



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER ROYAN- ATLANTIQUE

(Département de la Charente-Maritime)

Exercices 2019 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 25 février 2025.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	4
RECOMMANDATIONS.....	5
PROCEDURE.....	8
1 LE TERRITOIRE DE SANTE DU CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE	9
1.1 Caractéristiques de la population	9
1.2 L'offre de soins sur le territoire.....	9
2 L'OFFRE DE SOINS DU CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE	11
2.1 Une offre de soins à forte dimension gériatrique	11
2.2 Une offre de soins affectée par la crise d'attractivité des personnels médicaux	12
2.2.1 L'évolution des capacités	12
2.2.2 L'évolution de l'activité	14
3 GOUVERNANCE ET DEMARCHE STRATEGIQUE.....	16
3.1 Organisation générale de l'établissement.....	16
3.2 La démarche stratégique.....	17
4 UN ETABLISSEMENT BENEFICIANT DE SES COOPERATIONS POUR ASSURER LA CONTINUITE DE SON OFFRE DE SOINS.....	19
4.1 La coopération avec les cliniques du territoire.....	20
4.2 Le groupement de coopération sanitaire « Urgences du Pays Royannais ».....	20
4.3 Le groupement de coopération sanitaire « spécialistes en imagerie médicale de Saintonge ».....	23
4.4 Le groupement d'intérêt économique « IRM du Pays Royannais ».....	24
4.5 Des structures intéressantes de coopération avec les établissements publics ..	24
4.6 Une coopération bienvenue avec la médecine de ville.....	26
5 LES RESSOURCES HUMAINES	27
5.1 Le personnel non médical.....	27
5.1.1 L'évolution des effectifs.....	27
5.1.2 L'organisation générale de la fonction ressources humaines	29
5.1.3 Les outils de la fonction ressources humaines	29
5.1.4 Une politique d'attractivité dynamique mais utilisant des dispositifs indemnitaires non réglementaires.....	30
5.1.5 Les astreintes	32
5.2 Le personnel médical.....	32
5.2.1 Les effectifs	32
5.2.2 Un important recours aux médecins contractuels	33
5.2.3 Les gardes et astreintes.....	34
5.2.4 L'activité libérale	35

6 QUALITE ET GESTION DES RISQUES	36
6.1 L'organisation de la fonction qualité et gestion des risques	36
6.2 Les résultats de la démarche qualité et gestion des risques.....	37
7 DES DEMARCHES DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE, DE CONTROLE ET DE FIABILISATION DES COMPTES A RENFORCER.....	37
7.1 Des méthodes et outils de contrôle, d'analyse et de pilotage médico-économique à structurer	37
7.2 Une qualité des comptes perfectible.....	38
8 UN ETABLISSEMENT EN DIFFICULTE FINANCIERE SOUTENU PAR DES AIDES.....	39
8.1 Une situation financière dégradée sans réelles perspectives de redressement à court terme.....	39
8.1.1 Un plan de redressement suspendu par la crise sanitaire	41
8.1.2 Des documents budgétaires qui ne respectent pas les conditions réglementaires	42
8.1.3 Une garantie de financement qui surestime les recettes d'activité.....	42
8.1.4 Des aides à l'investissement jusqu'à présent utilisées en soutien de trésorerie.....	43
8.1.5 Un nouveau mode de financement des urgences initialement favorable mais susceptible de régresser	43
8.1.6 Une labellisation hôpital de proximité qui garantit un minimum de recettes mais ne résout pas la problématique budgétaire	44
8.2 Une exploitation structurellement déficitaire et des résultats de gestion soutenus par des aides d'ampleur.....	45
8.2.1 Une augmentation subie des charges	47
8.2.2 Une détérioration des soldes de gestion malgré les dispositifs de soutien et la décorrélation financement / activité.....	48
8.3 Une fragilité bilancielle qui pénalise des investissements pourtant nécessaires.....	50
8.3.1 Un outil de production vieillissant	50
8.3.2 Une capacité d'autofinancement inexistante.....	51
8.3.3 Une dette contenue mais un levier peu mobilisable	52
8.3.4 Une insuffisance structurelle de trésorerie compensée par des aides abondantes	53
9 LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER.....	55
9.1 Une fonction informatique mutualisée à l'organisation globalement adaptée.....	55
9.2 Une stratégie informatique à actualiser et une convergence retardée	56
9.3 Une mise en œuvre incomplète de la politique de sécurité informatique	56
ANNEXES.....	58
Annexe n° 1. Glossaire.....	59
Annexe n° 2. Définition des termes spécialisés	62
Annexe n° 3. Résultats des contrôles portant sur la fiabilité des comptes et la qualité du contrôle interne	66

Annexe n° 4. Références réglementaires et précisions sur les informations financières	72
Annexe n° 5. Bilan net comptable au 31 décembre 2023	77
Annexe n° 6. Soldes intermédiaires de gestion	78
Annexe n° 7. Caractérisation de la situation financière	79

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier Royan-Atlantique, labellisé centre hospitalier de proximité en 2023, occupe une place essentielle dans l'offre de soins en disciplines médicales au sein de la communauté d'agglomération Royan-Atlantique.

Ne proposant plus d'activités chirurgicales depuis 2005, il est cependant le pivot de la prise en charge des urgences, en partenariat avec les cliniques privées chirurgicales du territoire au sein d'une structure originale, le groupement de coopération sanitaire « Urgences du Pays Royannais ».

De plus, confronté à une crise d'attractivité médicale, le centre hospitalier a su nouer les partenariats nécessaires au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) Charente-Maritime Sud, auquel il appartient, pour bénéficier de compétences médicales partagées avec les autres établissements du GHT. Il s'est également appuyé sur des partenariats avec la médecine libérale, en imagerie médicale notamment, lui permettant de maintenir, pour partie, les compétences médicales indispensables à l'atteinte des objectifs qui lui sont assignés par les autorités sanitaires.

Le projet d'établissement, en cours d'élaboration, est de ce point de vue conforme à la vocation d'hôpital de proximité du centre hospitalier.

Pour autant, ces partenariats n'ont pas permis d'éviter l'érosion du niveau des activités de court séjour de l'établissement durant la période sous revue, conséquence de neutralisations de capacités d'hospitalisation par manque de médecins ou de personnel paramédical.

Cet élément est d'autant plus préoccupant que le centre hospitalier est confronté à une situation financière dégradée, qui nécessite un accompagnement financier annuel de l'agence régionale de santé pour éviter de potentielles ruptures de trésorerie.

La suspension, en 2020, pour cause de crise sanitaire, du projet de contrat de retour à l'équilibre financier n'a pas permis au centre hospitalier de rétablir ses équilibres indispensables au regard notamment des exigences d'une politique d'investissement rendue nécessaire par la vétusté d'une partie de ses locaux.

Le centre hospitalier est donc placé en situation de dépendance des décisions de l'agence régionale de santé pour pouvoir engager un programme de rénovation de ses bâtiments.

RECOMMANDATIONS

Suivi des recommandations formulées lors du précédent contrôle

Rapport d'observations définitives du 2 février 2015

Recommandation n° 1 : poursuivre le développement de la démarche qualité, notamment selon les recommandations de la Haute Autorité de santé. **[mise en œuvre complète]**

La démarche qualité a été conduite et a abouti à la certification sans réserve de l'établissement en 2023.

Recommandation n° 2 : mettre en place l'organisation et le fonctionnement de la restructuration interne en pôles d'activité. **[non mise en œuvre]**

Les pôles d'activité sont bien constitués mais aucun contrat de pôle n'a été conclu.

Recommandation n° 3 : raccourcir les délais de recouvrement des créances sur hospitalisés et consultants, en lien avec la trésorerie. **[mise en œuvre partielle]**

Le délai de recouvrement des créances sur hospitalisés et consultants n'a pas été tracé par l'établissement. Autre indicateur de l'efficacité du recouvrement, le taux global de recouvrement des créances sur exercice courant, sans distinction par nature de créanciers, reste inférieur à ce qu'il était en 2018 : en moyenne 87 % de 2019 à 2023 contre 93 % en 2018. Cependant les créances sur hospitalisés et consultants représentent une part mineure du total des restes à recouvrer en fin d'exercice : 8 % en nombre et 5 % en montant sur exercice courant fin 2023.

Recommandation n° 4 : établir des certificats administratifs justifiant les dotations aux provisions et les reprises sur provisions, et plus globalement respecter les obligations réglementaires quant aux inscriptions aux comptes de provisions. **[non mise en œuvre]**

Malgré les informations communiquées par l'établissement ou les commentaires portés au compte financier, les documents joints aux mandats ou titres ne peuvent pas être considérés comme des certificats administratifs précis permettant au comptable d'identifier le fait générateur et la méthode de calcul de chaque mouvement en dotation ou en reprise. Par ailleurs, l'utilisation des comptes de provisions reste à apurer.

Recommandation n° 5 : élaborer un plan de formation continue pour les médecins et effectuer une gestion rigoureuse des formations suivies. **[non mise en œuvre]**

Aucun plan de formation n'a été formalisé pour le personnel médical et la sous-commission formation de la commission médicale d'établissement ne se réunit pas.

Recommandation n° 6 : respecter le dispositif légal relatif aux recettes en cas de réquisitions de médecins sur « patients contraints ». **[mise en œuvre complète]**

L'établissement a décrit la pratique désormais en vigueur. Les réquisitions sont réceptionnées par l'agent chargé des admissions à l'accueil des urgences et une copie est faite systématiquement avant remise au praticien qui fera l'examen. Elles font l'objet d'une facturation mensuelle au nom du centre hospitalier au tribunal judiciaire de Saintes.

En accord avec la trésorerie hospitalière et le tribunal judiciaire de Saintes, il est établi un état mensuel récapitulatif, transmis au tribunal par le biais de *Chorus* accompagné du titre de recette et des réquisitions individuelles. Cet envoi génère automatiquement un mémoire de frais de justice global qui est conservé. Une veille *Chorus* est effectuée pour vérification de la mise en paiement du mémoire. Un titre unique mensuel permet de facturer toutes les réquisitions sur l'année concernée et facilite le suivi du recouvrement.

Recommandation n° 7 : veiller à la fréquence suffisante de réunions de la commission d'activité libérale et demander régulièrement les états du système national inter-régime, à l'assurance maladie, concernant l'activité libérale des médecins. **[non mise en œuvre]**

La commission d'activité libérale ne s'est réunie qu'une seule fois en 2020 faute de mobilisation du personnel médical pourtant convié de manière formelle.

Recommandations issues du présent contrôle

Recommandation n° 1 : établir les contrats de pôle prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. **[non mise en œuvre]**

Recommandation n° 2 : finaliser le projet d'établissement prévu à l'article L. 1643-2 du code de la santé publique. **[mise en œuvre partielle]**

Recommandation n° 3 : finaliser un plan de continuité de prise en charge des urgences chirurgicales du pays royannais avec le groupe hospitalier Saintes – Saint-Jean-d'Angély. **[non mise en œuvre]**

Recommandation n° 4 : produire le rapport social unique (RSU) conformément aux dispositions des articles L. 231-1 et L. 232-1 du code général de la fonction publique et du décret n° 2020-1493 du 30 novembre 2020. **[mise en œuvre complète]**

Recommandation n° 5 : doter l'établissement d'un système de contrôle informatisé de la présence du personnel (de type badgeuse), en application de l'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002. **[non mise en œuvre]**

Recommandation n° 6 : annuler les décisions du directeur n° 27-2021 du 29 novembre 2021, n° 01-2022 du 26 janvier 2022 et n° 05-2022 du 3 mai 2022. **[mise en œuvre partielle]**

Recommandation n° 7 : établir les contrats individuels prévus par les dispositifs réglementaires régissant le versement des indemnités de temps de travail additionnel. **[non mise en œuvre]**

Recommandation n° 8 : mettre en place la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) visée par l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé. **[non mise en œuvre]**

Recommandation n° 9. : constituer sans délai la commission d'activité libérale prévue par l'article L. 6154-5 du code de la santé publique. *[non mise en œuvre]*

Recommandation n° 10. : doter l'établissement d'une comptabilité analytique permettant d'établir un tableau coût case-mix et des comptes de résultat analytiques conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique. *[non mise en œuvre]*

PROCEDURE

La chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine a inscrit à son programme 2024 le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Royan-Atlantique pour les exercices 2019 et suivants.

Durant la période sous revue, trois représentants légaux se sont succédé : Monsieur Philippe Gizolme jusqu'en mai 2019, Monsieur Christian Laffargue du 21 mai 2019 au 30 juin 2021 et Madame Laurence Couloudou depuis cette date, avec une période initiale d'intérim jusqu'au 30 juin 2022.

La lettre d'ouverture du contrôle a été notifiée à la directrice de l'établissement le 22 mars 2024, ainsi qu'aux anciens ordonnateurs les 6 et 11 juin 2024, tous trois en ayant accusé réception.

L'entretien d'ouverture du contrôle s'est tenu le 29 mai 2024 au centre hospitalier en présence de Mme Couloudou et de l'équipe de direction. Des entretiens avec les anciens représentants légaux se sont tenus par téléphone le 8 juillet 2024 avec M. Gizolme et le 10 juillet 2024 avec M. Laffargue.

L'entretien préalable à la formulation d'observations prévu par le code des juridictions financières s'est déroulé le 17 octobre 2024 avec l'ordonnatrice en fonctions, le 23 octobre 2024 avec M. Gizolme et le 22 octobre 2024 avec M. Laffargue.

La chambre régionale des comptes a délibéré du présent rapport d'observations provisoires le 28 novembre 2024.

Le rapport d'observations provisoires a été adressé à l'ordonnatrice en fonctions, Mme Couloudou et à l'ancien ordonnateur, M. Laffargue le 23 décembre 2024. Une communication administrative a été adressée à la comptable publique le 10 décembre 2024 et à l'Agence régionale de santé le 23 décembre 2024. Des extraits ont également été adressés à l'administrateur du GCS spécialistes en imagerie médicale de Saintonge, à l'administratrice du CGS Urgences en Pays-Royannais, au directeur du groupe hospitalier Saintes - Saint-Jean-d'Angély, à l'administrateur du GIE IRM du Pays Royannais et au président du conseil de surveillance de Vivalto Santé Groupe le 23 décembre 2024.

L'ordonnatrice a répondu le 24 janvier 2025, la comptable publique le 9 janvier 2025, l'ARS le 20 janvier 2025, le directeur du groupe hospitalier Saintes - Saint-Jean-d'Angély le 23 janvier 2025, l'administrateur du GIE IRM du Pays Royannais le 23 décembre 2025 et le président du conseil de surveillance de Vivalto Santé Groupe le 27 janvier 2025.

Le rapport d'observations définitives a été délibéré le 25 février 2025.

1 LE TERRITOIRE DE SANTE DU CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

1.1 Caractéristiques de la population

Le centre hospitalier Royan-Atlantique (CHRA) est implanté sur la commune de Vaux-sur-Mer, au sein de la communauté d'agglomération Royan-Atlantique, en bordure littorale du département de la Charente-Maritime.

Le centre hospitalier Royan-Atlantique est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Charente-Maritime Sud.

Ce GHT regroupe sept établissements autour de son établissement support, le groupe hospitalier (GH) Saintes – Saint-Jean-d'Angély – site de Saintes, et son territoire de santé couvre une population de 300 000 habitants, dans la partie sud du département de la Charente-Maritime.

Le centre hospitalier Royan-Atlantique, établissement labellisé hôpital de proximité depuis avril 2023, exerce la quasi-totalité de son activité au service de la population de la communauté d'agglomération Royan-Atlantique, la part de patientèle située à l'extérieur de la communauté d'agglomération étant réduite.

La population de 85 000 habitants de la communauté d'agglomération Royan-Atlantique se distingue de la population nationale, régionale et départementale sur plusieurs critères.

C'est tout d'abord une population plus âgée. La moitié de la population a plus de 60 ans (un quart en moyenne nationale).

La part des 60-74 ans en représente 30 %, celle des plus de 75 ans 19 % contre respectivement 16,9 % et 9,6 % en France métropolitaine, 19,4 % et 11,5 % en Nouvelle-Aquitaine et 22 % et 13 % en Charente-Maritime.

C'est également une population qui a connu une croissance plus forte. Entre 2009 et 2020, la population de la communauté d'agglomération Royan-Atlantique a progressé de 8 % (+ 4,5 % en France métropolitaine, + 5,6 % en Nouvelle-Aquitaine et + 6,3 % en Charente-Maritime).

Cette croissance est liée à sa situation géographique particulièrement attractive pour les retraités qui représentent la moitié de sa population (31,8 % en Nouvelle-Aquitaine).

La situation de station balnéaire de Royan entraîne également une saisonnalité très forte de sa population, 300 000 touristes par jour pouvant être présents en moyenne selon les estimations sur le territoire de la communauté d'agglomération au cours des mois de juillet et août.

1.2 L'offre de soins sur le territoire

Le centre hospitalier Royan-Atlantique est le seul établissement public de santé du territoire de vie santé de Royan, au sein duquel sont implantés deux établissements privés de taille comparable, appartenant au groupe Vivalto Santé.

La clinique Pasteur, rachetée par le groupe Vivalto Santé en 2020, est située à Royan et dispose de 127 lits de court séjour à vocation chirurgicale.

La polyclinique Saint-Georges, située à Saint-Georges-de-Didonne, également rachetée par le groupe Vivalto en 2020, dispose de 125 lits à vocation médico-chirurgicale.

Le groupe Vivalto Santé souhaite promouvoir la spécialisation de ses deux sites en concentrant l'activité chirurgicale sur la clinique Pasteur et en renforçant l'offre en soins médicaux et de réadaptation de la polyclinique Saint-Georges.

Le centre hospitalier n'exerce plus d'activité chirurgicale depuis 2005, activité pratiquée depuis cette date uniquement au sein des deux cliniques.

L'activité d'urgences est exercée par une structure mobile d'urgences et de réanimation (SMUR) basée au centre hospitalier, régulée par le service d'aide médicale urgente (SAMU) de La Rochelle, et par un groupement de coopération sanitaire (GCS) « Urgences du Pays Royannais », regroupant les trois établissements de santé du territoire avec un service d'accueil sur chacun des trois sites (cf. *infra*).

L'offre de soins libérale n'affiche pas d'atypie défavorable sur le territoire de vie santé de Royan par rapport aux moyennes nationales.

Avec 81 médecins généralistes installés au 31 décembre 2023, le territoire affiche une densité proche de la moyenne régionale, très légèrement supérieure à la moyenne nationale (96 médecins pour 100 000 habitants contre 83 pour 100 000 habitants).

Il n'échappe cependant pas à la tendance nationale de diminution du nombre de médecins généralistes avec un rythme moindre que la moyenne nationale (- 5,8 % contre - 8,3 % depuis 2014).

Concernant les médecins spécialistes, la densité est globalement supérieure aux moyennes nationales, à l'exception des gynécologues obstétriciens.

S'agissant des professions paramédicales, si les 156 infirmiers libéraux installés assurent une densité supérieure à la moyenne nationale, cette densité est identique à la moyenne nationale concernant les masseurs-kinésithérapeutes.

L'exercice coordonné est présent avec trois maisons de santé pluriprofessionnelles et un centre de soins infirmiers sur le territoire en 2023.

Mais c'est principalement la création de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Royan-Atlantique issue de l'accord conventionnel interprofessionnel signé en octobre 2023 avec l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine et l'assurance maladie qui mérite d'être relevée.

Cette CPTS, regroupant en 2023 120 professionnels de santé du territoire, affiche cinq objectifs principaux autour notamment de l'accès aux soins et de la coordination des parcours.

Le profil d'âge de la population du territoire en fait une population fortement requérante de soins de premiers recours, notamment en suivi de pathologie chronique.

La part de bénéficiaires du dispositif de l'affection de longue durée (ALD) est par exemple de 24 % sur le territoire contre 16 % en moyenne nationale.

La CPTS est donc un partenaire de première importance pour le centre hospitalier dans la structuration de la relation ville-hôpital, avec l'ouverture partenariale en 2024 d'un centre de soins non programmés au sein du service des urgences.

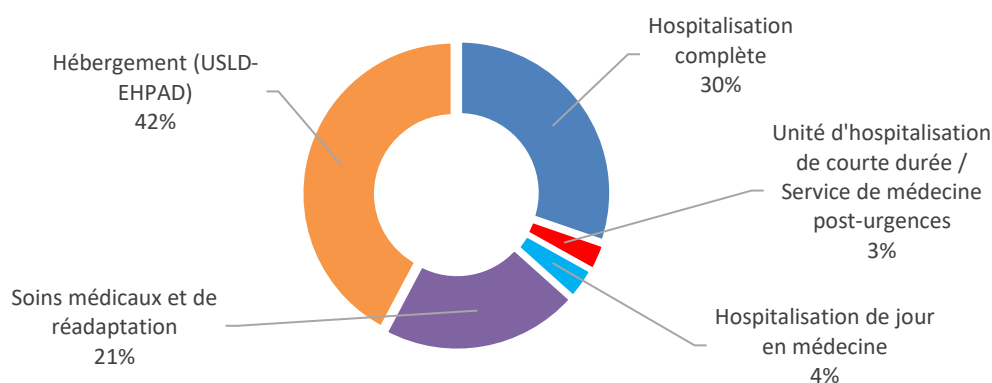
2 L'OFFRE DE SOINS DU CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

2.1 Une offre de soins à forte dimension gériatrique

Le centre hospitalier comptait en 2023, 284 lits et places dont 104 lits et places en court séjour, 60 lits de moyen séjour et 120 lits en secteur médico-social.

