



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL VENDEE (Département de la Vendée)

Exercices 2012 et suivants

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

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1 LE SUIVI DU CONTROLE PRECEDENT	8
2 LA GOUVERNANCE	9
2.1 La gouvernance du CHDV.....	9
2.1.1 L’analyse du fonctionnement du conseil de surveillance	9
2.1.2 Le directeur.....	12
2.1.3 L’équipe de direction.....	13
2.1.4 L’absence de projet d’établissement.....	13
2.1.5 Le règlement intérieur du centre hospitalier.....	14
2.1.6 La politique qualité de l’établissement.....	15
2.2 La direction commune	18
2.2.1 Le périmètre de la direction commune	18
2.2.2 Les principaux traits de la convention de direction commune	18
2.3 La communauté hospitalière de territoire	21
2.3.1 La convention constitutive de la CHT.....	22
2.3.2 Commentaires sur le fonctionnement de la CHT.....	22
2.4 Les structures de coopération.....	23
2.4.1 Les groupements de coopération sanitaire.....	23
2.4.2 La Fédération Médicale Interhospitalière dédiée aux urgences.....	27
2.4.3 Le projet de Logipôle.....	28
2.5 Le groupement hospitalier de territoire.....	29
2.5.1 Éléments de présentation de la convention constitutive	29
2.5.2 L’approbation de la convention constitutive et de son avenant par l’ARS.....	31
2.5.3 État d’avancement de la mise en fonctionnement du GHT	32
2.6 Mise en perspective direction commune – CHT - GHT.....	35
3 LES PRINCIPALES DONNEES D’ACTIVITE	36
3.1 L’environnement du centre hospitalier	36
3.1.1 Quelques caractéristiques du territoire vendéen	36
3.1.2 Le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens.....	37
3.2 L’évolution des capacités installées.....	37
3.3 L’activité croissante du centre hospitalier	38
3.3.1 L’augmentation des séjours	38
3.3.2 Caractérisation et mise en perspective des séjours de l’établissement	39
3.3.3 Quelques points de vigilance	40
3.4 Attractivité du centre hospitalier et taux de fuite du territoire.....	42
3.4.1 L’attractivité du centre hospitalier.....	42
3.4.2 Le taux de fuite du territoire	42

4	LA FIABILITE DES COMPTES.....	43
4.1	La démarche de certification des comptes	43
4.1.1	Les corrections d'erreurs et le haut de bilan	43
4.1.2	Les incidences sur le compte de résultat principal.....	43
4.2	Les thématiques sans enjeux particuliers	44
4.2.1	L'état de l'actif	44
4.2.2	Les reports de charges et produits pour le compte de résultat principal	44
4.2.3	Le rattachement des charges à payer et des produits à recevoir	45
4.2.4	Les charges et produits constatés d'avance	46
4.3	Les provisions	46
4.3.1	Les provisions pour renouvellement des immobilisations (C/142)	46
4.3.2	Les provisions au titre du CET (C/153).....	47
4.3.3	Les provisions pour risques et charges (C/151 et 158).....	47
4.3.4	Les dépréciations des comptes de tiers - les créances irrécouvrables.....	48
5	LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT	48
5.1	L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)	49
5.1.1	Le calendrier budgétaire	49
5.1.2	Les points de vigilance relevés par l'ARS	49
5.1.3	La sincérité des prévisions budgétaires	49
5.2	Le compte de résultat consolidé.....	51
5.2.1	L'augmentation de la surface budgétaire totale de l'établissement	51
5.2.2	La contribution des activités annexes au résultat comptable consolidé.....	51
5.2.3	Le poids des comptes de résultat annexes	52
5.3	Le compte de résultat principal	52
5.3.1	L'évolution des produits d'exploitation.....	52
5.3.2	L'évolution des charges d'exploitation.....	53
5.4	Les comptes de résultat annexes	55
5.5	Les soldes intermédiaires de gestion.....	57
5.5.1	Le compte de résultat principal.....	57
5.5.2	Le compte de résultat consolidé.....	58
5.6	Les dépenses d'investissement et leurs modalités de financement.....	59
5.6.1	La formation de l'autofinancement.....	59
5.6.2	Le tableau de financement	59
5.6.3	Éléments complémentaires sur l'endettement	61
5.7	Le bilan de l'établissement	62
5.7.1	Présentation synthétique des données bilancielle.....	62
5.7.2	Des données de comparaison.....	62
5.8	Mise en perspective des EPRD 2017 et 2018.	63
5.8.1	L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses pour 2017.....	63
5.8.2	L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses pour 2018.....	64
5.8.3	Le taux de marge brute hors aide du centre hospitalier	64
6	LA CHAINE DE FACTURATION	65
6.1	Les restes à recouvrer.....	65
6.1.1	Montant et composition des restes à recouvrer.....	65

6.1.2	Caractéristiques des restes à recouvrer sur « les hospitalisés et consultants » et sur « les autres tiers payants »	66
6.2	La facturation en recouvrement direct	66
6.2.1	Définition et évolution du taux de facturation en recouvrement direct	66
6.2.2	Les principales données du recouvrement direct	66
6.2.3	L'organisation des régies	67
6.3	La facturation des chambres individuelles au sein du centre hospitalier	67
6.3.1	Les tarifs arrêtés au centre hospitalier	67
6.3.2	Le nombre de chambres individuelles	68
6.3.3	La facturation des chambres individuelles	68
7	LES RESSOURCES HUMAINES	70
7.1	L'évolution des effectifs médicaux et para médicaux	70
7.1.1	L'évolution des effectifs para médicaux	70
7.1.2	L'évolution des effectifs médicaux	72
7.2	Le temps de travail du personnel non médical	76
7.2.1	La durée du travail	76
7.2.2	L'indemnisation des astreintes	78
7.2.3	Les heures supplémentaires	78
7.2.4	Un contentieux en cours – la gestion du temps de travail des IADE	78
7.3	L'absentéisme paramédical et médical	79
7.4	Quelques observations sur les rémunérations accessoires du personnel	79
7.4.1	La prime « multi-sites » versée au personnel médical	79
7.4.2	L'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins (personnel médical)	80
7.4.3	L'indemnité compensatrice de logement	81
8	L'ACTIVITE LIBERALE	82
8.1	La composition de la commission d'activité libérale	82
8.2	Le fonctionnement de la commission d'activité libérale	83
8.2.1	La participation des membres aux réunions de la CAL	83
8.2.2	L'absence de règlement intérieur	83
8.2.3	Le fonctionnement effectif de la commission	83
8.3	L'analyse des contrats d'activité libérale des praticiens	84
8.4	Observations complémentaires sur les relations avec les usagers	84
9	L'ENQUÊTE « LES PERSONNELS INFIRMIERS A L'HÔPITAL »	85
	ANNEXES	86

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier départemental Vendée (CHDV) est l'établissement public de santé disposant de la plus importante capacité (en nombre de lits et places) sanitaire et médico-sociale du territoire vendéen.

Le budget consolidé de l'établissement atteint environ 330 M€ au terme de l'exercice 2016. Le montant total des produits a été depuis 2012 majoré de 61,2 M€.

La situation financière de l'établissement, le plus souvent excédentaire sur la période 2012-2016 se dégrade légèrement en 2017. Le résultat comptable consolidé est déficitaire à hauteur de 1 M€ en raison notamment du déficit du compte de résultat principal de 1,26 M€.

Le CHDV mobilise sur la période d'examen des moyens humains et techniques (dont équipements lourds) croissants. Son effectif total s'élève à 3 819,4 ETP moyens rémunérés au 31 décembre 2016 soit 3 518,5 ETP rémunérés pour le personnel non médical et 300,84 ETP rémunérés pour le personnel médical.

Un projet architectural d'ampleur engagé en 2005, portant extension et restructuration des Oudairies, site principal à la Roche-sur-Yon, est désormais en voie d'achèvement. Le plan de financement initial prévoyait une dépense d'investissement de 130 M€ pour les opérations de travaux. Elle devrait être supérieure à 139 M€ à son terme. La capacité totale installée de l'établissement devrait ainsi atteindre à horizon 2019, 1 501 lits et 207 places, soit 64 lits et 60 places MCO de plus qu'en 2012. Cette augmentation est atypique dans le contexte national de réduction des capacités en hospitalisation complète (MCO).

Malgré la réalisation du projet architectural en site occupé, l'activité de l'établissement a augmenté significativement sur la période d'examen, ce qui témoigne de sa capacité à répondre aux besoins des patients du territoire vendéen qui connaît une croissance démographique assez soutenue. Ses parts de marché en médecine, chirurgie et obstétrique sont supérieures en fin de période.

Le centre hospitalier départemental Vendée s'est pleinement inscrit dans la dynamique de renforcement du maillage territorial de l'offre de soins engagée par la création d'une communauté hospitalière de territoire en 2014 et poursuivie dans le cadre du groupement hospitalier de territoire 85 (GHT 85) en 2016. Dans cette nouvelle organisation, le CHDV est l'établissement support. Son directeur gère pour le compte des établissements de santé parties au groupement, certaines fonctions dites « mutualisées » dont le système d'information, les achats et le département d'information médicale.

Une direction commune, depuis 2014, lie par ailleurs l'établissement avec les autres centres hospitaliers publics du département, à l'exception du centre hospitalier Loire-Vendée-Océan (ainsi que les hôpitaux locaux rattachés) et du centre hospitalier spécialisé George Mazurelle. Des structures de coopération (GCS, GIP, FMIH) sont également mises en place, ainsi que des dispositifs conventionnels de partage de temps médical et non médical. À ce jour, le centre hospitalier départemental Vendée occupe une place prépondérante et structurante dans l'offre de soins du territoire.

L'implication de l'établissement dans la dynamique territoriale d'organisation de l'offre de soins ne saurait toutefois justifier un manque de structuration et de formalisation de son propre devenir comme tend à l'indiquer l'absence de projet d'établissement depuis 12 ans désormais.

Une prise de distance est également relevée –parfois- avec certaines règles de gestion publique. En ce sens, à titre d'illustration, l'établissement a bénéficié de prestations d'intérim médical en 2012 et 2013 sans recourir à un marché public. Les contrats établis par le centre hospitalier en 2016 et 2017 pour l'emploi temporaire de personnels médicaux –après « mise en relation » par une société prestataire- ne respectent pas les dispositions du code de la santé publique (CSP) en matière de rémunération. L'établissement a également défini et appliqué de 2012 à 2017 ses propres modalités de gestion de la prime de mobilité du personnel médical ; elles dérogent à la réglementation ce qui est anormal.

En terme de gouvernance, le conseil de surveillance qui « se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement » selon l'article L. 6143-1 du code précité doit pleinement exercer ses attributions. Or, à l'opposé, quelques constats (fréquence des réunions, participation des membres de l'instance, l'absence de saisine sur plusieurs sujets) semblent indiquer un fonctionnement de l'instance légèrement en deçà de l'attendu. Ces constats incitent à une mobilisation renouvelée de l'instance, de surcroît dans le contexte de la dégradation de la situation financière de l'établissement.

Outre le conseil de surveillance, l'équipe de direction, fortement renouvelée, partagée entre plusieurs établissements dans le cadre d'une direction commune et appelée à gérer des fonctions mutualisées dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) 85, devra notamment veiller au rétablissement de la situation financière du centre hospitalier, au risque, dans le cas contraire, de rencontrer des difficultés pour financer ses projets d'investissement.

La chambre régionale des comptes recommande donc d'agir dans le sens d'une augmentation de la marge brute (hors aide), ce qui implique de mieux maîtriser l'évolution des dépenses dans leur ensemble et de veiller à l'atteinte des objectifs en matière de recettes prévisionnelles. L'établissement pourrait également engager en ce sens, un processus de sélection de ses projets et des investissements associés.

La démarche qualité de l'établissement, qui est certifié niveau B avec des recommandations d'amélioration par la haute autorité de santé (HAS) depuis sa décision du 6 octobre 2017, appelle une attention soutenue de la communauté hospitalière.

Pour conclure, le rôle prescrit par la loi d'établissement support du groupement hospitalier de territoire étend encore les responsabilités territoriales du centre hospitalier départemental Vendée. Elles impliquent de sa part, tant dans le domaine de l'offre de soins que de la gestion de fonctions mutualisées, mais aussi en matière de ressources humaines et financières, une vigilance renforcée pour lui et les autres acteurs de santé du territoire vendéen. Il appartient désormais au centre hospitalier départemental Vendée, de mettre pleinement en œuvre ses nouvelles prérogatives.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Appliquer la réglementation en matière de fonctionnement du conseil de surveillance (notamment les articles R. 6145-3 et suivants du code de la santé publique).

Recommandation n° 2 : Définir un projet d'établissement conforme aux dispositions du code de la santé publique (articles L. 6143-2 et suivants du code de la santé publique).

Recommandation n° 3 : Renforcer la lisibilité des liens budgétaires et comptables entre le centre hospitalier départemental Vendée et les groupements de coopération sanitaire auxquels il participe.

Recommandation n° 4 : Sécuriser le processus achat mutualisé dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (article L. 6132-3 du code de la santé publique et décret n° 2017-701 du 2 mai 2017).

Recommandation n° 5 : Sécuriser le processus de convergence des systèmes d'information des établissements parties du groupement hospitalier de territoire, dans le respect de l'échéance du 1^{er} janvier 2021 (article R. 6132-15 du code de la santé publique).

Recommandation n° 6 : Définir et mettre en œuvre un plan d'action de nature à améliorer la marge brute hors aide de l'établissement.

Recommandation n° 7 : Mettre en œuvre des modalités de facturation du régime particulier identiques pour tous les patients et respectueuses de leur libre choix.

Recommandation n° 8 : Respecter les dispositions du code de la santé publique en matière de rémunération des praticiens contractuels (article R. 6152-416 du code de la santé publique).

Recommandation n° 9 : Poursuivre les actions engagées afin de réduire l'absentéisme non médical et médical, par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action formalisé.

Recommandation n° 10 : Mettre en œuvre les dispositions réglementaires (arrêté du 30 avril 2003 modifié) relatives aux astreintes.

Recommandation n° 11 : Renforcer le suivi et l'organisation de l'activité libérale dans le respect des dispositions (articles L. 6154-5, L. 4113-9, R. 6154-4 et R. 6154-11) du code de la santé publique, modifiées par le décret n° 2017-523 du 11 avril 2017.

INTRODUCTION

LA PROCEDURE

L'ouverture de l'examen de gestion a été notifiée le 26 juin 2017 à l'ordonnateur en fonction, M. Yvon Richir ainsi qu'au président du conseil de surveillance, M. Antoine Chéreau. La démarche a été réitérée avec M. Georges Couturier qui a précédé M. Richir et a dirigé l'établissement pendant 28 ans, M. Thibault Douté, directeur par intérim à compter du 10 juillet 2017 et M. Francis Saint-Hubert entré en fonction le 1^{er} septembre 2017. L'entretien de début de contrôle a eu lieu le 16 août 2017 avec M. Douté.

L'entretien de fin de contrôle avec l'ordonnateur en fonction M. Saint Hubert, s'est tenu le 29 janvier 2018 en présence de M. Douté, suivi le même jour, d'une rencontre avec M. Couturier puis le 31 janvier, d'un échange téléphonique avec M. Richir. Le rapport d'observations provisoires (ROP) a été délibéré le 2 mai 2018.

Les quatre ordonnateurs sur la période contrôlée ont été destinataires du ROP dans son intégralité, le 25 juin 2018. Des extraits ont été adressés le même jour à M. Antoine Chéreau, président du conseil de surveillance, à M. Francis Saint-Hubert en qualité de directeur des établissements suivants : groupe hospitalier Les Collines Vendéennes, des centres hospitaliers Côte de Lumière et Fontenay-le-Comte, EHPAD Payraudeau, à Mme Frédérique Labro-Gouby, directrice du centre hospitalier Loire-Vendée-Océan, à Mme Corinne Williams-Sossler, directrice du centre hospitalier Georges Mazurelle et au Docteur Jean-Noël Ottavioli. M. Jean-Jacques Coiplet, directeur général de l'ARS a été destinataire d'une communication administrative. L'enquête intitulée « les personnels infirmiers » a été transmise à M. Gérard Terrien, président de la chambre régionale des comptes d'île de France et de la formation interjuridictionnelle idoïne.

Des délais supplémentaires pour réponse ont été accordés à M. Francis Saint-Hubert et au directeur général de l'ARS (échéance reportée au 15 septembre). Leurs réponses sont parvenues légèrement avec retard, respectivement les 18 septembre et 11 octobre. Le courrier de M. Georges Couturier a été réceptionné le 17 septembre. Au final, à l'exception de M. Thibault Douté qui a exercé un court intérim, tous les ordonnateurs du centre hospitalier départemental Vendée ont formulé des observations. M. Francis Saint-Hubert n'a formulé aucune remarque au titre des autres établissements de la direction commune. Les directrices des centres hospitaliers autonomes ont précisé ne pas avoir de commentaire particulier à faire valoir. MM. Chéreau et le Docteur Ottavioli n'ont pas répondu.

Le précédent examen de gestion a porté sur la période 2007-2011. Il a donné lieu à 12 recommandations couvrant un large spectre du fonctionnement du centre hospitalier.

Les axes suivants du plan de contrôle 2012 et suivants ont été examinés : le suivi des recommandations du rapport précédent, la gouvernance de la structure, la fiabilité des comptes, la situation financière, l'activité de la structure, les ressources humaines. L'enquête intitulée « les personnels infirmiers » inscrite au programme pluriannuel 2017-2019 de la Cour des comptes a également été réalisée.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier départemental Vendée dispose d'une capacité installée au 1^{er} janvier 2017 de 1 467 lits et 179 places dont 824 lits et places MCO, 219 lits et places SSR, 110 lits USLD et 393 lits et places EHPAD. Elle est répartie sur trois sites : les Oudairies à la Roche-sur-Yon, Luçon et Montaigu. Ces deux dernières communes disposaient chacune d'un centre hospitalier autonome fusionné en janvier 2003 avec le centre hospitalier départemental installé à la Roche-sur-Yon.

Le montant total des produits s'élève à 330 M€ en 2016 dont 299 M€ pour l'activité principale. Le centre hospitalier employait 4 115 personnes dont 347 au titre du personnel médical (hors internes, FFI et étudiants), au 31 décembre 2016 (source bilan social 2016).

La période examinée se caractérise par une accentuation du rôle du centre hospitalier au sein du territoire, la poursuite d'un important programme de travaux, une activité croissante, de même que les effectifs médicaux et non médicaux. Le compte de résultat principal est excédentaire de 2012 à 2014 puis légèrement déficitaire en 2015. Après le rebond constaté en 2016, l'exercice 2017 est déficitaire de 1,26 M€.

1 LE SUIVI DU CONTROLE PRECEDENT

Le précédent contrôle a donné lieu à 12 recommandations, respectées dans leur ensemble par l'établissement.

Deux d'entre elles sont mises en œuvre dans leur intégralité :

- « Recommandation n°2 : Dans le cadre de la future communauté hospitalière de territoire, définir les projets médicaux communs avec les autres établissements publics de santé en Vendée afin notamment de réduire les taux de fuite des patients »

- « Recommandation n°6 : Veiller après la mise en œuvre des mesures de publicité et d'information de l'autorité administrative sur les vacances de postes prévues à l'article 32 de la loi du 9 janvier 2006 à ce que les fonctions dévolues par le statut aux attachés d'administration hospitalière soient prioritairement confiées à des fonctionnaires lauréats du concours. »

Par ailleurs, la chambre régionale des comptes arrêta la recommandation n°4 : « Renforcer le suivi opérationnel des mesures d'intéressement des pôles et mettre en œuvre les mesures déjà identifiées par l'établissement visant, d'une part, à étendre la délégation de gestion au bénéfice des pôles et, d'autre part, à renforcer le rôle des chefs de pôle. » L'établissement a mis en place un suivi des achats prévisionnels et des dépenses imputées sur les enveloppes d'intéressement et fait état de la position des chefs de pôles, non favorables à la délégation de gestion.

Les autres recommandations ne sont pas mises en œuvre parfois, ou seulement pour partie, le plus souvent. Elles donnent lieu à des commentaires succincts dans le corps du rapport. En particulier, les constats réitérés d'absence de projet d'établissement et de non application de dispositions réglementaires afférentes à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins ne peuvent qu'être soulignés défavorablement.

2 LA GOUVERNANCE

L'analyse de la gouvernance de l'établissement est appréciée au travers de plusieurs axes : l'organisation propre au CHDV, la direction commune, la communauté hospitalière de territoire, les structures de coopération et le groupement hospitalier de territoire.

Le fonctionnement du directoire, de la commission médicale d'établissement (CME) et du comité technique d'établissement (CTE), instances importantes de la gouvernance d'un établissement public de santé, n'appellent pas d'observations particulières.

2.1 La gouvernance du CHDV

Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire.

2.1.1 L'analyse du fonctionnement du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement (art. L. 6143-1 du CSP). Plusieurs constats décrits ci-dessous témoignent notamment d'un fonctionnement non respectueux de la réglementation.

2.1.1.1 L'élection du président

L'élection du président s'est déroulée lors de la séance du 22 octobre 2015. Jusqu'à l'examen des affaires soumises à délibération et notamment l'affaire n° 1 relative à l'élection du président du conseil de surveillance, le doyen d'âge aurait dû présider la séance conformément à l'article R. 6143-5 du CSP. Au surplus, le président précédemment élu, M. Antoine Chéreau, candidat à sa propre succession, avait pris ses fonctions pour cinq ans à compter du 28 juin 2010. L'unique candidat a été réélu à l'unanimité.

2.1.1.2 La participation des membres à voix délibérative

Le rapprochement des arrêtés de composition du conseil de surveillance et des comptes rendus de réunion de l'instance met en évidence que sur la période 2012-2016, certains membres sont régulièrement peu présents (au plus une participation annuelle). Ils représentent au moins un tiers des membres à voix délibérative en 2013, 2014 et 2015.

Les membres à faible participation font partie à titre principal du collège n° 1 des représentants des collectivités territoriales, mais également parfois, du collège n° 2 des représentants du personnel et du collège n° 3 des personnalités qualifiées.

Sur la période étudiée, le nombre moyen des membres à voix délibérative est inférieur à neuf, ce qui détermine un faible écart avec le quorum s'élevant à huit. Le seuil de participation des 2/3 des membres à voix délibérative soit 10 sur 15 n'est atteint que six fois.

La faible participation de certains membres affaiblit la capacité de l'instance à exercer ses missions. La règle du quorum est par ailleurs plus difficile à respecter.

Un suivi renforcé de la participation des membres à voix délibérative pourrait être appréciable. Selon la réglementation, tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient de participer pendant un an aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire (art. R. 6143-13 du CSP). En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction s'engage à effectuer un suivi des participations et à se rapprocher en tant que de besoin de l'ARS qui arrête la composition du conseil de surveillance.

2.1.1.3 La règle du quorum

Le conseil de surveillance s'est réuni après le constat d'un nombre insuffisant de membres à voix délibérative, sur convocation du directeur général, une demi-heure après l'horaire initial, à deux reprises (le 25 mai 2012 et le 18 décembre 2014).

Cette pratique est contraire à la réglementation (art. R. 6143-10 du CSP) selon laquelle dans ce cas, la réunion de l'instance se tient dans un délai de trois à huit jours. Elle est aussi inadaptée à l'examen de sujets soumis à délibération ou avis et pour les deux situations rencontrées, le compte financier et l'affectation des résultats en 2012, la convention constitutive du GCS biologie 85 et la désignation de l'établissement siège de la CHT en 2014. En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction s'engage à respecter la réglementation.

2.1.1.4 La fréquence des réunions

L'instance s'est réunie chaque année à plusieurs reprises sur la période 2012-2017. Il doit cependant être relevé que 3 réunions seulement se sont tenues en 2014, 2015 et 2017 alors que la réglementation (R. 6143-11 du CSP) prévoit au minimum quatre réunions annuelles.

Le calendrier de réunion des instances ne paraît pas toujours pertinent. À titre d'illustration, en 2014, la première réunion s'est tenue le 4 juillet ce qui est un peu tardif pour que l'instance puisse questionner et réagir le cas échéant, à une évolution défavorable de l'activité ou des comptes de l'établissement, de même que pour délibérer ou donner un avis immédiatement utile au fonctionnement de l'établissement (par exemple en matière de politique pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge, pour l'année en cours).

2.1.1.5 L'organisation matérielle des instances, leur déroulement et les suites

L'article R. 6143-8 du CSP, repris par le règlement intérieur de l'instance, prévoit la communication aux membres de l'instance, de l'ordre du jour au moins sept jours à l'avance. Le respect de cette disposition a été vérifié pour les exercices 2013 et 2016.

L'établissement ne dispose pas d'un registre des délibérations pourtant prévu par la réglementation (art. R. 6143-14 du CSP). Le secrétariat de direction a présenté un cahier dédié. Pour l'exercice 2013, une feuille collée comporte un tableau identifiant les dates de l'instance et les affaires soumises à délibération ou avis mais aucune mention n'est portée concernant les numéros des délibérations et avis donnés, ou encore les dates d'envoi à l'ARS. Aucune délibération n'est jointe. Pour l'exercice 2016, le tableau au même format est renseigné mais aucune délibération n'est jointe. En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction s'engage à respecter la réglementation.

2.1.1.6 La mise en œuvre des attributions du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance s'est positionné au cours de la période d'investigation, par avis ou délibération sur les items listés par l'article L. 6143-1 du CSP à l'exception de deux d'entre eux : le projet d'établissement (le dernier porte sur la période 2001-2005 ; délibération du 1^{er} juin 2001) et la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge (uniquement sur des éléments contributeurs). Ces deux sujets font l'objet de développements ultérieurs.

L'instance délibère sur un champ plus large que celui défini par l'article précité mais les avis rendus sont produits à la demande de tiers (dont des autorités, pour des dossiers d'autorisation ou d'agrément) ou encore afin de souligner une politique susceptible d'avoir une incidence sur l'offre territoriale. La présentation pour avis du bilan social en 2016 est excessive ; l'instance aurait dû être seulement informée.

2.1.1.6.1 Sur l'action du conseil de surveillance en matière de qualité :

Comme indiqué ci-dessus, le conseil de surveillance, bien qu'il ait toujours été soucieux de la qualité de la prise en charge du patient selon M. Richir, ne s'est pas positionné clairement sur la politique d'amélioration de la qualité en contradiction avec la réglementation (art. L. 6143-1 du CSP).

Pourtant, la qualité de la prise en charge est un élément cardinal de l'activité d'un établissement de santé (art. L. 6111-2 du CSP). Par ailleurs, le compte qualité de l'établissement établi en 2014 et soumis à la haute autorité de santé (HAS) en vue de la certification prévoit que le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PACQ) sera actualisé tous les ans et validé par les instances (dont le conseil de surveillance). L'établissement ne respecte pas ses engagements sur ce dernier point. Il en est de même pour le PACQ 2011-2014.

Le conseil de surveillance se positionne cependant sur des éléments contributeurs de la politique qualité de l'établissement, comme le rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charges (CRUQPC) ainsi que sur le bilan et le plan d'action du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Ses pratiques au demeurant, ne sont pas constantes. La présentation des rapports et plans d'action du CLIN et de la CRUQPC (puis de la commission des usagers, CDU à compter de fin 2016) est de plus en plus tardive. Or, présenter en fin d'année des recommandations à mettre en œuvre au cours de l'exercice réduit l'intérêt de la saisine de l'instance. L'absence de présentation du bilan et du plan d'action du CLIN, en 2016 et 2017, résulte selon l'établissement, de l'évolution des instructions nationales.

2.1.1.6.2 Des sujets dont l'instance aurait dû avoir connaissance

Outre les éléments ci-dessus, l'établissement n'a pas présenté à l'instance :

- Les délégations de signature (art. D. 6143-35 du CSP), ce à quoi il a remédié le 15 décembre 2017

- Les dépenses d'investissement, de gros entretien et d'entretien courant afférentes aux logements concédés dans le patrimoine de l'établissement ainsi que la liste des concessions de logement et de leur répartition entre les différentes catégories de fonctionnaires (art.13 et 14 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010)

- Le rapport annuel de la commission d'activité libérale (art. R. 6544-11 du CSP)

- Le rapport annuel portant évaluation de la direction commune (art. 8 de la convention).

Pour conclure, il apparaît que le fonctionnement du conseil de surveillance n'est pas pleinement conforme à la réglementation. Il appartient à l'établissement de remédier à la situation. Par ailleurs, la chambre régionale des comptes invite la direction à :

- Soumettre au conseil de surveillance au début de chaque exercice, pour avis, le rapport et les recommandations annuelles de la CDU, dont l'état d'exécution pourrait donner lieu à un suivi infra annuel (à l'instar de l'exécution budgétaire et de l'activité)

- Régulièrement informer l'instance précitée de son action en matière de qualité (ex. la certification HAS, les démarches d'évaluation interne et externe pour ses EHPAD)

En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier départemental Vendée s'est engagé à présenter pour validation son PACQ tous les ans, et à informer de manière régulière le conseil de surveillance des actions mises en place en matière de qualité dans la continuité des présentations réalisées fin 2017.

Recommandation n° 1 : Appliquer la réglementation afférente au fonctionnement du conseil de surveillance (dont les articles R. 6145-3 et suivants du code de la santé publique).

2.1.2 Le directeur

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement et exécute les délibérations du conseil de surveillance.

Pendant la période examinée, le centre hospitalier départemental Vendée a été dirigé par quatre directeurs au total (dont un par intérim). Au cours de l'exercice 2012, M. Richir succède à M. Couturier qui a dirigé l'établissement pendant 28 ans.

M. Richir a été désigné par l'ARS, directeur par intérim dans de nombreux établissements du territoire.

La fonction de chef d'établissement est désormais enrichie par des responsabilités supplémentaires ayant trait au GHT, le CHDV en étant l'établissement support.

2.1.3 L'équipe de direction

L'organigramme du centre hospitalier à effet du 1er septembre 2017 comprend plusieurs directions fonctionnelles à l'instar d'autres établissements de santé.

Il convient de relever :

- La création en 2016 de la fonction de directeur général adjoint. Sa fiche de poste, initialement orientée vers la gestion interne de l'établissement devrait comporter sous l'empire du nouveau chef d'établissement, une dimension territoriale renforcée.

- Une rotation importante et récente de l'équipe de direction dont son directeur général, après une période de stabilité.

- La mise en place de la direction commune qui diminue la quotité de temps consacrée par les directeurs adjoints concernés au fonctionnement du CHDV.

- Le positionnement incertain de l'unité « qualité et gestion des risques » comprenant un pharmacien coordonnateur des risques et un cadre supérieur de santé, en charge de la qualité, de la gestion des risques, de l'accréditation et de la certification. Cette unité est également placée sous la responsabilité du président de la CME. Le pharmacien responsable de cette direction ne participe pas à ce jour au comité de direction. Implicitement, l'organigramme de direction ne comporte pas alors de direction fonctionnelle en charge de la qualité. Jusqu'à la prise de fonction de M. Richir, la direction des usagers et de la qualité en était chargée. Puis il a placé l'unité « qualité et gestion des risques » sous une double responsabilité : le président de la CME et lui-même.

En réponse aux observations provisoires de la chambre régionale des comptes invitant l'établissement à clarifier le positionnement de l'unité en charge de la qualité et à renforcer son pilotage, le directeur en fonction a précisé avoir rattaché l'unité précitée, dans le cadre de la réorganisation et du nouvel organigramme, à la direction des opérations.

2.1.4 L'absence de projet d'établissement

Comme indiqué, le conseil de surveillance n'a pas délibéré sur le projet d'établissement. Pourtant, le précédent rapport de la chambre régionale des comptes comportait une recommandation (n° 1) dans le sens de son élaboration. Le centre hospitalier ne dispose plus de projet d'établissement depuis 12 ans désormais.

Une « proposition de méthode pour l'élaboration du projet d'établissement 2018-2022 » témoigne de la préparation de certains volets. Des projets de pôle existent également, préparatoires au projet médical.

Il doit être rappelé cependant que le projet d'établissement identifie la stratégie d'un centre hospitalier. Il n'est pas, à l'opposé, une juxtaposition de projets de pôles ou des directions fonctionnelles. La stratégie définie est aussi relayée et mise en œuvre au sein des pôles et des directions ; le projet d'établissement est un outil de pilotage et de management. Idéalement, les projets stratégiques retenus donnent lieu à une valorisation économique et le plan global de financement pluri annuel s'assure de la soutenabilité financière du projet d'établissement.

En réponse aux observations provisoires, les directeurs successifs ont fait valoir notamment :

- Le nombre et l'importance des projets engagés et réalisés depuis 2005 (reconstruction et extension du site principal, l'élaboration du programme du nouveau service de médecine nucléaire avec TEP, les projets des sites de Montaigu et Luçon, la création d'une direction commune puis d'une communauté hospitalière de territoire, la mise en place du groupement hospitalier de territoire, etc.) lesquels ont nécessité un volet voire un projet médical,
- L'existence de plusieurs documents structurant le fonctionnement et le développement de l'établissement (schéma directeur des systèmes d'information, immobilier, programme d'amélioration de la qualité des soins, etc.)
- L'existence réitérée de projets constitutifs (projet social, de gestion, etc.) d'un projet d'établissement, à l'exception du projet médical ;
- Le processus de validation par les autorités de certains projets à la différence du projet d'établissement à visée essentiellement interne.

Le directeur en fonction prévoit l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement afin d'accompagner la réalisation du projet médical partagé en coordonnant à un niveau plus élevé les différentes politiques institutionnelles, en renforçant les outils de gestion et en adaptant progressivement la gouvernance.

Recommandation n° 2 : Définir un projet d'établissement conforme aux dispositions du code de la sante publique (art. L. 6143-2 et suivants du CSP).

2.1.5 Le règlement intérieur du centre hospitalier

Il est admis que le règlement intérieur a pour objet de faire connaître le « statut » du malade au sein de l'hôpital et les règles de fonctionnement courant de l'établissement. Le document remis est « établi sur les bases des dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 ». Il pourrait donc intégrer les dispositions législatives et réglementaires intervenues depuis. Certaines références au CSP relèvent même d'une ancienne codification.

Sa vocation généraliste ne serait pas contrariée par le renvoi utile –à défaut d'intégration- vers les « règlements intérieurs » spécifiques (par exemple pour le fonctionnement de la commission d'activité libérale, la commission des usagers, la crèche, etc.) et pourrait tenir compte de l'instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 portant sur des modalités de gestion du temps médical.

Le règlement intérieur ne traite pas dans son chapitre 7 « dispositions relatives à la gouvernance de l'établissement » de la commission des droits des usagers, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, du comité technique d'établissement, de la commission d'activité libérale. Pourtant, il doit fixer par exemple, les modalités d'élection de la CSIRMT (art. R. 6146-13 du CSP). Il paraît également insuffisant sur certaines thématiques importantes pour les usagers : la neutralité du service public, l'information financière des patients ou des résidents, la déontologie médicale, la recherche clinique, l'activité libérale.

Au regard de ces constats, la chambre régionale des comptes a invité l'établissement à compléter et actualiser le document existant, ce à quoi s'est engagé le directeur en fonction.

2.1.6 La politique qualité de l'établissement

La politique qualité de l'établissement est examinée via, d'une part, le fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) devenue commission des usagers (CDU) et, d'autre part, le processus qualité HAS.

2.1.6.1 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge / la commission des usagers

2.1.6.1.1 Sur la composition de la CRUQ-PC puis de la CDU

Conformément au décret n° 2016-726 du 1er juin 2016, une élection a déterminé un président et un vice-président pour la nouvelle commission des usagers qui devait être installée dans les six mois suivants la publication du décret.

La décision du chef d'établissement n° 2016-13 du 14 octobre 2016 qui arrête la composition de l'instance fait état outre les membres à voix délibérative, de membres consultatifs (directeur général adjoint, responsable qualité, directrice des sites de Luçon et Montaigu, directrice des relations avec les usagers ainsi que six représentants d'association supplémentaires). Si ces membres n'ont pas voix délibérative, il n'en demeure pas moins que la composition est irrégulière ; le code de la santé publique ne prévoit pas d'élargissement de la commission autrement que par ses dispositions relatives aux membres facultatifs. Il appartient ainsi aux membres des associations agréées, désignés pour siéger, de recueillir les observations, propositions et avis des autres représentants d'associations.

Il est constaté également, au cas général, l'absence de vote dans les comptes rendus de l'instance. Il en résulte que les membres à voix consultative désignés par le chef d'établissement ont individuellement, le même poids que ceux désignés par l'ARS, appartenant à des associations agréées. Le fonctionnement de l'instance dans son ensemble conduit ainsi à une sur représentation des associations non agréées, désignées par le chef d'établissement.

2.1.6.1.2 La fréquence et le calendrier des réunions

Sur la période examinée, une seule année (2016) ne comporte pas les quatre réunions attendues. La fréquence d'une réunion par trimestre est quasi systématiquement respectée.

2.1.6.1.3 Les recommandations de l'instance

Le caractère récurrent de plusieurs recommandations, ne paraît pas anormal au regard de certaines thématiques (comme la réduction du bruit ou encore l'amélioration de l'organisation de la sortie des patients) mais ne démontre pas non plus la volonté de l'institution de prendre en considération de façon systématique et diligente les recommandations de la CDU.

Dans son précédent rapport, la chambre régionale des comptes formulait la recommandation (n° 3) suivante : « Mettre en œuvre les actions d'amélioration identifiées par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », qui n'a donc été que partiellement suivie par l'établissement.

2.1.6.1.4 Les attributions de l'instance

A l'issue d'échanges avec la direction des usagers, il est établi que l'instance, en contradiction avec la réglementation (art. R. 1112-80 du CSP) n'a pas communication des issues des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers.

Ce manquement pourrait être résorbé par une présentation pluri annuelle des recours toujours actifs. Les décisions des juridictions peuvent être intéressantes à titre général, pour susciter l'évolution de pratiques au sein d'une institution.

Depuis le décret n° 2016-726 du 1^{er} juin 2016, le champ de compétences de la commission est élargi. À ce jour, le recueil des observations des associations de bénévoles est engagé mais l'instance n'est pas informée des événements indésirables. La préparation d'un projet des usagers, possibilité désormais offerte par la réglementation, n'est pas envisagée.

La chambre régionale des comptes souligne tout l'intérêt d'une présentation du plan d'action de la CDU au conseil de surveillance en tout début d'exercice et la création d'un dispositif de suivi infra-annuel des recommandations. Elle engage l'établissement à mettre en œuvre les attributions de la CDU dans le respect du code de la santé publique (art. R. 1112-80). En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction précise que le centre hospitalier départemental Vendée s'est mis en conformité avec le décret n° 2016-726 du 1^{er} juin 2016 prévoyant un élargissement des compétences de la CDU. En effet, les observations des associations de bénévoles de même que les événements indésirables graves (année 2017) ont été présentés au cours de la séance du 20 avril 2018 de la CDU. Par ailleurs, l'élaboration d'un projet des usagers n'est pas exclue et sera fonction de la motivation des représentants associatifs à s'engager dans une telle démarche.

2.1.6.2 La certification HAS

La haute autorité de santé (H.A.S.) définit la certification comme « une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. [...] »

Dans son rapport de novembre 2010, la H.A.S. concluait alors dans le sens de la certification de l'établissement sans aucune recommandation ou obligation.

Le 6 octobre 2017, au terme d'une nouvelle procédure de certification dont la transmission par l'établissement d'un compte qualité supplémentaire, la H.A.S. prononce la certification (niveau B) avec recommandations d'amélioration. Elles portent sur le management de la prise en charge médicamenteuse du patient, la prise en charge des urgences et des soins non programmés, les droits des patients et le management de la prise en charge au bloc opératoire. Les attendus de la certification actuelle sont toutefois, par comparaison avec la procédure précédente, réputés plus exigeants.

Outre le niveau de certification précité, le site Scope Santé présente « la position de l'établissement dans la répartition nationale des hôpitaux et cliniques ». Il identifie par ailleurs des thématiques pour lesquelles certains indicateurs sont insuffisants : accident vasculaire

cérébral, hémodialyse et organisation de la sortie du patient. En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier départemental Vendée précise que les recommandations d'amélioration définies par la HAS sont intégrées dans le compte qualité du CHDV, et font l'objet d'un suivi contractualisé avec la HAS (plan d'actions).

2.1.6.2.1 Observations sur la méthodologie de préparation de la certification

Le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques est assuré par le COPIL éponyme. M. Richir a rattaché directement à lui la cellule qualité-gestion des risques, dont le positionnement est devenu incertain à son départ. En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction a précisé avoir remédié à la situation.

Le conseil de surveillance n'a pas été informé de la présentation de la démarche qualité en amont de la venue de la HAS. Le service qualité et gestion des risques n'est pas intervenu dans cette instance. À titre complémentaire, la démarche d'évaluation interne / externe des EHPAD n'a pas plus donné lieu à présentation. Cependant en fin d'année 2017, la responsable de l'unité qualité a présenté au conseil de surveillance des éléments de synthèse sur la démarche qualité ainsi que l'ensemble des actions prévues pour remédier aux quatre recommandations d'amélioration de la HAS. En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction s'est engagé à prolonger la démarche d'information du conseil initiée fin 2017.

2.1.6.2.2 Un manquement en matière d'information à destination des usagers

L'établissement ne respecte pas la réglementation (les articles L. 61441 et L. 6161-2 du CSP, l'article R. 162-45-3 du code de la sécurité sociale (CSS) et l'arrêté du 3 mai 2016) qui prévoit la mise à disposition obligatoire auprès du public d'indicateurs qualité.

La chambre régionale des comptes invite l'établissement à :

- Mettre en œuvre des actions correctrices dans le sens des recommandations d'amélioration définies par la HAS
- Afficher dans les locaux de l'établissement, à l'attention du public, les indicateurs qualité prescrits par la réglementation
- Renforcer l'information du conseil de surveillance en matière de qualité.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, le centre hospitalier a précisé que l'affichage relatif aux indicateurs qualité a été renouvelé en avril-mai 2018. Désormais, tous les services du CHD multisites proposent dans leurs salles d'attente et sur leurs tableaux d'informations générales des indicateurs actualisés. Par ailleurs, les résultats des indicateurs sont accessibles sur le site internet du CHDV.

2.2 La direction commune

2.2.1 Le périmètre de la direction commune

La convention de direction commune établie en date du 21 novembre 2014 regroupe les établissements suivants : centre hospitalier départemental Vendée, des Sables d'Olonne, de Fontenay-le-Comte et enfin celui de la Chataigneraie (les Collines Vendéennes). M. Richir est alors directeur général du CHDV et directeur par intérim des autres établissements cités.

Elle est modifiée par l'avenant n° 1 en date du 6 décembre 2016 qui l'étend à l'EHPAD de la Chaize-le-Vicomte. L'avenant n° 2 signé le 5 juillet 2017 ajoute la résidence au Fil des Maines installée à Saint-Fulgent. En fin d'année 2017, l'ARS n'avait pas validé l'extension précitée.

L'offre sanitaire et médico-sociale totale gérée dans le cadre de la direction commune est de 3 084 lits et places au 1er janvier 2017. Si la résidence au Fil des Maines devait intégrer la direction commune, la capacité totale serait encore accrue de 172 lits d'EHPAD et portée à 3 256 lits et places.

Parmi les établissements publics de santé de la Vendée, seuls le centre hospitalier Loire-Vendée-Océan (et les hôpitaux locaux rattachés) ainsi que le centre hospitalier Georges Mazurelle ne font pas partie de la direction commune. Le chef d'établissement du CHDV dispose dans ce contexte d'une capacité certaine et inédite pour organiser ou aménager l'offre territoriale de soins.

Le site principal des Oudairies, au centre du territoire, est assez proche (de 11 à 40 km) de la plupart des autres sites, à l'exception du CH de Fontenay (59 Km). Les distances inter établissements peuvent être beaucoup plus importantes.

2.2.2 Les principaux traits de la convention de direction commune

2.2.2.1 Les principes et objectifs généraux

Son préambule précise qu'elle s'inscrit dans le prolongement des coopérations initiées depuis plusieurs années ; les partenariats se sont encore renforcés par la création de la communauté hospitalière de territoire (CHT) 85 en juin 2014. Ces coopérations motivent une évolution de la gouvernance pour les établissements parties à la convention, tout en préservant leurs spécificités et leur autonomie juridique.

L'objet de la convention est le suivant : « confier le pilotage des établissements à un directeur commun afin de leur permettre de renforcer leurs actions de coopération et faciliter la mise en œuvre d'une organisation commune. »

La gouvernance repose sur une « équipe de direction commune cible » avec pour objectif de développer des stratégies partagées et de privilégier toutes les actions destinées à améliorer l'efficacité de chacun des établissements.

La direction commune est assurée (art. 5) par le directeur général commun. L'organisation de la direction commune actuelle est suivie d'une organisation cible 2015-2016 et d'une seconde pour 2017.

Le financement de la direction commune est précisé à l'article 6 ; les affectations et les prestations des membres de l'équipe de direction donnent lieu à répartition des charges entre établissements.

2.2.2.2 L'organigramme de la direction commune et son évolution

La convention portant direction commune fait état :

- D'un organigramme « actuel » de la direction commune avec à sa tête le directeur général du CHDV et des directeurs de site pour les trois autres établissements ;
- D'un organigramme cible pour la période 2015-2016 caractérisé par : un directeur général, une ligne de directeurs de site et des directions fonctionnelles communes :
 - La direction fonctionnelle ingénierie et logistique commune correspond à l'équipe du CHDV ;
 - Une direction fonctionnelle d'appui projets.

Par suite, les directions fonctionnelles ou les services des établissements membres (autres que le CHDV) en charge des thématiques relevant de la direction fonctionnelle ingénierie et logistique commune deviennent des antennes. L'organigramme 2017 fait état de départs en retraite attendus.

L'avenant n° 2 de la convention présente le projet de créer un poste de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social pour assurer la fonction de direction de l'EHPAD de la Chaize le Vicomte et de la résidence au Fil des Maines. À ce jour, le directeur adjoint responsable des sites de Luçon et Montaigu est également directeur du pôle gériatrie et SSR du CHDV et directeur de l'EHPAD la Chaize-le-Vicomte.

2.2.2.3 Observations et manquements

2.2.2.3.1 La mise en place des organigrammes cibles ; l'absence de répartition des charges entre les établissements

Les directeurs du centre hospitalier Vendée (au grade de directeur d'hôpital) sont nommés sur l'ensemble des établissements de la direction commune par arrêté du centre national de gestion.

Pour le fonctionnement de la direction fonctionnelle commune en matière d'ingénierie-logistique, les deux ingénieurs exerçant la fonction de directeur au CHDV ont été nommés par décision du directeur général :

- Pour l'ingénieur des services techniques sur l'ensemble des établissements membres (hors EHPAD de la Chaize-le-Vicomte) à compter du 1^{er} janvier 2016 ; cette nomination est étendue à l'EHPAD précité le 1^{er} septembre 2017.
- Pour l'ingénieur en charge du système d'information, la première nomination prend effet le 1^{er} janvier 2015. La seconde, l'étend à l'EHPAD de la Chaize-le-Vicomte à compter du 1^{er} septembre 2017.

Ces deux directeurs interviennent donc dans l'ensemble des établissements. Pour la période 2012-2017, aucune convention n'organise leur activité.

La convention de direction commune du 21 novembre 2014 prévoit à son article 6 que les « affectations et les prestations des membres de l'équipe de direction donneront lieu à répartition des charges entre établissements ». Pourtant, aucune facturation n'a été mise en œuvre.

Lors des entretiens conduits dans le cadre de l'instruction, les directeurs des achats/affaires logistiques, système d'information puis travaux, ont fait état de quotités de temps consacrées à la direction commune, à hauteur respectivement de 50 %, 60 % (avec l'intervention au titre du GHT) et 20 %.

Les postes de directeurs adjoints en charge des achats et de la logistique dans les établissements des Sables d'Olonne et de Fontenay-le-Comte, n'ont pas été pourvus lors du départ des professionnels jusqu'alors en poste, ce qui est cohérent avec le temps qui leur est consacré par le directeur adjoint du CHDV et motive encore l'application de l'article 6 de la convention.

Le centre hospitalier départemental Vendée a depuis ces constats, procédé à une évaluation de la contribution de ses collaborateurs à compter de 2017 en vue d'une facturation en 2018 au titre de la direction commune.

Le tableau fourni recense l'intervention de 19 collaborateurs en matière de système d'information, restauration, technique bio médical et affaires logistiques, quantifiées en termes de quotité de temps et en valeur puis réparties entre le GHT, le(s) GCS ainsi que la direction commune. Le montant à facturer au titre de la direction commune s'élève à 188 397,54 €.

Les estimations et valorisations n'ont pas été réalisées pour quatre professionnels, ce qui témoigne du caractère provisoire de l'évaluation. En ce sens également, l'intervention d'un des professionnels, imputée à la direction commune est comptabilisée également dans la liste des mises à disposition statutaires (situation qui induit en toute logique une facturation pour remboursement).

2.2.2.3.2 L'absence d'évaluation annuelle

La convention de direction commune du 21 novembre 2014 prévoit (article 8) l'élaboration d'un rapport annuel sur sa mise en œuvre et sa présentation pour information auprès de chaque conseil de surveillance. Le rapport annuel de l'évaluation comprend : le bilan de fonctionnement de la direction commune, l'évaluation des missions de direction commune et l'équilibre financier des prestations réalisées entre les établissements. Ces dispositions de la convention n'ont pas été exécutées.

En réponse aux observations provisoires, M. Richir a précisé qu'il n'aurait pas été opportun « de procéder immédiatement à une répartition des charges entre établissements de la direction commune, puis entre établissements du GHT » ce qui aurait « amplifié les difficultés financières de ces établissements. » Par ailleurs, il estime que l'absence d'évaluation du fonctionnement de la direction commune renvoie au « déroulement des événements et de structuration territoriale », les projets et fonctionnements de la direction commune devenant ceux de la CHT suivie par le GHT. Pour la chambre régionale des comptes, si les considérations

stratégiques et financières mises en avant par M. Richir peuvent expliquer en opportunité l'absence de répartition des charges entre établissement, elles ne sauraient en revanche justifier de s'exonérer de cette mise en œuvre rendue obligatoire par l'article 6 de la convention de direction commune qui engage l'établissement.

Le directeur actuellement en fonction a communiqué un bilan de fonctionnement de la direction commune structuré en points forts/points de vigilance pour identifier les effets de sa mise en œuvre pour les items suivants : finances/CDG/facturation, qualité, gestion des risques, relations avec les usagers, services support (achats, logistique, entretien, maintenance), offre de soins, RH, SI, mutualisations. Il en ressort par exemple, l'harmonisation de pratiques RH (en matière de contractualisation), le partage de professionnels (médicaux ou non) donc d'expertises, d'expériences et d'un accès aux soins renforcé, les économies réalisées (dont l'effectif des directeurs), les points de vigilance (organisations et coordination parfois à renforcer, selon les cas, des compétences à maintenir sur place, un moindre temps à consacrer sur site, une moindre réactivité).

La chambre régionale des comptes invite l'établissement à :

- Mettre en œuvre l'article 6 de la convention de direction commune selon lequel les « affectations et les prestations des membres de l'équipe de direction donneront lieu à répartition des charges entre établissements » ;
- Étendre aux collaborateurs des directions fonctionnelles du CHDV concernées, les dispositions de l'article 6 ; il n'est pas fondé à ce jour que le CHDV supporte l'intégralité de la charge induite par leur emploi puisque leur activité est répartie sur plusieurs structures ;
- Réaliser l'évaluation annuelle et la présenter au conseil de surveillance, dans le respect de l'article 8 de la convention de direction commune.

2.3 La communauté hospitalière de territoire

Une communauté Hospitalière de Territoire a été créée le 25 février 2014. Elle associe le centre hospitalier départemental Vendée et les centres hospitaliers Côte de Lumière (Sables d'Olonne), de Fontenay le Comte et Loire Vendée Océan (Challans), l'Hôpital les Collines Vendéennes ainsi que le centre hospitalier spécialisé Georges Mazurelle.

Le directeur du centre hospitalier départemental Vendée est alors directeur par intérim du centre hospitalier de Fontenay-le-Comte et de l'hôpital des Collines Vendéennes.

Sa création qui précède la direction commune, s'est appuyée sur les dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST ou Bachelot, abrogées ensuite par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (art. 107) dite Touraine. L'agence régionale de santé a approuvé par courrier du 27 juin 2014, la convention constitutive de la CHT.

En novembre 2014, la commission de communauté a été mise en place et le CHDV a été désigné établissement siège de la CHT 85.

2.3.1 La convention constitutive de la CHT

Le préambule de la convention souligne la volonté des établissements de formaliser leur coopération avec « l'objectif fondamental de maintenir et de conforter le maillage territorial de l'offre de soins en Vendée ». « La CHT a pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population ». « La mise en place de la CHT Vendée permettra donc de développer des stratégies partagées à l'échelle du territoire de la Vendée et de privilégier toutes les actions destinées à améliorer l'efficacité de chacun des établissements ».

La communauté hospitalière de territoire a pour objet de « mettre en œuvre une stratégie commune entre les six établissements publics [...] aux fins de garantir sur le territoire de Vendée des prises en charge de qualité, performantes au meilleur coût » et de « gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements ou à des mutualisations. »

Un projet médical commun est élaboré. Ses objectifs généraux sont :

- L'engagement prioritaire en faveur du service public hospitalier ;
- Un rôle de recours renforcé afin d'éviter les recours extérieurs au département ;
- L'application des préconisations du SROS PRS ;
- La déclinaison des priorités nationales et régionales pour les CHT ;
- Une organisation à géométrie variable de l'offre de soins en adéquation avec les besoins et avec une recherche d'efficacité ;
- La prise en compte des contraintes de financement liées à l'activité, les coopérations devant « permettre globalement un partage équitable des recettes générées et une meilleure maîtrise de leurs coûts ».

Un schéma directeur du système d'information est également inscrit, pour intégration du plan hôpital numérique, « sans remettre en cause les systèmes d'information déjà existants des différents établissements ».

2.3.2 Commentaires sur le fonctionnement de la CHT

2.3.2.1 Éléments d'appréciation du fonctionnement de la CHT

Les comptes rendus de la « commission de la communauté », instance de décision de la CHT, témoignent de son fonctionnement réel. Son président, élu, est M. Chéreau, président du conseil de surveillance du CHDV.

Les thèmes prioritaires du futur GHT en matière de filières de prise en charge, de spécialités médicales et chirurgicales et de fonctions transversales sont discutés dès novembre 2015.

L'espace de dialogue social s'est réuni à plusieurs reprises ; cette instance contribue également à la préparation du GHT Vendée.

Une plateforme informatique CHT est créée. Elle constitue un espace de présentation et de communication sur la CHT à destination du grand public ainsi qu'une zone de partage d'informations entre tous les professionnels de la CHT.

Outre la création d'un GCS de biologie, un projet de GCS « logipôle » est questionné. Il concerne les activités blanchisserie, restauration, stérilisation, pharmacie. Le fonctionnement de la CHT n'a pas donné lieu à des délégations ou transfert de compétences et d'activités.

Sur le plan financier, les dispositions de la convention portant sur la fixation des frais pour services rendus n'ont pas été activées.

2.3.2.2 L'absence de bilan du fonctionnement de la CHT

Aucun bilan de la CHT n'a été communiqué à la chambre régionale des comptes bien qu'évoqué dans le compte rendu de la commission de communauté du 13 avril 2016. Outre le maillage de l'offre territoriale de soins, la recherche d'une efficacité accrue -qui est un des objectifs de la CHT- n'est pas documentée, de même que l'équilibre économique des coopérations qui constitue un des objectifs généraux du projet médical commun.

2.4 Les structures de coopération

La dynamique de coopération territoriale se traduit par la mise en place de plusieurs structures de coopération. Le groupement d'intérêt public « blanchisserie inter hospitalière » qui associe depuis 1974 le CHDV et le centre hospitalier Georges Mazurelle, n'appelle pas d'observations particulières. Les développements qui suivent sont centrés sur les GCS.

2.4.1 Les groupements de coopération sanitaire

2.4.1.1 Le groupement de coopération sanitaire « Procréalis »

2.4.1.1.1 Éléments de présentation de la convention constitutive

La convention constitutive du GCS de moyens de droit privé signée le 8 mars 2014 organise la coopération entre la Clinique Saint Charles, le laboratoire Biolorylis et le centre hospitalier départemental Vendée. Le siège social des structures privées est installé à La Roche-sur-Yon. La convention dispose que le groupement ne poursuit aucun but lucratif. Un capital de 12 000 € a été constitué. Les parts sont définies à proportion des apports respectifs.

Un centre dédié à l'activité AMP est créé et regroupe sur un même site, à la Clinique Saint-Charles, les activités clinique et biologique, permettant à minima la réalisation de fécondations in vitro. L'ARS a délivré des autorisations d'exercice pour l'activité AMP sur le site de l'établissement sanitaire privé.

2.4.1.1.2 Les charges et produits d'exploitation pour le CHDV

Les charges de fonctionnement sont couvertes par les participations des membres ainsi que par les ressources propres du groupement. La clef de répartition entre les membres est au prorata du chiffre d'affaires de l'activité (AMP) réalisé par chacun d'eux.

En ce qui concerne le CHDV, l'état des charges et produits est détaillé dans le tableau n° 1 qui appelle les commentaires ci-après.

Les charges de fonctionnement pour le CHDV après répartition, sont constituées principalement de la « contribution des membres ». Les recettes comprennent le remboursement de la mise à disposition de personnel et les recettes d'activité.

Les comptes de l'exercice 2016 ne sont pas clos semble-t-il en fin d'année 2017, en raison de discussions engagées entre les parties notamment sur la composition des charges, la clinique ne souhaitant pas que les rémunérations du personnel médical du CHDV intègrent le dispositif.

Pour les exercices 2015 et 2016, avec la même méthode de répartition des charges, l'activité du groupement de coopération sanitaire (GCS) est défavorable au CHDV au regard du compte de résultat. Toutefois, la direction des finances estime que sa participation à l'activité AMP du GCS ne peut être considérée comme déficitaire dans la mesure où de nombreuses parturientes ayant bénéficié de l'activité du GCS s'orientent vers la maternité du CHDV. L'analyse budgétaire globale du dispositif n'est pas toutefois disponible.

Pour l'exercice 2017, le tableau communiqué par l'établissement, toujours en cours de négociation, prend en considération la position de la clinique. Il détermine un résultat comptable excédentaire apparent de 40 650 € pour le CHDV. En appliquant la méthode jusqu'alors pratiquée, prenant en compte les dépenses de personnel médical à hauteur des montants 2016 (pour hypothèse), le résultat comptable pour le CHDV est déficitaire à hauteur de 79 831 € et non plus excédentaire.

2.4.1.2 Le groupement de coopération sanitaire « GCS logistique et médico-technique Médilog 85 »

Le CHDV et le centre hospitalier Côte de Lumière se sont associés pour constituer un groupement de coopération sanitaire de moyens, de droit public. La convention est signée en juin 2015. L'ARS a approuvé la convention par arrêté en date du 2 février 2016.

2.4.1.2.1 Éléments de présentation de la convention constitutive

Le préambule de la convention constitutive précise que :

- Compte tenu des enjeux territoriaux et du futur groupement hospitalier de territoire (GHT), il apparaît qu'une mutualisation forte de certaines compétences par la création de structures territoriales organisées et adaptées aux besoins sanitaires soit nécessaire. Il est donc choisi d'initier la mise en commun de prestations médico-techniques et logistiques par la création d'un groupement de coopération sanitaire de moyens.

