration des recettes (13 % d'économie et 87 % d'amélioration des recettes).

(171) À l'issue du COFIL n° 3 du 28 mai 2019, l'effort à consentir était arrêté à 10,9 M€ (79 % de l'effort nécessaire) réparti en 6,8 M€ de recettes et 4,1 M€ de maîtrise des charges<sup>62</sup>.

**Tableau n° 28 : Synthèse des plans de redressement depuis 2015**

	PRE - 2014	CREF - 2015	COPERMO - 2019
<i>Effort nécessaire</i>	4,0 M€	8,8 M€	13,8 M€
<i>Proposition de l'établissement</i>	4,0 M€	6,1 M€	10,9 M€
<i>Cible d'effort validée par l'ARS</i>	4,0 M€	6,1 M€	10,9 M€
<i>Dont dépenses</i>	2,7 M€	3,3 M€	4,1 M€
<i>Dont recettes</i>	1,3 M€	2,8 M€	6,8 M€
<i>Atteinte de l'objectif en %</i>	55 %	82 %	-

Source : CRC.

(172) La proposition de l'établissement appelle deux remarques :

- Tout d'abord, au regard de la cible de 13,8 M€, 2,9 M€ d'efforts sont, sinon abandonnés, du moins reportés à une deuxième phase de COPERMO située au 1<sup>er</sup> trimestre 2020 ;
- Ensuite, alors que classiquement les dossiers COPERMO reposent sur des actions concernant majoritairement une diminution des dépenses (70 % de l'effort à réaliser) et, dans une moindre mesure, une optimisation des recettes (30 % de l'effort à réaliser), la proposition du CHFSR est majoritairement centrée sur une optimisation des recettes. Si la présentation fait « facialement » apparaître une répartition entre réduction des dépenses et augmentation des recettes de 40 % / 60 %, la répartition est, dans les faits, de 12 % / 88 % dès lors que l'on intègre les coûts supplémentaires engendrés par le développement de l'activité ou la réalisation des économies.

(173) Pour aboutir à un effort total de 10,9 M€ sur la période 2019 - 2023, l'établissement propose ainsi de réaliser des économies sur ses charges à hauteur de 5,9 M€, de générer des recettes supplémentaires pour 9,6 M€, tout en supportant des charges supplémentaires induites par différentes mesures à hauteur de 4,6 M€. L'économie réelle sur les charges est donc de 5,9 M€ – 4,6 M€ soit 1,3 M€. Rapportée à l'effort total, la part de maîtrise des dépenses n'est plus que de 12 % (1,3 / 10,9).

<sup>62</sup> Le plan d'actions présenté au COPERMO est présenté en Annexe n° 8.

**Tableau n° 29 : Répartition de l'effort entre économies et recettes supplémentaires**

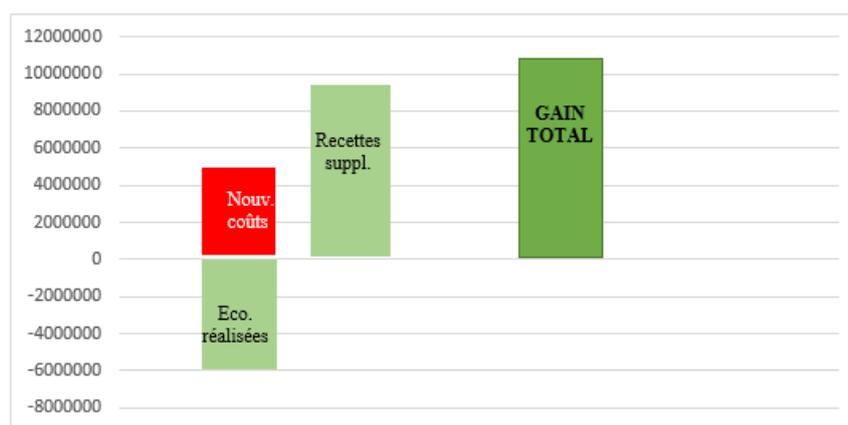
		En euros	En % de l'effort global de 10,945 M€
(a)	Mesures d'économies	- 5 887 364	
(b)	Nouvelles recettes d'activités	9 613 074	88 %
(c)	Dépenses nouvelles pour générer les recettes ou les économies	4 555 033	
(d) = (a-c)	Diminution nette de la dépense	- 1 332 331	12 %

Source : CRC.

(174) Le gain net de 10,9 M€ s'obtient par la réalisation d'une économie nette des coûts associés de 4,4 M€ et d'une recette nette des coûts associés de 6,5 M€<sup>63</sup>. La couverture des coûts associés nécessite la réalisation d'une recette brute de 9,6 M€.

(175) Pour 1 € de marge brute supplémentaire, l'établissement doit générer une recette de 1,5 €. Si l'on considère les seules actions de développement de l'activité d'hospitalisation (pôles interventionnel, de médecine, et femme – mère – enfant), pour 1 € de marge brute supplémentaire, l'établissement doit même générer une recette de 1,6 €<sup>64</sup>.

(176) Le niveau d'activité à atteindre, pourrait même devoir être supérieur à celui envisagé si la valorisation des séjours venait à diminuer (une activité peut en effet augmenter en volume sans effet financier positif, voire avec une baisse du niveau de recettes (par exemple en cas de baisse de tarifs décidé au niveau national ou en cas de modification des cas traités (casemix)).

**Graphique n° 12 : Répartition de l'effort total entre dépenses et recettes**

Source : CRC.

<sup>63</sup> Certains coûts n'ont pas été chiffrés. Exemples : l'impact financier en termes d'investissement, le coût du site de dématérialisation des bulletins de paye, de l'action n° 5 « Mesures RH transversales » (p. 128 de la feuille de route COPERMO), le coût des pièces détachées lié à la réinternalisation de la maintenance, le coût des travaux d'installation du scanner (p. 181 de la feuille de route COPERMO) ... (p. 286 de la feuille de route COPERMO).

<sup>64</sup> Pour un gain total de 4 379 036 €, il doit réaliser une recette supplémentaire de 6 879 056 € et supporter des coûts induits à hauteur de 2 500 021 €.

(177) Il est à craindre que ce plan d'actions ne soit très fragile pour plusieurs raisons (cf. Annexe n° 9) :

- la méconnaissance actuelle des raisons de l'évolution de l'activité. À ce jour, personne (l'établissement, l'ARS, l'ANAP) ne sait expliquer les raisons de la baisse d'activité survenue à compter de 2015 (cf. *supra*). Il paraît alors difficile de faire reposer un plan de retour à l'équilibre sur un champ dont les déterminants ne sont pas connus ;

- le fait que, dans le contexte T2A, une part de marché gagnée par un établissement est une part de marché perdue par un autre, rend probable que les concurrents du CHFSR mettront tout en œuvre pour limiter leurs pertes ;

- la nature même de certaines mesures conduit à des réserves. Pour les gains d'achats, par exemple, l'établissement est tributaire des gains réalisés (ou non) au niveau du GHT. Pour l'effet noria, il dépend de la volonté de départ à la retraite des praticiens en poste. La fiche action n° 7 « Gestion de la pyramide des âges PM – effet noria » précise ainsi que les modalités de mise en œuvre consistent en un « *rappel aux praticiens de 62 ans des modalités de départ à la retraite, [la] notification aux praticiens en limite d'âge* ». De même, la réinternalisation de la maintenance, nécessite la présence de 3 équivalents temps plein (ETP) de techniciens biomédicaux supplémentaires ;

- le caractère particulièrement ambitieux de la mesure dite « bed-blockers ». Ce problème est en effet prégnant dans la quasi-totalité des établissements et si une solution évidente existait, l'ensemble des établissements publics de santé l'aurait déjà mise en œuvre ;

- l'insuffisante précision de certaines mesures (celle concernant par exemple le service mortuaire) ;

- la réglementation applicable qui peut limiter la mise en œuvre volontariste de certaines mesures, ainsi en est-il des chambres individuelles<sup>65</sup>.

(178) Au-delà de la fragilité de certaines des hypothèses retenues, les mesures ne restaurent pas l'autonomie financière de l'établissement. Il faudrait, en effet, attendre 2022 pour constater un résultat consolidé à l'équilibre, une capacité d'autofinancement nette positive et un premier apport au fonds de roulement. Celui-ci ne compenserait toutefois pas l'augmentation du besoin en fonds de roulement et la trésorerie resterait, par conséquent, négative. Quant au taux de marge brute non aidée, estimé à 3,3 %, il demeurerait insuffisant.

---

<sup>65</sup> L'hypothèse retenue est la création de nouvelles chambres et l'ouverture de la facturation de chambres individuelles à de nouvelles unités (psychiatrie, secteur ambulatoire de pédiatrie) et la facturation systématique de la chambre individuelle dès lors que le supplément est pris en charge par la mutuelle. Selon l'instruction DGOS/R1 n° 2015-36 du 6 février 2015 relative au guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé : « *La facturation au patient de ces prestations doit respecter certaines conditions mentionnées à l'article R. 162-32-2 du code de la sécurité sociale : Une demande provenant du patient ou de ses ayants-droit : la réalisation de ces prestations fait suite à la demande expresse du patient. Afin d'éviter tout litige, il est vivement recommandé de recueillir son accord par écrit, mentionnant la prestation délivrée ainsi que ses modalités de facturation. (...) La facturation d'une chambre particulière ne peut être imposée au patient au motif que seules des chambres individuelles restent à disposition. Si tel est pourtant le cas et, que le patient refuse la prestation dans les conditions rappelées ci-dessus, la facturation de cette prestation est strictement interdite* ».

(179) Si le COPERMO dans son avis du 16 juillet 2019, prend note des efforts de redressement déjà menés par l'hôpital, il considère malgré tout que « *la trajectoire financière résultant de ce plan ne permet pas de restaurer l'autonomie financière à l'issue de la période, la trésorerie restant significativement négative [et que] la trajectoire est extrêmement dépendante des hypothèses de développement d'activité qui la rendent fragile tant que la capacité du CH à capter effectivement cette activité nouvelle ou à y substituer de façon réactive d'autres mesures d'efficience n'est pas démontrée* ». Au final, le COPERMO estime que la trajectoire « *ne peut être validée en l'état, et reste réservé quant au pari sur lequel repose le plan d'action proposé, ce dernier nécessitant d'être sécurisé dans les modalités de sa mise en œuvre, et dans tous les cas d'être complété en termes d'efforts d'efficience* ».

(180) Il formule, en outre, quatre recommandations visant à sécuriser le calendrier de réalisation des actions, renforcer le plan d'actions par de nouvelles mesures d'au moins 3,8 M€ à horizon 2023, décliner à court et moyen terme de façon opérationnelle l'intégralité de la filière gériatrique et mettre en place un pilotage resserré du plan qui permette une réactivité en cas de non atteinte des cibles de développement d'activité. Il prévoit finalement une nouvelle séance au cours du premier semestre 2020 d'une dimension plus territoriale puisqu'intégrant un autre établissement, le centre hospitalier de Draguignan. Au cours de cette séance, les deux établissements devront présenter les résultats de la mise en œuvre du plan, les conclusions de la réflexion territoriale, le plan d'actions complété et leur trajectoire financière.

## **5.4 Un budget principal pénalisé par une hausse des charges de personnel puis une baisse d'activité**

(181) Le budget principal représentant 95 % des produits agrégés en 2018 et étant au centre des divers plans d'actions visant le retour à l'équilibre, l'analyse financière a porté sur ce budget.

### **5.4.1 Des produits de l'activité en diminution, des aides en augmentation**

(182) Les produits de l'hôpital se sont globalement accrus de 9 % (+ 10 M€) sur la période 2013 à 2018<sup>66</sup>.

(183) Cette augmentation est cependant en « trompe l'œil » et tient principalement à un fort soutien de l'ARS au travers de dotations non reconductibles (titre 1) et à la croissance des rétrocessions de médicaments<sup>67</sup> (titre 3). Ces dernières ne constituent cependant que la contrepartie de la charge correspondant à l'achat des médicaments rétrocédés. Ces éléments masquent, au premier abord, la diminution de l'activité (titre 1) qui caractérise l'établissement et le fragilise.

<sup>66</sup> Détail des produits du budget principal en Annexe n° 10.

<sup>67</sup> Vente de médicaments à destination des usagers non hospitalisés.

**Tableau n° 30 : Les produits du budget principal**

<i>En €</i>	2013*	2014*	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
<i>Titre 1 - Produits versés par l'Assurance Maladie</i>	91 294 695	92 089 394	94 945 464	95 889 123	93 958 128	97 536 028	7 %
<i>Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière</i>	10 819 068	11 237 929	11 336 832	10 403 713	9 420 171	9 479 189	- 12 %
<i>Titre 3 - Autres produits</i>	13 056 190	13 492 841	16 032 699	19 068 751	19 435 648	18 146 217	39 %
<b>TOTAL</b>	<b>115 169 953</b>	<b>116 820 164</b>	<b>122 314 995</b>	<b>125 361 587</b>	<b>122 813 947</b>	<b>125 161 434</b>	<b>9 %</b>
<i>Part du titre 1 dans le total des produits</i>	79 %	79 %	78 %	76 %	77 %	78 %	
<i>Part du titre 2 dans le total des produits</i>	9 %	10 %	9 %	8 %	8 %	8 %	
<i>Part du titre 3 dans le total des produits</i>	11 %	12 %	13 %	15 %	16 %	14 %	

Source : Comptes financiers (retraité du FIR en 2013 et 2014 (remis dans le titre 1 et enlevé du titre 3)).

#### **5.4.2 Une hausse des produits versés par l'assurance maladie (titre 1) du fait des aides**

(184) Les produits versés par l'assurance maladie ont progressé de 7 % à périmètre constant<sup>68</sup> entre 2013 et 2018. Cette croissance n'est cependant pas due à l'activité, qui diminue sur la période, mais principalement aux aides accordées par l'ARS pour soutenir l'établissement et au remboursement des molécules onéreuses figurant sur la liste en sus (remboursement en complément des tarifs des séjours d'hospitalisation).

##### **5.4.2.1 Une diminution d'activité qui impacte les recettes**

(185) La baisse de l'activité (cf. *supra* point 2) se traduit mécaniquement par une diminution des produits issus de la tarification des séjours. Alors que la recette atteignait 58 M€ en 2015, elle ne s'élevait qu'à 53 M€ en 2018, soit un montant inférieur à celui de 2013 (55 M€).

(186) La croissance enregistrée en 2018 sur les actes et consultations externes (7,1 M€ en 2018), si elle s'avère importante par rapport à l'année précédente (5,4 M€ soit + 33 %) ne fait cependant que ramener la recette à son niveau de 2013 (6,6 M€).

(187) L'activité d'urgence (forfait annuel) est également relativement atone sur la période (2,9 à 3 M€ annuels).

<sup>68</sup> La création du fonds d'intervention régional (FIR) a été prévue par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 et le décret n° 2012-271 du 27 février 2012. Les crédits octroyés au titre du FIR ont été imputés sur le titre 3 puis sur le titre 1 en 2015. La hausse de 7 % correspond à un retraitement réalisé par la chambre visant à imputer le FIR sur le titre 1 durant toute la période examinée.

(188) En 2018, l'établissement a bénéficié d'une augmentation du montant remboursé au titre de la « liste en sus »<sup>69</sup>. Cette recette supplémentaire de près de 2 M€ (6,7 M€ en 2018 contre 4,8 M€ en 2017) résulte de la progression de la file active<sup>70</sup> de patients bénéficiant de traitements innovants par des molécules coûteuses, notamment en cancérologie.

#### 5.4.2.2 Des aides qui deviennent structurelles

(189) À compter de 2015, l'établissement a été fortement soutenu par l'ARS. Des dotations exceptionnelles, croissantes, ont été versées chaque année, atteignant 5 M€ de crédits non reconductibles en 2018.

**Tableau n° 31 : Crédits non reconductibles accordés au CHFSR (en €)**

		2016	2017	2018
73115	Produits du financement des activités de SSR		1 500 000	1 800 000
73117	Dotation annuelle de financement	3 000 000	2 000 000	
73118	Dotation Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)		125 000	2 200 000
7471	Fonds d'intervention régional (FIR) - aide de trésorerie		650 000	1 000 000
	<b>Total</b>	<b>3 000 000</b>	<b>4 275 000</b>	<b>5 000 000</b>

Source : Comptes financiers et notifications ARS.

### 5.4.3 Des produits issus de l'activité hospitalière en baisse en lien avec l'activité (titre 2)

(190) Les produits du titre 2 correspondent à la part non couverte par l'assurance-maladie (donc à la charge des patients ou de leur mutuelle) des séjours hospitaliers et des consultations externes.

<sup>69</sup> Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est assuré selon plusieurs modalités. Dans le cas général, le financement est assuré par les tarifs des prestations d'hospitalisation (GHS - groupes homogènes de séjours), destinés à couvrir de façon forfaitaire les frais occasionnés par la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient. Toutefois, un dispositif dérogatoire est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux. Ces spécialités sont inscrites sur la liste dite « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation » ou « liste en sus ».

<sup>70</sup> La file active est le nombre total de personnes prises en charge dans une structure donnée au cours de l'année étudiée. Il s'agit d'un décompte de personnes et non pas d'un décompte de venues dans la structure.

#### 5.4.3.1 Les produits issus de la facturation des tickets modérateurs et les forfaits journaliers

(191) Les produits perçus au titre de l'hospitalisation complète ont diminué dans la logique de baisse d'activité précédemment évoquée (- 0,5 M€ soit - 12 %). Il en a été de même pour l'activité externe avec des produits en diminution de 0,3 M€, soit - 20 %. Si les produits issus de l'hospitalisation incomplète sont en hausse de 160 %, ils ne correspondent qu'à 0,4 M€ et sont donc très loin de compenser les autres baisses. Au surplus les montants imputés sur les comptes 7321 et 7322 ont été indument majorés (jusqu'à 0,5 M€ en 2018) par une erreur d'imputation de la facturation des dossiers d'étrangers malades (imputation sur ces comptes en lieu et place du compte 733).

**Tableau n° 32 : Ticket modérateur hospitalisation et activité externe**

	En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
7321	Produits de la tarification en hospitalisation complète non prise en charge par l'assurance maladie (AM)	4 426 951	4 434 187	4 731 078	4 347 594	3 761 352	3 892 293	- 12 %
7322	Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non prise en charge par l'AM	166 876	288 418	285 897	301 049	339 006	432 977	+ 160 %
7324	Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'AM	1 278 281	1 233 759	1 071 527	978 258	1 021 113	1 024 030	- 20 %
	<b>Total</b>	<b>5 872 107</b>	<b>5 956 364</b>	<b>6 088 503</b>	<b>5 626 902</b>	<b>5 121 471</b>	<b>5 349 299</b>	

Source : Comptes financiers.

(192) Le forfait journalier réglé par toute personne hospitalisée durant plus de 24 heures correspond à la participation du patient aux frais d'hébergement. L'augmentation de 11 % de ce forfait, votée en loi de financement pour la sécurité sociale pour 2018<sup>71</sup>, a certes permis une croissance modeste de la recette (2 M€ en 2018 contre 1,9 M€ en 2017 soit + 7 %), mais la baisse du nombre de forfaits facturés (- 4 %) a atténué cet effet de prix. Le produit demeure encore inférieur à ce qu'il était en 2015 (2,1 M€).