L'offre de soins du centre hospitalier est principalement structurée autour de l'ensemble des composantes de la filière gériatrique.

Graphique n° 1 : répartition des lits du centre hospitalier Royan-Atlantique



Source : CHRA

Les lits de court séjour ne représentent que 30 % du potentiel lits de l'établissement.

La disparition de la chirurgie en 2005 a de plus conforté la vocation exclusivement médicale de l'établissement.

Ces lits de court séjour se répartissent, pour l'année 2023, en 20 lits de médecine interne, 22 lits de médecine polyvalente, 18 lits de médecine vasculaire et 10 lits d'hôpital de jour.

Ces capacités comprennent également six lits de soins continus et huit lits rattachés aux urgences (deux lits d'unité d'hospitalisation de courte durée – UHCD - et six lits d'unité post-urgences).

Le centre hospitalier dispose également d'un plateau technique d'imagerie comprenant une imagerie par résonance magnétique (IRM) et un scanner exploité par un groupement d'intérêt économique (GIE) associant des praticiens libéraux (cf. *infra*), d'un laboratoire intégré au groupement de coopération sanitaire de biologie du GHT (cf. *infra*) et d'une unité technique interventionnelle (UTI) à faible niveau d'activité qui réalise notamment des endoscopies digestives.

Enfin, le centre hospitalier dispose d'une offre de consultation en dermatologie, diabétologie, neurologie et chirurgie, avec une consultation avancée¹ des praticiens des cliniques privées pour cette dernière activité et de praticiens partagés avec les autres établissements du GHT pour une partie des autres consultations.

Les disciplines de court séjour et de soins médicaux et de réadaptation (SMR appelés antérieurement soins de suite et de réadaptation SSR²) sont regroupées sur le site principal, la partie hébergement est située au centre gérontologique « La Coralline » sur la commune du Gua à 16 kilomètres de Royan.

Seul le bâtiment abritant l'unité de SMR a fait l'objet d'une rénovation en 2014 au sein d'un site principal aux bâtiments ouverts dans les années 70.

2.2 Une offre de soins affectée par la crise d'attractivité des personnels médicaux

2.2.1 L'évolution des capacités

Le centre hospitalier connaît des difficultés récurrentes à assurer l'ouverture intégrale de ses capacités en lits de court séjour, dans un contexte de difficultés de recrutement des personnels médicaux et soignants.

Le tableau suivant retrace l'évolution des capacités ouvertes du centre hospitalier.

¹ Une consultation avancée est une consultation réalisée par un praticien en tarif conventionnel sans dépassement d'honoraires, au sein d'un établissement qui n'est pas son établissement principal de rattachement.

² Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.

Tableau n° 1 : évolution des capacités en lits du centre hospitalier (2018-2023)

	Rappel lits installés au 31/12/2018	Lits et places (en moyenne annuelle)				
		2019	2020	2021	2022	2023
Médecine	61	67,97	67,08	61,44	59,76	56,27
Cardiologie	12	5,03	0	0	0	0
Gériatrie	26	26	28,33	29,68	24,22	20
Unité de surveillance continue (USC)	6	5,92	6	5,51	6	6
Service de médecine post-urgences (SEMPU)	4	4	5,53	6	6	6,7
Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)	4	4	2,1	2	2	1,3
Sous-total MCO hospitalisation complète	113	112,92	109,04	104,63	97,98	90,27
MCO hospitalisation partielle	10	10	10	10	10	10
Total médecine chirurgie obstétrique (MCO)	123	122,92	119,04	114,63	107,98	100,27
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	60	60	56,1	60	60	60
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	70	70	70	70	70	70
Unité de soins de longue durée (USLD)	50	50	50	50	50	50

Source : CHRA

Parmi les évolutions notables, il convient de relever la fermeture des lits de cardiologie en 2019 par manque de cardiologue et leur transformation pour partie en lits de médecine polyvalente.

Le nombre de lits de médecine polyvalente a ensuite été réduit progressivement pour organiser la discipline en trois unités de 20, 22 et 18 lits chacune.

De manière notable également, 10 lits de post-urgences gériatriques sont structurellement fermés depuis le mois de juin 2022.

Enfin, des fermetures sur courtes périodes ont été opérées au sein de l'unité de médecine polyvalente et vasculaire, notamment en 2023, pour permettre, par redéploiement de personnel paramédical, de maintenir le fonctionnement des urgences, notamment durant la période estivale.

Au total, l'établissement a perdu près de 20 % de sa capacité en lits de court séjour durant la période sous revue.

Cette situation est préoccupante en raison de la place particulière que devrait occuper le centre hospitalier, seul établissement public détenteur sur son territoire des autorisations de médecine.

Elle l'est également en regard de la situation financière dégradée de l'établissement.

En effet, la labellisation en hôpital de proximité en 2023 a conduit à stabiliser les ressources financières de l'établissement par le biais d'une dotation fixée en référence à la moyenne des garanties de financement 2021 et 2022 et indépendante ensuite du niveau réel d'activité des exercices suivants. Pour autant, sa renégociation en 2026 pourrait permettre à l'ARS de se baser sur le niveau d'activité réelle constaté sur la période 2023-2026 et ainsi conduire à sa diminution.

2.2.2 L'évolution de l'activité

L'activité du centre hospitalier a connu une évolution contrastée durant la période sous revue, marquée par une stabilité de l'activité d'hébergement, une baisse continue de l'activité de court séjour et une évolution contrastée de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.

Au sein des 50 lits de l'unité de soins de longue durée, l'activité est stable autour de 18 000 journées, avec un taux d'occupation constant de plus de 99 %.

La tendance est identique au sein des 70 lits d'hébergement (EHPAD) autour de 25 000 journées avec un taux d'occupation constant proche des 100 %.

Au sein des soins médicaux et de réadaptation, le nombre d'entrées diminue très sensiblement entre 2019 et 2023 (- 26 %), le nombre de journées diminue également après 2020 puis remonte légèrement avec un niveau de 2023 équivalent à celui de 2019.

Le taux d'occupation passe ainsi de 98 % en 2019 à 91 % en 2020 et 2021 puis remonte en 2022 et 2023 pour retrouver son niveau de 2019.

L'activité de court séjour du centre hospitalier connaît une baisse continue du nombre d'entrées de 31 % entre 2019 et 2023 (3 636 entrées en 2023).

Le nombre de journées diminue également de 20 %, avec une durée moyenne de séjour (DMS) qui augmente significativement entre 2019 et 2020 (de 7,3 à 8,2 jours) pour se stabiliser ensuite à ce niveau.

Par discipline, les évolutions sont cependant contrastées.

La diminution la plus forte affecte les deux services de médecine : - 70 % en service de médecine polyvalente, - 14 % en service de médecine interne.

Elle affecte également le service de court séjour gériatrique dont le nombre d'entrées passe de 1 272 en 2019 à 781 en 2023, soit une diminution de 38 %.

La baisse d'activité affecte également l'unité de surveillance continue (USC), mais dans de moindres proportions (- 7 % d'entrées entre 2019 et 2023).

Ces évolutions à la baisse sont compensées pour partie par des progressions d'activité sur d'autres unités avec des phénomènes de substitution entre les services, de la médecine vers l'hospitalisation de jour et l'unité de post-urgences gériatriques notamment.

Le nombre d'entrées en hospitalisation de jour en médecine progresse ainsi de 30 % ainsi que celui du service de médecine de post-urgences gériatriques (638 entrées en 2019 et 1 082 en 2023).

Sur le plan des actes techniques, le nombre d'endoscopies est relativement stable autour de 700 alors qu'une progression notable est enregistrée sur le nombre de séances de chimiothérapie qui passe de 2 724 en 2019 à 3 478 en 2022, soit une progression de 27 %.

Il s'agit d'un point fort du centre hospitalier qui réalise 40 % de l'activité du territoire sur cette activité.

Pour autant, sur le plan des hospitalisations en cancérologie, le centre hospitalier apparaît également fortement concurrencé, car si sa part d'activité progresse en passant de 15,5 % en 2020 à 16,7 % en 2022, la part de la clinique Pasteur, certes en légère diminution, représente 26,1 % en 2022 et au total, les deux cliniques représentent 35 % de cette activité.

Au total, la diminution de l'activité en court séjour est le reflet de la diminution des capacités d'hospitalisation des unités de médecine et se traduit par une perte de part de marché du centre hospitalier en médecine, qui passe de 30,7 % à 23 % entre 2018 et 2022 sur son territoire d'attractivité.

L'activité des urgences est caractérisée par une relative stabilité. Après la baisse de 2019 à 2020 (- 10 %), l'activité se stabilise autour de 18 700 passages en moyenne par an, soit légèrement moins que le niveau de 2019 (cf. *infra*).

L'activité de l'UHCD connaît en revanche une très forte diminution, de 1 323 passages en 2019 à 579 en 2020, puis 689 en 2021, 585 en 2022 et une nouvelle forte baisse avec 255 passages en 2023, conséquences de l'évolution de la capacité de quatre à deux lits entre 2019 et 2020 et de deux à un entre 2022 et 2023.

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences diminue de 26 % en 2019 à 20 % en 2023.

Cette tendance à la baisse du taux d'hospitalisation après passage aux urgences affecte davantage le centre hospitalier, le nombre de transferts vers les autres établissements étant stable (5 % des sorties en moyenne sur la période alors que la part des hospitalisations vers le CHRA diminue de 20 % en 2019 à 13 % en 2023).

Cette tendance ne constitue pas un facteur favorable au développement de l'activité du centre hospitalier dont 42 % des entrées en court séjour proviennent en 2023 des urgences.

Le nombre de consultations progresse durant la période sous revue, après une diminution en 2020 liée à la crise sanitaire : de 22 168 en 2019 à 28 928 en 2023, soit une progression notable de 30 %.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Privé d'activités chirurgicales en hospitalisation complète depuis 2005, le centre hospitalier voit sa part de marché en activités de court séjour s'éroder durant la période sous revue. La bonne tenue des consultations et de l'activité de chimiothérapie ne compense pas la diminution de l'activité en médecine sous l'effet des neutralisations de capacité liées à la crise d'attractivité médicale. Cette tendance nécessite une attention particulière du centre hospitalier dans un contexte de concurrence des cliniques privées du territoire qui cumulent, ensemble, une part d'activité en médecine supérieure à celle du centre hospitalier alors qu'elles exercent déjà en situation de monopole sur le territoire l'activité chirurgicale.

3 GOUVERNANCE ET DEMARCHE STRATEGIQUE

3.1 Organisation générale de l'établissement

La direction de l'établissement est organisée de manière classique, avec un organigramme complet répartissant, autour de la directrice de l'établissement, des directions principales autour des affaires financières et de la direction des ressources humaines, de la coordination générale des soins et des ressources matérielles.

Chacune de ces directions principales sont elles-mêmes décomposées en bureaux identifiés autour des fonctions traditionnelles (par exemple budget, affaires médicales ou bien achats).

Les organigrammes propres à chaque direction sont également bien identifiés et complets.

Les délégations de signature sont également présentes et formalisées à chaque niveau de responsabilité.

L'organisation de la direction du centre hospitalier est conforme aux bonnes pratiques.

Le fonctionnement institutionnel de l'établissement est également conforme au cadre légal et aux bonnes pratiques même si la crise sanitaire a eu pour conséquences un net ralentissement du fonctionnement institutionnel en 2020 (une seule séance du conseil de surveillance tenue).

À cette exception près, les instances sont réunies régulièrement (conseil de surveillance, directoire, commission médicale d'établissement - CME, comité social d'établissement - CSE) sur des ordres du jour conformes à la réglementation et les procès-verbaux qui en sont tirés sont complets.

Le centre hospitalier est décomposé en cinq pôles d'activité, un pôle gériatrie, un pôle médecine, un pôle urgences et soins critiques, un pôle ville-hôpital et un pôle médico-technique.

Le rapport de gestion présenté chaque année par l'établissement comprend notamment un exposé très détaillé des statistiques d'activité de chaque pôle, indiquant un suivi effectif au niveau des pôles de ces données.

Si ce découpage apparaît adapté à la taille et aux missions de l'établissement, il n'existe pas de contrats de pôle et par conséquent pas de délégation de gestion formalisée au profit des pôles, alors même que le précédent contrôle de la chambre régionale des comptes l'avait recommandé.

La taille réduite de l'établissement atténue les conséquences de ce deuxième aspect d'autant que les procédures spécifiques en matière de recrutement et de gestion du personnel associent les cadres de pôle.

Sur ce sujet, la direction de l'établissement relève la faible appétence des responsables médicaux à l'exercice d'une délégation de gestion à leur profit.

Pour autant, même si les orientations récentes du ministère de la santé privilégient les services comme échelon de référence dans l'organisation hospitalière³, les dispositions relatives aux contrats de pôle sont toujours en vigueur⁴.

La chambre régionale des comptes invite l'établissement à se mettre en conformité avec la réglementation sur ce point.

Recommandation n° 1. : établir les contrats de pôle prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. *[non mise en œuvre]*

3.2 La démarche stratégique

Concernant la démarche stratégique de l'établissement, la chambre régionale des comptes relève tout d'abord l'absence de projet d'établissement formalisé durant la période sous revue.

Le projet d'établissement est pourtant une obligation légale prévue par l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, qui en détaille également le contenu.

Un cabinet de conseil avait été retenu en 2019 dans le cadre d'un marché commun à l'ensemble des établissements du GHT pour apporter un appui méthodologique à la réalisation des projets d'établissement des établissements parties au groupement, mais cette démarche avait été interrompue par la crise sanitaire.

Cette absence de document formalisé d'ensemble n'a cependant pas signifié l'absence de toute réflexion stratégique du centre hospitalier.

Le conseil de surveillance a été saisi à intervalle régulier durant la période sous revue d'orientations stratégiques présentées par le chef d'établissement, à la suite de travaux préparatoires soit effectués en directoire et en CME, soit résultant de réunions entre la direction et les chefs de pôle, soit encore résultant de procédures de concertation avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Il est possible de discerner une certaine continuité dans ces orientations à l'exception du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) adopté en 2019 et abandonné au cours de la crise sanitaire (cf. *infra*).

Ainsi, l'essentiel des orientations stratégiques de l'établissement sont contenues *de facto* dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec l'agence régionale de santé le 31 décembre 2018, portant sur la période 2019-2023, et ce, en dépit de l'absence de projet d'établissement formalisé.

³ Article 22 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification introduisant l'article L. 6146-1-1 du code de la santé publique (CSP) : « Les services mentionnés à l'article L. 6146-1 constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail ».

⁴ Article R. 6146-8 du CSP.

Le CPOM insiste sur la nécessité de renforcer la vocation d'offre de soins de proximité du centre hospitalier, d'évoluer vers une logique de regroupement disciplinaire, d'insérer le centre hospitalier au sein du projet médical partagé du GHT, de renforcer les coopérations avec la médecine libérale concernant le plateau technique et la médecine générale et enfin de restructurer le service des urgences et le secteur hôpital de jour.

Si la crise sanitaire est venue contrarier le déroulé linéaire de ces réalisations, elle n'a pas empêché le centre hospitalier de se saisir des dispositifs institutionnels apparus durant la période sous revue pour réaliser ou amorcer la réalisation de ces axes.

Ainsi, le lancement du projet de labellisation du centre hospitalier en hôpital de proximité est approuvé formellement lors des séances du conseil de surveillance de janvier 2021, poursuivi jusqu'à son aboutissement en 2023. Au-delà de la vocation ainsi réaffirmée du centre hospitalier, la garantie de financement issue de cette labellisation était estimée, fin 2023 par la direction de l'établissement à 3 M€ supplémentaires par rapport à un financement à l'activité issu des règles communes (cf. *infra*).

De manière parallèle, au cours de la séance du conseil de surveillance de février 2022, la directrice soumet au conseil de surveillance des orientations stratégiques issues de discussions avec les chefs de pôle et structurées autour des soins urgents (avec la proposition d'implantation d'un centre de soins non programmés servis par la médecine de ville au sein des urgences), autour du développement de l'hospitalisation de jour, d'un projet ville-hôpital et de renforcement de la filière gériatrique (par un développement de l'équipe mobile de gériatrie).

Enfin, un projet d'autorisation d'un scanner uniquement dévolu au centre hospitalier est adopté également par le conseil de surveillance en 2023.

Cette inscription du centre hospitalier dans les axes stratégiques contenus dans le CPOM est particulièrement perceptible dans le domaine des coopérations du centre hospitalier (cf. *infra*).

Cependant, l'absence de projet d'établissement formalisé a conduit la direction de l'établissement à lancer fin 2023 une démarche institutionnelle associant l'ensemble des acteurs et partenaires du centre hospitalier dans l'objectif d'aboutir à la formalisation d'un véritable projet d'établissement.

Sans pouvoir en évaluer le contenu, le projet devant être soumis aux instances de l'établissement à la fin de l'année 2024, la chambre régionale des comptes souligne le caractère positif de cette démarche conduite selon les bonnes pratiques en la matière (comité de pilotage, groupes de travail par thèmes, calendrier fixé, consultation des instances).

Recommandation n° 2. : finaliser le projet d'établissement prévu à l'article L. 1643-2 du code de la santé publique. *[mise en œuvre partielle]*

Il convient cependant de relever que les projets d'investissement approuvés par le conseil de surveillance en 2022 n'ont pas reçu d'approbation formelle de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Cette approbation est indispensable dans la mesure où ces projets ne peuvent se réaliser que dans le cadre d'un financement intégral par l'ARS Nouvelle-Aquitaine compte tenu de l'absence de capacité d'autofinancement de l'établissement (cf. *infra*).

L'ARS Nouvelle-Aquitaine précise que le montant global des opérations à financer s'établit désormais à 18,6 M€ et qu'elle demeure en attente d'études complémentaires sollicitées auprès de l'établissement (dont l'analyse médico économique et de retour sur investissement des projets) pour pouvoir se prononcer. Elle précise également que son souhait est de privilégier la restructuration du pôle des urgences.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'organisation de la direction et le fonctionnement institutionnel du centre hospitalier sont globalement conformes à la réglementation et aux bonnes pratiques. Le découpage en cinq pôles apparaît adapté à la taille de l'établissement mais les contrats de pôle n'ont pas été conclus.

Aucun projet d'établissement formalisé n'a cependant été élaboré au centre hospitalier jusqu'à la formalisation d'une telle démarche en 2024.

Pour autant, les axes principaux du CPOM conclu en 2019 ont bien été conduits dans le cadre d'un travail continu de la direction et des chefs de pôle, approuvés à intervalle régulier par les instances de l'établissement.

Ces axes stratégiques, bien adaptés à la vocation du centre hospitalier, ont notamment permis sa labellisation comme hôpital de proximité en 2023.

L'établissement demeure cependant dépendant de décisions de financement intégral par l'agence régionale de santé sur les projets immobiliers approuvés par le conseil de surveillance et non financés à ce jour.

4 UN ETABLISSEMENT BENEFICIAIRE DE SES COOPERATIONS POUR ASSURER LA CONTINUITE DE SON OFFRE DE SOINS

Le centre hospitalier a noué de nombreuses coopérations, en déclinaison des axes contenus dans le CPOM, lui permettant d'accomplir ses missions, dans un contexte où ses ressources médicales propres ne lui permettent pas d'assurer notamment les fonctions médico-techniques (imagerie, laboratoire) ainsi que l'éventail des activités de consultation proposées sur son site.

Cette orientation est nécessaire pour permettre effectivement la meilleure insertion possible du centre hospitalier au sein de son territoire même s'il apparaît ainsi en situation de forte dépendance vis-à-vis de ses partenaires.

Il convient de ce point de vue de distinguer les coopérations choisies avec les partenaires publics au sein du GHT, des coopérations avec les cliniques ou les partenaires libéraux, indispensables à l'accomplissement de ses missions mais qui peuvent apparaître davantage contraintes dans le cas des cliniques, compte tenu de la disparition de l'activité chirurgicale publique en 2005.

4.1 La coopération avec les cliniques du territoire

L'absence de discipline chirurgicale conduit à une coopération de fait avec les cliniques du territoire pour la prise en charge des patients nécessitant une intervention chirurgicale, notamment dans le cadre de la prise en charge des urgences.