- Ce groupement a vocation à gérer l'activité de restauration du CHDV sur le site de Luçon et du CH Côte de lumière dans un premier temps. Il pourra étendre ses compétences à d'autres activités en fonction des besoins exprimés par les membres fondateurs telles que des

activités médico-techniques (pharmacie, stérilisation, biologie, imagerie médicale), des activités logistiques (restauration, traitement du linge, transport, magasin et approvisionnements), des activités administratives et techniques (achat, système d'information, formation et ressources humaines, maintenance technique et maintenance biomédicale).

Par suite, le groupement a pour objet la gestion et la mutualisation de tout ou partie des fonctions supports logistiques, médico-techniques, administratives et techniques des établissements fondateurs.

La production des repas pour les deux établissements est centralisée sur une même unité de production, à partir de laquelle l'acheminement des repas est organisé.

Le siège du groupement est situé au CHDV. Un capital est constitué. La répartition des droits sociaux au sein du groupement est proportionnelle à la répartition des parts en capital entre les membres.

2.4.1.2.2 Les charges et produits d'exploitation pour le CHDV

L'activité de restauration a commencé le 1^{er} juillet 2016. Selon le centre hospitalier, le montant total des produits du GCS pour l'exercice 2016 est de 1,74 M€ et celui des charges, de 1,68 M€. L'EPRD prévoyait un montant total des charges et produits de 1,71 M€.

Pour l'exercice 2016, la direction du CHDV précise le montant des charges de fonctionnement (contribution du CHDV) soit 0,78 M€ HT correspondant aux repas facturés par le GCS. Les recettes du centre hospitalier sont constituées par le remboursement de dépenses engagées initialement pour le fonctionnement du GCS (la mise à disposition de personnel, des achats stockés et dans une moindre mesure un loyer), à hauteur de 1,50 M€ HT au total.

Par ailleurs, l'extrait du compte financier du GCS pour 2016 inclut pour ce premier semestre, des charges de fonctionnement s'élevant à 1,68 M€, montant à rapprocher des titres émis pour remboursement par le CHDV (1,5 M€). Le montant total (1,68 M€) inclut la part du centre hospitalier des Sables d'Olonne (0,17 M€).

En 2017, en toute logique, le montant prévisionnel total général inscrit à l'EPRD s'élève à 3,53 M€. Le montant total des produits au compte financier est de 3,45 M€. Un léger excédent est à nouveau constaté.

2.4.1.3 Le groupement de coopération sanitaire « GCS Biologie 85 »

Les centres hospitaliers de Fontenay-le-Comte, Loire-Vendée-Océan ainsi que le CHDV ont créé un groupement de coopération sanitaire de moyens, de droit public. La convention est signée le 25 mars 2015. Elle est approuvée par l'ARS le 9 avril 2015.

2.4.1.3.1 Éléments de présentation de la convention constitutive

Confier l'exploitation d'un laboratoire de biologie médicale devenu unique à un groupement de coopération sanitaire a vocation notamment à répondre à l'ensemble des obligations liées à la procédure d'accréditation. La convention précise que les parties renoncent, chacune pour ce qui les concerne, à gérer une autorisation de biologie médicale. Trois sites de proximité demeurent en fonctionnant 24 h sur 24.

L'accréditation par le comité français d'accréditation (COFRAC) a été un sujet majeur, eu égard à l'obligation réglementaire au 31 octobre 2016 que 50 % des activités du GCS soient accréditées. L'objectif a été atteint pour les trois sites. L'objectif réside désormais dans l'obtention d'une accréditation sur 100 % des activités en 2020.

2.4.1.3.2 Les charges et produits d'exploitation pour le CHDV

L'exercice comptable n'a pas été ouvert malgré le fonctionnement du GCS de septembre à décembre 2015. L'incidence sur le résultat comptable 2015 du CHDV est estimée faible par la direction des finances mais elle n'est pas définie. Le courrier du 11 février 2016 signé notamment par l'administrateur du GCS précise que le CHDV reprend à son compte les charges avancées pour le GCS sur 2015 et s'engage à ne pas les reporter sur l'exercice 2016.

L'EPRD 2016 du GCS a été présenté à l'équilibre mais le résultat comptable au terme de l'exercice 2016 est excédentaire de 1,52 M€. Le CHDV contribue à hauteur de 1,06 M€ à l'excédent comptable.

La « contribution » du CHDV constatée au compte financier atteint 9,90 M€ soit 0,65 M€ de plus qu'à l'EPRD. Le remboursement du GCS au CHDV s'élève à 8,84 M€ au compte financier contre 9,29 M€ à l'EPRD, soit 0,45 M€ de moins.

La direction des finances du CHDV précise que les membres du GCS ont décidé de procéder à un appel de fond à hauteur des acquisitions prévisionnelles 2016 (soit 241 938 €). Autrement dit, en raison de la nouvelle structuration des comptes, des dépenses d'investissement pour le GCS déterminent des charges d'exploitation pour le CHDV. En l'absence de GCS, les comptes d'exploitation du CHDV n'auraient pas connu d'augmentation à ce titre mais le tableau de financement.

Un apport au fonds de roulement s'élève à 0,55 M€ à l'EPRD mais il atteint 1,49 M€ au terme de l'exercice. En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction précise que le résultat excédentaire du GCS est dû à l'augmentation d'activité du CHD. L'affectation du résultat a été décidée en assemblée générale (formée par des représentants des centres hospitaliers membres du GCS) : 0,75 M€ en investissement pour éviter des demandes de contribution aux établissements et 0,77 M€ en report à nouveau pour anticiper d'éventuelles difficultés liées par exemple à une évolution défavorable de la nomenclature des actes de biologie médicale.

Le montant total des recettes de l'EPRD 2017 du GCS s'élève à 13,26 M€. L'EPRD 2017 est présenté en déficit à hauteur de 152 810,99 € qui motive un report à nouveau à même hauteur (dont 105 286,78 € pour le CHDV). La contribution du CHDV s'élève à 9,39 M€. Le compte financier 2017 du GCS est excédentaire de 0,51 M€.

2.4.1.4 Mise en perspective des informations financières

Au terme de l'examen des documents financiers du CHDV (rapports de présentation de l'EPRD et des décisions modificatives, du compte financier) sur la période 2012-2017, il apparaît que la complexité inhérente à la prise en compte dans l'EPRD et lors de son exécution, des données relatives au fonctionnement des GCS peut être source d'erreurs. À titre d'illustration, le rapport du compte financier 2015 précise ainsi : « le compte contributions aux GCS a été multiplié par 4 en 2015 en raison d'une sous-évaluation en 2014 des charges pour le

GCS Procréalys » ; le rapport de présentation de la décision modificative n° 1 en 2017 fait état « d'une dépense constatée en clôture d'exercice mais non prévue à l'EPRD dans le cadre de la refacturation des examens de laboratoire réalisés à l'extérieur du GCS Biologie ».

En ce sens, le tableau demandé à l'établissement pour comparer par GCS et par compte concerné les données prévisionnelles et constatées tant en recettes qu'en dépenses, n'a pas été fourni.

Comme indiqué précédemment, les choix opérés dans le cadre du fonctionnement des GCS (ex : appel de fonds) ont un impact sur les résultats comptables des contributeurs. C'est en ce sens également que le résultat comptable fortement excédentaire en 2016 pour le GCS Biologie peut être questionné.

Surtout, il apparaît que seules des informations partielles sont mentionnées dans les documents financiers de l'établissement sur l'entrée en fonctionnement des GCS et son incidence sur la structure des comptes de l'établissement (dont l'augmentation des charges et des produits de titre 3 et dans une moindre mesure l'incidence sur l'amortissement). Pourtant, le compte financier 2016 souligne que la mise en place des GCS « n'est pas neutre sur la structure des comptes de l'établissement » et comme indiqué ci-dessus avec la présentation de chacun des GCS, leur surface économique est importante.

Il doit donc être relevé que les informations disponibles dans les documents financiers du centre hospitalier ne permettent pas de prendre pleinement la mesure de l'incidence globale et structurelle, de la mise en place et du développement des GCS sur la structure des comptes de l'établissement, notamment sur les dépenses et recettes d'exploitation.

Des informations plus complètes, par GCS et agrégées pourraient être utilement portées à la connaissance des instances du centre hospitalier départemental Vendée, notamment lors de la présentation de l'EPRD et à l'occasion de l'examen du compte financier. Implicitement, elles permettraient aussi d'éclairer l'économie des moyens mis en œuvre quant aux actions d'externalisation et de mutualisation, d'activités et de moyens.

Recommandation n° 3 : Renforcer la lisibilité des liens budgétaires et comptables entre le centre hospitalier départemental Vendée et les groupements de coopération sanitaire auxquels il participe.

2.4.2 La Fédération Médicale Interhospitalière dédiée aux urgences

Par décision du 2 novembre 2016, les directeurs du CHDV et du centre hospitalier Loire-Vendée-Océan ont décidé « conjointement de la création de la fédération médicale interhospitalière des urgences ».

2.4.2.1 Éléments de présentation de la convention constitutive

Le préambule précise que cette collaboration traduit la volonté des établissements de « renforcer leur coopération afin de garantir une réponse de qualité aux besoins de la population du territoire en termes de soins urgents compte tenu des problématiques de démographie médicale » et notamment « des difficultés du service d'accueil des urgences du CHLVO, grâce à la nomination d'un coordonnateur médical commun, et la mise en place d'une coordination

soignante. Cette fédération médicale interhospitalière (FMIH) pourra s'étendre, dans un second temps, aux autres services d'accueil des urgences de Vendée. Sur la base du projet médical partagé, le CHDV et le CHLVO considèrent la mise en place de cette FMIH comme une étape vers la constitution d'une équipe territoriale d'urgentistes qui devra être définie au plus tard à la fin du 1er semestre 2018. »

Un comité de coordination est installé. Le coordonnateur médical est le chef de service SAMU-SMUR-Urgences du CHDV. Il a notamment pour mission d'organiser le fonctionnement des services. Il dispose d'une autorité fonctionnelle sur équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement des services relevant de la fédération.

2.4.2.2 Éléments à caractère budgétaire

La fédération n'a pas de personnalité juridique et donc pas de budget propre. La décision ne comporte aucune indication sur les contreparties financières des interventions réciproques.

2.4.2.3 Commentaires sur le choix du support de coopération

La FMIH présentée est conforme à l'article L. 6135-1 du CSP qui prévoit l'accord conjoint des directeurs, l'avis de la CME et du CTE de chacun des établissements ainsi que l'accord des responsables des structures concernées.

Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire donne la possibilité aux établissements parties à un groupement hospitalier de territoire de créer des pôles inter établissements d'activité clinique ou médico-technique. Cette structure juridique rattachée à l'établissement support est plus intégrative que la fédération médicale inter hospitalière.

2.4.3 Le projet de Logipôle

Dans le contexte de la CHT puis du GHT, des prestataires privés ont été sélectionnés pour définir un « schéma d'organisation logistique optimal de long-terme » grâce à une réflexion sur le niveau pertinent de mutualisation pour chaque fonction logistique et médico-technique des établissements publics de Vendée.

Les enjeux relèvent de la qualité de la prestation et de l'efficacité économique. Le schéma précité inclut l'hypothèse d'un ou plusieurs pôles logistiques départementaux. La recherche de mutualisations est engagée dans plusieurs domaines : pharmacie, blanchisserie, restauration, énergie, déchets, transport, magasin, courrier. Elle n'est pas parvenue à son terme.

La convention constitutive du GCS Médilog prévoit l'extension du champ actuel d'activité du GCS à d'autres thématiques, ce qui pourrait être la suite donnée aux réflexions portant sur le Logipôle.

2.5 Le groupement hospitalier de territoire

2.5.1 Éléments de présentation de la convention constitutive

La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire (GHT) est établie entre les centres hospitaliers publics de santé du territoire soit : le centre hospitalier Côte de Lumière, le centre hospitalier départemental Vendée, le centre hospitalier de Fontenay-le-Comte, le groupe des Collines Vendéennes, le centre hospitalier Loire-Vendée-Océan, l'hôpital de Noirmoutier, l'hôpital Dumonté de l'Île d'Yeu, et le centre hospitalier Georges Mazurelle. Le directeur de ce dernier établissement n'a pas signé la convention mais son avenant.

Les quatre premiers établissements sont représentés par le directeur général du CHDV, les suivants, à l'exception du centre hospitalier spécialisé, par le directeur du centre hospitalier Loire-Vendée-Océan. Les personnes signataires de la convention sont donc au nombre de trois pour huit entités juridiques autonomes.

Le préambule de la convention fait état de :

- « La volonté de poursuivre l'objectif de maintenir et conforter le maillage territorial de l'offre de soins en Vendée, dans la continuité de leur démarche commune dans le cadre de la CHT Vendée par convention du 25 février 2014. » ;

- « L'ambition de poursuivre la restructuration de l'offre de soins autour d'un projet médical partagé » ;

- « Le GHT répond aux besoins de santé de la population par une stratégie partagée à l'échelle du territoire de la Vendée et aux enjeux qui s'imposent aux établissements de santé, notamment l'attractivité médicale, l'organisation des filières et des parcours de soins coordonnés, la mise en place d'un système d'information convergent, une politique stratégique achats (exploitation et investissements), une politique de formation coordonnée et une certification conjointe HAS. » ;

- « Les nouvelles coopérations en privilégiant les actions destinées à améliorer l'efficacité de chacun des établissements poursuivront celles mises en place par la CHT (...) »

La convention indique les membres associés sont : l'hospitalisation à domicile (HAD) Vendée (secteur privé), le CHU, des établissements médico-sociaux publics. Les établissements privés sanitaires et médico-sociaux seront sollicités « en cas de besoin lors des travaux des groupes thématiques ».

2.5.1.1 Le calendrier de création et développement du GHT

Le calendrier est le suivant :

- 1^{er} juillet 2016 : l'ARS arrête la liste des GHT et publie de cette liste qui entraîne la création du comité territorial des élus locaux ;

- Été 2016 : décision d'approbation ou attestation de son approbation tacite publiée par le DG ARS ;

- Automne 2016 : installation du comité stratégique pour fixer l'organisation du GHT et la planification des instances. Processus de concertation et d'élaboration du règlement intérieur du groupement hospitalier de territoire ;

- 1^{er} janvier 2017 :

- Projet médical partagé : les objectifs et l'organisation par filière mentionnés respectivement au 1 0 et au 3 0 du I de l'article R. 6132-3 du CSP ;
- Plan d'actions achats ;
- Contribution des établissements du GHT selon clé de répartition aux opérations concernant les fonctions et activités I, II III du L. 6132-3 du projet médical partagé du projet médical partagé : cf. arrêté de la ministre.

- 1^{er} juillet 2017 :

- Projet médical partagé : tous les éléments mentionnés au R. 6132-3 du CSP ;
- Projet de soins partagé.

- 1^{er} janvier 2018 : schéma directeur SI (système d'information, préparé par directeur EPS support – avec avis du comité stratégique).

- 1^{er} janvier 2020 : compte qualité unique.

- 1^{er} janvier 2021 : système d'information convergent GHT/identifiant unique/application identiques domaines fonctionnels.

2.5.1.2 Les compétences déléguées à l'établissement support

Les compétences déléguées sont :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement ;

- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;

- La fonction achats ;

- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

2.5.1.3 Les instances du groupement

Les instances du groupement sont mises en place parmi lesquelles le comité stratégique. Présidée par le directeur de l'établissement support, cette instance est chargée de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Elle est composée des directeurs d'établissement, des présidents des CME, des présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, du président du collège médical de groupement et du médecin responsable du département d'information médicale de territoire.

2.5.1.4 Le projet médical partagé du GHT

La convention constitutive est complétée d'un avenant constituant le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Le projet médical partagé du groupement doit répondre aux orientations suivantes selon la convention :

- Maintenir et conforter le maillage territorial de l'offre de soins en Vendée ;
- Répondre aux besoins de santé de la population et développer les coopérations qui renforceront l'offre publique de soins afin de développer des activités référentes en Vendée ;
- Renforcer les équipes hospitalières et améliorer l'attractivité médicale ;
- Poursuivre les actions de coopérations CHT ;
- Améliorer l'efficience des établissements du GHT et leur organisation par une mutualisation de certaines fonctions (SI, achats, qualité, formation) ;
- Rendre interopérables les dossiers patients informatisés des établissements du GHT et avoir à terme un système d'information convergent permettant de faciliter les coopérations médicales ;
- Etablir un schéma directeur du système d'information du GHT conformes aux objectifs du projet médical partagé ;
- Déployer la télémédecine dans les disciplines cliniques (cardiologie, neurologie (AVC), gériatrie) ;
- Collaborer avec le CHU de Nantes notamment sur la formation initiale des personnels médicaux, la recherche, les missions de référence et de recours.

2.5.1.5 Le projet système d'information

Un schéma directeur du système d'information traduit pour la période 2017-2021 la politique en matière de système d'information du GHT Vendée en tant que fonction mutualisée obligatoire. Il se décline en projets qui répondent à ses quatre grands objectifs : la qualité et la sécurité des soins, la convergence des dossiers patients informatisés des établissements vers un DPI unique, l'accompagnement à la mise en œuvre du GHT Vendée et l'accompagnement des membres du GHT afin d'atteindre la maturité des systèmes d'informations requise par le programme national e-HOP 2.0.

2.5.2 L'approbation de la convention constitutive et de son avenant par l'ARS

La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire de Vendée en date du 30 juin 2016 est approuvée par l'ARS le 6 octobre 2016.

L'autorité sanitaire approuve par arrêté du 4 septembre 2017, « le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire de Vendée en tant qu'élément constitutif de la convention constitutive ». L'autorité demande alors la mise en place avant la fin de l'année, d'une gouvernance spécifique permettant la conduite d'une politique coordonnée des ressources humaines, notamment des ressources médicales.

2.5.3 État d'avancement de la mise en fonctionnement du GHT

2.5.3.1 Présentation générale

Le tableau n° 2 détaille par thématique, le respect des échéances réglementaires concourant à la mise en place du GHT 85.

2.5.3.2 La fonction achats

La fonction achats est désormais dévolue à l'établissement support du GHT. Le CHDV assure cette fonction pour les établissements parties (art. L. 6132-3 du CSP).

Le décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 précise que les compétences nécessaires à la mise en œuvre des fonctions mentionnées au I de l'article L. 6132-3 sont transférées au directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire au 1^{er} janvier 2018.

Le précédent rapport de la chambre régionale des comptes comporte la recommandation suivante (n° 11) : « Mettre en œuvre un rapprochement de la direction des achats et de la direction des services techniques afin de renforcer l'expertise juridique en matière de marchés publics et d'organiser une politique stratégique et intégrée des achats, et étendre le guide des procédures, actuellement limité aux achats, à celles mises en œuvre en matière de travaux ». Les entretiens avec, d'une part, la direction des achats et de la logistique et, d'autre part, la direction des services techniques et des constructions n'ont pas démontré une volonté partagée d'un rapprochement significatif des deux directions. Dans ce contexte, la recommandation n'a été mise en œuvre que partiellement.

2.5.3.2.1 L'organisation définie dans le cadre du GHT

Un travail de concertation a été engagé avec les autres établissements du GHT à compter de février 2017, dans le sens d'une organisation coordonnée -associant l'ensemble des établissements- et non pas centralisée par l'établissement support. La coordination des établissements implique une mobilisation plus importante des équipes via notamment le comité de coordination et des achats.

La réflexion collective engagée donne lieu à ce jour à une structuration territoriale en « départements achats » (transports, restauration, équipements généraux, etc.) portés par plusieurs établissements. En ce qui concerne les départements achats plus sensibles suivants : laboratoire, biomédical, système d'information, travaux et pharmacie, la démarche de concertation se poursuit encore en vue de définir une organisation cible en juin 2018.

Le comité stratégique du GHT n'a pas validé formellement en fin d'année 2017 l'organisation mise en place à effet du 1^{er} janvier 2018. Une réunion associant les chefs d'établissement et les trois directeurs achats a cependant permis en fin d'année à l'ensemble des parties de convenir d'une organisation décrite succinctement ci-dessous.

Le coordonnateur d'un département tient un rôle important. Il doit notamment piloter les achats d'une ou de plusieurs familles de biens ou de services en s'appuyant sur une équipe d'acheteurs et veiller à l'optimisation globale du processus achat dont le respect des seuils définis par le code des marchés publics pour l'ensemble des établissements du GHT. Il bénéficie de l'appui d'un contrôleur de gestion achat.

Il est rattaché hiérarchiquement au directeur des achats de son établissement qui est le « référent achat établissement partie ». Celui-ci doit contribuer au pilotage de la production des marchés en liaison étroite avec tous les responsables de département, notamment pour l'expression préliminaire des besoins. Il exerce ces missions sous l'autorité du directeur de l'établissement support. Il est membre du bureau des directeurs achats et du comité de coordination achats GHT.

La transformation de la cellule des marchés du CHDV en une cellule juridique GHT en soutien à l'ensemble des établissements du GHT est envisagée. Elle doit sécuriser le processus achats/exécution du marché en apportant un soutien technique aux acteurs des établissements parties au GHT.

Le comité de coordination et de suivi des projets est composé notamment des directeurs achat et des coordonnateurs de département. Le rythme des réunions est bimensuel. Le représentant de l'établissement support n'a pas voix prépondérante.

Le bureau des directeurs achats est composé du directeur des achats et de la logistique du CHDV et de ses deux homologues. En amont des comités stratégiques, l'instance pourrait être élargie aux chefs d'établissement.

Le comité stratégique du GHT valide les propositions d'organisation qui lui sont soumises.

2.5.3.2.2 Difficultés et limites de l'organisation actuelle

L'organisation actuelle n'est pas validée formellement par le comité stratégique et ne s'applique pas à l'ensemble des départements achat.

Bien que fonctionnelle, l'organisation actuelle est peu intégrative en ce sens que :

- le processus de mise à disposition porte sur une faible quotité de temps (10 %) des directeurs achats des établissements parties. Elle n'est pas représentative de leur activité en la matière mais ces professionnels n'ont pas souhaité être mis à disposition à hauteur de 50 %. Les coordonnateurs de département, les acheteurs et autres collaborateurs sont sans lien fonctionnel ou hiérarchique avec l'établissement support ; les dispositions du décret n° 2017-701 en vue de la mise en œuvre de l'art. L. 6132-3 du CSP et ne sont pas pleinement respectées ;

- le directeur achat de l'établissement support n'a pas autorité sur ses homologues à la différence du chef d'établissement du CHDV ;

- le système d'information et notamment la gestion économique et financière ne sont pas homogènes, de même que la nomenclature des achats ;

- des conventions de mise à disposition étendues aux autres professionnels auraient sanctuarisé les moyens mobilisables pour la fonction achat (la suppression d'un poste au sein de la direction achat dans un établissement partie peut déstabiliser l'organisation de la fonction achat du GHT) ;

- le compte de résultat annexe G ne prend pas en compte les effectifs de la fonction achat et ne traduit donc pas la mise en commun de moyens.

En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction a précisé que l'organisation de la fonction achat GHT a été validée définitivement au comité stratégique GHT du 11 avril 2018 ce qui a permis de continuer les avancées pour créer les autres départements avec un accompagnement extérieur. La cible est prévue pour la fin 2018.

Recommandation n° 4 : Sécuriser le processus « achat » dans le cadre du GHT (article L. 6132-3 du code de la santé publique et décret n° 2017-701 du 2 mai 2017).

2.5.3.3 La fonction système d'information

2.5.3.3.1 Éléments de contexte

Comme indiqué précédemment, la réglementation prévoit que le schéma directeur des systèmes d'information du groupement hospitalier de territoire, est élaboré sous la responsabilité du directeur de l'établissement support pour le 1er janvier 2018.

Le système d'information doit être convergent avec des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. L'échéance est fixée au 1^{er} janvier 2021.

2.5.3.3.2 Mise en perspective de la démarche de convergence des systèmes d'information

La comparaison des documents de présentation des axes du schéma directeur du système d'information du 6 juin et du 20 décembre 2017, complétée par les entretiens réalisés avec le directeur des systèmes d'information, mettent en évidence une modification sensible de la dynamique en cours jusqu'au 1er semestre 2017 ; elle interroge la capacité du GHT à respecter l'échéance du 1^{er} janvier 2021 (cf, tableau n° 2 – annexe 1)

Le nouveau schéma directeur est moins prescriptif. Il prévoit :

- le lancement d'une nouvelle démarche de concertation afin de redéfinir au cours du 1er semestre 2018 la notion de gouvernance du système d'information dans le cadre du GHT ;
 - une convergence applicative désormais déterminée en fonction de la capacité financière des établissements parties au groupement ;
 - une feuille de route sur 5 ans, sans échéance intermédiaire précise ;
 - l'absence désormais de référence au dossier patient informatisé unique de territoire.
- Le serveur de rapprochement des identités devrait néanmoins être mis en fonctionnement dès 2018 afin de permettre l'utilisation de la plateforme d'échange et de partage des données médicales et para médicales. Le projet de dossier patient informatisé unique était pleinement cohérent avec des équipes médicales de territoire et le projet médical de territoire.

En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction précise que le schéma de définition de la trajectoire de convergence du SI de GHT 85 tel que validé en comité stratégique du GHT le 20 décembre 2017 et transmis à l'ARS en respect de l'échéance du 1^{er} janvier 2018, comporte « en objectif principal la notion de convergence applicative et dossier

informatisé unique à l'échelle du territoire ». Le volet gouvernance du système d'information est également traité en parallèle afin d'avoir en cible l'organisation SI territoriale adéquate pour supporter le nouveau système d'information convergé.

Recommandation n° 5 : Sécuriser le processus de convergence des systèmes d'information des établissements parties au GHT, dans le respect de l'échéance du 1^{er} janvier 2021 (article R. 6132-15 du code de la santé publique)

2.6 Mise en perspective direction commune – CHT - GHT

La mobilisation des établissements de santé pour la constitution d'une communauté hospitalière de territoire traduit comme le rappelle le préambule de la convention, « la volonté de conforter le maillage territorial de l'offre de soins en Vendée » afin de « répondre aux besoins de santé de la population » et par ailleurs, « de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements ou à des mutualisations ».

La création des groupements de coopération sanitaire Médilog et Biologie 85 ou encore de la fédération médicale interhospitalière dédiée aux urgences s'inscrivent en ce sens. Le projet « logipôle » traduit la recherche d'un « schéma directeur logistique départemental » pour la « mutualisation de fonctions logistiques et médico-techniques au sein de la CHT ». Le spectre des domaines concernés est large : pharmacie, magasin, restauration, blanchisserie, transport, etc.). M. Richir, précédent ordonnateur, en fonction sur la période 2012-2017, a exposé son projet consistant en la structuration de deux GCS à l'échelon départemental, l'un pour les activités logistiques et médico-techniques et l'autre pour les activités cliniques.

Par ailleurs, la politique du centre hospitalier départemental Vendée en matière de système d'information illustre le positionnement volontariste de l'établissement dans la gouvernance du territoire. Les équipements informatiques (serveurs) du CHDV ont été dimensionnés de sorte qu'ils puissent accueillir les données des autres établissements avec l'agrément associé d'hébergeur de données de santé jusqu'à son renouvellement en 2021. L'objectif est aussi, en recourant aux mêmes supports informatiques, de disposer d'une plateforme de partage d'informations médicales et para médicales, complétée d'un serveur de rapprochement d'identités, de sorte que les établissements du GHT (alors à venir) puissent partager des informations entre eux et avec les autres acteurs de santé du territoire. Cette plateforme, préalable au dossier patient informatisé unique de territoire ainsi que les équipements précités ont été acquis à l'occasion du renouvellement du dossier patient informatisé du CHDV.

Le groupement hospitalier de territoire donne - par les dispositions législatives et réglementaires qui accompagnent sa création - des prérogatives particulières à l'établissement support. Le GHT accentue la dynamique de coopération et introduit un rapport nouveau entre les établissements support ou parties ; des fonctions sont obligatoirement mutualisées introduisant un transfert de responsabilités au directeur de l'établissement support.

La direction commune des centres hospitaliers (départemental de Vendée, des Sables d'Olonne, de Fontenay-le-Comte et la Chataigneraie) et de l'EHPAD de la Chaize-le-Vicomte a permis de rapprocher des établissements toujours juridiquement autonomes prolongeant ainsi la coopération engagée volontairement dans le cadre de la CHT. Son maintien facilite en toute logique la gouvernance du GHT, puisque les deux directeurs - des centres hospitaliers Loire-Vendée-Océan et Georges Mazurelle - représentent les autres établissements publics de santé du territoire.

Elle donne lieu à une extension des fonctions directoriales des directeurs fonctionnels du CHDV au départ de leurs homologues. La directrice des achats du CHDV indique consacrer jusqu'à 50 % de son temps aux autres établissements hospitaliers. Les établissements parties ne disposent également que d'un seul directeur des systèmes d'information, celui du CHDV nommé dès décembre 2016 directeur du GHT. Ce professionnel évoque aussi le recrutement d'un responsable des systèmes d'information au centre hospitalier Loire-Vendée-Océan, hors de la direction commune.

Comme indiqué précédemment, la CHT et la direction commune ont contribué à la définition et la mise en œuvre d'une dynamique territoriale caractérisée par des coopérations de diverses natures ; le centre hospitalier départemental Vendée y tient une place prépondérante et renforcée dans le cadre du GHT. Cependant, l'évolution des schémas directeurs des systèmes d'information au cours de l'exercice 2017 ou encore l'organisation de la fonction achat mutualisée, laissent suggérer une modification de la dynamique territoriale.

3 LES PRINCIPALES DONNEES D'ACTIVITE

Cette partie est consacrée à l'activité de l'établissement qui augmente sensiblement dans un contexte territorial favorable. Les tableaux qui s'y rapportent constituent l'annexe n° 2.

3.1 L'environnement du centre hospitalier

3.1.1 Quelques caractéristiques du territoire vendéen

L'ARS Pays de la Loire présente les caractéristiques suivantes de la Vendée selon le projet régional de santé 2012-2016 et « les déterminants de la santé en Pays de la Loire : contexte démographique, social et environnemental » :

- une région attractive puisqu'elle voit sa population augmenter, notamment sur les territoires du littoral : + 7% en Vendée sur la période 2007-2012 qui se place ainsi au 4^{ème} rang de l'ensemble des départements métropolitains. L'évolution de la population vendéenne est nettement plus dynamique que celle observée régionalement et nationalement. Par ailleurs, la zone littorale génère un afflux touristique saisonnier ;

- une structure plus jeune que la France métropolitaine ; la Vendée attire quant à elle les plus de 55 ans, principalement. Le nombre des jeunes adultes diminue entre 2007 et 2012 de 3 % en région mais plus de 5% en Vendée ;

- les personnes de 50 à 64 ans augmentent fortement : + 11 % en Région et + 14 % en Vendée. Pour la tranche d'âge des 65 ans et plus, la région est proche de la moyenne nationale mais la Vendée se distingue avec 20 % de personnes âgées parmi la population totale ;
- des indicateurs de santé proches de la moyenne régionale à l'exception du taux de cancers du poumon.

L'observatoire régional économique et social Pays de la Loire met en évidence pour la Vendée une sous densité en médecin généralistes et spécialistes libéraux comparativement aux données régionales.

3.1.2 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le CPOM 2012 – 2017 comporte les orientations stratégiques suivantes :

- amélioration de la fluidité du parcours patient/l'articulation entre ville/hôpital ;
- développement de la chirurgie ambulatoire ;
- pérennisation du maillage territorial vendéen par le biais des coopérations médicales entre le CHVD, le CHLVO, le CH les Sables d'Olonne et le CH Fontenay-le-Comte (CHT) ;
- renforcement du pilotage médico-économique (activité, transports, PHMEV) ;
- déploiement de la télémédecine et harmonisation des systèmes d'information.

3.2 L'évolution des capacités installées

L'établissement offre au total le 1^{er} janvier 2017 : 1 467 lits et 179 places, comme l'indique le tableau n° 1. Sur la période 2012-2017 les capacités installées sanitaires et médico-sociales du centre hospitalier augmentent de 82 lits et 29 places. La capacité devrait encore être majorée et atteindre 1 501 lits et 207 places au 1^{er} janvier 2019.

L'offre de soins (en lits et places) est répartie ainsi au 1^{er} janvier 2017 :

- secteur MCO : 727 lits et 97 places. Sur la période 2012-2017, la capacité totale augmente de 30 lits et 37 places. L'offre est essentiellement majorée en médecine, de 52 lits et 16 places. En chirurgie, le nombre de lits diminue (15) compensée par une augmentation du nombre de places (18). En obstétrique, la capacité est réduite de 7 lits et le nombre de places augmente de 3 ;
- le secteur EHPAD connaît également une forte augmentation ; 55 lits supplémentaires complètent les capacités d'accueil (442 lits en 2012 puis 497 en 2016).

L'augmentation de la capacité d'hospitalisation conventionnelle de l'établissement et surtout celle de médecine soit 52 lits en sus au 1^{er} janvier 2017 puis 82 lits (au total) au 1^{er} janvier 2019, comparativement à l'exercice 2012 est atypique alors que le plan ONDAM 2015-2017 avait notamment pour objectif « le virage ambulatoire » de sorte que le développement de la prise en charge ambulatoire soit obtenu notamment par la conversion de capacités d'hospitalisation complète. Les temporalités, différentes du projet architectural défini et mis en œuvre plus de 10 ans auparavant et du plan ONDAM ne peuvent qu'être soulignées.

Le virage ambulatoire est réputé avoir des incidences au cas général sur l'organisation des unités de soins des établissements et la valorisation de l'activité. Par ailleurs, l'impact de cette évolution capacitaire sur l'activité et donc les ressources financières des autres établissements du territoire, n'est pas mesuré.

En réponse aux observations provisoires, M. Couturier met en avant le fait que la proposition du CHD d'augmentation capacitaire (au moment de la présentation de son projet d'extension et de restructuration des Oudairies) portait sur 83 lits et places MCO ; le scénario retenu par le ministère de la santé fixait l'augmentation à 52 lits et places (MCO). Le scénario retenu conduisait donc à une réduction de surfaces qui a « constitué une erreur manifeste d'appréciation du ministère » selon lui, au regard de la progression démographique, du fort vieillissement du territoire, des besoins croissants pour les activités nouvelles et de « l'explosion » des consultations externes. Cette réduction imposée lui paraît d'autant plus inadaptée que « l'économie réalisée n'a été que de 1 M€/2M€ soit moins de 1 % du coût total du projet ».

L'ARS précise que l'absence de diminution de la capacité de lits MCO, et plus spécifiquement en médecine, tient principalement aux facteurs suivants : l'accroissement et le vieillissement de la population vendéenne, la réduction des taux de fuite des patients du territoire en médecine et chirurgie, l'insécurité juridique et financière dans l'application de la circulaire dite « frontière » N° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 ne permettant pas de définir clairement le champ des séjours ambulatoires en médecine. Sur la période 2012-2017, la capacité installée n'a pas connu de conversion de lits d'hospitalisation complète en places d'hospitalisation de jour mais une augmentation globale. L'ARS estime enfin que le développement de la médecine ambulatoire se fera peu par substitution (à la différence de la chirurgie) mais surtout par création de places pour de nouvelles prises en charge pluridisciplinaires, et notamment pour les maladies chroniques.

Le centre hospitalier dispose de 20 salles d'intervention réparties ainsi : site de La Roche-sur-Yon : 18 salles au bloc central, site de Luçon : deux salles d'intervention utilisées (sur un total de trois salles existantes). Par ailleurs, il dispose en sus de cinq salles pour l'obstétrique et de deux salles dédiées aux césariennes.

L'équipement technique du CHDV est le suivant à la fin de l'exercice 2017 : 4 scanners, 1 IRM (imagerie par résonance magnétique), 1 TEP (tomographe par émission de positons) scan et 2 scintigraphes, 4 accélérateurs de radiothérapie (dernier installé en septembre 2017), 1 salle de radiologie vasculaire (dont pratique de la coronarographie), 1 salle de rythmologie interventionnelle.

3.3 L'activité croissante du centre hospitalier

3.3.1 L'augmentation des séjours

Les données d'activité extraites du site Hospidiag et exprimées notamment en nombre de résumés de soins anonymisés (cf. tableau n° 2) mettent en évidence :

- L'augmentation de près de 11 % du nombre de séjours en médecine (HC) à compter de l'exercice 2015 principalement, ainsi qu'en ambulatoire ;

- La faible évolution des séjours en chirurgie (HC) mais l'augmentation forte de l'activité ambulatoire ainsi que l'augmentation progressive des actes chirurgicaux (5,41 %), dont le nombre stagne en 2016 ;

- La diminution des séjours d'obstétrique (HC ; près de 9 % et ambulatoire 8,11 %). La diminution du nombre d'accouchements (8,7 %), en cohérence avec la baisse nationale de la natalité ;

- La croissance forte du nombre de séances de chimiothérapies et de radiothérapies ;

- La croissance importante du nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (presque 25 %) ;

- L'augmentation du nombre d'actes d'endoscopies (22,5 %).

Les données afférentes aux séjours sont dans leur ensemble cohérentes avec les indicateurs des admissions (journées et entrées notamment, tableau n° 3). Elles confirment la croissance d'activité importante de l'établissement ainsi que ses caractéristiques : développement de la prise en charge ambulatoire (en médecine et chirurgie), activité carcinologique en augmentation, nombre de passages accru aux urgences, diminution de l'activité d'obstétrique dans le contexte national défavorable en terme de naissances.

3.3.2 Caractérisation et mise en perspective des séjours de l'établissement

Les données fournies par le département d'information médicale de l'établissement caractérisent l'activité et son évolution. L'activité totale (hors séances) augmente de 9,97 %. Le tableau n° 4 distingue notamment :

- les séjours « 0 nuits » ie l'hospitalisation de jour, en forte progression (19,27 %) ;

- les séjours « 1 nuit » : 8,75 % ;

- les séjours de « 2 nuits » : 7,38 % ;

- les séjours de plus de deux nuits : 5,53 %.

Progressivement, la structure de l'activité (hors séances) est modifiée (cf. tableau n° 5). La part des séjours en hospitalisation complète diminue de plus de 2 % au profit de l'hospitalisation de jour qui est cependant moins rémunératrice. Sur ce point, l'évolution de la structure de l'activité est défavorable aux ressources financières de l'établissement.

Toutefois, le tableau n° 6 montre que les séjours plus nombreux, sont également mieux rémunérés, notamment ceux de plus de deux nuits (données 100 % T2A¹).

¹ T2A : tarification à l'activité

3.3.3 Quelques points de vigilance

3.3.3.1 Sur la valorisation des séjours

Le rapport d'activité 2016 précise que la valorisation de l'activité en médecine est accrue grâce « aux gains capacitaires et/ou au découpage des séjours multi-entités géographiques ». Le gain induit par cette nouvelle modalité tarifaire est de 0,8 M€ au minimum en 2016 selon l'établissement.

Par ailleurs, le rapport fait état d'une « activité freinée par : l'effondrement de la ZSTCD² de LRSY³ et Montaigu par absence de codage [...] » et du « fort recul de la ZSTCD de LRSY, induite par une bascule vers l'externe de dossiers non repérés pour une facturation en hospitalisation : une organisation médicale au sein des urgences ajustera en 2017 ». Au regard des rapports de présentation de l'EPRD 2017 et de l'EPRD 2018 (première version), le sujet ne semble donc toujours pas éteint et génère un manque à gagner.

Le CHDV a fermé les unités d'hospitalisation de jour de médecine (diabétologie) sur les sites de Luçon et Montaigu suite aux contrôles de l'assurance maladie en 2013-2014, en raison de l'incertitude pesant sur les modalités de rémunération, estimée insuffisante à ce jour par l'établissement. Le rapport d'activité 2016 fait cependant état d'une « forte progression en médecine dans le développement de ce mode de prise en charge malgré des incitations nationales non assises sur une valorisation financière claire, stable et incitative ». Une unité de médecine ambulatoire a été créée au sein du pôle médecine spécialisée sur le site de La Roche-sur-Yon, début décembre 2015 avec une montée en charge tout au long de l'exercice 2016. Sur la performance des organisations.

3.3.3.2 Sur la performance des organisations

3.3.3.2.1 La durée des séjours pour l'activité MCO

Les données sur la durée moyenne de séjour complétées par celles de l'IP-DMS (source Hospidiag) et recensées dans le tableau n° 7 pour l'activité conventionnelle attirent l'attention sur la médecine.

Le rapport d'activité 2016 fait d'ailleurs état d'actions ciblées pour réduire les DMS et améliorer les IP-DMS sur l'exercice à venir (addictologie, la gastro-entérologie). Il souligne que les séjours longs (plus de 30 jours), représentent 2 % des séjours en 2016. Par ailleurs, « les séjours dont la durée est supérieure à 1,3 fois l'IP-DMS constituent un axe de travail essentiel depuis 2014, dans le cadre de la gestion des lits ».

Le centre hospitalier doit continuer à porter une attention particulière à la durée moyenne de séjours de médecine (augmentation de la DMS et IP-DMS supérieur à 1 sur la quasi-totalité de la période). Par ailleurs, à titre général, le centre hospitalier est proche des établissements les plus vertueux de même catégorie mais s'écarte significativement des plus vertueux parmi les établissements de même typologie d'activité.

² ZSTCD : zone de surveillance de très courte durée

³ LRSY : la Roche-sur-Yon

Ces observations sur les DMS de médecine renvoient également au taux d'occupation (données administratives, tableau n° 8). Malgré l'augmentation du nombre d'entrées et de la durée moyenne de séjour (DMS), le taux d'occupation des lits diminue et s'établit en 2016 à 89 % soit un taux légèrement inférieur à la valeur 2012 (90,14 %). Par ailleurs, l'établissement prévoit d'augmenter encore sa capacité d'hospitalisation complète.

3.3.3.2.2 La durée des séjours SSR

L'activité SSR, selon les données des admissions, est caractérisée par un nombre d'entrées décroissant (7,40 %) et une DMS en augmentation de 10,95 %. Une enquête de pertinence des séjours SSR réalisée en juin 2016 par l'établissement a révélé que la totalité des séjours sont pertinents en SSR spécialisés contre 80 % en SSR polyvalents. Pour la majorité des patients (92 %), la raison de leur non pertinence est externe au service et tient à l'indisponibilité des structures d'aval. Un plan d'actions a porté sur les pratiques en amont de l'admission pour préparer sa sortie (anticipation du projet du patient), la mise en place d'admissions l'après-midi, une réflexion sur l'orientation en SSR des prothèses de genou et de hanches en lien avec une mise sous autorisation préalable, la maîtrise du taux de césariennes.

La chambre régionale des comptes formulait la recommandation n° 12 suivante lors de son précédent contrôle : « S'agissant des soins de suite et de réadaptation, développer l'articulation avec le centre hospitalier spécialisé pour une meilleure fluidité de la filière vers les structures de gérontopsychiatrie, et mettre en œuvre les mesures correctrices afin d'améliorer le positionnement de l'établissement sur les indicateurs HAS Qualas (douleurs, troubles nutritionnels). » Si ce dernier point n'appelle pas de commentaires, l'articulation avec le centre hospitalier spécialisé n'a pu être maintenue, faute de ressource médicale suffisante en 2014.

3.3.3.2.3 La chirurgie ambulatoire

Concernant la chirurgie ambulatoire, les données de l'établissement extraites du site Hospidiag (tableau n° 9) et portant sur le taux de chirurgie ambulatoire, le taux des gestes marqueurs et le taux d'utilisation des places, montrent que le centre hospitalier a développé la chirurgie ambulatoire dans le respect des orientations nationales. Ses résultats sont bons, comparativement aux établissements de la région et de même catégorie mais ils demeurent assez éloignés des établissements de même typologie d'activité.

3.3.3.2.4 Le bloc opératoire

Sur l'activité du bloc opératoire (cf. tableau n° 10), les résultats de l'établissement relativement au nombre d'ICR par salle d'intervention, varient sur la période 2012-2016. La première année connaît un point haut qui est presque recouvert en 2015 avant une nouvelle baisse en 2016. Cet indicateur tend à se rapprocher du 2^{ème} décile regroupant les établissements les plus performants de la région et en 2016, l'écart augmente avec les établissements les plus performants de même catégorie. Le centre hospitalier départemental Vendée fait partie des établissements de même typologie les moins performants.

Le nombre d'ICR par chirurgien mesure l'activité du personnel médical. L'indicateur a augmenté fortement jusqu'en 2015 puis stagne en 2016. Le centre hospitalier sur la quasi-totalité de la période, fait partie des établissements de même catégorie et de même typologie d'activité les plus performants.

3.3.3.2.5 La maternité

La maternité du centre hospitalier départemental est classée niveau 2. Le nombre d'accouchements sur la période de contrôle diminue de façon presque continue (2 719 en 2012 puis 2469 en 2016 soit 250 accouchements en mois (10,12 %), selon l'établissement).

Le nombre d'accouchements par sage-femme et obstétricien est en baisse continue (12,2 %) sur la période d'examen selon les données Hospidiag (tableau n° 11). Cette évolution résulte de la diminution du nombre d'accouchements alors que l'effectif de sages-femmes et d'obstétriciens est relativement constant.

Comparativement aux établissements de la région et de la même catégorie, le CHDV ne fait pas partie des plus performants mais demeure relativement proche sur toute la période. Par contre, il fait partie à compter de 2014, des établissements de même typologie d'activité, les moins performants.

Hospidiag mesure également le nombre de sages-femmes par obstétricien. Ce ratio est en forte diminution sur la période ; le nombre de sages-femmes diminue de 7,7 % (soit 4,25 ETP) et le nombre de gynécologues-obstétriciens est majoré de presque 44 % (5,33 ETP). Le CHDV tend vers les établissements les plus performants.

Des discordances entre les données Hospidiag et celles de l'établissement (tableau n° 11) sont cependant identifiées pour l'effectif de sages-femmes hormis en 2016. Les données du CHDV mettent en évidence dans le contexte de la diminution du nombre d'accouchements, une augmentation du nombre de professionnels : 7 ETP de médecins en sus (66,9 %) et presque autant de sages-femmes (15,7 %).

3.4 Attractivité du centre hospitalier et taux de fuite du territoire

3.4.1 L'attractivité du centre hospitalier

L'attractivité du centre hospitalier départemental Vendée est mesurée grâce aux données Hospidiag de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Sur la période 2012-2016, les parts de marché du CHDV augmentent en médecine, chirurgie (conventionnelle et ambulatoire) et obstétrique, comme l'indiquent les tableaux référencés n° 12.

3.4.2 Le taux de fuite du territoire

Au regard de l'importance de l'activité du centre hospitalier départemental dans l'offre de soins de Vendée, l'évolution des taux de fuite du territoire est décrite dans le tableau n° 13. Il apparaît une diminution du taux de fuite sur la période 2012-2016 pour l'activité MCO hors séances.

La réduction du taux de fuite départemental peut être compromise par les stratégies d'acteurs de santé. En ce sens, la direction du CHDV a engagé un recours contre la décision du conseil national de l'ordre des médecins autorisant des praticiens libéraux du groupe Le Confluent (Nantes) à démarrer une activité secondaire sur le secteur de Challans.

4 LA FIABILITE DES COMPTES

Bien que les comptes 2015 et 2016 aient été certifiés une analyse de leur fiabilité a été réalisée. Les données sur l'état de l'actif, les reports de charges et de produits, les rattachements des charges et des produits, n'appellent pas d'observations particulières et sont donc brièvement commentés. Les constats sur les provisions donnent lieu à des développements plus fournis. Les tableaux supports sont regroupés à l'annexe n° 3.

4.1 La démarche de certification des comptes

Le centre hospitalier fait partie des établissements atteignant le seuil réglementaire de 100 M€ déclenchant la démarche de certification de ses comptes. La nomination du cabinet de commissaires aux comptes est prévue pour une durée de six ans et un coût de 0,51 M€ (selon la délibération du conseil de surveillance).

Sur la période 2015-2017, les cycles de processus suivants ont été examinés par les commissaires aux comptes : endettement, trésorerie, personnel (médical et non médical) et immobilisations. Le calendrier prévoit pour les exercices suivants, l'examen des processus gestion de la recherche clinique, achats/stocks et recettes.

Le cabinet susmentionné a certifié les comptes sans réserves et attiré l'attention sur plusieurs domaines ayant donné lieu à des révisions méthodologiques et des corrections d'erreurs (provisions, stocks, séjours à cheval, actif immobilisé, cotisations CNRACL, etc.).

4.1.1 Les corrections d'erreurs et le haut de bilan

Le tableau n° 1 recense les corrections d'erreurs réalisées sur la période 2014-2016 et ayant une incidence sur le haut de bilan. Le montant des corrections d'erreurs ayant une incidence sur les capitaux propres s'élève à 13,46 M€. En incluant les mouvements entre comptes constitutifs des capitaux propres, il s'élève à 16,61 M€.

4.1.2 Les incidences sur le compte de résultat principal

Les actions de fiabilisation et de certification des comptes ont également eu une incidence sur les comptes d'exploitation selon les documents financiers de l'établissement.

La comptabilisation des séjours à cheval mise en place en 2015 s'est traduite par une correction d'erreur (haut de bilan) pour compenser l'absence de valorisation en 2014 et par un manque à gagner (en exploitation) en 2015 à hauteur de 0,54 M€ (le volume de recettes rattachées étant inférieur à l'estimation pour 2014 ; cf. rapport du compte financier 2015).

Une révision plus approfondie des fiches d'inventaire en 2015 a donné lieu à la sortie de biens du bilan disposant encore d'une valeur nette comptable (environ 0,9 M€).

Le rapport du compte financier 2016 fait état également de la mise en œuvre des amortissements par composants pour « les bâtiments et constructions mis en service en 2016, dont la tranche 2 des Oudairies ».

Il convient également d'évoquer les reprises sur provisions réalisées en 2012, 2013 et 2014, dans le cadre de la préparation des comptes qui ont significativement majoré le résultat comptable.

En 2012, une estimation minimale (par rapprochement des données de l'EPRD et du compte financier) détermine un impact favorable au résultat comptable à hauteur de 0,43 M€. En 2013, le rapport du compte financier mentionne la reprise de provisions dans le cadre de la préparation de la certification pour 1,22 M€. En 2014, le rapport du compte financier fait état « d'écritures de régularisation en clôture qui impactent globalement le niveau de recettes » sans en préciser le montant. L'écart entre le montant inscrit au compte financier et l'EPRD s'élève à 1,34 M€. Le résultat comptable constaté s'élève à 1,09 M€.

Il apparaît ainsi que les comptes de résultat principaux ont bénéficié sur la période 2012-2014 de reprises sur provisions qui ont majoré le résultat comptable. Le résultat comptable 2013 retraité n'est alors plus que de 1,07 M€.

4.2 Les thématiques sans enjeux particuliers

4.2.1 L'état de l'actif

Pour l'exercice 2012, des discordances mineures sont identifiées entre le montant inscrit au bilan et celui de l'état de l'actif. Pour l'exercice 2016, une discordance de 1,2 M€ résulte de biens mis à disposition dans le cadre de la constitution du GCS de biologie et enregistrés au bilan, pour un montant de 1,22 M€. Au regard de la liste des biens correspondants et de leur amortissement, la discordance a pu être levée.

4.2.2 Les reports de charges et produits pour le compte de résultat principal

4.2.2.1 Les reports de charges

L'année 2015 est atypique au regard du montant atteint (409 534 €). Il résulte notamment d'un report de charges de personnel de 157 852 € dont la valeur moyenne (sur les autres exercices) s'élève à 30 190 €. Ce report de charges de personnel est dû à un redressement, suite à un contrôle portant sur les cotisations au fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) de l'exercice 2012. Le redressement s'élève à 154 196,28 € soit la quasi-totalité du montant inscrit au compte 6721.

Sur l'ensemble de la période 2012-2016, les reports de charges à caractère hôtelier et général sont plus importants que les autres reports de charges. Les tableaux fournis pour les exercices 2015 et 2016 ne permettent pas de déterminer dans la majorité des cas, l'exercice sur lequel les factures auraient dû être imputées. Ils pourraient donc être complétés en ce sens.

4.2.2.2 Les reports de produits

Le montant moyen des reports de produits s'élève à 0,65 M€ sur la période 2012-2016. Le montant des rémissions de titres sur exercices antérieurs est relativement stable.

4.2.3 Le rattachement des charges à payer et des produits à recevoir

4.2.3.1 Les charges à payer

Les comptes 408, 4281 et 4286 sont créditeurs à la fin de l'exercice conformément à l'instruction comptable M21 (cf. tableau n° 2).

Sur la période de contrôle, le montant des factures non parvenues de fournisseurs (compte 408), connaît une croissance significative, notamment en 2016. Le montant des factures non parvenues s'élève alors à 4,5 M€ soit plus du double de celui atteint en 2015. L'augmentation constatée au compte 408 résulte principalement des GCS (début d'activité en 2016) : GCS Biologie : 1,88 M€, GCS Procréalys : 158 052 €, GCS Médilog : 294 148 €.

Concernant le compte 43868 « organismes sociaux – autres charges à payer », la décision du Conseil d'État le 12 février 2016 puis le décret n° 2016-1101 du 11 août 2016 ont clarifié la situation. Les règles de validation auprès de la CNRACL des périodes d'études concernées ont été précisées et les centres hospitaliers ont versé des contributions au titre de la validation de services accordée. Le montant inscrit en 2016 correspond entre autres à ces sommes à payer (solde de 4,9 M€).

Le compte financier 2016 précise qu'une correction d'erreur a été comptabilisée pour un montant de 5,04 M€ pour le compte de résultat principal et de 0,36 M€ au titre des activités annexes.

4.2.3.2 Les produits à recevoir

Sur la période de contrôle, comme l'indique le tableau n° 3, des montants relativement importants sont enregistrés sur les comptes dédiés.

Pour l'essentiel, les montants inscrits au compte 4487 « produits à recevoir » portent sur des crédits d'interventions spécifiques attendus de la part de l'ARS.

Les « produits à recevoir sur ressources affectées » (compte 4684), renvoient à des conventions portant sur la recherche clinique. Leur comptabilisation était réalisée jusqu'en 2015 selon les dispositions de la fiche DGOS/DGFIP n° 11 sur les ressources affectées. À compter de 2016 l'instruction BOFIP-GCP-15-0007 du 3 novembre 2015 est appliquée.

Le montant enregistré au compte 4687 « autres produits à recevoir » est particulièrement élevé en 2016 (3,3 M€). Il intègre des notes de frais résultant de prestations de recherche clinique pour environ 0,6 M€ et 2,4 M€ au titre des GCS.

4.2.4 Les charges et produits constatés d'avance

Le tableau n° 4 présente les charges et produits constatés d'avance. Les règles comptables paraissent avoir été appliquées sur l'intégralité de la période de contrôle.

4.3 Les provisions

Sur la période de contrôle, le montant total des dotations aux provisions (hors créances irrécouvrables) est de 26,22 M€ et le montant total des reprises sur provisions de 22,72 M€, ce qui détermine un solde positif de 3,49 M€.

4.3.1 Les provisions pour renouvellement des immobilisations (C/142)

4.3.1.1 Les provisions inscrites au bilan

En 2012, le montant des dotations en début d'exercice est de 17,83 M€ et atteint 22 M€ en 2016, comme l'indique le tableau n° 5. Les dotations inscrites au compte 142 concernent la restructuration du site des Oudairies, le projet de l'hélistation, la construction d'un institut de formation dans le cadre du plan hôpital 2007 et les EHPAD.

Des corrections d'erreurs ont trait à ce compte, notamment sur l'exercice 2014. Une correction de 1,2 M€ fait suite à la provision constituée en 2011 et non conforme à l'instruction comptable M21.

4.3.1.2 La provision dédiée au projet architectural des Oudairies.

Le CPOM de l'établissement fait état pour les exercices à compter de 2012, de crédits du fonds régional d'investissement à hauteur de 1,55 M€ et de crédits H 2007 et H 2012 s'élevant respectivement à 1,38 M€ et 1,42 M€. Au total, l'ARS notifie en base annuelle 4,35 M€ pour compenser les surcoûts (frais financiers et amortissements) induits par le projet architectural des Oudairies. Le montant de la provision inscrite à ce titre au compte 142 s'élève à 18,34 M€ au terme de l'exercice 2016.

Les documents fournis par l'établissement (dont deux décisions annuelles en 2015 et 2016) permettent d'identifier les flux financiers induits (cf. tableau n° 6) et d'apprécier le dispositif actuel qui se caractérise par :

- l'absence de simulations à visée prospective montrant l'utilisation à venir de la provision inscrite au compte 142 qui doit être achevée à la fin de la durée d'utilisation du bien selon l'instruction comptable M21. Le lissage attendu des surcoûts (frais financiers et d'amortissement) des opérations d'investissement n'est pas démontré. En l'état, il n'est pas possible de statuer sur la pertinence du volume des reprises sur provision (trop important ou insuffisant) ;

- une complexité manifeste et surtout, en raison de la médiation par les recettes d'activité, la distension du lien entre la provision constituée et le montant des frais financiers et des charges d'amortissements induits par le projet architectural.

À contrario, la note méthodologique élaborée suite à l'appréciation portée par les commissaires aux comptes pour la provision dédiée au financement des surcoûts de l'IFPS, n'appelle pas d'observations particulières.

La chambre régionale des comptes a invité l'établissement à poursuivre sa réflexion sur les modalités de constitution et de reprise de la provision inscrite au compte 142 en ce qui concerne le projet architectural des Oudairies. En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier a transmis la méthodologie définie et appliquée en fin d'exercice 2017 qui a généré une nouvelle correction d'erreur (inscription de 3,18 M€ au crédit du compte 142 et prélèvement (débit) sur les comptes de report à nouveau), correspondant à des reprises de provisions réglementées effectuées à tort lors des exercices antérieurs.

4.3.2 Les provisions au titre du CET (C/153)

Le centre hospitalier dispose au terme de l'exercice 2016, d'une provision pour CET s'élevant à 7,27 M€. A la demande des commissaires aux comptes, le montant des provisions a été majoré et la méthodologie modifiée. La chambre relève que le nombre de professionnels disposant de CET supérieurs à 100 jours est limité.

4.3.3 Les provisions pour risques et charges (C/151 et 158)

4.3.3.1 Les provisions pour risques et charges (c/151)

Sur la période de contrôle, les comptes 1511- provisions pour litiges, 1515-provisions pour perte de changes et 1518- autres provisions pour risques sont mouvementés, comme l'indiquent les tableaux référencés n° 7. L'établissement n'a pas été en mesure de communiquer l'intégralité des documents motivant les dotations et reprises en 2012 et 2013.

La provision constituée en 2016 au compte 1511 vise à prémunir l'établissement notamment des contentieux engagés par des IADE (0,7 M€) et d'un litige sur indus de tarification à l'activité (0,21 M€).

Les provisions inscrites au compte 1518 sont totalement reprises au 31 décembre 2015. Le montant de 1,6 M€ correspondait à des crédits soins destinés à faire face à une minoration de la dotation soins dans le cadre de la convergence tarifaire. Elle a été reprise, dans le cadre des travaux préparatoires à la certification des comptes. Une dotation de 500 000 € a été constituée au motif de pénalités associées au contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS).

4.3.3.2 Les autres provisions pour risques et charges c/158

Le montant des provisions inscrites au compte 158 soit 0,5 M€ au terme de l'exercice 2016 contre 2,7 M€ en 2012. Le compte 158 a été apuré à hauteur de 0,87 M€ en 2014, la provision correspondante n'étant pas justifiée.

Aucune provision n'a été constituée relativement à l'indemnité de précarité, ce qui pourrait motiver une réflexion au regard du recours important à des praticiens contractuels et des dispositions actualisées de l'instruction comptable M21 à effet du 1^{er} janvier 2018.