#### 5.4.3.2 La diminution des prestations délivrées aux patients étrangers

(193) L'établissement a perdu près d'un million d'euros de recettes sur les prestations délivrées aux patients étrangers sur la période (- 31 %) et même bien davantage hors AME et soins urgents (- 43 % entre 2014 et 2018). Comme indiqué *supra*, la baisse des recettes

<sup>71</sup> Passage de 18 € à 20 € pour les séjours en hôpital ou en clinique (MCO et SSR), passage de 13,5 € à 15 € pour les séjours en psychiatrie. Ces tarifs n'avaient pas été réévalués depuis 2010.

concernant les soins délivrés aux patients étrangers résulte d'une diminution du nombre de séjours (- 130 sur la période) conjuguée à une erreur d'imputation de ces séjours.

**Tableau n° 33 : Recettes liées aux conventions internationales et à l'aide médicale d'État**

<i>En €</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Prestations conventions internationales</i>	2 630 304	2 888 761	2 764 586	2 327 882	2 113 324	1 642 473
<i>Prestations AME et soins urgents</i>	266 201	333 410	362 881	352 361	280 747	286 093
<i>Total</i>	2 896 505	3 222 171	3 127 467	2 680 243	2 394 071	1 989 162

Source : Comptes financiers.

#### 5.4.4 Une augmentation des autres produits (titre 3) portée par les rétrocessions de médicaments

(194) Le titre 3 regroupe les produits subsidiaires à l'activité hospitalière. Pour partie, il s'agit de la simple compensation de charges constatées par ailleurs par l'établissement (rétrocession de médicaments, mise à disposition de personnels). Ces produits ont sensiblement augmenté sur la période (18 M€ en 2018, soit + 5 M€ par rapport à 2013).

(195) Les rétrocessions de médicaments<sup>72</sup> (+ 3,6 M€ sur la période) expliquent la majorité de la croissance des produits de titre 3. Il ne s'agit cependant pas pour l'établissement d'une véritable recette améliorant son résultat, puisqu'il supporte une charge équivalente en acquérant, au préalable, les médicaments.

**Tableau n° 34 : Rétrocessions de médicaments (en euros)**

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
3 264 613	4 508 221	6 455 210	8 252 979	8 394 411	6 902 236	+ 111,4 %

Source : Comptes financiers.

<sup>72</sup> Certains établissements de santé disposant d'une Pharmacie à usage intérieur (PUI) peuvent être autorisés, par les ARS, à dispenser des médicaments aux patients non hospitalisés (patients ambulatoires). On dit alors que ces médicaments sont « rétrocédés » par les PUI à ces patients. Les médicaments pouvant être vendus à des patients non hospitalisés par une pharmacie hospitalière doivent être inscrits sur une liste, fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé. L'inscription sur cette liste, appelée liste de rétrocession, doit être justifiée par des contraintes particulières de distribution, de dispensation, d'administration, de sécurité de l'approvisionnement, ou par la nécessité d'effectuer un suivi de la prescription ou de la dispensation. Certaines spécialités, disponibles en officine, peuvent également être vendues par les pharmacies hospitalières et bénéficier ainsi d'un double circuit de dispensation.

## 5.5 Les charges sont en progression du fait des dépenses de personnel, mais sont maîtrisées depuis 2016

(196) Les charges du budget principal ont progressé de 10 % entre 2013 et 2018 (+ 12 M€)<sup>73</sup>. Elles sont cependant stabilisées depuis 2016. L'augmentation a essentiellement été portée par les charges de personnel (+ 7 %) et les charges à caractère médical (+ 26 %) étant précisé que, pour ces dernières, une recette est, pour partie, constatée au titre des rétrocessions de médicaments, des dispositifs médicaux implantables et des médicaments sous autorisations temporaires d'utilisation (cf. *supra*).

**Tableau n° 35 : Charges du budget principal**

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
Titre 1 - Charges de personnel	74 136 357	77 012 748	78 530 422	79 362 227	80 238 792	79 376 374	7 %
Titre 2 - Charges à caractère médical	22 347 584	23 170 182	26 339 702	28 387 757	27 467 928	28 244 243	26 %
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	10 995 249	10 975 168	12 427 683	11 417 150	11 104 955	11 896 088	8 %
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	7 634 622	8 031 853	8 551 390	9 082 454	7 598 105	7 587 397	- 1 %
<b>TOTAL</b>	<b>115 113 812</b>	<b>119 189 951</b>	<b>125 849 197</b>	<b>128 249 588</b>	<b>126 409 780</b>	<b>127 104 102</b>	<b>10 %</b>
Part du titre 1 dans le total des charges	64 %	65 %	62 %	62 %	63 %	62 %	

Source : Comptes financiers.

### 5.5.1 Les charges de personnel (titre 1) sont stabilisées depuis 2016 après avoir fortement augmenté

(197) Les charges de personnel (titre 1) ont crû de 5,2 M€ entre 2013 et 2018, soit + 7 %. La majeure partie de cette hausse est intervenue entre 2013 et 2015 avant d'être relativement maîtrisée.

#### 5.5.1.1 Une diminution récente des effectifs non médicaux, pour partie en trompe l'œil

(198) L'effectif du personnel non médical apparaît stable entre 2013 et 2018 (- 0,2 ETP). Cet effectif inclut une équipe de sécurité incendie<sup>74</sup> de 24 agents qui a conditionné, avec la réalisation de travaux sur le site, l'avis favorable à la poursuite de l'exploitation de l'établissement. En 2018, cette équipe correspondait à une masse salariale de 916 878 €. Sur la période se sont ajoutées des dépenses de formation des membres de l'équipe pour 52 389 €.

<sup>73</sup> Détail des charges du budget principal en Annexe n° 11.

<sup>74</sup> Cette équipe intervient également sur des missions de sûreté, techniques et logistiques.

**Tableau n° 36 : Évolution des effectifs non médicaux (en ETP)**

<i>Statut</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2013
<b>Administratifs</b>							
<i>Titulaires</i>	150,1	153,99	162,14	173,56	171,5	170,5	20,40 %
<i>CDI</i>	12,5	11,79	10,02	6,58	3,73	4,5	- 8,00 %
<i>CDD</i>	22,68	23,93	20,74	23,31	27,41	27,95	5,27 %
<b>Paramédical</b>							
<i>Titulaires</i>	855,21	872,07	864,77	870,37	844,93	841,72	- 1,58 %
<i>CDI</i>	15,75	10,13	9,71	10,88	11,02	14,41	- 8,51 %
<i>CDD</i>	94,91	101,1	119,43	118,77	116,9	109,47	15,34 %
<b>Techniques</b>							
<i>Titulaires</i>	100,32	99,04	95,5	97,42	98,29	96,7	- 3,61 %
<i>CDI</i>	17,55	10,75	12	11,08	9,99	7,6	- 56,70 %
<i>CDD</i>	15,05	16,6	12,81	12,62	7,91	8,57	- 43,06 %
<b>Autres</b>							
<i>CAE/CUI</i>	17,82	10,82	4,14	2,13	0,38	0	- 100,00 %
<b>TOTAL</b>	<b>1301,89</b>	<b>1310,22</b>	<b>1311,26</b>	<b>1326,72</b>	<b>1292,06</b>	<b>1281,42</b>	<b>- 1,57 %</b>
<b>TOTAL HORS CAE/CUI</b>	<b>1284,07</b>	<b>1299,4</b>	<b>1307,12</b>	<b>1324,59</b>	<b>1291,68</b>	<b>1281,42</b>	<b>-0,2 %</b>

Source : CHFSR.

(199) Entre 2013 et 2018, l'effectif non médical a connu deux mouvements contraires : une hausse de près de 25 ETP jusqu'en 2016, puis une diminution de 45 ETP. Des créations de postes (chargé de communication, secrétaires, responsable des secrétariats médicaux, ingénieur, ...), certains liés à des renforcements d'équipes (au sein du pôle médecine, gériatrie, psychiatrie, management, ...), des remplacements ont expliqué les évolutions d'effectifs à la hausse. La progression des effectifs précédemment évoquée sur la période 2013 - 2016 est intervenue en dépit de la fermeture de 22 lits et d'une baisse de l'activité du bloc opératoire (cf. *supra*).

(200) Dans le même temps, l'établissement diminuait le nombre de ses contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE) / contrat unique d'insertion (CUI). Il en comptait 18 en 2013 et aucun en 2018 économisant ainsi 0,2 M€ sur ses dépenses de personnels (et ne bénéficiait plus en contrepartie des allègements de charges sociales).

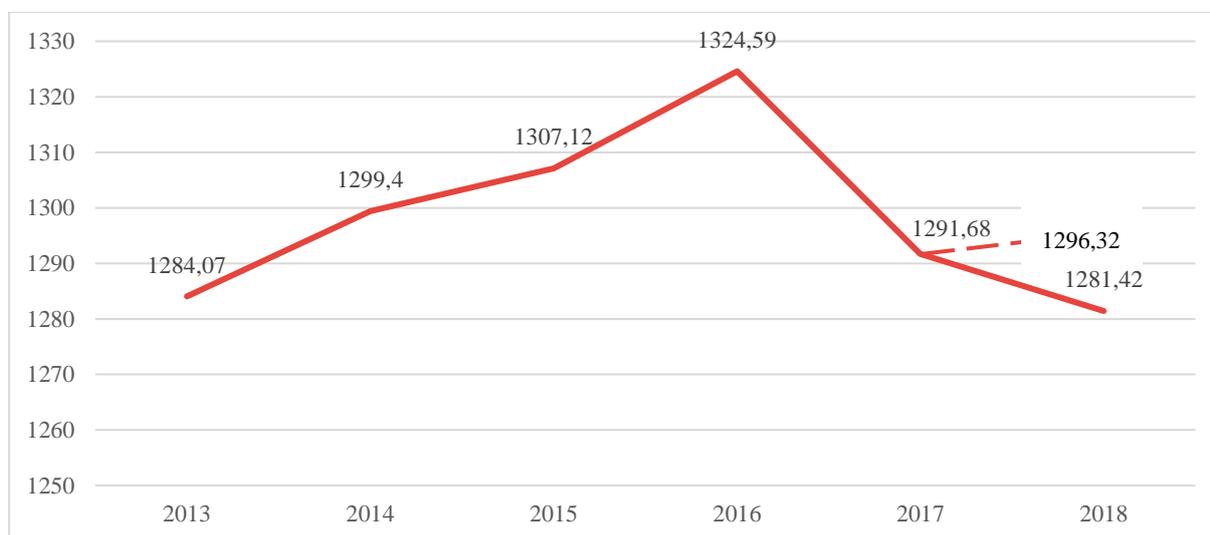
**Tableau n° 37 : Évolution du nombre de contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE) et contrat unique d'insertion (CUI) employés par l'établissement**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Nombre de CAE/CUI</i>	17,82	10,82	4,14	2,13	0,38	0
<i>Coût des CAE/CUI (en €)</i>	232 490	156 517	66 530	37 361	7 351	0
<i>Montant des allègements de charges (en €)</i>	178 841	109 673	62 925	31 970	6 772	0

Source : CHFSR.

(201) À partir de 2017, les effectifs baissent en lien avec la mise en œuvre des plans de retour à l'équilibre mais aussi le transfert de 14,9 ETP à l'institut de formation public Varois des professions de santé (IFPVPS) suite au rattachement de l'IFSI à cette structure. Lors de cette opération réalisée en 2015, les personnels (enseignants et gestionnaires) ont, dans un premier temps, été mis à disposition (rémunération par l'établissement remboursée par l'IFPVPS) avant d'être placés en position de détachement et sortis des effectifs du CHFSR en 2017.

(202) Entre 2016 et 2018, la baisse d'effectif (hors CAE/CUI) résultant d'un effort de l'établissement est donc de 30,4 ETP (45,3 – 14,9). Entre 2013 et 2018, sans cette sortie de l'effectif de 14,9 ETP (0,9 M€), le personnel non médical n'aurait pas enregistré une baisse mais une hausse.

**Graphique n° 13 : Évolution des effectifs non médicaux hors CAE/CUI du budget principal (en ETP)**

Source : CRC à partir des données CHFSR - - - - : Hors transfert des personnels de l'IFSI.

(203) Sur les 5,2 M€ d'augmentation des charges de titre 1, 1,5 M€ résultent des impôts et charges sociales (passage de 25,2 M€ à 26,7 M€, soit + 6 %). Le solde (3,7 M€) correspond aux rémunérations versées aux personnels, y compris intérimaires, dans des proportions équivalentes entre personnels médicaux et personnels non médicaux.

(204) La rémunération des personnels non médicaux a donc crû de 2,2 M€ sur la période (passage de 36,45 M€ à 38,68 M€, soit + 6 %) sans diminution d'effectif. Les facteurs de progression des dépenses de personnel non médical se trouvent dans l'évolution de l'effet du glissement vieillesse technicité (GVT) et l'impact des mesures catégorielles. L'indice moyen annuel qui était de 389,46 en 2014 était de 412,44 en 2018.

**Tableau n° 38 : Principaux facteurs d'évolution de la masse salariale hors variation d'effectifs**

	2014	2015	2016	2017	2018
<i>GVT</i>	- 1,12	0,79	- 0,82	1,1	0,49
<i>Impact mesures catégorielles</i>	0,73 %	1,76 %	0,89 %	0,99 %	0,68 %

Source : CHFSR.

#### 5.5.1.2 Des effectifs médicaux stabilisés mais un recours à l'intérim qui a crû

(205) Les dépenses de personnel médical ont augmenté de 6 % de 2013 à 2018 (12,2 M€ en 2013, 13 M€ en 2018), avec un effectif en légère progression (+ 2,85 ETP soit + 1,7 %). Un repyramidage a toutefois eu lieu du fait du changement de statut des attachés en médecins (passage au statut de praticien hospitalier temps plein ou contractuel).

**Tableau n° 39 : Évolution des effectifs médicaux du budget principal**

<i>Statuts</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2013
<i>PH temps plein</i>	96,43	101,92	101,57	99,61	97,55	97,04	0,61
<i>PH temps partiel</i>	5,56	5,14	3,61	4,10	5,09	5,60	0,04
<i>Praticiens contractuels</i>	8,73	13,95	17,16	11,73	15,58	15,32	6,59
<i>Praticiens intérimaires</i>	0,30	0,34	0,51	0,39	0,97	0,75	0,45
<i>Assistants</i>	9,64	8,68	10,51	11,17	9,73	12,58	2,94
<i>Attachés</i>	16,44	10,47	9,86	10,54	6,96	6,26	- 10,18
<i>Internes et faisant fonctions d'internes</i>	27,16	27,39	28,11	29,33	33,81	29,56	2,40
<b>TOTAL</b>	<b>164,26</b>	<b>167,89</b>	<b>171,33</b>	<b>166,87</b>	<b>169,69</b>	<b>167,11</b>	<b>2,85</b>

Source : CHFSR.

(206) La rémunération des personnels extérieurs (dont l'intérim médical), qui s'élevait à 0,4 M€ en 2018, a augmenté (0,2 M€ en 2013), notamment pour assurer la continuité du fonctionnement des services de cardiologie, de pédiatrie et de réanimation.

#### 5.5.2 Les charges à caractère médical (titre 2) se sont accrues sous l'effet des achats de médicaments

(207) Les charges à caractère médical (médicaments, dispositifs médicaux, ...) progressent globalement de 5,9 M€, soit + 26 %, et ce, malgré la baisse d'activité.

(208) Le compte 6021 « produits pharmaceutiques et produits à usage médical » représente près de 60 % du montant de ce titre en 2018 (51 % en 2013). Sa hausse de 46 % explique la plus grande partie de l'évolution du titre 2.

**Tableau n° 40 : Évolution du solde du compte 6021 « produits pharmaceutiques et produits à usage médical » (en €)**

2013	2014	2015	2016	2017	2018
11 333 513	12 086 218	14 983 862	16 908 213	16 052 920	16 568 314

Source : Comptes financiers.

(209) Une proportion notable des achats de produits pharmaceutiques fait toutefois l'objet d'une recette de remboursement à l'établissement, soit par l'assurance-maladie, au titre de la liste des molécules onéreuses facturées en sus, soit dans le cadre des rétrocessions.

(210) S'agissant des autres dépenses, du fait des difficultés financières qu'il rencontre et qui réduisent son niveau d'investissement, l'établissement recourt à des dispositifs qui n'impactent pas son budget d'investissement mais pèsent sur son exploitation tels que la location d'équipements médicaux pour près de 0,65 M€ en 2018 (il s'y ajoute 0,17 M€ au titre d'opérations de crédit-bail imputées sur le titre 3 des charges).

### **5.5.3 Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) ont crû sous l'effet des admissions en non-valeur et du GHT.**

(211) Les charges à caractère hôtelier et général ont connu une progression de 0,9 M€, soit + 8 %, au cours de la période examinée. Outre l'évolution des dépenses liées au GHT (cf. partie 1), la principale évolution a trait aux admissions en non-valeur. Alors qu'en 2013, aucune admission en non-valeur (cf. partie fiabilité « les apurements de créances ») n'avait été réalisée, près de 0,5 M€ ont été mandatés en 2018. En 2015, dans le cadre de la certification des comptes, l'établissement a mené une importante opération d'apurement pour 1,3 M€.

### **5.5.4 Les charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles (titre 4) ont profité du désendettement de l'établissement**

(212) Si les charges de titre 4 prises dans leur ensemble sont en 2018 proches de celles de 2013 (7,6 M€), elles ont connu des fortes variations durant la période examinée.

(213) Les charges financières ont diminué, passant de 1,8 M€ en 2013 à 1,2 M€ en 2018, suivant ainsi la baisse de l'encours de dette.

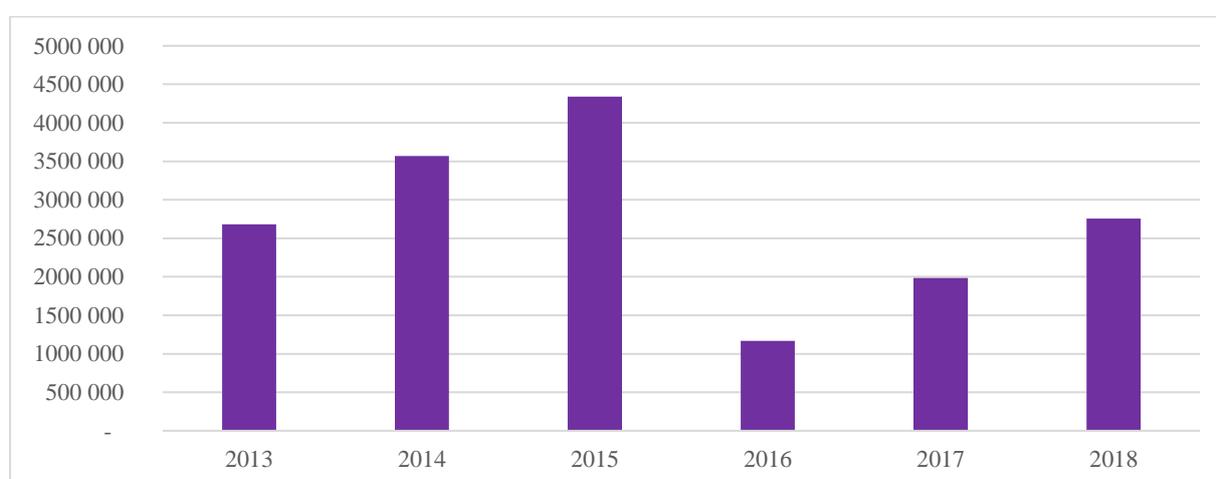
(214) Les dotations aux amortissements et provisions ont, en revanche, connu des variations significatives entre 2013 et 2018 du fait des mouvements intervenus sur les provisions. Les amortissements ont pour leur part diminué passant de 4,4 M€ à 4,2 M€ traduisant le faible niveau d'investissement de l'établissement.