Aucune convention de coopération générale (à l'exception notable du GCS « Urgences du Pays-Royannais » et de quelques conventions techniques portant par exemple sur la stérilisation) n'a été conclue entre le centre hospitalier et les cliniques.

Si le dialogue quotidien entre les équipes médicales et de direction apparaît suffisant pour assurer un fonctionnement considéré comme fluide par le centre hospitalier, l'absence de convention formalisée sur la place respective de chacun des établissements au sein du territoire peut cependant conduire à des initiatives non concertées entre eux.

Il a été ainsi possible de relever durant la période sous revue une tentative inaboutie de réintroduction de la chirurgie au centre hospitalier en 2020 portée par une partie du corps médical, ainsi qu'une demande d'ouverture de capacités en médecine supplémentaires par le groupe Vivalto Santé au profit de la polyclinique Saint-Georges en 2023, démarche non approuvée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, à l'image du refus qu'elle avait opposé à la réintroduction d'une activité chirurgicale au sein du centre hospitalier.

La direction du centre hospitalier indique que la détermination des objectifs quantifiés de soins dans le schéma régional de soins adopté pour la période 2023-2028 ne permet plus à un établissement du territoire de déposer une demande d'autorisation d'activité nouvelle en médecine.

Le schéma régional de santé prémunit ainsi le centre hospitalier de l'apparition d'une nouvelle offre concurrente en médecine sur le territoire sans pour autant atténuer les conditions de concurrence déjà existantes.

4.2 Le groupement de coopération sanitaire « Urgences du Pays Royannais »

Le seul dispositif formalisé de coopération porte en effet sur le sujet unique de la prise en charge des urgences du territoire.

Il est porté par le groupement de coopération sanitaire « Urgences du Pays Royannais », GCS de droit public constitué en 2008 entre les trois établissements (sans pour autant que les instances prévues par la réglementation ne soient constituées à l'époque, la nécessité de mise en place de ces instances ayant fait l'objet d'une motion du conseil de surveillance du centre hospitalier uniquement en juin 2020).

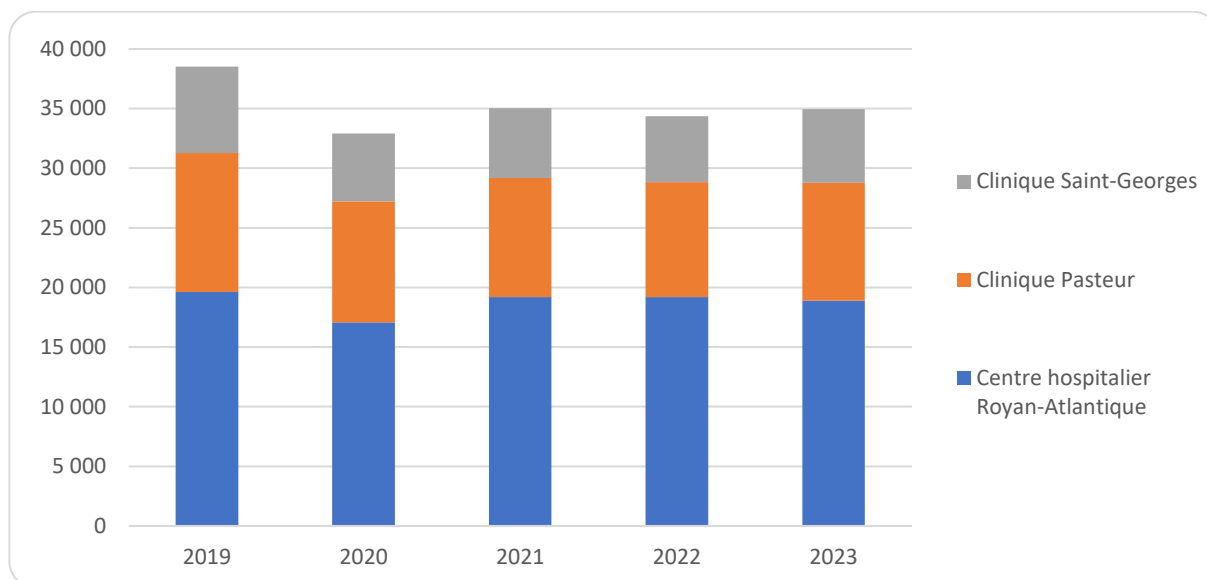
Ce GCS est détenteur des autorisations de médecine d'urgence et à ce titre destinataire des ressources financières versées par l'assurance maladie en regard de l'activité.

Le GCS n'est pas employeur et seules les charges communes de gestion lui sont imputées.

L'activité des urgences enregistrée par les établissements du GCS a été affectée par la crise sanitaire (- 13 % en 2020) et après une remontée en 2021, s'établit à un niveau stable, mais légèrement inférieur à son niveau de 2019 (- 7 %).

34 942 passages ont été enregistrés en 2023, soit 20 % du nombre total de passages au sein du département de la Charente-Maritime.

Graphique n° 2 : évolution du nombre de passages aux urgences du GCS « Urgences du Pays Royannais »



Source : chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine (CRC NA), d'après les rapports d'activité du GCS « Urgences du Pays Royannais »

Chaque établissement supporte de son côté les charges liées au fonctionnement de son service d'urgences, le mode de répartition des recettes est donc déterminant pour assurer une équité de répartition des ressources en regard des charges supportées par chaque établissement.

Le mode de répartition de ces ressources a été fixé par un avenant à la convention constitutive, signé en 2009, et a été affecté récemment par la réforme de financement des urgences.

Le principe de la répartition repose sur l'activité constatée entre les trois sites concernant la part relative à l'activité et une prise en compte des charges différentes supportées par les établissements s'agissant de la dotation populationnelle, le centre hospitalier ouvrant ses urgences 24 heures sur 24, les cliniques fonctionnant en 12 heures.

Un budget de fonctionnement théorique est ainsi calculé au sein de chaque établissement qui comprend les coûts liés au déploiement d'un effectif conforme au référentiel national (mis à disposition des ARS pour effectuer une répartition de la dotation populationnelle entre les établissements d'une même région), ainsi que les coûts par passage du même référentiel, multiplié par le nombre de passages enregistré au sein de chaque établissement.

La dotation populationnelle est répartie ensuite au prorata de ce budget théorique de fonctionnement, en ayant au préalable défalqué le montant des charges communes du GCS.

La répartition en 2023 des budgets de fonctionnement (hors SMUR) était de 61 % pour le centre hospitalier, 21 % pour la clinique Pasteur et 18 % pour la polyclinique Saint-Georges.

Ce mode de calcul appliqué en 2023 a ainsi permis de répartir la dotation populationnelle notifiée de près de 6 M€ (ramenée à près de 5,8 M€ pour tenir compte de 150 000 € de charges communes) en 4 M€ pour le centre hospitalier (en intégrant 1,2 M€ au titre du SMUR), 1 M€ pour la clinique Pasteur et 800 000 € pour la polyclinique Saint-Georges.

Le centre hospitalier ne disposant pas d'une comptabilité analytique déployée, il a cependant produit, à la demande de l'équipe de contrôle, un compte de résultat analytique (CRÉA) simplifié du service des urgences.

Sous réserve d'une exhaustivité des charges indirectes incorporées dans le calcul présenté, le résultat apparaît légèrement excédentaire en 2023 (50 000 € pour 6,8 M€ de charges).

De ce point de vue, les comptes rendus des assemblées générales et les tableaux de résultat du GCS, communiqués par l'établissement pour toute la période sous revue, font apparaître un suivi rigoureux dans la répartition des produits de l'activité des urgences, y compris dans la période précédant l'adoption du nouveau système de tarification, prenant en compte les différences de charges supportées par le centre hospitalier et les cliniques.

Pour autant, cette situation favorable résulte d'une application par l'ARS de règles de répartition de la dotation populationnelle pour l'instant favorables à l'établissement, sans garantie de pérennité de ces règles (cf. *infra*).

Sur le plan organisationnel, le centre hospitalier joue effectivement un rôle pivot au sein de ce dispositif par l'accueil des urgences médico-chirurgicales 24 heures sur 24, et réadresse secondairement auprès des cliniques les patients nécessitant une consultation ou une intervention chirurgicale.

L'adressage des patients au sein des cliniques est subordonné à l'accord donné par le chirurgien d'accueil, faisant peser sur le centre hospitalier la charge de l'adressage secondaire vers un centre d'accueil spécialisé : GH Saintes – Saint-Jean-d'Angély – site de Saintes pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et la cardiologie interventionnelle et les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Poitiers et de Bordeaux pour la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie ou SOS Main.

Si, sur la plage de 8 heures à 20 heures, les patients peuvent se rendre spontanément aux urgences chirurgicales des deux cliniques et si une obligation de réciprocité lie les établissements dans l'accueil des patients (en médecine pour le centre hospitalier, en chirurgie pour les cliniques), les contraintes supportées par les établissements apparaissent cependant asymétriques.

Le centre hospitalier assure ainsi seule la contrainte d'accueil indiscriminé 24 h/24 et dispose de deux lignes de garde (dont une pour le SMUR).

Les cliniques se relaient pour assurer la continuité d'accueil dans les spécialités chirurgicales de base, une semaine sur deux en chirurgie orthopédique et deux semaines sur trois en chirurgie viscérale et disposent, sur ces plages, d'une ligne de garde chacune.

L'activité du GCS est caractérisée par une très forte saisonnalité, avec un doublement du nombre de passages les mois de juillet et août.

Les procès-verbaux des assemblées générales du GCS reflètent la difficulté des urgences à faire face à cet afflux d'activités durant l'été, compte tenu notamment des difficultés à pourvoir les postes d'urgentistes et de personnel soignant.

Le centre hospitalier s'est donc organisé pour faire face à la priorité de fonctionnement des urgences par l'adoption de mesures de renforcement en personnel soignant durant les mois d'été, ce qui a pu conduire à des neutralisations de capacités au sein des services de médecine à compter de l'été 2022.

Par ailleurs, un protocole de continuité de l'activité des urgences entre les trois établissements a été adopté par l'ARS Nouvelle-Aquitaine à l'été 2022, qui prévoit un maintien prioritaire des postes d'urgentistes au sein du centre hospitalier, en réaffectant les urgentistes des cliniques, prioritairement ceux de la clinique Saint-Georges.

Néanmoins, aucun protocole de répartition de l'activité chirurgicale entre les cliniques et le centre hospitalier de référence (celui de Saintes) n'a été conclu, faute d'accord entre les équipes médicales sur un projet rédigé en 2015, et malgré un groupe de travail réuni dans cette perspective en 2022.

Cette question est importante compte tenu d'une réorientation des patients effectuée parfois vers le GH Saintes – Saint-Jean-d'Angély – site de Saintes ou bien des épisodes d'indisponibilité en lits ayant parfois affecté les cliniques au cours de la période et ayant conduit par exemple, selon les procès-verbaux des assemblées générales du GCS, le médecin urgentiste de la clinique Pasteur à indiquer parfois une indisponibilité dans la prise en charge des patients durant le week-end.

La chambre régionale des comptes invite donc le centre hospitalier à finaliser un protocole de continuité de prise en charge des urgences chirurgicales du pays royannais avec le GH Saintes – Saint-Jean-d'Angély – site de Saintes.

Recommandation n° 3. : finaliser un plan de continuité de prise en charge des urgences chirurgicales du pays royannais avec le groupe hospitalier Saintes – Saint-Jean-d'Angély.
[non mise en œuvre]

4.3 Le groupement de coopération sanitaire « spécialistes en imagerie médicale de Saintonge »

La difficulté de recrutement de praticiens hospitaliers en imagerie a conduit le centre hospitalier à constituer, aux côtés des autres établissements du GHT Charente-Maritime Sud, un groupement de coopération sanitaire de droit public, en partenariat avec une société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL) dénommée Centre aquitain d'imagerie médicale (CAI).

Dans un cadre de GCS de droit public, la convention constitutive prévoit une répartition du capital équilibrée entre, d'une part, les établissements publics et, d'autre part, le partenaire privé.

Couvert par les dispositions des articles L. 6133-1 et suivants du code de la santé publique, les statuts du GCS prévoient l'intervention des radiologues libéraux au sein des établissements publics du groupement.

Si le forfait technique est perçu par l'établissement, le praticien perçoit directement les honoraires liés aux actes. Dans l'hypothèse d'absence de forfait technique (en imagerie conventionnelle par exemple), le praticien acquitte une redevance à l'établissement.

Aucun professionnel paramédical n'intervient dans le cadre du GCS « spécialistes en imagerie médicale de Saintonge » (SIMS). Les professionnels non médicaux sont affiliés aux centres hospitaliers membres dans lesquels ils exercent leurs fonctions.

La mise en place de ce GCS a permis au centre hospitalier une continuité de son activité en imagerie par la présence de praticiens libéraux au sein de son service.

4.4 Le groupement d'intérêt économique « IRM du Pays Royannais »

Un groupement d'intérêt économique (GIE) dénommé « IRM du Pays Royannais » a été constitué en 2007 entre le centre hospitalier et la société par actions simplifiée (SAS) IMRA IEC, société succédant à la société à responsabilité limitée (SARL) Radiologues du Pays Royannais-et-Oléronais (RPRO) pour l'exploitation d'une IRM.

Le principe était le même que dans le cas du GCS, en permettant l'exploitation au sein du centre hospitalier d'une IRM avec des radiologues libéraux.

La convention constitutive a fixé un montant de loyer pour des locaux construits et entretenus par le centre hospitalier en 2010 (345 m² pour un montant d'investissement de 800 000 €), faisant l'objet d'un appel de fonds annuel par le centre hospitalier. L'administrateur du GIE indique que le montant du loyer tenait compte notamment d'une quote-part des travaux de mise en état des locaux, payée par le GIE.

Un avenant conclu en 2019 a prévu la prise en charge par le centre hospitalier des coûts additionnels d'astreinte permettant un accès H24 dans le cadre de la filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

Le chiffre d'affaires du GIE a progressé durant la période sous revue, en passant de 1 M€ environ à 1,5 M€ et les différents flux financiers liés au GIE sont retracés au sein d'un bilan annuel.

La direction du centre hospitalier précise que ce GIE est amené à cesser son activité en 2025, le centre hospitalier ayant bénéficié d'une autorisation d'exploitation d'IRM en nom propre et prévoyant son exploitation dans le cadre du GCS d'imagerie précité.

4.5 Des structures intéressantes de coopération avec les établissements publics

La structure de coopération majeure du centre hospitalier est son appartenance au GHT Charente-Maritime Sud.

Fondé en juin 2016 sous l'appellation GHT de Saintonge et actualisé en septembre 2022 sous sa dénomination actuelle, le GHT succède lui-même à la communauté hospitalière de

territoire (CHT) de Saintonge créée en 2014, elle-même issue de nombreuses coopérations existantes sur ce territoire de santé depuis de nombreuses années⁵.

L'actualisation de la convention constitutive en 2022 traduit la volonté du GHT de progresser dans l'adoption d'un projet médical partagé qui, sans aller vers une forme intégrative, permette de travailler effectivement à une gradation des soins entre les différents établissements du territoire.

De ce point de vue, le centre hospitalier apparaît bénéficiaire de ce déploiement du projet médical partagé, avec la possibilité de maintien d'une offre de soins notamment par la présence en son sein de ressources médicales partagées.

Au sein des 12 filières de soins identifiées dans le projet médical partagé (PMP 2018-2022), le centre hospitalier bénéficie ainsi d'un praticien hospitalier (PH) en anesthésie partagé avec le centre hospitalier de Jonzac qui lui permet de maintenir son unité de surveillance continue.

Une consultation avancée en cardiologie assurée par un PH de Saintes lui permet de maintenir cette offre de consultation après la disparition du service en 2019.

C'est également le cas de l'activité de diabétologie, avec des prestations croisées entre les praticiens de Royan et de Saintes.

L'exemple le plus achevé de coopération est celui de la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) en oncologie avec le GH Saintes – Saint-Jean-d'Angély – site de Saintes qui permet le développement de l'activité de chimiothérapie comme point fort de l'activité du centre hospitalier.

Parmi les projets à développer dans le cadre du projet médical partagé en cours de discussion (2022-2026) figurent la filière de prise en charge des AVC et celle de santé mentale, insuffisamment formalisées dans la prise en charge après passage aux urgences.

L'existence du projet médical partagé ne prémunit pas le centre hospitalier de toutes les difficultés liées à la pénurie de ressources médicales mais il constitue assurément une garantie minimale de maintien des disciplines jugées indispensables dans le cadre de l'organisation territoriale des soins portée par le GHT.

Au-delà des filières médicales identifiées par le projet médical partagé, le GHT a permis également de façon classique l'intégration du centre hospitalier au sein d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire et l'intégration de sa fonction achat par l'établissement siège.

Sur ces deux aspects, le centre hospitalier ne signale pas de difficultés majeures dans l'accomplissement de ses missions.

Le centre hospitalier est partie prenante de structures de coopération avec d'autres établissements publics.

Il est adhérent du GCS de Saintonge, GCS de droit public fondé en 2005 qui exploite un laboratoire inter-hospitalier de biologie élargie depuis 2005 aux membres du GHT de Saintonge (devenu GHT Charente-Maritime Sud).

⁵ Un recensement effectué en 2012 par le CH de Saintonge – Saintes identifiait une cinquantaine de coopérations, liant de nombreuses disciplines médicales et médico-techniques entre plusieurs établissements du territoire de Saintonge.

Sur le site du centre hospitalier, le laboratoire prend en charge les analyses urgentes de base et recourt aux autres établissements adhérents du GCS pour les examens plus spécialisés.

Le centre hospitalier est également membre du groupement d'intérêt public (GIP) « Santé et informatique Limousin-Poitou-Charentes » (SILPC), fondé en 2009 avec les établissements publics de santé et médico-sociaux de ces territoires mais élargi depuis à d'autres adhérents publics et privés d'autres régions (et renommé Okantis en 2021) et destiné à assurer des prestations mutualisées de déploiement et d'exploitation de systèmes d'information de santé.

Enfin, sur un plan logistique, le centre hospitalier est membre du GIP « Blanchisserie inter-hospitalière de Saintonge » créé par le centre hospitalier de Saintonge – Saintes permettant l'exploitation commune d'une blanchisserie inter hospitalière.

À l'image des filières médicales, la bonne insertion du centre hospitalier au sein de ces coopérations lui permet d'assurer une continuité des fonctions concernées dans des conditions normalisées de coût que ne lui permettrait pas sa taille s'il souhaitait les assurer de manière autonome.

La chambre régionale des comptes souligne l'intérêt de ces coopérations et la nécessité de les poursuivre.

4.6 Une coopération bienvenue avec la médecine de ville

La coopération avec la médecine de ville s'est renforcée récemment avec la création de la communauté professionnelle territoriale de santé Royan-Atlantique, créée en 2023.

Le centre hospitalier a adhéré à la CPTS dans le collège des acteurs sanitaires et sa directrice est par ailleurs membre de son conseil d'administration.

Les membres du bureau de la CPTS et la direction du centre hospitalier se sont accordés pour travailler autour des grands axes du projet médical de la CPTS, notamment l'amélioration de l'accès aux soins non programmés.

La réalisation la plus notable a porté sur la création d'une consultation de soins non programmés au sein du service des urgences à laquelle participent deux praticiens généralistes adhérents à la CPTS, permettant la prise en charge d'une partie de la filière courte des urgences.

La recherche commune d'une attractivité médicale renforcée du territoire a conduit également à l'organisation d'une soirée d'accueil des internes de ville et hospitaliers avec les praticiens maîtres de stage ainsi qu'à l'organisation de temps de rencontre entre praticiens publics et libéraux.

Par ailleurs, dans le cadre de la démarche d'élaboration du projet d'établissement, le centre hospitalier a ouvert aux professionnels de la CPTS les instances de pilotage et les groupes de travail thématiques.

La chambre régionale des comptes relève très favorablement cette démarche de travail partenarial avec la CPTS et encourage à son développement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier bénéficie de ses nombreuses coopérations pour maintenir son offre de soins.

Si la coopération avec les établissements du GHT s'inscrit dans une stratégie de gradation de l'offre de soins publique sur le territoire et à ce titre conforte la position du centre hospitalier, la coopération avec les cliniques privées apparaît plus contrainte car liée à la disparition de l'activité chirurgicale du centre hospitalier dès 2005.

Le développement récent d'une coopération avec la médecine de ville apparaît bienvenu et doit être conforté pour permettre au centre hospitalier de jouer pleinement son rôle essentiel d'accueil en son sein des disciplines médicales conformes à sa vocation et désormais à sa labellisation d'hôpital de proximité.

5 LES RESSOURCES HUMAINES

Les effectifs en équivalent temps plein travaillé (ETPT) du centre hospitalier (647 ETPT en 2023) sont marqués par une légère diminution durant la période sous revue (- 1,4 %), un point bas en 2022 et une légère remontée en 2023 (pour la définition des différents types d'effectifs et leur évolution sur la période examinée, voir annexe n° 4).