4.3.4 Les dépréciations des comptes de tiers - les créances irrécouvrables

Sur la période 2012-2016, l'établissement a mis en place une politique d'abondement des comptes 491 « dépréciation des comptes de redevables » et 496 « dépréciation des comptes de débiteurs divers ». Le montant annuel moyen de leur solde s'élève à 403 603,6 € (cf. tableau n° 8 pour le compte de résultat principal).

Le montant annuel moyen des créances susceptibles de ne pas être recouvrées par le comptable atteint 0,83 M€. Sur toute la période de contrôle, le montant total des dotations est inférieur au montant des créances susceptibles de ne pas être recouvrées. L'écart entre ces deux grandeurs est de 0,42 M€ (en moyenne annuelle). Au terme de l'exercice 2016, un écart défavorable est constaté à hauteur de 0,7 M€.

Par ailleurs, la décision d'admission en non-valeur d'une créance relève de l'ordonnateur et doit être jointe au mandat dédié ; elle fait défaut en 2013 et 2014.

La chambre estime que sur la période de contrôle, le centre hospitalier n'a pas suffisamment provisionné le risque de dépréciation des comptes de tiers et a invité l'établissement à engager une réflexion sur ce sujet. En réponse à ces observations provisoires, le centre hospitalier exprime son désaccord sur la méthodologie appliquée par la chambre. Il a choisi d'apprécier à compter de l'exercice 2017 le taux de dépréciation des créances par une analyse statistique à partir des restes à recouvrer au 31/12/N et antérieurs. La chambre confirme que cette méthodologie est permise par l'instruction comptable M21 et attire l'attention de l'établissement sur l'intérêt d'évaluer à l'usage sa pertinence et rappelle les dispositions de suivantes de l'instruction précitée (Tome 2, titre 2, chapitre 5, § 4) : « La valorisation du risque d'irrécouvrabilité sur certaines catégories de créances et / ou de débiteurs peut donc résulter :

- soit d'une analyse statistique (pour les volumes courants) ;
- soit d'une analyse au cas par cas (cas de la créance exceptionnelle) ;
- soit de l'usage des deux méthodes d'évaluation du fait de la structure des créances détenues par l'établissement. ».

5 LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

La situation budgétaire et financière a été examinée sur la période 2012-2016. Des éléments de mise en perspective sont également rédigés pour l'exercice 2017. L'analyse budgétaire et financière de l'établissement se concentre sur le compte de résultat principal et sur le compte de résultat consolidé. Les tableaux supports constituent l'annexe n° 4.

La chambre régionale des comptes formulait dans son précédent rapport la recommandation (n° 7) suivante : « Inscrire les actions de réorganisation et de mutualisation des moyens humains, telles qu'identifiées par l'établissement en avril 2011, dans un calendrier opérationnel afin d'assurer la soutenabilité du plan global de financement pluriannuel ». Le centre hospitalier a fait état de plusieurs actions en ce sens mais sans établir de liens avec le document financier ; la recommandation est partiellement mise en œuvre.

5.1 L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)

5.1.1 Le calendrier budgétaire

L'établissement est assez respectueux des échéances de production de l'EPRD. Quelques exceptions sont relevées en 2014 et 2016 (qui constitue une année de transition). L'EPRD 2018 a été produit le 8 janvier 2018 dans le contexte de difficultés à valoriser l'activité 2017. Dans le cadre de la procédure contradictoire, le centre hospitalier a informé la chambre, que compte tenu des difficultés d'anticipation des recettes d'activité et de l'écart substantiel entre les anticipations 2017 et la clôture des comptes, le directeur de l'établissement a sollicité un report de présentation de l'EPRD 2018 (2ème version) qui a été adressé à l'ARS le 3 avril 2018 et a été approuvé le 21 juin 2018.

5.1.2 Les points de vigilance relevés par l'ARS

5.1.2.1 Les points de vigilance soulignés par l'autorité de santé

L'ARS relève de façon générale sur les EPRD soumis à approbation, le taux d'évolution important des charges (notamment du personnel), source potentielle de déficit dès lors que l'activité et sa valorisation effectives ne seraient pas à hauteur de la prévision.

Le PGFP 2015-2019 a été rejeté en juillet 2015 pour plusieurs motifs parmi lesquels le constat à compter de 2016, de l'insuffisance de la marge brute pour couvrir les charges calculées et financer la totalité des investissements courants, induisant un recours à l'emprunt. L'ARS demandait alors à l'établissement de rendre compatible son programme d'investissement avec le niveau de la marge brute non aidée. Le PGFP actualisé a été approuvé le 19 novembre 2015. Le plan d'économies sollicité -détaillant les mesures destinées à compenser la hausse des charges de personnel- n'a pas été produit.

5.1.2.2 Les objectifs financiers du plan ONDAM 2015-2017

Le plan national de maîtrise des dépenses de l'Assurance maladie a été décliné par établissement. Le tableau n°1 met en évidence que le centre hospitalier respecte dans l'ensemble les objectifs du plan ONDAM, à l'exception de l'exercice 2017.

5.1.3 La sincérité des prévisions budgétaires

La qualité des prévisions budgétaires établies par l'établissement a été examinée en comparant les prévisions initiales (EPRD) avec les données constatées au compte financier, pour le compte de résultat principal et celui de l'EHPAD, sur la période 2012-2016.

5.1.3.1 Le compte de résultat principal

Malgré les écarts parfois importants constatés entre les prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement, il ne peut être conclu à une insincérité manifeste.

Cependant, le centre hospitalier doit porter son attention sur la qualité des prévisions budgétaires des charges de personnel (titre 1) en particulier, un écart de 1 % ayant une incidence importante sur la formation du résultat comptable. Manifestement, pour ce titre, la qualité de la prévision décroît en 2015 et 2016.

Des observations et recommandations similaires portent sur le titre IV des charges et le titre III des produits. Il est vrai au demeurant que certains comptes (ex. rétrocessions de médicaments) sont liés à l'activité, ce qui induit une part d'incertitude. D'autres connaissent des variations induites par la création et la montée en charge des GCS ainsi que par la prise en compte de la démarche de certification des comptes.

Comme indiqué précédemment, les documents budgétaires de l'établissement ne décrivent pas précisément l'incidence du fonctionnement des GCS. Par ailleurs, des reprises sur provisions infondées ont été réalisées dans le cadre de la préparation à la certification des comptes en 2012 et 2013 ainsi que vraisemblablement en 2014 ; les rapports du compte financier à l'exception de celui de l'exercice 2013, sont insuffisamment précis.

Concernant le titre 1 des produits, même si sur la période, la qualité des prévisions est satisfaisante dans un contexte tarifaire comportant des incertitudes, une attention doit lui être portée compte tenu des masses en jeu. L'incidence de la valorisation des séjours multi-entités géographiques (qui constitue une nouvelle modalité tarifaire) atteint au moins 0,8 M€ selon l'établissement en 2016 ; l'information aurait pu être mentionnée utilement dans le rapport du compte financier.

Le résultat comptable prévisionnel est présenté équilibré (à l'EPRD) ; des écarts en valeur absolue sont constatés et significatifs à l'exception de l'exercice 2015.

Le rapport du compte financier 2014 précise que l'établissement n'a pas été en mesure « d'effectuer avant la clôture de l'exercice 2014, certains ajustements, notamment par manque d'informations disponibles. » Le résultat comptable 2014 est ainsi majoré indument par un rattachement de charges pour le GCS Procréalys insuffisant à hauteur de 197 000€, des titres émis à l'encontre de la clinique dans le cadre du groupement précité pour un montant total de 130 043 € mais annulés en 2015, un titre de recette de 0,5 M€ est émis dans le cadre de la recherche clinique mais seulement 406 500€ ont été recouvrés (des « notes de frais n'ont pu être établies en temps utile), un titre de recettes pour correction d'erreur sur le compte 158 d'un montant net de 293 970 €. Le rapport conclut : « le résultat comptable 2014 aurait pu en être modifié d'autant. » Considérant les éléments ci-dessus, le résultat comptable 2014 corrigé s'élève à 376 602,60 € au lieu de 1 091 115,60 €. Par suite, le résultat comptable 2015 est également minoré en raison du rattachement de charges insuffisant et de l'annulation des titres.

Les résultats comptables 2012, 2013 et 2014 ont bénéficié du travail préparatoire d'apurement des provisions infondées. L'exercice 2015 subit outre l'incidence de nouvelles pratiques comptables, les conséquences de mauvaises inscriptions de charges et de recettes en 2014 (décrites ci-dessus). Ces observations prises dans leur ensemble, tendent à nuancer l'importance des excédents comptables constatés sur la période 2012-2014, de même que le déficit comptable 2015.

Pour l'exercice 2016, les moindres dépenses de personnel et d'amortissement comparativement à la prévision mais aussi un contexte favorable en matière de recettes, déterminent un résultat comptable significativement excédentaire.

5.1.3.2 Le compte de résultat annexe de l'EHPAD

Des écarts régulièrement supérieurs à 1 % sont constatés entre les montants inscrits au compte financier et les données de l'EPRD, pour l'ensemble des titres de charges et de produits. La qualité des prévisions est donc globalement insuffisante sur la période d'examen. Considérant la part importante des dépenses de personnel, une attention plus soutenue doit leur être portée.

5.2 Le compte de résultat consolidé

Le compte de résultat de l'établissement comprend un compte de résultat principal (CRP, H) et 5 comptes de résultat annexes (CRPA) pour les structures rattachées à l'établissement. Il est complété par le compte de résultat annexe G du groupement hospitalier de territoire à compter de 2017.

5.2.1 L'augmentation de la surface budgétaire totale de l'établissement

Sur la période 2012-2016, comme l'indique le tableau n° 2, le compte de résultat consolidé du centre hospitalier connaît de fortes augmentations des produits et des charges, soit respectivement 22,79 % et 23,73 % ou encore en terme de taux de croissance annuel moyen 5,26 % et 5,46 %. L'écart entre les taux d'évolution des charges et des produits est faible mais en défaveur de l'établissement.

Sur la période 2012-2016, l'établissement n'a connu que des résultats comptables excédentaires supérieurs à 2 M€ (pour le budget consolidé) à l'exception de l'exercice 2015 (excédent de 178 589 €).

5.2.2 La contribution des activités annexes au résultat comptable consolidé

Les comptes de résultat annexes dans leur ensemble contribuent à l'amélioration du résultat de l'établissement (tous budgets confondus). En 2015 en particulier, le compte de résultat principal est déficitaire à hauteur de 300 000 € mais le résultat consolidé est excédentaire (cf. tableau n° 3).

Le compte de résultat annexe B (USLD) est excédentaire sur toute la période d'examen. Le tableau n° 4 expose les résultats comptables de cette activité et sa décomposition par section tarifaire. Il appelle quelques commentaires.

Les résultats annuels sont constitués principalement grâce à la section soins dont l'excédent -même s'il diminue progressivement- constitue aussi un montant important de ressources notifiées non utilisées. En 2012, le forfait global de soins s'élève à 3,58 M€ et en 2016 à 3,53 M€. L'excédent de la section soins représente donc respectivement 16,6 % et 9,1 % des crédits notifiés.

Le report à nouveau de cette section s'élève à 1,9 M€ après affectation des résultats 2016. Les crédits affectés à l'investissement relèvent principalement de la section soins et constituent un apport total sur la période de 0,78 M€. Le solde de ce compte après affectation des résultats 2016 s'élève à 1,2 M€.

Les résultats comptables successifs de la section soins de l'USLD interrogent la pertinence du montant de ressources notifiées à l'établissement et/ou l'utilisation qui en est faite. Au regard de ces constats, il semble utile de rappeler que les activités annexes à titre général, n'ont pas vocation à constituer des excédents ; les crédits notifiés à l'établissement doivent être utilisés pour l'accueil et la prise en charge des patients et des résidents.

5.2.3 Le poids des comptes de résultat annexes

Le compte de résultat principal représente environ 90 % des charges et produits du compte de résultat consolidé. Le second budget en termes de poids budgétaire est le compte de résultat annexe EHPAD (5 % du compte consolidé).

5.3 Le compte de résultat principal

Le tableau n° 5 décrit l'évolution du résultat comptable ainsi que des titres de charges et de produits. Sur la période 2012-2016, le montant total des charges augmente plus fortement que celui des produits (respectivement 24,59 % et 23,47 %). Si l'évolution des charges de personnel est significative, les charges des titres 2 à 4 connaissent des taux d'augmentation encore supérieurs.

Le résultat du compte de résultat principal se dégrade sur la période 2012-2015 et devient même déficitaire en 2015, avant le redressement de la situation en 2016. Le déficit comptable constaté en 2015 soit 300 339 € doit être apprécié à l'aune de l'excédent cumulé sur l'ensemble de la période soit 8,1 M€ (incluant le déficit 2015) et du montant total des produits du CRP dont il ne représente que 0,11 %. En référence à l'exercice 2014, l'évolution des produits en 2015 est moins dynamique que celle des charges, respectivement 4,18 % et 4,73 %.

5.3.1 L'évolution des produits d'exploitation

Le tableau n° 6 décrit l'évolution des produits par titre sur la période d'examen et précise le poids de chaque titre dans le montant total des produits.

Sur la période 2012-2016, le poids relatif du titre 1 des produits versés par l'assurance maladie a légèrement diminué, à la différence des produits de titre 3. Le titre 1 représente en 2016, 78 % du montant total des produits.

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

L'évolution de ces produits est détaillée dans le tableau n° 7. Les produits du titre 1 à périmètre constant (sans prise en compte du fonds d'intervention régional, FIR comptabilisé au titre 3 des produits de 2012 à 2014) connaissent sur la période 2012-2016, une augmentation importante de 27,1 M€ soit 13,82 % au total ou encore de 3,29 % en moyenne annuelle. Ce sont

les produits issus de la tarification des séjours qui progressent le plus en valeur (16,4 M€) suivis par les produits issus de tarification spécifique (5 M€). Cette évolution traduit la progression de l'activité en volume de l'établissement.

Le cumul des augmentations respectives de la valorisation des séjours, des médicaments et des dispositifs médicaux en sus, détermine un montant total de 21,19 M€. Les produits de tarification spécifique sont majorés quant à eux de 5 M€. Au total, l'activité de l'établissement génère en 2016, 26,20 M€ de ressources en plus qu'en 2012.

L'évolution cumulée des ressources notifiées à l'établissement (forfait annuel, DAF, MIGAC) atteint 1 M€. Ces ressources ont augmenté (de 3,2 % au total) mais moins fortement que celles liées directement à l'activité (séjours, actes et consultations externes). Celles-ci, complétées des crédits du FIR s'élèvent à 38,08 M€ en 2016.

5.3.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)

Le tableau n°8 décrit l'évolution des autres produits de l'activité. Sur la période 2012-2016, l'augmentation s'élève à 1,5 M€ soit 10,17 % ou encore une moyenne annuelle de 2,45 %.

Les produits de l'hospitalisation complète progressent de 290 432 € soit 4,78 %. Ce taux de croissance est assez cohérent avec celui des recettes issues de la valorisation des séjours. Ce sont les produits issus de la tarification hospitalière incomplète qui connaissent la plus forte augmentation (59 % soit 12,3 % en moyenne annuelle) en lien avec l'augmentation de l'activité ambulatoire de l'établissement. Les produits relatifs à tarification spécifique (consultations externes, forfait accueil et traitement des urgences) sont les produits progressant le plus en montant (458 950 €).

5.3.1.3 Les autres produits (titre 3)

Les recettes du titre 3 (après retraitement du FIR) connaissent sur la période 2012-2016 une très forte augmentation (22,4 M€ soit 84 %).

Cette évolution décrite au tableau n° 9 résulte des produits suivants :

- la vente de produits fabriqués et prestations de services (...) : + 9,9 M€ ; ce compte inclut notamment les remboursements induits par des mises à disposition de personnel, en raison notamment de la mise en fonctionnement des GCS ;
- la progression des autres produits de gestion courante, + 6,2 M€ ;
- les rétrocessions de médicaments, + 3,6 M€ ;
- les reprises sur provisions, + 1,3 M€.

5.3.2 L'évolution des charges d'exploitation

5.3.2.1 L'évolution des charges d'exploitation

Sur la période 2012-2016, les charges du compte de résultat principal augmentent de 58,7 M€ soit 24,6 % (cf. tableau n° 10). Cette augmentation se décline ainsi : charges de personnel (22,4 M€), charges à caractère hôtelier et général (16 M€), charges à caractère médical (13,6 M€) et charges de titre IV (6,5 M€).

5.3.2.1.1 Les charges de personnel (titre 1)

Comme l'indique le tableau n° 11, les charges de personnel augmentent de 22,4 M€ soit 14,48 %. L'augmentation totale des charges de personnel est répartie ainsi :

- Pour le personnel non médical, hors charges, une augmentation de 9,77 M€ dont 7 M€ pour le personnel titulaires et stagiaires et 2,2 M€ pour le personnel sous CDD ;
- Pour le personnel médical, hors charges, une augmentation de 5,29 M€ dont 2,49 M€ pour les praticiens hospitaliers et 2,76 M€ pour les praticiens contractuels sans renouvellement de droit.

Le montant des dépenses de personnel extérieur à l'établissement diminue de 1,37 M€ entre 2012 et 2016. Depuis le 1^{er} janvier 2016, le centre hospitalier contractualise directement avec des professionnels jusqu'alors recrutés dans le cadre de prestation d'intérim.

5.3.2.1.2 Les charges à caractère médical (titre 2)

Les charges à caractère médical (titre 2) augmentent de 13,6 M€ soit 29,7 % (cf. tableau n° 12).

Cette augmentation est due notamment au compte des produits pharmaceutiques, majoré de 10 M€. Elle comprend les dépenses de molécules onéreuses (utilisées en cancérologie) mais qui donnent lieu à des recettes de titre 1 (valorisation en sus des séjours) et de titre 3 (rétrocession de médicaments). Les dépenses liées au petit matériel médical sont majorées de 2,4 M€.

Par ailleurs, les dépenses du titre 2 ont été minorées par le fonctionnement du GCS biologie (transfert des achats de réactifs au GCS Biologie au 1^{er} juin et des contrats de maintenance de biologie) selon le rapport du compte financier 2016.

5.3.2.1.3 Les charges à caractère hôtelier et générales (titre 3)

Les charges à caractère hôtelier et général augmentent sensiblement : 16,2 M€ soit 84,30 % sur la période 2012-2016 (cf. tableau n° 13).

L'augmentation constatée ci-dessus résulte à titre principal, des autres charges de gestion courante, majorées de 11,62 M€ et des dépenses induites par le recours accru à des prestataires externes (2,9 M€ au total).

L'évolution du compte 65 est concentrée sur la période 2015-2016. Elle traduit la mise en fonctionnement des GCS et la contribution du centre hospitalier à hauteur de 9,4 M€.

Les services extérieurs et autres services extérieurs induisent des dépenses significativement croissantes à compter respectivement de 2015 et 2016, en lien avec les GCS et l'amélioration du système d'information de l'établissement (selon le rapport de présentation de l'EPRD 2016).

5.3.2.1.4 Les charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4)

Les charges de titre 4 sont majorées de 6,49 M€ sur la période d'examen, soit 34,24 % (cf. tableau n° 14). Cette évolution comprend des charges financières supplémentaires (0,91 M€ soit 41,44 %) et des dotations aux amortissements et aux provisions plus importantes (5,45 M€ soit 35,4 %).

L'établissement a eu recours à l'emprunt pour un montant total de 98 M€. De ce fait, la charge financière ne peut que croître sur la période.

L'augmentation des charges d'amortissements (4,57 M€) est liée à l'intégration progressive des investissements réalisés dans le cadre notamment du projet architectural. Les montants sont détaillés dans le tableau n° 15.

Il convient aussi de citer les ventes de biens induisant la prise en compte de valeurs nettes comptables. Selon le compte financier 2015, le centre hospitalier a aussi procédé à des mises au rebut pour l'exercice 2015 s'élevant à presque 9 M€ en valeur brute soit une valeur nette comptable de 0,9 M€.

5.4 Les comptes de résultat annexes

5.4.1.1 Le compte de résultat annexe de l'EHPAD

Le compte de résultat est déficitaire essentiellement en 2012. Le montant total des charges sur la période (2012-2016) progresse de 2,6 M€ du fait de l'augmentation importante des charges de personnel (1,6 M€) consécutivement à l'évolution capacitaire. Les produits de l'EHPAD augmentent plus fortement que les charges sur la période d'examen ce qui induit un résultat excédentaire depuis 2014.

En 2012, toutes les sections tarifaires sont déficitaires. En 2016, l'excédent de la section hébergement compense les déficits des deux autres sections.

5.4.1.2 Le compte de résultat annexe de l'USLD

Le compte de résultat annexe USLD est excédentaire sur la période 2012-2016 (cf. tableau n° 16).

Comparativement au compte de résultat annexe EHPAD, les titres de charges et de produits évoluent plus faiblement. Les charges de personnel augmentent de façon plus mesurée (209 925 € soit 5,18 %) et les charges à caractère hôtelier et médical sont relativement stables.

Les produits afférents aux soins sont en léger recul sur la période et les produits liés à la dépendance et à l'hébergement ne progressent que très faiblement.

Le résultat comptable toutes sections confondues est excédentaire mais décroissant.

5.4.1.3 Le compte de résultat annexe du SSIAD

5.4.1.3.1 Éléments de présentation

Le compte de résultat annexe du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) connaît peu d'évolutions sur la période de contrôle ; le montant total des charges est majoré de 89 539 € et les produits de 18 954 €. De ce fait, le résultat comptable excédentaire de 2012 à 2015 devient déficitaire en 2016 à hauteur de 14 544 €.

5.4.1.3.2 Le transfert du SSIAD de Montaigu

Le rapport du compte financier 2012 précise que le SSIADPA⁴ de Montaigu a cessé son activité. « Avec le transfert du SSIAD de Montaigu le 1^{er} avril 2012, le RAN⁵ constaté au 21 décembre 2011 a été transféré pour moitié (soit 24 698,37 €) à la communauté de communes Terres de Montaigu sur décision du conseil de surveillance en date du 25 avril 2012. L'autre moitié a été basculée sur le budget principal du CHD ».

Selon le procès-verbal du conseil de surveillance réuni le 27 avril 2012, l'instance a voté à l'unanimité le transfert du SSIADPA et du report à nouveau tels que décrits ci-dessus. Le directeur a proposé « une répartition 50-50 du report à nouveau excédentaire cumulé du SSIADPA » puisque « cette somme est le fruit du travail de l'équipe du SSIADPA ».

Le président du conseil de surveillance est aussi président de la communauté de communes de Montaigu. Bien que les dispositions de l'article L. 2131-11 du code général des collectivités territoriales selon lequel : « sont illégales les délibérations auxquelles ont pris part un ou plusieurs membres du conseil intéressés à l'affaire qui en fait l'objet, soit en leur nom personnel, soit comme mandataires », n'ont pas été transposées dans le code de la santé publique, il n'aurait pas dû participer au vote qui l'intéressait directement, au risque de s'exposer à l'article L. 432-12 du code pénal.

En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier a précisé le contexte dans lequel l'opération a été réalisée. Le transfert du service de soins infirmiers à domicile du CHD au profit du centre intercommunal d'action sociale Terres de Montaigu n'est pas de son initiative mais du souhait de l'ARS Pays de la Loire. Selon le centre hospitalier, il n'y aurait donc pas eu intérêt à agir de la part ni de la collectivité territoriale ni de lui-même. Il estime enfin qu'aucun élu local n'a été en mesure d'en tirer un quelconque intérêt.

La chambre régionale des comptes maintient son appel à vigilance sur le déroulement des votes.

5.4.1.4 Le compte de résultat annexe de l'Institut de Formation

Sur la période d'analyse, le résultat comptable est légèrement excédentaire à l'exception de l'exercice 2015 (déficit de 213 781 €). L'augmentation du montant total des charges soit 1,11 M€ est supérieure à celle des produits : 1,06 M€, constat qui appelle une certaine vigilance. Dans l'ensemble, les charges et produits évoluent peu, à l'exception des autres charges et des autres produits en 2016.

⁴ SSIADPA : SSIAD dédié à la prise en charge de personnes âgées.

⁵ RAN : report à nouveau

Le montant des charges de personnel est majoré de 450 000 € sur la période soit 14 %. Le compte financier 2015 fait état d'un contrôle URSSAF ayant entraîné un redressement d'environ 235 000 € pour les années 2012 à 2014 et un rattachement de charges de près de 93 000 € (pour 2015).

En ce qui concerne les produits, la progression en 2016 du titre 2 soit 1,1 M€ résulte essentiellement d'une reprise sur provisions de 0,74 M€ constituées pour la construction de l'IFPS.

La subvention du conseil régional est prépondérante dans les ressources de l'établissement mais décroissante (83,6 % en 2012, 71,83 % en 2016).

5.4.1.5 Le compte de résultat annexe du foyer occupationnel

Sur la période d'examen, les charges augmentent de 103 376 € et les produits de 184 709 €. Le résultat comptable est excédentaire à l'exception de l'exercice 2012.

5.5 Les soldes intermédiaires de gestion

Les soldes intermédiaires de gestion (cf. tableaux n° 17 et 18) sont présentés pour le compte de résultat principal et le comptes consolidé (données en milliers d'euros, source Trésor Public et rapports des comptes financiers 2014 et 2015).

5.5.1 Le compte de résultat principal

Sur la période d'examen, le centre hospitalier départemental Vendée a consommé les produits d'exploitation (bruts) nouveaux générés par son activité (48,4 M€), notamment par des dépenses de personnel accrues (22,6 M€) mais également par des consommations intermédiaires fortement croissantes (17 M€). Leur augmentation entre 2012 et 2016 correspond à environ 75 % de celle des charges de personnel.

Le solde des autres produits et autres charges de gestion courante doit appeler une vigilance certaine de la part de l'établissement ; l'exercice 2016 marque une inversion sensible comparativement aux exercices précédents et dans ce contexte, la marge brute n'est maintenue qu'à la faveur du montant atteint par l'excédent brut d'exploitation, sans précédent sur la période d'examen. Or, les produits d'exploitation présentent toujours une certaine incertitude (évolution en volume, case mix et tarifs nationaux décroissants). L'exercice 2016 a bénéficié d'une nouvelle disposition tarifaire (valorisation des séjours multi entités géographiques) et de ressources notifiées supplémentaires.

Les charges d'amortissements sont fortement croissantes sur la période (4,6 M€ soit 41,4 %). Il convient aussi d'évoquer l'écart entre le montant des provisions et de leur reprise, favorable au résultat courant sur la période 2012-2014, puis neutre en 2015 mais défavorable en 2016.

Le résultat exceptionnel est enfin significativement défavorable au résultat net en 2012 et 2015.

Le résultat comptable de l'exercice 2015, légèrement déficitaire, n'est pas la conséquence de produits d'exploitation insuffisants comparativement à l'évolution des charges de personnel et des consommations intermédiaires ; il traduit par contre l'incapacité de la marge brute à financer des dépenses exceptionnelles importantes dans le contexte de l'augmentation continue des charges d'amortissements et sans un écart favorable entre reprises et dotations aux provisions.

Considérant l'ensemble des observations ci-dessus, outre l'augmentation de ses produits d'exploitation, l'établissement devra veiller pour le compte de résultat principal sur l'évolution des charges de personnel et celle des consommations intermédiaires mais aussi sur l'écart entre les autres produits et charges de gestion courante. Sur l'ensemble de la période, le montant des résultats nets cumulés atteint 8,1 M€. À titre d'indication, le résultat moyen s'élève à 1,6 M€ soit environ 0,50 % du montant total des produits du CRP.

5.5.2 Le compte de résultat consolidé

L'augmentation importante des produits bruts d'exploitation, de 13,7 % sur la sous période 2012-2015 est portée à 20,4 % en 2016.

Les consommations intermédiaires, stables en 2012 et 2013 augmentent sensiblement en 2014 et 2015 puis dans une moindre mesure en 2016. Sur ces trois derniers exercices, le taux de croissance est de 12,6 %.

Les charges de personnel sont majorées de 14,6 % sur l'ensemble de la période, dont 5,1 % en 2014.

L'excédent brut d'exploitation diminue sur la période 2012-2014. En 2015, il est légèrement inférieur au montant atteint en 2012. L'exercice 2016, eu égard au montant des produits d'exploitation, connaît l'excédent brut d'exploitation le plus élevé de la période, supérieur de 47,1 % au montant atteint en 2012.

La marge brute est stable sur la période 2012-2014 avant une augmentation en 2015 de 4,1 % suivie d'une majoration de 13,3 % en 2016.

Les dotations aux amortissements sont accrues de 5,1 M€ soit 40,7 %.

Le résultat net de l'établissement diminue sur toute la période avec un point bas en 2015, un léger excédent étant alors constaté. Il connaît un rebond en 2016. Lors de ce dernier exercice, le résultat s'élève à 2,1 M€ ; il correspond à 56,6 % du montant atteint en 2012 (3,8 M€).

5.6 Les dépenses d'investissement et leurs modalités de financement

5.6.1 La formation de l'autofinancement

La capacité d'Autofinancement Brute est supérieure à 17 M€ sur la période 2012-2016. Elle s'est contractée sur la période 2013-2015 comparativement à l'exercice 2012 (- 0,67 M €, soit - 3,7 %) avant un rebond en 2016 lié au résultat comptable. La CAF brute est alors portée à 21,1 M€ soit 2,85 M € de plus qu'en 2012 (cf. tableau n° 19).

Sur la période 2012-2016, les dotations aux amortissements et provisions augmentent de 6,59 M€ et les reprises sur provisions de 2,23 M€.

Le centre hospitalier a procédé à la vente d'actifs pour un montant total de 1,4 M€. En 2015, la valeur nette comptable résulte pour l'essentiel d'une opération d'apurement de l'actif immobilisé de l'établissement.

Le remboursement du capital des emprunts soit 11,14 M€ en 2012 diminue au cours des années suivantes ; il s'établit à 9,11 M€ en 2016 (cf. tableau n° 20).

La capacité d'autofinancement nette augmente de 24,7 % de 2012 à 2015 ; l'exercice 2016 détermine un montant de 11,9 M€. Son montant moyen s'élève à 8,99 M€.

5.6.2 Le tableau de financement

5.6.2.1 Les principales caractéristiques du tableau de financement pluriannuel

Le tableau (n° 21) de financement fait état sur la période 2012-2016 d'un montant total des emplois de 187,1 M€ dont 139,7 M€ pour les immobilisations et 46,7 M€ dédiés au remboursement du capital des emprunts. Le montant annuel moyen des dépenses est de 37,28 M€ dont 27,9 M€ pour les immobilisations.

Pour financer ces dépenses sur la période 2012-2016, les ressources mobilisées s'élèvent au total à 203,47 M€. Ce montant est constitué ainsi : autofinancement (91,73 M€ ; 45,1 %), emprunt (98,86 M€ ; 48,6 %), dotations et subventions (11,34 M€ ; 5,6 %) et autres ressources (1,54 M€ ; 0,75 %).

Le tableau de financement détermine un apport au fonds de roulement cumulé sur la période 2012-2016 de 16,31 M€.

La capacité d'autofinancement couvre sur toute la période d'examen le remboursement du capital des emprunts (soit 25 % du montant total des emplois) et permet de financer une partie des dépenses d'immobilisations.

En 2014, le centre hospitalier a emprunté significativement moins qu'au cours des exercices précédents ; un prélèvement sur le fonds de roulement est alors constaté. L'exercice 2015 compense implicitement le prélèvement sur le fonds de roulement constaté au cours de l'exercice précédent ; le montant des ressources externes en 2015 est même supérieur au montant des dépenses d'immobilisations.

5.6.2.2 Les opérations d'investissement

Le tableau n° 22 distingue les opérations principales (101,74 M€) de l'investissement courant (37,97 M€), sur la période 2012-2016.

5.6.2.2.1 Les investissements courants

Leur montant est défini par la réfaction des principales opérations d'investissement, du montant total des immobilisations.

L'établissement impute en immobilisation les biens acquis à l'unité ou un ensemble de biens destinés à rester durablement dans l'établissement si le coût d'achat TTC est supérieur à 800 €. Ce montant correspondant au plafond admis par l'instruction comptable M21 qui définit aussi un seuil plancher de 500 € TTC. La méthodologie retenue par l'établissement conduit à imputer en exploitation des dépenses qui pourraient relever de l'investissement.

Le tableau n° 23 détermine le solde de ressources dégagées par l'exploitation, après remboursement du capital des emprunts (soit la CAF nette).

Il apparaît ainsi que la CAF nette est positive et couvre le montant des investissements courants, tel que déterminé. Le montant des ressources disponibles après le financement des investissements courants est relativement faible au regard des besoins de financement de l'établissement, même en 2016.

5.6.2.2.2 Les opérations majeures

Les documents produits par l'établissement recensent les principales opérations d'un montant total sur la période 2012-2016 de 101,74 M€ soit 85,8 M€ pour les opérations de travaux, 5,87 M€ dédiés au système d'information et 10 M€ pour les équipements biomédicaux.

Les principaux investissements sur la période en matière de travaux et d'équipements non médicaux s'élèvent à 85,8 M€ et concernent les opérations suivantes : restructuration du site de La Roche-sur-Yon tranche 1 et 2 pour environ 56,3 M€, construction d'un bâtiment de médecine nucléaire pour 4,7 M€, construction d'un bâtiment EHPAD-médecine et pharmacie sur le site de Montaigu pour 10,8 M€, construction d'un EHPAD sur le site de Luçon pour 5,4 M€, remplacement des groupes électrogènes pour 3 M€, regroupement des consultations externes pour 1,3 M€.

Le projet de restructuration des Oudairies :

Au cours de l'année 2005, le centre hospitalier a entrepris les travaux de restructuration des Oudairies, répartis en deux tranches de travaux.

Pour la tranche 1, les travaux ont été réceptionnés le 22 avril 2014 et les réserves ont été levées. La tranche 2 n'est pas intégralement réceptionnée au terme de l'exercice 2017. Plusieurs désordres ont été constatés sur chacune des tranches et donnent lieu à des contentieux. Des pénalités de retard sont également estimées par l'établissement à hauteur de 1,77 M€.

La mise en service des nouveaux locaux est échelonnée en 2017 et 2018. La capacité de l'établissement devrait être majorée de 15 lits et 22 places MCO au 1er février 2018 et de 20 lits supplémentaires de médecine au plus tard le 1^{er} janvier 2019.

Le directeur des travaux estime que le retard constitué sur cette opération est de 2 ans et demi. En tout état de cause, les travaux de restructuration ont duré plus de 12 ans.

Le montant total des travaux, selon la direction des affaires financières, devrait s'élever à 139,1 M€ pour une estimation prévisionnelle initiale de 130 M€, soit un écart de 7 %.

Les équipements biomédicaux :

Les dépenses d'investissement en équipements biomédicaux atteignent 10 M€ : scanner des urgences (site LRY, 0,75 M€), renouvellement des scanners sur les sites de La Roche-sur-Yon (0,69 M€ et de Luçon, achat d'un scanner pour le site de Montaigu, renouvellement de la gamma caméra (0,74 M€), acquisition d'un TEP scan (2,15 M€) et équipement de la salle de rythmologie. Le montant des équipements liés à l'extension-restructuration des Oudairies atteint 2,6 M€. Un picture archiving and communication system ou système d'archivage et de transmission d'images (PACS) est acquis pour 1 M€.

Le système d'information :

Un état des lieux dressé en fin d'année 2013 sur le système d'information de l'établissement a mis en évidence des faiblesses importantes dont une absence de stratégie. Les grands chantiers tels que le dossier patient informatisé interopérable, les prescriptions multimodales, la reconnaissance vocale ne sont pas alors conduits et caractérisent le retard important de l'établissement. Un schéma directeur des systèmes d'information (2014-2018) est élaboré et des moyens humains et financiers importants sont mobilisés. Le dossier patient informatisé interopérable est en cours de déploiement.

Les investissements informatiques s'élèvent à 5,8 M€ et se concentrent sur le dossier patient informatisé (2,1 M€), l'infrastructure du dossier patient (0,8 M€), la dictée numérique et la reconnaissance vocale (1 M€). Le reste de l'investissement sur ce compte concerne des applications informatiques spécifiques de gestion et des investissements de structures informatiques.

5.6.3 Éléments complémentaires sur l'endettement

5.6.3.1 Les principaux ratios de la dette

Les principaux ratios de la dette du centre hospitalier départemental de Vendée sont présentés dans les tableaux référencés au n° 24.

Ces tableaux appellent les observations suivantes sur la période 2012-2016 :

- la progression de l'encours de la dette est de 43,06 M€ soit 48,9 % ;
- l'augmentation des charges financières (1 016 827 € soit 41,67 %) est cohérente avec celle de l'encours de la dette et l'établissement a peu utilisé des crédits de trésorerie ;
- l'article D. 6145-70 du code de la santé publique définit trois ratios et des valeurs plafond de sorte qu'une autorisation d'emprunter est obligatoire dès lors que deux des trois valeurs plafond sont dépassées, ce qui correspond à la situation du CHDV à

compter de 2015. Les ratios indépendance financière et encours de la dette rapporté au montant total de ses produits toutes activités confondues excèdent les valeurs respectives de 50 % et 30 %. La durée apparente de la dette, bien que croissante, est inférieure à la valeur plafond de 10 ans.

Un recours accru au financement interne est donc souhaitable, ce qui implique toutes choses égales par ailleurs de majorer la capacité d'autofinancement. Par ailleurs, l'endettement expose l'établissement à une augmentation potentielle de la charge d'intérêt.

5.6.3.2 La structuration des emprunts du centre hospitalier

La structure de la dette fin 2016 est composée à 64,34 % d'emprunts à taux fixe (dont le livret A), à 34,62 % d'emprunts à taux variables et à 1,03 % d'emprunts structurés mais aucun emprunt n'est classifié hors charte Gissler. Sur les 1,03 % d'emprunts dits structurés, 0,61 % sont classés en 1-B et 0,43 % en 4-B. Au 31 décembre 2016, le capital restant dû des trois emprunts dits structurés atteint 1,24 M€.

5.7 Le bilan de l'établissement

5.7.1 Présentation synthétique des données bilancielles

Les données bilancielles du centre hospitalier départemental Vendée sont présentées dans le tableau n° 25. Il met en évidence :

- En 2012, un fonds de roulement net global de 19,33 M€ est constitué. A l'exception de l'exercice 2014, il augmente pour atteindre 30,5 M€ en 2016.
- Le fonds de roulement net global finance un besoin en fonds de roulement croissant sur la période 2012-2016. Il s'élève à 12 M€ environ en 2012 et atteint 17,67 M€ en 2016.
- La différence entre le fonds de roulement net global et le besoin en fonds de roulement détermine la trésorerie nette, laquelle s'élève à 7,31 M€ en 2012 et 12,86 M€ en 2016.

5.7.2 Des données de comparaison

Le tableau n° 25 compare le CHDV aux autres établissements de santé de même catégorie. Le CHDV connaît depuis plusieurs années, un fonds de roulement net global sensiblement inférieur à la valeur médiane. Au demeurant, il demeure suffisant pour couvrir le besoin en fonds de roulement et génère une trésorerie exprimée en nombre de jours de charges courantes, supérieure à la valeur médiane à l'exception de l'exercice 2014.

5.8 Mise en perspective des EPRD 2017 et 2018.

5.8.1 L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses pour 2017

Le centre hospitalier départemental Vendée a présenté l'EPRD 2017 aux caractéristiques suivantes :

- un compte de résultat prévisionnel principal excédentaire de 489 142 € et des comptes de résultat prévisionnels annexes équilibrés ;
- le tableau de financement prévoit la mobilisation d'emprunts à hauteur de 20 M€ et détermine un prélèvement sur le fonds de roulement de 1,88 M€ ;
- la création du compte de résultat annexe G pour le groupement hospitalier de territoire. Le montant total des charges et des produits prévisionnels s'élève à 187 340 €. L'effectif total est de 2,5 ETP de personnel non médical.

5.8.1.1 Un déficit annoncé :

La décision modificative n° 1 ajuste les recettes prévisionnelles de l'établissement (2,96 M€ en sus) au regard notamment de notifications de ressources ainsi que les charges prévisionnelles de titre 1 (personnel) et de titre 3 (à caractère hôtelier et général), soit 3,45 M€ au total. Le compte de résultat prévisionnel principal modifié est non plus excédentaire de 489 142 € mais équilibré (résultat comptable nul).

Le rapport infra annuel (n° 1) établi sur la base des données constatées fin septembre 2017 présente compte de résultat prévisionnel principal déficitaire de 6,89 M€ en raison des charges supplémentaires à hauteur de 3,9 M€ et de produits prévisionnels réduits de 2,98 M€. Le rapport de présentation évoque une moindre réalisation des recettes de valorisation des séjours de 2,8 M€ « jusqu'ici masquée par le changement de l'outil PMSI ». L'établissement a obtenu de l'ARS un report de l'échéance de déclaration de son activité 2017 (mi-février 2018 au lieu de fin janvier). Dans ce contexte, la prévision actualisée du résultat comptable n'est pas précise.

5.8.1.2 Le tableau de synthèse des crédits notifiés par l'ARS

Le tableau n° 26 identifie notamment l'augmentation forte des crédits notifiés entre 2016 et 2015 soit 2,42 M€. L'écart entre les exercices 2017 et 2016 est beaucoup plus faible (0,41 M€).

Par suite, le contexte budgétaire de l'exercice 2016 paraît plus favorable que celui de l'exercice 2015 au regard de la mise en place de la tarification multi sites et de la notification de ressources significativement supérieures.

5.8.1.3 Les principales données du compte financier 2017

Dans le cadre de la procédure contradictoire, le centre hospitalier a complété ou produit quelques tableaux destinés à présenter la situation financière 2017, en complément à l'examen des comptes 2012-2016. Ils sont regroupés au n° 27.

Il en ressort que la situation financière s'est dégradée comparativement à l'exercice 2016 et prolonge la tendance pluri annuelle 2012-2016. En 2017, le compte de résultat principal est déficitaire de 1,26 M€, les charges ayant augmenté plus fortement que les produits. Les activités annexes compensent partiellement le déficit de l'activité principale ; le déficit consolidé s'élève à 1,05 M€.

Par suite, la CAF brute est légèrement supérieure au montant atteint en 2012. Le tableau de financement est équilibré grâce à des ressources externes : mobilisation d'un emprunt (20 M€) et 4,8 M€ de dotations et subventions. Les dépenses d'immobilisation s'élèvent à 26,2 M€. Au final, un apport au fonds de roulement est constaté (2,23 M€).

5.8.2 L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses pour 2018

Le centre hospitalier a présenté l'EPRD 2018 à l'ARS au début du mois de janvier 2018. Il s'inscrit alors dans le contexte d'incertitude sur le niveau des recettes de titre 1 de l'exercice 2017. En réponse aux observations provisoires de la chambre, le centre hospitalier a précisé avoir sollicité un report de l'EPRD 2018 présenté dans une deuxième version le 3 avril 2018 à l'ARS qui l'a approuvé le 21 juin suivant.

La chambre constate que les deux versions de l'EPRD 2018 sont sensiblement différentes. En particulier, le compte de résultat comptable principal prévisionnel était déficitaire à hauteur de 4,9 M€ dans sa première version (janvier 2018) alors qu'il est excédentaire (2,35 M€) dans la seconde (avril 2018).

En l'absence des documents permettant d'analyser précisément la deuxième version de l'EPRD et d'engager un processus contradictoire avec l'établissement, la chambre ne développe pas plus avant les perspectives 2018.

5.8.3 Le taux de marge brute hors aide du centre hospitalier

La Cour des comptes dans son rapport public 2018, « L'enjeu du taux de marge brute non aidée » souligne que : « Le taux de 8 % rapporté aux produits d'exploitation résulte du constat que le financement des investissements courants et le service de la dette correspondent en moyenne, chacun, à 4% des produits d'exploitation. Dans ces conditions, un taux de marge brute non aidée de 8% permet de couvrir les dépenses d'investissement courants et d'honorer le service de la dette sans avoir à contracter de nouveaux emprunts. [...] La réalisation d'investissements financés par emprunt qui ne permettrait pas de dégager ce niveau de marge brute in fine expose l'établissement à une dégradation de sa situation financière. »

Le taux de marge brute (toutes activités confondues ; cf. tableau n° 28) s'élève à 8,16 % en 2012 puis décroît jusqu'à 6,86 % selon le compte financier 2017 (soit une diminution de 11,88 % comparativement au taux atteint en 2016). Le taux de marge brute hors aide est de 6,41 % en 2016, niveau proche de celui de 2012 ; l'indicateur a ensuite diminué de 2013 à 2015. En toute logique, le taux de marge brute hors aide devrait diminuer en 2017. Par ailleurs, le taux de marge brute hors aide du compte de résultat principal est inférieur à 6 % sur la période 2014-2017.

Le niveau du taux de marge brute renvoie aux constats sur l'évolution forte des charges de personnel, des consommations intermédiaires et des charges de gestion courante sur la période 2012-2016.

La chambre régionale des comptes invite donc l'établissement à :

- veiller à l'équilibre de l'EPRD et notamment du compte de résultat principal ;
- procéder, à une sélection des projets tenant compte des priorités définies par exemple dans le cadre du projet d'établissement à venir et assise sur des outils de comparaison de la marge brute prévisionnelle générée par chacun d'eux (hors situations précises comme les mises en conformité de sécurité par exemple). Le projet de gestion, volet du projet d'établissement, pourrait dans le sens des recommandations du rapport IGAS / IGF intitulé « évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier » de mars 2013, promouvoir une « gestion interne pilotée à la marge brute non aidée » (p 6).

Recommandation n° 6 : Définir et mettre en œuvre un plan d'action de nature à améliorer la marge brute hors aide de l'établissement.

6 LA CHAINE DE FACTURATION

Le centre hospitalier départemental Vendée, est un établissement multisites ; l'organisation de l'admission des patients est conçue en miroir. L'admission (médicale et administrative) des patients peut être réalisée sur le site principal (La Roche-sur-Yon) mais également à Luçon et Montaigu. Le service « Gestion Administrative Patients » (GAP) comprend au total 48,5 ETP et fait partie de la direction des affaires financières. Les tableaux s'y rapportant sont disponibles à l'annexe n° 5.

Par ailleurs, au regard notamment des constats ci-dessous, la recommandation n° 5 du précédent rapport de la chambre régionale des comptes : « Intensifier le partenariat avec le comptable public pour améliorer les procédures de recouvrement et en mesurer les effets » peut être considérée comme partiellement mise en œuvre.

6.1 Les restes à recouvrer

6.1.1 Montant et composition des restes à recouvrer

Le montant des restes à recouvrer s'élève au total à 21,6 M€ en 2017 comme l'indique le tableau n° 1, soit 19,6 % de plus qu'en 2012.

Le montant des créances des hospitalisés et consultants diminue globalement sur la période (de 12,69 %) marquée cependant par une augmentation entre 2012 et 2013. Il s'élève à 2 M€ en 2017 soit 9,27 % du total des créances. Un constat similaire concerne les « autres tiers payants » (mutuelles) qui diminuent de 6,28 %.

En neutralisant l'évolution des créances sur la « caisse de sécurité sociale », dont l'encaissement est quasi certain, le montant total des créances diminue de 12 % sur la période.

Le nombre de titres de recettes restant à recouvrer (tableau n° 2) auprès de l'ensemble des débiteurs connaît une diminution sensible de presque 28 % sur la période 2012-2017.

6.1.2 Caractéristiques des restes à recouvrer sur « les hospitalisés et consultants » et sur « les autres tiers payants »

Les tableaux n° 3 et 4 donnent quelques indications sur la composition et l'antériorité des créances sur la période 2012-2016, à appréhender dans le contexte de croissance de l'activité.

Pour les créances des « hospitalisés et consultants », les montants des restes à recouvrer sur les exercices antérieurs (N-1 et N-4) diminuent très fortement. Le nombre de titres en recouvrement diminue plus fortement encore que le montant total des créances.

En ce qui concerne les restes à recouvrer « autres tiers payants », autrement dit les créances détenues sur les mutuelles, le processus de facturation/recouvrement est également devenu plus efficace mais dans une moindre mesure.

6.2 La facturation en recouvrement direct

6.2.1 Définition et évolution du taux de facturation en recouvrement direct

Le taux de facturation en recouvrement direct est calculé en rapportant les recettes du titre 2 au montant total des produits hospitaliers liés aux soins (cf. tableau n° 5). Il varie entre 7,22 % en 2012 et 6,75 % en 2016 avec un point haut à 7,49 % en 2013.

6.2.2 Les principales données du recouvrement direct

6.2.2.1 Le délai de recouvrement des créances amiables

Le délai de rotation des créances d'un centre hospitalier mesure le nombre de jours moyen par lequel le comptable de l'établissement met en recouvrement un titre de recette.

6.2.2.2 Les créances amiables

Pour les créances des « hospitalisés et consultants » (cf. tableau n° 6), le ratio précité varie sur la période de contrôle autour d'une valeur moyenne de 69 jours environ. En 2016, le ratio est inférieur mais proche de la valeur atteinte en 2012.

Il atteint 51 jours en 2016 pour les créances détenues sur les mutuelles. La moyenne annuelle soit environ 65 jours est proche de celle des hospitalisés et consultants.

Concernant les créances sur la caisse de sécurité sociale, le délai est croissant sur la période (5 jours en sus) ; le ratio moyen sur la période est de 18 jours.

Pour les créances « départements », le ratio diminue sur l'ensemble de la période ; il est inférieur à 50 jours depuis 2014.

6.2.2.3 Les créances contentieuses

En ce qui concerne les créances dites contentieuses, il apparait que le délai de rotation des créances « hospitalisés et consultants » est en moyenne de 469 jours sur la période, ce qui est important. Le délai diminue sur la période d'examen (cf. tableau n° 7).

6.2.3 L'organisation des régies

Le centre hospitalier départemental dispose de 17 régies (recettes et avances) réparties au sein de l'ensemble de l'établissement. Le taux de recouvrement direct par les régies, exposé dans le tableau n° 8 mesure la part de l'encaissement en régie dans le recouvrement direct comptabilisé au titre 2 (et incluant la valorisation de l'activité libérale des praticiens). Il atteint presque 34 % en 2016.

La chambre régionale des comptes rappelle que les régies sont soumises au double contrôle de l'ordonnateur et du comptable (cf. instruction codificatrice n° 06-031 ABM du 21 avril 2006 relative aux régies du secteur public local).

6.3 La facturation des chambres individuelles au sein du centre hospitalier

Le recours à une chambre particulière, à moins qu'elle soit médicalement justifiée, donne lieu à une facturation non prise en charge par l'assurance maladie (article R.162-32-2 du CSS). Les modalités de recueil du choix du patient sont réglementées (art. R. 1112-22 du CSP).

6.3.1 Les tarifs arrêtés au centre hospitalier

Sur la période 2012-2014, trois tarifications distinctes sont appliquées selon l'état de rénovation et l'équipement internet wifi (soit de 45 à 50 €) des chambres des secteurs MCO et SSR. En 2015, deux tarifications subsistent (47 et 50 €) selon l'état de rénovation. Les décisions tarifaires précisent que les tarifs s'appliquent « en SSR dans la limite de la prise en charge par les mutuelles et assurances », mention n'apparaissant pas pour 2018.

6.3.2 Le nombre de chambres individuelles

En 2016, selon les données fournies par l'établissement, les secteurs MCO et SSR comprennent 656 chambres individuelles sur un nombre total de 794 chambres, soit 82,6 % (cf. tableau n° 9). Certains services ne disposent que de chambres individuelles soit une capacité de 223 chambres représentant 34% du nombre total de chambres individuelles.

6.3.3 La facturation des chambres individuelles

6.3.3.1 Le constat de marges de progression

Les développements qui suivent sont assis sur des tableaux de simulation renseignés par le centre hospitalier établis en recourant à un tarif moyen de 48 € par chambre. Ils sont établis pour les secteurs MCO (tableau n° 10), SSR (tableau n° 11) et pour la capacité totale de l'établissement (tableau n° 12) dont les résultats sont commentés ci-dessous.

Chaque année, le centre hospitalier inscrit à l'EPRD un montant croissant de recettes prévisionnelles, traduisant la volonté de facturer de plus en plus la prestation chambre particulière. Les montants constatés sont toujours supérieurs aux prévisions. Entre 2012 et 2016, le gain résultant de la facturation des chambres individuelles atteint 2,3 M€.

En 2016, le montant constaté est de 3,13 M€ soit environ le tiers de la facturation maximale (correspondant à une occupation totale des chambres individuelles toute l'année) et presque 29 % de la facturation attendue (estimée avec le taux d'occupation réel des chambres). L'écart total pour les secteurs MCO et SSR entre la facturation maximale (donc potentielle) et les montants constatés est de 8,3 M€.

6.3.3.2 Un processus de facturation à améliorer

Le centre hospitalier départemental Vendée décrit ainsi son processus de facturation.

Pour une hospitalisation programmée, les patients ont la possibilité d'exprimer au préalable leur demande d'une chambre particulière lors de leur précédente venue à l'aide d'un document remis. Dans ce cas, le patient s'engage à prendre en charge les frais liés à la chambre particulière quelle que soit la participation de sa mutuelle.

Les patients en chambre seule et n'ayant pas exprimé au préalable leur choix, soit parce qu'ils n'ont pas rempli le document précité, soit parce qu'ils sont entrés par les urgences, sont identifiés par le bureau des admissions. Les patients en pleine possession de leurs facultés intellectuelles et non concernés par une prescription médicale pour isolement, sont visités par un agent du bureau des admissions. Il leur explique qu'ils n'ont pas exprimé au préalable la demande d'une chambre seule, mais que celle-ci est facturable. Les patients sont alors invités à exprimer leur souhait par écrit à l'aide du formulaire.

Cette présentation, complétée des documents et entretiens réalisés incluant le système informatique de gestion permettent d'avancer que le centre hospitalier a mis en place un dispositif :

- donnant la possibilité aux patients d'opter ou non pour le régime particulier ;
- incitatif en ce sens que certains patients décrits ci-dessus sont sollicités par un agent de l'établissement qui les informe des modalités de facturation appliquées, assises sur les tarifs arrêtés par le chef d'établissement mais dans les limites de la prise en charge par leur mutuelle (durée et montant journalier), ce qui nuance dans ces situations-là, le respect attendu du libre choix du patient ;
- dérogatoire au principe d'égalité de traitement dans la mesure où le prix réellement facturé varie dans certains cas, en fonction des droits accordés par leur mutuelle alors qu'un tarif est par nature intangible.

Il résulte de ces dispositions que les patients bénéficiant du régime particulier en dehors d'un besoin médical, peuvent relever des catégories suivantes pour la même prestation de chambre particulière :

- les patients payants au « plein » tarif ;
- les patients payants selon les modalités de prise en charge de leur mutuelle ;
- les patients non payants en l'absence de couverture complémentaire.

L'établissement précise que le montant des recettes non facturées aux patients eu égard aux modalités de prise en charge de leurs mutuelles, s'élève à 291 285 € en 2016 et à 448 093 € en 2017. Il estime par ailleurs que le montant total des recettes relevant du régime particulier est généré à hauteur de 80 % par le processus d'adaptation aux droits des mutuelles (soit un montant estimé à 2,5 M€ en 2016). Le solde de 20 % (soit 0,62 M€ en 2016) résulte du paiement volontaire du régime particulier. Aucun document n'a été communiqué en appui de ces estimations.

En réponse aux observations provisoires de la chambre régionale des comptes questionnant la variabilité du prix facturé aux patients, le centre hospitalier précise que : « sur le plan de la facturation, dans tous les cas, le tarif de la chambre seule arrêté par l'établissement est appliqué ; il est donc intangible, c'est son mode de facturation qui varie entre la part mutuelle et la part patient ».

Le précédent ordonnateur répond quant à lui : « si cela n'est pas conforme à la réglementation, c'est au moins une mesure qui favorise l'accès aux soins des personnes à faible revenu sans couverture complémentaire ». La chambre régionale des comptes observe cependant que la part des chambres individuelles dans les secteurs MCO et SSR est supérieure à 80 %, ce qui doit permettre à une large majorité de patients avec ou sans couverture complémentaire, de bénéficier d'une chambre individuelle.

Recommandation n° 7 : mettre en œuvre des modalités de facturation du régime particulier identiques pour tous les patients et respectueuses de leur libre choix.

6.3.3.3 Éléments complémentaires sur l'augmentation du nombre de chambres individuelles

Il est admis que le développement des chambres individuelles vise notamment à satisfaire les attentes des usagers et à renforcer l'attractivité du secteur public dans un contexte concurrentiel, ce que le projet architectural du CHDV a pris en considération. Cependant, la construction de chambres individuelles dont toutes ne correspondent pas à un besoin de santé est certainement un facteur de renchérissement du coût global des constructions.

Il peut aussi être souligné que dans le respect des hypothèses (tarif et taux d'occupation réel) appliquées dans les simulations précédentes, la mise en facturation des chambres individuelles existantes en 2012 à hauteur de 41 % (soit le taux atteint en 2016 majoré de 10 %) détermine un montant de recettes égal à celui atteint en 2016.

7 LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 L'évolution des effectifs médicaux et para médicaux

Les effectifs de l'établissement (personnel médical et non médical) selon les bilans sociaux augmentent de 412,20 ETPR sur la période 2012-2016 soit 12,10 % (cf. tableau n° 1, annexe n° 6).

7.1.1 L'évolution des effectifs para médicaux

7.1.1.1 L'évolution des effectifs para médicaux pour l'ensemble de l'établissement

Des discordances sont relevées entre les données des bilans sociaux (exercices 2012 à 2015) et celles communiquées par la direction des ressources humaines, commentées ci-après et annexées (tableau n° 2).

L'augmentation des effectifs du personnel non médical est importante sur la période de contrôle pour l'établissement dans son ensemble : 341 ETPR au total soit plus de 10 % ou encore 85,25 ETPR en moyenne par an.

L'effectif soignant et éducatif a été renforcé à hauteur de 254,5 ETP soit 74,6 % de l'augmentation totale sur la période d'examen.

Le personnel titulaire et stagiaire représente en 2016, 77,2 % de l'effectif total, le personnel sous contrat à durée indéterminée : 2,3% et le personnel sous contrat à durée déterminée : 20,4 %. Les professionnels recrutés sous contrats soumis à dispositions particulières sont peu nombreux.

7.1.1.2 L'évolution des effectifs para médicaux relevant de l'activité principale

Les effectifs du personnel non médical progressent sur la période de 281,01 ETP soit 10,14 % (cf. tableau n° 3). Les effectifs soignants et éducatifs sont confortés de 188,74 ETP.

La progression des agents titulaires et stagiaires est de 181,66 ETP soit 8,11 %, conséquemment au recrutement de 142,77 ETP de personnels soignants et éducatifs. Les professionnels recrutés sous contrat sont plus nombreux (de 103,17 ETP, soit presque 37 % de l'augmentation totale).

7.1.1.3 L'évolution des effectifs de l'USLD

Concernant l'USLD, l'effectif total est majoré de 10 ETP (cf. tableau n° 4) constitué essentiellement de professionnels soignants et éducatifs.

L'établissement rencontre certainement des difficultés à stabiliser son effectif ; les agents titulaires et stagiaires, soignants et éducatifs sont en 2016 moins nombreux qu'en 2012 (de 14,72 ETP) ; les professionnels sous contrat à durée déterminée sont plus nombreux (26,76 ETP au total).

7.1.1.4 L'évolution des effectifs de l'EHPAD

L'augmentation totale des effectifs est de 39,42 ETP sur la période d'examen (cf. tableau n° 5).

En 2014, la mise en activité de l'EHPAD la Roseraie sur le site de Luçon est contributive à lui seul de 45 ETP environ de personnel soignant. L'EHPAD de la Pierre Saint Martin connaît une augmentation de 10 ETP de l'effectif soignants en CDD. L'effectif personnel et technique est réduit de 7,5 ETP.