## 5.6 Des investissements réduits, financés par le fonds de roulement

### 5.6.1 Des investissements faibles malgré des équipements vétustes

(215) La situation financière dégradée a conduit l'hôpital à réduire au minimum les nouveaux investissements. Hormis la restructuration du bloc opératoire (2,2 M€), une large place a été accordée aux mises aux normes et mises en sécurité. Les équipements médicaux n'ont fait l'objet que de peu de dépenses nouvelles, l'établissement se tournant en outre davantage vers le crédit-bail et la location.

**Graphique n° 14 : Montants des investissements réalisés (en €)**



Source : CHFSR.

(216) Le taux de vétusté des équipements traduit ce niveau d'investissement contenu. Ce taux, qui rapporte le montant des amortissements figurant au bilan à la valeur brute des actifs immobilisés, permet de mesurer la part moyenne des équipements déjà amortis. Une diminution du taux de vétusté signifie que l'établissement a investi durant la période. Au cas présent, le ratio n'a pas connu de variation significative. La légère diminution constatée résulte essentiellement de la restructuration du bloc opératoire.

(217) Le taux de vétusté de plus de 85 % place l'hôpital parmi les plus dégradés de la région (88,7 % pour le 8<sup>ème</sup> décile) ou de sa catégorie (87,8 %)<sup>75</sup>.

**Tableau n° 41 : Taux de vétusté des immobilisations (en %)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de vétusté des équipements (en %)	89,56	86,63	86,60	89,09	88,58	87,20
Médiane taux de vétusté des équipements (en %)	77,70	76,94	78,36	78,80	81,30	81,74

Source : Tableaux de bord financiers des établissements publics de santé, Hospidiag et rapports financiers.

<sup>75</sup> Source : Hospidiag.

(218) Les investissements à prévoir sur la période 2019-2022 sont nombreux avec notamment un grand nombre d'opérations comprises entre 5 000 et 50 000 € pour des remplacements d'équipements dont la maintenance est impossible à réaliser faute de pièces détachées et des rénovations de locaux vétustes (réalisation de l'agenda accessibilité handicapés pour plus d'un million d'euros, remplacement des installations d'appel malades pour près d'un million d'euros, réaménagement du sous-sol et mise au norme de la sécurité incendie, renouvellement des équipements médicaux et non médicaux pour des enveloppes annuelles comprises entre 0,8 et 1 M€, ...).

(219) De manière plus structurelle, l'établissement envisage également à court / moyen terme trois importants chantiers :

- d'une part, l'adaptation des locaux de psychiatrie intra-hospitalière (adulte et infanto-juvénile) aux normes d'hygiène et d'isolation<sup>76</sup> en vigueur ;

- d'autre part, la reconstruction du centre gérontologique regroupant le SSR et la filière personnes âgées (USLD et les deux EHPAD) qui permettrait, outre des conditions d'accueil des résidents correctes, de rouvrir des capacités en lits d'USLD et de SSR et d'améliorer ainsi la filière aval des hospitalisations. Avec 180 lits sur une même unité de lieu, le projet permettrait en outre des mutualisations ;

- enfin, un projet de restructuration et d'extension des urgences qui ne répondent plus aux conditions d'accueil et de traitement des patients et font l'objet d'alertes fréquentes de la part des pompiers, ambulanciers, et de la police. Les locaux sont vétustes, les surfaces insuffisantes et leur disposition n'est pas adaptée aux flux.

(220) Ces chantiers représenteraient plusieurs dizaines de millions d'euros. Outre des aides extérieures, l'hôpital pourrait contribuer par la vente de quelques terrains, mais sa situation financière actuelle ne permet pas un autofinancement même partiel de ces opérations.

## **5.6.2 Une CAF qui ne participe plus au financement des investissements**

(221) La capacité d'autofinancement (CAF) qui doit permettre de rembourser le capital des emprunts et de concourir au financement des nouveaux investissements (immobilisations) a suivi la dégradation du résultat. Elle s'est ainsi fortement réduite sur la période contrôlée et ne couvre plus le remboursement de la dette depuis 2014. Elle ne peut donc plus participer au financement des nouveaux investissements.

---

<sup>76</sup> La recommandation n°1 du rapport d'inspection de l'ARS de juillet 2017 préconise de « revoir le schéma directeur, dans le cadre du projet médical de l'établissement, pour prioriser les investissements nécessaires sur le site et adresser le dossier RESE intégrant la rénovation des locaux ».

**Tableau n° 42 : Capacité d'autofinancement<sup>77</sup>**

<i>En €</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>CAF</b>	<b>4 190 302</b>	<b>2 505 045</b>	<b>1 092 198</b>	<b>2 270 789</b>	<b>539 635</b>	<b>1 960 607</b>
- Aides exceptionnelles ARS	0	0	0	- 3 000 000	- 4 275 000	- 5 000 000
<b>CAF retraitée</b>	<b>4 190 302</b>	<b>2 505 045</b>	<b>1 092 198</b>	<b>- 729 211</b>	<b>- 3 735 365</b>	<b>- 3 039 393</b>
Remboursement des dettes financières	3 892 287	9 801 538	4 345 155	4 403 877	3 984 145	4 035 166
<b>CAF nette</b>	<b>298 015</b>	<b>- 7 296 493</b>	<b>- 3 252 957</b>	<b>- 2 133 088</b>	<b>- 3 444 510</b>	<b>- 2 074 559</b>
<b>CAF nette retraitée</b>	<b>298 015</b>	<b>- 7 296 493</b>	<b>- 3 252 957</b>	<b>- 5 133 088</b>	<b>- 7 719 510</b>	<b>- 7 074 559</b>

Source : Comptes financiers.

(222) L'ARS a alors accompagné significativement l'établissement dans ses investissements. Elle a notamment intégralement financé la restructuration du bloc opératoire (cf. *supra*), le CHFSR ne parvenant pas à honorer le plan de financement initial de l'opération qui prévoyait un autofinancement d'un million d'euros.

(223) Le centre hospitalier a également dû emprunter près de 20 M€ avec l'accord de l'ARS<sup>78</sup>. Le stock de dettes global a toutefois sensiblement diminué entre 2013 et 2018 (12,5 M€) compte tenu des remboursements de l'établissement (plus de 30 M€ sur la période) et de l'absence d'emprunts entre 2015 et 2016 (cf. Annexe n° 13). Les ratios d'endettement demeurent toutefois dégradés (cf. Annexe n° 14).

**Tableau n° 43 : Encours de dettes<sup>79</sup>**

<i>En €</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Total</b>	48 633 506	47 429 737	43 090 432	38 693 455	34 716 856	36 088 290
Évolution		- 1 203 769	- 4 339 305	- 4 396 977	- 3 976 599	1 371 434

Source : Comptes financiers.

(224) Durant cette période, et du fait d'un moindre recours à l'emprunt, l'établissement a opéré des prélèvements importants sur son fonds de roulement à hauteur de 14,5 M€ entre 2014 et 2017.

<sup>77</sup> Cf. tableau détaillé de passage du résultat à la CAF en Annexe n° 12.

<sup>78</sup> Le CHFSR relève du régime d'autorisation pour les établissements publics de santé dont la situation financière est caractérisée par au moins deux des trois critères suivants (article D. 6145-70 du code de la santé publique) : un ratio d'indépendance financière excède 50 % ; un ratio de durée apparente de leur dette excède dix ans ; un ratio de l'encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues excède 30 %).

<sup>79</sup> Le CHFSR dispose de 15 emprunts vivants fin 2018. La dette n'est pas risquée, uniquement composée d'emprunts classés A1 au regard de la charte « Gissler ».

**Tableau n° 44 : Fonds de roulement**

<i>En €</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Cumul
CAF	4 190 302	2 505 045	1 092 198	2 270 789	539 635	1 960 607	12 558 575
Emprunts	5 504 950	8 598 519	6 600	6 900	7 200	5 406 750	19 530 919
Dotations et subventions	136 447	39 483	3 136 926 <sup>80</sup>	45 698	1 642 708	1 890 268	6 891 530
Autres ressources	8 073	30 260	4 993	25 892	88 483	783	158 486
<b>Total ressources</b>	<b>9 839 771</b>	<b>11 173 306</b>	<b>4 240 717</b>	<b>2 349 279</b>	<b>2 278 027</b>	<b>9 258 409</b>	<b>39 139 510</b>
Remboursements dettes financières	3 892 287	9 801 538	4 345 155	4 403 877	3 984 145	4 035 166	30 462 167
Immobilisations	2 683 216	3 592 164	4 467 055	1 188 450	2 328 133	2 353 950	16 612 968
Autres emplois	-	483 750	2 040	-	800	2 853	489 443
<b>Total emplois</b>	<b>6 575 503</b>	<b>13 877 452</b>	<b>8 814 250</b>	<b>5 592 327</b>	<b>6 313 077</b>	<b>6 391 968</b>	<b>47 564 578</b>
Apport (+) ou prélèvement (-) sur le FDR	3 264 268	- 2 704 146	- 4 573 533	- 3 243 047	- 4 035 051	2 866 441	- 8 425 068

Source : états C5 - comptes financiers.

(225) Ces prélèvements successifs ont sensiblement dégradé le ratio fonds de roulement / nombre de jours de fonctionnement. Avec 7,55 jours de charges de fonctionnement en 2018, l'établissement se situe très loin de la médiane des établissements à 40,73 jours.

**Tableau n° 45 : Fonds de roulement exprimé en nombre de jours de fonctionnement**

<i>En M€</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Fonds de roulement	13,07	10,37	6,17	2,92	- 1,11	1,75
Soit en jours de fonctionnement	41,95	29,62	29,11	17,52	8,16	7,55

Source : État C7 des comptes financiers et tableaux de bord financiers et CHFSR.

### 5.6.3 Des problèmes de trésorerie et un ajustement sur les délais de paiement des fournisseurs

(226) Alors que le délai global de paiement (DGP) réglementaire des établissements publics de santé est de 50 jours<sup>81</sup>, les conditions de paiement des fournisseurs du CHFSR se sont fortement dégradées depuis 2015, en lien avec sa situation financière, pour atteindre désormais plus du double des délais réglementaires.

<sup>80</sup> Dont écriture terrain EHPAD Saint-Jacques pour 3,1 M€.

<sup>81</sup> Décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique.

(227) Selon l'observatoire des délais de paiement<sup>82</sup>, le DGP des établissements publics de santé comparables<sup>83</sup> était en moyenne de 53,7 jours en 2017 et 52,3 jours en 2018. La médiane se situait respectivement à 45,9 jours et 47,3 jours. Le dernier décile (10 % des factures payées les plus tard) était de 84,6 jours en 2017 et 69,6 jours en 2018. Les résultats du CHFSR dans ce domaine sont donc particulièrement mauvais.

(228) Cette situation n'est pas sans poser des problèmes et pourrait même avoir des conséquences sur le plan médical. Il est ainsi arrivé que certains fournisseurs de produits pharmaceutiques refusent de livrer l'établissement.

**Graphique n° 15 : Délai global de paiement (en jours) – délai réglementaire 50 jours<sup>84</sup>**



Source : CHFSR.

(229) Le centre hospitalier dispose bien d'une ligne de trésorerie d'un plafond de 3 M€ souscrite en juin 2015 auprès du Crédit agricole mais celle-ci est entièrement tirée et ne joue donc plus son rôle.

(230) En outre, l'établissement ne s'acquitte que très exceptionnellement de l'obligation de paiement d'intérêts moratoires qui peut s'avérer coûteuse (cf. partie sur les provisions). Le cas échéant, il met en place, lorsque les fournisseurs le sollicitent, des échéanciers de paiement.

<sup>82</sup> Banque de France, Rapport annuel 2018 de l'Observatoire des délais de paiement, avril 2019, p.81.

<sup>83</sup> Recettes comprises entre 70 et 150 M€.

<sup>84</sup> La chute des délais fin 2017-début 2018 résulte d'un changement de méthode de comptabilisation du délai par la DGFIP ne permettant plus d'utiliser la statistique. Le délai est désormais suivi par l'ordonnateur. (Source : note de présentation COPERMO).

**Tableau n° 46 : Dépenses du compte 6711 « intérêts moratoires et pénalités sur marchés » (en €)**

2013	2014	2015	2016	2017	2018
0	225	22 475	1 066	16 758	82

Source : Comptes financiers.

(231) En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué avoir entamé, en lien avec la trésorerie, des actions visant à améliorer les recouvrements sur les différents types de débiteurs et établi des plans de cadencement pour réduire les incidents de paiement des fournisseurs. La chambre note toutefois que l'amélioration structurelle ne pourra résulter que d'une restauration durable de l'équilibre financier de l'établissement.

## **6 DES RÈGLES DE MISE EN CONCURRENCE INSUFFISAMMENT RESPECTÉES**

(232) Les règles de mise en concurrence n'ont pas été respectées à plusieurs reprises, tant en matière de commande publique que d'occupation du domaine public.

### **6.1 L'installation irrégulière d'une centrale photovoltaïque peu rémunératrice sur le domaine de l'hôpital**

(233) Le 11 décembre 2018, l'établissement a conclu une convention d'occupation temporaire du domaine public avec la société ENGIE. Cette dernière souhaitait en effet y installer, dans le cadre d'un appel d'offre lancé par la commission de régulation de l'énergie (CRE)<sup>85</sup>, une centrale photovoltaïque.

(234) La convention autorise ENGIE à concevoir, construire, financer, entretenir et maintenir la centrale, sous forme d'ombrières sur le parking ouest de l'hôpital. La durée de la convention est de 25 ans à compter de la date de mise en service de la centrale, c'est-à-dire son raccordement au réseau de distribution d'électricité<sup>86</sup>. En fin de convention, les biens reviendront à l'hôpital qui pourra également, s'il le décide, demander le démantèlement de la centrale. Selon l'établissement, l'investissement représenterait 320 000 €.

<sup>85</sup> Les appels d'offres de la CRE visent à susciter la création d'installations d'énergies renouvelables (solaire ou éolien). Les lauréats bénéficient de contrats d'achat ou de contrats de complément de rémunération pour l'électricité produite.

<sup>86</sup> En août 2019, la centrale était encore en construction.

### 6.1.1 Une convention financièrement peu rentable pour l'établissement

(235) La centrale photovoltaïque sera d'une puissance crête<sup>87</sup> de 235 KWc pour une production annuelle estimée de 355 MWh. Elle comprendra trois ombrières de 410 m<sup>2</sup> chacune (33 m \* 12,4 m). Selon l'établissement, le prix de revente de l'électricité par ENGIE serait de 88,9 €/MWh, soit plus de 31 000 € par an, pour des coûts d'exploitation (entretien, monitoring, assurance, taxes de 9 000 € par an), soit une recette nette de 22 000 € annuel.

(236) En contrepartie de l'occupation du domaine public<sup>88</sup>, ENGIE versera une redevance annuelle, à compter de la première année pleine d'exploitation des équipements de 1 000 € HT, soit environ 4,5 % des revenus, ce qui représenterait, selon l'hôpital, le prix du marché. Aucune clause de réévaluation n'est prévue, ni même une simple indexation sur l'inflation<sup>89</sup>.

(237) Si dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, ENGIE estime que le montant de la redevance correspond aux avantages de toutes natures que retire l'hôpital de ces ombrières et qu'elle a été déterminée sur la base de données et d'éléments chiffrés, il ne fournit toutefois pas lesdits éléments.

(238) Ainsi, à ce jour l'hôpital ne perçoit encore aucune recette. L'ordonnateur a indiqué, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, attendre une redevance en décembre 2020 dès lors que la mise en service a eu lieu le 21 novembre 2019.

(239) Si l'hôpital résiliait la convention (par exemple en cas de besoin d'utilisation du terrain), il devrait indemniser ENGIE à hauteur du capital non amorti et des pertes d'exploitation pour un montant dégressif, inscrit dans la convention, de 510 K€ en 2019 ou, par exemple 0,33 K€ en 2024, 0,152 K€ en 2036 ou même 26 000 € en 2042, soit davantage que ce qu'il aurait perçu jusque-là.

(240) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur estime que l'établissement n'aura pas besoin de ces terrains et qu'il a plutôt tendance à modérer son schéma directeur immobilier. Si la chambre ne conteste pas les orientations immobilières actuelles du CHFSR, elle estime toutefois impossible d'affirmer aujourd'hui que la nécessité d'utiliser ces terrains ne se fera pas sentir au cours des vingt-cinq prochaines années.

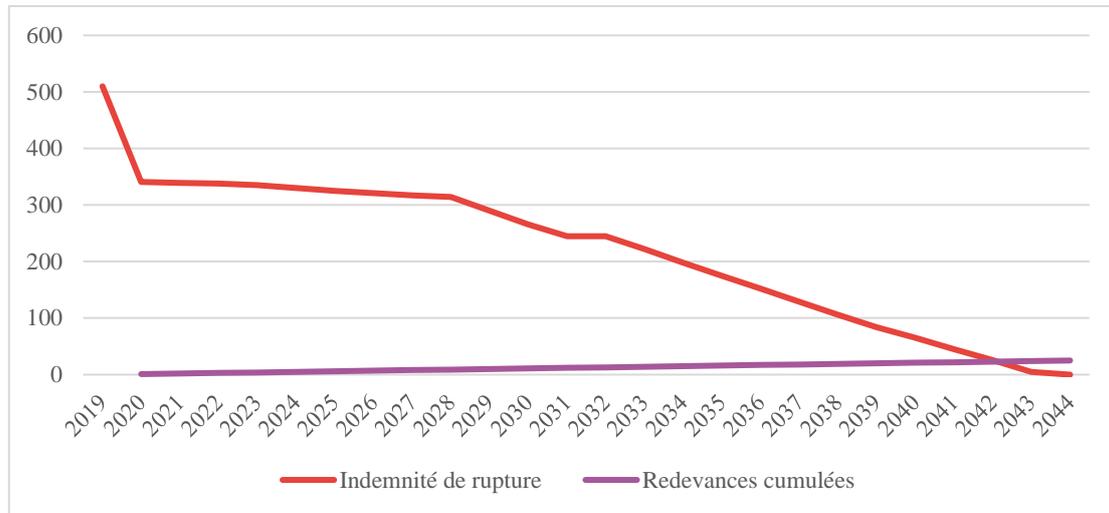
---

<sup>87</sup> Aussi appelée puissance « nominale », elle désigne la puissance maximale que celle-ci peut délivrer au réseau électrique. On parle ainsi de watts « crête » (Wc).