Les effectifs non médicaux, 596 ETPT en 2023, représentent 92 % des effectifs totaux.

5.1 Le personnel non médical

5.1.1 L'évolution des effectifs

L'évolution des effectifs non médicaux est logiquement identique à l'évolution des effectifs totaux, dont elle est la composante essentielle, avec une légère diminution durant la période sous revue (604 ETPT recensés en 2019 contre 596 en 2023).

À l'échelle de l'établissement, cette différence de neuf postes traduit les difficultés de recrutement sur des catégories de personnel spécifiques, infirmiers diplômés d'État (IDE) notamment, difficulté qui apparaît surtout dans l'évolution des dépenses de remplacement et d'intérim.

Si l'établissement fournit un fichier consolidé en ETP des effectifs durant la période sous revue, il ne fournit en revanche aucun document consolidé permettant d'apprécier l'évolution des indicateurs traditionnellement contenus dans le bilan social. Celui-ci est complété jusqu'aux données de 2020 et n'est plus produit ensuite, l'établissement précisant avoir adopté le rapport social unique en 2021 (RSU) mais sans production ni en 2021 et 2022, et en préparation pour les données 2023.

La date limite de changement entre le bilan social et le RSU était effectivement fixée au 31 décembre 2022 selon les dispositions du décret n° 2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique, mais l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pouvait saisir des données du bilan social jusqu'à cette date.

La chambre régionale des comptes demande à l'établissement de se conformer aux dispositions du décret du 30 novembre 2020 rendant obligatoire la saisie des informations alimentant le RSU.

L'ordonnateur précise qu'en dépit de la défaillance du module de réalisation du RSU, il a pu produire le RSU 2023, sur la base de requêtes internes, réalisées par le contrôleur de gestion sociale, recruté en 2024, et transmettre ce rapport 2023.

Recommandation n° 4. : produire le rapport social unique (RSU) conformément aux dispositions des articles L. 231-1 et L. 232-1 du code général de la fonction publique et du décret n° 2020-1493 du 30 novembre 2020. *[mise en œuvre complète]*

L'absence de production du RSU jusqu'à la période la plus récente rendait difficile une appréciation circonstanciée sur l'évolution des indicateurs propres aux ressources humaines durant la période sous revue (absentéisme, taux de rotation des personnels, évolution du recours à l'intérim, gestion des comptes épargne-temps notamment). ~~Il est possible~~ Il a été possible cependant de présenter les résultats de l'exploitation des données contenues dans le fichier des effectifs de l'établissement et les données concernant les ressources humaines contenues dans les rapports financiers.

La part des personnels titulaires en ETP a diminué durant la période sous revue, passant de 64 % de l'effectif en 2019 à 60 % en 2023.

La répartition entre les titulaires de contrat à durée indéterminée (CDI) et de contrat à durée déterminée (CDD) évolue cependant favorablement durant la période sous revue, la part des CDI passant de 15 % en 2019 à 28 % en 2023.

Le niveau de CDD en fin de période (9 % de la totalité de l'effectif) rejoint ainsi les niveaux plus communément rencontrés au sein des établissements de ce type.

Cependant, à l'intérieur de ce périmètre, les rémunérations des CDD sur contrats de remplacement augmentent fortement entre 2022 et 2023.

De plus, les dépenses d'intérim connaissent une très forte progression en 2021, niveau qui se maintient depuis et enfin, les heures supplémentaires ont également fortement progressé entre 2019 et 2022 pour diminuer de nouveau en 2023 (cf. § 8.2.1).

Ces évolutions sont la traduction des difficultés de l'établissement à stabiliser un effectif permanent au niveau souhaité.

Les personnels soignants représentaient 58 % de l'ensemble des effectifs en 2023.

Les autres catégories se répartissent ensuite entre personnels d'entretien (16 %), administratifs (9 %), techniques (7 %), médico-techniques (6 %) et éducatifs et sociaux (4 %), répartition n'appelant pas de commentaires particuliers.

La répartition par catégorie de la fonction publique est de 22 % en catégorie A, 19 % en catégorie B et 60 % en catégorie C.

La répartition entre personnel temps plein et temps partiel demeure stable sur la période (24 % pour ces derniers).

L'absentéisme était en baisse entre 2018 et 2017, à un taux de 6,5 %, inférieur à la moyenne nationale de 9 % selon l'ATIH cette même année, en légère progression en 2019 (mais toujours inférieur à la moyenne nationale) et en progression à 10,14 % en 2020, en conformité de la tendance nationale dans le contexte de crise sanitaire.

Ce taux est comparable en 2023 (9,83 %) mais avec un point haut en 2022 (14,27 %).

5.1.2 L'organisation générale de la fonction ressources humaines

La fonction ressources humaines est organisée au centre hospitalier dans le respect des bonnes pratiques.

Elle fait l'objet d'une délégation de signature adaptée au bénéfice du directeur et de deux cadres de la direction des ressources humaines.

Concernant la détermination du besoin en ressources humaines, l'établissement dispose de maquettes organisationnelles avec les effectifs cibles de chaque secteur d'activité, à la fois numériquement mais aussi qualitativement.

Un suivi des postes vacants est réalisé conjointement par la direction des ressources humaines (DRH) et la direction des soins pour les postes soignants et conjointement par la DRH et les responsables de secteurs pour les services administratifs et techniques.

Une réunion hebdomadaire de suivi des effectifs organisée au sein de la DRH permet d'engager les actions d'adaptation (recrutements notamment) qui sont effectuées en concertation avec le cadre de l'unité concernée.

Les données ressources humaines sont intégrées dans le calcul de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses selon les mécanismes classiques (projection des mesures réglementaires adoptées par utilisation de l'effectif cible notamment).

5.1.3 Les outils de la fonction ressources humaines

Le centre hospitalier dispose d'un guide du temps de travail (élaboré en 2006, mis à jour en 2012) et intitulé « guide des règles applicables en matière de présence et absence du personnel hospitalier ».

Dans le cadre du changement du logiciel de suivi de temps de travail en début d'année 2024, une nouvelle version de charte du temps de travail est en cours de finalisation au sein de l'établissement.

L'établissement a bien adopté le document réglementaire sur les lignes directrices de gestion (LDG)⁶, il n'a en revanche pas adopté de démarche formalisée de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

⁶ Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

Ce point devrait figurer au sein du futur projet social, en cours d'élaboration, l'établissement ayant prévu d'adopter son projet d'établissement à la fin de l'année 2024.

L'établissement dispose bien d'un accord sur la réduction du temps de travail (RTT), signé en janvier 2011. Aucune modification n'y a été apportée en dépit d'un souhait de la direction de procéder à une harmonisation des règles d'attribution des jours de RTT entre personnel à repos fixe et personnel à repos variable, moratoire décidé en 2021 après les accords du Ségur de la santé.

Cette révision est envisagée par la direction de l'établissement pour permettre un alignement sur les maquettes horaires les plus fréquemment établies au sein des établissements publics de santé (avec un volume de 15 jours de RTT).

L'établissement ne dispose pas de badgeuse. Les éléments déclenchant les éléments variables de paie (heures supplémentaires, primes de dimanche) étaient intégrés manuellement sur un tableau par le responsable de service sur un rythme mensuel jusqu'en janvier 2024 et versés ensuite dans le logiciel de paie par le service des ressources humaines.

Le système a évolué depuis janvier 2024 par une saisie directe des éléments de paie des heures supplémentaires par le responsable de service.

En l'absence de contrôle du présentisme par badgeuse, le dispositif actuel ne semble pas présenter toutes les garanties de vérification des éléments déclenchant les éléments variables de paie.

Si le service des ressources humaines procède mensuellement à quelques vérifications individuelles, l'absence de dispositif de déclenchement automatique des éléments variables de paie par un dispositif fiable de présentisme rend possible les erreurs de saisie, au sein du service, d'une part, et au niveau de la direction des ressources humaines, d'autre part.

La chambre régionale des comptes recommande donc à l'établissement de se doter d'un système fiable de vérification du présentisme répondant à l'obligation réglementaire, système dont sont dotés de nombreux établissements de santé.

Recommandation n° 5. : doter l'établissement d'un système de contrôle informatisé de la présence du personnel (de type badgeuse), en application de l'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002. *[non mise en œuvre]*

5.1.4 Une politique d'attractivité dynamique mais utilisant des dispositifs indemnitaires non réglementaires

La difficulté de recrutement sur certaines catégories de personnel a concerné le centre hospitalier durant la période sous revue, notamment les infirmiers et plus récemment les manipulateurs en électroradiologie.

Les conséquences de ces difficultés sur l'offre de soins du centre hospitalier (neutralisation de capacités) l'on conduit à développer une politique dynamique d'attractivité.

Cette politique décrite notamment dans le document sur les lignes directrices de gestion (LDG) s'est appuyée sur des leviers classiques comme la promotion des offres d'emploi du centre hospitalier, le recrutement d'un chargé de communication, l'organisation de journées de recrutement de type « job dating », mais encore sur une politique de stagiairisation ou de conclusion de contrats à durée indéterminée directement après le recrutement.

Si ces éléments doivent être positivement soulignés, la persistance de difficultés de recrutement notamment expliquées par la direction comme résultante d'une forte situation concurrentielle générée par les cliniques du territoire, l'a conduite à promouvoir des dispositifs de rémunération complémentaire sans fondement réglementaire.

Ainsi a été notamment créée une prime d'attractivité réservée aux IDE⁷, une prime de fidélisation⁸, ainsi qu'une décision de levée du plafond de 20 heures mensuelles des heures supplémentaires⁹.

La prime d'attractivité pour les IDE consiste en un montant plafonné à 2 300 € bruts versé en deux étapes selon la durée de présence dans l'établissement. La décision initiale instituait une période de validité de déclenchement de la prime comprise entre novembre 2021 et mars 2022, et une limite à cinq primes, dispositif réactivé début 2024 pour trois nouvelles primes.

Au total, six agents ont bénéficié du versement de la somme de 1 300 € et un agent d'un versement de 700 €, ayant démissionné à six mois de contrat.

La prime de fidélisation consistait en un versement de 300 € pour tout agent de l'établissement qui coopérerait un IDE restant au moins six mois au sein de l'établissement.

Ce dispositif est resté sans effet et aucun versement n'a été effectué à ce titre.

Si la chambre régionale des comptes comprend parfaitement le contexte dans lequel ces décisions ont été prises, elle ne peut que rappeler la nécessité d'un fondement réglementaire aux éléments de paie.

La chambre rappelle que les paiements qui découlent de ces décisions apparaissent irréguliers, contraires aux règles d'exécution des dépenses de l'établissement et susceptibles d'être vus comme des faits entraînant un préjudice financier à l'établissement, entraînant ainsi le risque d'une mise en responsabilité des gestionnaires publics en charge.

Les faibles montants constatés sur le paiement de ces dispositifs rapportés à la masse salariale de l'établissement conduisent la chambre régionale des comptes à inviter l'ordonnatrice à se conformer à la réglementation en matière de primes et indemnités en annulant les décisions concernées.

L'ordonnateur précise qu'à la suite de l'entretien de fin de contrôle, il a été mis fin à l'attribution de primes d'attractivité et de fidélisation pour l'avenir.

Recommandation n° 6. : annuler les décisions du directeur n° 27-2021 du 29 novembre 2021, n° 01-2022 du 26 janvier 2022 et n° 05-2022 du 3 mai 2022. *[mise en œuvre partielle]*

⁷ Décision du directeur n° 27-2021 du 29 novembre 2021.

⁸ Décision du directeur n° 01-2022 du 26 janvier 2022.

⁹ Décision du directeur n° 05-2022 du 3 mai 2022.

5.1.5 Les astreintes

L'établissement a mis en place trois astreintes, une astreinte technique, une astreinte dossier patient informatisé (DPI) et une astreinte de technicien de laboratoire.

La rémunération des astreintes est régie par le décret n° 2003-507 du 11 juin 2003¹⁰, qui prévoit soit une récupération, soit une rémunération du temps passé en astreinte.

Au centre hospitalier, les modalités de ces astreintes sont particulières à chaque ligne concernée et sont conformes à la réglementation à l'exception de la disposition de l'astreinte technique prévoyant l'ajout systématique d'une indemnité de dimanche permettant à tous les agents d'atteindre le montant de l'astreinte perçu par le plus ancien agent du service.

La chambre régionale des comptes invite l'établissement à se conformer aux dispositions du décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 et à suspendre le versement systématique de cette indemnité de dimanche, l'astreinte technique bénéficiant du montant maximal de 33 % prévu par la réglementation.

La chambre rappelle que les paiements qui découlent de l'ajout systématique de l'indemnité de dimanche aux agents assurant l'astreinte technique apparaissent irréguliers, contraires aux règles d'exécution des dépenses de l'établissement et susceptibles d'être vus comme des faits entraînant un préjudice financier à l'établissement, entraînant ainsi le risque d'une mise en responsabilité des gestionnaires publics en charge.

L'ordonnateur précise qu'une décision du 23 janvier 2025 a modifié les modalités de rémunération de l'astreinte des services techniques pour mise en conformité avec la réglementation sur les deux points soulevés lors du contrôle.

5.2 Le personnel médical

5.2.1 Les effectifs

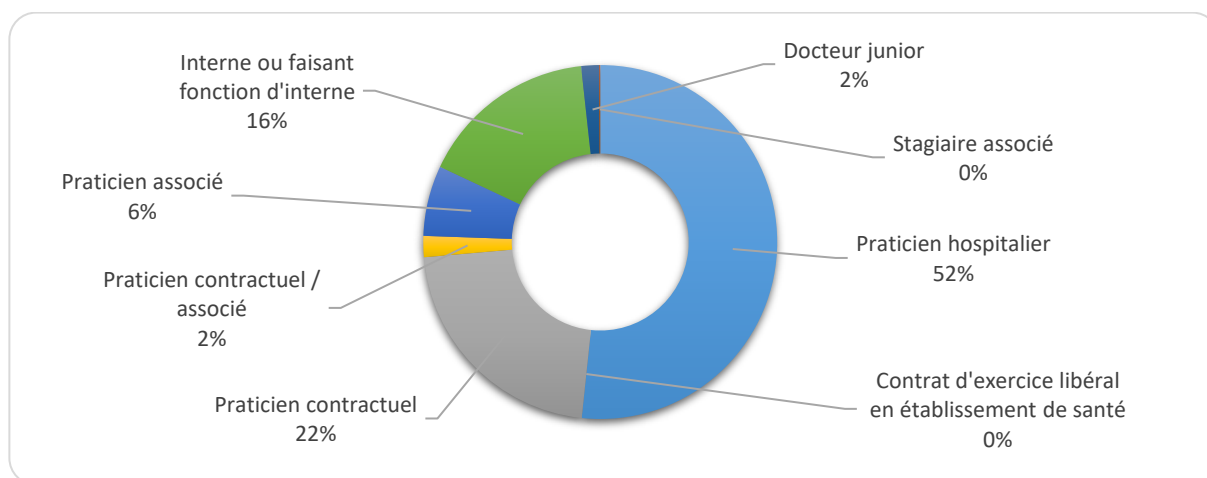
L'évolution des effectifs du personnel médical est marquée par une stabilité, le nombre d'équivalent temps plein travaillé passant de 52,42 en 2019 à 51,78 en 2023, stabilité qui ne doit pas masquer une difficulté à pourvoir tous les postes souhaités par l'établissement, difficulté présente durant toute la période sous revue.

La répartition des médecins selon leur statut a peu évolué durant la période sous revue.

¹⁰ Décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Cette répartition s'établissait en 2023 selon le graphique suivant :

Graphique n° 3 : répartition des médecins par statut en 2023



Source : CRC NA, d'après les données du CHRA

5.2.2 Un important recours aux médecins contractuels

Confronté à une difficulté de recrutement de praticiens hospitaliers à hauteur de ses besoins, notamment de couverture de la continuité d'activité, l'établissement a recours à de nombreux contrats de remplacement.

Ainsi en 2023, sur un effectif cible de 11 médecins équivalents temps plein au sein des urgences, le centre hospitalier ne compte que 5,5 médecins en effectif permanent, un médecin sur trois souhaités en gériatrie aiguë et seulement la moitié des médecins prévus au sein des services de médecine¹¹.

Ces contrats ont été conclus soit directement par l'établissement soit au travers le recours à des sociétés d'intérim.

S'agissant des contrats directs, l'équipe de contrôle a dénombré par exemple en 2022, 23 praticiens ayant bénéficié d'un contrat de remplacement pour 103 contrats établis, dans de nombreux cas pour une seule journée d'activité.

Le contenu des contrats conclus apparaît conforme aux attendus de la réglementation sur le plan des items présents en leur sein, avec une rémunération variable selon l'ancienneté des médecins concernés, mais comprise dans les limites réglementaires selon le type de contrat (type 1 ou 2 notamment).

S'agissant du recours aux sociétés d'intérim, celui-ci progresse fortement en 2023.

¹¹ Données communiquées par la directrice du centre hospitalier lors de la séance du conseil de surveillance du 31 janvier 2023.

Quatre contrats sont recensés en 2019, deux seulement en 2022 et près de 150 contrats auprès de trois sociétés d'intérim en 2023, pour 12 praticiens dont près de 100 pour un seul praticien exerçant au sein des urgences.

La mention aux dispositions de la loi Rist¹² est explicite au sein des contrats conclus depuis le 1^{er} avril 2023.

Ces contrats prévoient cependant le versement d'honoraires aux agences d'intérim à hauteur de 14 % de la rémunération versée, augmentant les charges du centre hospitalier en 2023 (cf. *infra*).

Les dépenses d'intérim médical progressent ainsi fortement sur la période, de 102 672 € en 2018 à près de 900 000 € en 2023, témoignant ainsi de cette crise d'attractivité qui concerne la majorité des établissements.

5.2.3 Les gardes et astreintes

L'établissement dispose de huit lignes de permanence des soins, sous la forme de gardes et d'astreintes, dont le suivi est assuré par l'élaboration d'un tableau nominatif signé par la direction de l'établissement.

Les gardes concernent le service des urgences et l'unité de surveillance continue.

Les astreintes sont déployées au sein des services de médecine, de gériatrie, d'imagerie et du laboratoire.

Les dispositifs indemnitaires appliqués à ces différents cas sont forfaitisés à l'exception de l'astreinte en médecine, valorisée au déplacement, l'ensemble de ces dispositifs étant conformes, au cours de la période sous revue, aux évolutions de la réglementation.

Le temps de travail additionnel (TTA) bénéficie aux praticiens du service des urgences, de l'unité de surveillance continue et de médecine.

Les tableaux de mise en paiement du temps additionnel par suivi des heures sur le quadrimestre sont bien élaborés par la direction de l'établissement selon les prescriptions réglementaires¹³.

Pour autant, l'établissement ne dispose pas des contrats nominatifs liant le praticien à l'établissement, condition nécessaire au versement du temps additionnel prévu dans l'arrêté précité.

Cette condition semble d'autant plus nécessaire que la pratique a consisté à solliciter auprès des urgentistes un niveau minimum de plages additionnelles (sur la base de huit gardes mensuelles pour un temps plein) pour compenser les difficultés de recrutement de médecins au sein du service des urgences et qu'un protocole d'accord avec les médecins urgentistes, identique à celui conclu au sein des autres établissements du GHT, prévoit une majoration du coefficient de temps additionnel en cas de sous-effectif médical au sein du service.

¹² Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dite loi Rist.

¹³ Article D. 6152-23-1 du code de la santé publique et arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé.

La chambre régionale des comptes demande à l'établissement de se conformer aux dispositions réglementaires régissant le versement des indemnités de temps de travail additionnel.

Recommandation n° 7. : établir les contrats individuels prévus par les dispositifs réglementaires régissant le versement des indemnités de temps de travail additionnel. *[non mise en œuvre]*

Si l'établissement dispose bien d'un guide de gestion du temps de travail des internes, il ne dispose pas en revanche d'un guide de gestion récapitulant l'ensemble des règles applicables au temps de travail des médecins.

Il ne dispose pas non plus de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) pourtant obligatoirement prévue.

La chambre régionale des comptes invite l'établissement à constituer cette commission et à élaborer un guide de gestion du temps de travail médical.

Recommandation n° 8. : mettre en place la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) visée par l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé. *[non mise en œuvre]*

5.2.4 L'activité libérale

Durant la période sous revue, trois praticiens ont exercé une activité libérale, et seulement deux depuis 2020.

L'exercice en activité libérale de ces deux praticiens fait bien l'objet d'un contrat conforme à la réglementation, visant notamment le décret du 5 février 2022, dernier texte réglementaire applicable en la matière¹⁴.

Les tableaux de suivi de l'activité libérale des praticiens sont bien établis et complets pour chaque exercice.

Ils font du reste apparaître un dépassement de la part des actes codés selon la classification commune des actes médicaux (CCAM) consacrés à l'activité libérale d'un médecin en 2019 et 2023 (respectivement 64 % et 52 % de l'activité totale) par rapport au maximum autorisé de 50 %.