7.1.1.5 Trois indicateurs de performance des organisations

Trois tableaux extraits du site Hospidiag tendent à confirmer que l'établissement dispose a priori de marges de manœuvre pour limiter la progression des dépenses de personnel non médical.

Le nombre d'IDE et d'AS par cadre (indicateur RH4, tableau n° 6) est relativement constant sur la période 2012-2016. Le site Hospidiag fait néanmoins état pour la période 2013-2016, d'une augmentation de 2,5 % de l'effectif cadre (soit 1,56 ETP en sus) et de 6 % pour l'effectif IDE et AS (soit presque 94 ETP en sus). Ce ratio présente l'intérêt de mettre en évidence d'une autre façon l'augmentation de l'effectif des soignants.

L'établissement occupe une position intermédiaire comparativement aux données régionales et des établissements de même catégorie. Pour autant, les données des établissements de même typologie d'activité nuancent les précédents constats.

Concernant le nombre d'IAD par anesthésiste (indicateur RH5, tableau n° 7), le centre hospitalier départemental Vendée dispose des ratios continuent les plus élevés au regard des autres établissements de santé, toutes catégories confondues. En réponse aux observations provisoires de la chambre, il précise que ce constat résulte d'un effet arithmétique correspondant à la vacance récurrente d'une dizaine de postes d'anesthésistes.

L'indicateur P4 (tableau n° 8) « coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes » progresse sur la période d'examen. L'établissement occupe une position intermédiaire comparativement aux données régionales et des établissements de même catégorie mais le ratio est significativement supérieur au 8ème décile pour les établissements de même typologie d'activité. L'établissement apparaît ainsi relativement moins efficient.

7.1.2 L'évolution des effectifs médicaux

7.1.2.1 L'évolution de l'effectif du personnel médical

Le tableau n° 9 met en évidence que l'effectif du personnel médical (hors internes et étudiants) de l'établissement connaît une progression dynamique constante sur la période avec au total de 54,57 EPTTR moyens en sus soit 22,16 %.

Le nombre de praticiens hospitaliers temps plein est en augmentation constante sur la période ; l'effectif de 175,22 EPTTR en 2012 est porté à 208,20 EPTTR en 2016 soit une progression de 32,98 EPTTR (18,82 %).

L'augmentation du nombre de praticiens contractuels est importante, à hauteur de 17,92 EPTTR soit 54,29 % ; l'effectif de 33,01 EPTTR en 2012 est porté à 50,93 EPTTR en 2016. Les assistants des hôpitaux sont également plus nombreux.

La répartition des effectifs médicaux par grandes disciplines (dont internes et étudiants) pour l'activité principale est décrite dans le tableau n° 10 porté en annexe. Il apparaît que la médecine bénéficie majoritairement des effectifs nouveaux. En chirurgie, l'effectif a augmenté également mais stagne depuis 2015. En gynéco-obstétrique, les effectifs sont majorés de 6 EPTTR soit 55,96 %. Pourtant, dans le même temps, le nombre d'accouchements diminue significativement.

7.1.2.1.1 Le coût par EPTTR

En 2012, comme l'indique le tableau n° 11, le coût moyen était de 105 557 € contre 110 062 € en 2016 soit une progression de 4 500 € sur la période (4,27 %).

7.1.2.1.2 Le coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes

Le tableau n° 12 extrait du site Hospidiag présente l'augmentation du montant des dépenses de personnel médical comparativement aux recettes cliniques. Comparativement aux établissements de la région et de même catégorie, le ratio du CHDV connaît notamment en 2016 une augmentation marquée. Il est par ailleurs, sur toute la période d'analyse, très proche du 8ème décile des établissements de même typologie.

7.1.2.2 Le recours aux médecins contractuels

7.1.2.2.1 Données budgétaires

Le centre hospitalier mobilise des ressources financières croissantes en raison de l'augmentation des effectifs médicaux (cf. tableaux n° 13). L'incidence budgétaire du recours à des médecins contractuels parmi lesquels ceux dits sans renouvellement de droit, est sensible : 2,7 M€ de dépenses en sus sur la période 2012-2016.

7.1.2.2.2 Quelques observations sur les contrats des praticiens attachés et praticiens attachés associés

La chambre a examiné quelques contrats de médecins recrutés avec le statut de praticien attaché et de praticien attaché associé. Il en ressort des anomalies en matière de reconduction des contrats et d'avancement d'échelon. Par ailleurs, les contrats communiqués font mention de destinataires (le contractant, l'ARS, le trésorier principal) mais nullement du conseil départemental de l'ordre des médecins. Le code de la santé publique (art. R. 4127-84) dispose néanmoins que cette formalité appartient au médecin.

Au regard des constats ci-dessus, la chambre régionale des comptes invite l'établissement à appliquer la réglementation. En réponse à ces observations, M. Richir a mis en avant les difficultés de recrutement de médecins spécialistes, notamment sur le secteur de Luçon, l'établissement étant confronté à la nécessité de continuité du service public qui ne permet pas toujours le respect complet de la réglementation relative à l'échelonnement indiciaire. La chambre régionale des comptes observe cependant que les contrats concernant le site de Luçon sont minoritaires au sein de l'échantillon examiné. Par ailleurs, l'ancien ordonnateur n'établit pas en quoi le respect de la réglementation entacherait la possibilité de maintenir la continuité du service public.

7.1.2.3 Les modalités de recrutement temporaire des personnels médicaux

7.1.2.3.1 L'intérim médical

7.1.2.3.1.1 Le coût du recours au travail intérimaire

Sur la période de contrôle, le centre hospitalier départemental a eu recours à du personnel médical dans le cadre de prestation d'intérim jusqu'en 2015. L'exercice suivant, l'établissement a modifié sa pratique qui consiste désormais en l'utilisation d'une prestation de mise à disposition de professionnels par une société prestataire. Dans cette nouvelle organisation, le centre hospitalier –et non pas la société prestataire- procède à la formalisation d'une relation contractuelle assurant des conditions de rémunérations similaires pour le médecin recruté à celles qu'il aurait perçues via une société d'intérim.

Les données financières (cf. tableau n° 14) illustrent l'évolution de la pratique de l'établissement sur la période 2012-2016. Le montant des dépenses d'intérim oscille entre 1,58 M€ en 2012 et 1,06 M€, point bas atteint en 2014, soit respectivement 5,2 % et 3,09 % des dépenses de personnel médical. Aucune dépense n'est constatée en 2016.

7.1.2.3.1.2 L'absence de marché public en 2012 et 2013 pour les prestations d'intérim

Le centre hospitalier a procédé au cours des exercices 2012 et 2013 à des recrutements de médecins intérimaires sans mise en concurrence et sans contractualisation au terme d'un processus attendu de passation d'un marché public, ce qui est irrégulier.

7.1.2.3.1.3 Le marché public de prestation de service de travail temporaire en 2014

Le marché de « prestation de service de travail temporaire dans le secteur médical et paramédical » a été passé au regard des articles 28 et 30 (procédure adaptée) du code des marchés publics et de l'article 77 du même code concernant les marchés à bons de commande.

La durée du marché a été fixée à une année à compter de sa notification avec la possibilité de le renouveler 1 fois pour une période de 12 mois. Il existe deux lots pour ce marché, l'un pour le personnel médical et l'autre pour le personnel non médical.

7.1.2.3.1.4 Les nouvelles dispositions en matière d'intérim médical

Le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 a défini de nouvelles dispositions concernant le recours à l'intérim médical dans les centres hospitaliers. La DGOS a produit à la suite, une instruction (n° DGOS/RH4/2017/354) le 28 décembre 2017.

Le décret est applicable à compter du 1^{er} janvier 2018. Il fixe un salaire brut maximum pour la rémunération d'un praticien mis à disposition dans un établissement public de santé par une entreprise de travail temporaire pour une journée de vingt-quatre heures de travail effectif et prescrit également aux agences de travail temporaire de renseigner les établissements publics de santé sur les qualifications, l'autorisation d'exercice, l'aptitude, ainsi que le non-cumul d'activité des praticiens qu'elles mettent à disposition ».

La chambre régionale des comptes, constatant en janvier 2018 l'absence de mise en œuvre des nouvelles dispositions, invite l'établissement à s'y conformer. En réponse aux observations provisoires, l'actuel chef d'établissement précise qu'un nouveau marché (d'intérim) respectant le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 est en cours d'écriture avec une mise en œuvre en novembre 2018. Ce marché permettra de respecter les dispositions du code de la santé publique en matière de rémunération des praticiens contractuels.

7.1.2.3.2 Une démarche alternative à l'intérim - des rémunérations irrégulières

7.1.2.3.2.1 Le marché de prestation pour mise en relation en 2016

L'établissement a engagé une démarche pour passation d'un marché s'intitulant « service de mise en relation pour la réalisation de missions de travail temporaire médical ». Quatre sociétés ont été sélectionnées et classées.

Le rôle du centre hospitalier est précisé : « L'établissement destinataire de la prestation de mise en relation établit un contrat de travail pour chaque médecin sélectionné où il sera précisé les horaires, le nom et adresse du service, la mission attendue, la rémunération ainsi que les pièces administratives fournies par le titulaire du marché [...]. Il devient donc l'employeur du médecin, [...]. »

La direction des affaires médicales a communiqué les montants attribués à chaque société attributaire du marché dans le cadre du groupement de commande. Pour 2016, le montant est de 8 600 € TTC pour deux mois, ce qui détermine par extrapolation, un montant supérieur à 50 000 € TTC en année pleine.

L'équipe de contrôle a sélectionné 16 contrats au total sur les exercices 2016 et 2017. Le montant des honoraires de la prestation résulte de l'application d'un pourcentage sur le montant constitué par le produit du nombre de jours d'intervention du médecin par le salaire net versé. Le taux des honoraires appliqué pour une mise en relation varie selon la discipline et la mission du professionnel recherché entre 6,5 % et 9 %.

Par ailleurs, il doit être relevé que le contrat de prestation prévoit : « en cas d'embauche en CDI à l'issue de ce premier contrat de CDD, l'établissement client recevra une facturation complémentaire de 18 000 € HT. » L'établissement a précisé ne pas avoir versé une telle contribution qui paraît assurément excessive. Pour autant, l'établissement n'a pas rejeté cette disposition contractuelle.

7.1.2.3.2.2 Les dispositions contractuelles définies et appliquées aux médecins recrutés

L'établissement ne respecte pas la réglementation définissant la rémunération du personnel contractuel temporaire (art. R. 6152-416 du CSP).

Au cas d'espèce, les contrats transmis font état de salaires nets par jour différenciés selon la spécialité du médecin. Un médecin urgentiste peut percevoir 600 € net pour 12 heures d'intervention, un anesthésiste 650 € net. Le logement, les repas et les frais de déplacement sont remboursés sur justificatifs par le centre hospitalier. Les médecins remplaçants bénéficient de l'assurance responsabilité civile professionnelle de l'établissement pour la durée de la mission.

En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier précise qu'il n'a pas reconduit le marché de mise en relation.

Recommandation n° 8 : Respecter les dispositions du code de la santé publique en matière de rémunération des praticiens contractuels (article R. 6152-416 du code de la santé publique).

7.2 Le temps de travail du personnel non médical

7.2.1 La durée du travail

7.2.1.1 Les protocoles propres au centre hospitalier

Sur la période de contrôle, le centre hospitalier a appliqué un guide intitulé « modalités d'application au CH D multisite du protocole national sur l'aménagement et la réduction du temps de travail » ayant « pour objet de définir la politique du temps de travail à compter du 1^{er} janvier 2008 pour l'ensemble des personnels non médicaux » et se substituant au protocole du 25 février 2003. Le document actualisé en date du 13 décembre 2016 à effet du 1^{er} janvier 2017 n'est pas signé par les organisations syndicales.

7.2.1.2 Éléments d'analyse des protocoles appliqués sur la période 2012-2017

Jusqu'au 1^{er} janvier 2017, deux jours de repos compensateurs étaient accordés pour les agents qui travaillent au moins 10 dimanches et jours fériés dans l'année, disposition non conforme à la réglementation (article 9 du décret n° 2002-9) Le coût annuel de cette disposition estimé par l'établissement s'élevait à 280 000 €.

Le protocole en vigueur dispose toujours à son article 3.4 « jours fériés » que « pour les personnels en repos fixe travaillant les dimanches de Pâques et de Pentecôte, une compensation d'une durée égale au temps effectivement travaillé est accordée. » Or, cette disposition déroge à la réglementation. En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier précise qu'aucun personnel en repos fixe ne travaille les dimanches de Pâques et de Pentecôte et que cette disposition sera supprimée du protocole en vigueur.

Le tableau récapitulatif le décompte des jours de congés et des heures mentionné à l'article 5.2 « durées annuelles du temps de travail de base » du protocole d'accord est reproduit ci-après.

	Repos fixe	Variable 1	Variable 2	Nuit	Forfait jour
	365	365	365	365	365
RH	104	104	104	104	104
CA	25	25	25	25	25
JF	9	11	11	9	9
CH	2	2	2	2	2
RC	0	0	2	0	0
CF	1	1	1	1	1
	224	222	220	224	224
RTT	14	14	14	0	19
	210	208	206	224	205
7,5	1575	1560	1545	1456	205

Source: accord ARTT CHD Vendée 2017

Il utilise les acronymes suivants : RH : repos hebdomadaires, CA : congés annuels, JF, jours fériés, CH : congés hors saison, CF : congé de fractionnement.

Le tableau appelle les commentaires suivants :

- il pourrait utilement comporter les indications suivantes : temps d'absence, temps de travail et préciser que l'intitulé « variable 1 » correspond au nombre de repos variables pour au moins 10 dimanches et jours fériés travaillés et « variable 2 » au nombre de repos supérieur ou égal à 20 ;
- sa conception est un peu contradictoire avec l'intitulé de l'article 5.2 puisqu'il donne la primauté aux jours d'absence de toute nature plutôt qu'à la détermination d'un nombre de jours à travailler ;
- il présente comme acquis, les jours dits « de congés hors saison » soit 1 à 2 jours et celui dit « de fractionnement » puisqu'ils sont intégrés dans le décompte des jours d'absence. Pourtant, le point 3.2 du protocole décrit bien qu'il s'agit de droits soumis à conditions. En l'état, le nombre de jours de travail total supposé, soit 224 (selon la situation des agents) est mécaniquement réduit. Habituellement, ces jours d'absence ne sont pas intégrés dans la détermination du temps de travail effectif. En réponse aux observations, il est précisé que leur octroi n'est pas systématique et respecte les conditions réglementaires ;
- le nombre de journées travaillées ne fait pas état de la journée de solidarité instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 ayant généré 7 heures de travail supplémentaires et portant ainsi la durée légale du travail à 1 607 heures. L'établissement précise avoir contracté à même hauteur le nombre de jours ARTT.
- la ligne du tableau définie par le retrait du nombre de jours RTT détermine in fine le nombre de jours de présence mais aucunement le temps de travail théorique puisque les jours RTT sont acquis par le temps de travail effectué au-delà de l'obligation légale hebdomadaire de 35 h ;
- au regard de ces données, il apparaît que pour un agent à repos fixe, le nombre théorique de jours de travail de 7h est de 228 (soit 365-104-25-9+1) soit un temps de travail annuel de 1 596 heures, jours hors saison et de fractionnement non compris ;
- le temps de travail annuel théorique dès lors que l'agent bénéficie d'un congé « hors saison » et du congé de fractionnement, devrait être de 1 561 heures pour les agents en horaire « variable 1 », de 1 547 heures pour les agents en horaire « variable 2 » et de 1 456,5 heures pour les agents travaillant de nuit.

La chambre régionale des comptes invite l'établissement à modifier son protocole ARTT de façon à retirer la mention accordant au personnel en repos fixe travaillant les dimanches de Pâques et de Pentecôte, une compensation d'une durée égale au temps effectivement travaillé et à modifier le tableau sur la durée annuelle du temps de travail dans le sens des observations formulées.

7.2.2 L'indemnisation des astreintes

Les guides GTT disposent (art. 4.8) : « les modalités générales de recours à la compensation ou à l'indemnisation [...] sont fixées par le Directeur après avis du CTE ». L'indemnisation horaire pratiquée correspond au tiers de la somme prévue par le décret n° 2003-507 du 11 juin 2003. Pourtant, son article 1^{er} prévoit une indemnisation au quart et au tiers à titre exceptionnel ; recourir au taux plafond doit être pleinement motivé.

La chambre régionale des comptes invite l'établissement à se conformer à la réglementation.

7.2.3 Les heures supplémentaires

Comme indiqué précédemment, l'établissement a augmenté significativement son effectif, encore renforcé par un volume d'heures supplémentaires important (cf. tableau n° 15).

Sur la base de la durée légale de travail de 1 607 heures, le volume total d'heures supplémentaires indemnisées ou non représente en 2013, 23,25 ETP et en 2016, environ 15 ETP. Le nombre d'heures supplémentaires rémunérées annuellement pour le personnel non médical est en moyenne de 18 635 dont 13 775 pour le personnel de soins, ce qui représente une valorisation moyenne de 0,5 M€ dont 0,4 M€ pour le personnel de soins. Un volume d'heures supplémentaires non récupérées et non indemnisées demeure au terme de chaque exercice.

La chambre régionale des comptes invite l'établissement à formaliser le processus de demande et validation par l'encadrement des heures supplémentaires dont le nombre est limité par la réglementation (article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002), ce à quoi le directeur actuel s'est engagé en réponse aux observations provisoires. Cette action participe des mesures d'économies de l'EPRD 2018 et fera l'objet d'une formalisation en fin d'année 2018 ou début 2019.

7.2.4 Un contentieux en cours – la gestion du temps de travail des IADE

Le centre hospitalier a mis en place par le passé une organisation du travail (permanence) en 24h pour des IADE affectés aux SMUR de Montaigu et Luçon. Il a aussi opté pour une rémunération forfaitaire de ces astreintes depuis le 11 février 2014, dispositif non prévu par la réglementation mais qui serait selon lui plus avantageux pour les agents concernés.

Suite à la décision de remplacer les IADE par les IDE, 39 contentieux -à l'argumentation similaire- ont été déposés auprès du tribunal administratif de Nantes. Le dossier de plein contentieux examiné, a été déposé en février 2016. Il fait suite à la décision explicite de rejet d'une demande préalable indemnitaire formée par un IADE en raison d'heures effectuées et non payées au titre des heures supplémentaires.

Ces contentieux ont donné lieu à la constitution d'une provision de 0,7 M€.

7.3 L'absentéisme paramédical et médical

Dans son précédent rapport, la chambre régionale des comptes avait formulé la recommandation (n° 5) suivante : « Évaluer l'impact financier des mesures de lutte contre l'absentéisme (rationalisation des remplacements et facilitation du recours au temps partiel). »

L'établissement a déployé des actions en faveur de la réduction de l'absentéisme à défaut d'un plan formalisé, ce qui aurait été pourtant cohérent au regard de son augmentation. Il n'a pas produit d'évaluation de l'impact financier des mesures de lutte contre l'absentéisme.

Selon les données de l'établissement (tableau n° 16), l'absentéisme a augmenté significativement sur la période 2012-2016 :

- le taux d'absentéisme du personnel non médical soit 7,40 % en 2012, atteint 8,20 % en 2016. Le nombre de jours d'absence par agent est majoré de 27,8 % et atteint presque 30 jours en 2016 ;
- le taux d'absentéisme du personnel médical s'élevait à 3,19 % en 2012 et atteint 5,23 % en 2016. Le nombre de jours d'absence par agent a doublé (19 jours en 2016).

Sur la base du coût annuel (brut chargé) moyen d'un ETP rémunéré pour le personnel non médical de 44 016 € en 2016, les jours d'absence sont valorisés à hauteur de 12,6 M€. Pour le personnel médical, avec un coût annuel brut chargé de 110 062 €, les jours d'absence sont estimés à 1,7 M€. Au total, selon la méthodologie appliquée, le coût de l'absentéisme pour l'ensemble du personnel serait d'environ 14,3 M€.

En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier fait état d'une réduction de l'absentéisme en 2017 comparativement à l'exercice précédent.

Recommandation n° 9 : Poursuivre les actions engagées afin de réduire l'absentéisme non médical et médical, par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action formalisé.

7.4 Quelques observations sur les rémunérations accessoires du personnel

La chambre a procédé au contrôle des modalités de mise en œuvre de la prime de service pour le personnel non médical. Elles n'appellent pas d'observations particulières.

7.4.1 La prime « multi-sites » versée au personnel médical

Une prime dite « multi-sites » correspondant à l'indemnité pour activité exercée dans plusieurs établissements, prévue à l'article D. 6152-23-1 du CSP est versée sur la période 2012-2017 à des médecins.

La gestion de cette prime au CHDV déroge au cadre réglementaire sur la période 2012-2017, à l'initiative de la CME qui a délibéré sur des modalités d'application et d'attribution alternatives lors de sa séance du 11 mars 2008. Le directeur en exercice a alors exprimé son désaccord mais le processus dérogatoire a néanmoins été mis en place et ses successeurs n'ont pas remédié à la situation.

En 2016, le centre hospitalier dispose d'un financement à hauteur de 119 499 € (soit environ 81 000 € brut), « permettant de financer 24 primes sur l'ensemble de l'année 2016 » selon la notification de l'ARS. Pourtant, 156 médecins ont perçu cette prime selon le tableau fourni par le centre hospitalier qui répartit l'enveloppe allouée par l'ARS selon des critères qui lui sont propres, ie le nombre de déplacements entre sites (soit un volume total de 3 938 déplacements) et un forfait par déplacement (de 30,35 € brut chargé soit 20,65 € brut).

Par suite, le montant annuel brut moyen versé s'élève à 521,28 € alors que le montant mensuel fixé par la réglementation est de 418,35 € brut mensuel. Il apparaît ainsi, au titre de l'exercice 2016, qu'environ 66 000 € brut ont au total été versés indûment à des praticiens soit 81 % du montant total. Le tableau et la liste de bénéficiaires fournis par l'établissement ne sont pas toutefois pleinement cohérents. En réponse aux observations provisoires, M. Couturier précise que les modalités réglementaires d'application de la prime multi site étaient assez inadaptées à un exercice partagé entre plusieurs sites d'une même entité juridique. Il ajoute que les sommes en jeu au regard d'une territorialisation des compétences médicales spécialisées dans un contexte de pénurie médicale n'apparaissent pas excessives.

La chambre régionale des comptes invite l'établissement au cas général, à respecter la réglementation.

Depuis le décret n° 2017-327 du 14 mars 2017, la prime d'exercice territorial remplace la prime multi-site. Son impact financier s'élève à 715 000 € selon l'établissement, soit une dépense nouvelle et importante à financer. Il précise dans le cadre de la procédure contradictoire que la prime d'exercice territorial est mise en œuvre depuis le mois de novembre 2017.

7.4.2 L'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins (personnel médical)

Lors de son précédent contrôle, la chambre régionale des comptes avait formulé la recommandation n° 9 suivante : « Vérifier le renseignement exhaustif et dans les délais des tableaux de services prévisionnels ou réalisés et s'assurer de leur validation par les chefs de service ; diligenter les contrôles afin de vérifier le service fait ; faire apparaître les plages réservées à l'activité libérale dans les tableaux de service. »

La direction a présenté plusieurs actions dans le sens de la recommandation mais sans réelle portée. L'arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique n'est pas appliqué en la matière. Par suite, le comptable public est réquisitionné à sa demande depuis janvier 2017 concernant le paiement des gardes et astreintes des praticiens hospitaliers.

Par ailleurs, les investigations complémentaires réalisées en référence à l'instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 concluent également dans le sens de la non mise en œuvre pour tout ou partie des services, des nouvelles dispositions introduites par l'arrêté du 8

novembre 2013 en matière de recours au temps de travail additionnel et de fonctionnement des astreintes (temps d'intervention sur place et temps de trajet, règles de conversion et modalités d'indemnisation, déplacements exceptionnels, repos quotidien et forfaitisation, règlement intérieur).

Dans le prolongement des observations précédente, la chambre relève que l'instruction recommande -afin d'adapter la déclinaison opérationnelle des dispositions relatives aux astreintes- d'élaborer un règlement intérieur définissant les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif. En réponse à ces observations provisoires, le centre hospitalier précise que le règlement intérieur pour la mise en œuvre de l'arrêté est rédigé et présenté à la commission de la permanence des soins. Il est en attente de validation.

Recommandation n° 10 : Mettre en œuvre les dispositions réglementaires (arrêté du 30 avril 2003 modifié) relatives aux astreintes.

7.4.3 L'indemnité compensatrice de logement

Certains fonctionnaires peuvent bénéficier d'un logement par nécessité absolue de service. À défaut de pouvoir octroyer un logement, l'agent peut percevoir une « indemnité compensatrice mensuelle de logement ». La chambre considère que le centre hospitalier s'écarte à plusieurs endroits de la réglementation.

En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier confirme que l'indemnité compensatrice de logement a été fixée au regard des lieux de résidence des bénéficiaires, la réglementation ne mentionnant pas si l'indemnité doit être valorisée au titre de la résidence personnelle ou administrative. La chambre relève cependant que l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 prévoit qu'un « décret fixe la liste des catégories de fonctionnaires astreints, du fait de leurs fonctions, à résider dans ou à proximité de l'établissement », lequel (décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010) fait état d'une « concession de logement par nécessité absolue de service », attribuée « en contrepartie de la participation de ces personnels aux gardes de direction (...) ». Les fonctionnaires concernés sont logés « par priorité dans le patrimoine de l'établissement ». À défaut d'un patrimoine suffisant, ils peuvent bénéficier d'une « indemnité compensatrice mensuelle » (...) « sous réserve que la localisation du logement occupé soit compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques. » Dès lors, même si – comme le souligne le chef d'établissement en réponse aux observations provisoires - la notion de proximité n'est pas définie et relève de ses compétences, la chambre estime, sous réserve de l'appréciation du juge administratif, que d'une part certains lieux de résidence (tels qu'indiqués sur les bulletins de paye) paraissent, sur la période examinée, trop éloignés du site de La Roche-sur-Yon (ex. : Nantes, à 80 Km) et, d'autre part, que le montant de l'indemnité doit être déterminé en référence à la résidence administrative.

Le chef d'établissement souligne par ailleurs que la création d'une direction commune ouvre la possibilité aux professionnels concernés de réaliser des gardes dans d'autres entités juridiques que le centre hospitalier départemental Vendée. La chambre relève que l'effectivité

d'une telle organisation n'est pas établie au cas d'espèce et qu'il apparaît alors d'autant plus nécessaire, dans le prolongement du raisonnement ci-dessus, que la résidence administrative soit définie.

Alors que les agents contractuels ne peuvent bénéficier de l'indemnité compensatrice de logement servie aux fonctionnaires, la chambre a constaté que le centre hospitalier a eu recours pour un professionnel, de façon dévoyée, au dispositif général d'indemnisation des astreintes du personnel non médical en 2014 et 2015. En réponse aux observations provisoires, l'établissement avance qu'une régularisation l'a conduit à verser une rémunération globale et une « indemnité équivalente à l'indemnité compensatrice de logement » d'un montant de 1 142 € brut. Il apparaît ainsi que le directeur de l'établissement a créé et versé une indemnité propre ce qui, au cas général, ne peut être encouragé, et ce alors même que le nouveau contrat de l'intéressé -à effet du 1^{er} janvier 2016- comprenait une rémunération globale conformément à l'instruction DGOS du 2 avril 2015 et au décret n° 2015-1434 du 5 novembre 2015.

Par ailleurs, en réponse aux observations provisoires, l'établissement confirme l'application désormais de l'article 15 du décret n° 2010-30.

8 L'ACTIVITE LIBERALE

Le précédent rapport de la chambre régionale des comptes concluait ainsi : « l'activité libérale continue de s'exercer en contravention avec les règles applicables ».

La recommandation (n° 10) consistait en : « Contrôler l'équilibre des actes publics et privés à un niveau fin, afin de vérifier qu'une activité de même nature reste majoritaire dans le secteur public, les délais de rendez-vous dans les deux secteurs public et privé et les conditions du recours aux pharmacies de service dans le cadre de l'activité libérale ». Cette recommandation est partiellement mise en œuvre. En particulier, la vérification des délais de rendez-vous n'est pas effective.

Sur la période de contrôle, il apparaît que le nombre de praticiens à temps plein exerçant une activité libérale est en augmentation constante et représente 22 % de l'effectif en 2016 (cf. tableau n° 1, annexe n° 7). Par ailleurs, quatre médecins exercent en secteur 2.

8.1 La composition de la commission d'activité libérale

Le Dr X... a été nommé président suppléant à partir du mois de mars 2013 ; cette fonction n'est pas prévue par la réglementation.

Le représentant des usagers n'a été désigné qu'à compter du 30 mai 2016.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins n'a pas été représenté sur la période 2012-2016. En 2017, le nouvel arrêté de l'ARS fixant la composition de la CAL fait état d'un représentant, le Dr X... Cependant, sa désignation semble en contradiction avec l'article R. 6154-12 du CSP qui exclut les médecins exerçant dans l'établissement. En réponse aux

observations provisoires, l'établissement précise qu'un nouvel arrêté en date du 4 avril 2018 et conforme à la réglementation est désormais en vigueur.

Les procès-verbaux de la CAL sur la période 2012-2016 mettent en évidence que le directeur de l'établissement, le président de la CME et le responsable du bureau des admissions, sont appelés à participer au fonctionnement de l'instance. Sans méconnaître l'intérêt de la présence de ces professionnels, elle n'est pas conforme à l'arrêté de l'ARS. Le décret n° 2017-523 prévoit désormais (art. 7) la participation du chef d'établissement.

La composition de l'instance doit respecter à l'avenir les dispositions du CSP.

8.2 Le fonctionnement de la commission d'activité libérale

8.2.1 La participation des membres aux réunions de la CAL

Sur la période d'investigation, la présence des membres de la commission a été vérifiée. Il en ressort notamment que le président du conseil d'administration devenu conseil de surveillance, n'a assisté à aucune réunion de la CAL. Aussi, sa nomination au sein de cette commission technique pourrait être revue dans le sens d'un meilleur fonctionnement ; le conseil de surveillance devrait alors désigner un nouveau membre.

8.2.2 L'absence de règlement intérieur

La chambre régionale des comptes invite le centre hospitalier à rédiger un règlement spécifique au fonctionnement de la commission d'activité libérale (bien que la réglementation ne l'impose pas) et à compléter le règlement intérieur de l'établissement, muet à ce jour sur l'organisation de l'activité libérale. Considérant la perspective de création d'une charte de l'activité libérale, prévue par le décret n° 2017-523 (article 2), l'établissement devra aussi mettre en cohérence l'ensemble des documents ayant trait à l'activité libérale. En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier informe qu'une charte est en cours de rédaction dans l'attente de la charte type.

8.2.3 Le fonctionnement effectif de la commission

La chambre relève les constats suivants :

- la commission identifie des dépassements d'activité de la part de certains praticiens, situation qui se reproduit au fil des ans mais pour des praticiens différents ;
- aucun signalement n'a été réalisé auprès de l'ARS (article L. 6154-6 du CSP) ;
- les procès-verbaux de l'instance pourraient utilement mentionner les suites données aux situations problématiques identifiées ;
- la commission d'activité libérale n'a pas établi le rapport annuel portant sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein d'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées, prévu par l'article R. 6154-11 du CSP. Il doit être transmis à la CME au conseil de surveillance, à la commission des usagers, au directeur de l'établissement ainsi qu'au directeur général de l'ARS.

8.3 L'analyse des contrats d'activité libérale des praticiens

L'établissement disposait des polices d'assurance de quatre praticiens alors qu'ils sont cinquante à exercer une activité libérale. Les dispositions réglementaires (article R. 6154-4 du CSP et article 6 des contrats) ne sont pas respectées. Un contrôle plus rigoureux des polices d'assurance doit être mis en place. La commission d'activité libérale peut se saisir de la problématique au regard de l'article L. 6154-5 du CSP. En réponse aux observations provisoires, le centre hospitalier précise avoir demandé les attestations de police d'assurance aux praticiens en juillet 2018 afin de se mettre en conformité. Il ajoute que l'article 6 du contrat précise désormais que l'attestation doit être communiquée annuellement. Un contrôle systématique des attestations de police d'assurance a été mis en place avant le début de toute activité libérale.

L'établissement méconnaissait l'obligation de transmission du contrat au conseil départemental de l'ordre des médecins (art. L. 4113-9 du CSP). Toutefois, l'article 11 du contrat précise qu'il en incombe au médecin. La CAL peut se saisir également de ce sujet.

Recommandation n° 11 : Renforcer le suivi et l'organisation de l'activité libérale dans le respect des dispositions (articles L. 6154-5, L. 4113-9, R. 6154-4 et R. 6154-11) du code de la santé publique, modifiées par le décret n° 2017-523 du 11 avril 2017.

8.4 Observations complémentaires sur les relations avec les usagers

Les règles d'affichage au sein des salles de consultations sont respectées à l'exception du secteur « imagerie » où les documents affichés datent de 2014. En réponse à ces observations provisoires, le centre hospitalier soutient que l'affichage avait été mis à jour.

Concernant les délais de prise de rendez-vous pour une consultation, dans la limite des investigations conduites, des écarts entre les secteurs public et privé ont été constatés à hauteur de six mois en oto-rhino-laryngologie (Dr Y...) et de dix mois en ophtalmologie (Dr Z...). Pour obtenir une consultation dans le secteur public en ophtalmologie avec ce praticien, un délai d'un an est nécessaire. En réponse à ces observations provisoires, le centre hospitalier informe de la mise en place à partir de 2018 d'un contrôle auprès des secrétariats une fois par an, afin de vérifier les délais de prise de rendez-vous entre secteur privé et public.

Par ailleurs, les informations à destination du public ne sont pas mentionnées sur le site internet de l'établissement, en contradiction avec l'article L. 1111-3-2 du CSP. Le centre hospitalier indique en réponse à cette observation provisoire, avoir remédié à la situation.

La chambre régionale des comptes invite l'établissement à respecter pleinement les dispositions de l'article L. 1111-3-2 du CSP.

9 L'ENQUÊTE « LES PERSONNELS INFIRMIERS A L'HÔPITAL »

L'enquête « les personnels infirmiers à l'hôpital », organisée dans le cadre d'une formation commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes est portée en annexe (n° 8). Pour l'essentiel, les informations mentionnées ont été communiquées en l'état par les services du centre hospitalier. Il en ressort les traits saillants suivants.

Les infirmières symbolisent le dévouement hospitalier. Cette image regroupe en réalité des personnels infirmiers et autant de métiers qui évoluent progressivement grâce à l'universitarisation des formations et au transfert de tâches.

À ce jour, l'évolution des métiers infirmiers paraît inaboutie. L'universitarisation de la formation des IDE est peu développée en Vendée et le statut « étudiant infirmier » n'est pas encore l'égal des autres statuts étudiants. Au surplus, l'universitarisation de la formation correspond imparfaitement à un métier manuel et au besoin de professionnels immédiatement « opérationnels ».

Par ailleurs, bien que les transferts de tâches constituent un enjeu, ils n'apparaissent ni développés ni encouragés au cas général (processus de validation difficile par les autorités, absence de valorisation financière des transferts le cas échéant et nécessité de protocoles de travail en commun avec le corps médical requérant de sa part un changement de culture professionnelle). La situation des infirmiers spécialisés apparaît différente, parfois, au regard de leur technicité croissante et de transferts de tâches correspondant à la réalisation d'actes exclusifs.

Ces deux facteurs d'évolution et de valorisation des métiers infirmiers constituent des enjeux dans le contexte notamment de la démographie médicale défavorable et du risque de perte de sens induit par les contraintes budgétaires.

ANNEXES

Annexe n° 1. La gouvernance.....	87
Annexe n° 2. L'activité du centre hospitalier	92
Annexe n° 3. La fiabilité des comptes	100
Annexe n° 4. La situation financière.....	104
Annexe n° 5. La chaîne de facturation.....	126
Annexe n° 6. La gestion des ressources humaines.....	131
Annexe n° 7. L'activité libérale.....	141
Annexe n° 8. L'enquête « les personnels infirmiers à l'hôpital ».....	142
Annexe n° 9. Glossaire	213

Annexe n° 1. La gouvernance

Tableau n° 1 : compte de résultat du CHD – GCS Procréalys

<i>COMPTE DE RESULTAT du CHD - GCS PROCREALIS</i>	2015	2016	2017
CHARGES			
	Charges directes	Charges directes	Charges directes
<i>Charges de personnel</i>	241 460	206 357	119 436
<i>Personnel médical</i>	122 804	94 591	0
<i>Personnel non médical</i>	118 656	111 766	119 436
<i>Charges à caractère médical</i>	0	0	0
<i>Charges à caractère hôtelier et général</i>	0	0	0
<i>Charges d'amort., de provisions, financières et except.</i>	0	0	0
<i>Contributions des membres au GCS (appel de fond)</i>	509 119	544 823	324 480
TOTAL DES CHARGES	750 579	751 180	443 916
PRODUITS			
<i>MIGAC</i>			
<i>Recettes activités</i>	264 034	274 895	365 130
<i>Mise à disposition des moyens</i>	241 460	206 357	119 436
TOTAL DES PRODUITS	505 494	481 252	484 566
RESULTAT	-245 085	-269 928	40 650
<i>Contribution aux frais du GCS = montant total des dépenses prévisionnelles * % de répartition du CA du membre sur CA du centre AMP</i>			

Source : CRC, selon tableaux CHDV

Tableau n° 2 : détail par thématique des échéances réglementaires pour le GHT 85

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Thématiques et échéances réglementaires	État d'avancement
<p>Convention constitutive à transmettre au DGARS pour le 1^{er} juillet 2016</p> <p>Constitution du GHT au plus tard le 1^{er} septembre 2016 (loi n°2016-41)</p>	<p>Convention signée en date du 30 juin 2016 à l'exception du CHS G. Mazurelle</p>
<p>Le projet médical partagé prévu à l'article R. 6132-3 du code de la santé publique, comprend à compter de la date de publication du décret n°2016-524, les objectifs mentionnés au 1° du I de cet article R. 6132-3 (ie les objectifs médicaux)</p>	<p>Orientations stratégiques définies dans la convention signée en date du 30 juin 2016</p>
<p>Le projet médical partagé prévu à l'article R. 6132-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du décret précité (art 5), comprend à compter du 1^{er} janvier 2017, les objectifs et l'organisation par filière mentionnés respectivement au 1° et au 3° du I de cet article</p>	<p>Avenant n°1 signé le 13 juin 2017</p>
<p>Le projet médical partagé prévu à l'article R. 6132-3 du code de la santé publique, comprend : à compter du 1^{er} juillet 2017, tous les éléments mentionnés à cet article.</p>	<p>Validé par l'ARS</p>
<p>Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction. (R6132-5), à compter du 1^{er} juillet 2017 (décret précité)</p>	<p>Réalisé mais assez sommaire</p>
<p>Cette association avec le CHU est traduite dans le projet médical partagé du GHT ainsi que dans une convention d'association conclue entre l'établissement support du GHT et le CHU (loin°2016-41)</p>	<p>Convention signée le 27/10/2016</p>
<p>Le plan d'actions des achats mentionné au II de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, est élaboré au plus tard le 1^{er} janvier 2017 (cf. article 5 décret 2016-524). Le décret n°2017-701 du 2 mai 2017 a par la suite modifié le I du R6132-16 définissant le rôle de l'établissement support.</p>	<p>Le plan d'actions des achats n'est pas défini au 1^{er} janvier 2017</p>
<p>I.- Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients</p> <p>Échéance au plus le tard le 1^{er} janvier 2021 (cf. R6132-15)</p>	
<p>II.- Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique.</p> <p>Échéance le 1^{er} janvier 2018 (cf. R6132-15)</p>	<p>Un schéma directeur du système d'information est élaboré mais il présente certaines limites.</p>
<p>Les établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L. 6132-4. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement. (cf. décret n°2016-524 ; applicable à compter du 1^{er} janvier 2020)</p>	<p>Non traité dans le cadre du rapport</p>
<p>Pour les établissements supports de groupements hospitaliers de territoire, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II et III de l'article L.</p>	<p>Compte annexe G inscrit à l'EPRD 2017 mais il ne porte que sur un mi-temps de secrétariat et des</p>

<i>Thématiques et échéances réglementaires</i>	<i>État d'avancement</i>
<i>6132-3 gérées par cet établissement : Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté du ministre chargé de la santé (R.6145-12 ; à compter du 1^{er} janvier 2017)</i>	quotités de temps relatives à des professionnels en charge de la fiabilisation/certification des comptes au sein du GHT (hors CHS Mazurelle)

Source : CRC

Tableau n° 3 : évolution de la démarche de convergence des systèmes d'information

Thématiques et points de comparaison	Organisation validée par le comité stratégique le 6 juin 2017	Organisation validée par le comité stratégique le 20 décembre 2017
<p>Un dossier patient informatisé (DPI) unique</p>	<p>* La mutualisation et la capitalisation autour de pratiques avancées communes autour du DPI M CrossWay sur une infrastructure commune optimisée, sauf exception</p> <p>* La convergence de l'ensemble des établissements de santé sur le DPI Maincare multi établissements juridiques, à l'exception du CHS Mazurelle</p> <p>* Un calendrier de convergence est défini pour chaque établissement</p> <p>* Finalisation courant 2017 de la mise en place de la plateforme d'urbanisation ideolink et mise à disposition des services métier.</p>	<p>* Identification de principes fondateurs de la convergence des systèmes d'information dont la mise en œuvre du DPI M-CrossWay multi-EJ sur l'ensemble des établissements à l'exception du CHS Mazurelle</p> <p>Rmq : absence de référence à un DPI unique</p> <p>*Définition d'une cartographie applicative du Système d'information cible du GHT Vendée à la fin du schéma directeur</p> <p>*Un planning pour un SI (système d'information) de GHT conforme à la réglementation au 1^{er} janvier 2021 mais à affiner et à valider par les établissements en fonction de leur capacité financière, 1^{er} semestre 2018</p> <p>* approfondir le schéma directeur sur le domaine médico-social pour les EHPAD autonomes,</p> <p>* 2018 : mettre en œuvre la plateforme d'échange et de partage</p>
<p>Les solutions de gestion administrative</p>	<p>Principe de convergence posé pour :</p> <p>* la gestion administrative des malades, la gestion économique et financière, les ressources humaines et la gestion du temps de travail</p> <p>* les solutions achats</p> <p>* la gestion du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information)</p> <p>* les solutions « médicotéchniques, logistiques »</p> <p>Les solutions administratives cibles sont déterminées et un calendrier de convergence est défini par établissement</p>	<p>*Identification de principes fondateurs de la convergence des systèmes d'information vers des solutions identifiées.</p> <p>*Définition d'une cartographie applicative du Système d'information cible du GHT Vendée à la fin du schéma directeur</p> <p>*Un planning pour un SI de GHT conforme à la réglementation au 1^{er} janvier 2021 mais à affiner et à valider par les établissements en fonction de leur capacité financière</p>

		*Accompagner le SI-Achats par la mise en œuvre d'une solution de gestion des marchés unique
La mise en place d'une structure de convergence	Création d'une commission stratégique du système d'information (CSSI), d'un comité de pilotage SDSI (schéma directeur des systèmes d'information) ; La CSSI pilote la convergence du SI Une DSI commune est cours de constitution (le DSI du GHT est nommé depuis décembre 2016) Un responsable sécurité du système d'information doit être désigné pour le GHT	*Etudier en 2018, la faisabilité de mise en œuvre d'une direction des systèmes d'information (DSI) commune pour le GHT * Nommer un responsable de la sécurité du système d'information et de la protection des données du GHT avant mai 2018.
Appel à projet DGOS (direction générale de l'offre de soins du ministère en charge de la santé)	Utilisation de l'appel à projet numérique de la DGOS avec présentation d'un projet ambitieux conduisant à la mise en place d'un dossier patient informatisé unique.	1 ^{er} semestre 2018, approfondir le schéma directeur sur le domaine médico-social pour les EHPAD autonomes et définir le modèle économique par établissement au vu de leurs difficultés financières (Utilisation de l'appel à projet DGOS thématique 13 sur l'approfondissement du SDSI)

Source : CRC, selon documents CHDV et entretiens

[...]

Annexe n° 2. L'activité du centre hospitalier

Tableau n° 1 : évolution capacitaire du centre hospitalier

Centre hospitalier Départemental Vendée -capacité en lits et en places																
	Au 1er Janvier 2012		Au 1er Janvier 2013		Au 1er Mai 2014		Au 1er Janvier 2015		Au 1er Février 2016		Au 1er Janvier 2017		Au 1er Février 2018		Au 1er Janvier 2019	
	Lits	places	Lits	places	Lits	places	Lits	places	Lits	places	Lits	places	Lits	places	Lits	places
<i>Médecine</i>	468	38	466	38	481	48	494	48	520	54	520	54	530	77	550	77
<i>Chirurgie</i>	158	15	142	33	140	33	140	33	143	33	143	33	153	33	153	33
<i>Gynéco-Obst.</i>	71	7	71	7	71	9	71	9	64	10	64	10	58	10	58	10
TOTAL MCO	697	60	679	78	692	90	705	90	727	97	727	97	741	120	761	120
<i>Total SSR</i>	206	6	206	9	203	9	203	9	203	16	203	16	203	16	203	16
<i>EHPAD/USLD</i>	442	4	441	4	465	6	503	6	501	6	497	6	497	6	497	6
<i>SSIAD</i>	0	80	0	55	0	60	0	60	0	60	0	60	0	65	0	65
<i>Foyer occupationnel</i>	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0	40	0
TOTAL GENERAL	1385	150	1366	146	1400	165	1451	165	1471	179	1467	179	1481	207	1501	207
<i>source: centre hospitalier départemental Vendée</i>																

Tableau n° 2 : évolution de l'activité (RSA)

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2016-2012	Evolution 2012-2016 en %
<i>Nbre de RSA médecine (HC)</i>	25 575	25 612	25 864	26 526	28 346	2 771	10,83%
<i>Nbre de RSA chirurgie (HC)</i>	9 117	8 861	8 966	8 841	9 137	20	0,22%
<i>Nbre de RSA obstétrique(HC)</i>	3 433	3 431	3 410	3 314	3 132	-301	-8,77%
<i>Nbre de RSA médecine (ambulatoire)</i>	7 127	6 037	6 899	6 893	8 045	918	12,88%
<i>Nbre de RSA chirurgie (ambulatoire)</i>	4 750	5 148	5 971	6 456	6 727	1 977	41,62%
<i>Nbre de RSA obstétrique (ambulatoire)</i>	2 194	2 257	2 094	1 980	2 016	-178	-8,11%
<i>Nbre de séances chimiothérapie</i>	9 989	10 245	11 429	12 443	12 980	2 991	29,94%

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2016-2012	Evolution 2012-2016 en %
<i>Nbre de séances radiothérapie</i>	25 272	25 929	25 564	26 856	26 994	1 722	6,81%
<i>Nbre de séance hémodialyse</i>	9 013	8 935	9 036	8 432	8 836	-177	-1,96%
<i>Nbre de séances autres</i>	3 599	3 736	4 435	4 462	4 737	1 138	31,62%
<i>Nbre accouchement</i>	2 725	2 628	2 649	2 631	2 488	-237	-8,70%
<i>Nbre actes chirurgicaux</i>	12 358	12 250	12 787	13 049	13 026	668	5,41%
<i>Nbre ATU</i>	50 800	55 435	57 439	61 056	63 441	12 641	24,88%
<i>Nbre d'actes endoscopie</i>	5 072	5 061	5 529	5 700	6 214	1 142	22,52%
<i>Nbre minimum de racines de GHM pour 80% des séjours</i>	149	147	147	147	148	-1	-0,67%
<i>Source : Hospidiag</i>							

Tableau n° 3 : données « administratives » sur l'activité

<i>Évolution de l'activité CH Départemental fiches SAE</i>						
	2012*	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016 en %
<i>Nombre d'entrées réalisées</i>	SAE					
<i>Médecine</i>	26 501	23 979	24 709	26 164	28 135	6,17%
<i>Chirurgie</i>	9 430	8 184	8 133	8 593	8 698	-7,76%
<i>Gynéco-Obstétrique</i>	4 538	5 897	5 969	5 916	5 513	21,49%
<i>Sous total MCO*</i>	40 469	38 060	38 811	40 673	42 346	4,64%
<i>SSR</i>	2 068	1 975	1 847	2 071	1 915	-7,40%
<i>Total activité principale</i>	42 537	40 035	40 658	42 744	44 261	4,05%
<i>Nombre de journées réalisées</i>	SAE					
<i>Médecine</i>	149 829	151 896	152 508	156 064	165 127	10,21%
<i>Chirurgie</i>	43 321	39 163	39 878	40 020	39 294	-9,30%
<i>Gynéco-Obstétrique</i>	18 834	24 420	24 662	23 496	21 750	15,48%
<i>Sous total MCO</i>	211 984	215 479	217 048	219 580	226 171	6,69%
<i>SSR</i>	68 530	69 727	71 282	72 122	70 407	2,74%
<i>Total activité principale</i>	280 514	285 206	288 330	291 702	296 578	5,73%

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

<i>Évolution de l'activité CH Départemental fiches SAE</i>						
<i>Durée moyenne de séjour</i>	Données CHD					
<i>Médecine</i>	5,65	6,33	6,17	5,96	5,87	3,81%
<i>Chirurgie</i>	4,59	4,79	4,90	4,66	4,52	-1,66%
<i>Gynéco-Obstétrique</i>	4,15	4,14	4,13	3,97	3,95	-4,94%
<i>SSR</i>	33,14	35,30	38,59	34,82	36,77	10,95%
<i>Taux d'occupation</i>	Données CHD					
<i>Médecine</i>	90,14%	89,50%	89,32%	90,29%	89,08%	-1,18%
<i>Chirurgie</i>	81,59%	79,24%	80,98%	80,82%	79,21%	-2,91%
<i>Gynéco-Obstétrique</i>	66,58%	87,56%	86,65%	82,86%	93,60%	40,57%
<i>SSR</i>	91,02%	93,74%	96,35%	97,48%	94,96%	4,33%
<i>Hospitalisations partielles (venues)</i>	<i>hors séances d'oncologie</i>					
<i>Médecine</i>	5 536	7 088	4 082	3 189	4 094	-26,05%
<i>Chirurgie</i>	5 122	6 451	7 596	7 667	8 073	57,61%
<i>Gynéco-Obstétrique</i>	2 323	2 794	2 754	2 564	2 530	8,91%
Total activité principale	12 981	16 333	14 432	13 420	14 697	13,22%
<i>SSR</i>	3 058	4 680	7 652	7 357	8 743	
<i>Source : CHD Vendée</i>						

Rmq : en 2012, les données sont propres à l'établissement

Tableau n° 4 : données d'activité

<i>Type d'hospitalisation / Année</i>	Nombre de séjours/séances					Tx de croissance
	2012	2013	2014	2015	2016	
<i>Hospitalisation de jour (0 nuits)</i>	14 080	13 445	14 964	15 329	16 793	19,27%
<i>1 nuit</i>	9 138	9 160	9 422	9 261	9 938	8,75%
<i>2 nuits</i>	4 835	4 704	4 702	4 823	5 192	7,38%
<i>Plus de 2 nuits</i>	24 158	24 045	24 121	24 602	25 494	5,53%
<i>Séances</i>	47 873	48 845	50 464	52 193	53 547	11,85%
<i>Activité totale</i>	100 084	100 199	103 673	106 208	110 964	10,87%

Source : CHDV

Tableau n° 5 : la répartition de l'activité

Type d'hospitalisation / Année	Répartition en % des catégories de séjours (hors séances)					Ecart 2016-2012
	2012	2013	2014	2015	2016	
Part des Hospitalisation de jour (0 nuits)	26,97%	26,18%	28,12%	28,38%	29,25%	2,28%
Part des séjours 1 nuit	17,50%	17,84%	17,71%	17,15%	17,31%	-0,19%
Part des séjours 2 nuits	9,26%	9,16%	8,84%	8,93%	9,04%	-0,22%
Part des séjours de plus de 2 nuits	46,27%	46,82%	45,33%	45,55%	44,40%	-1,87%
Activité totale (hors séances)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%

Source : CHDV

Tableau n° 6 : la répartition du PMCT par type de séjours

Type d'hospitalisation / Année	PMCT					Taux d'évolution 2012-2016
	2012	2013	2014	2015	2016	
0 nuit	750 €	792 €	864 €	910 €	877 €	17,06%
1 nuit	986 €	1 000 €	1 000 €	1 009 €	1 007 €	2,06%
2 nuit	1 844 €	1 847 €	1 829 €	1 806 €	1 819 €	-1,36%
Plus de 2 nuits	4 133 €	4 173 €	4 223 €	4 234 €	4 274 €	3,43%
Séances	295 €	293 €	302 €	300 €	298 €	0,80%

Source : CHDV

Tableaux n° 7 : la performance des organisations

IPDMS CH Départemental											
	2012	2013	2014	2015	2016	Région 2015		Catégorie 2015		Typologie 2015	
						2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
Médecine	0,98	1,003	1,018	1,016	1,010	0,849	1,064	0,943	1,128	0,942	1,067
Chirurgie	0,939	0,949	0,972	0,987	0,978	0,88	1,064	0,967	1,151	0,851	1,03
Obstétrique	0,975	0,981	1,007	1,008	1,006	0,963	1,108	0,924	1,053	0,93	1,071

Source : Hospidiag

Tableau n° 8 : les durées moyennes de séjour

<i>Durée moyenne de séjour en Jour</i>						
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016 en %
<i>Médecine</i>	5,65	6,33	6,17	5,96	5,87	3,81%
<i>Chirurgie</i>	4,59	4,79	4,90	4,66	4,52	-1,66%
<i>Gynéco-obstétrique</i>	4,15	4,14	4,13	3,97	3,95	-4,94%
<i>DMS globale MCO</i>	5,24	5,66	5,59	5,40	5,34	1,96%
<i>SSR</i>	33,14	35,30	38,59	34,82	36,77	10,95%
<i>Source: CHD Vendée</i>						

Tableau n° 9 : données sur la chirurgie ambulatoire

<i>Données d'activité ambulatoire</i>											
						Région 2015		catégorie 2015		Typologie 2015	
	2012	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<i>P12 - Taux de chirurgie ambulatoire</i>	34,25	36,75	39,97	42,2	42,40	32,56	56,97	14,11	44,79	42,2	66,71
<i>P13 - Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire</i>	66,04	69,83	76,94	80,08	82,59	62,76	82,79	61,28	80,37	72,44	87,05
<i>P14 - Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire</i>	58,4	70,9	82,2	101,2	ND	63,8	114,5	53,2	101,1	74,8	145,2
<i>Source : CH Départemental - Hospidiag</i>											

Tableau n° 10 : indicateurs sur la performance du bloc opératoire

Données ICR											
						Région 2015		Catégorie 2015		Typologie 2015	
	2012	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<i>ICR par salle d'intervention</i>	228 101	205 752	208 806	226 780	(*)	169 873	461 563	163 089	310 690	299 940	504 001
<i>Nbre d'ICR par chirurgien</i>											
	99 615	102 239	107 137	109 645	(*)	87 567	160 290	39 698	107 738	86 226	117 772
<i>Nbre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste et IADE</i>											
	17 095	16 843	18 044	19 091	(*)	13 037	128 763	8 712	18 919	26 310	102 828
<i>Source : Hospidiag</i>											

Tableau n° 11 : diverses données sur la maternité

Nombre de gynéco-obstétriciens en ETP											
	2012	2013	2014	2015	2016						
<i>Nbre de gynéco-obstétriciens</i>	10,48	12,16	16,05	17,33	* 17,49						
<i>Source: CH Hospidiag</i>											
Nombre de sages-femmes en ETP											
	2012	2013	2014	2015	2016						
<i>Nombre de sage-femmes</i>	43,89	46,04	44,23	50,07	* 50,78						
<i>Source: CHD Vendée</i>											
Taux d'accouchement par obstétricien et sage-femme											
						Région 2015		Catégorie 2015		Typologie 2015	
	2012	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<i>Etablissement</i>	41	39	38	37	* 36	0	50	22	42	37	45
<i>Source : Hospidiag</i>											
Nombre de sages-femmes par obstétricien											
						Région 2015		Catégorie 2015		Typologie 2015	

<i>Nombre de gynéco-obstétriciens en ETP</i>											
	2012	2013	2014	2015	2016	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<i>Etablissement</i>	5,4	4,5	3,3	3,1	* 2,9	2,5	5,9	3,1	5,5	2,5	3,7
<i>Source : Hospidiag</i>											
<i>*Non disponible sur Hospidiag donc estimé à partir des données SAE 2016 multi-site</i>											

Tableaux référencés n° 12 : attractivité du centre hospitalier

<i>Part de marché médecine sur la zone d'attractivité</i>					
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>CH départemental</i>	50,20	49,10	49,90	50,40	51,80
<i>Clinique St Charles</i>	12,50	12,70	12,20	11,80	12,50
<i>CHU Nantes</i>	10,70	10,50	10,20	10,20	9,00
<i>CH Les Sables d'Olonne</i>	8,40	8,70	8,70	8,60	8,20
<i>CH Loire Vendée Océan</i>	4,10	3,80	4,00	4,10	3,80
<i>Nouvelles cliniques Nantaises</i>	2,30	2,40	2,50	2,50	2,60
<i>Source Hospidiag</i>					

<i>Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité</i>					
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>CH départemental</i>	30,90	30,70	31,60	31,70	33,10
<i>Clinique St Charles</i>	19,10	19,60	18,30	18,20	17,40
<i>CHU Nantes</i>	8,90	8,80	8,80	8,60	8,80
<i>Clinique Porte Océane</i>	4,80	5,30	5,70	5,80	6,20
<i>CH Vendée Loire Océan</i>	6,40	6,10	6,50	6,30	6,10
<i>Nouvelles Cliniques Nantaises</i>	5,50	5,10	5,10	5,70	5,40
<i>Source Hospidiag</i>					

<i>Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité</i>					
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>CH Départemental</i>	68,30	68,60	68,00	70,40	70,50
<i>Clinique St Charles</i>	11,40	11,90	11,70	10,50	11,00

<i>Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité</i>					
<i>CH les Sables d'Olonne</i>	3,70	4,00	3,80	3,60	3,50
<i>CHU Nantes</i>	3,60	3,50	3,90	3,40	3,50
<i>CH Fontenay</i>	3,10	2,70	3,40	3,40	3,30
<i>Polyclinique de l'Atlantique</i>	2,60	2,20	2,30	2,30	1,50
<i>Source Hospidiag</i>					

<i>Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité</i>					
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>CH Départemental</i>	25,50	25,30	26,40	27,50	26,60
<i>Clinique St Charles</i>	31,30	30,90	31,30	30,40	28,70
<i>Clinique Porte Océane</i>	8,40	8,70	8,80	9,20	11,00
<i>Clinique Jeanne d'Arc</i>	5,50	5,50	5,10	4,90	5,00
<i>Polyclinique de l'Atlantique</i>	3,70	4,30	3,90	3,80	4,10
<i>Clinique Sourdille</i>	5,20	5,20	4,40	4,40	4,00
<i>Source Hospidiag</i>					

Tableau n° 13 : le taux de fuite intra-régional

<i>Taux de fuite intra-régional</i>	2012	2013	2014	2015	2016	Ecart 2016-2012
<i>Médecine</i>	24,30%	21,00%	24,50%	24,40%	23,50%	-0,80%
<i>Chirurgie</i>	37,00%	37,30%	36,30%	36,10%	36,20%	-0,80%
<i>Obstétrique</i>	17,30%	16,30%	16,30%	16,80%	16,30%	-1,00%
<i>Tx de fuite global MCO</i>	28,80%	29,10%	28,60%	28,60%	28,20%	-0,60%
<i>Source : Scan santé</i>						

[...]