<sup>88</sup> Les voies et parkings établis à l'intérieur des hôpitaux publics sont des dépendances du domaine public lorsqu'ils sont affectés au service public et spécialement aménagés à cette fin (CE, avis n° 319305, 28 avril 1977).

<sup>89</sup> Avec une inflation de 2 % en moyenne sur la durée de la convention, la valeur de la redevance aura diminué de plus d'un tiers dans la vingt-cinquième année.

**Graphique n° 16 : Indemnité en cas de résiliation du bail (avant le 31/12 de l'année, en K€) et redevances cumulées (si début en 2020)**



Source : CRC, d'après la convention CHFSR/ENGIE.

(241) En outre, l'élagage des arbres susceptibles de créer des ombres portées sur les surfaces photovoltaïques est à la charge de l'hôpital.

(242) L'hôpital assume donc un risque important (la rupture anticipée en cas de besoin du terrain), pour un projet dont il n'est pas à l'origine et pour lequel il perçoit une rémunération minimale.

(243) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, ENGIE a d'ailleurs indiqué que si la convention devait être annulée, elle subirait un préjudice indemnisable, correspondant au capital non amorti, au manque à gagner et aux éventuels remboursements à effectuer.

(244) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a, pour sa part, indiqué que « *le CHI de Fréjus Saint-Raphaël a pu faire réaliser des ombrières pour les véhicules de son personnel ainsi que la restructuration de parkings (...). L'établissement, dans l'incapacité de réaliser en propre cet investissement au vu de sa situation financière, a pu ainsi répondre à un besoin et à une demande de ses salariés, sans dépense* ». La chambre est dubitative devant cette justification qui reviendrait à faire de ces ombrières un besoin de l'établissement, que celui-ci a satisfait par le truchement d'une convention d'occupation du domaine public en lieu et place d'un marché public, dont l'article 4 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, alors applicable, précise bien que « *les marchés sont les contrats à titre onéreux avec un opérateur économique, pour répondre à leurs besoins en matière de travaux, fournitures ou de services* ».

### **6.1.2 Une convention qui ne respecte pas les règles d'attribution d'occupation du domaine public**

(245) Si l'occupation du domaine public a longtemps été régie par le principe du gré à gré, la délivrance des autorisations d'occupation du domaine public doit désormais, sauf quelques exceptions très limitées, faire l'objet de publicité et de mise en concurrence préalables pour les titres d'occupation délivrés depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017<sup>90</sup>.

#### **La réforme de l'occupation du domaine public**

L'ordonnance n° 2017-562 du 19 avril 2017 relative à la propriété des personnes publiques prise pour application de l'article 34 de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique dite « Sapin 2 » a profondément réformé le régime de la délivrance des titres permettant l'occupation ou l'utilisation du domaine public des personnes publiques soumises au code général de la propriété des personnes publiques (CG3P).

Tirant les conséquences de la décision de la Cour de la justice de l'Union Européenne *Promimpresa Srl*<sup>91</sup>, la délivrance de tels titres est désormais soumise à des obligations de publicité et de mise en concurrence préalables lorsqu'elle est réalisée en vue d'une exploitation économique.

Des dérogations et assouplissements sont possibles pour les occupations de courte durée ou lorsque l'offre de titre est suffisante au regard de la demande, lorsque la procédure est injustifiée notamment lorsqu'une seule personne est en droit d'occuper la dépendance du domaine public en cause ou lorsqu'une première procédure de sélection s'est révélée infructueuse. La personne publique doit rendre publiques les considérations de fait ou de droit la conduisant à recourir à cette dérogation.

<sup>90</sup> Article 15 de l'ordonnance.

<sup>91</sup> CJUE, 14 juillet 2016, *Promimpresa Srl*, aff. n° C458/14 et C-67/15.

(246) Les personnes publiques doivent en effet « *organiser une procédure de sélection préalable présentant toutes les garanties d'impartialité et de transparence, et comportant des mesures de publicité permettant aux candidats potentiels de se manifester* », pour délivrer un titre d'occupation ou d'utilisation du domaine public en vue d'une exploitation économique, ce qui est bien le cas en l'espèce puisque ENGIE revend l'électricité produite et que d'autres opérateurs étaient susceptibles d'être intéressés (article L. 2122-1-1 du code général de la propriété des personnes publiques (CG3P)). Les cas d'exclusion de la procédure prévus aux articles L. 2122-1-2 et L. 2122-1-3 du CG3P ne trouvent pas à s'appliquer ici.

(247) Selon le compte-rendu du conseil de surveillance du 21 décembre 2018, « *il s'agit d'un projet proposé par la CAVEM [communauté d'agglomération Var Estérel Méditerranée] et un opérateur* ». L'établissement n'a donc pas fait de démarche de mise en concurrence et, même si la CAVEM en a fait une de son côté, ce que la chambre ignore, l'hôpital étant juridiquement indépendant et s'agissant de son domaine, il devait y procéder lui-même.

(248) Si l'établissement a indiqué, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, sans apporter de pièces l'attestant, avoir pris contact avec plus de vingt sociétés pour les solliciter sur ce projet, une telle consultation restreinte, ne remplirait toutefois pas les conditions posées par la réglementation d'une procédure transparente et de mesure de publicité permettant aux candidats potentiels de se manifester par eux-mêmes.

(249) La durée de la convention signée mérite également d'être relevée. L'article L. 2122-2 du CG3P dispose, en effet, que lorsque le titre d'occupation « *permet à son titulaire d'occuper ou d'utiliser le domaine public en vue d'une exploitation économique, sa durée est fixée de manière à ne pas restreindre ou limiter la libre concurrence au-delà de ce qui est nécessaire pour assurer l'amortissement des investissements projetés et une rémunération équitable et suffisante des capitaux investis* ». Or, la concurrence est ici figée pour une trentaine d'années en incluant la période de travaux, sans qu'il soit démontré que les conditions d'amortissement et de rémunération ne seront pas largement favorables à ENGIE.

(250) L'attribution de la convention d'occupation à ENGIE est donc irrégulière. En outre, une procédure de publicité aurait possiblement permis d'obtenir des conditions financières plus avantageuses pour l'établissement.

## **6.2 L'opération de travaux du bloc opératoire : des coûts mal évalués à tous les stades de la procédure**

(251) L'hôpital s'est trouvé devant la nécessité de rénover son bloc opératoire obsolète (cf. *supra*). Le 14 novembre 2014, un avis de marché à procédure adaptée était envoyé au bulletin officiel des annonces de marchés publics (BOAMP) pour la sélection d'une mission d'œuvre technique pour trois tranches de travaux de réhabilitation pour six zones de bloc et la salle de réveil.

(252) Seuls deux candidats déposaient une offre (le groupement GPT COMEBAT, fluides ingénierie services et le cabinet AD2I) sur les 32 sociétés ayant téléchargé le dossier. L'offre du cabinet Ad2I était sélectionnée tant au regard du prix que de la valeur technique, les deux critères de sélection, dans la mesure où elle arrivait nettement en tête. Selon le mémoire technique, le cabinet avait déjà travaillé pour le CHFSR<sup>92</sup> pour la mise en sécurité de l'hôpital de 2010 à 2014.

(253) Le forfait de rémunération inclus dans l'offre du cabinet était de 7,65 % de la valeur des travaux, soit 63 534,8 € HT au regard du montant estimatif indiqué dans la consultation. Le marché lui était notifié le 23 février 2015.

(254) Alors que les travaux étaient initialement estimés à un million d'euros par le maître d'ouvrage, leur coût allait doubler lors de la passation des marchés.

(255) L'ancien ordonnateur, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, a pointé la vacance du poste d'ingénieur en chef pendant plus d'un an entre juin 2016 et juillet 2017, préjudiciable à la réalisation, ainsi que des difficultés avec la maîtrise d'œuvre. La chambre note toutefois que, sur le premier point, la carence évoquée ne couvre pas la période allant de la définition du programme (2014) jusqu'à la passation des marchés de travaux (mi-2015), puis une grande partie de leur exécution, qui fait l'objet de la majorité des observations de la chambre.

### **6.2.1 Une estimation des travaux qui augmente de 35 % au stade de l'avant-projet détaillé (APD)**

(256) En 2014, l'opération de rénovation programmée se présentait sous la forme d'un marché en trois tranches devant être réalisées sur les exercices 2015, 2016 et 2017. Le projet était décomposé en neuf lots<sup>93</sup>. La décomposition du prix global et forfaitaire (DPGF) en valeur août 2014<sup>94</sup>, s'élevait à 1 225 332,74 € TTC (1 021 110 € HT) toutes dépenses confondues (y compris maîtrise d'œuvre, commission des systèmes de sécurité incendie (CSSI), contrôleur technique de la construction (CTC), coordonnateur sécurité prévention de la santé (CSPS)).

(257) Lors du recrutement du maître d'œuvre, l'estimation du coût de l'opération s'élevait à 1 097 004 € TTC<sup>95</sup> (914 710 € HT).

---

<sup>92</sup> Le rapport de sélection note d'ailleurs sa « *très bonne connaissance du CHI* ».

<sup>93</sup> Lot n° 1 : Menuiserie bois et aluminium, lot n° 2 : Protections murales, lot n° 3 : Électricité courants forts et courants faibles, lot n° 4 : Peinture et revêtement de sol souple, lot n° 5 : Cloisons, plafond et faux plafond, lot n° 6 : Plomberie, CVC et fluides médicaux, lot n° 7 : Auges chirurgicales, lot n° 8 : Scialytiques, lot n° 9 : Portes automatiques.

<sup>94</sup> DPGF estimatif travaux de rénovation des blocs opératoires, annexe n° 1, août 2014.

<sup>95</sup> CCAP, MAPA prestations intellectuelles, mission de maîtrise d'œuvre technique pour les travaux de rénovation des blocs opératoires du CHI-FSR (site Bonnet), Dossier de consultation des entreprises mis en ligne le 14 novembre 2014.

(258) Ce montant ne semblait pas incohérent au maître d'œuvre qui, dans le mémoire technique de son offre indiquait (p. 6) que « compte tenu du programme, nous pouvons constater que la somme de travaux allouée à cette opération par le maître d'ouvrage permettra de traiter l'intégralité des travaux à réaliser ». Cet avis d'un cabinet spécialisé en santé<sup>96</sup> et qui mettait en avant « sa grande expérience en réhabilitation et à l'intervention en milieu occupé » ne laissait donc pas présager un dérapage des coûts.

(259) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le maître d'œuvre a rappelé que sa mission avait débuté au stade de l'avant-projet sommaire (APS). Selon lui, la réalisation d'une phase de diagnostic au moment de l'élaboration du programme, aurait permis de recenser exhaustivement les travaux et de mieux déterminer l'enveloppe du programme.

(260) En 2015<sup>97</sup> toutefois, l'APD rendu par le maître d'œuvre prévoyait une décomposition du marché en sept lots<sup>98</sup> intégrant une tranche ferme et deux tranches conditionnelles. Le montant total était réévalué à 1 477 800 € TTC (1 231 500 € HT). L'enveloppe de travaux du maître d'ouvrage (1 097 004 € TTC) était donc à ce stade déjà revue à la hausse à hauteur de 0,4 M€, soit + 35 %.

## 6.2.2 Des coûts qui s'accroissent encore de 25 % au stade de la passation des marchés

(261) À la sous-estimation du maître d'ouvrage va alors s'ajouter celle du maître d'œuvre puisque l'estimation des travaux établie lors de l'APD sera de nouveau dépassée de 25 % lors de la passation des marchés de travaux.

(262) Le 1<sup>er</sup> octobre 2015, soit sept mois après l'attribution des marchés de maîtrise d'œuvre et de contrôle technique, un avis de publicité était envoyé au BOAMP pour un MAPA de rénovation des blocs opératoires décomposé en sept lots, rectifié le 12 novembre 2015, pour autoriser les variantes et, en conséquence, repousser la date de dépôts des offres du 19 novembre 2015 au 14 décembre 2015.

(263) Une tranche ferme consistait dans la rénovation de la partie est du bloc (salles d'opération n° 5 et 6), une tranche conditionnelle n° 1 concernait la partie centre du bloc (salles d'opération n° 3 et 4) et une tranche conditionnelle n° 2, la partie ouest du bloc (salles d'opération n° 1 et 2). Les travaux concernaient également la salle de réveil, sans que cela soit explicité dans le texte, mais mentionné dans les plans annexés.

(264) Les tranches conditionnelles (TC) étaient, selon le DCE, « autonomes » et pouvaient donc ne pas être affermées durant les 36 mois prévus du chantier. Elles le seront le 13 juin 2017 pour un démarrage des travaux prévu le 17 juillet 2017 (TC n° 1) et le 29 janvier 2018 pour une date de démarrage des travaux fixée le ... 15 janvier 2018 (TC n° 2).

<sup>96</sup> Maîtrise d'œuvre pour l'extension de l'hôpital de Martigues comprenant un bloc opératoire, réalisation de salles blanches à Bordeaux, réhabilitations à Martigues ...

<sup>97</sup> Affaire n° 812 - CHI Fréjus – Rénovation des blocs opératoires, Récapitulatif, Juin 2015.

<sup>98</sup> Lot n° 1 : Menuiseries bois et aluminium, cloisons, plafonds, faux plafonds, lot n° 2 : Protection murale, peinture, revêtement de sol souple, lot n° 3 : Électricité courants forts et courants faibles, lot n° 4 : plomberie, paillasse, traitement de l'air, fluides médicaux, lot n° 5 : auges chirurgicales, lot n° 6 : Scialytiques, lot n° 7 : portes automatiques.

(265) Ce montage est étonnant dès lors que le bloc était entièrement à refaire, sous peine de fermeture (cf. *supra*) et que la décision de le rénover à l'identique, sans suppression de salles, avait été prise. L'hôpital savait donc, dès l'origine, que les tranches ne seraient pas « conditionnelles » mais toutes affermies. Cela paraît d'autant plus évident que la tranche ferme réalisée en 2016 concernait l'extrémité est : les salles d'opérations n° 5 et 6, la moitié de la salle de réveil et des locaux voisins<sup>99</sup>. On conçoit difficilement que l'hôpital ait durablement pu fonctionner avec une moitié de salle de réveil rénovée.

(266) Hormis pour quelques lots, peu de candidats déposaient une offre<sup>100</sup>.

(267) Le lot n° 4 (plomberie, paillasse, traitement de l'air, fluides médicaux), pour lequel un seul candidat avait remis une offre (d'un montant près de trois fois supérieur à l'estimation APD) était déclaré sans suite le 25 février 2016, non en raison du prix, mais parce qu'entre-temps, le cahier des charges était modifié de façon substantielle suite à « *prise en compte partielle des installations par le BET* ». Des modifications importantes relatives au traitement de l'air, non détectées en compte par l'hôpital et le maître d'œuvre lors de l'élaboration du dossier initial, ont alors dû être intégrées avec de lourdes conséquences financières.

(268) Une nouvelle procédure sur le lot, alors décomposé en un lot n° 4 (plomberie, paillasse, CVC) et un lot n° 4 bis (fluides médicaux) était envoyée au BOAMP le 26 février 2016. Cette mauvaise estimation du besoin faisait donc perdre plus de deux mois au projet.

(269) Sur le lot n° 4, trois sociétés se portaient candidates. La société M était retenue pour un montant de 526 494 € HT (y compris prestation supplémentaire éventuelle (PSE)). Sur le lot n° 4 bis, seul la société O présentait une offre, pour un montant de 24 173 € HT. Les deux lots réunis s'élevaient donc à 550 000 € HT, soit plus de quatre fois l'estimation de l'APD.

(270) Au final, les actes d'engagement (tranches ferme et conditionnelles) des marchés de travaux étaient supérieurs de plus de 300 000 € HT, soit + 25 % par rapport à l'APD (cf. Tableau n° 47 :), très loin du seuil de tolérance de 10 % prévu à l'article 9.1.1. « *les engagements de la maîtrise d'œuvre sur le coût de l'opération - avant la passation des marchés de travaux* » du règlement de consultation<sup>101</sup>.

---

<sup>99</sup> Plan référencé affaire 812, phase DCE, plan n° CT.01, page 2/13, date 09/2015.

<sup>100</sup> Un seul candidat sur les lots n° 1, 4 et 5, 2 candidats sur les lots n° 2 et 3.

<sup>101</sup> Les pénalités ne sont toutefois pas possibles (CAA Lyon, 26 avril 2018, n°16LY00136).

**Tableau n° 47 : Écart entre les actes d'engagements et l'estimation APD (en euros HT)**

<i>Lot</i>	Estimation APD (HT)	AE	TC1	TC2	Total marchés engagés y compris PSE dans les lots
1	<b>239 000</b>	69 161	103 462	89 154	<b>261 777</b>
2	<b>330 300</b>	110 229	96 681	80 421	<b>287 331</b>
3	<b>93 400</b>	50 584	51 212	45 749	<b>147 545</b>
4	<b>126 200</b>	250 443	152 912	113 130	<b>516 486</b>
4bis		6 413	6 040	4 204	<b>16 656</b>
5	<b>25 200</b>	9 365	6 260	9 365	<b>24 990</b>
6	<b>109 200</b>	17 664	35 328	35 328	<b>88 320</b>
7	<b>214 800</b>	70 138	53 152	68 177	<b>191 467</b>
<i>PSE (rayons X)</i>	<b>93 400</b>				-
<b>Total</b>	<b>1 231 500</b>	<b>583 996</b>	<b>505 047</b>	<b>445 528</b>	<b>1 534 572</b>
<i>Écart en euros</i>					303 072
<i>Écart en %</i>					25 %

Sources : Actes d'engagement et estimation APD.

### 6.2.3 Un nouveau dépassement de 13 % en exécution

(271) Un nouveau dépassement de 0,24 M€ TTC a ensuite eu lieu lors de la phase d'exécution (+ 13 %), dont un marché de travaux supplémentaires passé avec le titulaire du lot n° 3 (N) pour 84 000 € TTC, qui portait à près de 300 000 € TTC les prestations qui lui étaient confiées, soit une augmentation de 70 % du marché initial.

**Tableau n° 48 : Marchés de travaux après avenants**

<i>lot</i>	Montants en € TTC		Évolution
	AE (TF + TC 1 et 2)	Après avenants	
<i>Lot n° 1</i>	314 132,40	327 165,43	4 %
<i>Lot n° 2</i>	344 796,90	362 909,64	5 %
<i>Lot n° 3</i>	177 053,76	215 578,32	22 %
<i>Travaux électriques supplémentaires</i>		84 000,00	
<i>Lot n° 4</i>	619 782,84	680 642,87	10 %
<i>Lot 4 bis</i>	19 987,52	20 729,92	4 %
<i>Lot 5</i>	29 988,00	29 988,00	0 %
<i>Lot 6</i>	105 984,30	105 984,30	0 %
<i>Lot 7</i>	229 760,18	251 704,36	10 %
<b>Total</b>	<b>1 841 485,91</b>	<b>2 078 702,83</b>	<b>13 %</b>

Source : CRC à partir des marchés du bloc opératoire.