Plusieurs dispositions législatives ou réglementaires n'ont pas été respectées par l'établissement durant la période sous revue¹⁵.

En premier lieu, aucun tableau nominatif de répartition de l'activité libérale n'a été produit, information à rapprocher des niveaux d'activité précités.

¹⁴ Décret n° 2022-133 du 5 février 2022 relatif à l'activité libérale des praticiens dans les établissements publics de santé.

¹⁵ Articles L. 6154 et suivants, R. 6154 et suivants du CSP.

Aucun élément, preuve de l’affichage de l’information obligatoire à destination des patients, n’a été produit.

La commission de l’activité libérale (CAL) ne s’est réunie qu’une seule fois en 2020 et n’a donc pas pu exercer ses prérogatives de contrôle.

Enfin, aucune charte de l’activité libérale n’a été en vigueur durant la période sous revue.

Dans ce contexte, la direction de l’établissement a convoqué une séance de la commission de l’activité libérale au mois de juin 2024, avec inscription à l’ordre du jour d’un projet de charte de l’activité libérale contenant notamment le rappel de la réglementation en vigueur.

L’absence des praticiens lors de cette séance n’a pas permis la bonne constitution de la commission (report de l’élection de son président) et a reporté le point prévoyant l’adoption de la charte.

Prenant acte de cette tentative de réactivation récente de la commission, la chambre régionale des comptes encourage l’établissement à se mettre en tout point, et sans délai, en conformité des dispositions législatives et réglementaires régissant l’activité libérale des praticiens hospitaliers. À défaut, le maintien de l’activité libérale pourrait être compromis.

Recommandation n° 9. : constituer sans délai la commission d’activité libérale prévue par l’article L. 6154-5 du code de la santé publique. *[non mise en œuvre]*

6 QUALITE ET GESTION DES RISQUES

6.1 L’organisation de la fonction qualité et gestion des risques

Le centre hospitalier est doté d’une direction dédiée à la fonction qualité et gestion des risques. Il a adopté un plan d’ensemble destiné à couvrir la période 2021-2026, très complet, qui reprend à la fois le principe d’organisation de cette fonction dans l’établissement mais développe surtout six axes stratégiques, déclinés en axes de travail et plan d’actions.

Le centre hospitalier réalise également régulièrement des enquêtes de satisfaction au sein de l’établissement, à vocation large ou bien concernant des sujets précis (par exemple le recueil de la satisfaction des résidents sur les soins socio-esthétiques réalisés au sein de l’EHPAD).

Le caractère régulier de ces enquêtes témoigne d’une préoccupation bienvenue de l’établissement au sujet de la perception de ses patients ou résidents à la qualité du service rendu.

À l’échelle de l’établissement, un bilan global très complet sur ce thème est effectué chaque année, en distinguant les événements indésirables, les vigilances sanitaires, les faits de violence et inclut notamment les actions correctrices entreprises ainsi que le programme d’actions à envisager pour l’année à venir.

Ce recueil des événements indésirables est bien organisé dans l’établissement, et l’analyse des tableaux de déclaration fait apparaître un caractère déclaratif de large spectre (avec des déclarations d’événements indésirables parfois mineurs), toujours accompagné des suites données, précisément datées et documentées.

Le bilan annuel des résultats de cette analyse des événements indésirables est affiché au sein de chaque service de l'établissement, sous forme de document didactique, présentant notamment la typologie des événements indésirables intervenus au sein du service et leur indice de criticité.

6.2 Les résultats de la démarche qualité et gestion des risques

Le centre hospitalier a été certifié sans réserve ni recommandations à l'issue de la visite de certification conduite par la Haute Autorité de santé (HAS) durant l'année 2023.

Les scores obtenus par thème sont de 97 % du score maximal sur la partie « patient », de 88 % sur la partie « équipe de soins » et de 88 % sur la partie « établissement ».

Parmi les observations relevées par la HAS figure cependant le caractère vétuste de certains locaux, avec par exemple le cas de deux des quatre unités de médecine, dont l'une notamment dispose d'une seule douche pour les 21 patients (cf. *infra*).

Les scores obtenus au titre de l'indicateur obligatoire e-Satis (mesurant l'indice de satisfaction des patients) sont stables durant la période sous revue, autour de 76, ce qui classe le centre hospitalier en catégorie B.

7 DES DEMARCHES DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE, DE CONTROLE ET DE FIABILISATION DES COMPTES A RENFORCER

7.1 Des méthodes et outils de contrôle, d'analyse et de pilotage médico-économique à structurer

Le CHRA n'a pas développé de contrôle interne : les processus financiers et comptables ne sont pas formalisés et aucune démarche de maîtrise des risques n'a été structurée. Durant la période examinée, le contrôle de gestion est défaillant et la comptabilité analytique presque inexistante. L'activité de codage fait toutefois figure d'exception grâce à son inscription dans la politique qualité du GHT.

L'établissement est invité à :

- élaborer des procédures internes (description des processus, risques à maîtriser, contrôles à exercer, justificatifs à conserver) en vue de la sécurisation de ses activités ;
- assurer un contrôle de gestion permanent et compétent sur les secteurs opérationnels et la gestion sociale (construction d'indicateurs de pilotage et de mesure de la performance) ;
- mettre en place des outils de comptabilité analytique en vue de déterminer des coûts de gestion, en consolidant dans un premier temps la participation au retraitement comptable et en développant, selon les capacités de l'établissement, d'autres outils d'analyse médico-économique (production par activité, coût par séjour, tableau coût case-mix - TTCM, comptes de résultat analytiques – CRÉA, base d'Angers).

Il est rappelé qu'aux termes de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique, les établissements publics de santé doivent tenir une comptabilité analytique pertinente pour le pilotage interne et produire le retraitement comptable au plus tard le 31 mai de l'année suivant l'exercice clos (sauf dérogation exceptionnelle). L'analyse de coûts constitue un fondement indispensable à l'objectivation d'une politique de redressement.

Afin de bénéficier d'appuis techniques, l'établissement pourrait s'appuyer sur les dispositifs de révision des processus métiers du programme national de simplification du parcours hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées (Simphonie) ou recourir aux ressources déployées par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap).

Recommandation n° 10. : doter l'établissement d'une comptabilité analytique permettant d'établir un tableau coût case-mix et des comptes de résultat analytiques conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique. *[non mise en œuvre]*

7.2 Une qualité des comptes perfectible

L'établissement n'est pas soumis à la certification comptable (le montant total des produits de son compte de résultat principal s'élevait à 54 M€ fin 2023). À l'instar de l'ensemble des établissements publics de santé, il s'inscrit pour autant dans la démarche de fiabilisation de ses comptes.

En matière de fiabilité et de qualité des comptes, la chambre a relevé de nombreuses conformités à la réglementation mais également plusieurs anomalies d'importance variable. Le détail des contrôles effectués et leurs résultats sont commentés en annexe n° 3. Les principales observations sont synthétisées dans les paragraphes qui suivent.

Le suivi de l'actif immobilisé est à améliorer et le rapprochement des états patrimoniaux à systématiser. L'établissement est invité à opérer une nouvelle vérification complète de son actif (qui représentait, fin 2023, 56 M€ en valeur brute et 17 M€ en valeur nette), en contrôlant en particulier les matériels, outillages et mobiliers âgés de plus de 30 ans et totalement amortis et les valeurs nettes comptables nulles ou en combinant les deux critères, et à procéder aux révisions nécessaires. Le traitement rétrospectif de l'amortissement *prorata temporis* introduit en 2017 est à envisager, au moins sur les immobilisations les plus significatives et les bâtiments déjà

décomposés. L'établissement doit en outre veiller au transfert régulier des immobilisations terminées au compte définitif d'imputation.

La pratique de provisionnement doit être révisée et l'établissement doit veiller à conserver les justificatifs. Les opérations de régularisation sont à poursuivre, notamment en ce qui concerne les provisions imputées sur les comptes 1572 et 158.

Les procédures de gestion des stocks ne sont pas formalisées et aucun rapprochement physico-comptable n'est opéré.

Si la rationalisation des régies existantes n'est pas envisagée à court terme, ces dernières doivent être contrôlées et la documentation afférente mise à niveau par l'ordonnatrice.

L'établissement a essentiellement travaillé sur l'amortissement des immobilisations et les provisions pour compte épargne-temps. La chambre régionale des comptes invite le centre hospitalier, en coordination avec le comptable, à intensifier et à structurer la démarche de fiabilisation, en répertoriant les zones de risques, en évaluant leur criticité en vue de prioriser les chantiers à conduire et en mettant en place un contrôle interne formalisé. Le partenariat avec le comptable pourrait s'inscrire dans une convention de services comptables et financiers réactivée.

Des travaux complémentaires visant à accroître la régularité et la sincérité des comptes permettraient d'apprécier plus justement le niveau de dégradation de la situation financière de l'établissement.

8 UN ETABLISSEMENT EN DIFFICULTE FINANCIERE SOUTENU PAR DES AIDES

8.1 Une situation financière dégradée sans réelles perspectives de redressement à court terme

Précisions sur l'analyse financière

Le contrôle porte sur les exercices 2019 et suivants. Toutefois, la période de données représentée dans les tableaux et graphiques financiers est étendue à l'année 2018 afin de mieux caractériser les évolutions avant et après la crise sanitaire.

L'analyse concerne soit le budget global intégrant les budgets annexes relatifs à l'EHPAD et à l'USLD (soldes intermédiaires de gestion et analyse bilancielle), soit le seul budget principal qui représente l'enjeu financier le plus significatif (analyse de l'exploitation). Le périmètre des données chiffrées utilisées est indiqué.

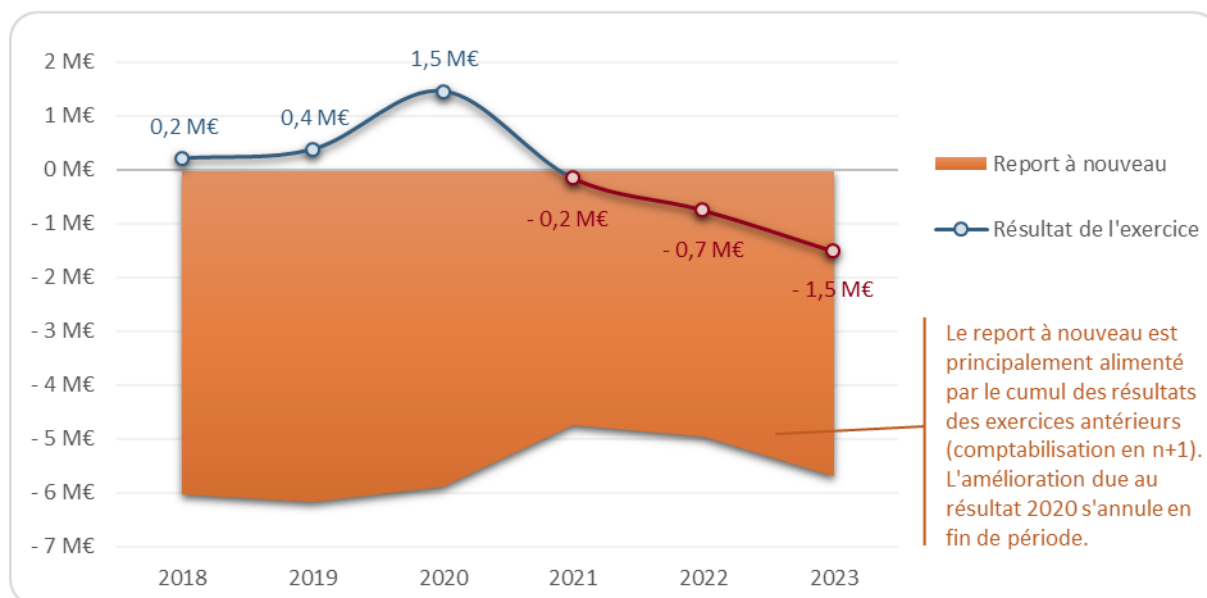
L'analyse est présentée synthétiquement dans le corps du rapport. Des informations plus détaillées sont présentées en annexe (annexes n^{os} 5 à 7). Les principaux indicateurs financiers sont définis en annexe n^o 2. Les références réglementaires et des précisions complémentaires sur les informations financières sont apportées en annexe n^o 4.

La chambre relève la qualité des documents financiers présentés par l'établissement. Les écarts par rapport aux réalisations antérieures et aux prévisions sont analysés dans les rapports financiers.

L'instabilité de la période examinée rend néanmoins les comparaisons et les explications malaisées. Il est en effet difficile d'isoler les effets propres à la modification des modèles de financement (urgences, soins médicaux et de réadaptation, incitation financière à la qualité - IFAQ, garantie de financement puis dotations hôpital de proximité, tarifs nationaux journaliers de prestations), à la crise sanitaire, aux mesures appliquées dans le cadre du Ségur de la santé donnant lieu à des compensations mixtes (sous la forme de dotations ou par revalorisations tarifaires), ainsi qu'aux réductions ou conversions capacitaires.

Dans cette partie, la situation financière est analysée de manière globale. Les déterminants qui expliquent cette situation et fondent les observations sont exposés ci-après aux points 8.2 et 8.3.

Graphique n° 4 : évolution des résultats et des reports à nouveau cumulés (tous budgets)



Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

Durant la période examinée, la situation financière antérieurement fragilisée de l'établissement continue de se dégrader. Malgré des aides globalement maintenues, l'équilibre financier n'est plus assuré à partir de 2021.

La situation financière de l'établissement s'est améliorée de manière éphémère en 2020, grâce aux dispositifs de concours exceptionnels mis en place. Les surcoûts liés à l'épidémie de covid 19 ont été pris en charge. Une garantie de financement a compensé les pertes de recettes provoquées en premier lieu par la déprogrammation des activités, puis par la combinaison de divers facteurs qui ont contrarié la reprise (manque de personnel soignant, reconfigurations capacitaires, renoncement aux soins, concurrence possible avec les établissements privés du territoire). Les revalorisations salariales accordées dans le cadre des accords du Ségur de la santé ont fait l'objet de contreparties.

La situation du centre hospitalier s'est à nouveau dégradée dès 2021 et plus fortement encore en 2022 et 2023, avec la sortie progressive des dispositifs de crise et de fortes augmentations des dépenses d'exploitation (voir *infra*, point 8.2 sur les résultats de gestion).

Le cycle d'exploitation de l'hôpital ne permet pas de dégager des ressources suffisantes pour générer de l'autofinancement. Sans aides, l'établissement ne serait pas en mesure de rembourser ses engagements d'emprunts autrement que par un prélèvement sur le fonds de roulement (avéré en 2023) et risquerait de se trouver en situation de cessation de paiement. Le soutien en théorie ponctuel de l'ARS Nouvelle-Aquitaine devient en réalité une composante structurelle de la situation budgétaire (voir *infra*, point 8.3 sur la situation bilancielle).

Les conditions d'un retour à l'équilibre financier apparaissent difficilement atteignables dans le contexte actuel d'exercice de l'établissement (neutralisation de capacités en médecine et gériatrie, baisse d'activité, difficultés de recrutement, inflation). La reprise du dialogue de gestion avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'impose pour envisager une stratégie de redressement.

8.1.1 Un plan de redressement suspendu par la crise sanitaire

Soumis à des objectifs de redressement prescrits par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, l'établissement s'est engagé en 2019 dans une démarche contractualisée de retour à l'équilibre. Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) n'a jamais été signé et les mesures proposées par l'établissement n'ont pas été contredites avec la tutelle, qui n'a plus relancé le processus depuis lors.

Le projet de contrat travaillé fin 2019 couvrait la période 2020-2022. La trajectoire de redressement se fondait principalement sur la sécurisation des recettes de tarification à l'activité (T2A) et sur la maîtrise de la masse salariale. Les projections, établies sur des hypothèses peu réalistes, s'établissaient à 762 500 € d'économies, 566 000 € de coûts nouveaux et 3,1 M€ de recettes supplémentaires, soit un impact global attendu de + 3,3 M€ sur la marge brute d'exploitation.

En recettes, les mesures de rétablissement portaient en particulier sur la conversion de lits, les taux d'occupation, les durées moyennes de séjour et une activité favorisée par un meilleur pilotage médico-économique au moyen de contrats de pôle avec intéressement. En dépenses, la maîtrise de la masse salariale s'appuyait sur des réorganisations et intégrait les modifications de la structure des effectifs (départs à la retraite, ruptures de contrats).

L'établissement a perçu 616 000 € pour l'élaboration et la mise en œuvre du CREF. Les crédits ont été enregistrés en produits constatés d'avance en 2019 avec incidence budgétaire en 2020. La crise sanitaire a retardé, mis en suspens et finalement annulé les extensions de capacités prévues et destinées à augmenter l'activité (extension de l'unité post-urgences gériatriques - UPUG, réouverture de lits à orientation cardiologique, diminution de la DMS à l'UHCD).

La baisse continue de l'activité hospitalisation a ainsi contrarié la réalisation des objectifs de progression des recettes d'activité. La réduction des capacités exploitées a en outre pesé sur la couverture des charges fixes. Les objectifs à caractère financier fixés par le CPOM pour la période 2019-2023 ne sont pas atteints (voir annexe n° 4).

8.1.2 Des documents budgétaires qui ne respectent pas les conditions réglementaires

Afin d'assurer la continuité de l'exploitation, les états des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ont été approuvés de 2019 à 2023 malgré des conditions non satisfaisantes (voir annexe n° 4) : retour à l'équilibre non assuré, marge brute et capacité d'autofinancement (CAF) insuffisantes, faiblesse de l'investissement courant et utilisation de crédits d'investissement en soutien de trésorerie. L'ARS Nouvelle-Aquitaine tenait compte à la fois des efforts, notamment d'organisation, entrepris par l'établissement dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre et de son inscription dans la liste des établissements suivis par le comité régional de veille active sur la situation de trésorerie (Corevat, voir annexe n° 4).

L'ARS précise cependant qu'elle a sollicité auprès de l'établissement le plan de reprise et provisionnement de l'aide de 8 760 200 € accordée pour financer le service de SMR et que compte tenu du défaut de provisionnement au compte 142 des crédits d'aides à l'investissement, elle se réserve le droit de demander une écriture de correction du haut du bilan.

Ce n'est plus le cas en 2024, l'ARS Nouvelle-Aquitaine jugeant que le compte de résultat principal est présenté avec un déficit incompatible avec le plan global de financement pluriannuel (PGFP), en plus de l'insuffisance chronique d'autofinancement.

Les PGFP sont soit refusés (2019, 2023, 2024), soit acceptés (voir annexe n° 4) avec avertissement quant aux signaux d'alerte (2020, 2021, 2022), aux motifs principaux d'une trajectoire budgétaire incertaine, d'un niveau de trésorerie inquiétant et d'un niveau d'investissement non soutenable au regard des indicateurs bilanciaux.

L'ARS indique que les modalités de mise en place des plans de redressement sont en cours d'actualisation dans le contexte post crise sanitaire et que la reconduction des modalités antérieures de ces plans lui apparaît impossible.

Elle précise également avoir accordé la labellisation d'hôpital de proximité pour garantir un socle de ressources à l'établissement, indépendamment de ses recettes d'activités affectées par la crise sanitaire.

8.1.3 Une garantie de financement qui surestime les recettes d'activité

L'activité de l'année 2019 avait souffert de la suspension des activités de médecine cardiologique et de soins continus cardiologiques, représentant un déficit de recettes versées par l'assurance maladie estimé à 0,6 M€ par l'établissement.

Bien que calculées à partir de l'activité 2019, les garanties de financement versées en 2020, 2021 et 2022 avec une majoration prenant en compte l'effet prix s'avèrent plus favorables que la valorisation de l'activité réelle si la tarification à l'activité avait été appliquée.

En 2021, l'activité a été pénalisée par plusieurs *clusters* épidémiques en médecine polyvalente (un mois) et en court séjour gériatrique (trois semaines), ainsi que par la fermeture temporaire de l'unité de soins continus (un mois). Hors garantie de financement, ces événements auraient eu un impact important sur le résultat, malgré l'augmentation des consultations externes, en volume et en tarif, et de l'activité SSR (voir annexe n° 4) pourtant amoindrie par la fermeture de lits en début d'année (deux mois).

En 2022, l'effet de rattrapage attendu post crise ne s'est pas vérifié. La perte de séjours s'explique en premier lieu par la fermeture de l'UPUG, mais pas seulement. En effet, les entrées par les urgences ne sont pas directement affectées par les baisses capacitaires. La suspension de l'UPUG se traduit plutôt par des épisodes de saturation plus nombreux aux urgences et par une redistribution des patients dans les autres services au détriment des activités programmées ou des entrées directes, désorganisant en ce cas l'activité d'hospitalisation dans les services. À nouveau des clusters en médecine polyvalente (un mois) et en court séjour gériatrique (deux semaines) ont nui à l'activité. Par ailleurs, le fort développement de l'ambulatorio, en particulier des séances qui répondent aux pathologies dominantes de la population du territoire, ne compense pas la diminution de l'activité d'hospitalisation car il est moins rémunérateur.