Annexe n° 3. La fiabilité des comptes

Tableau n° 1 : les corrections d'erreurs sur la période 2014-2016 et leur incidence sur le haut de bilan :

année	thème	impact capitaux propres	comptes capitaux impactés	comptes tiers impactés	commentaire si impact 0 sur capitaux propres
2014	provision réglementée sur fonds propres	0	11	142	1 200 K€ sur les RAN
2014	provision "budgétaire" USLD	1 657 042	11	151	
2014	provision gros entretien non valide	90 000	11	157	
2014	provisions sans objet	875 867	11	158	
2015	reclassement subv 102 vers 131	0	102	131	1 300 K€ sur les apports
2015	correction quote part subvention en 139	0	10682	1393	106 528 € sur les réserves
2015	provision ARE	-532 363	11	158	
2015	revue de la méthode d'estimation provision CET	-1 182 492	11	153	
2015	reprise provisions non fondées	663 855	11	158	
2015	correction renouvellement immos	0	11	142	543 987 € sur les RAN
2015	charges rattachées indemnités GIPA	-165 005	10682	428	
2015	séjours à cheval	2 615 857	10682	418	
2015	évaluation stocks dans les services	229 803	10682	32	
2016	provision CNRACL	-5 451 000	10682	428	

Source : CHDV

Tableau n° 2 : les charges à payer

Les charges à payer	2012	2013	2014	2015	2016
408- Fournisseurs factures non parvenues	1 702 724	1 675 893	1 933 179	2 080 621	4 500 319
4281- Prime de service à payer	4 215 121	4 273 603	4 455 337	4 514 546	4 620 870
4286- Personnel autres charges à payer	919 523	1 822 421	1 071 770	995 477	935 105
43868- Organismes sociaux autres charges à payer	434 766	862 914	424 670	449 223	4 966 479
4486- Etat autres charges à payer	618 283	624 163	701 528	710 440	709 904
4682- Charges à payer sur ressources affectées	17 193	595 502	783 985	1 264 184	0
4686- Autres charges à payer	0	0	0	0	0

Source: Comptes financiers CHD Vendée

Tableau n° 3 : les produits à recevoir

<i>Les produits à recevoir</i>	2012	2013	2014	2015	2016
4182- Redevables produits à recevoir (caisse pivot)	14 364 416	15 623 151	15 613 649	19 824 474	19 968 633
4387-Organismes sociaux produits à recevoir	0	0	0	0	0
4487-Etat produits à recevoir	0	0	91 251	765 815	859 753
4684- Produits à recevoir sur ressources affectées	0	457 765	1 268 987	1 504 172	0
4687- Autres produits à recevoir	782 761	905 539	972 891	397 080	3 353 274
<i>Source: Comptes financiers CHD Vendée</i>					

Tableau n° 4 : les charges et produits constatés d'avance

	2012	2013	2014	2015	2016
SD c/486 charges constatées d'avance	109 037	144 292	167 184	820 558	1 147 727
SC c/487 produits constatés d'avance	1 110 602	1 436 604	847 802	2 153 943	2 346 718
<i>Source: Comptes financiers CHD Vendée</i>					

Tableau n°5 : les provisions - compte 142

<i>Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations CH Vendée</i>							
		2 012	2 013	2 014	2 015	2 016	Total
142	Balance entrée	17 833 590	19 590 802	20 280 541	20 098 374	20 905 648	
	Dotation	1 773 490	2 002 862	1 595 898	1 465 215	2 972 986	9 810 451
	reprise	16 278	1 313 121	1 778 065	657 941	1 864 245	5 629 650
	Solde	19 590 802	20 280 543	20 098 374	20 905 648	22 014 389	4 180 801
<i>Source: comptes financiers CHD Vendée</i>							

Tableau n° 6 : les flux financiers relatifs à la provision inscrite au compte 142 pour le projet architectural des Oudairies

	2015	2016	Total
<i>Reprise provision Décision 1</i>	- €	177 369,00 €	177 369,00 €
<i>Reprise "provision" Décision 2</i>	354 784,19 €	351 944,70 €	706 728,89 €
<i>Montant total</i>	354 784,19 €	529 313,70 €	884 097,89 €
Montant dotation compte 142			
	1 195 215,81 €	1 550 000,00 €	2 745 215,81 €
Majoration nette pour 2016			
		1 198 055,30 €	
Crédits notifiés (base)			
	4 354 878,00 €	4 354 878,00 €	8 709 756,00 €
Utilisation des crédits notifiés en exploitation			
	3 159 662,19 €	3 156 822,70 €	6 316 484,89 €
soit en pourcentage			
	72,55%	72,49%	72,52%
Montant total des ressources dédiées à l'exploitation			
	3 159 662,19 €	3 334 191,70 €	6 493 853,89 €

Source : CRC, selon documents CHDV

Tableaux n° 7 : les provisions – compte 151

		2012	2013	2014	2015	2016	Total
<i>N° cpte</i>	<i>Libellé</i>						
1511	Balance entrée	0	0	254 994	438 300	462 763	
	Dotation	0	258 654	311 894	247 979	1 044 346	1 862 873
	Reprise	0	3 660	128 588	223 515	91 379	447 142
Balance de sortie		0	254 994	438 300	462 764	1 415 730	
		2012	2013	2014	2015	2016	Total
<i>N° cpte</i>	<i>Libellé</i>						
1515	Balance entrée	200 000	179 090	87 177	0	0	
	Dotation	0	0	0	0	0	0
	Reprise	20 910	91 913	87 177	0	0	200 000
Balance de sortie		179 090	87 177	0	0	0	

		2012	2013	2014	2015	2016	Total
N° cpte	Libellé						
1518	Balance entrée	2 293 631	2 182 927	1 657 042	500 000	0	
	Dotation	24 000	0	500 000	0	0	524 000
	Reprise	134 704	525 885	1 657 042	500 000	0	2 817 631
Balance de sortie		2 182 927	1 657 042	500 000	0	0	
<i>Source : comptes financiers CHD Vendée</i>							

Tableau n° 8 : les dépréciations des comptes de tiers – les créances irrécouvrables

<i>Provisions pour créances irrécouvrables CHD Vendée</i>							
<i>Compte de résultat principal</i>		2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne
N° cpte	Libellé						
415	Redevables- créances admises en non-valeur (solde)	0	0	0	0	0	
416	Redevables- contentieux (solde)	695 819	582 530	555 442	547 138	596 394	595 464,60
654	Pertes sur créances irrécouvrables	253 752	125 805	169 515	188 377	444 794	236 448,60
	sous total créances irrécouvrables	949 571	708 335	724 957	735 515	1 041 188	831 913
491+496	Dépréciation comptes redevables (balance entrée)	400 000	378 411	483 055	396 325	427 142	416 986,60
	Dotations	549 163	242 175	42 177	111 200	52 275	199 398,00
	reprises	570 752	137 531	128 907	80 383	146 332	212 781,00
	Dépréciation comptes redevables (solde)	378 411	483 055	396 325	427 142	333 085	403 603,60
Insuffisance(-) ou excédent (+) de provisions		-571 160	-225 280	-328 632	-308 373	-708 103	-428 309,60
<i>Source : Comptes financiers CHD Vendée</i>							

Annexe n° 4. La situation financière

Tableau n° 1 : les objectifs financiers du plan ONDAM

INDICATEURS	2014	2015		2016		2017	
	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Taux de marge brute – hors aide – budget H	4,82 %	5,15 %	5,26 %	5,82 %	5,93 %	5,25%	5,14 %
Évolution titre 1 des charges – budget H	5,02 %	3,03 %	2,11 %	4,70 %	2,38 %	3,30 %	4,87 %
Résultats budgétaires Budget H	1 091 K€	38 K€	-300 K€	228 K€	1 570 K€	489 K€	-1 265 K€

Source : CHDV

Rmq :

- Ce tableau est extrait de la feuille de route stratégique du plan triennal 2015-2017.
- Les données cibles 2016 et 2017 correspondent aux valeurs actualisées.
- Les objectifs pour le taux de marge brute sont calculés pour le compte de résultat principal

Tableau n° 2 : la surface budgétaire totale de l'établissement

<i>Compte de résultat consolidé</i>							
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %	Evolution en €
Charges							
<i>Compte de résultat Principal</i>	238 747 327	246 107 602	262 977 647	275 418 743	297 452 123	24,59%	58 704 796
<i>Compte de résultat Annexe B (USLD)</i>	5 944 767	5 772 790	5 962 847	6 339 081	6 177 151	3,91%	232 384
<i>Compte de résultat Annexe E (EHPAD)</i>	13 565 224	14 050 935	14 935 453	16 098 397	16 197 657	19,41%	2 632 433
<i>Compte de résultat Annexe N (SSIAD)</i>	756 740	690 349	797 747	826 618	846 278	11,83%	89 538
<i>Compte de résultat Annexe P 2 (Foyer occupationnel)</i>	1 491 180	1 490 372	1 447 367	1 535 441	1 594 555	6,93%	103 375
<i>Compte de résultat Annexe C (écoles et instituts)</i>	4 505 235	4 637 620	4 797 292	5 149 689	5 622 142	24,79%	1 116 907
Total	265 010 473	272 749 668	290 918 353	305 367 969	327 889 906	23,73%	62 879 433
Produits							

<i>Compte de résultat consolidé</i>							
<i>Compte de résultat Principal</i>	242 191 344	248 406 719	264 068 763	275 118 404	299 022 004	23,47%	56 830 660
<i>Compte de résultat Annexe B (USLD)</i>	6 512 127	6 332 943	6 422 535	6 593 036	6 594 368	1,26%	82 241
<i>Compte de résultat Annexe E (EHPAD)</i>	13 221 751	14 020 117	15 738 328	16 444 626	16 281 314	23,14%	3 059 563
<i>Compte de résultat Annexe N (SSIAD)</i>	812 780	771 566	801 104	842 739	831 734	2,33%	18 954
<i>Compte de résultat Annexe P 2 (Foyer occupationnel)</i>	1 460 774	1 497 812	1 515 667	1 611 845	1 645 483	12,64%	184 709
<i>Compte de résultat Annexe C (écoles et instituts)</i>	4 584 727	4 660 478	4 880 191	4 935 908	5 651 374	23,27%	1 066 647
Total	268 783 503	275 689 635	293 426 588	305 546 558	330 026 277	22,79%	61 242 774
Excédent /déficit	3 773 030	2 939 967	2 508 235	178 589	2 136 471		
<i>Source: CHD Vendée</i>							

Tableau n° 3 : les résultats comptables principal et annexes de l'établissement

<i>Résultats par compte de résultat CHD Vendée 2012-2016</i>							
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %	Evolution en €
<i>Compte de résultat Principal</i>	3 444 017	2 299 117	1 091 116	-300 339	1 569 881	45,58%	-1 874 136
<i>Compte de résultat Annexe B (USLD)</i>	567 360	560 153	459 688	253 955	417 217	73,54%	-150 143
<i>Compte de résultat Annexe E (EHPAD)</i>	-343 473	-30 818	802 875	346 229	83 657	-24,36%	427 130
<i>Compte de résultat Annexe N (SSIAD)</i>	56 040	81 217	3 357	16 121	-14 544	-25,95%	-70 584
<i>Compte de résultat Annexe P 2 (Foyer occupationnel)</i>	-30 406	7 440	68 300	76 404	50 928	-167,49%	81 334
<i>Compte de résultat Annexe C (écoles et instituts)</i>	79 492	22 858	82 899	-213 781	29 332	36,90%	-50 260
Total	3 773 030	2 939 967	2 508 235	178 589	2 136 471		
<i>Source: Comptes financiers CHD Vendée</i>							

Tableau n° 4 : les résultats comptables annexes de l'USLD selon les sections tarifaires

	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Hébergement</i>	-51 660,57	-11 981,83	14 307,35	-89 155,98	44 036,86
<i>Dépendance</i>	23 659,95	-128 133,63	-109 443,60	40 321,67	52 244,76
<i>Soins</i>	595 360,84	700 268,09	554 824,05	302 789,11	320 935,44
Total	567 360,22	560 152,63	459 687,80	253 954,80	417 217,06

Source : CRC

Tableau n° 5 : évolution des titres du compte de résultat principal

<i>Compte de résultat principal</i>							
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %	Evolution en €
Charges							
<i>Titre 1 Charges de personnel</i>	154 726 578	161 346 681	169 453 327	173 022 119	177 136 625	14,48%	22 410 047
<i>Titre 2 Charges à caractère médical</i>	45 844 746	46 057 199	53 663 206	57 867 213	59 454 657	29,69%	13 609 911
<i>Titre 3 charges à caractère hôtelier et général</i>	19 205 394	19 429 890	20 070 431	22 132 542	35 394 633	84,30%	16 189 238
<i>Titre 4 Charges d'amortissement, de provisions</i>	18 970 608	19 273 832	19 790 682	22 396 869	25 466 208	34,24%	6 495 600
Total	238 747 327	246 107 602	262 977 647	275 418 743	297 452 123	24,59%	58 704 796
Produits							
<i>Titre 1 produits versés pas l'AM</i>	196 369 313	194 869 471	204 278 315	220 431 470	232 390 828	18,34%	36 021 515
<i>Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière</i>	15 270 090	15 777 779	16 129 033	16 517 064	16 823 137	10,17%	1 553 047
<i>Titre 3 Autres Produits</i>	30 551 942	37 759 469	43 661 415	38 169 871	49 808 038	63,03%	19 256 097
Total	242 191 344	248 406 719	264 068 763	275 118 404	299 022 004	23,47%	56 830 659
Excédent / déficit	3 444 018	2 299 117	1 091 116	-300 339	1 569 881	-54,42%	-1 874 137
<i>Source: comptes financiers CHD Vendée</i>							

Tableau n° 6 : poids relatifs des titres de produits – compte de résultat principal

<i>Ratio par titre sur total des produits</i>							
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016 en %	Evolution 2012-2016 en €
Titre 1 Produits versés par l'AM	196 369 310	194 869 471	204 278 315	220 431 470	232 390 829	18,34%	36 021 516
<i>Ratio titre 1 sur total produits</i>	81%	78%	77%	80%	78%		0
Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière	15 270 087	15 777 779	16 129 033	16 517 063	16 823 137	10,17%	1 553 047
<i>Ratio titre 2 sur total produits</i>	6%	6%	6%	6%	6%		0
Titre 3 Autres produits	30 551 937	37 759 469	43 661 415	38 169 871	49 808 038	63,03%	19 256 097
<i>Ratio titre 3 sur total produits</i>	13%	15%	17%	14%	17%		0
Total	242 191 334	248 406 719	264 068 763	275 118 404	299 022 004	23,47%	56 830 660
<i>Source: comptes financiers CH Vendée 2012-2016</i>							

Tableau n° 7 : évolution des produits du titre 1-compte de résultat principal

<i>Évolution des produits du titre 1 budget principal 2012-2016</i>								
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016 en %	Evolution 2012-2016 en €	Evolution annuelle moyenne 2012- 2016
<i>73111 Produits tarification séjour</i>	133 232 839	135 129 153	139 266 856	143 100 984	149 659 554	12,33%	16 426 715	2,95%
<i>73112 Produits médicaments facturés en sus des séjours</i>	11 716 369	11 706 260	13 074 930	15 051 117	15 247 707	30,14%	3 531 338	6,81%
<i>73113 DMI facturés en sus des séjours</i>	4 128 368	4 573 492	4 599 682	5 207 356	5 366 561	29,99%	1 238 193	6,78%
<i>73114 Forfait annuel</i>	3 681 322	4 027 413	4 366 756	4 370 717	5 316 540	44,42%	1 635 218	9,62%
<i>73117 DAF</i>	12 844 256	12 777 411	12 887 454	13 033 229	13 001 065	1,22%	156 809	0,30%
<i>73118 MIGAC</i>	16 899 341	12 354 719	14 780 468	13 870 087	16 187 445	-4,21%	-711 896	-1,07%
<i>7312 Produits tarification spécifique</i>	13 688 092	14 222 146	15 254 708	16 761 215	18 697 414	36,60%	5 009 322	8,11%

<i>Évolution des produits du titre 1 budget principal 2012-2016</i>								
<i>7722 Produits ex antérieur assurance maladie</i>	178 723	78 875	47 458	256 000	22 068	-87,65%	-156 655	-40,72%
<i>7471 FIR*</i>				8 780 761	8 889 469		8 889 469	
Total	196 369 310	194 869 469	204 278 312	220 431 466	232 387 823	18,34%	36 018 513	4,30%
Total périmètre constant	196 369 310	194 869 469	204 278 312	211 650 705	223 498 354	13,82%	27 129 044	3,29%
<i>Source: comptes financiers CHD Vendée 2012-2016</i>	* le FIR a été retiré du titre 1 entre 2012 et 2014							

Tableau n° 8 : évolution des produits de titre 2 – compte de résultat principal

<i>Évolution des produits du titre 2 budget principal 2012-2016</i>								
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016 en €	Evolution 2012-2016 en %	Evolution annuelle moyenne 2012-2016
<i>7321 produits tarification hospitalisation complète</i>	6 142 440	6 025 775	6 062 020	6 393 384	6 435 872	293 432	4,78%	1,17%
<i>7322 Produits tarification hospitalisation incomplète</i>	485 244	613 918	720 680	700 706	772 163	286 919	59,13%	12,31%
<i>7323 Produits tarification hospitalisation à domicile</i>								
<i>7324 Produits prestation à tarification spécifique</i>	2 343 775	2 653 090	2 708 554	2 837 215	2 802 725	458 950	19,58%	4,57%
<i>73271 Forfait journalier MCO</i>	3 794 627	3 799 948	3 832 625	3 868 719	4 094 118	299 491	7,89%	1,92%
<i>73272 Forfait journalier SSR</i>	1 227 798	1 253 178	1 280 646	1 285 699	1 284 210	56 412	4,59%	1,13%
<i>73273 Forfait journalier psychiatrie</i>								
<i>733 Produits prestation soins patients étrangers non assuré</i>	945 109	1 090 689	1 187 704	1 011 225	1 059 353	114 244	12,09%	2,89%
<i>734 Prestations malades autre établissement</i>	326 331	336 602	329 810	411 530	368 122	41 791	12,81%	3,06%
<i>735 Produits à la charge état collec territoriale</i>	4 763	4 576	6 990	8 583	6 572	1 809	37,98%	8,38%
Total	15 270 087	15 777 776	16 129 029	16 517 061	16 823 135	1 553 048	10,17%	2,45%
<i>Source: comptes financiers CH Vendée 2012-2016</i>								

Tableau n° 9 : évolution des produits de titre 3 – compte de résultat principal

Évolution des produits du titre 3 budget principal 2012-2016								
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en € 2012-2016	Evolution en % 2012-2016	Evolution annuelle moyenne 2012-2016
061 Rrro								
062 remboursement charges personnel								
0603 Variation des stocks à caractère médical	1 876 873	2 229 729	2 573 189	2 644 882	2 809 113	932 240	49,67%	10,61%
603 variation des stocks	665 829	687 667	708 236	841 515	818 980	153 151	23,00%	5,31%
609-619-629 Rabais ristournes	417	652	8		74 121	73 704	17674,82%	265,13%
Remboursement sur rémunérations ou charges sociales	465 292	450 294	465 975	321 902	267 980	-197 312	-42,41%	-12,88%
649 Atténuation charge portabilité CET								
70 ventes de produits fabriques	3 469 906	4 480 547	5 464 106	6 859 300	13 385 055	9 915 149	285,75%	40,14%
7071 Rétrocession médicaments	6 416 491	6 494 793	10 192 998	11 712 263	10 028 598	3 612 107	56,29%	11,81%
7087 Remboursement frais CRPA	5 759 863	5 805 044	5 965 366	6 360 917	6 308 604	548 741	9,53%	2,30%
71 Production stockée								
72 Production immobilisée	37 797					-37 797	-100,00%	
74 Subvention exploitation	4 859 545	10 089 823	10 282 703	1 345 562	1 302 513	-3 557 032	-73,20%	-28,05%
75 Autres produits de gestion courante	3 052 841	3 371 529	3 910 565	4 445 811	9 280 913	6 228 072	204,01%	32,04%
76 Produits financiers	42 925	52 063	44 560	61 297	70 667	27 742	64,63%	13,27%
77 Produits exceptionnels	1 872 785	1 435 708	1 318 500	1 583 516	2 097 969	225 184	12,02%	2,88%
78 Reprises sur amortissement	2 031 373	2 661 434	2 735 204	1 992 900	3 363 520	1 332 147	65,58%	13,44%

<i>Évolution des produits du titre 3 budget principal 2012-2016</i>								
79 transferts de charges								
Total	30 551 937	37 759 283	43 661 410	38 169 865	49 808 033	19 256 096	63,03%	13,00%
FIR 2012,2013 et 2014*	3 209 875	8 040 557	8 638 014					
Total hors FIR	27 342 062	29 718 726	35 023 396	38 169 865	49 808 033	22 465 971	82,17%	
Source: Comptes financiers CH Vendée 2012-2016								
* Le FIR a été inclus dans le titre 3 sur 2012-2013 et 2014								

Tableau n° 10 : évolution des charges d'exploitation – compte de résultat principal

<i>Compte de résultat principal</i>							
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %	Evolution en €
Charges							
Titre 1 Charges de personnel	154 726 578	161 346 681	169 453 327	173 022 119	177 136 625	14,48%	22 410 047
Titre 2 Charges à caractère médical	45 844 746	46 057 199	53 663 206	57 867 213	59 454 657	29,69%	13 609 911
Titre 3 charges à caractère hôtelier et général	19 205 394	19 429 890	20 070 431	22 132 542	35 394 633	84,30%	16 189 238
Titre 4 Charges d'amortissement, de provisions	18 970 608	19 273 832	19 790 682	22 396 869	25 466 208	34,24%	6 495 600
Total	238 747 327	246 107 602	262 977 647	275 418 743	297 452 123	24,59%	58 704 796

Source : CRC, selon comptes financiers

Tableau n° 11 : évolution des charges de personnel – compte de résultat principal

<i>Charges de personnel</i>		2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en € 2012-2016	Evolution en % 2012-2016
N° compte	Intitulés							
621	Personnel extérieur à l'établissement	1 960 391	1 628 011	1 513 488	1 936 209	582 381	-1 378 010	-70,29%
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts) (sauf 6319)	9 488 382	9 797 066	10 312 578	10 351 511	10 668 477	1 180 095	12,44%
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 6339)	4 191 608	4 408 218	4 480 531	4 523 875	4 616 743	425 135	10,14%

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE VENDEE

Charges de personnel		2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en € 2012-2016	Evolution en % 2012-2016
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413, 6415 et 6419)	89 423	69 857	46 128	18 839	20 062	-69 361	-77,57%
6411	Personnel titulaire et stagiaire	66 221 872	68 502 112	71 341 329	72 034 099	73 242 759	7 020 887	10,60%
6413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	2 226 046	2 300 258	2 246 803	2 305 246	2 743 634	517 588	23,25%
6415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	9 655 562	10 087 624	10 341 209	11 084 862	11 895 830	2 240 268	23,20%
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6423, 6425 et 6429)	3 337 017	3 748 895	3 247 515	3 137 554	3 215 772	-121 245	-3,63%
6421	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel	13 311 274	13 665 520	15 153 722	14 867 462	15 808 764	2 497 490	18,76%
6422	Praticiens contractuels renouvelables de droit	292 280	263 506	241 951	284 817	211 680	-80 600	-27,58%
6423	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	2 405 125	2 876 896	3 542 168	4 653 616	5 167 150	2 762 025	114,84%
6425	Permanences des soins	3 670 359	3 710 587	3 878 959	3 668 426	3 744 678	74 319	2,02%
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	28 647 209	30 485 236	32 540 447	33 240 401	33 577 836	4 930 627	17,21%
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529)	7 381 115	7 856 800	8 544 407	8 801 603	9 553 311	2 172 196	29,43%
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	1 529 195	1 680 590	1 723 860	1 820 417	1 754 699	225 504	14,75%
6472	Autres charges sociales - personnel médical (sauf 64729)	35 323	5 015	20 820	23 330	9 745	-25 578	-72,41%
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	284 396	260 490	277 412	269 851	323 103	38 707	13,61%
	Total	154 726 577	161 346 681	169 453 327	173 022 118	177 624 136	22 410 047	14,48%
Source: comptes financiers CHD Vendée								

Tableau n° 12 : évolution des charges du titre 2 – compte de résultat principal

Titre 2	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %	Evolution en €
<i>Charges à caractère médical</i>							
<i>6011 A caractère médical et pharmaceutique</i>	36 650	25 116	29 927	32 507	37 261	1,67%	611
<i>6021 Produits pharmaceutiques produits usage médical</i>	24 934 639	25 094 501	30 705 585	34 110 566	34 978 113	40,28%	10 043 474
<i>6022 Fourniture produits finis petit mat médico-tech</i>	15 029 963	15 264 803	16 706 434	16 903 484	17 509 048	16,49%	2 479 085
<i>6066 Fournitures médicales</i>	178 911	184 763	265 347	375 841	430 096	140,40%	251 185
<i>6071 A caractère médical et pharmaceutique</i>							
<i>0603 Variation des stocks</i>	1 899 653	1 876 873	2 229 729	2 802 992	2 644 883	39,23%	745 230
<i>611 Sous-traitance générale</i>	1 613 243	1 513 437	1 503 928	1 601 266	1 744 210	8,12%	130 967
<i>6131 Location à caractère médical</i>	162 600	167 101	197 723	158 494	165 689	1,90%	3 089
<i>6151 Entretien biens caractère médical</i>	1 989 087	1 930 604	2 024 533	1 882 063	1 945 357	-2,20%	-43 730
Total titre 2	45 844 746	46 057 198	53 663 206	57 867 213	59 454 657	29,69%	13 609 911
<i>Source: Comptes Financiers CHD Vendée</i>							

Tableau n° 13 : évolution des charges du titre 3 – compte de résultat principal

Titre 3	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %	Evolution en €
<i>6012 Achats stockés matières premières</i>	0	0	0	0	0	0,00%	0
<i>602 Achats stockés autres approvisionnements sauf 6021 et 6022)</i>	4 840 961	5 168 247	5 200 817	5 388 112	5 880 456	21,47%	1 039 495
<i>606 Achats non stockés</i>	3 719 961	3 468 281	3 334 499	3 675 036	4 073 555	9,51%	353 594
<i>6072 Achat de marchandise</i>	729	796	1 043	894	1 006	38 %	277
<i>603 Variation stocks (sauf 60321,60322 et 60371)</i>	627 001	665 829	687 668	708 236	841 515	34,21%	214 514
<i>61 Services extérieurs (sauf 611,6131,6151,619)</i>	3 911 204	4 113 078	4 179 379	4 204 000	5 050 860	29,14%	1 139 656
<i>62 Autres services extérieurs (sauf 621 et 629)</i>	5 247 160	5 451 056	5 979 472	6 813 031	7 067 171	34,69%	1 820 011
<i>63 Impôts taxes (sauf 631 633 et 6329)</i>	13 677	10 208	10 968	10 603	10 851	-20,66%	-2 826
<i>65 Autres charges de gestion courante</i>	844 701	552 394	676 584	1 332 629	12 469 218	1376,17%	11 624 517

<i>Titre 3</i>	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %	Evolution en €
<i>709 Rabais remise</i>	0	0	0	0	0	0,00%	0
<i>71 Production stockée</i>	0	0	0	0	0	0,00%	0
Total titre 3	19 205 394	19 429 889	20 070 430	22 132 541	35 394 632	84,30%	16 189 238
<i>Source: Comptes Financiers CHD Vendée</i>							

Tableau n° 14 : évolution des charges de titre 4 – compte de résultat principal

<i>Titre 4</i>	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %	Evolution en €
<i>66 Charges financières</i>	2 197 880	2 593 556	2 796 836	3 137 034	3 108 754	41,44%	910 874
<i>67 Charges exceptionnelles</i>	1 357 218	1 394 632	954 326	2 160 812	1 484 848	9,40%	127 630
<i>dont 675</i>	463 713	757 389	103 956	962 412	194 238		-269 475
<i>68 Dotations aux amortissements et aux provisions</i>	15 415 510	15 285 644	16 039 520	17 099 023	20 872 606	35,40%	5 457 096
Total titre 4	18 970 608	19 273 832	19 790 682	22 396 869	25 466 208	34,24%	6 495 600
<i>Source: Comptes Financiers CHD Vendée</i>							

Tableau n° 15 : dotation aux amortissements – compte de résultat principal

	2012	2013	2014	2015	2016	(écart 2016-2012)
<i>Dotation aux amortissements</i>	11,13 M€	12,67 M€	13,28 M€	13,93 M€	15,7 M€	4,57 M€

Source : tableaux des soldes intermédiaires de gestion du Trésor Public

Tableau n° 16 : évolution des titres du compte de résultat annexe USLD

<i>Compte de résultat annexe B (unité de soins longue durée)</i>							
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution en %	Evolution en €
Charges							
<i>Titre 1 Charges de personnel</i>	4 050 402	3 942 623	4 123 126	4 325 392	4 260 328	5,18%	209 926
<i>Titre 2 Charges à caractère médical</i>	309 927	311 188	302 152	365 443	359 876	16,12%	49 949
<i>Titre 3 charges à caractère hôtelier et général</i>	1 198 895	1 159 086	1 200 979	1 210 421	1 232 931	2,84%	34 036

<i>Compte de résultat annexe B (unité de soins longue durée)</i>							
<i>Titre 4 Charges d'amortissement, de provisions</i>	385 543	359 893	336 591	437 826	324 015	-15,96%	-61 527
Total	5 944 767	5 772 790	5 962 847	6 339 081	6 177 151	3,91%	232 383
Produits							
<i>Titre 1 Produits afférents aux soins</i>	3 587 896	3 579 523	3 559 796	3 531 405	3 532 180	-1,55%	-55 716
<i>Titre 2 Produits afférents à la dépendance</i>	865 156	702 302	792 443	909 882	897 694	3,76%	32 538
<i>Titre 3 Produits de l'hébergement</i>	2 016 760	2 014 306	2 036 258	2 067 417	2 077 843	3,03%	61 083
<i>Titre 4 Autres produits</i>	42 317	36 810	34 037	84 332	86 651	104,77%	44 335
Total	6 512 127	6 332 943	6 422 535	6 593 036	6 594 368	1,26%	82 240
Excédent / déficit	567 360	560 153	459 688	253 955	417 217		
<i>Source: comptes financiers CHD Vendée</i>							

Tableau n° 17 : les soldes intermédiaires de gestion du compte de résultat principal

Soldes	2012	2013	2014	2015	2016
Produits de la tarification à l'activité (A)	162 944	165 710	172 244	180 377	188 996
Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	0	0	0	0	0
Sous total champ MCO & HAD (A + B)	162 944	165 710	172 244	180 377	188 996
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	15 270	15 778	16 129	16 517	16 823
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	178 214	181 488	188 373	196 894	205 819
MIGAC et FIR	20 109	20 395	23 418	22 651	25 077
Forfaits annuels	3 681	4 027	4 367	4 371	5 317
Dotation annuelle de financement	12 844	12 777	12 887	13 033	13 001
Ventes de marchandises	6 417	6 496	10 194	11 730	10 062
Autres produits	9 267	10 285	11 429	13 203	19 660
Produits bruts d'exploitation	230 533	235 468	250 668	261 881	278 936
Consommations en provenance de tiers	48 725	48 831	55 880	60 511	62 694
Charges externes	12 923	13 175	13 885	14 659	15 973
- Consommations intermédiaires	61 649	62 006	69 765	75 170	78 667

Soldes	2012	2013	2014	2015	2016
= VALEUR AJOUTEE	168 885	173 462	180 903	186 711	200 269
+ Subventions d'exploitation	1 650	2 049	1 645	1 346	1 303
- Impôts et taxes	14	10	11	11	11
- Charges de personnel (en net)	154 261	160 896	168 987	172 700	176 869
= EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	16 259	14 605	13 550	15 346	24 692
+ Autres produits de gestion courante	3 053	3 372	3 911	4 446	9 281
- Autres charges de gestion courante	845	552	677	1 333	12 469
= MARGE BRUTE	18 468	17 424	16 784	18 459	21 504
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	1 892	906	2 187	1 984	2 826
- Dotations aux amortissements	11 134	12 674	13 284	13 931	15 740
- Dotations aux provisions et dépréciations	808	425	1 565	1 972	3 582
= RESULTAT D'EXPLOITATION	8 418	5 230	4 122	4 540	5 008
+ Produits financiers	43	52	45	61	71
- Charges financières	2 199	2 594	2 798	3 138	3 110
= RESULTAT COURANT	6 262	2 688	1 369	1 464	1 969
+ Produits exceptionnels	2 012	3 191	1 867	1 592	2 636
- Charges exceptionnelles	4 830	3 580	2 145	3 356	3 035
= RESULTAT EXCEPTIONNEL	- 2 818	- 389	- 278	- 1 764	- 399
RESULTAT NET	3 444	2 299	1 091	- 300	1 570

Source : Trésor Public

Tableau n° 18 : les soldes intermédiaires de gestion du compte de résultat consolidé

Soldes	2012	2013	2014	2015	2016
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	162 944	165 710	172 244	180 377	188 996
. Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	0	0	0	0	0
. Sous-total MCO & HAD (A + B)	162 944	165 710	172 244	180 377	188 996
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	15 270	15 778	16 129	16 517	16 823

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Soldes	2012	2013	2014	2015	2016
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	178 214	181 488	188 373	196 894	205 819
MIGAC et FIR	20 109	20 395	23 418	22 651	25 077
Forfaits annuels	3 681	4 027	4 367	4 371	5 317
Dotation annuelle de financement (DAF)	12 844	12 777	12 887	13 033	13 001
Produits afférents aux soins (CRA)	8 696	9 083	9 501	9 501	9 474
Produits afférents à la dépendance	2 643	2 669	3 168	3 331	3 257
Produits de l'hébergement	8 256	8 472	9 246	9 832	9 690
Autres produits de tarification des CRA	2 219	2 264	2 310	2 418	2 408
Ventes de marchandises	6 420	6 497	10 195	11 730	10 063
Autres produits	8 010	9 007	10 234	11 638	18 160
Produits bruts d'exploitation	251 093	256 680	273 700	285 399	302 266
Consommations en provenance de tiers	49 428	49 569	56 596	61 320	63 475
Charges externes	16 247	16 543	17 283	18 270	19 612
Remboursements de frais des CRA	3 089	3 159	3 261	3 555	3 570
- Consommations intermédiaires	62 585	62 953	70 618	76 035	79 517
= VALEUR AJOUTEE	188 508	193 727	203 082	209 364	222 749
+ Subventions d'exploitation	1 689	2 091	1 666	1 371	1 332
- Impôts et taxes	17	14	15	15	15
- Charges de personnel (en net)	171 496	178 227	187 326	192 431	196 586
= EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	18 685	17 577	17 407	18 290	27 480
+ Autres produits de gestion courante	3 080	3 407	3 949	4 574	9 404
- Autres charges de gestion courante	876	570	692	1 353	12 507
= MARGE BRUTE	20 890	20 414	20 665	21 511	24 377
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	1 892	917	2 258	2 015	2 947
- Dotations aux amortissements	12 557	14 133	15 005	15 857	17 668
- Dotations aux provisions et dépréciations	856	497	1 633	2 097	3 706
= RESULTAT D'EXPLOITATION	9 368	6 701	6 284	5 571	5 950
+ Produits financiers	43	52	45	61	71
- Charges financières	2 505	3 027	3 240	3 540	3 485
= RESULTAT COURANT	6 907	3 726	3 089	2 093	2 535

Soldes	2012	2013	2014	2015	2016
+ Produits exceptionnels	2 131	3 329	2 046	1 877	3 623
- Charges exceptionnelles	5 265	4 115	2 626	3 791	4 022
= RESULTAT EXCEPTIONNEL	- 3 134	- 786	- 580	- 1 914	- 399
RESULTAT NET	3 773	2 940	2 508	179	2 136

Tableau n° 19 : capacité d'autofinancement

<i>Capacité d'autofinancement</i>					
<i>Capacité brute d'autofinancement</i>	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Résultat comptable de l'exercice</i>	3 773 031	2 939 965	2 508 234	178 588	2 136 369
<i>+ Dotations aux amortissements et aux provisions (C68)</i>	17 229 192	17 309 091	18 251 996	19 438 075	23 821 471
<i>- reprise sur amortissements et provisions (C78)</i>	2 031 373	2 735 026	2 835 923	2 129 431	4 267 429
<i>- neutralisations des amortissements (C776)</i>					
<i>+ valeur nette comptable des actifs cédés (C 675)</i>	488 516	757 965	103 956	962 412	195 615
<i>- produits des cessions d'éléments d'actifs (C 775)</i>	797 031	214 477	75 128	185 731	133 763
<i>- quote part des subventions d'investissements (C777)</i>	409 986	599 214	624 002	681 662	645 612
CAPACITE BRUTE D'AUTOFINANCEMENT	18 252 349	17 458 304	17 329 133	17 582 251	21 106 651
<i>Remboursement des dettes financières (hors CLTR et cautionnement)</i>					
<i>Sources comptes financiers CHD Vendée montant en €</i>					

Tableau n° 20 : capacité nette d'autofinancement

Capacité nette d'autofinancement en €	2012	2013	2014	2015	2016
<i>CAF brute</i>	18 252 349	17 458 304	17 329 133	17 582 251	21 106 651
<i>Remboursement des dettes financières (hors CLTR et cautionnement)</i>	11 142 432	8 727 431	8 994 615	8 718 745	9 115 908
<i>CAF nette ou excédent (+) ou besoin de financement (-) des frais financiers</i>	7 109 917	8 730 873	8 334 518	8 863 506	11 990 743
<i>Source: comptes financiers CHD Vendée</i>					

Tableau n° 21 : tableau de financement 2012-2016

Tableau de financement CH Vendée 2012-2016 en €					
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Caf</i>	18 252 349	17 458 304	17 329 133	17 582 252	21 106 651
<i>Titre 1 Emprunts</i>	20 080 000	20 000 000	10 578 294	29 201 200	19 000 000
<i>Titre 2 Dotations et subventions</i>	4 400 698	5 248 681	711 091	878 495	99 593
<i>Titre 3 Autres ressources</i>	932 651	214 506	75 128	186 176	135 462
<i>Total Ressources</i>	43 665 698	42 921 491	28 693 646	47 848 123	40 341 706
<i>Titre 1 Remboursement des dettes financières</i>	11 142 432	8 727 431	8 994 615	8 718 745	9 115 908
<i>Titre 2 Immobilisations</i>	30 329 095	27 333 532	31 519 029	27 180 117	23 365 599
<i>Titre 3 Autres emplois</i>	0	698 838	4 000	800	11 000
<i>Total Emplois</i>	41 471 527	36 759 801	40 517 644	35 899 662	32 492 507
<i>Apport au FDR ou prélèvement</i>	2 194 171	6 161 690	-11 823 998	11 948 461	7 849 199
<i>Taux d'emprunt sur immobilisation</i>	66,21%	73,17%	33,56%	107,44%	81,32%
<i>Source: comptes financiers CHD Vendée 2012-2016</i>					

Tableau n° 22 : les dépenses d'investissement (source CHDV)

	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL 5 ANS
<i>sous-total travaux</i>	21 174 665,57	18 025 681,52	22 848 521,30	13 853 899,69	9 921 478,26	85 824 246,34
<i>sous-total informatique</i>	-	584 047,20	618 833,86	1 470 197,92	3 200 614,04	5 873 693,02
<i>sous-total équipements biomédicaux</i>	2 260 368,25	957 810,00	682 936,52	4 088 624,22	2 062 194,39	10 051 933,38
<i>sous total des opérations majeures en montant d'investissement</i>	23 435 033,82	19 567 538,72	24 150 291,68	19 412 721,83	15 184 286,69	101 749 872,74
<i>autres dépenses travaux</i>	932 600,99	2 203 370,05	1 864 409,70	2 413 697,31	1 820 267,74	9 234 345,79
<i>autres dépenses équipements biomédicaux</i>	2 231 119,24	2 399 438,46	2 193 772,48	1 588 846,78	3 381 639,61	11 794 816,57
<i>autres dépenses équipements non médicaux</i>	2 257 265,82	1 986 033,69	1 365 101,00	1 713 779,00	1 466 337,00	8 788 516,51
<i>autres dépenses informatiques</i>	1 473 075,03	1 177 151,91	1 945 452,44	2 051 072,08	1 513 067,96	8 159 819,42
<i>sous-total autres dépenses courantes</i>	6 894 061,08 €	7 765 994,11	7 368 735,62	7 767 395,17	8 181 312,31	37 977 498,29
TOTAL DES DEPENSES INVESTISSEMENTS	30 329 094,90	27 333 532,83	31 519 027,30	27 180 117,00	23 365 599,00	139 727 371,03

Tableau n° 23 : financement disponible pour les opérations majeures

	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL 5 ANS
INVESTISSEMENT COURANT	6 894 061,08	7 765 994,11	7 368 735,62	7 767 395,17 €	8 181 312,31 €	37 977 498,29
CAF NETTE	7 109 917,00	8 730 873,00	8 334 518,00	8 863 506,00	11 990 743,00	45 029 557,00
CAF NETTE - INVESTISSEMENT COURANT	215 855,92	964 878,89	965 782,38	1 096 110,83	3 809 430,69	7 052 058,71

Source : CHDV

Tableau n° 24 : données sur l'endettement – ratios relatifs à l'autorisation d'emprunter

<i>Données sur l'endettement de 2012-2016</i>					
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Encours de la dette au 31/12</i>	87 978 808	99 205 271	100 671 205	121 153 660	131 037 751
<i>Charges financières au 31/12</i>	2 440 318	2 977 358	3 063 564	3 493 284	3 457 145
<i>Dont emprunts (c/6611)</i>	2 431 340	2 977 358	3 060 684	3 493 284	3 457 145
<i>dont ligne de trésorerie (c/6615)</i>	8 978		2 880		

<i>Ratios sur l'endettement</i>	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Taux indépendance financière (en %)</i>	47,8 %	49 %	49,2 %	52,2 %	54,1%

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

<i>Ratios sur l'endettement</i>	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Durée apparente de la dette (en année)</i>	4,81	5,768	5,81	6,89	6,21
<i>Ratio encours de la dette /total des produits (-7087)</i>	34,61 %	37,20 %	35,50 %	41,03%	41 %

Source : comptes financiers CHD Vendée

Tableau n° 25 : données de comparaison sur le FRNG, le BFR et la trésorerie

	2012	2013	2014	2015	2016
<i>FRNG du centre hospitalier</i>	19,33 M€	25,45 M€	13,5 M€	28,14 M€	30,5 M€
<i>En nombre de jours de charges courantes</i>	29,34	37,47	18,61	37,1	35,06
<i>Médiane (Nbre de jours)</i>	43,5	44,91	46,33	43,8	45,5
<i>BFR du centre hospitalier</i>	12,02 M€	14,36 M€	10,9 M€	22,63 M€	17,67 M€
<i>En nombre de jours de charges courantes</i>	20,93	21,14	15,04	29,75	21,8
<i>Médiane (Nbre de jours)</i>	39,36	36,44	37,75	35,9	35,5
<i>Trésorerie du centre hospitalier</i>	7,31 M€	11,08 M€	2,58 M€	5,5 M€	12,86 M€
<i>En nombre de jours de charges courantes</i>	11,1	16,33	3,56	7,25	16
<i>Médiane (Nbre de jours)</i>	1,43	8,73	7,89	5,7	5,33
<i>Source : rapports du comptable sur le compte financier</i>					

Tableau n° 26 : les crédits notifiés par l'ARS

<i>Enveloppe</i>	<i>Sous enveloppe</i>	<i>Mode de délégation</i>	<i>Montant Notifié - TOTAL 2015</i>	<i>Montant Notifié - TOTAL 2016</i>	<i>Montant Notifié TOTAL 2017</i>	<i>Ecart 2016-2015</i>	<i>Ecart 2017-2016</i>	<i>Tx évol. 2017/2015</i>
<i>DAF</i>	<i>SSR</i>	BASE	12 856 698,00	12 932 784,00	11 888 544,00	76 086,00	-1 044 240,00	-7,53%
		CNR	99 695,00	31 744,00	58 631,00	-67 951,00	26 887,00	-41,19%
		CR	76 086,00	36 537,00	431,00	-39 549,00	-36 106,00	-99,43%
<i>TOTAL DAF</i>			13 032 479,00	13 001 065,00	11 947 606,00	-31 414,00	-1 053 459,00	-8,32%
<i>Dotations de soins USLD</i>	<i>Dotations de soins USLD</i>	BASE	3 531 405,00	3 531 405,00	3 532 180,00	0,00	775,00	0,02%
		CR	0,00	775,00		775,00	-775,00	SO
<i>TOTAL Dotations de soins USLD</i>			3 531 405,00	3 532 180,00	3 532 180,00	775,00	0,00	0,02%
<i>FIR</i>	<i>Médoco-Social</i>	<i>Intervention (Ex. cour.)</i>		374 367,00	363 367,00	374 367,00	-11 000,00	SO

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE VENDEE

Enveloppe	Sous enveloppe	Mode de délégation	Montant Notifié - TOTAL 2015	Montant Notifié - TOTAL 2016	Montant Notifié - TOTAL 2017	Ecart 2016-2015	Ecart 2017-2016	Tx évol. 2017/2015
	Prévention	Intervention (Ex. cour.)		1 724 415,00	1 802 785,00	1 724 415,00	78 370,00	SO
	Sanitaire	Intervention (Ex. cour.)		7 262 071,00	7 124 815,00	7 262 071,00	-137 256,00	SO
		Intervention (Ex. cour.)		34 750,00		34 750,00	-34 750,00	SO
	Autres	Sans objet	7 452 463,00			-7 463,00	0,00	-100,00%
	Sanctuarisé Médico-social	Sans objet	23 000,00			-23 000,00	0,00	-100,00%
	Sanctuarisé santé	Sans objet	1 231 809,00			-1 809,00	0,00	-100,00%
TOTAL FIR			8 707 272,00	9 395 603,00	9 290 967,00	688 331,00	-104 636,00	6,70%
Forfaits	CPO	Sans objet	328 196,00	387 030,00	360 830,00	58 834,00	-26 200,00	9,94%
	DMA_SSR	Sans objet			1 012 369,00	0,00	1 012 369,00	SO
	FAU	Sans objet	4 042 521,00	4 442 510,00	4 780 873,00	399 989,00	338 363,00	18,26%
	IFAQ	Sans objet		500 000,00	461 714,00	500 000,00	-38 286,00	SO
TOTAL Forfaits			4 370 717,00	5 329 540,00	6 615 786,00	958 823,00	1 286 246,00	51,37%
MIGAC	AC	BASE	2 834 537,00	2 812 842,00	2 812 842,00	-21 695,00	0,00	-0,77%
		CNR	500 000,00	147 142,00	183 726,00	-352 858,00	36 584,00	-63,25%
	MIG	BASE	2 875,00	1 113 548,00	1 084 112,00	1 110 673,00	-29 436,00	37608,24%
		CNR	4 398 146,00	14 000,00	12 414,00	-4 146,00	-1 586,00	-99,72%
		CR	41 257,00	-29 436,00	12 414,00	-70 693,00	41 850,00	-69,91%
		JPE	3 057 621,00	6 291 979,00	6 549 520,00	3 234 358,00	257 541,00	114,20%
		JPE_MERRI	4 066 321,00	5 360 164,00	5 304 534,00	1 293 843,00	-55 630,00	30,45%
	MIG_SSR	JPE	0	0,00	42 119,00	0,00	42 119,00	SO
TOTAL MIGAC			14 900 757,00	15 710 239,00	16 001 681,00	809 482,00	291 442,00	7,39%
TOTAL			44 542 630,00	46 968 627,00	47 388 220,00	2 425 997,00	419 593,00	6,39%

Source : CRC, d'après tableaux fournis par l'ARS (montants en €).

Tableaux référencés n° 27 : éléments de la situation financière au terme de l'exercice 2017

<i>Compte de résultat principal</i>								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution en €	Évolution en %
Charges								
<i>Titre 1 Charges de personnel</i>	154 726 578	161 346 681	169 453 327	173 022 119	177 136 625	185 758 640	31 032 062	20%
<i>Titre 2 Charges à caractère médical</i>	45 844 746	46 057 199	53 663 206	57 867 213	59 454 657	64 726 159	18 881 413	41%
<i>Titre 3 charges à caractère hôtelier et général</i>	19 205 394	19 429 890	20 070 431	22 132 542	35 394 633	35 805 604	16 600 210	86%
<i>Titre 4 Charges d'amortissement, de provisions</i>	18 970 608	19 273 832	19 790 682	22 396 869	25 466 208	28 999 609	10 029 001	53%
Total	238 747 327	246 107 602	262 977 647	275 418 743	297 452 123	315 290 012	76 542 685	32%
Produits								
<i>Titre 1 produits versés par l'AM</i>	196 369 313	194 869 471	204 278 315	220 431 470	232 390 828	242 712 829	46 343 516	24%
<i>Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière</i>	15 270 090	15 777 779	16 129 033	16 517 064	16 823 137	16 806 992	1 536 902	10%
<i>Titre 3 Autres Produits</i>	30 551 942	37 759 469	43 661 415	38 169 871	49 808 038	54 505 422	23 953 480	78%
Total	242 191 344	248 406 719	264 068 763	275 118 404	299 022 004	314 025 243	71 833 899	30%
Excédent/déficit	3 444 018	2 299 117	1 091 116	-300 339	1 569 881	-1 264 769	-4 708 787	-137%

Source: comptes financiers CHD Vendée

<i>Écarts réalisation - prévision - Compte de résultat principal - 2017</i>				
Chap.	Charges	Prévisions initiales*	Réalisations	Ecart réal°/prév.°
<i>Titre 1</i>	Charges de personnel	184 167 085 €	185 758 640	0,86%
<i>Titre 2</i>	Charges à caractère médical	58 334 794 €	64 726 159	10,96%
<i>Titre 3</i>	Charges à caractère hôtelier et général	35 146 730 €	35 805 604	1,87%
<i>Titre 4</i>	Charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	26 012 371 €	28 999 609	11,48%
	TOTAL DES CHARGES	303 660 980 €	315 290 012 €	3,83%
	EXCEDENT	489 142 €	- 1 264 769 €	

<i>Écarts réalisation - prévision - Compte de résultat principal - 2017</i>				
<i>Chap.</i>	Produits	Prévisions initiales*	Réalisations	Ecart réal°/prév.°
<i>Titre 1</i>	Produits versés par l'assurance maladie	238 110 467 €	242 712 829	1,93%
<i>Titre 2</i>	Autres produits de l'activité hospitalière	17 889 688 €	16 806 992	-6,05%
<i>Titre 3</i>	Autres produits	48 149 967 €	54 505 422	13,20%
	TOTAL DES PRODUITS	304 150 122 €	314 025 243 €	3,25%
	DEFICIT			

* EPRD initial hors décisions modificatives ; source :CRC selon compte financier 2017

<i>Résultats comptables par activité CHD Vendée 2012-2017</i>								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolutions en €	Evolutions en %
<i>Budget Principal</i>	3 444 017	2 299 117	1 091 116	-300 339	1 569 881	-1 264 769	-4 708 786	-137%
<i>Budget Annexe B (USLD)</i>	567 360	560 153	459 688	253 955	417 217	425 095	-142 265	-25%
<i>Budget Annexe E (EHPAD)</i>	-343 473	-30 818	802 875	346 229	83 657	-190 726	152 747	-44%
<i>Budget Annexe N (SSIAD)</i>	56 040	81 217	3 357	16 121	-14 544	-27 012	-83 052	-148%
<i>Budget Annexe P 2 (Foyer occupationnel)</i>	-30 406	7 440	68 300	76 404	50 928	80 899	111 305	-366%
<i>Budget Annexe C (écoles et instituts)</i>	79 492	22 858	82 899	-213 781	29 332	-80 397	-159 889	-201%
<i>Budget annexe G (GHT)</i>						0		
Total	3 773 030	2 939 967	2 508 235	178 589	2 136 471	-1 056 910	-4 829 940	-128%

Source: Comptes financiers CHD Vendée

<i>Résultat comptable de l'USLD par section tarifaire 2012-2017</i>						
<i>Sections tarifaires</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Hébergement</i>	-51 660,57	-11 981,83	14 307,35	-89 155,98	44 036,86	-44 733
<i>Dépendance</i>	23 659,95	-128 133,63	-109 443,60	40 321,67	52 244,76	80 851,66
<i>Soins</i>	595 360,84	700 268,09	554 824,05	302 789,11	320 935,44	389 670,44
Total	567 360,22	560 152,63	459 687,80	253 954,80	417 217,06	425 095,66

Source : comptes financiers

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CHD Vendée capacité d'autofinancement						
Capacité brute d'autofinancement	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Résultat comptable de l'exercice	3 773 031	2 939 965	2 508 234	178 588	2 136 369	-1 056 911
+ Dotations aux amortissements et aux provisions (C68)	17 229 192	17 309 091	18 251 996	19 438 075	23 821 471	27 135 997
- reprise sur amortissements et provisions (C78)	2 031 373	2 735 026	2 835 923	2 129 431	4 267 429	6 719 834
- neutralisations des amortissements (C776)						
+ valeur nette comptable des actifs cédés (C 675)	488 516	757 965	103 956	962 412	195 615	38 813
- produits des cessions d'éléments d'actifs (C 775)	797 031	214 477	75 128	185 731	133 763	86 250
- quote part des subventions d'investissements (C777)	409 986	599 214	624 002	681 662	645 612	944 803
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT BRUTE	18 252 349	17 458 304	17 329 133	17 582 251	21 106 651	18 367 012
Remboursement des dettes financières (hors CLTR et cautionnement)						
Sources comptes financiers CH Vendée montants en €						

Tableau de financement CHD Vendée 2012-2017 en €						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CAF	18 252 349	17 458 304	17 329 133	17 582 252	21 106 651	18 367 012
Titre 1 Emprunts	20 080 000	20 000 000	10 578 294	29 201 200	19 000 000	20 000 000
Titre 2 Dotations et subventions	4 400 698	5 248 681	711 091	878 495	99 593	4 808 878
Titre 3 Autres ressources	932 651	214 506	75 128	186 176	135 462	86 348
Total Ressources	43 665 698	42 921 491	28 693 646	47 848 123	40 341 706	43 262 238
Titre 1 Remboursement des dettes financières	11 142 432	8 727 431	8 994 615	8 718 745	9 115 908	10 355 543
Titre 2 Immobilisations	30 329 095	27 333 532	31 519 029	27 180 117	23 365 599	26 239 070
Titre 3 Autres emplois	0	698 838	4 000	800	11 000	4 431 000
Total Emplois	41 471 527	36 759 801	40 517 644	35 899 662	32 492 507	41 025 613
Apport au FDR ou prélèvement	2 194 171	6 161 690	-11 823 998	11 948 461	7 849 199	2 236 625
Taux d'emprunt sur immobilisation	66,21%	73,17%	33,56%	107,44%	81,32%	76,22%
Source : comptes financiers CHD Vendée 2012-2017						

Tableau n° 28 : évolution constatée du taux de marge brute (toutes activités confondues)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Taux de marge brute aide comprise</i>	8,52%	8,16%	7,79%	7,40%	7,38%	7,79%	6,86%
<i>Taux de marge brute hors aide</i>	6,96%	6,55%	6,23%	5,83%	5,89%	6,41%	NC

Source : CRC, selon documents du CHDV

Annexe n° 5. La chaîne de facturation

Tableau n° 1 : Montant et composition des titres à recouvrer

<i>CHD Vendée- créances à recouvrer au 31/12+JC</i>							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012-2017 variation en %
<i>hospitalisés et consultants</i>	2 297 927	2 577 100	2 382 845	2 332 564	1 978 089	2 006 255	-12,69%
<i>caisse sécurité sociale</i>	11 918 246	10 797 720	13 142 711	13 023 183	15 209 589	16 213 635	36,04%
<i>État</i>	90 359	80 850	58 581	67 028	25 987	13 533	-85,02%
<i>départements</i>	840 637	1 106 028	684 507	735 917	894 055	859 285	2,22%
<i>autres tiers payants (mutuelles) 4115</i>	2 690 583	2 693 486	2 727 067	3 328 890	2 597 618	2 521 627	-6,28%
<i>autres débiteurs</i>	245 786	195 051	265 616	429 815	112 946	23 975	-90,25%
TOTAL	18 083 538	17 450 235	19 261 327	19 917 397	20 818 284	21 638 310	19,66%

Source: CHD Vendée: comptes financiers, montants en €

Tableau n° 2 : Nombre de titres à recouvrer

<i>Restes à recouvrer au 31 décembre CHD Vendée</i>								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution Nbre de titres 2012-2017	Evolution en %
	Nbre de titres							
<i>Hospitalisés et consultants</i>	23 111	24 158	22 587	25 251	16 641	13 519	-9 592	-41,50%
<i>Caisse de sécurité sociale</i>	18 355	23 923	14 623	15 330	15 879	16 490	-1 865	-10,16%
<i>État</i>	1 551	1 509	1 155	1 216	30	33	-1 518	-97,87%
<i>Département</i>	451	562	338	401	565	488	37	8,20%
<i>Autres tiers payants</i>	24 815	22 421	23 342	28 041	19 731	18 847	-5 968	-24,05%
<i>Autres débiteurs</i>	176	132	179	163	100	98	-78	-44,32%
Total	68 459	72 705	62 224	70 402	52 946	49 475	-18 984	-27,73%

Source: comptes financiers ; CHD Vendée 2012-2017

Tableau n° 3 : Montant des restes à recouvrer des hospitalisés et consultants ainsi que des mutuelles

ANNEES	2012	2013	2014	2015	2016	variation moyenne annuelle
Total des restes à recouvrer hospitalisés et consultants (4111+4161)	2 297 927	2 577 100	2 382 845	2 332 564	1 978 089	-3,68%
Dont antérieurs N-1	303 093	250 372	306 911	312 115	228 533	-6,82%
Dont antérieurs N-4	111 238	90 183	92 376	91 916	41 101	-22,03%
Total des restes à recouvrer autres tiers payants (4115+4165)	2 690 583	2 693 486	2 727 067	3 328 890	2 597 618	-0,88%
Dont antérieurs N-1	81 932	12 094	7 327	12 914	207	-77,58%
Dont antérieurs N-4	44 254	0	0	0	0	-100,00%

Tableau n° 4 : nombre de titres à recouvrer pour les hospitalisés et consultants

NOMBRE DE TITRES A RECOUVRER Hospitalisés et consultants						
	2012	2013	2014	2015	2016	variation moyenne annuelle
Nombre de titres (4111)	23 111	24 158	22 587	25 251	16 641	-7,88%
Nombre de titre N	10 021	12 199	11 598	13 243	10 737	1,74%
Nombre de titre N-1	4 604	4 046	5 466	5 398	2 862	-11,21%
Nombre de titre N-4	1 308	1 078	965	878	311	-30,17%
Source : comptes financiers CHD Vendée						

Tableau n° 5 : taux de facturation en recouvrement direct

Taux de facturation en recouvrement direct CHD Vendée					
Budget principal	2012	2013	2014	2015	2016
Titre 1 (produits versés par l'AM)	196 369 313	194 869 471	204 278 314	220 431 470	232 390 828
Titre 2 (autres produits activité hospitalière)	15 270 090	15 777 779	16 129 033	16 517 063	16 823 137
Total	211 639 403	210 647 250	220 407 347	236 948 533	249 213 965
% titre 2 sur total (titre 1 + titre 2)	7,22%	7,49%	7,32%	6,97%	6,75%
Source: comptes financiers CHD Vendée					