(272) Ce marché, notifié le 25 mai 2016, soit seulement deux mois après la notification du marché initial consistait « *dans la réalisation de travaux de câblages complémentaires et similaires (courants forts et courants faibles) dans la totalité des salles interventionnelles des blocs opératoires permettant d'augmenter la capacité technique électrique des installations et de permettre notamment le déploiement d'un "PACS" (système d'archivage et de transmission d'images, ou Picture Archiving and Communication System en anglais)* ». Selon le rapport de présentation du marché, les travaux devaient permettre d'améliorer la répartition des points de raccordement et d'intégrer notamment le déploiement du PACS qui est intervenu postérieurement à la validation du programme de travaux.

(273) Les marchés similaires constituent des marchés négociés sans publicité, ni mise en concurrence, autorisés<sup>102</sup> lorsque « *7° Pour les marchés publics de travaux ou de services ayant pour objet la réalisation de prestations similaires à celles qui ont été confiées au titulaire d'un marché public précédent passé après mise en concurrence. Le premier marché public doit avoir indiqué la possibilité de recourir à cette procédure pour la réalisation de prestations similaires. Sa mise en concurrence doit également avoir pris en compte le montant total envisagé, y compris celui des nouveaux travaux ou services. Lorsqu'un tel marché public est passé par un pouvoir adjudicateur, la durée pendant laquelle les nouveaux marchés publics peuvent être conclus ne peut dépasser trois ans à compter de la notification du marché public initial* ».

(274) Dans le cas présent, le déploiement d'un PACS est présenté dans le CCTP comme une « *modification du besoin du maître d'ouvrage* » (art. 3) qui se traduit par l'installation de nombreuses prises informatiques nouvelles et des câblages afférents. Il s'agit donc de travaux qui auraient pu être anticipés dès la mise en concurrence initiale. Toutefois, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur a indiqué que les besoins nouveaux en termes de câblage et de raccordement sur le PACS n'étaient alors pas connus, l'arbitrage des autorités de tutelle régionales étant alors attendu.

(275) Malgré le qualificatif de marché similaire, il s'agit en réalité davantage d'un avenant au marché initial, dont la proportion (près de 50 % supplémentaire) est telle qu'elle est susceptible d'avoir bouleversé l'économie du marché et faussé la mise en concurrence du lot, ce qu'a confirmé l'ancien ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre.

(276) Au total, les marchés après avenants ont donc dépassé l'estimation APD de 41 % et l'enveloppe initiale du maître d'ouvrage de près de 90 %. En outre, logiquement, la rémunération du maître d'œuvre, reposant principalement sur les travaux estimés au stade de l'APD, a globalement augmenté de 31 % (91 657 € HT).

---

<sup>102</sup> Articles 42 de l'ordonnance (Ord) du 23 juillet 2015 et 30 I-7 du décret (D) du 25 mars 2016 relatifs aux marchés publics.

**Tableau n° 49 : Écart des marchés de travaux avec les estimations du maître d'ouvrage et du maître d'œuvre**

	En € HT	En € TTC	Écart en %
DPGF en valeur août 2014	1 021 110,00	1 225 332,74	
Enveloppe du maître d'ouvrage lors du recrutement du maître d'œuvre (novembre 2014)	914 170,00	1 097 004,00	
APD (juin 2015)	1 231 500,00	1 477 800,00	
<b>Écart entre l'enveloppe du maître d'ouvrage lors du recrutement du maître d'œuvre et l'estimation APD</b>	<b>317 330,00</b>	<b>380 796,00</b>	<b>35 %</b>
Marchés engagés (tranches fermes et conditionnelles)	1 534 571,59	1 841 485,91	
<b>Écart entre les marchés engagés et l'enveloppe du maître d'ouvrage</b>	<b>620 401,59</b>	<b>744 481,91</b>	
<b>Écart entre les marchés signés et l'estimation APD</b>	<b>303 071,59</b>	<b>363 685,91</b>	
Marchés après avenants	1 732 252,36	2 078 702,83	
<b>Écart entre les marchés après avenants et l'enveloppe du maître d'ouvrage</b>	<b>818 082,36</b>	<b>981 698,83</b>	<b>89 %</b>
<b>Écart entre les marchés après avenants et l'estimation APD</b>	<b>500 752,36</b>	<b>600 902,83</b>	<b>41 %</b>

Source : APD et marchés du bloc opératoire.

(277) On ne peut donc que constater les dysfonctionnements affectant le projet, tant au niveau de la définition des besoins (intégration tardive d'un PACS, conditionnalité des tranches non avérée, déclaration sans suite d'un lot et quadruplement de sa valeur), que de l'estimation des coûts par l'établissement et le maître d'œuvre.

(278) Durant la phase d'exécution, les marchés ont significativement fait l'objet d'avenants au titre de la tranche ferme (+ 18 %) et de la tranche conditionnelle n° 1 (+ 21 %). La tranche conditionnelle n° 2 est, en revanche, restée stable (-1 %) (cf. Annexe n° 15).

### 6.3 Des irrégularités importantes dans la commande publique

#### 6.3.1 Des successions d'avenants, des commandes sans support juridique dans l'attente de marchés passés par l'établissement support du GHT

(279) On dénombre 1443 marchés ou lots vivants depuis 2013 dont 467 marchés ou lots qui ont débuté avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013. 976 marchés ou lots ont donc débuté depuis cette date.

(280) Parmi ces derniers, 610 marchés ou lots ont un groupement pour personne responsable du marché, principalement le centre hospitalier intercommunal des Alpes du sud (CHICAS) et, plus marginalement, l'Union des groupements d'achats publics (Ugap) et le réseau des acheteurs hospitaliers (Resah). Pour 366 marchés, le CHFSR est la personne responsable du marché.

**Tableau n° 50 : Marchés débutés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013**

<i>Personne responsable du marché</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
<i>CH Fréjus Saint-Raphaël</i>	65	50	159 <sup>103</sup>	55	28	9	366
<i>Groupements</i>	125	102	196	53	85	49	610
<i>Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS)</i>	124	99	191	50	57	49	570
<i>Réseau des acheteurs hospitaliers (Resah)</i>			4	2	25		31
<i>Union des groupements d'achats publics (Ugap)</i>		3					3
<i>GHT du Var</i>					3		3
<i>Collecte transport des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)</i>	1			1			2
<i>Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM)</i>			1				1
<b>Total</b>	190	152	355	108	113	58	976

Source : CHFSR.

(281) La compétence « achats » a été transférée à l'établissement support du GHT du Var le 1<sup>er</sup> janvier 2018<sup>104</sup>. Dès 2017 pourtant, le nombre de marchés conclus par l'établissement a diminué notablement.

(282) Pour les marchés arrivés à échéance depuis 2016 le CHFSR a, en effet, dans l'attente de la passation de marchés groupés au niveau du territoire, soit prolongé par avenants la durée des marchés, soit même poursuivi, sans marché ni avenant, les commandes auprès des fournisseurs pour plusieurs centaines de milliers d'euros.

(283) Au total, 126 avenants de prolongation ont été signés entre 2016 et 2019 sur 68 marchés (certains marchés faisant l'objet de plusieurs avenants, les commandes étant ensuite poursuivies sans support juridique).

(284) Fin septembre 2019, de nombreuses fournitures et prestations étaient en attente de passation de marchés par le GHT.

(285) Ainsi, par exemple, les marchés de laits infantiles (marchés n° 586 à 591) qui devaient s'achever en octobre 2017 ont fait l'objet de quatre avenants successifs de prolongation jusqu'en janvier 2019 et l'approvisionnement se poursuit depuis cette date sur la base de simples échanges de courriers électroniques avec le fournisseur.

(286) Il en va de même pour un marché de maintenance électrique (n° 3237) conclu pour six mois en juin 2016 qui a fait l'objet de cinq avenants de prolongation pour une période supplémentaire de 25 mois.

<sup>103</sup> Année de renouvellement de réactifs et matériels de laboratoires, ce qui explique le nombre anormalement élevé de marchés.

<sup>104</sup> Article 2 du décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.

(287) Cette « pratique » a été décidée au niveau de l'établissement support du GHT, comme solution d'attente, afin de permettre la passation de marchés groupés au niveau territorial dès 2018 dans une logique de convergence des achats des établissements membres. L'ordonnateur, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre a indiqué que l'établissement n'avait pas d'autre option pour pérenniser la prestation et que cette pratique se réduisait au fil de la convergence des marchés du GHT.

(288) La chambre, constate cependant que ce système conduit à bafouer les règles de l'achat public, de transparence et de libre accès des entreprises à la commande publique. Il conduit, en outre, les signataires des actes afférents et les organisateurs du « système » à encourir les sanctions prévues par les textes en la matière.

(289) Il convient dès lors de mettre fin à cette pratique immédiatement.

### **6.3.2 Une absence de marché public pour l'intérim médical jusqu'en 2017**

(290) Il arrive à l'établissement à recourir à des agences d'intérim médical pour faire face à des besoins ponctuels de remplacement de médecins absents afin de garantir la continuité des soins.

(291) Avant juin 2017, l'hôpital faisait appel à des prestataires d'intérim, mais n'avait pas conclu de marché écrit, ni organisé une procédure de mise en concurrence alors que les montants de prestations le justifiaient pourtant. En 2016 par exemple, deux prestataires dépassaient le seuil de 25 000 € HT, pour lequel un contrat écrit est nécessaire<sup>105</sup> et une mise en concurrence adaptée doit être organisée, ce qui n'a pas été le cas.

(292) À compter de 2017, le centre hospitalier intercommunal de Toulon - La Seyne a créé un groupement de commandes auquel le CHFSR a adhéré. Un accord cadre a été passé par le coordonnateur du groupement, les établissements membres passent des marchés subséquents, conformément à la réglementation.

### **6.3.3 Un « saucissonnage » des prestations d'organisation et de gestion du temps de travail du personnel médical.**

(293) L'établissement a conclu, sur huit mois entre juin 2017 et février 2018, trois marchés successifs avec le cabinet X dans le domaine du personnel médical.

(294) Chaque marché a été passé sans mise en concurrence, en référence à l'article 30.I.8 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics<sup>106</sup> car, pris séparément, chacun d'entre eux était inférieur au seuil de 25 000 HT, (auquel fait explicitement référence l'article 7 de chacun des marchés) au-dessus duquel une procédure de mise en concurrence est obligatoire.

<sup>105</sup> Article 15 du décret du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics : « Les marchés publics répondant à un besoin dont la valeur estimée est égale ou supérieure à 25 000 euros HT sont conclus par écrit ».

<sup>106</sup> « Pour les marchés publics répondant à un besoin dont la valeur estimée est inférieure à 25 000 euros HT. L'acheteur veille à choisir une offre pertinente, à faire une bonne utilisation des deniers publics et à ne pas contracter systématiquement avec un même opérateur économique lorsqu'il existe une pluralité d'offres susceptibles de répondre au besoin ».

**Tableau n° 51 : Descriptif des marchés**

N°	Notification	Objet	Montant en € HT
3336	19/06/2017	Identification des leviers d'optimisation des dépenses liées au personnel médical	24 800
3409	18/12/2017	Formalisation des maquettes d'organisation des équipes médicales de sept services médicaux, identification du volume des ressources médicales nécessaires et des cibles d'activité de ces services	24 800
3415	21/02/2018	Accompagnement à la définition des principes de gestion des temps médicaux	10 000
<i>Total</i>			59 600

Source : CRC.

(295) Cette manière de procéder relève d'un « saucissonnage » des prestations dès lors que ces marchés relevaient en fait d'une même prestation globale et homogène, qui aurait, de ce fait, dû faire l'objet d'une mise en concurrence dans le cadre d'une procédure adaptée, potentiellement pour un marché avec une tranche ferme et des tranches conditionnelles.

(296) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur réfute le terme « saucissonnage », en expliquant que le premier marché ne concernait qu'un diagnostic. Ce n'est que suite à celui-ci que la décision de conclure les deux autres marchés a été prise. La chambre relève que cela ne modifie pas le fait que les deux autres marchés, relevant d'une prestation homogène, ont été découpés restant ainsi sous le seuil de mise en concurrence adaptée.

(297) Les équipes mobilisées par le prestataire ont été en grande partie les mêmes.

(298) Alors que le marché n° 3336 a été signé le 18 mai 2017, et notifié le 19 juin 2017, l'intervention du cabinet de consultants a débuté avant cette date. Une présentation méthodologique est en effet datée du 4 mai 2017.

(299) Ce premier marché s'est traduit par un diagnostic, présenté le 14 octobre 2017. Il se concluait par la proposition de deux chantiers d'amélioration : la mise en place d'outils d'un pilotage médico-économique efficient (révision des maquettes organisationnelles et l'adoption de cibles d'activité cohérentes avec celles-ci) et la consolidation de la gestion du temps de travail médical. Ces deux prestations ont fait l'objet des deux marchés passés avec le cabinet X dans le prolongement du premier.

(300) Le marché suivant, n° 3409 fait directement référence, dans son annexe technique, à un « *accompagnement pour faire suite au diagnostic présenté le 14 octobre 2017* ». La « *proposition d'accompagnement à la définition des principes de gestion des temps médicaux* » qui y correspond reprend les deux propositions issues du diagnostic d'octobre 2017. Un document non daté sur les organisations médicales décrit les maquettes organisationnelles de plusieurs services, les cibles d'activité et le niveau d'adéquation entre les deux.

(301) Pour le 3<sup>ème</sup> marché, les échanges entre le cabinet X et le CHFSR au moment de sa notification, présente le marché n° 3415 sous le terme d'« *avenant* ».

(302) L'offre proposée par le cabinet apparaît reposer sur une sorte de « contrat-type » proposant systématiquement un nombre de jours de mission (20 jours) permettant d'être à la limite du seuil de mise en concurrence. Le prestataire en est conscient puisque les contrats indiquent qu'il « *s'engage à ne pas dépasser le montant décrit* » (art. 3).

\* \*  
\*

Qu'il s'agisse de la principale opération de travaux ou de marchés de services ou fournitures, le respect de règles centrales de la commande publique fait défaut sur plusieurs points : la juste définition du besoin, la mise en concurrence et la passation de marchés selon les seuils réglementairement définis.

La multiplication des avenants de prolongations et les commandes sans marché qui limitent l'égal accès des entreprises à la commande publique ne sauraient être justifiées par l'attente de la passation de marché par l'établissement support du groupement hospitalier de territoire.

## ANNEXES

Annexe n° 1. Nombre de lits et de places installés .....	91
Annexe n° 2. Séjours en hospitalisation complète et en ambulatoire .....	92
Annexe n° 3. Les taux d'occupation .....	93
Annexe n° 4. Les consultations externes par spécialité de 2013 à 2018.....	94
Annexe n° 5. Impact des corrections d'écriture comptable sur les comptes de report à nouveau .....	95
Annexe n° 6. Calcul détaillé des soldes intermédiaires de gestion .....	96
Annexe n° 7. Bilan du CREF à fin 2018 (en €) .....	97
Annexe n° 8. Synthèse du plan d'actions COPERMO .....	98
Annexe n° 9. Observations formulées sur le plan d'actions COPERMO .....	100
Annexe n° 10. Détail des produits (en €) sur la période 2013-2018.....	103
Annexe n° 11. Détails des charges (en €) sur la période 2013-2018 .....	104
Annexe n° 12. Passage du résultat à la CAF .....	105
Annexe n° 13. Le stock de dette au 31/12/2018 .....	106
Annexe n° 14. Les ratios d'endettement du CHFSR .....	107
Annexe n° 15. Marchés de rénovation du bloc opératoire - Écarts en exécution selon les tranches et les lots .....	108
Annexe n° 16. Chronologie du projet de rénovation du bloc opératoire .....	110
Annexe n° 17. Glossaire .....	111

## Annexe n° 1. Nombre de lits et de places installés

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evol 2013 - 2018	En %
<i>Lits de médecine</i>	215	214	214	214	201	203	- 12	- 6 %
<i>Lits de chirurgie</i>	79	79	62	62	62	51	- 28	- 35 %
<i>Lits installés en obstétrique</i>	33	33	33	26	26	26	- 7	- 21 %
<b><i>Sous-Total MCO - lits installés</i></b>	<b>327</b>	<b>326</b>	<b>309</b>	<b>302</b>	<b>289</b>	<b>280</b>	- 47	- 14 %
<i>Places de médecine</i>	23	23	26	26	25	25	+ 2	9 %
<i>Places de chirurgie</i>	8	8	8	8	8	8	-	0 %
<b><i>Sous-total MCO - places installées</i></b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	2	6 %
<b><i>Nb lits et places MCO</i></b>	<b>358</b>	<b>357</b>	<b>343</b>	<b>336</b>	<b>322</b>	<b>313</b>	- 45	- 13 %
<i>Lits installés en SSR</i>	30	30	30	30	30	30	-	0 %
<i>Lits de psychiatrie</i>	17	17	17	17	17	17	-	0 %
<i>Places de psychiatrie</i>	63	63	63	63	63	63	-	0 %
<i>Lits en unité de soins de longue durée (USLD)</i>	30	30	30	30	30	30	-	0 %
<i>Lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</i>	90	90	90	90	90	90	-	0 %
<b><i>Total lits et places installés</i></b>	<b>588</b>	<b>587</b>	<b>573</b>	<b>566</b>	<b>552</b>	<b>543</b>	- 45	- 8 %
<i>Évolution annuelle</i>		- 1	- 14	- 7	- 14	- 9		

Source : CHFSR.

## Annexe n° 2. Séjours en hospitalisation complète et en ambulatoire

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013	2018/2015
<i>Nombre de RSA<sup>107</sup> de médecine (HC)</i>	14 029	14 170	14 307	13 286	11 719	11 365	- 19 %	- 21 %
<i>Nombre de RSA de chirurgie (HC)</i>	3 982	3 921	3 997	3 656	3 427	3 194	- 20 %	- 20 %
<i>Nombre de RSA d'obstétrique (HC)</i>	1 910	1 896	1 794	1 708	1 619	1 472	- 23 %	- 18 %
<b><i>Sous-total RSA en hospitalisation complète</i></b>	<b>19 921</b>	<b>19 987</b>	<b>20 098</b>	<b>18 650</b>	<b>16 765</b>	<b>16 031</b>	- 20 %	- 20 %
<i>Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)</i>	3 809	4 397	4 444	3 719	2 847	3 185	- 16 %	- 28 %
<i>Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)</i>	1 398	1 416	1 615	1 584	1 718	1 470	5 %	- 9 %
<i>Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)</i>	468	448	426	453	475	537	15 %	26 %
<b><i>Sous-total RSA en ambulatoire</i></b>	<b>5 675</b>	<b>6 261</b>	<b>6 485</b>	<b>5 756</b>	<b>5 040</b>	<b>5 192</b>	- 9 %	- 20 %

Source : Hospidiag et CHFSR.