8.1.4 Des aides à l'investissement jusqu'à présent utilisées en soutien de trésorerie

Dans le cadre du volet investissement « restauration des capacités financières » du Ségur de la santé, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a attribué à l'établissement une dotation de 4,5 M€ pour la période 2021-2029 (voir annexe n° 4), versée en tranches annuelles de 898 507 € en 2021 puis 449 253 € par an de 2022 à 2029, avec les objectifs suivants :

- sécuriser les approvisionnements et le fonctionnement des activités de l'établissement ;
- maintenir un niveau d'investissement courant permettant une qualité et une sécurité de prise en charge du service public hospitalier ;
- maintenir un niveau d'autofinancement brut (hors aides ARS) permettant la réalisation des deux premiers objectifs.

Les montants 2021 et 2022 ont été comptabilisés sur l'exercice 2022, soit un montant total de 1,3 M€.

Compte tenu du déficit structurel de l'établissement, ces marges ont essentiellement permis de soutenir la trésorerie, conformément au contrat conclu entre l'établissement et l'ARS en 2021.

8.1.5 Un nouveau mode de financement des urgences initialement favorable mais susceptible de régresser

Mise en place progressivement à partir de 2021, la réforme du financement des urgences s'est révélée au démarrage favorable à l'établissement.

Par rapport à 2021, à activité équivalente (18 557 passages en 2021 et 18 547 en 2022), l'établissement a bénéficié en 2022 d'une meilleure valorisation de ses recettes d'activité (+ 120 000 €). La dotation populationnelle 2022 était en outre supérieure de 180 000 € à celle de 2021. Elle intégrait en année pleine les mesures compensatoires liées au Ségur et le transfert des séjours uniques en UHCD (dits « mono RUM »), ainsi que des crédits supplémentaires accordés en couverture de l'inflation.

En 2023, la baisse des recettes d'activité a été compensée par une augmentation de la dotation populationnelle toujours partiellement calculée à partir de l'activité 2019 avec réactualisation des coûts du personnel.

Jusqu'en 2023, l'ARS Nouvelle-Aquitaine n'a appliqué que partiellement le référentiel national et dans une moindre proportion pour les établissements désavantagés par le nouveau système. De plus, la région bénéficiant du modèle de rattrapage mis en place au niveau national dans un objectif d'allocation équitable des ressources entre les régions en fonction des besoins de la population, elle dispose d'un reliquat important qu'elle redistribue à l'ensemble des établissements.

Dans l'hypothèse d'une application intégrale du référentiel national sur l'activité récente réellement constatée, l'établissement figurerait parmi les établissements perdants. En effet, l'établissement n'a pas retrouvé en 2021 le niveau des passages enregistrés en 2019 et l'activité était en baisse en 2023. Ainsi, le financement des urgences, pour l'instant favorable, est susceptible d'évoluer selon les arbitrages que l'ARS Nouvelle-Aquitaine prendra pour les prochaines dotations.

8.1.6 Une labellisation hôpital de proximité qui garantit un minimum de recettes mais ne résout pas la problématique budgétaire

L'hôpital a engagé en 2021 une réflexion sur l'orientation de son offre de soins et sa labellisation en hôpital de proximité qui a abouti en avril 2023, avec une mise en application du modèle de financement associé au 1^{er} janvier de la même année (voir annexe n° 4).

Cette reconnaissance sécurise les recettes d'activité de médecine par la détermination d'une dotation forfaitaire garantie (DFG). La première dotation 2023 correspondait à la moyenne des garanties de financement et des forfaits transport perçus en 2021 et 2022, à laquelle a été appliqué un effet prix de + 6,04 %. Cette modulation visait à prendre partiellement en compte les effets des mesures salariales du Ségur et de l'inflation.

Un montant de 20,7 M€ a ainsi été fixé pour trois ans, au terme desquels il fera l'objet d'une révision déterminée à partir de la moyenne des recettes assurance maladie effectivement perçues lors des trois dernières années au titre de l'activité de médecine. Son montant sera toutefois modifiable par le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. En cas d'application stricte des modalités de révision, la dotation 2026 subirait un décrochage important.

En effet, l'activité d'hospitalisation régresse et le développement de l'activité ambulatoire ne suffit pas à compenser la perte de recettes. L'établissement cherche à développer ses recettes d'exploitation par une reconfiguration de ses activités, mais les solutions envisagées n'aboutissent pas.

Le projet d'installation d'une unité SSR spécialisée en insuffisance cardiaque, soumis à autorisation, a été rejeté par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en 2019, seul le redéploiement ou le transfert de lits et places étant envisageable. À l'inverse, l'établissement a suspendu en 2019 ses activités de cardiologie et converti les lits correspondants en lits de médecine polyvalente.

Fermée en 2022, l'UPUG n'a pas été réouverte. Seule la recomposition capacitaire de la structure des urgences a été partiellement opérée.

Le déploiement de nouvelles activités était prévu à l'EPRD 2024 (équipe paramédicale de médecine d'urgence - EPMU, augmentation du capacitaire du service de médecine post-urgences - SEMPU, ouverture du scanner), accompagnées par la mise à niveau des maquettes organisationnelles et par la création d'un poste de gestionnaire de lits.

D'autre part, l'évolution des ressources humaines est en majeure partie due à des phénomènes sur lesquels l'établissement a peu de prise. Les difficultés de mobilisation du personnel médical et paramédical ne permettent pas à l'établissement d'exploiter pleinement ses capacités installées. Les mesures salariales issues du Ségur de la santé, le recours accru aux heures supplémentaires et aux remplacements pèsent en outre sur les charges de personnel.

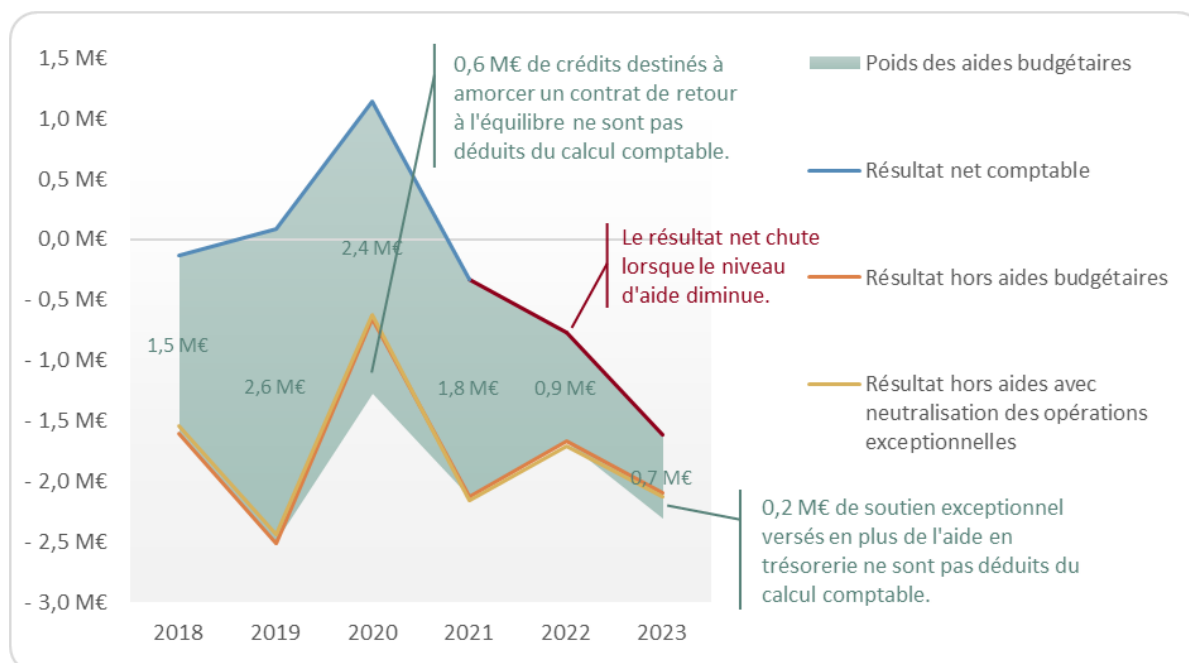
L'établissement bénéficie d'aides versées ponctuellement pour préserver la continuité de service indépendamment de l'activité réelle, sans perspective à court terme de rétablissement durable. La directrice d'établissement souhaite, dans ce contexte, établir un dialogue avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour anticiper la renégociation de la dotation forfaitaire garantie.

8.2 Une exploitation structurellement déficitaire et des résultats de gestion soutenus par des aides d'ampleur

Le CHRA tient un compte de résultat principal et deux comptes de résultat annexes portant sur les activités de l'unité de soins de longue durée (USLD) et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), représentant un montant moyen annuel de produits et charges agrégés de 57 M€ entre 2019 et 2023.

Les résultats des budgets annexes, bien qu'en dégradation depuis 2021, restent excédentaires sur l'ensemble de la période¹⁶ et contribuent positivement mais faiblement au résultat global de l'établissement, essentiellement porté par le budget principal.

Graphique n° 5 : évolution du résultat hors aides et opérations exceptionnelles (budget principal)



Sources : CRC NA, d'après les comptes financiers et les rapports financiers du CHRA

¹⁶ Année 2022 exceptée pour l'EHPAD, qui présente un résultat net de -7 829,04 €.

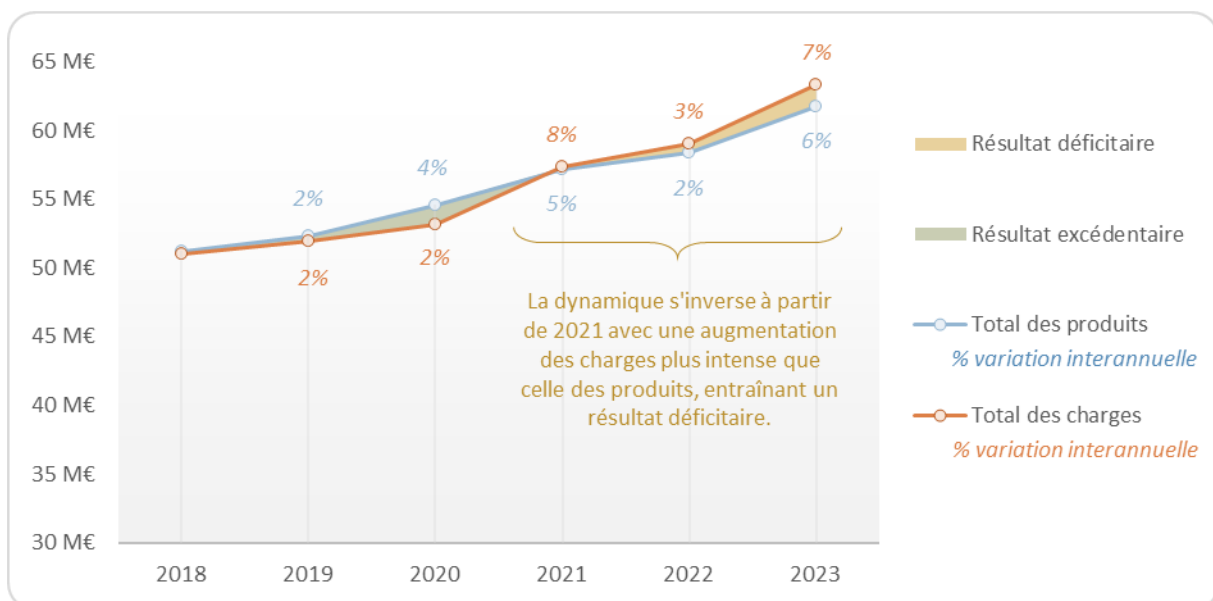
Le déficit du budget principal résulte d'une dynamique de produits insuffisante par rapport à celle des charges. Il s'accroît lorsque les aides exceptionnelles diminuent, en dépit de la sécurisation des recettes d'activité.

L'établissement a souhaité mettre en évidence un résultat théorique en déduisant les aides reçues de l'ARS en soutien de trésorerie, les recettes exceptionnelles non reconductibles et la différence constatée entre les ressources effectivement perçues et les ressources que percevrait l'établissement s'il n'était financé qu'à l'activité. Ce résultat théorique s'établirait en 2023 à - 5,2 M€.

Selon la directrice d'établissement, le défaut de ressources (écart entre les dotations perçues en financement de l'activité et l'activité réelle tarifée, compris entre 2 et 3 M€ depuis 2022) présente un caractère conjoncturel qui pourrait s'atténuer par l'application complète du nouveau modèle de financement des SMR (+ 800 000 € attendus) et se résorber par l'ouverture d'une unité gériatrique de 15 lits.

Le retour à l'équilibre impliquerait d'autre part une contraction des dépenses d'environ 3 M€. Des pistes d'économie sont notamment identifiées dans la gestion des ressources humaines. L'optimisation de la taille des unités et le regroupement des activités permettraient la révision des maquettes organisationnelles et favoriseraient la productivité du personnel. Suspendue par la crise sanitaire, la renégociation de l'accord de réduction du temps du travail alignerait les pratiques et dégagerait des marges sur les jours récupérés.

Graphique n° 6 : évolution des produits et des charges (tous budgets)



Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

8.2.1 Une augmentation subie des charges

La progression des charges de personnel relève principalement des mesures prises en réponse à la crise sanitaire et des revalorisations salariales du Ségur de la santé. Alors que l'établissement maintient le niveau global de ses effectifs médicaux et non médicaux rémunérés sur l'ensemble de la période (+ 0,6 % entre 2019 et 2023, l'effectif moyen annuel total exprimé en équivalent temps plein rémunéré - ETPR - ne variant qu'entre 650 et 657 selon les années), les charges nettes de personnel augmentent de 22 % entre 2019 et 2023. Sur la même période, le coût moyen d'un ETPR non médical augmente de 22 % et celui d'un ETPR médical de 33 % (pour la définition des différents types d'effectifs et leur évolution sur la période examinée, voir annexe n° 4).

Le CHRA est pénalisé par l'absentéisme qui entraîne un recours accru aux heures supplémentaires (de 0,27 M€ en 2019 à 0,42 M€ en 2023, avec un pic à 0,7 M€ en 2022), qui plus est majorées une grande partie de la période en compensation des effets de la crise sanitaire (nécessité de remplacement et de renfort), et contraint l'établissement à recourir à des contrats de remplacement (de 0,7 M€ en 2019 à 1,4 M€ en 2023) et d'intérim (de 19 500 € en 2019 à 234 500 € en 2023).

L'effet prix des mesures nationales, renforcé par quelques éléments de contexte local, s'intensifie d'année en année.

Au cours de la période examinée, à la mise en œuvre de la dernière tranche du parcours professionnel, carrières et rémunérations (PPCR), se sont ajoutées au niveau national des mesures compensatoires spécifiques covid et une série de mesures issues du Ségur de la santé destinées à renforcer l'attractivité des carrières hospitalières (voir annexe n° 4). Les dispositifs Ségur font l'objet de crédits de compensation. Depuis 2021, ils sont financés à 90 % par les tarifs et à 10 % par des dotations spécifiques. Une enveloppe de péréquation est distribuée en complément pour la partie portée par les tarifs.

Pour répondre à ses problématiques locales et limiter le recours au personnel extérieur, l'établissement a pris plusieurs mesures organisationnelles (voir *supra* la partie relative aux ressources humaines) qui contribuent à renchérir sa masse salariale sans nécessairement atteindre leurs objectifs.

L'appel à du personnel extérieur, intérimaire ou mis à disposition, pour compléter l'effectif médical et paramédical est coûteux en rémunérations (les dépenses de personnel extérieur passent de 0,7 M€ en 2019 à 1,7 M€ en 2023) mais aussi en locations immobilières, en dépit de conventions signées avec des partenaires locaux pour limiter le coût de loyers du fait de l'extension du parc de logements proposés au personnel remplaçant.

En proportion, les charges à caractère médical (+ 31 % entre 2019 et 2023) et hôtelier et général (+ 24 %) augmentent plus fortement que les charges de personnel. Une partie de cette augmentation présente un caractère conjoncturel. L'établissement cherche néanmoins à maîtriser ses achats, en réorganisant son atelier biomédical, en optimisant sa politique de stockage / déstockage des produits et matériels, en renouvelant ses marchés (recours au réseau des acheteurs hospitaliers pour la location de matériel médical et à un groupement de commande régional pour l'alimentation).

Depuis 2022, il doit cependant faire face à l'augmentation du prix de l'énergie que la rationalisation de ses consommations ne suffit pas à atténuer et à des dépenses informatiques croissantes, notamment de sécurité. En 2023, l'inflation pèse particulièrement sur les consommations intermédiaires et la sous-traitance médicale est surenchérie par l'ouverture d'un centre d'imagerie à Saintes qui facilite la prescription d'examens TEP scan particulièrement utilisés en cancérologie.

Les paramètres évolutifs des charges observés sur le budget principal sont globalement transposables aux budgets annexes.

En synthèse, les surcoûts covid (voir annexe n° 4) et les premières mesures Ségur ont été bien compensés par des dotations spécifiques, améliorant provisoirement le résultat de l'établissement en 2020. Ce n'est plus le cas des mesures durables dont le financement est majoritairement transféré sur les tarifs, quand bien même l'établissement a perçu des crédits supplémentaires de péréquation du Ségur, de compensation de l'inflation et de sous-exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

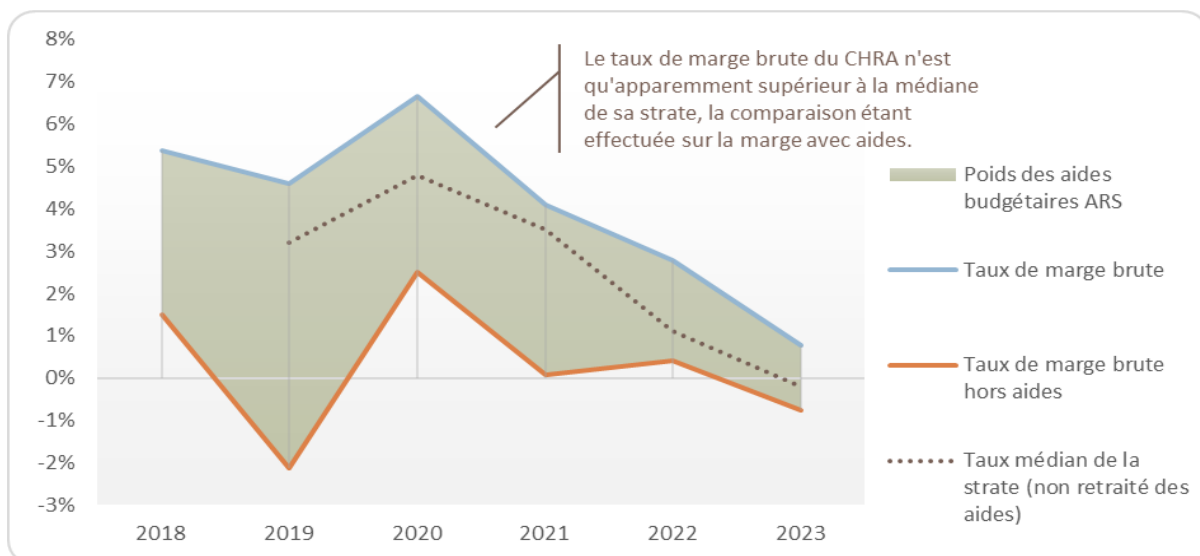
8.2.2 Une détérioration des soldes de gestion malgré les dispositifs de soutien et la décorrélation financement / activité

La mesure de l'excédent brut d'exploitation (EBE) est intéressante lorsque le poids du personnel dans le budget est prépondérant (67 % des charges totales du budget principal en moyenne entre 2019 et 2023) et renseigne sur l'évolution de la productivité directement liée à l'activité. L'EBE évolue favorablement lorsque l'augmentation de la valeur ajoutée (solde entre les produits bruts d'exploitation et les consommations intermédiaires) est supérieure à celle des charges de personnel.

L'EBE doit en principe couvrir les amortissements (maintien ou développement des structures et de leurs aménagements), les provisions (anticipation des risques et donc de charges futures) et les charges financières (rémunération des capitaux empruntés). L'EBE du CHRA est négatif et se dégrade fortement durant la période sous revue, passant de - 3,9 M€ en 2019 à - 8,8 M€ en 2023.