Tableau n° 6 : délais de rotation des créances amiables

<i>CHD Vendée- délais de rotation des créances amiables au 31/12+JC</i>						
	2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne
<i>Hospitalisés et consultants</i>	55,57	97,58	70,5	70,38	54,28	69,662
<i>Caisse sécurité sociale</i>	15,35	14,43	20,33	19,46	20,87	18,088
<i>Départements</i>	54,6	84,22	44,84	49,91	44,67	55,648
<i>Mutuelles</i>	68,39	65,07	64,87	76,35	51,2	65,176
<i>Source : calculs réalisés CRC ; comptes financiers (soldes/total crédit)*365</i>						

Tableau n° 7 : délais de rotation des créances contentieuses

<i>CHD Vendée- délai de rotation des créances contentieuses au 31/12+JC</i>						
	2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne
<i>Hospitalisés et consultants</i>	454,92	637,54	404,98	503,36	344,49	469,058
<i>Caisse sécurité sociale</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Départements</i>	66,76	875,74	0,47	0	0	188,594
<i>Mutuelles</i>	624,84	9,43	20,3	3,96	0,09	131,724
<i>Source : calculs réalisés CRC ; comptes financiers (soldes/total crédit)*365</i>						

Tableau n° 8 : taux de facturation en recouvrement direct

<i>CHD Vendée taux de recouvrement direct par les régies</i>					
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Titre 2 (autres produits activité hospitalière)</i>	15 270 090	15 777 779	16 129 033	16 517 063	16 823 137
<i>Recette des régies (C/4711)</i>	4 460 744	4 611 252	4 572 460	5 594 257	5 705 912
<i>Ratio recettes régie sur titre 2 en %</i>	29,21%	29,23%	28,35%	33,87%	33,92%
<i>Source : comptes financiers CHD Vendée</i>					

Tableau n° 9 : le nombre de chambres individuelles

<i>La répartition des chambres doubles et individuelles</i>			
	Nbre de chambres	Nbre de chambres individuelles	Part des chambres individuelles
<i>Médecine</i>	440	358	81,36%
<i>Chirurgie</i>	128	113	88,28%
<i>Obstétrique</i>	56	48	85,71%
Total MCO	624	519	83,17%
<i>SSR</i>	170	137	80,59%
Total MCO+ SSR	794	656	82,62%

Tableau n° 10 : Simulation tarifaire, secteur MCO

<i>Facturation chambres individuelles MCO CHD Vendée 2012-2016</i>					
MCO	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Nombre de chambres individuelles</i>	369	382	403	436	519
<i>Tarif chambre individuelle *</i>	48,00	48,00	48,00	48,00	48,00
<i>Facturation maximale (nombre de chambres x tarif x 365)</i>	6 464 880	6 692 640	7 060 560	7 638 720	9 092 880
<i>Taux d'occupation**</i>	85,61	87,23	87,36	87,58	87,59
<i>Facturation attendue (facturation maximale x taux d'occupation)</i>	5 534 584	5 837 990	6 168 105	6 689 991	7 964 454
Facturation réelle (réalisée)	633 554	1 053 324	1 449 456	2 047 205	2 627 819
<i>% facturation réalisée / facturation attendue</i>	11,4%	18,0%	23,5%	30,6%	33,0%
<i>% facturation réalisée / facturation maximale</i>	9,8%	15,7%	20,5%	26,8%	28,9%
Solde (facturation réalisée - facturation maximale)	-5 831 326	-5 639 316	-5 611 104	-5 591 515	-6 465 061
<i>* Moyenne</i>					
<i>** Taux fournis par le CHD Vendée</i>					
<i>Source: CHD Vendée</i>					

Tableau n° 11 : Simulation tarifaire, secteur SSR

<i>Facturation chambres individuelles SSR CHD Vendée 2012-2016</i>					
<i>SSR</i>	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Nombre de chambres individuelles</i>	135	135	135	136	137
<i>Tarif chambre individuelle</i>	47	47	47	47	47
<i>Facturation maximale (nombre de chambres x tarif x 365)</i>	2 315 925	2 315 925	2 315 925	2 333 080	2 350 235
<i>Taux d'occupation*</i>	91,02	93,74	96,35	97,48	94,96
<i>Facturation attendue (facturation maximale x taux d'occupation)</i>	2 107 955	2 170 948	2 231 394	2 274 286	2 231 783
<i>Facturation réelle (réalisée)</i>	194 946	432 176	489 603	482 072	506 191
<i>% de facturation</i>	9,2%	19,9%	21,9%	21,2%	22,7%
<i>Solde (facturation réalisée - facturation maximale)</i>	-1 913 009	-1 738 772	-1 741 791	-1 792 214	-1 725 592
<i>Source: CHD Vendée</i>					
<i>* Taux d'occupation des services du SSR</i>					

Tableau n° 12 : Simulation tarifaire, secteurs MCO et SSR

<i>Facturation Totale chambres individuelles MCO+SSR CHD Vendée 2012-2016</i>					
<i>MCO+SSR</i>	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Nombre de chambres individuelles</i>	504	517	538	572	656
<i>Facturation maximale</i>	8 780 805	9 008 565	9 376 485	9 971 800	11 443 115
<i>Facturation attendue</i>	7 642 539	8 008 938	8 399 499	8 964 277	10 196 237
<i>Facturation réelle (réalisée)</i>	828 500	1 485 500	1 939 059	2 529 277	3 134 010
<i>EPRD (montant inscrit)</i>	584 389	1 000 000	1 800 000	2 200 000	2 600 000
<i>% facturation réalisée / facturation attendue</i>	10,8%	18,6%	23,1%	28,2%	30,7%
<i>% facturation réalisée / facturation maximale</i>	9,4%	16,5%	20,7%	25,4%	27,4%
<i>% facturation réalisée / EPRD</i>	142,0%	149,0%	108,0%	115,0%	121,0%
<i>Solde (facturation réalisée - facturation maximale)</i>	-7 952 305	-7 523 065	-7 437 426	-7 442 523	-8 309 105
<i>Source: CHD Vendée</i>					

Annexe n° 6. La gestion des ressources humaines

Tableau n° 1 : l'évolution des effectifs médicaux et para médicaux

Total Personnel établissements EPTR moyens réalisés 2012-2016							
	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016 en nombre	Evolution 2012-2016 en %
Personnel médical	246,27	267,35	279,91	291,42	300,84	54,57	22,16%
Personnel non médical	3 160,97	3 244,47	3 325,61	3 423,72	3 518,60	357,63	11,31%
Total	3 407,24	3 511,82	3 605,52	3 715,14	3 819,44	412,20	12,10%
Source: bilans sociaux CHD Vendée 2012-2016							

Tableau n° 2 : l'évolution des effectifs non médicaux pour l'ensemble de l'établissement

Compte de résultat consolidé								
Statut	année	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution ETP 2012-2016	Evolution en % 2012-2016
PNM - Titulaires et stagiaires	Personnel administratif	261,80	270,86	291,41	288,34	284,91	23,11	8,83%
	dont personnel de direction	8,98	9,58	9,53	9,00	9,20	0,22	2,51%
	Personnel soignant et éducatif	1870,13	1902,96	1952,67	1963,50	2020,72	150,59	8,05%
	Personnel technique et ouvrier	247,49	252,33	256,14	249,61	245,90	-1,59	-0,64%
	Personnel médico-technique	151,73	155,57	159,63	165,26	163,90	12,17	8,02%
	Sous-total titulaires et stagiaires	2531,15	2581,72	2659,85	2666,71	2715,43	184,28	7,28%
PNM - Contrats à durée indéterminée	Personnel administratif	21,87	21,46	13,61	11,38	14,14	-7,73	-35,35%
	Personnel soignant et éducatif	31,33	33,81	31,76	30,74	31,91	0,58	1,85%
	Personnel technique et ouvrier	18,80	20,07	22,01	25,52	35,48	16,68	88,72%
	Personnel médico-technique	3,12	2,15	2,32	1,75	0,60	-2,52	-80,77%
	Sous-total CDI	75,12	77,49	69,70	69,39	82,13	7,01	9,33%
PNM - Contrats à durée déterminée	Personnels administratifs	70,92	73,69	60,18	83,10	98,67	27,75	39,13%
	Personnel soignant et éducatif	396,03	421,77	447,56	498,79	499,37	103,34	26,09%

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Compte de résultat consolidé								
	Personnel technique et ouvrier	62,84	74,02	74,18	72,78	84,27	21,43	34,10%
	Personnel médico-technique	35,50	33,16	32,40	34,60	35,31	-0,19	-0,54%
	Sous-total CDD	565,29	602,64	614,32	689,27	717,62	152,33	26,95%
<i>PNM - Contrats soumis à dispositions particulières</i>	Apprentis	2,34	1,98	2,66	1,93	1,91	-0,43	-18,38%
	Contrat d'Accompagnement dans l'emploi (CAE/CUI)	3,82	2,35	1,38	2,13	1,64	-2,18	-57,07%
	autres (détailler pour chaque catégorie)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
	Sous-total contrats dispositions particulières.	6,16	4,33	4,04	4,06	3,55	-2,61	-42,37%
Total général PNM		3 177,72	3 266,18	3 347,91	3 429,43	3 518,73	341,01	10,73%
<i>Source: DRH CHD Vendée</i>								

Tableau n° 3 : l'évolution des effectifs non médicaux pour l'activité principale de l'établissement

Compte de résultat principal								
Statut	année	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution ETP 2012-2016	Evolution 2012-2016 en %
PNM - Titulaires et stagiaires	Personnel administratif	251,46	260,69	281,19	276,36	273,12	21,66	8,61%
	<i>dont personnel de direction</i>	7,98	8,58	8,53	8,00	7,87	8,87	-1,32%
	Personnel soignant et éducatif	1602,99	1650,86	1695,24	1699,67	1745,26	142,27	8,88%
	Personnel technique et ouvrier	234,56	239,90	244,52	241,80	240,12	5,56	2,37%
	Personnel médico-technique	151,73	155,57	159,63	165,26	163,90	12,17	8,02%
	Sous-total titulaires et stagiaires	2240,74	2307,02	2380,58	2383,09	2422,40	181,66	8,11%
PNM - Contrats à durée indéterminée	Personnel administratif	20,67	20,26	12,41	10,18	12,70	-7,97	-38,56%
	Personnel soignant et éducatif	28,79	30,63	28,57	27,51	26,97	-1,82	-6,32%
	Personnel technique et ouvrier	18,80	20,07	22,01	25,52	35,48	16,68	88,72%
	Personnel médico-technique	3,12	2,15	2,32	1,75	0,60	-2,52	-80,77%
	Sous-total CDI	71,38	73,11	65,31	64,96	75,75	4,37	6,12%
PNM - Contrats à durée déterminée	Personnels administratifs	70,03	72,26	59,31	82,13	97,27	27,24	38,90%
	Personnel soignant et éducatif	287,16	301,45	314,85	331,60	335,45	48,29	16,82%

	Personnel technique et ouvrier	60,81	71,41	73,10	72,78	84,27	23,46	38,58%
	Personnel médico-technique	35,50	33,16	32,40	34,60	35,31	-0,19	-0,54%
	Sous-total CDD	453,50	478,28	479,66	521,11	552,30	98,80	21,79%
PNM - Contrats soumis à dispositions particulières	Apprentis	2,34	1,98	2,66	1,93	1,91	-0,43	-18,38%
	Contrat d'Accompagnement dans l'emploi (CAE/CUI)	3,39	2,35	1,22	0,01	0,00	-3,39	-100,00%
	autres (détailler pour chaque catégorie)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
	Sous-total contrats dispositions particulières.	5,73	4,33	3,88	1,94	1,91	-3,82	-66,67%
Total général PNM		2 771,35	2 862,74	2 929,43	2 971,10	3 052,36	281,01	10,14%

Source : DRH, CHD Vendée

Tableau n° 4 : l'évolution des effectifs non médicaux pour l'USLD

Compte de résultat Annexe USLD								
Statut	année	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution ETP 2012-2016	Evolution 2012-2016 en %
PNM - Titulaires et stagiaires	Personnel administratif	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,00	0,00%
	<i>dont personnel de direction</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
	Personnel soignant et éducatif	67,10	59,95	60,94	56,65	52,38	-14,72	-21,94%
	Personnel technique et ouvrier	1,94	1,86	1,60	1,00	0,94	-1,00	-51,55%
	Personnel médico-technique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
	Sous-total titulaires et stagiaires	69,44	62,21	62,94	58,05	53,72	-15,72	-22,64%
PNM - Contrats à durée indéterminée	Personnel administratif	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Personnel soignant et éducatif	0,00	0,31	0,37	0,00	0,07	0,07	
	Personnel technique et ouvrier	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Personnel médico-technique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Sous-total CDI	0,00	0,31	0,37	0,00	0,07	0,07	
PNM - Contrats à durée déterminée	Personnels administratifs	0,50	0,50	0,00	0,00	0,00	-0,50	-100,00%
	Personnel soignant et éducatif	30,04	36,86	36,54	50,58	56,80	26,76	89,08%
	Personnel technique et ouvrier	0,60	0,79	0,00	0,00	0,00	-0,60	-100,00%
	Personnel médico-technique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
	Sous-total CDD	31,14	38,15	36,54	50,58	56,80	25,66	82,40%

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Compte de résultat Annexe USLD								
<i>PNM - Contrats soumis à dispositions particulières</i>	Apprentis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
	Contrat d'Accompagnement dans l'emploi (CAE/CUI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
	autres (détailler pour chaque catégorie)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
	Sous-total contrats dispositions particulières.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!
Total général PNM		100,58	100,67	99,85	108,63	110,59	10,01	9,95%
<i>Source: DRH CHD Vendée</i>								

Tableau n° 5 : l'évolution des effectifs non médicaux pour l'EHPAD

Compte de résultat Annexe EHPAD								
Statut	année	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution ETP 2012-2016	Evolution 2012-2016 en %
<i>PNM - Titulaires et stagiaires</i>	Personnel administratif	2,38	2,27	2,24	2,24	2,26	-0,12	-5,04%
	<i>dont personnel de direction</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	0,00	
	Personnel soignant et éducatif	140,04	134,35	137,86	141,11	152,63	12,59	8,99%
	Personnel technique et ouvrier	9,94	9,51	8,80	5,78	3,82	-6,12	-61,57%
	Personnel médico-technique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Sous-total titulaires et stagiaires	152,36	146,13	148,90	149,13	158,71	6,35	4,17%
<i>PNM - Contrats à durée indéterminée</i>	Personnel administratif	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Personnel soignant et éducatif	1,53	1,81	1,80	2,65	4,87	3,34	
	Personnel technique et ouvrier	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Personnel médico-technique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Sous-total CDI	1,53	1,81	1,80	2,65	4,87	3,34	
<i>PNM - Contrats à durée déterminée</i>	Personnels administratifs	0,03	0,23	0,00	0,00	0,00	-0,03	-100,00%
	Personnel soignant et éducatif	68,67	72,11	84,16	105,23	99,50	30,83	44,90%
	Personnel technique et ouvrier	1,43	1,82	1,04	0,00	0,00	-1,43	
	Personnel médico-technique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Sous-total CDD	70,13	74,16	85,20	105,23	99,50	29,37	41,88%
	Apprentis	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	

Compte de résultat Annexe EHPAD								
PNM - Contrats soumis à dispositions particulières	Contrat d'Accompagnement dans l'emploi (CAE/CUI)	0,00	0,00	0,00	0,74	0,36	0,36	
	autres (détailler pour chaque catégorie)	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	
	Sous-total contrats dispositions particulières.	0,00	0,00	0,00	0,74	0,36	0,36	
Total général PNM		224,02	222,10	235,90	257,75	263,44	39,42	17,60%
<i>Source: DRH CHD Vendée</i>								

Tableau n° 6 : l'indicateur RH4 nombre d'IDE et AS par cadre, Hospidiag

	Etabl.	Région		Catégorie		Typologie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2012	26	17.1	30.3	18.1	31.9	19.4	22.7
2013	24.6	16.9	32.9	18.9	32.6	19	22
2014	26.6	18.9	34.6	19.5	33.7	19.2	23
2015	26.1	19.6	32.9	19.8	32.8	19.9	23.5
2016	25.4	19.7	38.1	19.6	33	19.9	24.4

Tableau n° 7 : l'indicateur RH 5, nombre d'IADE par anesthésiste, Hospidiag

	Etabl.	Région		Catégorie		Typologie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2012	2.8	0.9	2.8	1.2	2.5	0.2	1
2013	2.4	0.9	2.5	1.2	2.5	0.1	0.8
2014	2.4	0.7	2.6	1.3	2.5	0.1	1
2015	2.4	0.9	3.3	1.3	2.5	0.2	1
2016	2.4	0.7	2.4	1.3	2.5	0.2	0.9

Tableau n° 8 : l'indicateur P4, coût du PNM rapporté aux recettes, Hospidiag

	Etabl.	Région		Catégorie		Typologie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2012	26.1	22.9	29.5	23.4	29.5	22.7	24.7
2013	29	23.4	31.5	24.8	31.2	23	25.8
2014	28.7	24.8	31.5	25	31.5	23.2	25.6
2015	28.2	22.9	31.1	24.2	30.8	22.3	25.5
2016	29.4	28	36.4	27	39.4	24	26.5

Tableau n° 9 : évolution de l'effectif médical

<i>Personnel médical EPTR moyens réalisés 2012-2016</i>							
	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution en Nbre 2012-2016	Évolution en % 2012-2016
<i>Personnel médical</i>							
<i>PH temps plein</i>	175,22	180,56	189,82	195,97	208,20	32,98	18,82%
<i>PH temps partiel</i>	5,69	5,52	5,08	4,35	4,21	-1,48	-26,01%
<i>Praticiens attachés</i>	5,49	4,47	4,29	4,38	3,25	-2,24	-40,80%
<i>Praticiens attachés associés</i>	6,56	5,31	3,45	2,48	4,98	-1,58	-24,09%
<i>Praticiens contractuels</i>	33,01	47,15	44,34	49,55	50,93	17,92	54,29%
<i>Assistants des hôpitaux</i>	20,30	24,34	32,93	34,69	29,27	8,97	44,19%
<i>Assistants associés</i>							
Total	246,27	267,35	279,91	291,42	300,84	54,57	22,16%
<i>Source : bilans sociaux CHD Vendée 2012-2016</i>							

Tableau n° 10 : évolution de l'effectif médical (ETPR) – répartition par grandes disciplines et spécialités

Spécialités	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution en nb 2012-2016	Évolution en % 2012-2016
Médecine	131	144	156	164	171	40	30,57%
Chirurgie	29	29	31	33	33	5	17,14%
Gynéco-obstétrique	12	15	14	17	18	7	55,96%
Total MCO	171	187	201	213	223	52	30,07%
Plateaux technique et médico technique	76	78	84	86	88	12	15,91%
Urgences	24	25	27	27	30	6	25,54%
SSR	14	17	15	16	14	0	3,05%
Autres	46	49	49	53	60	14	29,84%
Total Compte de résultat principal	332	356	377	396	416	84	25,33%

Tableau n° 11 : le coût moyen du personnel médical

Coût Personnel médical EPTR moyens réalisés 2012-2016							
	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution en Nbre 2012-2016	Évolution en % 2012-2016
Personnel médical en EPTR	246,27	267,35	279,91	291,42	300,84	54,57	22,16%
Montant brut rémunération	25 995 609	28 077 025	31 308 890	32 250 530	33 111 086	7 115 477	27,37%
Coût par EPTR	105 557	105 020	111 853	110 667	110 062	4 504,76	4,27%
Source : bilans sociaux CHD Vendée 2012-2016							

Tableau n° 12 : le coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes

	Région		Catégorie		Typologie		
	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2012	7.4	7.3	10.4	7.4	10.7	6.9	7.7
2013	8.3	8.3	11.9	8.2	11.6	7.5	8.1
2014	8.4	8.1	11.3	8.3	11.6	7.5	8.3
2015	8.4	7.4	11.4	8.4	11.7	7.5	8.4
<u>2016</u>	<u>9.8</u>	<u>4.8</u>	<u>13.9</u>	<u>6.2</u>	<u>14.5</u>	<u>8.6</u>	<u>9.9</u>

Tableau n° 13 : ressources financières consacrées à l'effectif médical

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016 en €	Evolution 2012-2016 en % *
<i>Praticien temps plein et temps partiel cpte 6421</i>	13 311 274,00	13 665 520,00	15 153 721,00	14 867 461,00	15 808 763,00	2 497 489,00	18,76%
<i>Praticien attaché renouv de droit cpte 6422</i>	292 280,00	263 506,00	241 950,00	284 816,00	205 679,00	-86 601,00	-29,63%
<i>Praticien contractuel sans renouvellement de droit cpte 6423</i>	2 405 124,00	2 876 895,00	3 542 167,00	4 653 616,00	5 167 086,00	2 761 962,00	114,84%
Total	16 008 678,00	16 805 921,00	18 937 838,00	19 805 893,00	21 181 528,00	5 172 850,00	32,31%

Tableau n° 14 : données budgétaires sur le recours au personnel médical intérimaire et sans renouvellement de droit

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016 en €	Evolution 2012-2016 en % *
<i>A - Personnel médical intérimaire cpte 62113</i>	1 578 727	1 201 683	1 065 882	1 453 410	0	-1 578 727	-100,00%
<i>B - Personnel médical cpte 642+645.2+647.2</i>	30 380 604	31 984 690	34 455 576	35 371 925	37 701 263	7 320 659	17,87%
A/B : % personnel médical intérimaire sur personnel médical	5,20%	3,76%	3,09%	4,11%	0,00%		
<i>C - Praticien contractuel sans renouvellement de droit cpte 6423</i>	2 405 124	2 876 895	3 542 167	4 653 616	5 167 086	2 761 962	114,84%
<i>A + C : PM intérimaire et praticien contractuel sans renouvellement de droit</i>	3 983 851	4 078 578	4 608 049	6 107 026	5 167 086	1 183 235	29,70%
Personnel médical cpte 642+645.2+647.2	30 380 604	31 984 690	34 455 576	35 371 925	37 701 263	7 320 659	24,10%
A + C / B : Ratio personnel médical + contractuel/ personnel médical	13,11%	12,75%	13,37%	17,27%	13,71%		
<i>Source: comptes financiers CHD Vendée 2012-2016</i>							
<i>* évolution en % sur 2011 -2014 pour le personnel médical intérimaire</i>							

Tableau n° 15 : Les heures supplémentaires

<i>Heures supplémentaires rémunérées et heures supplémentaires non indemnisées</i>						
	2012	2013	2014	2015	2016	Val. Moy
<i>Personnel non médical personnel de soins</i>						
<i>Nombre d'heures supplémentaires indemnisées</i>	non disponible	19 595	18 261	16 250	20 434	18 635,00
<i>dont personnel de soins</i>	non disponible	15 106	14 278	11 590	14 129	13 775,75
<i>part du personnel de soins</i>		77,09%	78,19%	71,32%	69,14%	
<i>Montant des heures supplémentaires indemnisées</i>	562 278	497 709	481 647	442 958	499 879	496 894,20
<i>dont personnel de soins</i>	464 507	416 200	409 234	343 896	368 576	400 482,60
<i>part du personnel de soins</i>	82,61%	83,62%	84,97%	77,64%	73,73%	
<i>Nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non encore indemnisées</i>	12 611	17 771	5 224	14 136	3 768	10 702,00
<i>dont personnel de soins</i>	12 531	17 771	4 574	13 265	2 751	10 178,40
<i>Estimation de la valeur des heures supplémentaires non récupérées et non indemnisées (sur la base des heures indemnisées et du montant induit)</i>	Non dispo.	451 380	137 787	385 333	92 177	213 335,21
<i>Source : Bilans sociaux CHD (hors estimation ci-dessus).</i>						

Tableau n° 16 : Un absentéisme croissant

		ETP Moyens	Nb de jours d'absence	Taux d'absentéisme	Nb de jours par agent
PNM	2012	3 140,94	84 887	7,40%	27,03
	2013	3 231,08	93 435	7,92%	28,92
	2014	3 310,25	94 495	7,82%	28,55
	2015	3 391,20	107 035	8,65%	31,56
	2016	3 481,72	104 225	8,20%	29,93
PM internes et étudiants	2012	243,37	2 830	3,19%	11,63
	2013	259,48	2 645	2,79%	10,19
	2014	280,30	3 042	2,97%	10,85
	2015	289,60	5 307	5,02%	18,33
	2016	300,87	5 740	5,23%	19,08
Total	2012	3 384,32	87 717	7,10%	25,92
	2013	3 490,56	96 080	7,54%	27,53
	2014	3 590,56	97 537	7,44%	27,16
	2015	3 680,80	112 342	8,36%	30,52
	2016	3 782,59	109 965	7,96%	29,07
<i>Source : DRH CHD Vendée</i>					

Annexe n° 7. L'activité libérale

Tableau n° 1 : Effectif des praticiens pratiquant une activité libérale et montant des honoraires perçus.

Montant activité libérale avec redevance							
	2012	2013	2014	2015	2016	Evol En €	Evol en %
Activité La Roche sur Yon	3 535 018	3 749 118	3 739 583	4 910 293	5 235 652	1 700 634	48,11%
Nbre de praticiens	32	34	37	41	44	12	37,50%
Moyenne par praticien	110 469	110 268	101 070	119 763	118 992	8 523	7,72%
Activité Luçon	355 403	381 361	342 957	258 643	232 858	-122 545	-34,48%
Nbre de praticiens	4	5	5	4	6	2	50,00%
Moyenne par praticien	88 851	76 272	68 591	64 661	38 810	-50 041	-56,32%
Source: CAL CHD Vendée							

Annexe n° 8. L'enquête « les personnels infirmiers à l'hôpital »

Partie I : Les personnels infirmiers à l'hôpital

Questionnaire 1 - La place des infirmiers à l'hôpital

1. Situation des personnels infirmiers dans l'établissement contrôlé

1.1. Quelles ont été les évolutions de la masse salariale et des effectifs infirmiers depuis 2011 ? Indiquer ces éléments ainsi que la part des différentes catégories d'infirmier dans ces évolutions dans le tableau suivant :

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Catégorie d'infirmiers :	<i>Chiffres, pour chaque année, le nombre d'infirmiers concernés ainsi que la masse salariale (c/641+C643+C647)</i>					
IDE hors activité psychiatrique ou EHPAD - catégorie A (nouveau statut)	A : 574,13 24 301 557,00	A : 591,36 25 669 580,00	A : 623,99 27 822 400,00	A : 665,08 30 316 248,00	A : 679,59 28 720 983,00	A : 724,58 30 682 158,00
- catégorie B	B : 176,48 9 808 992,00	B : 166,81 9 309 152,00	B : 155,53 8 796 600,00	B : 143,19 8 184 957,00	B : 127,01 6 697 222,00	B : 111,69 5 912 992,00
IDE exerçant une activité psychiatrique - catégorie A (nouveau statut) - catégorie B						
IDE exerçant une activité en EHPAD - catégorie A (nouveau statut) - catégorie B	A : 36,63 1 642 186,00 B : 14,92 839 570,00	A : 38,17 1 667 639,00 B : 13,06 788 031,00	A : 42,60 1 879 691,00 B : 9,83 573 625,00	A : 45,94 2 067 865,00 B : 8,60 487 125,00	A : 46,43 1 873 372,00 B : 7,24 378 430,00	A : 45,45 1 786 109,00 B : 6,65 328 130,00
IDE puéricultrice	32,44 1 608 419	31,99 1 642 275,00	31,74 1 717 072,00	30,97 1 728 496,00	30,25 1 511 528,00	28,92 1 411 970,00
IBODE	21,60 1 143 980,00	23,52 1 282 883,00	25,40 1 429 912,00	25,40 1 470 171,00	27,14 1 439 183,47	29,60 1 601 893,00
IADE	42,43 2 618 611,00	44,88 2 838 612,00	44,27 3 130 461,00	43,76 3 046 713,00	42,88 2 684 420,00	42,12 2 666 230,00

Sur la période 2011-2016, les effectifs infirmiers, spécialisés ou non, ont globalement augmenté (10 %). L'effectif total s'élève à plus de 989 ETP en 2016. L'effectif des infirmiers spécialisés en puériculture est l'exception ; il diminue de presque 11 %.

La masse salariale atteint 44,38 M€ en 2016 soit 38,1 % de plus qu'en 2011.

Pour les infirmiers diplômés d'État (IDE), l'augmentation de la part des agents catégorie A est relevée soit 26,2 % pour ceux exerçant hors activité psychiatrique ou EHPAD et 24,1 % pour les professionnels affectés en EHPAD. Implicitement, moins d'IDE appartiennent à la catégorie B.

1.2. L'évolution des effectifs infirmiers et de leur masse salariale est-elle spécifique par rapport à l'évolution des dépenses totales de personnel et à celle du personnel non médical de l'établissement ?

Les données de l'établissement sont présentées ci-après :

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution
ETP moyen infirmiers	898,63	909,79	933,37	962,94	960,56	989	10,06%
ETP moyen PNM	3074,21	3 140,94	3 231,08	3 310,25	3 391,20	3 481,72	13,26%
MS infirmiers	41963315,8	43197930	45349764,00	47301577,00	43 305 138,00	44 389 485,95	5,78%
MS PNM	128678555,2	132 870 610	139 316 866	145 525 921	137188517,34	140862523,14	9,47%

L'augmentation des effectifs infirmiers est inférieure de 3,2 % à celle du personnel non médical (PNM) sur la période d'examen (respectivement 10,06 % et 13,26 %). Un écart similaire (3,69 %) distingue la masse salariale des infirmiers de celle du PNM (5,78 % contre 9,47 %).

2. Facteurs explicatifs de ces évolutions (effet prix, volume, structure, activités)

2.1. Quel est le bilan pour l'établissement des réformes statutaires depuis 2011 ? Quel est le coût du protocole LMD ? du passage en catégorie A ?

Les données fournies par la direction des ressources humaines portent sur le compte de résultat principal. Pour les agents titulaires, le coût du reclassement IDE atteint 902 168,85 € sur la période 2011-2016. Pour les infirmiers spécialisés, le coût s'élève à 137 398,43 €, comme l'indique le tableau ci-dessous (source : selon documents CHDV).

CR principal	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Reclast IDE Tit.	340 416,58 €	72 425,00 €	141 714,27 €	0,00 €	123 435,00 €	124 178,00 €	902 168,85 €
Dont en cat A	237 384,00 €	101 229,00 €	141 714,27 €	0,00 €	123 435,00 €	124 178,00 €	727 940,27 €
Dont en cat B	103 032,00 €	71 196,00 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	174 228,00 €
Reclast IDE Cont.	134 196,77 €	35 608,00 €	41 489,43 €	0,00 €	50 957,00 €	47 820,00 €	310 071,20 €
IBODE, puer, IADE	0,00 €	67 215,13 €	70 183,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	137 398,43 €
Dont titulaires	0,00 €	67 215,13 €	67 215,13 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	134 430,26 €
Dont contractuels	0,00 €	0,00 €	2 968,17 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2 968,17 €

2.2. La mise en œuvre de ces protocoles a-t-elle fait l'objet de chiffrage a priori ? Ces chiffrages sont-ils en adéquation avec les coûts constatés ? En particulier, l'exercice du droit d'option pour le passage en catégorie A est-il conforme aux estimations initiales ?

Des écarts assez importants entre prévisions et réalisations sont constatés en 2011 pour les agents ayant choisi la catégorie B, en 2013 et 2015 pour les infirmiers en soins généraux titulaires.

2.3. Ces protocoles et notamment le protocole PPCR, vont-ils peser sur le coût des personnels infirmiers dans les prochaines années ? Si oui, à combien l'établissement l'évalue-t-il et pendant combien de temps ?

Le tableau ci-dessous intègre les informations pour les IDE, IBODE et Puer, pour le compte de résultat principal (source : selon documents CHDV) :

CR principal (€)	2016	2017	2018	2019	2020	Total
IDE, IBODE, Puer	232831,4	547205,7	456779,76	400029,58	0	1636846,44

Le montant cumulé de la mise en œuvre du protocole « parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR) atteint 1,63 M€ sur la période 2016-2020 dont 856 809,34 € (soit 52,3 % du montant total estimé) pour les années 2018-2020.

2.4. À partir du tableau supra, précisez le solde des créations et des suppressions de postes infirmiers par catégorie depuis 2011 au niveau de l'établissement ? Quels sont les soldes par pôle d'activité ? Les postes financés hors tarification à l'activité ont-ils contribué à cette évolution ?

Le tableau ci-dessous identifie les créations nettes par pôle :

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Soins critiques et post-urgences	2,8	1	3,40	5,28	5,42	0,15	18,05
Cancérologie	1,50		0,4		4,8	0,4	7,1
Femme enfant	1,11						1,11
Chirurgie	1		2,2	0,75	0,3	2,75	7
Médico-technique	0,50		0,40	3,9	1,50	2	8,3
Médecine spécialisée			2,15	2,7	8,18	-0,85	12,18
Gériatrie			0,7	0,4	7,54	0,5	9,14

NB : données en nombre d'ETP.

Le solde des créations nettes sur la période 2011-2016 atteint 62,88 ETP.

Des activités non soumises à la tarification à l'activité contribuent au résultat ci-dessus parmi lesquelles : la recherche clinique, le centre de vaccination, le centre de lutte contre la tuberculose, l'équipe mobile de soins palliatifs.

- 2.5. Les variations des effectifs infirmiers sont-elles liées à l'évolution des activités⁶ (développement ambulatoire, réorganisations des activités et services, restructurations intra ou inter hospitalières, etc.) ? Si oui, les chiffrer en ETP et en coût par activité.

Les évolutions des effectifs IDE sont majoritairement liés aux récentes évolutions capacitaires des 3 dernières années (fin 2015-début 2016 : livraison de la première tranche des travaux de réhabilitation du site des Oudairies avec la création de 29 lits et 10 places et livraison du nouveau service des urgences / Fin 2017-début 2018 : livraison de la 2^{ème} tranche avec création de 20 lits supplémentaires).

Les autres créations correspondent essentiellement au développement de nouvelles activités (création d'un hôpital de jour de médecine non oncologique) ou à l'accompagnement de progression d'activité de certaines spécialités (ex. : plateau technique de cardiologie, d'endoscopie digestive,) et à des réorganisations internes (ex. : remplacement des IADE des SMUR de Montaigu et Luçon par des IDE et recentrage des IADE sur le bloc opératoire).

- 2.6. L'établissement a-t-il fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre ou d'un plan de redressement ou d'un dossier COPERMO depuis 2011 ? Ce plan a-t-il abouti à supprimer des postes infirmiers ? des postes de cadres de santé ont-ils été supprimés ? Si oui, les chiffrer en ETP et en coût par domaines concernés.

L'établissement n'a pas fait l'objet d'un de retour à l'équilibre, de redressement ou de dossier comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) depuis 2011.

- 2.7. La feuille de route de l'établissement dans le cadre du plan triennal d'économie 2015-2017 prévoit-elle des suppressions de lits ou d'activités ? Si oui, ces évolutions se sont-elles traduites par des suppressions de postes ou d'emplois infirmiers ? Quelle en est la répartition par catégorie d'infirmier au sens du tableau supra ?

Le plan triennal 2015-2017 ne s'est pas accompagné de suppressions de lits et/ou d'activités.

Questionnaire 2 – La gestion des personnels infirmiers

3. Organisation de la gestion des personnels infirmiers à l'hôpital au sein de la GRH

- 3.1. Quels sont les rôles respectifs de la direction des ressources humaines et de la coordination générale des soins, dans la gestion des personnels infirmiers ?

La gestion des personnels infirmiers est assurée par le pôle RH7, constitué de la DRH et de la Direction des Activités de Soins.

⁶ La mesure de l'évolution des activités peut être effectuée à partir du nombre de RSA (court séjour) ou du nombre de journées (long et moyen séjour) par spécialité.

⁷ RH : ressources humaines

La Direction des Activités de Soins est chargée plus particulièrement d'effectuer les recrutements au regard des compétences détenues par les candidats infirmiers, de leurs évaluations de stage ou en qualité de contractuels ou titulaires lorsqu'ils proviennent d'autres établissements.

Ce recrutement donne lieu à un entretien avec l'un des cadres supérieurs de santé rattaché à la Direction des Activités de Soins. Son rôle est de veiller à la correspondance des compétences infirmières avec les besoins des différents services.

La gestion des mensualités de remplacement est gérée à la fois par la DRH et la Direction des Activités de Soins, l'une veillant à la répartition des compétences, l'autre au respect du niveau de remplacement.

La DRH s'assure de la conformité des niveaux de recrutement avec les prévisions budgétaires. Elle gère les carrières, la paie, les autorisations d'absence, les quotités de temps de travail. Elle assure un suivi de l'absentéisme, de la masse salariale, de la formation continue.

- 3.2. Quel est le rôle des instances de concertation avec le personnel dans la gestion des personnels infirmiers ? Quelle est la spécificité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sur ce sujet ?

Les instances de concertation avec le personnel interviennent dans la gestion de l'ensemble des personnels y compris infirmiers. Le CTE intervient sur ses domaines de compétences, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) sur ce qui relève des conditions de travail, la commission des plannings émet un avis sur l'ensemble des plannings des services, la commission des formations sur les plans de formation des pôles, celui des actions transversales et sur les études promotionnelles.

La commission de soins (CSIRMT) n'a pas de spécificité quant aux IDE, elle s'efforce d'aborder des sujets ou des dossiers intéressant l'ensemble des professionnels paramédicaux.

- 3.3. Existe-t-il une présence de la coordination infirmière dans l'établissement ? Les syndicats sont-ils représentatifs des personnels infirmiers ? La représentation des cadres infirmiers est-elle spécifique ?

Il n'existe pas de présence de la coordination infirmière au CHDV. Même si plusieurs représentants syndicaux sont issus de la filière infirmière, on ne peut pas affirmer que les trois syndicats présents dans l'établissement soient réellement représentatifs des personnels IDE. Il a existé il y a quelques années un collège cadre au sein de l'établissement, mais qui semble en sommeil depuis au moins 2 à 3 ans. Le collège cadre n'est pas formalisé.

- 3.4. Des infirmiers de l'établissement ont-ils adhéré à l'Ordre Infirmier ? Combien sont-ils ? Cet ordre ou ses productions comme le code de déontologie publié au JO du 27 novembre 2016 ont-ils une existence dans l'établissement ?

Le CHDV ignore le nombre d'infirmiers ayant adhéré à l'Ordre infirmier. Ils sont sans doute très peu nombreux. Une infirmière assure cependant une représentation de l'Ordre Infirmier.

Le code de déontologie est connu tant par la DRH que par la Direction des Activités de Soins.

4. Recensement et appréciation des instruments de mesures utilisés en matière de gestion des personnels soignants, de régulation des effectifs et de maîtrise de la masse salariale

- 4.1 L'établissement utilise-t-il des ratios au lit afin de quantifier les personnels infirmiers par service, en dehors des ratios spécifiques à certaines activités, prévus par la réglementation ? Ces ratios existent-ils par pôle ? Les ratios de l'ANAP⁸ sont-ils utilisés ? Si oui, lesquels et pour quelles finalités et quels résultats ?

L'établissement n'utilise pas de ratios au lit pour définir le nombre nécessaire de personnels IDE par lit. Néanmoins, les maquettes organisationnelles validées par le Pôle RH font apparaître, à titre indicatif, les ratios par métiers et notamment IDE. Les effectifs réglementairement normés existant dans certaines spécialités sont respectés. Il n'existe pas non plus de ratios par pôle.

Le CHDV avance que contrairement à certaines croyances, il n'existe pas, à proprement parler, de ratios ANAP. Un travail a effectivement été réalisé il y a quelques années par l'ANAP sur ce sujet et qui a simplement conclu à la nécessité de respecter un volume minimal de personnel en dessous duquel il ne convient pas de descendre (1 IDE et 1 AS pour 13 à 16 lits, au sein de services polyvalents). Cette recommandation, qui n'a pas valeur de norme, n'est d'ailleurs valable que pour des unités polyvalentes de médecine ou de chirurgie. Aujourd'hui, l'ANAP a pris conscience de la nécessité de repenser les maquettes organisationnelles compte-tenu de l'accroissement de la charge de travail dans les différents services en hospitalisation traditionnelle (notamment du fait de l'essor des activités ambulatoires) et d'y intégrer la composante charge en soins pour les définir. Un groupe de travail national est en place et une production est prévue en 2018.

Extrait présentation ANAP :

Maquette organisationnelle minimale pour une unité d'hospitalisation complète adultes de 25 à 32 lits en médecine et chirurgie polyvalentes hors gériatrie et pédiatrie

Jour : 1 IDE + 1 AS pour 13 à 16 lits ou

7 à 8 lits / soignant

Nuit : 1 IDE + 1 AS pour 25 à 32 lits ou

13 à 16 lits / soignant

Maquette organisationnelle devant être adaptée et ajustée suivant les spécificités de l'unité (technicité, spécialité, mode de prise en charge,), de l'établissement, de la population, de l'environnement, l'occupation, etc.

⁸ ANAP : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

4.2 Comment sont gérés les remplacements des personnels infirmiers selon les motifs d'absentéisme et leur spécialisation ? Des pools de suppléance sont-ils en place ? L'établissement fait-il appel à l'intérim ? Des ratios au lit sont-ils pris en compte ? Qu'en est-il des secteurs où les effectifs sont réglementés⁹ ? Quelles mesures l'établissement a-t-il mis en place pour combattre l'absentéisme ? Pour quels résultats ?

Il existe, à ce jour, sur le site de LRSY¹⁰, un pool centralisé de personnels IDE de remplacement assurant prioritairement la compensation de l'absentéisme de courte durée (< à 15 jours). Les remplacements longs sont assurés par des personnels contractuels affectés sur les services sur toute la durée de l'absence de l'agent titulaire.

Certains services (Réanimation, urgences notamment), compte-tenu d'exigences de compétences spécifiques, disposent de moyens complémentaires (par rapport à l'effectif utile correspondant aux maquettes organisationnelles) leur permettant d'assurer par anticipation une part de la compensation de l'absentéisme de courte durée. Les secteurs normés bénéficient d'une attention toute particulière et sont priorisés. Toutefois, sur ces unités, l'entraide à l'intérieur du pôle concerné, du fait de la polyvalence d'un certain nombre de personnels, permet à la fois réactivité et garantie sur les compétences attendues.

Les limites actuelles de l'organisation en place (en particulier sur le site de LRSY) conduisent la DRH et la DAS à mener actuellement une réflexion sur la mise en place de pools de pôles. Sur les sites de Montaigu et Luçon, des pools de suppléance (destinés à la compensation de l'absentéisme de courte durée) sont en place, et assurent avec efficacité cette mission de réponse à l'absentéisme inopiné.

Le recours à l'intérim pour les IDE (comme pour l'ensemble des personnels non-médicaux) est extrêmement limité, pratiqué exclusivement sur les sites de Montaigu et Luçon. Il est nul sur le site de LRSY.

À ce jour, en dehors du projet social et du comité de suivi QVT-RPS¹¹, qui traitent de façon globale des problématiques de qualité de vie au travail, il n'existe pas de mesures spécifiques en place pour lutter contre l'absentéisme infirmier.

4.3 L'établissement utilise-t-il les SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) ou d'autres méthodes équivalentes notamment en dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes ou en psychiatrie ?

Le CHDV dispose d'une culture ancienne, datant de plus d'une quinzaine d'années, dans le recueil et l'analyse de la charge en soins par l'outil SIIPS.

Jusqu'en 2016, date à laquelle l'outil informatique permettant le recueil et l'analyse des données en continu n'a plus été opérationnel, les SIIPS ont été utilisés pour adapter au plus juste les effectifs et les qualifications exigées dans les différents services de l'établissement.

⁹ Il s'agit notamment de l'obstétrique, de la néonatalogie, de la réanimation, des soins intensifs cardiologies, de la dialyse et de la salle de surveillance post interventionnelle.

¹⁰ LRSY : La Roche-sur-Yon (site principal du CHDV).

¹¹ QVT-RPS : qualité de vie au travail – risques psycho-sociaux

Depuis 2016, dans l'attente du module SIIPS intégré dans le futur dossier patient informatisé (DPI), le recueil des données SIIPS a été poursuivi en mode « papier » afin de préserver cette culture mais sans que les données soient analysées.

Néanmoins, depuis 2016, des études ponctuelles de charge de travail, mesurant la charge en soins et les Activités Afférentes aux Soins (AAS), ont été réalisées en priorité dans tous les services dont les organisations ont dû être revisitées du fait d'évolution ou d'involution capacitaires afin d'élaborer les nouvelles maquettes organisationnelles. Ces travaux ont permis de limiter les créations de postes, notamment IDE, et de requalifier certaines fonctions (AS¹² en ASH¹³ notamment et réciproquement).

Le retard pris dans le déploiement du futur DPI a contrarié la remise en route d'un suivi des SIIPS en continu. L'établissement procède en la matière à un « codage » au format papier difficile à utiliser.

Le nouveau module SIIPS, intégré au DPI, est désormais en phase de test et sera progressivement déployé sur l'ensemble des services.

4.4 Quel est l'apport de son système d'information pour gérer ses effectifs infirmiers, notamment pour gestion des carrières, de la formation, des compétences, du temps de travail, des organisations, ? La gestion du temps de travail est-elle informatisée ?

La gestion des carrières des infirmiers est effectuée dans le logiciel Evoluance RH au même titre que celle de l'ensemble du personnel non médical. La gestion des formations est effectuée dans le logiciel GESFORM proposé au niveau national par l'ANFH¹⁴. La gestion du temps de travail est informatisée et donne lieu à un badgeage dans le logiciel i-Gestor (CHRONOS à partir de janvier 2018). Le logiciel GESFORM permet grâce à son module GPMC¹⁵ de gérer les compétences de l'ensemble des personnels y compris infirmiers et de procéder à leur évaluation.

Des outils RH standardisés ont été élaborés par le pôle RH pour le suivi et la validation des maquettes organisationnelles, le suivi des effectifs en poste et la consommation des ressources, le suivi de l'absentéisme de courte durée et sa compensation.

Ces outils ont été élaborés devant l'impossibilité d'utiliser l'outil de gestion du temps de travail (GTT) en place (Gestor) pour obtenir ces informations. Ces outils seront, pour la plupart d'entre eux, intégrés dans le futur outil GTT, en cours de déploiement sur le CHDV (Chronos).

La gestion des compétences, en particulier pour les personnels infirmiers, n'est pas intégrée dans un outil RH mais est l'une des thématiques majeures du futur PSIRMT¹⁶ ou projet de soins 2017-2021 du CHDV. Les travaux de ce groupe de travail ont débuté.

¹² AS : aide-soignant

¹³ ASH : agent des services hospitaliers

¹⁴ ANFH : association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

¹⁵ GPMC : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

¹⁶ PSIRMT : projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

5. Gestion des personnels infirmiers dans leur parcours professionnel

5.1 L'établissement met-il en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ? Si oui, est-elle adaptée aux emplois infirmiers ?

L'établissement a mis et continue à mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences grâce à l'outil GESFORM. Pour ce qui concerne les emplois infirmiers, l'outil n'est toutefois pas suffisamment complet et détaillé en ce qui concerne certaines compétences spécifiques ou critiques (endoscopies, rythmologie). Un état des lieux de ces compétences est en cours dans le cadre du Projet Infirmier et devrait pouvoir être disponible à la fin du 1er semestre 2018.

5.2 Quelles sont les perspectives de carrières des infirmiers dans l'hôpital ? En donner plusieurs exemples. Comment sont recrutés les cadres ? Combien de postes hors services de soins sont-ils occupés par les personnels infirmiers ? Comment sont sélectionnés les candidats sur ces postes ?

Outre les avancements traditionnels (échelon, grade), les perspectives de carrière des infirmiers peuvent les orienter vers des diplômes universitaires, des études promotionnelles (IBODE, IADE, cadre de santé, puériculteur).

Les cadres sont recrutés selon des modalités diverses : mutations, études promotionnelles financées par l'établissement suite à un processus intégrant d'une part une présélection sur entretien, d'autre part une expérience de « faisant fonction de cadre ».

Nombre de postes infirmiers hors services de soins (DPI, DIM, stérilisation, etc.) : 32 postes.

Un certain nombre de postes infirmiers sont situés en dehors de services de soins (recherche clinique, équipe mobile nutrition, éducation thérapeutique, équipe opérationnelle d'hygiène, DIM,). Ces IDE sont sélectionnés après appel à candidature publié sur l'ensemble de l'établissement. Certains de ces postes ont parfois été « préemptés » par le pôle RH et proposés à des personnels IDE en difficulté (le plus souvent pour des situations évoquées lors de la commission de suivi des agents en difficulté).

Questionnaire 3 - Les politiques de recrutement et de fidélisation des personnels infirmiers

6. Appréciation des besoins des établissements en personnels infirmiers

6.1 Comment l'établissement cible-t-il ses besoins en matière de recrutement des personnels infirmiers ? Anticipe-t-il les entrées/sorties des personnels infirmiers ?

L'établissement s'appuie pour cibler ses besoins en matière de recrutement de personnels infirmiers sur plusieurs outils :

- La cartographie GPMC qui lui permet d'anticiper les départs notamment en retraite et les qualifications concernées ;
- Les évolutions prévisionnelles liées aux évolutions capacitaires, aux nouvelles activités présentées par les cadres de pôle dans le cadre des arbitrages budgétaires.

Une importante campagne de recrutement IDE est réalisée chaque année au printemps en vue des remplacements des congés annuels estivaux.

6.2 Quels sont les éventuels palliatifs aux difficultés de recrutement : intérim, recours à des infirmiers d'autres pays européens ? Autres ?

Les difficultés de recrutement sont constatées souvent au 1er semestre lorsque les candidatures deviennent rares et entre fin juin et mi-juillet en raison de la sortie trop tardive des nouveaux diplômés des IFSI.

Il est très peu recouru à l'intérim (sites de Luçon et Montaigu principalement) et les disponibilités des entreprises d'intérim sont également peu nombreuses sur les mêmes périodes.

6.3 Le quota des élèves infirmiers de l'IFSI¹⁷ rattaché à celui des IFSI de la région sont-ils adaptés aux besoins de l'établissement ?

Les quotas d'étudiants infirmiers de l'IFSI rattaché au CHDV sont très supérieurs aux besoins de l'établissement (environ 170 diplômés par an pour un besoin de recrutement estival autour d'une trentaine d'IDE maximum). D'autant qu'à ce quota de l'IFSI de LRSY (197) s'ajoute celui de l'IFSI de Saint-Jean de Mont (40 places).

L'intérêt de cet IFSI pour le CHDV est la sortie des nouveaux diplômés en décalé (mars), permettant une anticipation des recrutements estivaux, rendue obligatoire par la sortie désormais trop tardive des nouveaux diplômés issus de l'IFSI de LRSY.

La disponibilité de ces nouveaux professionnels seulement à compter de la 2ème quinzaine de juillet, liée à l'alignement de la formation sur les calendriers universitaires, constitue un frein majeur à l'étalement des congés d'été des professionnels infirmiers en poste de l'établissement.

¹⁷ IFSI : institut de formation en soins infirmiers

7. Stratégies d'attractivité et de fidélisation déployées par les établissements

7.1 À quels types de dispositifs, l'établissement a-t-il eu recours ou recourt-il pour rendre plus attractif les débuts de carrière et l'embauche des contractuels ? Il conviendra de sélectionner un échantillon pour évaluer la régularité de ces mesures.

L'établissement ne recourt pas à des dispositifs particuliers permettant de rendre plus attractifs l'embauche des contractuels dans le contexte d'une recherche d'harmonisation au niveau départemental pour ne pas conduire à des « surenchères » préjudiciables sur le plan financier.

7.2 Quelle est la contribution des stages infirmiers à l'attractivité de l'établissement ?

Depuis 2014, le CHDV a revu sa politique de stages et a accru son offre. À ce jour, environ 110 places de stages IDE sont offertes en simultané sur le CHDV multi site. Ces possibilités importantes d'accueil en stage, sur les spécialités MCO en particulier, constituent indéniablement un facteur d'attractivité pour l'établissement. Le CHDV est le plus important offreur de stages infirmiers sur la Vendée. Plus d'un tiers des stages effectués par les étudiants de l'IFSI de LRSY se déroulent au CHDV. Il est à noter que la grande majorité des nouveaux professionnels IDE recrutés sont issus de l'IFSI de LRSY ou, s'ils ont réalisé leur formation dans un autre IFSI, ont effectué au moins un stage dans l'établissement.

7.3 L'établissement gère-t-il un IFSI ? Si oui, en quoi cet IFSI est-il vu comme un atout pour le recrutement d'infirmier ? L'établissement entretient-il des relations particulières avec d'autres IFSI (ceux présents dans le GHT auquel il appartient ou d'autres) ?

L'établissement gère un IFSI. Cet IFSI constitue un atout en termes de recrutement infirmier puisqu'il permet aux stagiaires de découvrir le fonctionnement des services du CHDV, de connaître leurs interlocuteurs. Cet atout est néanmoins à relativiser tant la provenance géographique des élèves est aujourd'hui variée et leur capacité de mobilité géographique importante (concurrence d'autres régions proposant des dispositifs particuliers pour renforcer leur attractivité, par ex. : logement, prime d'installation, mise en stage à brève échéance).

Le CHDV entretient également des relations avec l'autre IFSI vendéen (IFSI Croix Rouge de Saint-Jean-de-Monts) et reçoit également ses étudiants en stage. Toutefois, l'absence de concertation entre les 2 IFSI vendéens sur la planification des stages constitue un frein à une ouverture plus importante des terrains de stage à l'IFSI de Saint-Jean-de-Monts.

7.4 Compléter le tableau suivant sur les IFSI d'origine des infirmiers de l'hôpital et notamment des infirmiers recrutés chaque année depuis 2011.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Recrutements infirmiers opérés</i>	135	110	129	91	100	112
<i>Dont recrutements infirmiers en provenance de l'IFSI rattaché</i>	29	21	32	39	50	48
<i>Dont recrutements infirmiers en provenance d'un autre IFSI régional</i>	106	89	97	52	50	64
<i>Nombre d'infirmiers de l'hôpital diplômés de l'IFSI rattaché</i>						
<i>Nombre d'infirmiers de l'hôpital diplômés d'un autre IFSI régional</i>						

NB : les données grisées ne sont pas disponibles

Il peut être mentionné que le recrutement d'infirmier est en moyenne annuelle sur la période, de 113 professionnels. L'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier fournit en moyenne sur la période 2011-2016, 32,3 % des professionnels recrutés. Ce taux augmente jusqu'à atteindre 50 % en 2015. L'institut de formation en soins infirmiers rattaché au centre hospitalier est donc un partenaire important.

7.5 Le cursus de formation des infirmiers mis en place en 2010 facilite-t-il leur intégration au sein des équipes de soin ? Quelle appréciation faites-vous de l'universitarisation des formations ?

La formation issue du référentiel de 2009 s'étant vue diminuée de plusieurs semaines de stages (par rapport à l'ancien référentiel de formation), l'intégration des nouveaux diplômés est souvent délicate et nécessite un accompagnement indispensable, etc. qu'il est parfois difficile d'assurer dans les meilleures conditions compte-tenu de leur intégration dans les services de soins au cours de l'été. Le changement de posture entre étudiant et professionnel, avec la responsabilisation qui l'accompagne, est souvent difficile.

L'universitarisation des études fait certainement que ces nouveaux professionnels sont dotés d'un bagage théorique de bon niveau mais il ne faut pas oublier que la formation IDE est professionnalisante (et doit le rester) et que beaucoup des compétences attendues sont à acquérir en stage.

7.6 La présence d'un IFSI rattaché contribue-t-elle à promouvoir l'innovation dans les pratiques de soins à l'œuvre au sein de l'hôpital, notamment depuis l'universitarisation des formations ?

Non, pas à l'heure actuelle. Mais les collaborations accrues entre l'IFSI et le CHDV vont dans ce sens. Pour exemple, des formateurs de l'IFSI vont intégrer le groupe de travail sur la promotion de la recherche clinique paramédicale, issu du PSIRMT 2017-2021.

8. Formation continue

8.1 Une partie du plan de formation de l'hôpital est-elle consacrée au personnel infirmier ? Dans l'affirmative, la fournir. Une évaluation a-t-elle été faite sur cette partie du plan de formation ? Dans l'affirmative, la produire.

Il n'existe pas de partie du plan de formation réservée aux infirmiers. Le plan de formation est davantage orienté sur une réponse globale, tout personnel confondu, permettant de répondre aux évolutions des pratiques de soins, des pratiques paramédicales. Il est donc procédé à un recensement par pôles d'activité et services plus que par métier.

8.2 Lors de la rédaction du plan de formation, quelle articulation a été retenue entre les choix individuels émis par les personnels infirmiers et les objectifs de l'établissement en termes de compétences infirmières ? Comment le DIF¹⁸ infirmier est-il consommé ?

Le plan de formation privilégie une logique institutionnelle en matière d'orientations et d'évolution des compétences infirmières. Cette logique permet de répondre à des projets d'équipe, à des évolutions de compétences encadrées. La logique individuelle est très peu développée. Le DIF infirmier n'est pas consommé, tout comme les DIF des autres métiers.

¹⁸ DIF : droit individuel à la formation

9. Actions de promotion professionnelle réalisées par l'établissement

9.1 Compléter le tableau ci-dessous portant sur les infirmiers en promotion professionnelle

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Effectif infirmier concerné pour l'établissement IBODE</i>	3	2	4	2	4	2
<i>Effectif infirmier concerné pour l'établissement IADE</i>	4	2	2	1	1	0
<i>Effectif infirmier concerné pour l'établissement PUER</i>	1	1	0	0	0	0
<i>Dont « scolarisés » au sein de l'IFSI rattaché.</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Dont scolarisé au sein d'un IFSI régional IFIS TOTAL</i>	8	5	6	3	5	2
<i>Effectif infirmier concerné pour l'établissement cadre</i>	6	7	5	4	7	5
Total CADRE +SPE	14	12	11	7	12	7

Sur la période d'examen, le nombre d'IDE entrant en formation d'IBODE-IADE et puéricultrice est tendanciellement en diminution (8 en 2011, 5 en 2015 et 2 en 2016). Les études promotionnelles ont vocation à satisfaire les besoins en compétences de l'établissement et en ce sens, il convient de relever que le nombre d'IDE entrant en formation de puériculture diminue et devient nul à compter de 2013 ; le nombre de formation IADE diminue alors que le besoin en IBODE semble toujours présent. L'IFSI formant des IDE et non pas des infirmiers spécialisés, les professionnels se forment dans d'autres instituts régionaux.

Les professionnels infirmiers peuvent également devenir cadre de santé ; en moyenne, entre 5 à 6 professionnels sont concernés par an.

Au total, en moyenne, plus de 10 IDE bénéficient d'une promotion professionnelle par an.

Le tableau ci-après recense les aides-soignants en promotion professionnelle IDE (pour une année donnée).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Effectif infirmier concerné pour l'établissement</i>	11	13	15	16	17	17
<i>Dont « scolarisés » au sein de l'IFSI rattaché.</i>	10	12	14	15	16	17
<i>Dont scolarisé au sein d'un IFSI régional</i>	1	1	1	1	1	0

Le nombre d'aides-soignants accédant via la promotion professionnelle au grade d'infirmier est en progression constante sur la période passant de 11 agents en 2011 à 17 agents en 2016. Ces professionnels sont en majorité formés grâce à l'IFSI rattaché au CHDV.

9.2 L'établissement organise-t-il des parcours de promotion professionnelle pour recruter des infirmiers ? Ces parcours concernent-ils les secteurs en tension ?

L'établissement finance en collaboration avec l'ANFH 3 à 4 études promotionnelles infirmières chaque année. L'objectif n'est pas de répondre à une tension sur les recrutements infirmiers qui n'existe pas vraiment mais de favoriser l'évolution professionnelle.