<sup>107</sup> Tout séjour hospitalier dans le champ MCO d'un établissement de santé doit donner lieu à la production d'un enregistrement informatique normalisé, appelé résumé de sortie standardisé (RSS), comportant des informations administratives, démographiques, médicales et de prise en charge. L'établissement doit transmettre ses données anonymisées sur la plateforme e-PMSI de l'ATIH de façon mensuelle et cumulée depuis le début de l'année. Le logiciel GENRSA dit « générateur de RSA (Résumé de Sortie Anonymisé) », propriété de l'État, produit un fichier de RSA par transformation des RSS.

## Annexe n° 3. Les taux d'occupation

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>FEMME-MÈRE-ENFANT</b>	<b>66,18 %</b>	<b>66,41 %</b>	<b>68,90 %</b>	<b>68,10 %</b>	<b>69,91 %</b>	<b>70,48 %</b>
PÉDO-PSYCHIATRIE	68,87 %	65,72 %	74,21 %	68,85 %	82,73 %	78,53 %
SPE- GYNÉCO-OBST	63,03 %	65,35 %	64,81 %	67,39 %	65,49 %	60,43 %
SPE-PÉDIATRIE	68,76 %	67,68 %	71,31 %	68,54 %	70,94 %	84,74 %
<b>GÉRONTOLOGIQUE</b>	<b>98,40 %</b>	<b>99,66 %</b>	<b>98,90 %</b>	<b>99,71 %</b>	<b>99,03 %</b>	<b>99,86 %</b>
EHPAD LA CHENAIE	96,00 %	98,26 %	96,79 %	97,78 %	98,49 %	99,36 %
EHPAD ST JACQUES	96,67 %	97,76 %	95,23 %	97,95 %	96,63 %	98,10 %
SPE- CT SEJ GÉRIATRIQUE	104,34 %	107,61 %	111,52 %	110,25 %	109,18 %	109,20 %
SSLD	98,78 %	98,08 %	96,90 %	97,08 %	95,66 %	99,92 %
SSR	98,19 %	98,31 %	97,23 %	97,30 %	96,96 %	93,92 %
<b>INTERVENTIONNEL</b>	<b>81,23 %</b>	<b>78,26 %</b>	<b>79,00 %</b>	<b>80,51 %</b>	<b>80,60 %</b>	<b>75,76 %</b>
SPE- GASTRO-ENTÉROLOGIE	100,02 %	99,99 %	98,78 %	100,20 %	94,89 %	92,68 %
SPE- GYNÉCO-OBST	76,16 %	71,66 %	49,47 %	53,98 %	53,26 %	54,96 %
SPE- OPHTALMOLOGIE	23,01 %	14,66 %	27,67 %	29,23 %	47,37 %	15,35 %
SPE- UROLOGIE	74,44 %	76,99 %	76,96 %	61,83 %	63,73 %	63,96 %
SPE-CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	81,45 %	78,20 %	81,45 %	89,27 %	73,34 %	65,83 %
SPE-CHIRURGIE VISCÉRALE	73,77 %	67,22 %	80,68 %	88,93 %	82,01 %	87,44 %
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES			54,77 %	50,14 %		
<b>MÉDECINE</b>	<b>93,82 %</b>	<b>97,09 %</b>	<b>100,07 %</b>	<b>100,61 %</b>	<b>98,30 %</b>	<b>100,68 %</b>
SPE- ALGOLOGIE - DOULEUR						
SPE- CARDIOLOGIE	92,18 %	95,21 %	97,74 %	96,87 %	93,87 %	90,60 %
SPE- INFECTIO-DERMATOLOGIE	59,45 %	36,58 %	34,38 %	16,12 %		
SPE-MÉDECINE INTERNE	97,43 %	103,57 %	105,63 %	110,25 %	100,90 %	102,01 %
SPE-ONCOLOGIE HÉMATOLOGIE MÉDICALE	85,91 %	88,77 %	92,84 %	92,39 %	94,95 %	104,03 %
SPE-PNEUMOLOGIE	100,84 %	102,55 %	106,48 %	106,89 %	104,82 %	111,45 %
<b>PSYCHIATRIE GÉNÉRALE</b>	<b>98,07 %</b>	<b>98,86 %</b>	<b>97,16 %</b>	<b>114,29 %</b>	<b>130,88 %</b>	<b>90,12 %</b>
SPE- PSYCHIATRIE	98,07 %	98,86 %	97,16 %	114,29 %	130,88 %	90,12 %
<b>URGENCES - RÉANIMATION</b>	<b>92,37 %</b>	<b>98,48 %</b>	<b>102,94 %</b>	<b>102,67 %</b>	<b>99,03 %</b>	<b>99,31 %</b>
SPE-RÉANIMATION	81,87 %	87,37 %	90,84 %	91,76 %	90,84 %	89,47 %
URGENCES	87,78 %	97,97 %	100,99 %	102,95 %	93,97 %	95,87 %
<b>Total général</b>	<b>89,30 %</b>	<b>90,20 %</b>	<b>91,37 %</b>	<b>93,58 %</b>	<b>94,73 %</b>	<b>92,18 %</b>

Source : CHFSR.

## Annexe n° 4. Les consultations externes par spécialité de 2013 à 2018

NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CENTRE MÉMOIRE	660	751	693	648	554	599
CHIRURGIE AMBULATOIRE		2	4	3	14	1
CONSULTATIONS EXTERNES			12	16	28	19
MÉDECINE NUCLÉAIRE	22	8	8			
PÉDO-PSYCHIATRIE	350	1 183	1 486	1 324	167	90
SPE- ALGOLOGIE - DOULEUR	1 198	1 286	1 507	1 801	2 040	1 630
SPE- ANESTHÉSIOLOGIE	5 190	4 838	5 168	5 495	5 366	4 680
SPE- CARDIOLOGIE	27	639	1 023	636	415	23
SPE- CT SEJ GÉRIATRIQUE	93	96	118	90	97	109
SPE- DIÉTÉTIQUE	95	161	52	104	86	67
SPE- ENDOCRINOLOGIE (A créer au 01/01/2018)					135	600
SPE- GASTRO-ENTÉROLOGIE	2 989	2 270	2 259	2 785	2 163	1 416
SPE- GYNÉCO-OBST	8 196	8 133	8 250	8 715	8 210	9 011
SPE- INFECTIO-DERMATOLOGIE	3 687	2 952	3 371	3 375	2 972	2 978
SPE- NEUROLOGIE	950	1 067	1 086	1 390	255	
SPE- OPHTALMOLOGIE	1 156	1 553	1 161	964	551	831
SPE- PSYCHIATRIE	106	75	86	144	126	114
SPE- UROLOGIE	1 363	1 280	1 058	922	723	604
SPE-CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	4 739	4 385	4 061	3 975	3 991	4 617
SPE-CHIRURGIE VISCÉRALE	2 973	2 909	2 932	3 226	1 819	1 408
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES	1 282	1 157	1 008	1 261	962	572
SPE-MÉDECINE INTERNE	2 635	1 851	2 193	1 944	2 206	2 115
SPE-ONCOLOGIE HÉMATOLOGIE MÉDICALE	2 964	3 131	3 123	2 893	1 964	2 229
SPE-PÉDIATRIE	5 429	6 905	5 817	637	2 541	4 289
SPE-PNEUMOLOGIE	1 913	1 780	1 613	1 506	1 504	1 446
SPE-RÉANIMATION	18	42	64	6	2	
URGENCES	21 733	23 178	25 051	24 412	24 049	26 526
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>69 768</b>	<b>71 632</b>	<b>73 204</b>	<b>68 272</b>	<b>62 940</b>	<b>65 974</b>

Source : CHFSR.

### Annexe n° 5. Impact des corrections d'écriture comptable sur les comptes de report à nouveau

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
<i>Solde du compte 110 au 31/12</i>	416 890,42	292 065,58	659 717,07	461 882,44	358 012,35	314 123,16	
<i>Corrections d'écriture réalisées en n + 1</i>		328 807,89	-	-	-		
<b><i>Situation au 31/12 n corrigée</i></b>		<b>620 873,47</b>	<b>659 717,07</b>	<b>461 882,44</b>	<b>358 012,35</b>		
<i>Solde du compte 119 au 31/12</i>	- 5 256 335,45	- 5 151 013,19	- 12 424 187,14	- 16 951 657,13	- 19 891 660,38	- 23 740 584,16	
<i>Corrections d'écriture réalisées n + 1</i>		- 4 907 928,20	- 739 067,74	-	-		
<b><i>Situation au 31/12 n corrigée</i></b>		<b>- 10 058 941,39</b>	<b>- 13 163 254,88</b>	<b>- 16 951 657,13</b>	<b>- 19 891 660,38</b>		
<b><i>Total corrections c/110 et 119</i></b>		<b>- 4 579 120,31</b>	<b>- 739 067,74</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>- 5 318 188,05</b>
		Source : Annexe 1, Rapport CAC 2015	Source : Annexe 1, Annexe CF 2016	Source : Annexe 1, Annexe CF 2017	Source : Annexe 1, Annexe CF 2018	Source : Compte financier	
<b><i>SOLDE DES COMPTES II</i></b>	<b>- 4 839 445,03</b>	<b>- 9 438 067,92</b>	<b>- 12 503 537,81</b>	<b>- 16 489 774,69</b>	<b>- 19 533 648,03</b>	<b>- 23 426 461,00</b>	

## Annexe n° 6. Calcul détaillé des soldes intermédiaires de gestion

SOLDES	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie ( A )</i>	68 684 862	69 204 296	71 871 376	69 730 682	66 302 502	68 888 429
<i>Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie ( B )</i>	10 819 068	11 237 929	11 336 832	10 403 713	9 420 171	9 479 188
<i>Sous-total variable selon l'activité ( A + B )</i>	79 503 930	80 442 225	83 208 208	80 134 395	75 722 673	78 367 618
<i>Produits du financement des activités de SSR</i>		-	-	-	1 731 531	317
<i>MIGAC et FIR</i>	2 699 375	4 604 332	4 752 675	4 959 301	5 744 842	8 468 437
<i>Forfaits annuels</i>	2 384 597	2 556 249	2 556 250	2 505 394	2 524 964	2 459 571
<i>Dotations annuelles de financement (DAF)</i>	15 065 516	15 724 517	15 765 162	18 693 745	17 654 288	15 672 272
<i>Produits afférents aux soins (CRA)</i>	2 743 933	2 625 432	2 617 651	2 525 456	2 533 515	2 558 557
<i>Produits afférents à la dépendance</i>	770 464	756 144	771 464	841 839	846 697	782 229
<i>Produits de l'hébergement</i>	2 080 689	2 139 697	2 120 441	2 175 558	2 196 498	2 241 993
<i>Autres produits de tarification des CRA</i>	493 958	538 997	551 809	572 486	590 853	571 324
<i>Ventes de marchandises</i>	3 331 961	4 575 365	6 522 152	8 337 080	8 556 371	7 088 302
<i>Autres produits</i>	1 882 726	2 896 678	2 868 544	2 480 557	1 799 804	2 060 940
<i>Produits bruts d'exploitation</i>	110 957 149	116 859 639	121 734 360	123 225 814	119 902 038	122 318 562
<i>Consommations en provenance de tiers</i>	22 055 935	23 034 430	26 000 114	27 903 517	27 015 229	27 459 600
<i>Charges externes</i>	10 801 525	10 717 209	11 183 108	11 202 984	10 718 863	11 328 845
<i>Remboursements de frais des CRA</i>		362	-	-	-	-
<i>- Consommations intermédiaires</i>	32 857 461	33 751 277	37 183 223	39 106 502	37 734 092	38 788 445
<b>VALEUR AJOUTÉE</b>	<b>78 099 689</b>	<b>83 108 361</b>	<b>84 551 137</b>	<b>84 119 311</b>	<b>82 167 945</b>	<b>83 530 117</b>
<i>+ Subventions d'exploitation</i>	4 008 964	280 217	214 926	172 439	232 419	171 340
<i>- Impôts et taxes</i>	6 686	8 218	6 169	6 937	5 266	5 992
<i>- Charges de personnel (en net)</i>	78 818 743	81 838 529	83 683 967	83 258 616	84 068 126	83 045 108
<b>EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION</b>	<b>3 283 224</b>	<b>1 541 830</b>	<b>1 075 925</b>	<b>1 026 198</b>	<b>- 1 673 027</b>	<b>650 355</b>
<i>+ Autres produits de gestion courante</i>	2 006 866	2 364 387	2 110 110	2 041 596	2 338 372	2 351 837
<i>- Autres charges de gestion courante</i>	245 451	411 368	1 547 698	428 676	523 557	818 640
<b>MARGE BRUTE</b>	<b>5 044 639</b>	<b>3 494 850</b>	<b>1 638 337</b>	<b>2 639 118</b>	<b>141 786</b>	<b>2 183 552</b>
<i>+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation</i>	1 568 804	1 014 179	2 143 184	1 775 245	1 579 935	1 758 011
<i>- Dotations aux amortissements</i>	4 666 785	4 983 090	4 972 059	4 790 342	4 548 428	4 336 392
<i>- Dotations aux provisions et dépréciations</i>	419 000	697 340	1 638 935	2 348 026	1 475 349	1 672 234
<b>RÉSULTAT D'EXPLOITATION</b>	<b>1 527 658</b>	<b>- 1 171 400</b>	<b>- 2 829 472</b>	<b>- 2 724 003</b>	<b>- 4 302 055</b>	<b>- 2 067 062</b>
<i>+ Produits financiers</i>	3	482 750	-	-	-	-
<i>- Charges financières</i>	1 847 794	2 290 450	1 612 624	1 587 740	1 449 019	1 298 191
<b>RÉSULTAT COURANT</b>	<b>- 320 133</b>	<b>- 2 979 100</b>	<b>- 4 442 096</b>	<b>- 4 311 744</b>	<b>- 5 751 075</b>	<b>- 3 365 253</b>
<i>+ Produits exceptionnels</i>	1 983 539	1 221 467	1 385 907	1 864 881	2 247 391	1 654 161
<i>- Charges exceptionnelles</i>	1 013 737	377 105	663 890	595 607	373 418	509 776
<b>RÉSULTAT EXCEPTIONNEL</b>	<b>969 802</b>	<b>844 361</b>	<b>722 016</b>	<b>1 269 273</b>	<b>1 873 972</b>	<b>1 144 385</b>
<b>RÉSULTAT NET</b>	<b>649 669</b>	<b>- 2 134 738</b>	<b>- 3 720 080</b>	<b>- 3 042 471</b>	<b>- 3 877 102</b>	<b>- 2 220 868</b>

Source : Tableaux de bord financiers.

## Annexe n° 7. Bilan du CREF à fin 2018 (en €)

Processus	Actions	Prévisionnel CREF				Réalisé	
		Gains 2018	Cumul des gains à fin 2018	Cumul des gains fin 2020	Taux de réalisation attendu en 2018	Cumul des gains à fin 2018	Taux de réalisation effectif (cumul à fin 2018)
<i>Optimisation de la gestion des lits</i>	Réorganisation de l'activité de chirurgie pelvienne	3 380	1 013 019	1 013 019	100 %	1 013 019	100 %
<i>Optimisation de la gestion des lits</i>	Réorganisation de la pédiatrie						
<i>Optimisation de la gestion des lits</i>	Maquettes organisationnelles	16 587	785 347	785 347	100 %	752 147	96 %
<i>Efficiences de la politique d'achat</i>	Optimisation des achats et des consommations	23 030	85 680	235 680	36 %	366 846	428 %
<i>Optimisation des organisations logistiques et administratives</i>	Optimisation des organisations logistiques et administratives	257 135	780 865	920 215	85 %	827 134	106 %
<i>Optimisation des organisations logistiques et administratives</i>	Réduction des coûts de la crèche	97 680	97 680	97 680	100 %	134 472	138 %
<i>Optimisation des organisations logistiques et administratives</i>	Réorganisation des secrétariats médicaux	87 000	87 000	87 000	100 %	87 000	100 %
<i>Optimisation des plateaux techniques</i>	Optimisation du fonctionnement du bloc	175 524	373 824	473 824	79 %	198 300	53 %
<i>Mesures générales d'organisation du temps de travail</i>	Optimiser l'organisation médicale au regard de l'activité	335 108	427 903	492 069	87 %	173 628	41 %
<i>Mesures générales d'organisation du temps de travail</i>	Réduction de l'absentéisme et optimisation des remplacements	25 000	238 060	273 060	87 %	331 647	139 %
<i>Mesures de maîtrise des dépenses</i>	Regroupement des sites extérieurs	0	0	22 614	0 %		
<i>Développement de la chirurgie ambulatoire</i>	Virage ambulatoire en médecine avec le soutien de l'ANAP	153 728	228 850	467 322	49 %	- 19 656	- 9 %
<i>Optimisation du processus de facturation et / ou du codage de l'activité</i>	Améliorer l'exhaustivité et la qualité du codage de l'activité médicale	978 042	978 042	978 042	100 %	-	0 %
<i>Développement d'activité</i>	Renforcement d'activités médicales	78 859	321 432	321 432	100 %	391 058	122 %
<i>Autres recettes subsidiaires</i>	Développement des prestations de formations	200	20 233	20 433	99 %	40 860	202 %
<i>Augmentation du taux de facturation</i>	Augmentation du taux de facturation du supplément chambres particulières	180 232	180 232	464 828	39 %	180 232	100 %
		<b>2 231 273</b>	<b>5 437 935</b>	<b>6 187 737</b>		<b>4 476 687</b>	<b>82 %</b>

Source : CHFSR.

## Annexe n° 8. Synthèse du plan d'actions COPERMO

<i>Action</i>		Économies brutes sur la période	Recettes brutes sur la période	Coûts nouveaux associés aux mesures sur la période	Recettes nettes des coûts nouveaux	Économies nettes des coûts nouveaux	Gain net (impact sur la marge brute)
1	Réorganisation des services et recomposition capacitaire	96 000		-		96 000	96 000
2	Bed blockers	428 300		-		428 300	428 300
3	gains budgétaires achats	978 175		34 392		943 783	943 783
4	optimisation AMA dans unité de soin	315 000		-		315 000	315 000
5	Mesures de RH Transversales	333 368		79 550		253 818	253 818
6	autres actions PNM CREF	273 871		-		273 871	273 871
7	gestion de la pyramide des âges PM-effet noria	2 129 021		1 192 405		936 616	936 616
8	systèmes d'information	220 109		83 495		136 614	136 614
9	blanchisserie	104 000		23 000		81 000	81 000
10	entretien maintenance	48 586		-		48 586	48 586
11	bloc opératoire	698 185				698 185	698 185
12	Acquisition d'un spectromètre de masse	70 000	-	50 715		19 285	19 285
13	scanner	127 745	556 996	492 652	64 344	127 745	192 089
14	Optimisation du codage hospitalisation		508 234	54 800	453 434		453 434
15	Optimisation du codage activité externe	65 004	239 787	31 304	208 483	65 004	273 487

<i>Action</i>		<i>Économies brutes sur la période</i>	<i>Recettes brutes sur la période</i>	<i>Coûts nouveaux associés aux mesures sur la période</i>	<i>Recettes nettes des coûts nouveaux</i>	<i>Économies nettes des coûts nouveaux</i>	<i>Gain net (impact sur la marge brute)</i>
16	Optimisation facturation chambres particulières et services mortuaires		1 031 737	-	1 031 737		1 031 737
17	Pôle médecine		2 641 995	998 627	1 643 368		1 643 368
18	Pôle interventionnel		3 199 600	1 073 892	2 125 708		2 125 708
19	Pole FME		1 037 461	427 502	609 959		609 959
20	Médecine nucléaire		144 756	-	144 756		144 756
21	Piste consultation externe		140 672	-	140 672		140 672
22	Circuit des produits de santé et stérilisation				-		-
23	Recherche clinique		37 537	-	37 537		37 537
24	Refacturation DSI CHSCT Grimaud		74 299	12 699	61 600		61 600
		<b>5 887 364</b>	<b>9 613 074</b>	<b>4 555 033</b>	<b>6 521 598</b>	<b>4 423 807</b>	<b>10 945 405</b>
	Nota : pour simplifier, pour les actions 13 et 15, les coûts associés ont été imputés uniquement sur les recettes				59,6 %	40,4 %	

Source : CRC d'après les données du dossier COPERMO.