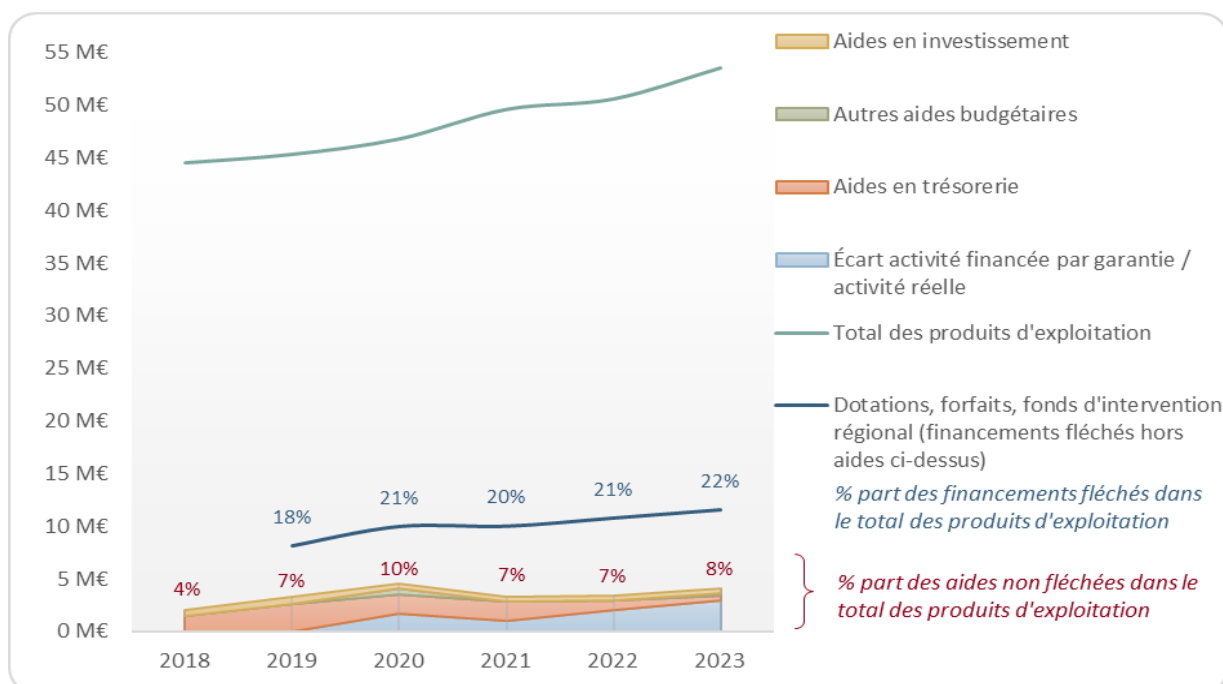
Issue de l'EBE, la marge brute correspond au solde des opérations réelles d'exploitation et représente la trésorerie potentielle issue de la seule exploitation. Indicateur de performance de l'exploitation et ressource structurelle de l'établissement, la marge brute éclaire sur l'équilibre financier de l'établissement à long terme. Elle exprime la capacité économique de l'établissement à couvrir, par les recettes de son activité, les investissements courants ainsi que les charges de la dette pour les investissements lourds, ce qui n'est plus le cas du CHRA à partir de 2021.

Pour donner une vision correcte de la situation structurelle de l'établissement, la marge brute doit être retraitée des aides financières reçues : aides à l'investissement comptabilisées en exploitation et aides ponctuelles budgétaires (hors crédits fléchés destinés à couvrir une dépense identifiée). Année 2020 exceptée, la marge brute hors aides du CHRA est quasiment nulle ou négative.

Graphique n° 7 : évolution comparée du taux de marge brute

Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA et le rapport d'analyse financière Octopus (données de la direction générale des finances publiques - DGFIP)

La situation financière de l'établissement reste pourtant décorrélée de l'activité de 2020 à 2023, d'abord par l'application de la garantie de financement calculée sur une activité pré-crise, puis par l'allocation d'une dotation forfaitaire garantie calculée par référence à cette même garantie de financement. Ainsi, l'augmentation des charges est contrebalancée par des produits préservés, qui restent insuffisants pour dégager des excédents mais évitent à l'établissement de plonger complètement en le maintenant hors conditions réelles de gestion.

Graphique n° 8 : évolution des aides perçues par l'établissement

Source : CRC NA, d'après les comptes financiers et les rapports financiers du CHRA

8.3 Une fragilité bilancielle qui pénalise des investissements pourtant nécessaires

8.3.1 Un outil de production vieillissant

L'établissement ne dégage pas de marge pour avoir un niveau d'investissement courant minimum et doit recourir à l'emprunt (750 000 € souscrits chaque année en moyenne de 2019 à 2023 pour financer le renouvellement courant), malgré une enveloppe annuelle accordée depuis 2021 dans le cadre du volet « investir au quotidien » du plan Ségur. Il est de ce fait contraint d'opérer des choix, en priorisant la sécurité des biens et des personnes et la continuité des activités. Durant la période sous revue, l'établissement n'a ainsi mené qu'une opération d'envergure portant sur la restructuration et l'extension de l'EHPAD. Les autres engagements se sont limités aux besoins urgents ou strictement nécessaires.

Les travaux relatifs à l'EHPAD ont principalement été réalisés en 2022 et 2023 pour un montant dépensé de 2,2 M€ à fin 2023 et un montant prévisionnel de l'opération de 2,7 M€ à fin 2024. L'établissement a contracté en 2023 deux emprunts pour un montant de 1,5 M€. L'ARS Nouvelle-Aquitaine a accordé une subvention de 840 840 € dans le cadre du plan d'aide à l'investissement. Le plan de financement prévoit une subvention complémentaire (211 000 €) destinée à couvrir une partie des travaux de remise aux normes planifiés en 2024 et un autofinancement résiduel (150 000 €, soit 6 %).

Les subventions attribuées dans le cadre de l'enveloppe « investir au quotidien » sont versées sur présentation de factures avec un décalage important entre la réalisation et le paiement qui pèse sur la trésorerie de l'établissement. Les 465 000 € de l'enveloppe 2021 ont ainsi été versés en deux temps en 2022 et 2023, alors que les investissements ont été réalisés en 2021 et 2022. L'établissement a par ailleurs dû reporter des dépenses inscrites en 2022 sur l'exercice 2023, compte tenu d'un montant notifié inférieur aux prévisions (305 000 €).

L'incapacité de l'établissement à dégager des marges suffisantes pour un niveau minimal d'investissement l'entraîne dans une spirale fâcheuse d'interventions palliatives, de surcoûts d'utilisation et de vétusté croissante des installations de production de soins.

La vétusté des bâtiments et des équipements engendre une hausse des rénovations et une augmentation constante et importante du poste entretien et réparation (voir annexe n° 4). Confronté au vieillissement de son parc informatique ainsi qu'au sous-dimensionnement de ses matériels de stockage, l'établissement doit faire face à des dépenses supplémentaires de maintenance des serveurs et baies de stockage et de cyberdéfense des systèmes d'information.

De la même manière, les travaux d'entretien programmés dans le cadre des budgets annexes ne sont réalisés que très partiellement ou reportés, compte tenu de l'incertitude quant au financement des mesures salariales et à l'évolution de l'inflation.

En dépit d'une augmentation en 2023 portée par l'opération relative à l'EHPAD, la valeur nette des actifs corporels a diminué de 4 % entre 2019 et 2023, ce qui traduit un investissement inférieur aux amortissements et un vieillissement du patrimoine. De fait, le taux de vétusté des bâtiments augmente régulièrement et atteint 68 % en 2023 ; celui des équipements avoisine 90 % durant toute la période.

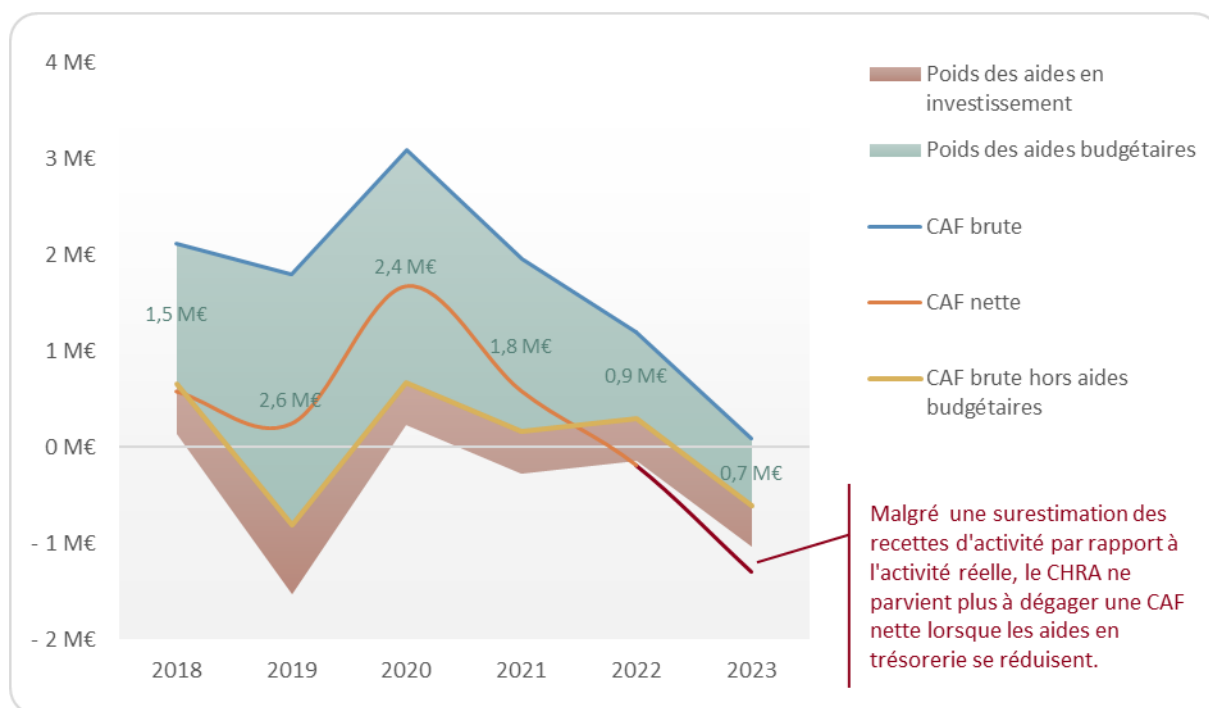
Les derniers travaux d'ampleur réalisés sur l'hôpital remontent à 2014 avec la construction du nouveau bâtiment consacré aux soins de réadaptation. Un nouveau projet est en discussion avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine depuis 2021 dans le cadre du volet investissement du Ségur. Le périmètre éligible au financement s'est considérablement réduit : parmi les cinq fiches initialement soumises par l'établissement, seul un réaménagement limité aux urgences (hors SEMPUR et USC) répondait aux priorités de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en 2024. Face à l'accumulation des déficits qui paralyse son cycle de financement, l'établissement modulera dans tous les cas son projet pour qu'il puisse être aidé à 100 %.

8.3.2 Une capacité d'autofinancement inexistante

Non seulement l'établissement ne dégage aucune marge de manœuvre pour le renouvellement de ses immobilisations, mais depuis 2022, il n'est plus en mesure de couvrir par la capacité d'autofinancement (CAF) le remboursement en capital de ses emprunts.

Très dépendante des aides accordées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, la CAF se rétracte lorsque les aides directes diminuent, en dépit du maintien du niveau global de soutien apporté à l'établissement tous types d'appui confondus (y compris sécurisation des recettes d'activité).

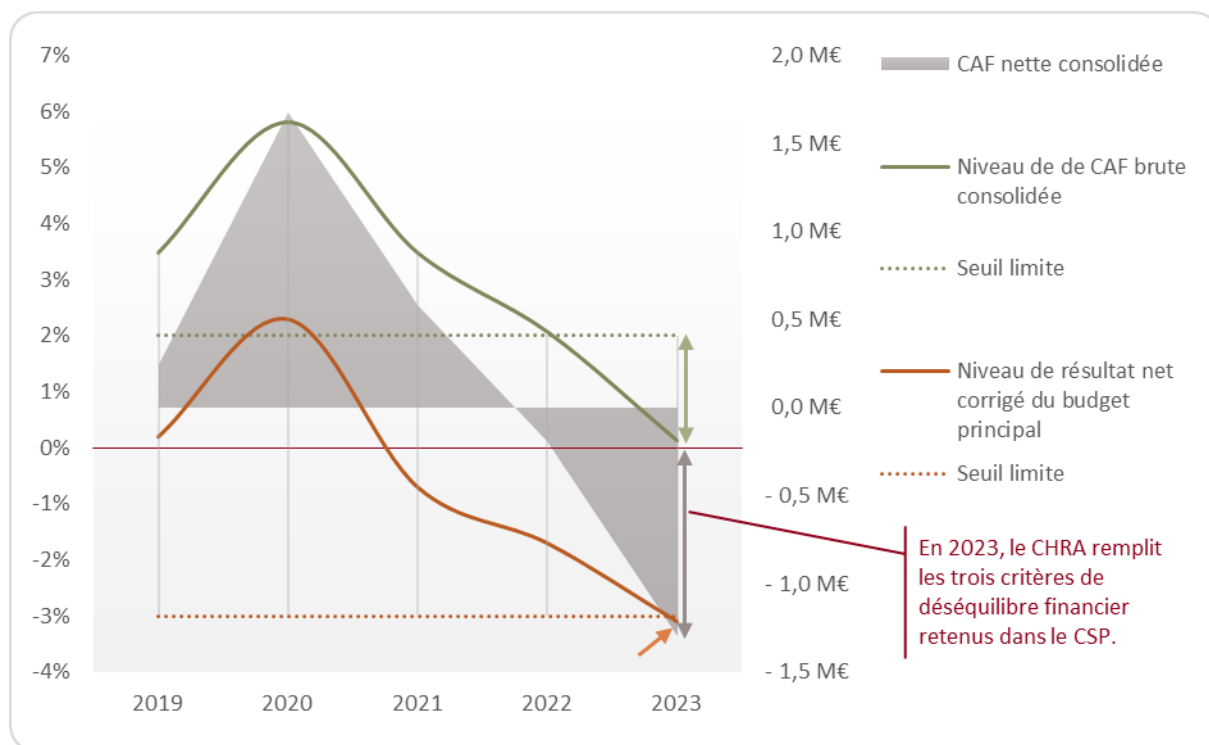
Graphique n° 9 : évolution de la capacité d'autofinancement



Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

En conséquence, l'établissement remplissait en 2023 les trois critères caractérisant une situation de déséquilibre financier pour les établissements publics de santé, telle que définie par le code de la santé publique en son article D. 6143-39.

Graphique n° 10 : situation de l'établissement par rapport aux critères de déséquilibre financier des établissements publics de santé



Sources : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA et le rapport d'analyse financière Octopus (données DGFIP)

8.3.3 Une dette contenue mais un levier peu mobilisable

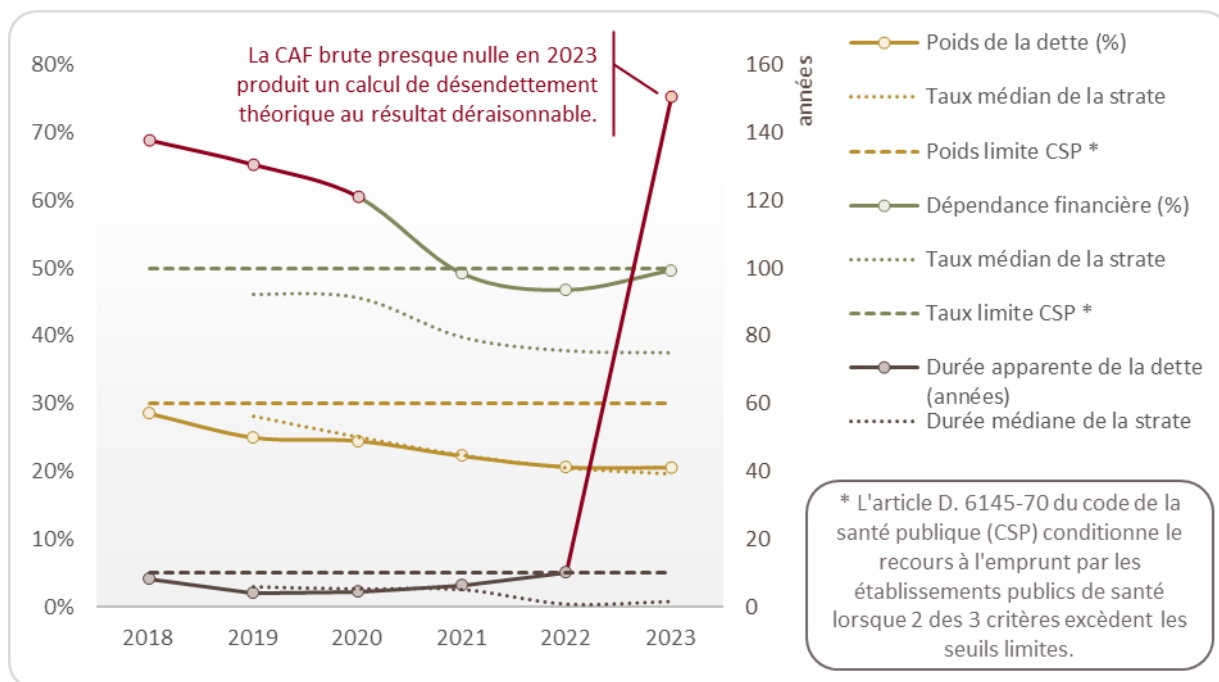
La contrainte budgétaire et l'incapacité à financer une politique active d'investissement rend le stock de dettes de l'établissement peu évolutif sur la période. Les remboursements annuels acquittés par l'établissement sont légèrement supérieurs aux nouveaux emprunts contractés sur la période. En capital, l'encours diminue de 12,8 M€ en 2019 à 11,8 M€ en 2022 et remonte à 12,6 M€ en 2023, avec une extinction à 22 ans.

La dette se répartit en 21 contrats, tous côtés 1A, c'est-à-dire la catégorie la moins risquée selon la charte dite « Gissler » de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales. Le capital et le taux moyens des emprunts en cours s'établissent respectivement à 1,15 M€ et 2,9 %. Les taux actuariels sont peu évolutifs par rapport aux taux initiaux. Un seul contrat est construit sur un taux complexe, à barrière simple sans effet levier et arrive à échéance en 2027.

Passant de 2 à 1,7 M€, l'annuité de la dette diminue de 14 % entre 2019 et 2023 (- 11 % pour le remboursement en capital et - 25 % pour la charge d'intérêts). Elle remontera cependant à 1,8 M€ en 2024 consécutivement au démarrage du remboursement des emprunts souscrits fin 2023 pour financer l'opération conduite sur l'EHPAD.

La situation apparente d'une dette sécurisée est à relativiser compte tenu de sa corrélation avec un sous-investissement préjudiciable et de la proximité avec les conditions de réserve portant sur le recours à l'emprunt définies par le code de la santé publique.

Graphique n° 11 : évolution des ratios d'endettement



Sources : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA et le rapport d'analyse financière Octopus (données de la DGFIP)

N.B. : les ratios représentés sur le graphique sont définis en annexe n° 2.

8.3.4 Une insuffisance structurelle de trésorerie compensée par des aides abondantes

Le tableau de trésorerie révèle des situations d'impasse qui conduit l'ARS Nouvelle-Aquitaine à apporter à l'établissement des aides exceptionnelles non reconductibles et sans contrepartie (2,6 M€ en 2019, 1,8 M€ en 2020 et 2021, 900 000 € en 2022 et 689 650 € en 2023), ayant vocation à prévenir le risque d'interruption de paie des salariés et de règlement des fournisseurs.

En 2020, le tirage prématuré de l'intégralité de la ligne de trésorerie avait en outre conduit l'ARS Nouvelle-Aquitaine à adresser l'ensemble des douzièmes du fonds d'intervention régional (FIR) dès le début de l'année pour réduire la tension sur la trésorerie.

Par la suite, la ligne de crédit n'est plus mobilisée. Dans le cadre de la procédure budgétaire 2023 et 2024, l'ARS Nouvelle-Aquitaine invitait pour autant l'établissement à travailler sur le recouvrement des créances d'exploitation, supérieures aux dettes d'exploitation et dont le délai de règlement pourrait théoriquement être allongé, en vue d'améliorer la trésorerie de court terme.