L'établissement accompagne chaque année des projets d'évolution professionnelle d'aide-soignant vers des fonctions infirmières. Une procédure institutionnelle est formalisée. L'appel à candidature lancé chaque année, afin de sélectionner les candidats qui bénéficieront d'un accompagnement du CHDV via une inscription dans un cycle préparatoire à l'épreuve de sélection, s'adresse à l'ensemble des personnels AS de l'établissement sans cibler un secteur en particulier.

9.3 Des étudiants des IFSI perçoivent-ils des aides financières sous réserve d'occuper un poste dans un secteur en tension ? Si oui, de quels montants, sur la base de quel(s) texte(s) ?

Le CHDV ne propose aucune aide financière aux étudiants en IFSI sous réserve d'occuper un poste dans un secteur en tension.

9.4 L'IFSI rattaché à votre établissement est-il sollicité pour mettre sur pied des actions de formation continue ou des actions de promotion professionnelle ? Dans quelle proportion par rapport aux efforts de formation qui sont les vôtres ? Selon quelles modalités, financières notamment ? Et pour quels types de formation ?

L'IFSI du CHDV est sollicité pour créer des actions de formation continue. Il est également sollicité pour mettre en place des formations de type préparation au concours (IFSI, AS) comportant une évaluation des candidats sur leur potentiel à suivre le cursus de formation envisagé. Cela permet au CHDV de procéder à une sélection des candidatures.

9.5 Les infirmiers de l'établissement peuvent-ils bénéficier d'actions de promotion professionnelle pour devenir cadre ?

Les infirmiers du CHDV peuvent bénéficier d'actions de promotion professionnelle pour devenir cadre (en moyenne, 3 par an).

L'établissement encourage et accompagne les projets d'évolution d'IDE vers des fonctions d'encadrement. Les projets sont validés par la DAS et la DRH. Une période de faisant-fonction de cadre est incontournable et est suivie, dans la très grande majorité des cas, d'une inscription dans un cycle préparatoire aux concours d'entrée en IFCS¹⁹. Un travail mené par les directeurs des soins du GHT est en cours pour harmoniser, à l'échelle du GHT, les modalités de sélection et d'accompagnement des candidats. Une présentation de ce projet a été réalisée lors du dernier séminaire des cadres de santé du GHT le 1er décembre 2016.

Partie II : L'exercice du métier d'infirmier

Questionnaire 4 - Les personnels infirmiers au sein des équipes soignantes

10. Pour l'exercice 2016, remplir le tableau suivant concernant les activités soumises à autorisation et comprenant des normes²⁰ en effectifs infirmiers

¹⁹ IFCS : institut de formation des cadres de santé

²⁰ Les références réglementaires sont rappelées en colonne 2 du tableau infra »

Normes en personnels infirmiers

Activités autorisées	Références réglementaires	Capacité autorisée (lits et places, salle de bloc)	Capacité installée (lits et places en fonctionnement, salles de bloc utilisées, sorties SMUR)	IDE ²¹ (ETP)	IADE ²² (ETP)	IBODE ²³ (ETP)	Infirmières puéricultrices (ETP)	Effectif réel d'IDE spécialisées (ETP)
Réanimation	2 IDE pour 5 patients	18	18	43,58				
Réanimation pour grands brûlés	1 IDE/patient de jour 2 pour 5 la nuit (art D.6124-158 CSP)							
Réanimation néonatale	1 puer pour 2 patients							
Néonatalogie	1 IDE ou sage-femme ou puer présent H24 Minimum 1 puer pour 6 patients (art D.6124-56 CSP)	6	6	6,02			x	

²¹ Actes et compétences de l'infirmier diplômé d'État déclinés aux articles R.4311-1 et suivants du CSP.

²² Actes et compétences de l'infirmier anesthésiste diplômé d'État : article R.4311-12 du CSP.

²³ Actes et compétences de l'infirmier de bloc opératoire : article R.4311-11 du CSP.

Soins intensifs de néonatalogie	1 IDE pour 3 patients	6	6	12,06			x	
Activité de réanimation pédiatrique	Au minimum 2 IDE/ 5 patients (si possible puer ou au moins une puer.) (art D.6124-34-4 CSP)							
Réanimation pédiatrique spécialisée	Au minimum 1 IDE/ 2 patients (ou au moins une puer) (art D. 6124-34-5 CSP)							
Soins intensifs de pédiatrie	Une IDE pour 2 patients (si possible puer ou au moins une puer) (art D. 6124-34-4 CSP)							
Salle de surveillance post-opératoire	À partir de 6 postes, 2 agents dont 1 IDE, si possible, une IADE (art D.6124-101 CSP)	29 postes		11,72				
Chirurgie cardiaque	2 IDE par intervention dont 1 IBODE par salle ; une IADE mobilisable rapidement ; un IDE							

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

	spécialisé en CEC pour le plateau technique (art D.6124-122 CSP)							
Soins intensifs de cardiologie	1 IDE pour 4 patients de jour ; 1/8 la nuit (capacité minimale : 6 lits) (art D. 6124-112 CSP)	16 lits	16 lits	21,62				
Dialyse médicale	1 IDE pour 4 patients pendant le traitement (art D. 6124-77 CSP)	21 postes	21 postes	18,82				
Neurochirurgie	Au moins 2 IDE, ou IBODE par intervention (art D. 6124-137 CSP)							
Neurochirurgie pédiatrique	L'équipe compte au moins une puéricultrice (art D. 6124-143 CSP)							
SMUR	Au moins une IDE par sortie SMUR (art D.6124-13 CSP)	4 équipages intégrant 1 personnel IDE en systématique	4 équipages intégrant 1 personnel IDE en systématique	19,76				

Lister les autres services disposant d'IDE spécialisés en dehors des services de soins (missions transversales, hygiène, qualité, TIM, ...)								
Total								

10.1. L'établissement dispose-t-il d'un effectif réel d'IDE spécialisés conforme aux obligations réglementaires ? Si non, expliquez pourquoi ?

Le CHDV dispose d'un effectif d'IDE spécialisé en adéquation avec ses besoins (selon l'établissement).

10.2. Précisez dans quel cadre certains IDE spécialisés ont été affectés sur des postes ou missions en dehors des services dits « normés » ?

Il n'existe plus au CHDV, d'IDE spécialisés en dehors des secteurs où leur présence est obligatoire. Les derniers IADE ont été retirés des SMUR au début du 2^{ème} semestre 2016.

11. La mise en place d'infirmiers spécialisés au sein des services « normés » s'est-elle accompagnée d'une amélioration des prises en charge ? Expliquez.

L'établissement n'a pas procédé à la mise en place d'IDE spécialisés dans les services normés.

12. Lister les outils existants pour l'organisation de la prise en charge soignante :

Transmissions ciblées, planification des soins, dossier de soins infirmiers informatisé ou non, prescription médicale informatisée ou non et interfacée au dossier médical, traçabilité de la dispensation médicamenteuse par les infirmiers, etc.

L'équipe de contrôle vérifiera si ces outils paraissent utilisés au quotidien et s'ils sont cités dans les documents d'orientation stratégique de l'établissement, à savoir : le CPOM, le projet d'établissement dont le schéma directeur du système d'information et le projet de soins, le contrat de bon usage du médicament notamment.

Commentaires CRC :

- Le CPOM prévoit la mise en place d'un dossier patient informatisé ;
- Le dossier infirmier est évoqué dans le projet d'établissement 2001-2005 (volet système d'information) ;
- Le contrat de bon usage du médicament fait état notamment de formations à l'utilisation du logiciel métier Génois, d'évaluations des pratiques professionnelles ou encore de revues d'erreurs médicamenteuses.

12.1. Pour les activités de psychiatrie : lister les outils propres à l'organisation de ces prises en charge et leur impact sur le travail infirmier (gain de temps, amélioration de la qualité des soins, sécurité accrue, etc.

Le centre hospitalier départemental Vendée n'a pas d'activité en psychiatrie.

- 12.2. Pour les activités d'hébergement des personnes âgées dépendantes : lister les outils propres à l'organisation de ces prises en charge et leur impact sur le travail infirmier ;

Le document « Mémo utilisation dossier de soins » transmis par l'établissement fait état d'une déclinaison propre à certaines prises en charge dont le secteur EHPAD ne fait pas partie.

Un dossier de soins comprend notamment le projet de soins, des feuilles d'accueil et d'identification, de désignation de la personne de confiance, d'inventaire des biens du patient, etc.

13. Lister les réorganisations de services ou d'unités de soins intervenues depuis 2011 qui ont eu des incidences sur l'organisation des tâches infirmières ?

Les activités concernées sont les suivantes : pneumologie, oncohématologie, rhumatologie, diabétologie, gastro entérologie, EHPAD.

- 13.1. Si ces réorganisations ont fait l'objet d'audits préalables et/ou évaluatifs internes, externes, interventions de l'ANAP, produire les rapports.

Il n'y a pas eu de rapports externes produits. Par contre, les études de charge de travail interne ont fait l'objet d'élaboration de documents internes.

- 13.2. Ces réorganisations se sont-elles traduites par une spécialisation ou polyvalence accrue des infirmiers ? Expliquez et illustrez par plusieurs exemples le cas échéant.

La mise en œuvre des structures d'ambulatoire de chirurgie (unité de chirurgie ambulatoire et d'anesthésie en 2013) et en médecine (unité de médecine ambulatoire en 2015) a conduit à développer une pluri-compétence chez les IDE exerçant sur ces 2 services. La création du futur département des maladies de l'appareil digestif début 2016, avec un hôpital de semaine et une unité de soins continus mutualisés entre la chirurgie digestive et la gastro-entérologie, va également nécessiter de développer une polyvalence des IDE sur ces 2 spécialités. Cette démarche de mutualisation d'activités bénéficie d'un accompagnement ANAP.

Le retrait des IADE des SMUR de Luçon et Montaigu et leur remplacement par des IDE a été douloureusement vécu par les IADE car perçu comme une limitation de la diversité de leur exercice, car l'amputant d'une activité extrahospitalière, où leur compétence était reconnue et appréciée. À contrario, l'ouverture de l'activité SMUR à un nombre plus important d'IDE (les équipages SMUR de LRSY était historiquement composés d'IDE et non d'IADE) a permis de diversifier l'exercice de ces IDE et de systématiser la polyvalence urgences/SMUR pour l'ensemble des professionnels participant à cette activité. La présence des IDE sur les SMUR de Luçon et Montaigu s'est également traduite par un positionnement systématique de ces professionnels auprès de leurs collègues des urgences en dehors des temps d'intervention et de tâches spécifiques inhérentes à leur poste de travail.

- 13.3. Ont-elles modifié la répartition des tâches entre infirmiers et praticiens ? Précisez et illustrez par plusieurs exemples le cas échéant.

À ce jour, aucune modification de la répartition des tâches entre praticiens et IDE n'est intervenue ni n'est envisagée, depuis le protocole afférent aux prélèvements de cornées.

13.4. Ont-elles permis de modifier la répartition des tâches entre les IDE et les aides-soignants ? Précisez et illustrez par plusieurs exemples le cas échéant.

Les études de charge de travail réalisées sur plusieurs services (ex. : oncohématologie, rhumatologie, diabétologie, etc.) ont conduit à revoir la composition de équipes de soins, notamment la nuit, en substituant dans certaines situations des postes AS par des postes IDE (oncohématologie) ou l'inverse (diabétologie, rhumatologie). Ces modifications se sont appuyées sur l'analyse de la charge en soins mesurée par les SIIPS.

13.5. Des réflexions sur l'organisation des tâches ont-elles eu lieu dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ? Dans les services de psychiatrie ? Précisez. Merci de fournir les documents à l'appui de ces réflexions.

Suite à la renégociation de la convention tripartite courant 2013, un important travail de restructuration de l'organisation des soins a été mené sur les structures médico-sociales en 2014 et 2015. Il s'est traduit par le recentrage des AS sur leur cœur de métier (les soins d'hygiène et de confort aux résidents) et la création d'une fonction maîtresse de maison en charge de l'ensemble des tâches logistiques et hôtelières. Cette réorganisation a également conduit à la suppression des postes IDE de nuit en EHPAD et à une révision des contenus de postes IDE. Pour exemple, les préparations des piluliers, qui étaient historiquement réalisés par les IDE de nuit, ont été rebasculées sur des postes IDE de jour dédiés à cette activité.

14. L'établissement a-t-il formalisé des protocoles de transfert de tâches ou appliqué des protocoles validés par la HAS ?

14.1. Transmettez les protocoles concernés et présentez les raisons ayant conduit à leur mise en œuvre (pénurie de personnels, difficultés organisationnelles, etc.)

L'établissement a mis en œuvre en 2016, à la suite d'une validation par l'ARS PDL²⁴, un protocole de délégation de compétences validé par la HAS relatif à la réalisation des prélèvements de cornées par des IDE. La motivation première de l'inscription dans cette démarche était la pénurie de médecins ophtalmologistes pour réaliser ces prélèvements. Cette activité est assurée par les IDE participant à la coordination des prélèvements multi-organes.

L'établissement est également en attente d'une réponse de l'ARS PDL pour l'importation en région d'un protocole validé par la HAS relatif à la pose des voies veineuses centrales (type PICC LINE) par des IADE. Cette demande répond à une attente de l'établissement compte-tenu de l'évolution très importante de la pose de ces dispositifs invasifs et de la pénurie de médecins anesthésistes sur le CHV. Quelques IADE de l'établissement sont déjà très impliqués dans cette pratique en amont et en aval de la pose par les médecins anesthésistes.

²⁴ ARS PDL : agence régionale de santé Pays de la Loire

14.2. Ont-ils contribué à la valorisation du métier d'infirmier ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

Ces pratiques contribuent indéniablement à valoriser l'exercice de certains professionnels IDE, en ouvrant à des actes jusqu'alors exclusivement réalisées par des médecins. Il est néanmoins regrettable que le législateur n'ait pas accompagné cette évolution des pratiques par une bonification financière, qui reconnaîtrait et valoriserait officiellement l'engagement de ces professionnels vers une expertise et/ou ces pratiques avancées.

La complexité de construire un protocole de coopération entre professionnels de santé, voire même d'adhérer à un protocole existant déjà validé par la HAS constituent indéniablement des freins à l'extension de cette démarche.

15. Existe-t-il des tâches médicales pour lesquelles l'établissement réfléchit actuellement à leur intégration dans les tâches infirmières au titre des pratiques avancées ? Si oui, lesquelles et pour quelles raisons ?

À ce jour, aucune démarche de ce type n'est actuellement en cours.

16. Fournir les fiches de poste IDE ou lettres de missions, dans lesquelles des compétences nouvelles ont été identifiées (référents en santé publique, prévention ou coordination des parcours, autres, etc.).

16.1. Selon vous, ces postes s'apparentent-ils à des nouveaux métiers ?

Le CHDV a mis en place un poste d'IDE de coordination de la démarche d'éducation thérapeutique du patient, ainsi qu'un poste d'IDE en charge de la coordination de la prise en charge des AVC (dans le cadre d'une action régionale portée par l'ARS). Ces postes ne constituent pas, à mon sens, des nouveaux métiers mais des modalités différentes d'exercer le métier d'IDE.

16.2. Ont-ils contribué à la valorisation du métier d'infirmier ou de cas individuels ? Si oui en quoi ? Si non, pourquoi ?

Ces postes contribuent à la valorisation, par l'identification, la reconnaissance institutionnelle et extra-établissement, des professionnels qui les occupent. Ce type de poste reste très à la marge au sein de l'établissement. Les contraintes économiques auxquelles sont confrontés les établissements ne contribuent malheureusement pas à de nouvelles réflexions pouvant conduire à la création de nouveaux postes de ce type (hors financement extérieur fléché).

17. Qualité des soins infirmiers

17.1. Mentionnez les événements indésirables graves « EIG » recensés dans l'établissement : font-ils l'objet d'une démarche d'analyse en interne ?

Tous les EIG liés aux soins impliquant des professionnels (IDE notamment) font l'objet de déclarations d'événements indésirables (EI) et d'un traitement et suivi systématique par la

cellule Qualité-Gestion des risques de l'établissement (mise en œuvre systématique de CREX²⁵ sur tous les EI graves).

Il existe également une instance locale, appelée cellule d'analyse et de veille, se réunissant tous les trimestres, constituée de médecins, pharmaciens, des membres de la cellule qualité et du coordonnateur général des soins, qui partage sur ces EI et propose des actions à mettre en œuvre à l'échelle institutionnelle.

Le service qualité de l'établissement précise les points ci-dessous :

Les événements indésirables sont déclarés par les équipes soignantes sur un formulaire informatique disponible sur l'Intranet de l'établissement.

Les EIG sont analysés suivant la procédure « CHD-PR094 : Déclaration, traitement et suivi d'un événement indésirable ». La procédure précitée n'est pas jointe au rapport.

La cotation du niveau de risque se base sur un document de la SHAM, assureur de l'établissement.

Le tableau suivant recense le nombre des événements indésirables graves.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>EIG avec un niveau de risque très élevé</i>	-	1	2	2	2	0
<i>EIG avec un niveau de risque élevé</i>	-	26	50	93	145	107
<i>Total</i>	-	27	52	95	147	107

Le nombre d'événements indésirables connaît une progression importante entre 2012 et 2015 (de 27 cas à 147 cas) mais diminue en 2016. Le nombre d'événements indésirables avec un niveau de risque très élevé selon la classification reste marginal (environ 2 cas par an).

EIG avec un niveau de risque très élevé.

En 2012 : Décès d'un détenu à la maison d'arrêt.

En 2013 :

- Complications liées à l'ablation d'un cathéter veineux central ;
- Suicide d'un patient aux urgences ;

En 2014 :

- Décès d'une patiente suite à une erreur médicamenteuse ;
- Surdosage de chimiothérapie ;

²⁵ CREX : comité de retour d'expérience

En 2015

- Suicide d'un patient ;
- Décès d'un détenu survenu suite à un vol de médicaments.

17.2. Les plaintes sont-elles recensées et analysées dans le bilan annuel de la CRUQPEC ? Documenter la réponse.

Chaque année, deux fois par an, les registres semestriels des plaintes et réclamations tenus sur chaque site du CHDV (La Roche-sur-Yon, Luçon et Montaigu) sont mis à l'ordre du jour d'une séance de la CRUQPC. Ces registres sont exhaustifs et mentionnent de façon anonymisée les références du plaignant, la date de réception de la réclamation, le service concerné, l'objet de la réclamation ainsi que les suites apportées avec leurs dates.

Par ailleurs, une analyse statistique annuelle répartissant les plaintes et réclamations par objets et par services concernés pour les trois sites, est également soumise aux débats de la CRUQPC.

Les « objets » retenus par l'établissement pour son analyse sont les suivants : 1) Chutes avec dommage corporel / blessures ; 2) Dommage matériel (perte ou détérioration : d'appareil dentaire, de lunettes, d'appareils auditifs, de vêtements/chaussures, de bijoux/maquillage, d'argent/objets de valeur – dégradation ou vol de véhicule) ; 3) Prise en charge (paramédicale, médicale) ; 4) Litiges de facturation ; 5) Hôtellerie ; 6) Agressions/actes de violence ; 7) Divers.

Il est précisé que les représentants des usagers ont également un libre accès aux dossiers de réclamation, sur rendez-vous pris auprès de la direction des usagers et de l'accueil.

En outre, un questionnaire est complété annuellement à l'attention de l'Agence Régionale de Santé depuis 2014, comportant également une répartition statistique des réclamations par motifs. Les « motifs » retenus par l'ARS sont les suivants : 1) accueil et administration ; 2) prise en charge aspects médicaux ; 3) suspicion de maltraitance ; 4) prise en charge aspects paramédicaux ; 5) Vie quotidienne environnement ; 6) Fonctionnement de l'établissement ou service.

Ce questionnaire est également soumis à l'appréciation de la CRUQPC au cours de la séance annuelle où sont débattues les recommandations à retenir.

Enfin, un document portant le nombre, la nature et l'issue (quand elle est connue) des recours juridictionnels formés dans l'année contre l'établissement par les usagers est également fourni annuellement à la CRUQPC. Ce document détaille les requêtes auprès de la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI), du tribunal administratif, et le cas échéant de la Cour administrative d'appel et du Conseil d'État.

Les membres de la CRUQPC (puis de la CDU à compter de 2016) formulent leurs recommandations après avoir été informés de ces divers éléments.

Le tableau suivant retrace les ordres du jour de la commission.

	Date de la séance de la CRUQPC ou de la CDU
<i>Registres du 1^{er} semestre 2012</i>	5 octobre 2012
<i>Registres du 2^{ème} semestre 2012 + analyse statistique année 2012 + recensement des recours juridictionnels 2012</i>	29 mars 2013
<i>Registres du 1^{er} semestre 2013</i>	27 septembre 2013
<i>Registres du 2^{ème} semestre 2013 + analyse statistique année 2013 + recensement des recours juridictionnels 2013</i>	27 mars 2014
<i>Registres du 1^{er} semestre 2014</i>	3 octobre 2014
<i>Registres du 2^{ème} semestre 2014 + analyse statistique année 2014 + recensement des recours juridictionnels 2014</i>	10 avril 2015
<i>Registres du 1^{er} semestre 2015</i>	25 septembre 2015
<i>Registres du 2^{ème} semestre 2015 + analyse statistique année 2015 + recensement des recours juridictionnels 2015</i>	1 ^{er} avril 2016
<i>Registres du 1^{er} semestre 2016</i>	14 octobre 2016
<i>Registres du 2^{ème} semestre 2016 + analyse statistique année 2016 + recensement des recours juridictionnels 2016</i>	28 avril 2017
<i>Registres du 1^{er} semestre 2017</i>	13 octobre 2017

17.3. Mentionnez et documentez les contentieux de l'établissement en lien avec les prises en charge relatives aux soins.

Les plaintes, réclamations et événements indésirables (EI) en lien avec les prises en charge médicales et soignantes sont recensées dans le tableau ci-après :

	La Roche-sur-Yon		Luçon		Montaigu	
	Réclamations + EI portant sur les prises en charge	Total des réclamations écrites + orales + EI	Réclamations + EI portant sur les prises en charge	Total des réclamations écrites + orales + EI	Réclamations + EI portant sur les prises en charge	Total des réclamations écrites + orales + EI
2012	166	338	10	31	9	15
2013	163	336	6	53	6	11
2014	163	344	7	59	11	15
2015	187	382	27	107	7	17
2016	184	337	19	127	15	20

Soit en pourcentages :

	La Roche-sur-Yon	Luçon	Montaigu
	Réclamations + EI portant sur les prises en charge	Réclamations + EI portant sur les prises en charge	Réclamations + EI portant sur les prises en charge
2012	49	32	60
2013	49	11	55
2014	47	12	73
2015	49	25	41
2016	55	15	75

Il ressort du tableau :

- Le nombre de réclamations et EI portant sur les prises en charge est en 2016 de 184 pour le site principal, 19 pour le site de Luçon et 15 pour celui de Montaigu. Le volume total des réclamations (écrites, orales et des événements indésirables) est nettement supérieur ;
L'activité du site principal génère en toute logique la plus grande part des réclamations et EI de l'établissement dans son ensemble (environ 88 % en moyenne). Il en est de même pour les réclamations de toute nature (79,2 %) ;
- Le site de Luçon connaît une augmentation régulière et importante des réclamations (de toute nature) ;
- Pour le site principal, les réclamations et événements indésirables portant sur les prises en charge représentent environ 50 % de l'ensemble des réclamations ;

La part des réclamations et EI portant exclusivement sur les soins infirmiers (hors problème de prise en charge médicale) est mise en évidence par les éléments statistiques fournis à l'ARS depuis 2014, pour l'établissement (tous sites) et synthétisés dans le tableau ci-dessous :

	Suspicion de maltraitance	Prise en charge aspects paramédicaux (qualité des soins, nursing, surveillance, organisation des examens, divergence sur les actes paramédicaux, informations sortie/transfert, liberté de circulation, accompagnement repas, accompagnement toilette, respect des droits des usagers...)	Relations avec le personnel paramédical
2014	0	34	6
2015	1	67	3
2016	0	31	11

Commentaires CRC :

Les réclamations ne portent que de façon exceptionnelle sur une suspicion de maltraitance. Quelques réclamations par mois en moyenne, sont formulées relativement à la prise en charge para médicale.

En ce qui concerne les affaires ayant donné lieu à un recours indemnitaire pour dommage corporel, soit :

- De façon amiable auprès de la compagnie d'assurance du CHDV ;
- Auprès de la CCI ;
- En Tribunal administratif.

Les soins infirmiers sont rarement concernés. En effet, la grande majorité des dommages corporels sont mis en relation avec l'activité médicale. Le recensement de ce type de contentieux pour les actes soignants est détaillé dans le tableau suivant :

Dates		Service concerné	Motif	Suivi
Réception de la réclamation	Faits			
03/03/2011	21/02/2011	Soins intensifs de cardiologie	Perte de prothèses dentaires déposées dans un haricot présenté ensuite à la patiente pour y vomir	Remboursement à la patiente, soit 2183,42 €
08/11/2011	28/09/2011	Bloc gynécologique	Oubli d'une compresse à l'occasion d'une hystérectomie	4414 € sont accordés à la plaignante au terme d'une transaction amiable

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

<i>Dates</i>		Service concerné	Motif	Suivi
<i>Réception de la réclamation</i>	Faits			
30/04/2012	12/01/2012	Neurologie	Chute à l'occasion d'un coucher ayant provoqué une fracture du genou	Indemnité de 1600 € acceptée par la famille
22/07/2013	09/07/2013	Soins de suite 3	Chute de sa hauteur avec traumatisme occipital, suivie du décès de la patiente	Rejet de la demande en date du 13/09/2013 : aucune faute ne peut être reprochée au personnel du CHD à l'origine de la chute
20/11/2013	30/10/2013	Imagerie Luçon	Séquelles fonctionnelles imputées à une extravasation de produit de contraste au niveau du bras droit	Classement du dossier sans suite le 03/02/2014 (le médecin traitant ne relève aucune séquelle)
29/09/2015	23/03/2015	Cardiologie	Blessure imputée au repose-pied d'un fauteuil roulant à l'occasion d'exams complémentaires	Rejet de la demande en date du 25/02/2016 en l'absence de défautuosité du fauteuil (blessure par maladresse)
16/02/2016	09/06/2011	Chirurgie orthopédique	Fracture du grand trochanter à l'occasion d'une chute dans la douche de sa chambre, après une intervention pour prothèse de hanche	Rejet de la demande en date du 19/05/2016, en l'absence de faute

L'établissement n'est pas concerné à ce jour par des recours auprès de la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) des accidents médicaux.

Des recours sont également introduits auprès du tribunal administratif :

<i>Dates</i>		Service concerné	Motif	Suivi
<i>Réception de la réclamation</i>	Faits			
17/03/2014	Novembre 2010	EHPAD Michel Augereau Montaigu	Décès de son père imputé à des soins inadaptés et à des négligences (l'expertise en date du 15/10/2012 retient une infection nosocomiale faute de traçabilité des soins d'hygiène dentaire)	Le CHD est condamné à verser 5014,82 € à la plaignante et 1050,05 € à la MSA de Vendée
29/10/2015	19/03/2013	Soins de suite et de réadaptation Luçon	Brûlure du 3 ^{ème} degré occasionnée par la pose d'une vessie de gel trop chaude sur une zone insensible du ventre chez une patiente paraplégique	Transaction amiable acceptée à hauteur de 7000 € + 28549,64 € à la CPAM, d'où le désistement des parties acté le 12/12/2016

- 17.4. Si des questionnaires d'évaluation ou des formulaires de satisfaction ont été mis en place, analysez le taux de réponse, la nature des réponses, l'exploitation faite et les mesures correctrices mises en œuvre.

L'apport des questionnaires de sortie :

Chaque année depuis 2010, le CHDV exploite ses questionnaires de sortie grâce au logiciel Sphinx. Les analyses portent sur un très grand nombre de documents complétés, ce qui aboutit à une forte stabilité des résultats sauf événement majeur et repérable (tel que l'ouverture d'un bâtiment neuf qui améliore la satisfaction hôtelière par exemple).

L'analyse des questionnaires complétés donne peu d'occasions de mettre en œuvre des mesures correctrices compte-tenu de l'excellence des scores de satisfaction reproduit d'année en année sur l'ensemble des items en lien avec la prise en charge soignante (cf. Tableau de synthèse ci-dessous).

	Pourcentage de satisfaits à très satisfaits (multisite)				
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Accueil dans le service de soins</i>	99,2	99,4	99,3	99,6	99,5
<i>Prise en compte de la douleur</i>	98,0	98,5	98,3	98,4	98,3
<i>Respect de l'intimité des patients</i>	98,0	98,3	97,9	98,0	98,3
<i>Attente après un appel sonnette</i>	97,9	98,3	97,9	97,9	97,7
<i>Attente lors d'examens complémentaires</i>	96,5	96,9	96,5	96,5	96,1
<i>Préparation de la sortie</i>	97,9	98,2	98,3	97,5	97,7
<i>Relations avec l'équipe soignante</i>	99,7	99,8	99,5	99,6	99,6
<i>Attention et disponibilité des personnels</i>	99,4	99,4	99,3	99,3	99,3
<i>Respect d'un régime</i>	98,3	98,2	98,3	98,1	97,6
<i>Nombre de questionnaires complétés par année</i>	5643	7403	7840	8458	8871

Commentaires CRC :

Les données enregistrées via le logiciel Sphinx font état de taux de satisfaction très élevés (entre 96,1 et 99,6 %) et ce malgré la forte augmentation des questionnaires (5 643 en 2011 et 8 871 en 2016 soit une augmentation de 57 %).

L'indicateur I-SATIS :

Par ailleurs, le CHDV a participé pour la première fois en 2014 au recueil de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés I-SATIS concernant tous les établissements de santé exerçant une activité de médecine-chirurgie ou obstétrique (MCO), qu'ils soient publics ou privés. Cinq périodes d'inclusion ont été nécessaires pour mener à bien les 120 entretiens téléphoniques obligatoires pour valider les résultats de l'établissement. En conclusion de l'enquête l'institut Qualitest a procédé à l'élaboration d'une matrice attente/satisfaction à partir des réponses collectées qui invite le CHDV à :

- Améliorer en priorité : l'information au patient notamment pour préparer sa sortie d'hospitalisation ;
- Surveiller : la restauration et les commodités de la chambre ;
- Soutenir l'effort de communication avec le personnel médical et soignant ;
- Conserver : la prise en charge globale et l'attitude du personnel médical et soignant.

En 2015, cette enquête s'est effectuée au moyen d'un questionnaire en ligne sur une plateforme Web, sur la base d'un recueil en continu des e-mails des patients effectués au CHDV par le service des admissions multisite.

Exceptionnellement pour 2015, le taux de satisfaction des patients n'a pas été diffusé publiquement. Il était convenu que seul le niveau d'engagement des établissements dans le dispositif national de mesure de la satisfaction serait évalué (soit la capacité des établissements à récolter et constituer des fichiers d'adresses e-mails de leurs patients et à les envoyer sur la plateforme de l'ATIH).

En 2016, 169 personnes ont répondu pour le site de La Roche-sur-Yon sur 635 mails envoyés soit 26,6 %, 7 personnes ont répondu pour Luçon et une seule personne pour Montaigu.

Les résultats globaux sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Indicateur de satisfaction (scores sur 100)	La Roche-sur-Yon		Luçon		Montaigu	
	Score	Effectif	Score	Effectif	Score	Effectif
<i>Satisfaction globale</i>	76,35	169	73,62	7	76,79	1
<i>Accueil</i>	75,33	169	78,93	7	79,17	1
<i>Prise en charge</i>	84,23	169	78,60	7	81,82	1
<i>Prise en charge par les médecins /chirurgiens</i>	82,38	168	74,25	7	79,17	1
<i>Prise en charge par les infirmiers /aides-soignants</i>	84,81	169	82,22	7	82,14	1
<i>Chambre et repas</i>	72,87	169	71,43	7	62,50	1
<i>Chambre</i>	77,63	169	71,43	7	68,75	1
<i>Repas</i>	63,17	168	71,43	7	50,00	1
<i>Organisation de la sortie</i>	64,56	169	59,82	7	80,00	1

Commentaires CRC :

Les appréciations formulées par mail dans le cadre de la démarche I-SATIS sont sensiblement moins bonnes que celles issues des questionnaires de sortie.

Les recommandations de la CRUQPC :

Au final la CRUQPC reconduit depuis 2012 parmi ses recommandations au CHDV une invitation à améliorer ses pratiques relatives à la préparation de la sortie des patients hospitalisés. Ce thème a fait l'objet d'une importante et vaste réflexion au sein de l'établissement, avec des aspects médicaux (ex. : amélioration des délais de transmission des comptes rendus d'hospitalisation aux médecins traitants), paramédicaux et mixtes (ex. : gestion des lits/anticipation des sorties).

Questionnaire 5 – L'organisation et le temps de travail des infirmiers

18. Transmettre l'accord sur le temps de travail de l'établissement

Si celui-ci a connu des modifications durant la période examinée, veuillez communiquer les différentes actualisations. Le cas échéant, précisez les raisons pour lesquelles l'accord sur le temps de travail a été revu.

Commentaires CRC :

La durée du temps de travail fait l'objet d'observations dans le cadre du rapport (partie relative à la gestion des ressources humaines).

La modification des règles internes relatives au temps de travail à compter du 1er janvier 2017 diminue les écarts à la norme apparaissant dans le tableau(ci-après) fourni par l'établissement et portant sur l'incidence des règles internes en 2016.

	Heures réglementaires	Heures travaillées / an au CH	Écart / obligations annuelles (en h)	ETP 2016	Perte horaire 2016	Perte en ETP 2016
Agents en repos fixe	1 607	1605	-2,00	291,56	-583,12	-0,36
Agents en repos variable (> 10 Dim et JF < 20 Dim et JF)	1 582	1567,50	-14,50	163,70	-2373,65	-1,51
Agents en repos variable (> 20 Dim et JF)	1 568	1567,50	-0,50	195,47	-97,74	-0,06
Agents travaillant de nuit	1476,00	1475,50	-0,50	350,53	-175,27	-0,12
Total					-3229,77	-2,06

NB : le nombre d'ETP IDE en 2016 réparti par catégories (fixe, variable, nuit) n'a pas pu être requêté à partir du logiciel de GTT.

Les données ont donc été obtenues par le croisement des effectifs et des éléments variables de paie (nombre d'indemnités de dimanches et jours fériés, nombre d'indemnités de nuit).

Le tableau fait état pour l'ensemble des professionnels en repos fixe, variable ou travaillant de nuit, d'un temps de travail inférieur au volume d'heures de travail tel que défini par la réglementation. La perte totale correspond à environ 2 ETP pour une année donnée, pour le personnel infirmier.

Le protocole RTT de l'établissement a été modifié fin 2016 pour une mise en place au 01/01/2017. Il a été revu pour ce qui concerne le bénéfice des repos compensateurs :

- Avant 2017 : 2 repos compensateurs octroyés dès 10 dimanches et fériés travaillés ;
- Après 2017 : 2 repos compensateurs octroyés à partir de 20 dimanches et fériés travaillés.

19. Existe-t-il un comité de suivi de l'accord local sur le temps de travail ? Le cas échéant, produisez les comptes rendus de ce comité.

Il n'existe plus de comité de suivi de l'accord local sur la RTT depuis 2008.

20. Une réflexion a-t-elle été entreprise sur la synchronisation des temps de travail médicaux et infirmiers (début du programme opératoire, heure de visite, etc.) ? Si oui, produisez tout document à l'appui.

La synchronisation des temps médicaux et non-médicaux est évaluée annuellement au bloc opératoire par la réalisation d'une démarche de benchmarking, qui analyse notamment les démarrages et fins tardifs des programmes opératoires.

La concertation qui est en place au sein du pôle chirurgie sur les fermetures de lits programmées dans les unités lors des périodes de congés, en lien avec les absences des opérateurs chirurgicaux, permettant, par une mise en adéquation des effectifs soignants à l'activité, à un plus grand nombre de personnels non-médicaux de bénéficier également de vacances, s'apparente à une démarche réfléchie de synchronisation des temps médicaux et non médicaux.

En dehors de ces situations, il n'a pas été mené de campagne institutionnelle sur ce thème.

Commentaires CRC :

Les travaux de synchronisation des temps médicaux et non médicaux participent à l'ensemble des démarches d'optimisation des moyens de l'établissement dont l'intérêt doit être souligné.

21. Communiquez le nombre de services en temps continu (temps médical ou paramédical).

Les services d'urgences, SAMU-SMUR, de réanimation et d'anesthésie (garde) sont en temps continu au niveau du temps médical.

Cette particularité peut se traduire pour les personnels non-médicaux (PNM) par des organisations de travail intégrant des horaires pouvant aller jusqu'à une amplitude de 12 heures par jour (Ex. : réanimation, SMUR).

22. L'établissement a-t-il retenu l'horaire en 12 heures pour certains services ? Si oui, lesquels ? Pour quelle raison ?

L'horaire en 12 heures a été retenu pour quelques activités : la réanimation, l'anesthésie, le SAMU/SMUR, les sages-femmes, la chirurgie ambulatoire, l'équipe de sécurité incendie.

Certaines de ces activités étaient organisées en 24 heures avant 2002 (anesthésie, sages-femmes) ; elles ont été modifiées pour des raisons réglementaires.

Les autres activités ont été positionnées en horaires d'une amplitude de 12 heures afin de correspondre à l'activité (chirurgie ambulatoire), ou parce qu'elles ne nécessitaient pas de temps de transmissions.

22.1. A-t-il réalisé un bilan de cette organisation ? Dans l'affirmative, le transmettre.

Seule la réanimation a fait l'objet d'un réel suivi lors de son passage en 12 heures (2005).

22.2. Quel a été l'avis des instances consultatives sur le passage à l'horaire en 12 heures ?

Les instances consultatives ont émis un avis négatif au passage récent à une amplitude de 12 heures pour la chirurgie ambulatoire.

Les autres activités sont en 12 heures depuis plus de 10 ans.

23. Précisez dans quelle mesure les évolutions intervenues dans l'établissement en termes d'organisation du travail des personnels infirmiers ont été induites par les réformes ou restructurations suivantes :

Impact des réformes et/ou restructurations

<i>Réforme ou restructuration</i>	Impact sur l'organisation et le temps de travail des infirmiers (évolution des effectifs, mutualisation de certains postes, modification des tâches dévolues aux IDE, ...)
<i>Passage aux 35 heures</i>	Évolution des effectifs en 2002 à la hausse. Réduction des temps de transmissions
<i>Tarifification à l'activité</i>	Évolution des effectifs
<i>Restructuration de l'offre de soins en interne</i>	Redéploiements de postes interservices, mutualisation de postes, révision des métiers : transformation de postes AS en IDE et/ou IDE en AS
<i>Mise en place d'une direction commune</i>	Mutualisation de temps IADE avec un autre établissement de santé de la Direction Commune
<i>Fusion d'établissements</i>	NC

24. Les choix que l'établissement a opérés en matière d'organisation et de temps de travail des personnels infirmiers ont-ils eu des conséquences dans les domaines suivants (compte d'heures supplémentaires, nombre de jours placés en CET, dépenses de remplacement, nombre de reclassements) :

Le tableau ci-dessous recense le nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées des personnels infirmiers.

<i>Nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées au 31/12 de l'année</i>						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Personnels des services de soins</i>	ND	12 531	17 771	4 574	13 265	13 750
<i>Nombre moyen personnels des services de soins</i>	ND	5	6,92	1,73	4,98	5

Nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées au 31/12 de l'année						
Dont infirmier (ide ibode puer)	ND	ND	9 466	2 617	6 380	8 927
Nombre moyen infirmier (ide ibode)	ND	ND	9,21	2,49	6,02	7,50

Commentaires CRC :

- Le nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées s'élève à 13 750 au terme de l'exercice 2016 pour l'ensemble des personnels de soins. Sur la période 2012-2016, le volume moyen est d'environ 12 378 heures. À l'exception de l'exercice 2014, le volume au terme de chaque exercice demeure relativement constant.
- Le volume d'heures supplémentaires relevant du personnel infirmiers s'élève à 6 380. Sur la base de la durée légale du travail (qui constitue un plafond), ce nombre d'heures représente presque 4 ETP. L'établissement estime qu'il correspond à 6,02 ETP.
- Le volume d'heures supplémentaires produites et validées par l'encadrement donne lieu à des développements dans la partie du rapport dédiée à la gestion des ressources humaines.

Les comptes épargne-temps des personnels infirmiers

Le tableau ci-après recense les données de l'établissement.

Nombre de jours placés (stockés) dans le CET au 31/12 de l'année						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IDE	364	355,5	421,5	459,5	452,5	534
IBODE	97,5	97,5	97,5	70,5	70,5	73,5
IADÉ	120	167	148	124	140	126
Puéricultrice	40	40	40	50	59	59
Infirmier exerçant une activité de psychiatrie	/	/	/	/	/	/
Infirmier exerçant en EHPAD	/	/	/	/	/	9,5

NB : à compter de 2013, les stocks constatés au 31 décembre de l'année des CET historiques et pérennes ont été additionnés.

Commentaires CRC :

Le nombre de jours stockés via un CET est croissant à hauteur de 46,7 % pour les IDE sur la période 2011-2016. Il atteint 534 jours en 2016. Il diminue pour les IBODE de 24,6 % sur la même période.

Les dépenses de remplacement des personnels infirmiers :

Elles sont précisées dans le tableau ci-après :

<i>Montant des dépenses de remplacement de personnels IDE par des CDD au 31/12 de l'année</i>						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>IDE</i>	1 824 523,00	1 434 527,00	1 902 026,00	1 994 517,00	1 930 963,00	2 434 690,00
<i>IBODE</i>	6 029,00			1 995,00		
<i>IADE</i>			20 976,00			
<i>Puéricultrice</i>	106 512,00	38 917,00	30 468,00	2 418,00	40 118,00	14 959,00
<i>Infirmier exerçant une activité de psychiatrie</i>	/	/	/	/	/	/
<i>Infirmier exerçant en EHPAD</i>	196 833,00	158 029,00	179 987,00	177 923,00	228 781,00	203 793,00

Commentaires CRC :

Les dépenses de remplacement pour les IDE uniquement (hors EHPAD) sont, à l'exception des exercices 2012 et 2016, de l'ordre de 1,9 M€. En effet, les exercices 2012 et 2016 présentent un caractère atypique (respectivement 1,4 M€ et 2,4 M€). Le montant moyen sur la période d'examen s'élève à 1,91 M€.

Les montants précités sont encore majorés d'une dépense annuelle moyenne de 234 623 € pour les autres professionnels dont les infirmiers exerçant en EHPAD.

Les dépenses de remplacement s'élèvent en moyenne à 2,15 M€ pour l'ensemble des personnels infirmiers.

Les reclassements de personnels infirmiers²⁶

Le tableau suivant, présente le nombre de reclassements par année.

<i>Situation au 31/12 de l'année</i>						
<i>Nombre d'ETP nécessitant un reclassement</i>	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>IDE</i>	2	2	3	3	5	5
<i>IBODE</i>	1	1	1	1	1	1
<i>IADE</i>	1	1	1	1	1	1
<i>Puéricultrice</i>	/	/	/	/	/	/

²⁶ Reclassements issus d'une décision de la commission de réforme ou changements de postes issus d'une décision interne à l'établissement, celui-ci identifiant une difficulté de l'IDE sur le poste occupé de nature à induire à terme un reclassement.

<i>Situation au 31/12 de l'année</i>						
<i>ETP infirmier exerçant une activité de psychiatrie</i>	/	/	/	/	/	/
<i>ETP infirmier exerçant en EHPAD</i>	/	/	/	/	/	/

Commentaires CRC :

Les reclassements professionnels s'élèvent à environ 5 ETP en moyenne par an, ce qui est assez marginal comparativement à l'effectif total. Le nombre de situations est néanmoins continûment croissant (4 ETP en 2011 mais 7 ETP en 2016).

25. Quelle est la place donnée aux personnels infirmiers dans l'organisation interne (organisation polaire) ?

25.1. Quelle est la place donnée aux cadres de santé dans la gouvernance de l'établissement ?

Les cadres de santé sont affectés sur des services de soins et rattachés à des cadres supérieurs de santé de pôle. Ils proposent les évaluations, la notation, les actions de formation prioritaires de leur service au cadre supérieur de pôle pour arbitrage.

La Direction des Activités de Soins organise tous les 2 mois des réunions d'encadrement permettant l'information des cadres sur la vie institutionnelle et l'échange autour de points particuliers. Afin de favoriser encore plus les échanges avec les cadres de santé, le coordonnateur général des soins s'invite très régulièrement dans les réunions de cadres au sein des pôles pour échanger, en comité plus restreint, sur tous les sujets qu'ils souhaitent aborder. Les réunions d'encadrement sont également l'occasion d'y inviter d'autres acteurs hospitaliers (directeur général, DRH, etc.) en particulier lorsque l'actualité s'y prête.

Au niveau institutionnel, des cadres de santé, représentatifs des différents secteurs de soins de l'établissement, sont membres du COPIL Qualité.

Au sein des pôles, les cadres sont associés à leur gouvernance à travers les bureaux de pôles réunissant le chef de pôle, le cadre de pôle, le directeur référent du pôle, les médecins chefs de services ainsi que les cadres de l'ensemble des services.

Même si la loi ne les y oblige plus, certains pôles (dont le pôle médecine spécialisée) ont maintenu les conseils de pôle, avec une représentation de l'ensemble des professionnels, dont les IDE.

25.2. Quelle est la place donnée aux cadres supérieurs de santé dans la gouvernance de l'établissement ?

Les cadres supérieurs de santé sont chargés d'assister le chef d'un pôle pour la majorité d'entre eux, de représenter la direction des activités de soins sur chacun des sites ou d'assister directement le coordonnateur des activités de soins pour 2 d'entre eux. Par ailleurs, il peut leur être confié des missions ou dossiers spécifiques en pilotage par le coordonnateur des activités de soins.

La direction des activités de soins, qui regroupe 10 CSS²⁷ (plus le coordonnateur des soins) positionnés en qualité de cadres supérieurs de pôle, de site, ou en missions transversales, s'appuie sur eux pour mettre en œuvre et accompagner les politiques institutionnelles. Le CGS²⁸ réunit l'équipe complète des CSS tous les 15 jours pour leur donner les informations institutionnelles, le plus souvent issues des différentes instances, et partager sur l'ensemble des dossiers et projets.

Les cadres supérieurs de pôle jouent un rôle très important d'appui et de conseils auprès des chefs de pôle.

25.3. Précisez la répartition des missions entre le praticien responsable du bloc opératoire et le cadre de bloc dans la gestion du bloc opératoire (Sur le bloc opératoire, l'équipe de contrôle pourra utilement consulter les comptes rendus du Conseil de bloc) ;

L'organisation repose sur deux cadres IBODE et un cadre IADE ; un des trois cadres assure chaque jour la programmation et la régulation.

25.4. Des délégations de fonctions ont-elles été accordées aux cadres de santé, cadres supérieurs de santé, au sein de l'établissement ? Précisez pourquoi. Le cas échéant, indiquez les délégations de fonctions accordées.

Les pôles s'étant vus déléguer la gestion d'une enveloppe propre de formation, les cadres supérieurs des pôles sont en charge du recueil des besoins exprimés et des arbitrages, en collaboration avec le chef de pôle et les chefs de services.

26. L'intéressement est-il mis en œuvre au sein de l'établissement ? Le cas échéant, indiquez depuis quand et décrivez-en les modalités.

L'établissement a fait le choix de mettre en œuvre un intéressement au sein des pôles (données financières, qualité, etc.) et non un intéressement individuel ou par métier.

27. La formation infirmière emprunte, par certains traits, au compagnonnage (ou formation par les pairs). Cela peut représenter une charge, comme un atout, pour l'hôpital et donne une importance réelle aux tuteurs de stage.

27.1. Comment sont-ils sélectionnés, formés, associés aux enseignements ? Les universitaires jouent-ils un rôle en la matière ?

L'établissement a fait un effort conséquent depuis 2009 pour mieux former les professionnels IDE à l'accompagnement des stagiaires, notamment infirmiers. Le recensement réalisé en 2016 faisait apparaître plus de 450 IDE formés. La fonction tutorale, comme envisagée par le référentiel de 2009, est assurée par un nombre bien moindre d'IDE, le plus souvent les plus expérimentés du service et ceux qui ont une appétence particulière pour l'encadrement des stagiaires.

²⁷ CSS : cadre supérieur de santé

²⁸ CGS : contrôleur général des soins

L'IFSI assure un accompagnement de ces tuteurs et une majorité d'entre eux sont régulièrement sollicités par l'IFSI afin d'assurer des cours ou des travaux pratiques. Les tuteurs du CHDV sont formés par l'IFSI de LRSY. Les universitaires ne sont pas impliqués dans cette formation.

L'IFSI de LRSY propose depuis peu de conforter la formation des nouveaux tuteurs par une journée supplémentaire de formation (qui passera de 2 à 3 jours), consacrée à de l'analyse de pratique.

De leur côté, les cadres sont impliqués auprès de l'IFSI dans le cadre des épreuves orales du concours d'entrée et des jurys de mémoire de fin d'étude. Il en est de même pour certains professionnels IDE non cadres.

27.2. Le temps consacré au suivi hebdomadaire d'un stagiaire est-il mesuré ? Indemnisé pour le tuteur ?

Il n'existe pas de suivi formalisé du temps consacré par l'établissement (par les tuteurs et les maîtres de stages) dans le cadre de l'accompagnement des étudiants infirmiers. Malheureusement pour les tuteurs, l'idée initiale qui avait été avancée de rémunérer cette activité tutorale par une indemnité, n'a pas été suivie d'effet. Il est dommage que cette activité de tuteur ne soit pas plus reconnue et valorisée car elle constitue aujourd'hui la base de l'accompagnement et de l'évaluation de l'apprentissage des compétences acquises au cours des stages par les étudiants.

27.3. La fonction de tuteur est-elle prise en compte dans l'évaluation professionnelle des agents l'exerçant ? Comment ?

La fonction de tuteur n'est pas spécialement prise en compte dans l'évaluation de ces professionnels. Pour certains agents particulièrement investis dans ce champ, il en est régulièrement fait mention par l'encadrement dans les évaluations annuelles.

Questionnaire 6 – Les conditions de travail des infirmiers

28. Des actions ont-elles été menées afin d'améliorer les conditions de travail des personnels infirmiers ? Si oui, précisez si celles-ci ont été conduites dans le cadre d'un CLACT (contrat local d'amélioration des conditions de travail) ou hors CLACT et transmettez tout document à l'appui.

Des actions sont régulièrement menées afin d'améliorer les conditions de travail des personnels infirmiers ou non infirmiers. Certaines ont été conduites dans le cadre d'un CLACT (mise à disposition gratuite de temps de psychologues libérales, proposition de cours de gymnastique, de temps de relaxation, proposition de consultations sur la diététique et le sommeil pour les personnels de nuit), d'autres dans le cadre du COPIL QVT/RPS (alternance jour/nuit, situations de violence et d'agressivité, gestion de la mobilité).

29. Une démarche a-t-elle été entreprise pour prévenir les risques psycho-sociaux concernant les personnels infirmiers ? Si oui, précisez sous quelle forme et transmettez tout document à l'appui.

Des démarches ont été entreprises pour prévenir les risques psychosociaux. Elles ne sont pas pour autant spécifiques aux personnels infirmiers. Un COPIL QVT/RPS se réunit régulièrement afin d'en déterminer les modalités.

Sujets traités :

- L'alternance jour/nuit ;
- La gestion des situations de violence et d'agressivité ;
- La mobilité ;
- Les espaces de discussion.

30. Complétez le tableau ci-après :

Le tableau (page suivante) met en évidence que les personnels infirmiers n'ont pas participé à un mouvement social local sur la période 2012-2016 mais parfois à des mouvements nationaux. Leur participation est dans ce cas assez limitée.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	<i>Distinguez IDE, IBODE, IADE, IDE puéricultrice, IDE exerçant une activité psychiatrique ou en EHPAD</i>					
<i>Nombre d'IDE, IBODE, IADE, puéricultrices, Infirmiers exerçant une activité psychiatrique ou en EHPAD ayant suivi un mouvement social national</i>	10	0	4	1	21	38
<i>Nombre d'IDE, IBODE, IADE, puéricultrices, Infirmiers exerçant une activité psychiatrique ou en EHPAD ayant suivi un mouvement social local</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Nombre de droit de retrait exercés</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Autres manifestations du mal-être infirmier (à préciser)</i>	/	/	/	/	/	1 AG tous personnels confondus le 8/11/2016 contre le projet sur les procédures de mobilité interne au CHD

31. Le cas échéant, quelles sont les attentes exprimées par les infirmiers de l'établissement (revendications lors de mouvements sociaux, sujets dont l'inscription à l'ordre du jour du CTE et CHSCT est demandée, sujets abordés en CSIRMT, évènements indésirables graves déclarés) ?

Les mouvements sociaux locaux se sont manifestés lors de la publication du projet de gestion de la mobilité (2016). Les IADE ont manifesté lors de leur remplacement par des infirmiers dans les sorties des SMUR de Luçon et Montaigu. Le nombre de personnes ayant manifesté est faible.

32. Précisez le taux de rotation des personnels infirmiers de 2011 à 2016 (selon méthode décrite ci-dessous) :

Le tableau ci-après détermine le taux de rotation annuel de l'effectif infirmiers.

	2016	2015	2014	2013	2012
<i>entrées LRSY</i>	17	11	25	17	35
<i>sorties LRSY</i>	38	46	26	26	51
<i>effectif physique</i>	752,67	732,17	732,67	718,25	687,00

La méthodologie suivie pour déterminer les valeurs de l'indicateur est définie ci-après :

Indicateur 7 : Taux de rotation du personnel

Le taux de rotation du personnel est calculé comme suit :

$$\frac{(\text{Nombre d'arrivées} + \text{nombre de départs au cours de l'année } n)/2}{(\text{Effectif physique moyen de l'année } n)}$$

où :

- les **départs** correspondent au nombre d'agents ayant quitté l'établissement pour un des motifs suivants :
 - Départs pour mutation, détachement ou mise à disposition vers un autre établissement juridique ou vers une autre fonction publique (territoriale ou d'État) ;
 - Congés parentaux à taux plein ;
 - Départs pour cause de démission ;
 - Ruptures conventionnelles ;
 - Départs pour licenciement ou révocation ;
 - Départs suite à fin de contrat ;
 - Départs pour disponibilité, congé sans solde (≥ 6 mois), congé sabbatique ;
 - Départs à la retraite ;
 - Décès.

Ne sont comptabilisés dans les départs que les agents permanents (titulaires et stagiaires, CDI, CDD sur emplois permanents, hors CDD de remplacements et emplois saisonniers) sortant de la structure. Les mouvements liés aux mobilités internes (mutations inter services etc.) ne sont pas comptabilisés : seules les sorties externes le sont. Les promotions professionnelles et les placements en congés de longue maladie ou de longue durée ne sont pas non plus comptabilisés dans les départs.

- les **arrivées** correspondent aux :
 - Mutations, détachements, mises à disposition en provenance d'un autre établissement juridique ou d'une autre fonction publique (territoriale ou d'État)
 - Réintégrations (y compris suite à congé parental à taux plein) ;
 - CDI ;
 - CDD et contractuels sur postes vacants ;
 - Recrutements suite à un concours ou directement mis en stage.

Source : Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé au 31 décembre 2014, ATIH, Page 60.

Commentaires CRC :

Le taux de rotation des personnels infirmiers diminue sur la période 2012 à 2016 (6,3 % en 2012 mais 3,7 % en 2016).

Les données de l'établissement devront être confirmées dans le cadre de la procédure contradictoire, le nombre d'entrées étant toujours inférieur aux nombres de sorties, alors que l'effectif physique moyen est majoré de 9,6 % soit plus de 65 personnes sur la période d'examen.

Partie III : La formation des personnels infirmiers**Questionnaire 7 – La formation professionnelle assurée par les établissements****33. Compléter le tableau ci-dessous relatif aux dépenses de formation continue.**

Le tableau ci-dessous porte sur les Dépenses de formation continue (Plan et DIF) des personnels infirmiers.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Masse salariale infirmière</i>	41 963 315,8	43 197 930	45 349 764	47 301 577	43 305 138	44 389 485,95
<i>Dépenses Plan de formation</i>	312 933 €	340 993 €	274 472 €	298 174 €	585 565 €	511 985 €
<i>Dépenses Plan fléchées en direction de l'IFSI de rattachement</i>	47 705 €	65 906 €	76 676 €	82 251 €	74 242 €	47 592 €
<i>Dépenses DIF</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Dépenses DIF fléchées en direction de l'IFSI de rattachement</i>	0	0	0	0	0	0

Commentaires CRC :

La masse salariale infirmière est majorée de 5,8 % sur la période 2011-2016. Le montant annuel moyen s'élève à 44,25 M€. Le montant des dépenses de formation augmente sur la période précitée et représente 0,74 % en 2011 et 1,15 % de la masse salariale en 2016.

Les dépenses fléchées en direction de l'IFSI illustrent son action en matière de formation continue.

Aucune dépense relative au DIF n'est engagée sur l'intégralité de la période.

34. Quelle est la place de la formation au sein de la politique RH ?

Cette question sera mesurée notamment par l'utilisation qui est faite de la formation dans les contrats de pôle, par son usage dans la préparation de projets ou l'organisation de l'offre de soins de l'hôpital, ou par sa prise en compte à l'échelon individuel dans la gestion des carrières des personnels. Il s'agira, par exemple, de mettre en évidence la façon dont les initiatives individuelles en matière de formation sont prises en considération par la structure.

La formation est un outil de développement des compétences nécessaires pour faire face aux évolutions des modes de prise en charge. Chacun des pôles priorise ses actions en fonction de ce qu'il juge le plus pertinent. Les organisations liées à l'évolution de l'offre de soins sont travaillées par les cadres paramédicaux et le corps médical à l'échelle du service, puis du pôle.

35. Comment sont décomptées les périodes de formation en matière de temps de travail ?

Problématique parfois considérée comme pouvant limiter la motivation des agents pour partir en formation, il sera utile de mettre à plat les règles locales à l'œuvre.

Les périodes de formation sont comptabilisées pour une journée à 7 heures 30 (forfaitairement) ou pour une durée équivalente à celle de la formation pour celles dont la durée est inférieure à la journée.

Si les formations ont lieu à l'extérieur, des délais de route peuvent être ajoutés :

- 4 heures pour les départements situés au-delà des départements limitrophes (85-44-49-79 et 17) ;
- 8 heures pour les formations se déroulant dans des villes éloignées pour lesquelles la durée du trajet est égale ou supérieur à 8 heures ;
- Cf. point 2.11 (b) du protocole d'accord local RTT.

36. Quelles sont les relations existantes entre votre établissement et l'ANFH ?

36.1. Avez-vous un correspondant dédié ? Est-il présent régulièrement dans l'établissement ? Rencontre-t-il les agents ?

L'établissement a un correspondant dédié à l'ANFH. Il dispose d'une cellule de formation encadrée par un cadre de santé. Le correspondant de l'ANFH n'est pas régulièrement présent dans l'établissement et ne rencontre pas les agents.

36.2. À quelle hauteur l'ANFH intervient-elle pour soutenir votre effort financier en matière de formation ?