Annexe n° 9. Observations formulées sur le plan d'actions COPERMO

Domaines	Libellé de l'action	Observations de la chambre
<i>Optimisation de la gestion des lits</i>	Réorganisation des services et recomposition capacitaire	
	Action sur les bed blockers	<p>Les actions visant à réduire notablement les séjours indument prolongés du fait de problèmes de retour au domicile, de l'absence de places dans un établissement adapté, consistent à renforcer la coordination en interne et avec les partenaires extérieurs. Si l'utilité et la pertinence de chacune de ces actions ne peut être remise en cause, il demeure une très forte marge d'incertitude du fait de la dépendance de multiples intervenants, la plupart extérieur au CHFSR, de la nécessité de revoir les organisations en interne, ...</p> <p>Bien que l'effet de la mesure soit attendu en 2021, il peut susciter d'importantes réserves.</p> <p>La question est également posée de ces fermetures de lits si les mesures devant les rendre possibles sont sans effet.</p>
<i>Efficiences de la politique d'achats</i>	Gains budgétaires Achats	<p>Une grande partie des gains prévisionnels sont identifiés à l'échelle territoriale ce qui est cohérent avec la mise en place du GHT, seul compétent à présent pour procéder aux achats en fonctionnement et en investissement. Il demeure cependant une forte interrogation quant aux estimations posées au vu des premiers constats faits par l'établissement. Sur certains produits, prestations, la massification conduit à des marchés sur lesquels se positionnent essentiellement des fournisseurs importants. Ils supportent des coûts de structure qu'ils répercutent sur les établissements. Le CHFSR a fait part de plusieurs exemples de coûts plus élevés qu'avant le GHT :</p> <p>« Marché transport des déchets DASRI : le tarif de 18 €/container avec l'entreprise A et passé à 30€/container avec l'entreprise B (trajet plus long).</p> <p>Marché élimination des pièces anatomiques : le tarif CHFSR est de 33€/pièce anatomique alors que la proposition du marché GHT est de 250€/ pièce anatomique.</p> <p>Sur d'autres marchés, le CHFSR a identifié des gains achats. La mesure d'économie implique que les économies seront largement supérieures aux dépenses supplémentaires.</p>

<i>Domaines</i>	Libellé de l'action	Observations de la chambre
	Réduction du coût des repas	Le gain sur le coût des repas (148 000 € en 2019 et 72 000 € en 2020 (p. 119 du dossier COPERMO) est également une mesure sur laquelle le CHFSR n'est pas maître de la décision puisque la fonction restauration relève d'un groupement de coopération sanitaire. Si l'assemblée générale de ce groupement a effectivement décidé de diminuer le coût du repas, cette baisse ne concerne qu'une année et le coût du repas sera de nouveau soumis à une décision de l'assemblée générale en 2020. L'économie de 72 000 € n'est donc pas acquise. Il est par ailleurs à noter qu'une reprise d'activité et donc une augmentation du nombre de repas pourrait remettre en question l'atteinte du résultat.
<i>Optimisation des organisations logistiques et administratives</i>	Optimisation de la fonction AMA dans les unités	
	Mesures RH transversales - Personnel non médical	
	Autres actions PNM CREF	
	Gestion de la pyramide des âges PM (effet noria)	Le CHFSR escompte le départ de certains praticiens et leur remplacement par des praticiens plus jeunes et donc moins coûteux. Si l'idée est séduisante, elle comporte plusieurs risques : l'établissement ne peut tout d'abord contraindre un praticien à partir en retraite et la limite d'âge est assez avancée pour remettre en cause une partie de cette action à l'échéance de 3 à 4 ans. Le CHFSR a déjà rencontré par le passé des difficultés de recrutement. Il existe donc un risque de vacance de poste et de perte d'activité. L'arrivée d'un nouveau praticien induira un temps de constitution de clientèle qui correspondra à un temps de moindre activité. L'action aurait utilement pu intégrer ces aléas.
	Systèmes d'information	
	Fonction blanchisserie	
	Fonction entretien et maintenance	La réinternalisation de la maintenance est conditionnée par la présence de 3 ETP de techniciens biomédicaux est nécessaire.
<i>Optimisation des plateaux techniques</i>	Bloc opératoire	
	Acquisition d'un spectromètre de masse	
	Scanner	
	Optimisation du codage de l'activité d'hospitalisation	
	Optimisation du codage de l'activité externe	

Domaines	Libellé de l'action	Observations de la chambre
	Optimisation de la facturation des chambres individuelles et services mortuaires	<p>Les majorations pour chambres particulières représentaient 444 553 € en 2018. L'état des lieux (p. 194 du dossier COPERMO) présente le nombre de chambre individuelle en 2018, le taux de facturation par unité et au total (20 %). L'hypothèse retenue est la création de nouvelles chambres et l'ouverture de la facturation de chambres individuelles à de nouvelles unités (psychiatrie, secteur ambulatoire de pédiatrie) et la facturation systématique de la chambre individuelle dès lors que le supplément est pris en charge par la mutuelle.</p> <p><b>Or l'instruction DGOS/R1 n° 2015-36 du 6 février 2015 relative au guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé précise que :</b> <i>La facturation au patient de ces prestations doit respecter certaines conditions mentionnées à l'article R. 162-32-2 du code de la sécurité sociale :</i></p> <p><i>Une demande provenant du patient ou de ses ayants-droit : la réalisation de ces prestations fait suite à la demande expresse du patient. Afin d'éviter tout litige, il est vivement recommandé de recueillir son accord par écrit, mentionnant la prestation délivrée ainsi que ses modalités de facturation. (...). La facturation d'une chambre particulière ne peut être imposée au patient au motif que seules des chambres individuelles restent à disposition. Si tel est pourtant le cas et, que le patient refuse la prestation dans les conditions rappelées ci-dessus, la facturation de cette prestation est strictement interdite. »</i></p> <p>Pour les prestations à la chambre mortuaire, aucune précision n'est donné sur le montant « action chambre mortuaire opérationnelle après la création de nouveaux tarifs et une campagne de communication interne et auprès des familles mi-2018 ». Le montant semble à ce stade non étayé par des actions concrètes.</p>
<i>Développement d'activité</i>	Pôle médecine	<p>L'activité est un point faible de l'établissement (cf. parties relatives à l'activité et à l'analyse financière).</p> <p>A ce jour, personne ne sait expliquer les raisons de la baisse d'activité survenue à compter de 2015. Il paraît difficile de faire reposer un plan de retour à l'équilibre sur un champ dont les déterminants ne sont pas connus.</p> <p>Le CHFSR est confronté à une réelle concurrence, les départs de praticiens sources d'économies potentielles (cf action sur l'effet noria) pourraient être sources de difficultés sur le plan des recettes ne serait-ce qu'en intégrant le temps de constituer une patientèle. Pour une activité, il est prévu de recruter un praticien (en chirurgie orthopédique) et de le former, ce qui conforte l'idée d'un délai avant de constater les effets du recrutement.</p> <p>Il s'agit également d'accroître la communication à destination des médecins libéraux et des usagers mais aussi de reprendre des parts de marché à des acteurs qui ont tout intérêt à les garder. L'aléa est important sur ce point. C'est d'ailleurs ce qui a conduit à la politique nationale actuelle de négociation des CREF incluant davantage d'actions portant sur les dépenses que sur les recettes.</p>
	Pôle interventionnel	
	Pôle FME	
	Médecine nucléaire	
	Piste consultations externes	
<i>Circuit des produits de santé et stérilisation</i>	Médicaments / DMS / Sutures	
<i>Autres pistes</i>	Recherche clinique	
	Refacturation DSI CHST et Grimaud / Projet cyto	
<b>TOTAL</b>		

Source : Feuille de route COPERMO CHFSR.

## Annexe n° 10. Détail des produits (en €) sur la période 2013-2018

CHI Fréjus Saint Raphaël						
compte de résultat principal	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Titre 1 Produits versés par l'assurance maladie</b>	<b>88 834 350</b>	<b>89 627 367</b>	<b>94 945 464</b>	<b>95 889 123</b>	<b>93 958 128</b>	<b>97 536 028</b>
73111 Produits de la tarification des séjours MCO	54 888 357	55 870 997	57 884 302	55 760 876	53 271 999	53 038 003
73112 Produits des médicaments MCO	4 898 469	4 821 033	5 100 657	5 441 503	4 838 477	6 724 075
73113 Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours MCO	2 066 755	2 159 845	2 187 808	2 123 546	2 066 563	2 039 616
73114 Forfait annuel MCO	2 384 597	2 556 249	2 556 250	2 505 394	2 524 964	2 459 571
73115 Produits du financement des activités de SSR	-	-	-	-	1 731 531	2 047 318
73116 Dotation hôpitaux de proximité	-	-	-	-	-	-
73117 Dotation annuelle de financement	15 065 516	15 724 517	15 765 162	18 693 745	17 654 288	15 672 272
73118 Dotation Migac MCO	2 699 375	2 142 305	2 171 409	2 555 660	2 671 862	4 789 897
7312 Produits de prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique MCO	6 561 820	6 111 382	6 499 186	5 919 806	5 373 401	7 060 083
7313 Participations au titre des détenus	-	-	-	-	-	-
7471 FIR	-	-	2 581 266	2 403 641	3 072 980	3 678 541
7722 Produits ex antérieur AM	269 461	241 039	199 423	484 952	752 062	26 653
<b>Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière</b>	<b>10 819 068</b>	<b>11 237 929</b>	<b>11 336 832</b>	<b>10 403 713</b>	<b>9 420 171</b>	<b>9 479 189</b>
7321 Produits de la tarification en hospitalisation complète non prise en charge par l'AM	4 426 951	4 434 187	4 731 078	4 347 594	3 761 352	3 892 293
7322 Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non prise en charge par l'AM	166 876	288 418	285 897	301 049	339 006	432 977
7323 Produits de la tarification en hospitalisation à domicile non prise en charge par l'AM	-	-	-	-	-	-
7324 Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'AM	1 278 281	1 233 759	1 071 527	978 258	1 021 113	1 024 030
73271 Forfait journalier MCO	1 673 301	1 682 205	1 750 650	1 706 094	1 561 694	1 654 976
73272 Forfait journalier SSR	186 408	189 396	182 052	189 108	181 638	191 620
73273 Forfait journalier de psychiatrie	190 121	187 556	187 097	184 734	145 692	180 276
733 Produits des prestations de soins délivrés aux patients étrangers	2 896 505	3 222 171	3 127 467	2 680 243	2 394 071	1 989 162
734 Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement	626	238	1 064	13 370	8 063	110 877
735 Produits à la charge de l'Etat, CT ou autres organismes publics	-	-	-	3 262	7 543	2 978
<b>Titre 3</b>	<b>15 516 535</b>	<b>15 954 868</b>	<b>16 032 699</b>	<b>19 068 751</b>	<b>19 435 648</b>	<b>18 146 217</b>
70 Ventes de produits fabriqués	1 583 314	1 681 922	1 680 748	2 492 327	1 961 408	2 246 535
7071 Rétrocessions de médicaments	3 264 613	4 508 221	6 455 210	8 252 979	8 394 411	6 902 236
7084 Remboursement de personnel mad (062 ?)	427 671	335 420	361 693	344 218	517 728	483 715
7087 Remboursement frais CRPA	786 109	651 838	569 228	818 227	857 983	915 768
71 Production stockée	-	-	-	-	-	-
72 Production immobilisée	-	-	-	-	-	-
74 Subventions d'exploitation	2 760 201	2 699 208	187 021	167 487	230 185	169 200
dont FIR	2 460 345	2 462 027	-	-	-	-
75 Autres produits de gestion courante	1 989 716	2 355 462	2 108 779	2 041 019	2 338 221	2 351 602
76 Produits financiers	3	-	-	-	-	-
77 Produits exceptionnels	1 570 578	1 208 468	1 368 381	1 751 009	2 205 640	1 643 955
78 Reprises sur amort	1 953 421	914 331	2 079 233	1 806 488	1 578 092	1 746 168
79 Transfert de charges	-	482 750	-	-	-	-
0603 Variation des stocks à caractère médical	988 694	954 939	1 104 123	1 214 654	1 252 783	1 471 412
603 Variation des stocks	192 216	131 708	118 283	85 463	90 568	102 581
649 Atténuation de charges portabilité CET	-	30 600	-	94 881	8 631	113 043
<b>Total des produits</b>	<b>115 169 953</b>	<b>116 820 165</b>	<b>122 314 995</b>	<b>125 361 588</b>	<b>122 813 947</b>	<b>125 161 433</b>

Source : Comptes financiers.

## Annexe n° 11. Détails des charges (en €) sur la période 2013-2018

CHI Fréjus Saint Raphaël						
compte de résultat principal						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Titre 1 Charges de personnel</b>	<b>74 136 357</b>	<b>77 012 748</b>	<b>78 530 421</b>	<b>79 362 227</b>	<b>80 238 791</b>	<b>79 376 374</b>
621 Personnel extérieur à l'établissement	213 894	139 097	262 068	283 538	814 351	830 614
631 Impôts, taxes et versement assimilés (adm des impôts)	4 823 419	5 004 018	4 893 410	4 846 916	4 958 737	4 857 419
633 Impôts, taxes et versement assimilés (autres adm)	2 089 262	2 130 785	2 155 538	2 209 179	2 206 545	2 152 545
641 Rémunération du personnel non médical	238 096	158 014	66 530	37 361	7 351	-
6411 Personnel titulaire et stagiaire	31 986 784	33 096 088	33 621 250	34 572 928	34 411 667	34 875 878
6413 Personnel sous CDI	1 310 100	1 048 282	1 046 054	879 933	727 493	736 242
6415 Personnel sous CDD	2 917 130	3 108 171	3 424 757	3 484 648	3 531 719	3 280 451
642 Rémunération du personnel médical	1 640 799	1 866 282	1 725 346	1 761 541	2 030 193	1 513 292
6421 Praticiens hospitaliers temps plein et partiel	7 218 147	7 599 745	7 951 824	7 988 433	7 856 526	7 897 685
6422 Praticiens contractuels renouvelables de droit	661 842	417 712	398 694	393 404	256 041	206 024
6423 Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	802 473	1 118 960	1 365 883	1 146 877	1 464 241	1 640 093
6425 Permanence des soins	1 902 455	1 933 961	1 889 798	1 864 120	1 791 718	1 713 882
6451 Charges de sécurité sociale et prévoyance : personnel non médical	13 690 957	14 446 374	14 658 337	14 914 550	14 871 209	14 469 377
6452 Charges de sécurité sociale et prévoyance : personnel médical	4 065 049	4 307 111	4 447 835	4 343 544	4 418 639	4 359 518
6471 Autres charges sociales : personnels non médical	555 248	569 354	577 980	625 227	856 654	836 504
6472 Autres charges sociales : personnels médical	-	-	186	5 560	2 180	1 862
648 Autres charges de personnels	20 701	68 794	44 932	4 467	33 527	4 986
<b>Titre 2 Charges à caractère médical</b>	<b>22 347 584</b>	<b>23 170 182</b>	<b>26 339 702</b>	<b>28 387 757</b>	<b>27 467 928</b>	<b>28 244 243</b>
6011 Achats stockés de MP ou fournitures : à caractère médical	-	-	-	-	-	-
6021 Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	11 333 513	12 086 218	14 983 862	16 908 213	16 052 920	16 568 314
6022 Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico technique	7 232 895	7 240 389	7 571 086	7 445 260	7 484 581	7 670 553
6066 Fournitures médicales	450 380	504 188	513 968	423 733	454 871	376 359
6071 Achats de marchandises à caractère médical	-	-	-	-	-	-
0603 Variation des stock à caractère médical	878 274	988 694	954 939	1 310 156	1 214 654	1 252 783
611 Sous traitance générale	798 556	771 369	870 646	789 462	763 909	804 045
6131 Location à caractère médical	364 685	346 442	313 712	304 004	329 961	638 981
6151 Entretien et réparation des biens à caractères médical	1 289 281	1 232 883	1 131 488	1 206 929	1 167 032	933 209
<b>Titre 3 Autres charges</b>	<b>10 995 249</b>	<b>10 975 168</b>	<b>12 427 683</b>	<b>11 417 150</b>	<b>11 104 955</b>	<b>11 896 088</b>
6012 Achats stockés de MP ou fournitures : à caractère hôtelier et général	-	-	-	-	-	-
602 Autres approvisionnements	1 366 147	1 209 936	1 268 186	1 335 874	938 155	723 691
603 Variation des stocks	179 062	192 216	131 708	118 283	85 463	90 568
606 Achats non stockés de matériel et fournitures	1 629 202	1 728 145	1 613 689	1 499 800	1 941 830	2 145 069
6072 Achats de marchandises à caractères hôteliers et général	-	-	-	-	-	-
61 Services extérieurs	2 758 427	2 673 133	2 816 315	2 834 951	2 892 132	3 103 112
62 Autres services extérieurs	4 857 354	4 756 960	5 064 359	5 194 625	4 720 824	5 011 019
63 Impôts taxes et versements assimilés	4 228	4 010	3 778	4 941	2 992	3 991
65 Autres charges de gestion courante	200 830	410 768	1 529 648	428 676	462 064	588 222
653 Contribution aux groupements hospitaliers	-	-	-	-	61 494	230 418
709 Rrra par établissement	-	-	-	-	-	-
71 Production stockée	-	-	-	-	-	-
<b>Titre 4 Charges d'amortissements, de provisions financières et exceptionnelles</b>	<b>7 634 622</b>	<b>8 031 853</b>	<b>8 551 390</b>	<b>9 082 454</b>	<b>7 598 105</b>	<b>7 587 397</b>
66 charges financières	1 815 908	2 256 232	1 554 007	1 529 617	1 391 389	1 241 055
67 charges exceptionnelles	576 475	361 748	351 629	592 223	371 413	504 732
68 dotations amort et prov	5 242 239	5 413 873	6 645 754	6 960 614	5 835 303	5 841 609
<b>Total des charges</b>	<b>115 113 813</b>	<b>119 189 952</b>	<b>125 849 196</b>	<b>128 249 589</b>	<b>126 409 779</b>	<b>127 104 102</b>

Source : Comptes financiers.

## Annexe n° 12. Passage du résultat à la CAF

<i>En €</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Résultat des comptes de résultat</i>	649 664	- 2 134 739	- 3 720 080	- 3 042 471	- 3 877 103	- 2 220 868
<i>+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)</i>	5 534 520	5 714 150	6 967 501	7 189 272	6 074 682	6 059 531
<i>- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)</i>	1 954 327	1 014 179	2 143 496	1 865 875	1 595 986	1 767 650
<i>+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)</i>	2 695	4 723	2 188	9 760	14 280	37 241
<i>- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)</i>	8 073	30 260	2 493	-	496	583
<i>- Quote-part des subventions d'investissements virée au résultat de l'exercice (C777)</i>	34 177	34 650	11 422	19 897	75 742	147 064
<b>CAF</b>	<b>4 190 302</b>	<b>2 505 045</b>	<b>1 092 198</b>	<b>2 270 789</b>	<b>539 635</b>	<b>1 960 607</b>
<i>-Aides exceptionnelles ARS</i>	0	0	0	3 000 000	4 275 000	5 000 000
<b>CAF retraitée</b>	<b>4 190 302</b>	<b>2 505 045</b>	<b>1 092 198</b>	<b>- 729 211</b>	<b>- 3 735 365</b>	<b>- 3 039 393</b>
<i>Remboursement des dettes financières</i>	3 892 287	9 801 538	4 345 155	4 403 877	3 984 145	4 035 166
<b>CAF nette</b>	<b>298 015</b>	<b>- 7 296 493</b>	<b>- 3 252 957</b>	<b>- 2 133 088</b>	<b>- 3 444 510</b>	<b>- 2 074 559</b>
<b>CAF nette retraitée</b>	<b>298 015</b>	<b>- 7 296 493</b>	<b>- 3 252 957</b>	<b>- 5 133 088</b>	<b>- 7 719 510</b>	<b>- 7 074 559</b>

Source : Comptes financiers et CRC.

## Annexe n° 13. Le stock de dette au 31/12/2018

Numéro de contrat	Etablissement de crédit	Date de signature	Date d'échéance	Durée (en années)	Montant nominal	CRD au 31/12/2018	Type de taux	formule de calcul du taux	taux intérêt initial	Classement Gissler
1	GCA - Groupe Crédit Agricole	17/12/04	31/12/21	17	6 201 155	620 118	F - fixe		4,35%	A1
25	SG - Société Générale	11/12/08	17/12/28	10	3 100 000	2 133 678	F - Fixe		4,20%	A1
CO8317	GCA - Groupe Crédit Agricole	15/12/14	15/12/32	17	5 292 669	4 325 580	F - Fixe		2,99%	A1
18475	SG - Société Générale	1/9/11	1/9/18	7	1 383 000	-	V - Variable	EUR3M+1.30	1,76%	A1
2013.017 A1013046	GCE - Groupe Caisse d'Epargne	25/1/13	25/1/31	18	14 317 391	10 797 391	F - Fixe		3,72%	A1
2013,018/A10 13047	GCE - Groupe Caisse d'Epargne	4/2/13	25/5/33	20	3 700 000	2 682 500	F - Fixe		4,81%	A1
2013.019 A1013048	GCE - Groupe Caisse d'Epargne	4/2/13	25/5/20	7	1 800 000	385 714	V - Variable	EUR3M	0,23%	A1
CONVENTIO N DU 30 08 2011	GCA - Groupe Crédit Agricole	25/10/11	27/10/31	20	2 500 000	1 625 000	F - Fixe		4,03%	A1
MON283011E UR	LBP - La Banque Postale	28/4/14	1/6/21	7	1 900 000	678 571	F - Fixe		2,74%	A1
MON248622E UR	DCL - Dexia Crédit Local	1/7/07	1/1/26	19	3 000 000	1 279 412	F - Fixe		4,49%	A1
MON274062E UR	DCL - Dexia Crédit Local	13/1/11	1/12/24	14	1 596 317	758 769	V - Variable	EUR12M	1,60%	A1
MON274074E UR	DCL - Dexia Crédit Local	13/1/11	1/8/25	15	3 959 007	2 014 438	F - Fixe		3,26%	A1
MON283063E UR	LBP - La Banque Postale	28/4/14	1/7/34	20	1 400 000	1 102 500	F - Fixe		4,04%	A1
SG9.34 ME	SG - Société Générale	22/12/06	22/12/21	15	9 340 000	2 321 248	F - Fixe		3,80%	A1
00601816956	GCA - Groupe Crédit Agricole	11/9/18	26/9/38	20	1 900 000	1 879 548	F - fixe		1,48%	A1
00601816970	GCA - Groupe Crédit Agricole	11/9/18	28/9/38	20	3 500 000	3 457 453	V - variable		0,281%	A1
					64 889 539	36 061 920				

Source : Annexe du compte financier 2018.

## Annexe n° 14. Les ratios d'endettement du CHFSR

Tableau n° 52 : Ratios d'endettement (décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Indépendance financière (doit être inférieur à 50 %)</i>	56,13	58,61	65,73	63,42	62,75	65,68
<i>Durée apparente de la dette (doit être inférieur à 10 ans)</i>	11,66	19,02	39,46	17,04	64,33	18,41
<i>Encours de la dette / Total des produits toutes activités confondues (doit être inférieur à 30 %)</i>	40,26	38,77	33,78	29,58	27,49	28,14

Source : Rapport financier 2018 et CHFSR.

### Annexe n° 15. Marchés de rénovation du bloc opératoire - Écarts en exécution selon les tranches et les lots

S'agissant de la tranche ferme, les lots n° 1 (menuiserie, cloisons, plafonds) et n° 3 (électricité), concentre l'essentiel des hausses).

**Tableau n° 53 : Écart entre les actes d'engagement signés et les marchés après avenants au titre de la tranche ferme (en € TTC)**

<i>Intitulé du marché</i>	<i>Acte d'engagement (AE)</i>	<i>Après avenants</i>	<i>Évolution</i>
<i>Maîtrise d'œuvre</i>	83 920,81	109 988,9	31 %
<i>Diagnostic amiante</i>	1 680,00	1 680,00	0 %
<i>Conformité des blocs opératoires</i>	4 560,00	4 560,00	0 %
<i>Contrôle technique</i>	6 036,00	6 036,00	0 %
<i>CSSI</i>	11 712,00	11 712,00	0 %
<i>CSPS</i>	5 299,20	5 299,20	0 %
<i>Lot n° 1 : Menuiseries bois et aluminium, cloisons, plafonds et faux plafonds</i>	82 993,20	92 784,90	12 %
<i>Lot n° 2 : Protection murale, peinture et revêtement de sol souple</i>	132 274,32	133 403,40	1 %
<i>Lot n° 3 : Électricité courants forts et courants faibles</i>	60 700,32	72 454,08	19 %
<i>Travaux électriques complémentaires</i>		84 000,00	
<i>Lot n° 4 : Plomberie paillasse CVC</i>	300 531,96	306 774,59	2 %
<i>Lot n° 4 bis : Fluides médicaux</i>	7 695,10	7 695,10	0 %
<i>Lot n° 5 : Auges chirurgicales</i>	11 238,00	11 238,00	0 %
<i>Lot n° 6 : Scialytiques</i>	21 196,86	21 196,86	0 %
<i>Lot n° 7 : Portes automatiques</i>	84 165,84	89 343,84	6 %
<i>Kit Vulcain</i>	2 866,63	2 866,63	0 %
<b>TOTAL Tranches fermes</b>	<b>816 870,24</b>	<b>961 033,49</b>	<b>18 %</b>

Source : Marchés du bloc opératoire.

S'agissant de la tranche conditionnelle n°1, tous les lots (hormis les lots n° 6 et 7), augmentent significativement.

**Tableau n° 54 : Écart entre les actes d'engagement signés et les marchés après avenants au titre de la tranche conditionnelle n° 1 (en € TTC)**

<i>Intitulé du lot</i>	<b>AE TC n° 1</b>	<b>Après avenants</b>	<b>Évolution</b>
<i>Lot n° 1 : Menuiseries bois et aluminium, cloisons, plafonds et faux plafonds</i>	124 154,40	156 216,13	26 %
<i>Lot n° 2 : Protection murale, peinture et revêtement de sol souple</i>	116 017,38	140 870,64	21 %
<i>Lot n° 3 : Électricité courants forts et courants faibles</i>	61 454,88	87 276,96	42 %
<i>Lot n° 4 : Plomberie paillasse CVC</i>	183 494,64	219 852,84	20 %
<i>Lot n° 4 bis : Fluides médicaux</i>	7 247,71	7 990,10	10 %
<i>Lot n° 5 : Auges chirurgicales</i>	7 512,00	10 818,00	44 %
<i>Lot n° 6 : Scialytiques</i>	42 393,72	42 393,72	0 %
<i>Lot n° 7 : Portes automatiques</i>	63 781,90	66 258,70	4 %
<b>TOTAL Tranches conditionnelles n° 1</b>	<b>606 056,63</b>	<b>731 677,09</b>	<b>21 %</b>

Source : Marchés du bloc opératoire.

S'agissant de la tranche conditionnelle n° 2, sa stabilité globale masque des diminutions sensibles (lot n° 1 et n° 5) compensant des hausses substantielles (lot n° 4).

**Tableau n° 55 : Écart entre les actes d'engagement signés et les marchés après avenants au titre de la tranche conditionnelle n° 2 (en € TTC)**

<i>Intitulé du lot</i>	<b>AE TC n° 2</b>	<b>Après avenants</b>	<b>Évolution</b>
<i>Lot n° 1 : Menuiseries bois et aluminium, cloisons, plafonds et faux plafonds</i>	106 984,80	78 164,40	- 27 %
<i>Lot n° 2 : Protection murale, peinture et revêtement de sol souple</i>	96 505,20	88 635,60	- 8 %
<i>Lot n° 3 : Électricité courants forts et courants faibles</i>	54 898,56	55 847,28	2 %
<i>Travaux électriques complémentaires</i>			
<i>Lot n° 4 : Plomberie paillasse CVC</i>	135 756,24	154 015,44	13 %
<i>Lot n° 4 bis : Fluides médicaux</i>	5 044,72	5 044,72	0 %
<i>Lot n° 5 : Auges chirurgicales</i>	11 238,00	7 932,00	- 29 %
<i>Lot n° 6 : Scialytiques</i>	42 393,72	42 393,72	0 %
<i>Lot n° 7 : Portes automatiques</i>	81 812,45	96 101,82	17 %
<b>TOTAL</b>	<b>534 633,68</b>	<b>528 134,98</b>	<b>- 1 %</b>

Source : Marchés du bloc opératoire.

## Annexe n° 16. Chronologie du projet de rénovation du bloc opératoire

	<b>2013</b>	
Compte-rendu du conseil de bloc repointant "les gros problèmes existants"	<b>11-janv</b>	
	<b>2014</b>	
Visite des risques avec un consultant, prise de photos	<b>14-mars</b>	
Conseil de bloc : Retour sur la visite de risques	<b>24-mars</b>	
Conseil de bloc : "La direction a pris conscience de la nécessité de l'urgence de remettre en état le bloc"	<b>14-avr</b>	
	<b>14-nov</b>	Lancement de la consultation pour recruter le maître d'œuvre
	<b>2015</b>	
Conseil de bloc : Retour sur le rapport de la visite de l'ASN	<b>10-févr</b>	
	<b>23-févr</b>	Signature acte d'engagement maîtrise d'œuvre
Conseil de bloc : Retour sur le rapport de la visite de l'ASN	<b>16-mars</b>	
	Juin	Avant-projet détaillé
	1er octobre	Avis de publicité pour le marché de rénovation du bloc (7 lots)
	12-nov	Rectification de l'avis de publicité pour autoriser les variantes
	14-déc	Réception des offres
	<b>2016</b>	
	25-févr	Déclaration sans suite du lot n° 4
	26-févr	Avis de publicité du nouveau lot n° 4 et du lot n° 4 bis
Conseil de bloc : Retour sur la visite de la HAS et les "réserves émises"	<b>08-mars</b>	
	<b>23-mars</b>	Signature actes d'engagement lot n° 4 et lot n° 4 bis
	25-mai	Signature acte d'engagement du marché similaire (lot n° 3)
	<b>2017</b>	
	<b>13-juin</b>	Affermissement de la tranche conditionnelle n° 1
	<b>2018</b>	
	<b>15-janv</b>	Affermissement de la tranche conditionnelle n° 2
	<b>2019</b>	
	<b>2<sup>ème</sup> semestre</b>	Réception des travaux

Annexe n° 17. **Glossaire**

ACT : Assistance à la passation des contrats de travaux ;  
 AM : Assurance maladie ;  
 AME : Aide médicale d'État ;  
 ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;  
 APD : Avant-projet détaillé  
 AP-HM : Assistance publique des hôpitaux de Marseille ;  
 ARE : Aide de retour à l'emploi ;  
 ARS : Agence régionale de santé ;  
 ASH : Agent des services hospitaliers ;  
 ASN : Autorité de sûreté nucléaire ;  
 ATU : Accueil et traitement des urgences ;  
 BOAMP : Bulletin officiel des annonces de marchés publics ;  
 CAA : Cour administrative d'appel ;  
 CAC : Commissaire aux comptes ;  
 CAE : Contrat d'accompagnement dans l'emploi ;  
 CAF : Capacité d'autofinancement ;  
 CAVEM : Communauté d'agglomération Var Estérel Méditerranée ;  
 CCAP : Cahier des clauses administratives particulières ;  
 CCTP : Cahier des clauses techniques particulières ;  
 CDD : Contrat à durée déterminée ;  
 CDI : Contrat à durée indéterminée ;  
 CET : Compte épargne temps ;  
 CG3P : Code général de la propriété des personnes publiques ;  
 CGI : Commissariat général à l'investissement ;  
 CH : Centre hospitalier ;  
 CHFSR : Centre hospitalier de Fréjus Saint-Raphaël ;  
 CHI : Centre hospitalier intercommunal ;  
 CHICAS : Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud ;  
 CHT : Communauté hospitalière de territoire ;  
 CHU : Centre hospitalier universitaire ;  
 CMA : Comorbidités associées ;  
 CME : Commission médicale d'établissement ;  
 CNR : Crédits non reconductibles  
 CNRACL : caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;  
 COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins ;  
 COPIL : Comité de pilotage ;  
 CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie ;  
 CRC : Chambre régionale des comptes ;  
 CRE : Commission de régulation de l'énergie ;  
 CREF : Contrat de retour à l'équilibre financier ;  
 CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ;  
 CSPSI : Coordonnateur sécurité prévention de la santé ;  
 CSSI : Commission des systèmes de sécurité incendie ;  
 CTC : Contrôleur technique de la construction ;  
 CUI : Contrat unique d'insertion ;

CVC : Chauffage, ventilation, climatisation ;  
DAF : Direction des affaires financières ;  
DALT : Direction des affaires logistiques et techniques ;  
DASRI : Déchets d'activité de soins à risque infectieux ;  
DCE : Dossier de consultation des entreprises ;  
DGFIP : Direction générale des finances publiques ;  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins ;  
DGP : Délai global de paiement ;  
DMS : Durée moyenne de séjour ;  
DPGF : Décomposition du prix global et forfaitaire ;  
DRAC : Direction régionale des affaires culturelles ;  
EBE : Excédent brut d'exploitation ;  
EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes ;  
EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses ;  
ETP : Equivalent temps plein ;  
FAU : Forfait annuel urgences ;  
FIR : Fonds d'intervention régional ;  
GCS : Groupement de coopération sanitaire ;  
GHM : Groupe homogène de malades ;  
GHS : Groupe homogène de séjours ;  
GHT : Groupement hospitalier de territoire ;  
GRACE : Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie ;  
GVT : Glissement, vieillesse, technicité ;  
HAS : Haute autorité de santé ;  
HC : Hospitalisation complète ;  
HT : Hors taxes ;  
IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'État ;  
IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État ;  
IDE : Infirmier diplômé d'État ;  
IFPVPS : Institut de formation public Varois des professions de santé ;  
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers ;  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales ;  
IP-DMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour ;  
MAPA : Marché à procédure adaptée ;  
MCO : Médecine chirurgie obstétrique ;  
MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;  
MMG : Maison médicale de garde ;  
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur ;  
PACS : système d'archivage et de transmission d'images, ou Picture Archiving and Communication System en anglais ;  
PDS : Permanence des soins ;  
PGE : Plan de gros entretien ou grandes révisions ;  
PGFP : Plan global de financement pluriannuel ;  
PM : Personnel médical ;  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information ;  
PNM : Personnel non médical ;  
PRE : Plan de retour à l'équilibre ;  
PSE : Prestation supplémentaire éventuelle ;

PUI : Pharmacie à usage intérieur ;  
RAAC : Récupération améliorée après chirurgie ;  
RESAH : Réseau des acheteurs hospitaliers ;  
RESE : Rapport d'évaluation socio-économique ;  
RSA : Résumé de sortie anonymisé ;  
RSI : Retour sur investissement ;  
SIG : Soldes intermédiaires de gestion ;  
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation ;  
SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle ;  
SSR : Soins de suite et réadaptation ;  
TAA ou T2A : Tarification à l'activité ;  
TC : Tranche conditionnelle ;  
TBFEPS : Tableau de bord financier des établissements publics de santé ;  
TJP : Tarif journalier de prestation ;  
TTC : Toutes taxes comprises ;  
TVO : Taux de vacations offert ;  
UGAP : Union des groupements d'achats publics ;  
USLD : Unité de soins de longue durée.

Chambre régionale  
des comptes

Provence-Alpes-Côte d'Azur



Les publications de la chambre régionale des comptes  
Provence-Alpes-Côte d'Azur  
sont disponibles sur le site :

[www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur)

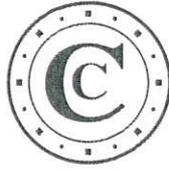
**Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur**

17 rue de Pomègues

13295 Marseille Cedex 08

pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

[www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur)



Marseille, le 31 JUIL. 2020

**LE PRÉSIDENT**

**Dossier suivi par :** Bertrand MARQUES, greffier  
04 91 76 72 42  
[pacagrefe@crtc.ccomptes.fr](mailto:pacagrefe@crtc.ccomptes.fr)

**Réf :** GREFFE/BM/BBA/n° 970

**Objet :** observations définitives relatives au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

*Envoi dématérialisé avec accusé de réception  
(Article R. 241-9 du code des juridictions financières)*

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint copie du rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint-Raphaël pour les exercices 2013 et suivants.

Conformément aux dispositions des articles L. 243-5 et R. 243-17 du code des juridictions financières (CJF), ce rapport a également été communiqué au préfet du département du Var ainsi qu'au directeur départemental des finances publiques du département du Var.

J'appelle votre attention sur le fait qu'aux termes de l'article R. 243-16 du CJF, ces observations demeurent confidentielles jusqu'à la plus proche réunion du conseil de surveillance de l'établissement.

Pour le président empêché,  
le président de la troisième section,

  
**Daniel GRUNTZ**