Les tableaux suivants mettent en évidence les financements ANFH dédiés aux études promotionnelles (EP) :

Tableau sur les relations avec l'ANFH : aides-soignants en étude promotionnelle IDE

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANFH=FMEP FORMEP	186 542,71 €	229 256,14 €	257 279,03 €	280 802,04 €	343 385,13 €	358 379,98 €
<i>D</i>	- €	- €	- €	- €	- €	- €
<i>E</i>	30 012,00 €	44 641,00 €	44 879,00 €	56 223,00 €	69 980,00 €	78 100,00 €
<i>T</i>	156 530,71 €	184 615,14 €	212 400,03 €	224 579,04 €	273 405,13 €	280 279,98 €
PLAN	80 493,44 €	115 969,13 €	161 427,12 €	171 937,47 €	140 052,08 €	132 138,75 €
<i>D</i>	4 936,55 €	7 700,50 €	10 325,21 €	9 732,46 €	10 202,17 €	6 840,52 €
<i>E</i>	15 070,00 €	17 420,00 €	26 956,00 €	25 341,00 €	16 980,00 €	12 683,06 €
<i>T</i>	60 486,89 €	90 848,63 €	124 145,91 €	136 864,01 €	112 869,91 €	112 615,17 €
Total général	267 036,15 €	345 225,27 €	418 706,15 €	452 739,51 €	483 437,21 €	90 518,73 €

NB : Le tableau ci-dessus pourra être complété en distinguant les dépenses de formation stricto sensu des dépenses annexes : hébergements, déplacements, remboursements de rémunérations.

Tableau sur les relations avec l'ANFH : personnels infirmiers en étude promotionnelle IADE

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANFH=FMEP FORMEP	89 655,48 €	34 196,30 €	20 148,15 €	84 080,79 €	55 795,08 €	- €
<i>D</i>	- €	- €	- €	- €	- €	- €
<i>E</i>	10 160,00 €	4 492,50 €	3 100,00 €	13 076,00 €	9 792,00 €	- €
<i>T</i>	79 495,48 €	29 703,80 €	17 048,15 €	71 004,79 €	46 003,08 €	- €
PLAN	64 072,34 €	78 815,18 €	108 494,71 €	63 059,89 €	28 296,10 €	- €
<i>D</i>	18 445,93 €	11 736,38 €	14 828,57 €	8 420,55 €	5 865,96 €	- €
<i>E</i>	5 997,50 €	7 592,50 €	10 900,00 €	4 800,00 €	- €	- €
<i>T</i>	39 628,91 €	59 486,30 €	82 766,14 €	49 839,34 €	22 430,14 €	- €
Total général	153 727,82 €	113 011,48 €	128 642,86 €	147 140,68 €	84 091,18 €	- €

Tableau sur les relations avec l'ANFH : personnels infirmiers en étude promotionnelle IBODE

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANFH=FMEP FORMEP	10 741,04 €	€	16 600,10 €	70 131,33 €	41 158,32 €	92 438,49 €
<i>D</i>	- €	€	€	€	€	€
<i>E</i>	1 086,67 €	- €	2 400,00 €	9 600,00 €	4 874,00 €	9 894,00 €
<i>T</i>	9 654,37 €	- €	14 200,10 €	60 531,33 €	36 284,32 €	82 544,49 €
PLAN	22 830,62 €	92 864,40 €	33 773,08 €	29 156,44 €	10 528,66 €	11 000,90 €
<i>D</i>	2 500,33 €	8 409,03 €	8 478,28 €	14 023,60 €	6 397,88 €	7 283,11 €
<i>E</i>	2 300,00 €	9 200,00 €	2 300,00 €	€	368,00 €	€
<i>T</i>	18 030,29 €	75 255,37 €	22 994,80 €	15 132,84 €	3 762,78 €	3 717,79 €
Total général	33 571,66 €	92 864,40 €	50 373,18 €	99 287,77 €	51 686,98 €	103 439,39 €

Tableau sur les relations avec l'ANFH : personnels infirmiers en étude promotionnelle PUER :

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANFH=FMEP FORMEP	€	- €	- €	- €	- €	- €
<i>D</i>	€	€	- €	- €	- €	- €
<i>E</i>	- €	- €	- €	- €	- €	- €
<i>T</i>		€	- €	- €	- €	- €
PLAN	103 543,86 €	57 619,59 €	805,91 €	- €	- €	- €
<i>D</i>	6 081,89 €	1 810,24 €	- €	- €	- €	- €
<i>E</i>	13 505,00 €	6 720,00 €	- €	- €	- €	- €
<i>T</i>	83 956,97 €	49 089,35 €	805,91 €	- €	- €	- €
<i>(vide)</i>	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Total général	103 543,86 €	57 619,59 €	805,91 €	- €	- €	- €

Tableau sur les relations avec l'ANFH : personnels infirmiers en étude promotionnelle
CADRE :

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANFH=FMEP FORMEP	74 070,06 €	105 091,24 €	119 453,72 €	77 559,56 €	147 855,51 €	189 967,38 €
<i>D</i>	- €	€	- €	- €	- €	- €
<i>E</i>	17 120,60 €	21 771,95 €	28 748,00 €	21 680,80 €	34 044,74 €	40 392,80 €
<i>T</i>	56 949,46 €	83 319,29 €	90 705,72 €	55 878,76 €	113 810,77 €	149 574,58 €
PLAN	79 631,94 €	71 027,96 €	15 297,27 €	22 118,22 €	20 396,88 €	23 078,50 €
<i>D</i>	17 869,82 €	14 663,02 €	10 059,89 €	8 148,53 €	11 266,13 €	15 720,48 €
<i>E</i>	13 454,00 €	11 640,00 €	- €	- €	492,00 €	912,00 €
<i>T</i>	48 308,12 €	44 724,94 €	5 237,38 €	13 969,69 €	8 638,75 €	6 446,02 €
Total général	153 702,00 €	176 119,20 €	134 750,99 €	99 677,78 €	168 252,39 €	213 045,88 €

Commentaires CRC :

En 2016, les financements accordés par l'ANFH s'élèvent au total à :

- 490 518,73 € pour les aides-soignants en formation IDE ;
- 103 439,39 € pour les IDE en formation IBODE ;
- 213 045,88 € pour les IDE en promotion cadre.

Aucun financement n'a été accordé par l'ANFH en 2016 au titre des EP pour les formations IADE et puéricultrice.

37. Disposez-vous d'indicateurs permettant d'objectiver le bénéfice d'une formation réalisée au profit des stagiaires que vous accueillez en immersion au sein de votre hôpital, notamment grâce au tutorat ? Si oui, quels sont-ils ? comment ont-ils été construits ? Sont-ils utilisés par ailleurs pour mesurer les compétences des personnels permanents ?

Nous ne disposons d'aucun indicateur.

Questionnaire 8 – les tuteurs de stage

38. Comment sont-ils sélectionnés, formés, associés aux enseignements ? Les universitaires jouent-ils en la matière un rôle ?

Renvoi à la réponse 27.1

39. Le temps consacré au suivi hebdomadaire d'un stagiaire est-il mesuré ? indemnisé pour le tuteur ?

Renvoi à la réponse 27.2

40. La fonction de tuteur est-elle prise en compte dans l'évaluation professionnelle des agents l'exerçant ? Comment ?

Renvoi à la réponse 27.3

41. Avez-vous établi des règles concernant l'accueil des professionnels de santé stagiaire au sein de l'hôpital (Nombre maximum par service, rotation des stages, niveau préalable dans certains secteurs, etc.) ?

La DAS a posé la politique d'accueil des stagiaires « soignants » au CHDV. Chaque service a été interrogé sur le type de stagiaires accueillis dans l'unité, le nombre total de stagiaires pouvant être présents en simultanément, le nombre maximum de stagiaires de chaque catégorie et pour les stagiaires infirmiers la répartition du nombre de stagiaires de chaque année d'études. Des parcours de stages ont été élaborés dans certains services en collaboration avec l'IFSI.

42. Plus généralement, quelles sont les difficultés, ou au contraire les avantages, que représente pour vous l'accueil de personnels infirmiers en stages ?

La formation des stagiaires constitue une des missions de l'hôpital. La qualité de la formation délivrée en stage est une garantie de qualité pour les futurs professionnels infirmiers que le CHDV (ou tout autre établissement de santé) recrutera. La diversité de l'offre de stages proposée par le CHDV est également un élément important dans la constitution de leur culture soignante, à travers la découverte de nombreuses spécialités, et pour la complétude des apprentissages qu'ils ont à réaliser en stage. L'accueil en stage des étudiants infirmiers permet d'asseoir l'attractivité de l'établissement en termes de recrutement futur. Lorsqu'un étudiant infirmier en fin de cursus réalise un stage dans l'établissement, l'évaluation de ce stage peut influencer une embauche éventuelle. Si tel est le cas, la DAS s'efforce, dans la mesure des possibilités existantes, de positionner le nouveau diplômé sur un service qu'il connaît afin de faciliter sa prise de fonction.

Questionnaire 9 - Les Instituts de formation en soins infirmiers.**43. L'accessibilité de la formation, la fluidité des parcours et l'accompagnement des étudiants.**

1. L'individualisation des expériences professionnelles est-elle prise en compte pour construire des parcours de formation personnalisés, notamment pour les étudiants en promotion professionnelle ? Si oui, comment ? (Réduction de scolarité ? Scolarité aménagée ? etc.)

Oui pour les étudiants infirmiers de 1^{ère} année qui ont exercés antérieurement au moins 3 ans en qualité d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture et qui sont admis en formation après une épreuve de sélection. Ces étudiants bénéficient d'une dispense de scolarité, ils sont dispensés des unités d'enseignement correspondant à la compétence 3 du référentiel infirmier du semestre 1 (UE²⁹ 2.10.S1 – UE 4.1.S1 – UE 5.1.S1). La durée de stage du semestre 1 est réduite d'une semaine.

Par ailleurs, quelques étudiants au parcours universitaire de 1 à 3 ans peuvent bénéficier d'un allègement de leur cursus après avis du conseil pédagogique. L'allègement reste assez faible et porte le plus souvent sur les sciences humaines à hauteur de 2 à 3 UE sur la totalité du programme (50 UE).

2. Quel lien avec leur établissement d'origine, les étudiants en promotion professionnelle conservent-ils ?

Un contrat de promotion professionnelle est établi entre le Directeur Général et l'étudiant.

3. Les conditions de logement des étudiants au sein de votre IFSI constituent-elles un avantage particulier pour des étudiants ? Comment est financé l'éventuel foyer étudiants ? Dépend-il du CROUS³⁰ ? Quel coût moyen par étudiant ? Cette charge est-elle financée, ne serait-ce que partiellement par l'hôpital de rattachement ?

Il n'y a pas de foyer au sein de notre IFSI et l'institut n'intervient pas dans ce domaine. Les étudiants de l'IFSI, à la différence des autres étudiants, n'ont pas accès via le CROUS aux logements universitaires.

Cette situation inégalitaire devrait évoluer à compter du 1^{er} septembre 2019 ; les étudiants de l'IFSI auront alors les mêmes droits que les autres étudiants. En ce sens, depuis cet été, les étudiants infirmiers bénéficient du dispositif commun en matière de bourses universitaires. L'accès au restaurant universitaire est quant à lui acquis depuis plus longtemps.

²⁹ UE : unité d'enseignement

³⁰ CROUS : centre régional des œuvres universitaires et scolaires

4. À quels bourses ou aides, en fonction de leur statut, les étudiants infirmiers peuvent-ils prétendre ?

Les étudiants peuvent bénéficier :

- D'une bourse versée par le conseil Régional en fonction des revenus de la famille
- D'une indemnisation versée par pôle emploi si l'étudiant est inscrit comme demandeur d'emploi au moins 1 journée avant l'entrée en formation et si des droits ARE³¹ sont ouverts (justifier de 610 heures de travail ou 122 jours sur les 28 derniers mois). Si des droits sont ouverts à l'entrée en formation, prolongation au terme des droits par une rémunération de fin de formation (RFF) (maximum 3 ans avec ARE) plafonnée à 652 euros, du fait que la formation infirmière est une formation qualifiante inscrite sur la liste préfectorale des métiers.
- D'une prise en charge par un OPCA³² pour les étudiants salariés (FONGECIF³³ – promotion professionnelle).

44. La qualité de la formation

1. L'IFSI est-il certifié qualité ?

Non, mais une démarche qualité ISO9001 est en cours de mise en œuvre depuis le début de l'année 2017.

Le rapport IGAS/IGAENR³⁴ de juin 2017 préconise la certification des formations via le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur. L'ambition du directeur de l'institut réside plus dans le processus de certification que dans le recours à un tiers certificateur. L'IFSI ne devrait pas bénéficier de financements en ce sens, dans le contexte de la réduction des moyens budgétaires.

Les axes de la démarche qualité devraient être définis à la fin du 1er semestre 2018.

2. Des procédures qualité sont-elles partagées ou harmonisées au plan régional ? Si oui, à l'initiative de qui ? (IFSI eux-mêmes ? Région ? Etat (ARS) ?)

Non à ce stade mais un travail est engagé en ce sens avec le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres.

³¹ ARE : allocation de retour à l'emploi

³² OPCA : organisme paritaire collecteur agréé

³³ FONGECIF : fonds de gestion des congés individuels de formation

³⁴ IGAS/IGAENR : inspection générale des affaires sociales / inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

45. L'organisation de la formation et ses coûts.

Le tableau ci-après expose des éléments budgétaires concernant la formation des seules IDE :

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Effectifs étudiants	559	558	550	566	571	566	567
Charges de l'IFSI	3 929 480 €	3 801 972 €	3 913 332 €	4 050 491 €	4 194 023 €	4 515 892 €	4 948 901 €
<i>Administratives</i>	356 135 €	599 375 €	568 622 €	608 203 €	615 050 €	723 310 €	780 764 €
<i>Pédagogiques</i>	2 627 334 €	2 303 225 €	2 430 393 €	2 515 277 €	2 669 092 €	2 913 551 €	2 644 810 €
<i>Logistiques et Patrimoniales</i>	946 011 €	899 372 €	914 317 €	927 011 €	909 881 €	879 031 €	1 523 327 €
Charges de personnel (C/641 et C/642)	1 008 530 €	1 066 843 €	1 254 241 €	1 385 838 €	1 394 701 €	1 532 007 €	1 625 184 €
<i>Administratif</i>	166 014 €	217 800 €	293 761 €	327 237 €	308 132 €	356 281 €	388 529 €
<i>Pédagogique</i>	822 006 €	828 818 €	940 054 €	1 037 614 €	1 065 887 €	1 154 805 €	1 215 784 €
<i>Technique et logistique</i>	20 510 €	20 225 €	20 426 €	20 987 €	20 682 €	20 921 €	20 871 €
Masse salariale vacataires et universitaires (C/6)	70 419 €	60 083 €	42 804 €	46 446 €	59 224 €	50 445 €	56 602 €
Indemnités de stage IDE (C/6488)	365 971 €	367 544 €	350 904 €	352 523 €	361 831 €	367 230 €	361 555 €
Frais de déplacement (C/6251)							
<i>Formateurs</i>	7 473 €	9 771 €	8 461 €	8 361 €	7 497 €	8 149 €	8 128 €
<i>Etudiants</i>	88 558 €	83 804 €	78 142 €	83 840 €	84 310 €	80 370 €	84 585 €
Éléments non salariaux facturés par l'université							
Éléments facturés par l'établissement de rattachement							
<i>C/621xx (charges de personnel)</i>							
<i>c/628xx (autres charges)</i>	41 565 €	19 005 €	9 511 €	16 591 €	76 296 €	82 676 €	84 726 €
Prestations et services extérieurs autres (C/62)	106 381 €	113 761 €	115 366 €	128 599 €	137 793 €	134 151 €	121 899 €
Subvention régionale (affectée à la formation inf)	2 943 887 €	3 584 400 €	3 548 478 €	3 478 678 €	3 606 900 €	3 640 000 €	3 681 400 €
Taxe d'apprentissage collectée	23 540 €	32 166 €	32 290 €	28 225 €	13 909 €	17 498 €	16 813 €
Autres Ressources							
VAE							
Formations continue dispensée par l'établissement							
Frais d'inscription au concours (C/7062)	45 450 €	80 465 €	87 374 €	88 642 €	84 490 €	101 904 €	69 570 €

Commentaires CRC :

Les données de ce tableau fournies par l'établissement mettent en évidence que sur la période 2010-2016, les charges de l'IFSI progressent de plus d'un million d'euros en raison du doublement (119,1 %) des charges à caractère administratif (356 135 € contre 780 764 € en 2016) et de l'augmentation importante des charges logistiques et patrimoniales (61 %).

Les charges de personnel progressent de 616 000 € sur la période soit 61,1 %, réparties entre le personnel administratif (222 000 €) et le personnel pédagogique (394 000 €).

La subvention du conseil régional croit de 737 500 € sur la période. Son montant s'élève à 2 943 887 € en 2010 et atteint 3 681 400 € en 2016. Il s'agit de la principale ressource de l'institut de formation.

1. Fournir un état précis des effectifs, de leurs affectations et les coûts correspondants ainsi que les documents budgétaires du CRP C ?

Commentaires CRC :

Les données budgétaires exposées dans le rapport d'examen de gestion mettent en évidence que le montant total des produits du CRP C s'élève à 5,6 M€ en 2016. Ce compte de résultat est excédentaire sur la période 2012-2016 à l'exception de l'exercice 2015 ayant connu des dépenses exceptionnelles.

Le montant des dépenses de personnel atteint 3,6 M€ en 2016 pour un effectif total de 49,38 ETP en 2016, comme l'indique le tableau ci-dessous extrait du compte financier 2016 ; les effectifs de l'IFPS :

	ETP moyens rémunérés au 31/12/2016	ETP moyens rémunérés au 31/12/2015
<i>Personnel médical</i>	0,00	0,00
<i>Personnel non médical - Titulaires et stagiaires</i>	46,53	45,62
<i>Personnel non médical - Contrats à durée indéterminée</i>	1,45	1,78
<i>Personnel non médical - Contrats à durée déterminée et autres</i>	1,40	0,97
Total	49,38	48,37

Par ailleurs, relevons que :

- Les frais d'inscription à l'université sont de 184 €, la cotisation sécurité sociale : 217 €, les frais de scolarité à compter de 2018 (si formation payante) : 0,50 M€, les frais d'inscription aux épreuves de sélection pour l'entrée en formation : 110 €.
 - Le nouveau dispositif d'indemnisation des stages a induit un surcoût annuel de 0,10 M€ pour l'ensemble des promotions.
 - Le tarif de la formation en 2017 est de 7 700 €.
2. Pour les effectifs de formateurs, distinguer les personnels permanents des professionnels ponctuels, pour chacune des années sous contrôle, en mentionnant le nombre d'heures de cours, de TD (travaux dirigés), de tutorat ou de conférence, effectuées par chacun.

Le tableau page suivante précise l'état des effectifs de formateurs.

FORMATEURS PERMANENTS en équivalent ETP	30,72	30,18	30,82	31,12	31,46	30,89
En équivalent Nombre d'heures	48 384	47 534	48 542	49 014	49 550	48 652
Répartition des heures pédagogiques effectuées par les formateurs permanents						
Enseignement	29 903	28 403	26 736	29 443	41 613	40 659
Suivi des stages et enseignement clinique	5 806	5 228	5 340	5 392	5 449	5 352
Organisation des concours et diplômes	4 838	6 655	7 767	7 842	642	973
Classes préparatoires - formation continue		1 140	933	897	854	695
Autres activités pédagogiques	7 257	5 704	7 281	4 950	496	487
Activités non pédagogiques	580	404	485	490	496	486
VACATAIRES - Nombre d'heures rémunérées	2 296	1 264	1 317	1 816	1 776	1 424
VACATAIRES en équivalent ETP	1,46	0,80	0,84	1,15	1,13	0,90
Répartition des heures pédagogiques effectuées par les intervenants vacataires						
Enseignement	1 431	652	540	886	882	797
Enseignants universitaires	24	22	21	14	14	12
Enseignants habilités par l'Université	841	590	756	916	880	615
PRESTATAIRES - Nombre d'heures rémunérées	188	365	243	531	716	599
PRESTATAIRES en équivalent ETP	0,12	0,23	0,15	0,34	0,45	0,38
Total des heures pédagogiques	50868	49163	50102	51361	52041	50675
TOTAL Equivalent ETP Formateurs (Permanents et extérieurs)	32,30	31,21	31,81	32,61	33,04	32,17

Commentaires CRC :

Le volume total en ETP des formateurs (permanents et extérieurs) est assez constant sur la période d'examen et s'élève à 32,17 ETP en 2016.

Cet effectif est composé en majorité de formateurs permanents (96 % en 2016). Ces professionnels consacrent en 2016, plus de 83 % de leur temps de travail à l'enseignement et 11 % au suivi des stages et à l'enseignement clinique. En 2012, les formateurs consacraient 61,8 % de leur temps de travail à l'enseignement. Progressivement, ces professionnels consacrent beaucoup moins de leur temps de travail à « l'organisation des concours et diplômes » ainsi qu'aux « autres activités pédagogiques ».

D'autres professionnels (vacataires et prestataires) contribuent à la formation, de façon marginale.

3. L'emploi du temps type d'un formateur, la liste des tâches transversales assurées (et leur poids horaire) seront également fournis.

Le tableau ci-dessous détaille l'emploi du temps type d'un formateur. Il apparaît que les principales activités sont :

- Les travaux dirigés – travaux pratiques : 17,49 % ;
- Le supports pédagogiques, collectifs et individuels : 16,03 % ;
- Préparation et organisation des bilans, cours, UE/modules : 19,66 % ;
- Évaluation : 12,61 % ;
- Réunion pédagogique / coordination : 12,70 %.

<i>Nature d'Activité</i>	<i>Temps consacré en %</i>
<i>1.01 Cours Magistral</i>	4,01 %
<i>1.02 Travaux Dirigés - Travaux Pratiques</i>	17,49 %
<i>1.04 Suivi pédago collectif et individuel - TPG</i>	16,03 %
<i>1.05 Prépa - organisation - bilan cours UE/modules</i>	19,66 %
<i>1.06 Assistance aux cours</i>	0,24 %
<i>1.07 Évaluation</i>	12,61 %
<i>1.08 Réunion pédagogique / coordination</i>	12,70 %
<i>2.01 Enseignement clinique</i>	7,30 %
<i>2.02 Planification - traçabilité Enseignement clinique</i>	0,84 %
<i>2.03 Mission référent stage</i>	1,17 %
<i>2.04 Commission stage - réunion - activité</i>	0,83 %
<i>3.01 Surveillance des épreuves admissibilité</i>	0,37 %
<i>3.02 Participation aux entretiens d'admission</i>	0,75 %
<i>3.03 Jurys d'admissibilité et d'admission</i>	0,53 %
<i>4.01 Commission Attribution Crédits</i>	0,96 %
<i>4.02 Jury diplôme d'Etat</i>	0,30 %
<i>5.01 Conseil pédagogique</i>	0,10 %
<i>5.04 Conseil de Vie</i>	0,04 %
<i>6.01 Encadrement et tutorat interne</i>	0,06 %
<i>6.02 Réunion intra CHD Vendée</i>	0,77 %
<i>6.03 Réunion Extérieure</i>	0,49 %
<i>6.04 Communication externe</i>	0,50 %
<i>6.05 Prestations externes</i>	0,10 %
<i>7.01 Préparation Cours - prépa concours</i>	0,12 %
<i>7.02 Enseignement - prépa concours</i>	0,45 %
<i>8.01 Préparation Cours - formation continue</i>	0,31 %

<i>Nature d'Activité</i>	Temps consacré en %
<i>8.02 Enseignement - formation continue</i>	1,26 %
<i>Total</i>	100,00 %

4. Quelles sont les contreparties apportées par l'établissement support ?

Non concerné.

46. Trois domaines d'enseignement (sciences humaines, sociales et droit ; sciences biologiques et médicales ; méthodes de travail) sont sous responsabilité universitaire :

1. Quel est la part des cours magistraux et de la formation théorique qui sont, au sein de votre IFSI, effectivement assurés par les universitaires ?

Nous n'avons qu'un intervenant qui dépend de l'université de Nantes (14 heures par année).

Cependant, beaucoup de vacataires sont titulaires de diplômes universitaires.

2. Quelles difficultés ou, au contraire, quels atouts présentent leurs interventions ?

Collaboration trop peu développée avec l'université pour répondre à cette question.

3. Quelles modalités prennent ces interventions ? Quels taux d'encadrements ? Sont-elles en partie déléguées ?

Ce sont des cours magistraux en promotion complète (1 intervenant pour 197 étudiants).

4. Est-il concevable qu'elles s'élargissent à d'autres domaines ?

Ce serait souhaitable notamment pour les UE portant sur les sciences humaines et la sensibilisation à la démarche de recherche para médicale. Perspective d'une rencontre avec des représentants de l'université de Nantes en janvier 2018.

5. Comment l'évaluation universitaire est-elle prise en compte dans l'attribution du diplôme d'État ?

À travers les résultats des Unités d'Enseignement (U.E.) des semestres 1 à 5 et de l'attribution des ECTS³⁵ par la Commission d'Attribution des Crédits. Le jury régional du diplôme d'État Infirmier dont un enseignant chercheur est membre, valide les U.E du semestre 6 et notamment le Mémoire de Fin d'Études.

³⁵ ECTS : Le sigle ECTS est l'abréviation du terme anglais European Credit Transfer Scale. Il permet d'attribuer des points aux composantes d'un programme d'études en se fondant sur la charge de travail à réaliser par l'étudiant. Source : Wikipédia.

Rappelons que les étudiants au terme de leur parcours disposeront d'un diplôme État et d'un grade licence délivré par l'université.

6. L'IFSI est-il en relation directe avec l'université ou est-il membre d'un GCS interlocuteur de l'université ? L'IFSI apporte-t-il des ressources à un GCS ou au contraire envisage-t-il de participer à la création d'une telle structure ?

L'IFSI est membre d'un GCS mais en dehors de la convention constitutive il n'y a rien de mis en place.

7. L'intervention de l'université nécessite une coordination consommatrice de ressources. Pouvez-vous en déterminer l'ampleur ? nombre de réunions par an ? participants³⁶ ? etc.

Collaboration trop peu développée avec l'université pour répondre à cette question. L'avenant à la convention constitutive atteint son terme à la fin de l'exercice 2017. Le GCS prévu dans la convention précitée n'a pas été créé.

47. Comment l'ARS intervient elle dans ces relations entre IFSI et Université ?

1. L'ARS est-elle en mesure d'orienter le projet d'IFSI ? Par quels moyens ou modalités ?

Oui, par le biais du conseiller régional pédagogique membre de droit du conseil pédagogique qui a un droit de regard sur le projet pédagogique de l'IFSI.

2. Le CPOM de l'établissement-support contient-il un volet dédié à l'IFSI ?

Non. Il en est de même pour le projet d'établissement du centre hospitalier départemental Vendée.

48. Comment l'IFSI apprécie ses relations avec la région, instance de pilotage et d'animation du schéma régional des formations sanitaires et sociales, et donc des formations infirmières ?

1. Quel est le rôle des rencontres budgétaires annuelles, dont vous nous fournirez les compte-rendu, avec la région ?

Les rencontres budgétaires annuelles permettent de débattre sur le volet budgétaire, l'organisation et sur l'offre de formation en lien avec le schéma régional et les territoires concernés. Nous ne sommes pas destinataires de compte-rendu.

2. Comment les financements régionaux ont évolué durant la période (fonctionnement, investissement) ?

³⁶ Il pourra être possible à l'équipe de contrôle, à partir de la connaissance des rémunérations moyennes des personnels impliqués d'approcher un coût de cette coordination.

Entre 2011 et 2016, la subvention régionale a augmenté globalement de 2.70 % soit 0,54 % en moyenne par an. Pour 2017, cette subvention a été réduite de 5 % du montant versé en 2016. Cette décision est motivée par les tensions budgétaires de la région.

3. La région finance-t-elle seule les équipements (ou les investissements) de l'IFSI ? À défaut, quelle est la part respective des autres financeurs sur les 5 dernières années ?

Certains équipements sont financés par la taxe d'apprentissage (à hauteur de 15 à 20 % des dépenses d'investissement).

49. La mise en place des GHT amène les IFSI d'un même territoire à coordonner leur gouvernance, à mutualiser leurs projets pédagogiques, à harmoniser leur politique de stages et à mettre en commun leurs ressources. Comment, le cas échéant, cette réorganisation territoriale se traduit-elle pour l'IFSI rattaché à l'établissement ? Quelles sont les perspectives ici envisagées ?

Le GHT 85 (formation initiale) ne concerne que les Instituts de Formation des Aides-soignants (IFAS). Concernant l'IFSI du CHDV, il est l'unique IFSI public du territoire vendéen et est de fait seul au sein du GHT. Le directeur de l'IFPS de la Roche-sur-Yon est le coordonnateur du GHT.

50. La réussite et l'insertion professionnelle des étudiants

Le tableau page suivante précise les effectifs étudiants (modalités de recrutement, taux de réussite et d'abandon).

À titre liminaire, l'établissement précise que :

- Sur chaque année de formation, depuis 2011, le CHDV porte en moyenne 4 étudiants par an, en promotion professionnelle IFSI. Sur cette même période, un seul agent n'a pas été diplômé d'État, ayant interrompu sa formation avant son terme (en 2015). Une interruption temporaire n'implique pas l'abandon de la formation.
- Ligne taux de réussite au diplôme : les chiffres intégrés au tableau correspondent au taux par année considérée de réussite au diplôme d'état, sachant que les candidats présentés peuvent relever de plusieurs années de formation (promotion) différentes. En effet les candidats ont quatre sessions possibles pour valider leur formation, d'autres sont présentés après une ou plusieurs années d'interruption et suite à une reprise de formation. Il s'agit bien donc d'un taux de réussite par année civile et non pas par promotion de formation.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Effectifs totaux étudiants	558	550	566	571	566	567
<i>Nombre de candidats au concours externe (liste 1 - candidats niveau IV)</i>	993	1056	1015	950	1100	725
<i>Places ouvertes au concours externe (quota d'entrée)</i>	190	197	197	197	197	197
<i>Nombre d'étudiants externes entrant en première année (liste 1 - candidats niveau IV)</i>	180	181	177	179	182	180
<i>Nombre de postulants à un recrutement par la voie professionnelle. (liste 2 – candidats AS/AP³⁷)</i>	51	54	62	42	49	41
<i>Places ouvertes au concours professionnel</i>	20 % maximum du quota					
<i>Nombre d'étudiants en formation professionnelle entrant (liste 2 – candidats AS/AP)</i>	14	16	20	18	15	17
Taux de réussite au diplôme						
- issus du concours externe	88,89 %	90,7 %	93,25 %	85,16 %	85,16 %	88,35 %
- en promotion professionnelle						
Taux d'abandon	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %
- issus du concours externe						
- en promotion professionnelle						
Taux de redoublement						
- issus du concours externe	4,91 %	1,62 %	1,42 %	2,8 %	2,65 %	1,59 %
- en promotion professionnelle						

Commentaires CRC :

Le nombre de places ouvertes au concours externe est de 197 à compter de 2012. Considérant la durée de la formation (3 ans), trois promotions suivent les cours de l'IFSI ; le nombre d'étudiants est 567 en 2016. Le nombre de candidats diminue significativement en 2016 soit 27 % de moins qu'en 2012. Les candidats retenus composent majoritairement les promotions (180 sur 197 soit 91,4 % en 2016).

Les candidats au recrutement par la voie professionnelle sont moins nombreux (à hauteur de 19,6 % en 2016 comparativement à 2012). En 2016, ils représentent moins de 9 % du quota total soit près de la moitié du plafond de 20 %.

Le taux de réussite (par année civile) des étudiants est globalisé (absence de distinction entre les lauréats du concours externe et ceux issus de la promotion professionnelle) ; il est inférieur à 90 % pour deux tiers des années.

Le taux d'abandon est estimé de façon constante à 3,5 %. Le taux de redoublement diminue régulièrement.

1. L'école suit-elle le parcours de ses anciens élèves de manière formalisée, et quels moyens y consacre-t-elle ? Les aide-t-elle dans la recherche de leur premier emploi ? Compléter le tableau ci-contre.

³⁷ AP : auxiliaire de puériculture

Nous délivrons un questionnaire à l’affichage des résultats du diplôme d’État pour connaître leurs perspectives professionnelles.

Nous avons très peu de retour et n’avons pas les éléments pour compléter le tableau suivant.

Le tableau portant sur l’insertion professionnelle des étudiants proposé par la Cour n’a pu être complété.

Partie IV : Les synthèses des entretiens

Éléments de synthèse de la rencontre avec le Président de la CME (PCME)

Le président de la CME, a fait le choix d’aborder deux sujets le 05 décembre 2017 dans le cadre de l’enquête IDE diligentée par la Cour des Comptes. La première réflexion porte sur les difficultés à faire aboutir les projets de délégations de tâches et la seconde, sur l’incidence de la tarification à l’activité sur les conditions de travail des IDE.

Concernant le premier sujet, le PCME prend pour exemple la pose des cathéters centraux qui peut être déléguée aux infirmiers dans les situations les moins à risques. L’intérêt de cette délégation réside notamment dans la rareté des ressources en anesthésistes, considérant la capacité des infirmiers anesthésistes à réaliser les soins précités. Le cas échéant, cette délégation porte des gains potentiels en termes d’efficacité économique et d’attractivité pour une profession aux actes professionnels ainsi plus diversifiés.

Le projet initié en ce sens au CHDV depuis plusieurs années n’a pu aboutir en dépit d’une adhésion des professionnels du centre hospitalier. Les raisons de l’achoppement sont dans ce cas externes : d’une part l’expression d’un certain corporatisme et d’autre part le manque d’impulsion de la haute administration. L’Agence Régionale de Santé Pays de la Loire quant à elle n’a pas répondu à la demande de l’établissement.

Une délégation de tâches pourrait également être organisée pour les actes d’échographie-doppler de 1er niveau en angiologie ; du temps médical serait ainsi économisé.

Dans le contexte de raréfaction du temps médical, des infirmiers spécialisés en diabétologie pourraient participer au suivi de patients diabétiques en particulier en post prise en charge médicale (hospitalisation complète, hôpital de jour ou consultation). Leur intervention pourrait consister par exemple en la vérification de la compréhension des consignes, le contrôle des apprentissages et la réalisation de compléments d’actions d’éducation thérapeutique. L’absence de valorisation adaptée de l’activité d’un IDE spécialisé en diabétologie n’est actuellement permise que par son adossement à un hôpital de jour dont le modèle de financement n’est pas complètement stable actuellement.

Le deuxième sujet traité par le PCME porte sur l’impact de la tarification à l’activité et du poids croissant des contraintes budgétaires sur les conditions de travail des IDE. L’intensification du travail quotidien qui en résulte peut induire au final une perte de sens pour les IDE.

La synthèse communiquée par le Coordonnateur Général des Soins du CHDV

➤ L'impact de la T2A (et d'un éventuel plan de redressement) sur les effectifs, les organisations IDE

Cet impact est majeur, car compte-tenu du volume des effectifs des PNM et en particulier IDE, les effectifs soignants constituent aujourd'hui la première variable d'ajustement en cas de déficit dans un établissement.

Les réformes successives ont obligé les directions de soins depuis plusieurs années à optimiser les organisations de soins dans les services et les marges de manœuvre se sont progressivement réduites. Alors que parallèlement, l'essor de l'activité ambulatoire a extrait les patients les moins lourds des services d'hospitalisation traditionnelle et y a concentré les patients les plus dépendants, les plus poly-pathologiques et donc ceux requérant le niveau de soins le plus élevé.

Autant il paraît « simple » de réduire les effectifs lorsque les lits sont peu ou pas occupés, autant il devient très difficile, dans certaines situations où le taux d'occupation des lits est élevé et la charge de travail importante, d'aller plus loin dans les réductions de personnels IDE. Il en va de la qualité des prestations de soins mais aussi de la sécurité de la prise en charge des patients. Je pense que dans ces circonstances, malheureusement de plus en plus fréquentes, le rôle du directeur des soins est de servir de « garde-fou » et d'alerter le directeur sur les risques encourus si les effectifs IDE sont diminués au-dessous d'un certain seuil.

Les plans de redressement dans certains établissements sont tellement sévères qu'ils conduisent à imposer des ratios de personnels tellement faibles qu'ils deviennent incompatibles avec les exigences qualitatives et sécuritaires que nous devons aux patients.

➤ La motivation du choix des 12 heures le cas échéant. Quel recul ? Quelle évaluation par les IDE ?

Le travail en 12 heures est de moins en moins prisé (au moins en province) et plutôt combattu par les partenaires sociaux. Au CHDV, seul le service de réanimation fonctionne en 12 heures, avec une alternance jour-nuit imposée par le projet de service. Le constat est que les personnels qui y exercent sont plutôt satisfaits de ce mode de fonctionnement, mais il ne s'agit que de personnels qui ont fait le choix d'intégrer ce service avec l'organisation en place. Les rencontres avec les personnels mettent néanmoins en évidence une usure au fil des années liée plus à l'alternance jour-nuit qu'aux horaires en 12 heures. Le cumul des 2 fait que le profil des IDE en réanimation, outre quelques IDE « historiques », est plutôt stéréotypé, à savoir des professionnels plutôt jeunes avec des charges de famille plutôt limitées.

Le nouveau directeur général (DG) du CHDV ayant annoncé d'emblée qu'il est opposé aux horaires en 12 heures, la mise en œuvre de nouveaux horaires de ce type sur l'établissement n'est plus d'actualité.

L'équipe des urgences du site de Montaigu a récemment fait la demande d'évoluer vers ce type d'horaires et une fin de non-recevoir a été émise par le DG au nom de la nécessaire préservation de la qualité de vie au travail.

➤ **L'existence de ratios IDE/lit dans les services non soumis réglementairement à ce type de ratios.**

Il n'existe pas de ratios types IDE par lit. Ce point m'a été réaffirmé récemment par l'ANAP, qui conteste fermement avoir posé ces ratios.

Néanmoins, certaines tutelles (ou cabinets de consultants intervenant lors de la mise en œuvre de contrats de retour à l'équilibre) se prévalent d'un travail réalisé par l'ANAP pour imposer des ratios standardisés (ex. : 1 Ide pour 15 lits).

Ces ratios n'ont aucun sens car ne prennent pas en compte les particularités des patients accueillis dans les différentes spécialités et la charge en soins qui en découle.

L'idéal est de disposer d'un outil de charge en soins (ex. : SIIPS au CHDV) qui permet d'objectiver la charge en soins et la charge de travail globale dans un service, et de l'associer aux autres indicateurs disponibles (taux d'occupation de l'unité, DMS, IP DMS, etc.).

➤ **L'existence d'une réflexion, une démarche sur la coordination des temps médicaux et non-médicaux :**

La prise de conscience de la DAS de la nécessité d'agir sur la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux existe depuis plusieurs années. J'ai personnellement travaillé sur le sujet, sur mon poste précédent, lors du lancement national par l'ANAP de cette thématique de travail. Aujourd'hui, nous faisons le constat que les organisations médicales, qui ont vocation à être structurantes dans les services et permettre de construire les organisations soignantes, ne le sont pas nécessairement, ce qui occasionne des dysfonctionnements parfois majeurs. Cette désynchronisation des temps est notamment génératrice de dépassements horaires pour les personnels soignants, dont la récurrence peut conduire à des épuisements professionnels (plusieurs situations de ce type ont été signalées au CHDV en 2017). Dans le contexte économique actuel, l'optimisation de la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux constitue une piste non négligeable d'économies (ou de non consommation évitable de ressources) et d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels. Ce discours a aujourd'hui du mal à être entendu par le corps médical, car il exige de repenser des organisations médicales parfois historiques.

Au CHDV, l'enquête menée dans un service « en crise » a mis en évidence cette réalité (démarrages tardifs de visites et contre-visites générant des fins tardives de visites et contre-visites) avec des propositions d'améliorations qui ont du mal à être entendues, et donc mises en œuvre, par les médecins. Pour exemple, il persiste encore aujourd'hui beaucoup de difficultés pour obtenir les dates d'absence des personnels médicaux avec une visibilité suffisante pour réorganiser la présence des soignants. Ce type de mesure paraît simple à mettre en œuvre, mais s'avère dans les faits très compliquée !

➤ **La perception d'un éventuel malaise IDE au sein de l'établissement :**

Il n'existe pas à mon sens de malaise IDE « généralisé » au sein de l'établissement mais des situations de tension dans certains secteurs générateurs de difficultés pour les personnels (fatigue, épuisement psychologique et physique, etc.) qui peuvent déboucher sur des épuisements professionnels, et pour certains professionnels les amener à s'interroger sur leur avenir professionnel.

La charge émotionnelle dans les services de cancérologie, la densification des soins dans l'ensemble des services de médecine et chirurgie, la sur-sollicitation des personnels dans certaines périodes de l'année sont les causes les plus souvent citées.

La DAS, en collaboration avec la DRH et la médecine au travail, a mis en place depuis environ trois ans un accompagnement individualisé pour les agents en difficulté. Il est fait le constat que le nombre d'agents rencontrés est en hausse chaque année. Toutefois, cette hausse ne permet pas de conclure, à mon sens, à une majoration des difficultés, mais plutôt que le climat de confiance qui s'est instauré incite de plus en plus les professionnels à venir en parler et à alerter la DAS sur les difficultés rencontrées. Cet accompagnement a permis pour un certain nombre de personnels d'éviter des arrêts maladie et d'anticiper la survenue de situations de burnout.

➤ **L'existence d'une politique de prévention des RPS : sous quelle forme ? avec quels résultats ?**

Quelques exemples d'actions menées ou en cours pour répondre à ces problématiques :

- Les audits menés par la DAS pour évaluer l'adéquation des ressources soignantes à l'activité permettent de s'assurer que le niveau des moyens mis à disposition est adapté. La DAS s'engage à une réactivité immédiate lorsqu'une situation d'inadéquation est repérée.
- Dans le cadre du CLACT, les cadres seront formés en 2018 au repérage des symptômes d'épuisement professionnel afin de prévenir le risque dès que les premiers signes sont repérés et limiter les incidences ultérieures.
- Lorsqu'un agent est confronté, dans le cadre de son activité professionnelle, à une situation traumatisante, ou difficile à gérer psychologiquement, il peut bénéficier d'un soutien psychologique par le biais d'un suivi par une psychologue libérale.
- La DAS et la DRH ont lancé, il y a trois ans, une action pour inciter les professionnels à la mobilité interne afin de prévenir l'épuisement professionnel, la routine professionnelle, la perte de motivation et relancer à intervalle régulier, tout au long de la carrière, une dynamique d'apprentissage et d'acquisition de nouvelles compétences. Cette action a soulevé initialement la désapprobation des partenaires sociaux (et des médecins), mais au final a eu le grand mérite de lancer le débat et d'inciter un nombre important de professionnels à s'interroger sur leurs carrières et parcours professionnels. Tous les agents qui se sont lancés dans la démarche de mobilité interne « incitative » sont satisfaits de ce choix. La mobilité interne est dorénavant inscrite dans la politique RH de l'établissement. Ses règles ont été formalisées après partage avec les partenaires sociaux et un groupe de travail médical issu du bureau de la CME.

Toutes ces actions ou démarches visent à prévenir et dépister les RPS.

➤ **Le positionnement des organisations syndicales sur la question des organisations de travail IDE, leurs conditions de travail.**

Les organisations syndicales interviennent aujourd'hui à minima dans la définition ou la révision des organisations de travail des IDE.

La confiance établie avec la DAS et la DRH sur cette question en est probablement la cause.

Néanmoins, ils savent nous alerter lorsque des signes négatifs ou alarmants remontent du terrain. Le climat social apaisé actuel en constitue la traduction.

Certaines organisations syndicales sont plutôt dans la construction et la recherche de solutions avec la DAS et la DRH lorsqu'une situation difficile est identifiée, d'autres sont plus prompts à médiatiser les situations et à les envenimer, etc.

Par contre, toutes les organisations syndicales au sein de l'établissement sont sensibles à la qualité des conditions de travail. Elles désapprouvent toutes la mise en œuvre d'horaires dérogatoires en 12 heures.

L'établissement n'ayant pas, dans un passé récent, été confronté à des difficultés financières obligeant à des mesures de restrictions sur les personnels soignants et en particulier IDE, il est difficile de préjuger de leur réaction lorsqu'il va s'agir d'appliquer des mesures plus restrictives (réorganisations) voire de supprimer des postes, si la situation l'oblige.

➤ **Quel pourrait être l'impact des GHT sur l'organisation du travail IDE ?**

Je ne pense pas que les GHT vont modifier fondamentalement l'activité quotidienne de la grande majorité des IDE qui exercent au sein de nos établissements.

Néanmoins, les IDE disposant d'une expertise reconnue dans leur spécialité pourront être amenés à partager cette expertise sur plusieurs établissements et donc possiblement à se déplacer.

On devrait également voir apparaître des nouvelles fonctions de coordination territoriale de parcours patients, dont les contours et missions sont à imaginer.

Dans certaines spécialités, la mise en place d'équipe de territoire (ou d'hémi-territoire) va devenir d'actualité. Au sein du GHT Vendée va se mettre en place très prochainement une équipe IADE commune au CHDV et au CH Côte de Lumière.

La mise en place parallèlement d'équipes médicales de territoire dans certaines spécialités (ex : urgences) ou le développement de consultations avancées va accélérer l'harmonisation des pratiques de prise en charge des patients et donc des protocoles de soins.

Une offre territoriale de formation continue devra accompagner cette évolution.

➤ **La politique de gestion des heures supplémentaires**

La première question qu'il convient de se poser est l'origine de ces HS, ce qui déterminera les mesures à adopter. 2 situations sont les plus souvent incriminées :

- Les dépassements horaires au-delà des amplitudes de travail prévues et leur récurrence ;
- La sous-compensation de l'absentéisme (qu'il soit programmé, comme les absences pour formation, ou non) par des moyens complémentaires, nécessitant le rappel des personnels en place.

Dans le 1er cas, l'objectif, à mon sens, doit plutôt être d'interroger toutes les situations où ils sont récurrents et de trouver des réponses pour limiter au strict minimum ces

dépassements horaires. Il convient aussi d'interroger la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux, souvent génératrice de dépassements horaires contraints pour le PNM.

Dans le 2^{ème} cas, la politique interne de suppléance de l'absentéisme, notamment de courte durée, doit être réinterrogée et adaptée si besoin. Au CHDV, la réflexion est lancée afin de substituer une gestion centralisée de la suppléance (jugée peu satisfaisante) par une gestion délocalisée au niveau des pôles, et doter ces derniers de moyens suffisants pour assurer le niveau de compensation défini. Parallèlement, un travail doit être entrepris pour poser et harmoniser les règles de suppléance. Dans certains services, l'accumulation d'heures supplémentaires peut aussi traduire une insuffisance des moyens humains alloués aux services en regard des maquettes organisationnelles.

Dans les deux cas, qui dit heures supplémentaires dit sur-sollicitation des professionnels et donc altération de la qualité de vie au travail et possible risque d'épuisement.

De plus, chaque année, l'apurement de ces HS par l'établissement est nécessaire, ce qui se traduit par des paiements d'heures supplémentaires (HS), le recrutement de mensualités supplémentaires pour assurer le rendu de ces heures, le dépôt de journées sur les CET (lorsque les agents le souhaitent). Toutes ces mesures représentent un coût important pour l'établissement et grèvent son budget.

➤ **Les délégations accordées ou non aux pôles en matière de gestion des effectifs, de formation, d'organisation du travail**

Aujourd'hui, au CHDV, les seules délégations aux pôles existantes concernent une partie de l'enveloppe formation. Chaque pôle dispose d'une enveloppe spécifique dont il décide de l'utilisation en définissant ses priorités de formation, le plus souvent en lien avec un projet de pôle (quand il existe) ou un projet marquant sur le pôle. Certains pôles ont fait le choix de proposer des formations transversales ouvertes à l'ensemble des agents du pôle (ex. : hypnose conversationnelle).

La mise en œuvre probable et prochaine de pools de pôle va s'accompagner d'une responsabilisation supplémentaire des pôles quant à l'utilisation des moyens de suppléance, par l'attribution d'une enveloppe fermée annuelle de mensualités de remplacement. Il est prévu que cette attribution de moyens de remplacement soit contractualisée dans le cadre du contrat de pôle. Cette délégation impliquera nécessairement la mise en œuvre d'un dispositif de suivi et de contrôle de l'utilisation des ressources (tableaux de bord, TDB), afin de prévenir tout dérapage.

Je pense que les pôles doivent conserver une marge de manœuvre pour proposer et mettre en place des organisations de travail qui leur paraissent les plus cohérentes, mais dans un cadre défini par la DRH (niveau d'allocation des ressources) et la DAS pour l'harmonisation des modalités organisationnelles. Il convient d'être vigilant pour éviter toute balkanisation au sein de l'établissement, qui serait contraire à la philosophie initiale de décroisement prônée par la loi HPST.

➤ **Pour les établissements disposant d'un IFSI : l'IFSI est-il un facteur d'attractivité pour recruter les IDE ?**

L'IFSI n'est pas un facteur d'attractivité pour recruter des IDE mais disposer d'un IFSI adossé à l'établissement est un facteur très favorable et facilitant pour recruter des IDE qui en

sont issus. Pour recruter ces jeunes professionnels, l'établissement doit lui-même être attractif, ce qui est le cas du CHDV.

De plus, dans la mesure où ces étudiants réalisent, le plus souvent, plusieurs stages au sein de l'établissement, nous disposons alors d'évaluations de stages qui peuvent orienter notre recrutement.

Lors de son recrutement, nous faisons en sorte, dès que cela est possible, d'affecter le nouveau diplômé dans un service où il a déjà réalisé un stage (si possible en milieu ou fin de 3ème année) afin de faciliter son intégration.

La sortie tardive des nouveaux diplômés IDE (mi-juillet en Vendée, plus tard dans d'autres régions) complique singulièrement l'intégration de ces jeunes professionnels car leur recrutement estival est lié aux départs en congés de professionnels expérimentés qu'ils sont sensés remplacer, et expose à des risques qu'il convient d'anticiper ! Pour maintenir un niveau satisfaisant de qualité et de sécurité des soins, la DAS est obligée de poser des règles spécifiques (pas de travail de nuit sur poste isolé, maintien d'un nombre suffisant de personnels expérimentés, etc.) et de limiter la présence simultanée de ces nouveaux recrutés dans les services.

Éléments de synthèse de la rencontre avec le directeur de l'institut de formation des professionnels de santé (IFPS) du centre hospitalier de La Roche-sur-Yon

Le directeur de l'institut de formation des professionnels de santé est directeur des soins. Il a pris ses fonctions le 1er juin 2016.

Sujet traité : Les difficultés rencontrées pour gérer les parcours de stage des étudiants et élèves.

L'IFPS rattaché au centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon accueille le seul institut de formation d'infirmiers public en Vendée. L'agrément fixe à 197 le nombre d'élèves accueillis par promotion. Au total, ce sont donc près de 600 élèves qui sont en formation, le cursus étant de trois ans. Une deuxième structure sur le territoire forme des infirmiers ; il s'agit de l'institut de la Croix-Rouge installé à Saint-Jean-de-Monts (40 étudiants par promotion).

La gestion des stages est difficile dans la mesure où elle résulte d'un référentiel de formation estimé très prescriptif. Les stages doivent être répartis de façon équilibrée entre quatre familles : SSR-SLD³⁸, lieux de vie, santé mentale et court séjour, en cohérence avec la formation d'infirmiers généralistes. Le référentiel précité prévoit également que les stages durent au minimum dix semaines (excepté le 1^{er} stage).

Aussi, afin que chaque étudiant puisse bénéficier du terrain d'accueil requis, les stages sont parfois divisés en deux parties. Ils donnent lieu par ailleurs à un ou deux enseignements cliniques associant l'étudiant, le tuteur et un formateur de l'IFSI.

³⁸ SLD : soins de longue durée

Les terrains de stage sont recherchés dans un large volant de structures ; les infirmiers libéraux sont également sollicités. Cette démarche d'identification de terrains de stage est chronophage et un agent de l'IFPS est chargé de coordonner l'ensemble du dispositif des stages

Outre les lieux de stage, il convient également d'identifier des tuteurs formés à la pratique réflexive. Le tuteur apporte son appréciation fine de la situation de soins rencontrée ; il complète l'approche du formateur, notamment lors d'une à deux rencontres sur le terrain de stage en vue d'un enseignement complémentaire sur les soins et la posture réflexive auprès des patients ou résidents.

En dépit des efforts fournis, des étudiants peuvent parfois rencontrer des difficultés pour accéder à des services spécialisés correspondant pleinement à leur projet professionnel. L'éloignement géographique (jusqu'en Belgique, à titre exceptionnel) peut alors s'avérer nécessaire.

Dans la région Pays de la Loire, le département Loire Atlantique accueille peu de stagiaires (de l'IFSI de la Roche-sur-Yon) depuis l'augmentation des quotas en 2003 qui a généré une certaine saturation des terrains de stage. Cette évolution a encore été renforcée par l'implantation de l'organisme de formation à Saint-Jean-de-Monts, antenne d'un institut de formation installé à Rezé (proche de Nantes).

La situation de la Vendée est similaire en Mayenne et en Sarthe.

Éléments de synthèse de la rencontre avec le cadre supérieur de santé du pôle chirurgie

Lors de la rencontre du 6 décembre 2017, le cadre supérieur du pôle de chirurgie a évoqué les points suivants :

- Le constat d'un attachement moins important des IDE à un établissement, un service ou un statut. Les raisons peuvent être d'ordre sociétal ou encore en lien avec l'universitarisation de leur formation. Au quotidien, elle constate des démissions plus fréquentes d'IDE pour prendre un poste dans un autre établissement, ce qui est surprenant pour les professionnels en place n'appartenant pas à la même génération. Cette mobilité rend les échanges plus complexes.
- La nécessité d'organiser l'intégration des nouveaux professionnels certes compétents mais sans expérience métier. En ce sens, à titre d'exemple, les logiciels métiers ont fortement évolué et nécessitent une période d'adaptation. La polyvalence voulue des IDE demande également un transfert de savoirs. La mobilité interne de ces professionnels est favorisée par une harmonisation des protocoles de prise en charge des patients et un déplacement de la culture toujours orale, vers l'écrit.
- La contrainte financière actuelle rend nécessaire un suivi renforcé des compétences et des actions de formation.
- Les compétences infirmières ou soignantes appellent désormais une gestion par les cadres de santé et moins par les médecins chefs de service qui restent parfois ancrés dans leurs pratiques et culture antérieures.

- L'universitarisation de la formation initiale IDE développe la capacité des professionnels à conceptualiser mais le métier demeure au quotidien « manuel » ou technique, auprès du patient. En ce sens, elle relève l'absence désormais d'évaluation par des mises en situation professionnelle lors de la formation initiale des élèves-infirmiers.
- Elle constate des difficultés à recruter du personnel de nuit (80 % des nouveaux arrivants n'y sont pas favorables). Les raisons ne sont pas connues précisément : évolution de l'organisation de la vie de famille ? des professionnels sont plus au fait de leurs responsabilités (accrues en raison d'une moindre présence médicale de nuit) ?

Éléments de synthèse de la rencontre avec des représentants du bloc opératoire

En raison de l'absence du cadre du bloc opératoire, la rencontre du 6 décembre 2017 a associé le cadre supérieur du pôle de chirurgie et une IBODE qui ont évoqué les points suivants :

- L'évolution cyclique des pratiques et de la réglementation. L'infirmier de bloc opératoire (qui a précédé l'IBODE) disposait d'un large champ d'action, réduit par la suite avec la spécialisation des fonctions marquée par la formation et l'exercice d'IBODE. Le champ d'action est désormais étendu par les actes exclusifs (comme les sutures cutanées) jusqu'alors réalisés par les chirurgiens. Ces actes exclusifs s'apparentent à des délégations d'actes.
- La réalisation de ces actes exclusifs nécessite des formations complémentaires et constitue une source de valorisation supplémentaire, l'IBODE prenant le relai des chirurgiens ou remplaçant les internes.
- Le développement des actes exclusifs pourrait induire le retrait d'IDE expérimentés mais non diplômés, perspective à nuancer à court terme en raison du ratio IDE/IBODE de l'ordre de 50 % et des contraintes budgétaires pesant sur l'établissement. En 2020, les postes d'aide-opératoire doivent être tenus par des IBODE.
- Les contraintes budgétaires et le risque de pertes de compétences motivent une réflexion sur le développement de la valorisation des acquis de l'expérience, démarche personnelle mais qui appelle un soutien institutionnel.
- L'évolution de techniques opératoires (comme la coelioscopie) augmente le niveau de technicité du bloc opératoire et motive pour certains professionnels, l'inscription à des formations universitaires (DU), parfois suivies conjointement avec le corps médical. Dans ce contexte, le référentiel de formation IBODE pourrait évoluer. Des constats similaires portent sur les outils informatiques (développement de la traçabilité des dispositifs médicaux implantables), la gestion du matériel (des compétences renforcées étant nécessaires en matière de logistique de flux pour les instruments spécifiques), ou encore sur la programmation opératoire.

Éléments de synthèse de l'entretien avec le directeur des ressources humaines :

Lors de l'entretien du 06 décembre 2017, le directeur des ressources humaines du centre hospitalier départemental Vendée a développé les points suivants :

- Le personnel infirmier connaît moins que les aides-soignants, un malaise professionnel. Et les difficultés des aides-soignants connues en matière de prise en charge des personnes âgées en EHPAD et USLD, sont désormais étendues aux unités n'accueillant le plus souvent que des patients très dépendants. En ce sens, dans le contexte du développement de la chirurgie ambulatoire, les services de chirurgie traditionnelle accueillent les patients les plus dépendants.
- Les possibilités de reclassement sont également plus importantes pour le personnel infirmier. Les activités relevant de la santé publique, les services d'hôpital de jour ou encore les unités dédiées aux consultations externes, offrent des possibilités d'accueil pour les IDE plus étendues que pour les aides-soignants.
- Le centre hospitalier départemental Vendée rencontre des difficultés pour recruter des infirmiers de nuit. Les volontaires étant en nombre insuffisant, des personnels de jour sont appelés à participer à l'activité de nuit. Le directeur des ressources humaine constate par ailleurs l'épuisement de certains professionnels qui ne parviennent pas à se reposer le jour. D'autres charges à caractère personnel en journée, sont susceptibles d'expliquer le manque de repos diurne d'une profession en majorité féminine.

Annexe n° 9. Glossaire

ARS : Agence régionale de santé

ARTT : Aménagement et réduction du temps de travail

CDU : Commission des usagers

CHDV : Centre hospitalier départemental Vendée

CHLVO : Centre hospitalier Loire Vendée Océan

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHT : Communauté hospitalière de territoire

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CME : Commission médicale d'établissement

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CSP : Code de la santé publique

CSS : Code de la sécurité sociale

CTE : Comité technique d'établissement

DIM : Département d'information médicale

DMS : Durée moyenne de séjour

DPC : Développement professionnel continu

DPI : Dossier patient informatisé

DRH-DAS : Direction des ressources humaines – direction des activités de soins

EHPAD : Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

ETP : Équivalent temps plein

FFI : Faisant fonction d'interne

FMIH : Fédération médicale inter-hospitalière

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GIP : groupement d'intérêt public

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

IADÉ : infirmier anesthésiste diplômé d'État

IDE : Infirmier diplômé d'État

IP-DMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PACQ : Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

PGFP : Plan global de financement pluriannuel

PHMEV : Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville

PMCT : Poids moyen du cas traité

PMP : Projet médical partagé

QUALHAS : Plateforme de recueil des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé en France en partenariat avec la HAS

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation

SROS-PRS : Schéma régional d'organisation des soins-projet régional de santé

SSR : Soins de suite et de réadaptation

USLD : Unité de soins de longue durée

[...]



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

www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Pays-de-la-Loire

Chambre régionale des comptes des Pays de la Loire

25 rue Paul Bellamy

BP 14119

44041 Nantes cedex 01

Adresse mél. crcpdl@pl.ccomptes.fr