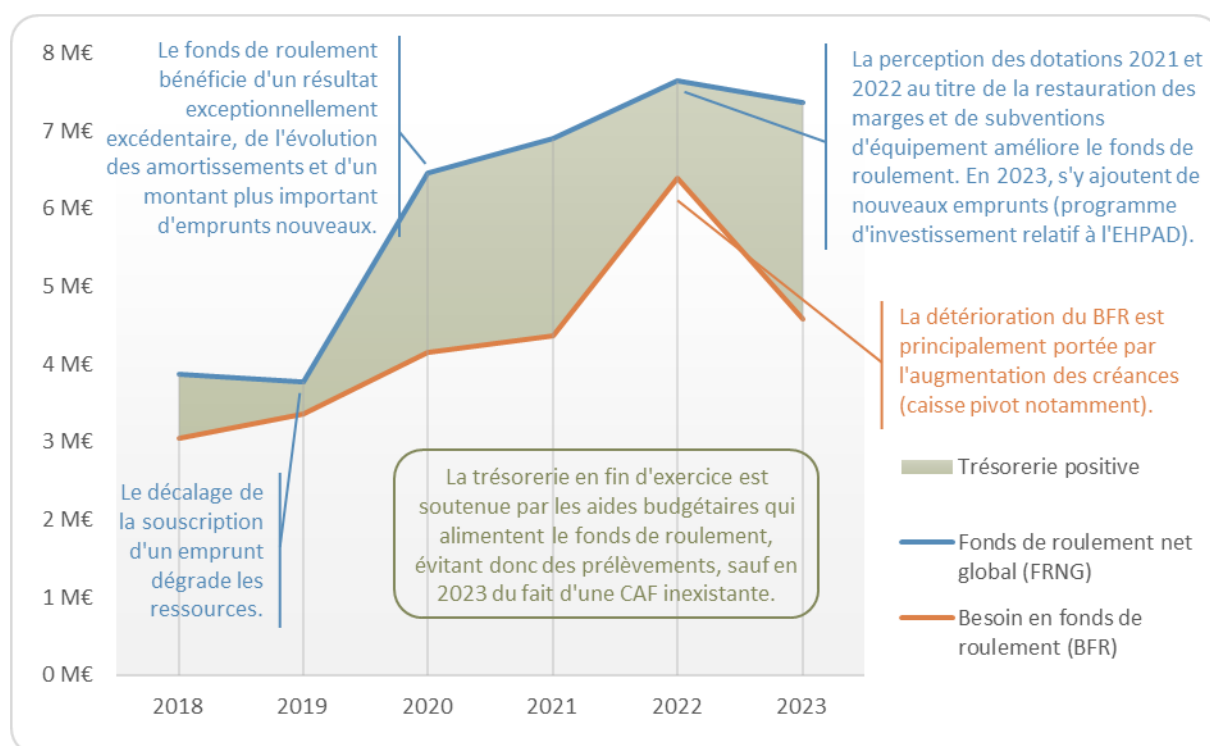
L'ARS Nouvelle-Aquitaine fondait son argument sur un niveau de dettes d'exploitation à la clôture exprimé en jours de charges courantes. En réalité, le délai global de paiement constaté par le comptable excède le délai réglementaire applicable aux établissements publics de santé (50 jours) et se dégrade sur l'ensemble de la période sauf – exceptionnellement – en 2020 (48 jours), atteignant 69 jours en 2023. Dominantes en volume dans les dettes d'exploitation, les dettes fournisseurs enregistrées à la clôture augmentent continûment, passant de 2,5 M€ en 2019

à 4,3 M€ en 2023. L'allongement du délai de paiement reporte une partie du risque sur les fournisseurs et expose l'établissement au paiement d'intérêts moratoires.

Dans ces conditions, les efforts devraient en priorité porter sur l'optimisation du recouvrement sur exercice courant (qualité du recueil des informations et émission plus rapide des titres de recettes).

Au tableau de financement, l'excédent de ressources stables sur les emplois stables n'est assuré que par des aides importantes qui maintiennent facialement l'équilibre financier de l'établissement sans restaurer pour autant une rentabilité durable de l'exploitation.

Graphique n° 12 : évolution de la trésorerie au 31 décembre



Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Durant la période examinée, la situation financière antérieurement fragilisée de l'établissement continue de se dégrader. Malgré des aides globalement maintenues, l'équilibre financier n'est plus assuré à partir de 2021.

Le cycle d'exploitation de l'hôpital ne permet pas de dégager des ressources suffisantes pour générer de l'autofinancement. Le soutien en théorie ponctuel de l'ARS Nouvelle-Aquitaine devient en réalité une composante structurelle de la situation budgétaire.

Les conditions d'un retour à l'équilibre financier apparaissent difficilement atteignables dans le contexte actuel d'exercice de l'établissement. La reprise du dialogue de gestion avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'impose pour envisager une stratégie de redressement.

9 LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

La thématique des systèmes d'information a été instruite sous l'angle général des procédures mises en place au sein de l'établissement, sans audit approfondi de leur application.

Dans le rapport de certification 2023 de la HAS, l'établissement a obtenu un résultat équivalant à 93 % du score maximal sur le point 3.6 « L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté ». Cet objectif est toutefois évalué au moyen de six indicateurs. Or le critère 3.6-02 « Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés » n'est pas commenté dans le rapport.

La fiche correspondante définit ainsi l'objectif : *« Pour maîtriser au plus juste le risque numérique, l'établissement doit pouvoir s'appuyer sur un système d'information sécurisé, prévoir un plan d'action de continuité et sensibiliser l'ensemble des professionnels pour accroître l'implication des acteurs et la vigilance collective. Une veille de sécurité numérique (prévention active de la sécurité des systèmes d'information) suivant les recommandations de l'ANSSI est mise en place ».*

La planification de la continuité des activités, la sensibilisation et la formation des personnels n'ont été documentées qu'à travers le compte rendu du premier exercice de crise conduit fin 2023, dont les résultats mettent en évidence des points d'amélioration significatifs.

9.1 Une fonction informatique mutualisée à l'organisation globalement adaptée

Le service informatique du CHRA a fusionné en 2019 avec ceux des CH de Saintonge – Saintes et de Saint-Jean-d'Angély. Le service informatique issu de cette fusion compte 25 agents sous la responsabilité d'un responsable du service informatique (RSI), lui-même placé sous la responsabilité du directeur des services informatiques (DSI) du GHT Charente-Maritime Sud.

Un délégué à la protection des données (DPD) qui est aussi responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) a été nommé au niveau du GHT et placé sous la responsabilité du directeur de l'établissement support du GHT. Le DPD tient un registre des traitements. Le document communiqué à la chambre avait été mis à jour en juin 2024. Son contenu pourrait être enrichi. L'estimation du nombre de personnes concernées par le traitement, l'origine des données collectées (dans les deux cas, trois occurrences sur 19 traitements répertoriés), le délai de conservation des données (cinq occurrences) sont rarement renseignés, le sort final réservé à ces dernières ne l'est jamais. Au vu des informations renseignées dans les fiches, les mesures de sécurité et de confidentialité pourraient être renforcées (recueil du consentement à la collecte des données à caractère personnel, contrôle d'accès, traçabilité, sauvegarde, mise à jour, identification des personnes habilitées, sensibilisation aux traitements), conformément aux exigences et aux règles édictées dans la politique de sécurité du système d'information (PSSI – voir ci-après).

Le service a recours à des prestataires externes pour des besoins de maintenance et ponctuellement pour la mise en œuvre de projets nouveaux. L'établissement déclare qu'une analyse des risques associés à l'externalisation est réalisée sans qu'une méthode systématisée soit formalisée. Des solutions sécurisées sont utilisées pour les accès en télémaintenance.

9.2 Une stratégie informatique à actualiser et une convergence retardée

La stratégie et la gouvernance des SI sont définies au niveau du GHT dans un schéma directeur du système d'information hospitalier (SDSIH) applicable au CHRA. La version initiale communiquée lors de l'instruction du présent contrôle (V1.01 septembre 2018) couvrait la période 2019-2023 et prévoyait une mise à jour tous les deux ans. L'établissement n'a pas transmis de version révisée ni l'état d'avancement actualisé des projets inscrits au schéma directeur. Ce dernier est pourtant inscrit régulièrement à l'ordre du jour du comité stratégique du GHT.

Le scénario retenu par le comité stratégique du GHT priorisait la convergence rapide sur le dossier patient informatisé (DPI). Il définissait 119 projets à mettre en œuvre entre 2018 et 2024, pour un coût global estimé à 23,2 M€ (incluant les charges d'investissement, d'exploitation et d'amortissement) et 7,4 ETP projet en moyenne par an sur la durée du schéma. Il aurait été intéressant de disposer d'un bilan (respect de la trajectoire, suivi des coûts, financements obtenus, difficultés rencontrées) en particulier sur l'axe prioritaire de la convergence, porté par 67 des 119 projets identifiés.

L'inventaire des applications est restitué sous la forme d'une cartographie, périodiquement mise à jour (version transmise V3 mars 2024). La cartographie du CHRA en vigueur en 2024 montre que des divergences persistent à l'échelle du GHT dans tous les domaines applicatifs.

9.3 Une mise en œuvre incomplète de la politique de sécurité informatique

Une politique de sécurité du système d'information a été rédigée en 2021 au niveau du GHT (version transmise V1.0 avril 2021). Elle inclut une cartographie générique des principaux risques qui décrit quatre événements redoutés, identifie des scénarios de menaces conduisant à la définition de 11 risques et qualifie le niveau de risque en fonction de la gravité des impacts et de la vraisemblance de survenue.

Il existe également une charte informatique, en cours de refonte, qui sera mutualisée au sein du GHT.

L'établissement est protégé par un système de sécurité incendie (SSI) de catégorie A, la plus exigeante, et couvert par des moyens de secours appropriés et adaptés en quantité. Il existe une équipe de première intervention en cas de départ de feu avéré. L'accès à l'ensemble des locaux serveurs et au service informatique est sécurisé.

Une partie des données de santé est hébergée auprès de trois hébergeurs de données de santé (HDS) qui figurent dans la liste des hébergeurs certifiés à jour au 15 octobre 2024.

L'accès aux applications se fait très majoritairement par identifiant et mot de passe. Des profils sont paramétrés et les comptes utilisateurs y sont associés pour limiter les accès aux données. Néanmoins, il n'existe pas de processus de revue formalisée des comptes utilisateurs, même si une solution est à l'étude.

L'établissement n'a pas subi d'attaque directe mais a déclaré aux autorités deux incidents ayant affecté des prestataires durant la période sous revue.

Le service informatique mutualisé déploie de nouvelles solutions de cybersécurité ou veille à améliorer les solutions existantes. Des travaux restent toutefois à conduire (sondes et annuaire réseau notamment). Le service a communiqué une liste des tests et audits réalisés depuis 2021. Un premier exercice de gestion de crise cyber a été effectué en décembre 2023 avec identification de points d'amélioration.

L'établissement a communiqué la fréquence des sauvegardes et la durée de rétention des données sauvegardées. La fréquence des tests et les points de restauration sont également mentionnés. Il s'agit cependant du planning théorique. L'effectivité de la politique de sauvegarde et la procédure de restauration ne sont pas qualifiées dans les informations fournies.

L'élaboration d'un plan de continuité et de reprise d'activité (PCRA) reste un objectif. Sur cet aspect, l'établissement entend satisfaire aux exigences du programme de cybersécurité accélération et résilience des établissements (CaRE). L'établissement doit plus globalement décliner ce programme piloté par l'État en s'appuyant sur les ressources mises à disposition par l'agence du numérique en santé (ANS) sur le portail e-santé et en optimisant son potentiel de financements par l'intermédiaire du GHT.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire.....	59
Annexe n° 2. Définition des termes spécialisés	62
Annexe n° 3. Résultats des contrôles portant sur la fiabilité des comptes et la qualité du contrôle interne.....	66
Annexe n° 4. Références réglementaires et précisions sur les informations financières	72
Annexe n° 5. Bilan net comptable au 31 décembre 2023	77
Annexe n° 6. Soldes intermédiaires de gestion	78
Annexe n° 7. Caractérisation de la situation financière	79

Annexe n° 1. Glossaire

ALD	affection de longue durée
AM	assurance maladie
Anap	agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANSSI	agence nationale de la sécurité des systèmes d'information
ARS	agence régionale de santé
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	accident vasculaire cérébral
BFR	besoin en fonds de roulement
CAF	capacité d'autofinancement
CAI	Centre Aquitain d'Imagerie médicale
CAL	commission de l'activité libérale
CCAM	classification commune des actes médicaux
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CET	compte épargne-temps
CH	centre hospitalier
CHU	centre hospitalier universitaire
CHT	communauté hospitalière de territoire
CHRA	centre hospitalier Royan-Atlantique
CME	commission médicale d'établissement
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COPS	commission de l'organisation de la permanence des soins
Corevat	comité régional de veille active sur la situation de trésorerie
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRC NA	chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine
CRÉA	compte de résultat analytique
CREF	contrat de retour à l'équilibre financier
CSE	comité social d'établissement
CSNP	consultation de soins non programmés
CSP	code de la santé publique
DFG	dotation forfaitaire garantie
DGFîP	direction générale des finances publiques
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DIM	département de l'information médicale
DMS	durée moyenne de séjour
DPD	délégué à la protection des données
DPI	dossier patient informatisé
DRH	direction des ressources humaines
DRT	dotation de responsabilité territoriale
DSI	directeur des services informatiques
DSS	direction de la sécurité sociale
EBE	excédent brut d'exploitation
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EI	évènement indésirable
ELAS	évènement indésirable associé aux soins
EMOG	équipe mobile à orientation gériatrique
EPMU	équipe paramédicale de médecine d'urgence
EPRD	état des prévisions de recettes et de dépenses
ETP	équivalent temps plein
ETPMR	équivalent temps plein moyen rémunéré
ETPR	équivalent temps plein rémunéré
ETPT	équivalent temps plein travaillé
FIR	fonds d'intervention régional
FMIH	fédération médicale interhospitalière
FRNG	fonds de roulement net global
GCS	groupement de coopération sanitaire
GH	groupe hospitalier
GHM	groupe homogène de malades
GHS	groupe homogène de séjours
GHT	groupement hospitalier de territoire
GIE	groupement d'intérêt économique
GIP	groupement d'intérêt public
GPEC	gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GVT	glissement vieillesse technicité
HAS	Haute Autorité de santé
IDE	infirmier diplômé d'État
IESPE	indemnité de service public exclusif
IFAQ	incitation financière à la qualité
IP-DMS	indice de performance de la durée moyenne de séjour
IRM	imagerie par résonance magnétique
LDG	ligne directrice de gestion
MCO	médecine, chirurgie, obstétrique
Ondam	objectif national de dépenses d'assurance maladie
PCRA	plan de continuité et de reprise d'activité
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PH	praticien hospitalier
PM	personnel médical
PMP	projet médical partagé
PNM	personnel non médical
PPCR	protocole parcours professionnels, carrières et rémunérations
PSSI	politique de sécurité du système d'information
RSI	responsable du service informatique
RSSI	responsable de la sécurité des systèmes d'information
RSU	rapport social unique
RTT	réduction du temps de travail
RUM	résumé d'unité médicale
SAMU	service d'aide médicale urgente
SARL	société à responsabilité limitée
SAS	société par actions simplifiée
SDSI (SDSIH)	schéma directeur du système d'information (hospitalier)
SELARL	société d'exercice libéral à responsabilité limitée
SEMPU	service de médecine post-urgences

SIH	système d'information hospitalier
SIRET	système d'identification du répertoire des établissements
SMR	soins médicaux et de réadaptation
SMUR	structure mobile d'urgences et de réanimation
SSR	soins de suite et de réadaptation
T2A	tarification à l'activité
TTA	temps de travail additionnel
TTC	toutes taxes comprises
TCCM	tableau coût case-mix
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
UPUG	unité post-urgences gériatriques
USC	unité de surveillance continue
USLD	unité de soins de longue durée
UTI	unité technique interventionnelle

Annexe n° 2. Définition des termes spécialisés

Besoin en fonds de roulement (BFR)

Le besoin en fonds de roulement correspond au besoin de liquidités engendré par l'activité de l'établissement et se mesure par différence entre les besoins immédiats qu'il est nécessaire de financer pour alimenter le cycle d'exploitation (stocks et créances = actif circulant) et le crédit obtenu auprès des fournisseurs et autres tiers (dettes fournisseurs, dettes fiscales et sociales, avances reçues = passif circulant).

Capacité d'autofinancement (CAF)

La capacité d'autofinancement (ou insuffisance d'autofinancement - IAF) représente les ressources brutes restant à la disposition de l'établissement de santé à l'issue de l'exercice comptable destinées à financer ses besoins de financement. Elle doit permettre en premier lieu de rembourser les emprunts puis, avec le solde, de contribuer au financement des investissements. Elle permet d'éviter les prélèvements sur fonds de roulement. Le taux de CAF mesure le poids de l'autofinancement (amortissements et provisions, nets des reprises) dans les produits courants d'exploitation.

Capacité de remboursement des emprunts

Le ratio mesure la part des amortissements (partie la plus importante de l'autofinancement) absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus cette part est élevée, moins l'établissement dispose d'autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements.

Case-mix

Anglicisme désignant l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et qui peuvent être décrits :

- par groupes homogènes de malades (GHM) ;
- par groupes homogènes de journées (GHJ) pour les prises en charge en soins de suite ou de réadaptation ;
- par groupes homogènes de tarifs (GHT) pour les soins en hospitalisation à domicile ;
- par catégorie majeure de diagnostic (CMD) ;
- par catégorie majeure clinique (CMC).

Catégorie majeure de diagnostic (CMD)

La classification médico-économique utilisée pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) est structurée en 28 catégories majeures de diagnostic (CMD). Les CMD correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire, etc.). Elles sont subdivisées en racines de GHM.

Compte de résultat analytique (CRÉA)

Le compte de résultat analytique d'une structure (établissement, pôle, structures internes) permet de rendre compte sur une période donnée de l'équilibre entre les charges et les produits (que la méthode choisie soit en coût partiel ou complet).

Cet outil est orienté sur la mesure de la performance économique d'une activité et de sa contribution à la performance globale de l'établissement. Le compte de résultat analytique peut se construire sur la base des règles du tronc commun ou sur la base de règles conventionnelles que chaque établissement se fixe et valide en interne. Il peut s'appliquer à toutes les activités d'un établissement.

Durée apparente de la dette

Capacité théorique de l'établissement à apurer sa dette en rapportant l'encours total de la dette au montant des provisions et des amortissements réalisés au cours de l'exercice net des reprises, c'est-à-dire à l'autofinancement de l'établissement au sens financier. Elle s'interprète comme le nombre d'années nécessaires pour éteindre l'encours de dette si l'ensemble des ressources d'autofinancement y étaient

consacrées. Plus le ratio est élevé, moins l'établissement dispose de marge pour financer le remboursement de ses emprunts, le renouvellement de ses immobilisations et des projets nouveaux.

Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC)

L'ENCC concerne le champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et le champ hospitalisation à domicile (HAD).

En MCO, l'ENCC a succédé à l'étude nationale des coûts en vigueur depuis 1996 dans les établissements ex dotation globale (ex-DG) et à l'étude des coûts menée en 2004 et 2005 dans le secteur ex objectif quantifié national (ex-OQN). Elle s'appuie sur un échantillon d'établissements de santé volontaires pour :

- construire une échelle de coûts par groupe homogène de malades et hiérarchiser les tarifs des établissements selon le système de la tarification à l'activité ;
- publier des coûts annuels moyens par groupe homogène de malades, décomposés par grands postes de charges, auxquels les établissements peuvent comparer leurs propres coûts pour leur gestion interne ;
- constituer une base de données utilisée pour les travaux assurant l'évolution des classifications médico-économiques.

En HAD, l'ENCC a été développée en cohérence avec la méthodologie ENCC du champ MCO et a fait l'objet d'un guide méthodologique en mars 2009 (disponible comme le guide de l'ENCC MCO sur le site de l'ATIH).

Fonds d'intervention régional (FIR)

Outil de pilotage confié aux agences régionales de santé ayant vocation à financer des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire. L'objectif du FIR est de permettre une plus importante souplesse de gestion et une meilleure adaptation des financements aux besoins des territoires. Il s'inscrit dans l'action des projets régionaux de santé pour assurer notamment le financement de l'investissement dans les établissements de santé aussi bien que des expérimentations d'innovations régionales.

Fonds de roulement net global (FRNG)

Le fonds de roulement net global est la différence entre les ressources long terme et les emplois long terme. Il doit, en principe, être positif pour couvrir une partie du besoin en fonds de roulement (BFR) et préserver l'équilibre financier. Pour dégager un fonds de roulement excédentaire, les actifs immobilisés bruts (emplois stables) qui représentent l'outil de travail de l'hôpital doivent être financés par des ressources stables de long terme (supérieures à un an) affectées par nature au financement de l'investissement (subventions, emprunts, amortissements notamment). Un fonds de roulement positif représente donc l'excédent des ressources stables sur le total des dépenses d'investissement d'un établissement de santé et constitue une ressource durable de financement pour l'établissement.

Groupe homogène de malades (GHM)

Un groupe homogène de malades regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO. Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standardisé (RSS) de chaque patient.

Groupe homogène de séjours (GHS)

Dans le cadre de la T2A, le groupe homogène de séjours correspond au tarif du groupe homogène de malades (GHM). La très grande majorité des GHM ne correspondent qu'à un seul GHS, c'est-à-dire un seul tarif. Mais dans certains cas, un GHM peut avoir deux ou plusieurs tarifs (dépendant par exemple, pour une même prise en charge soit pour un même GHM, de niveaux d'équipement différents).

Indicateur de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)

Cet indicateur compare, en médecine, en chirurgie (hors ambulatoire) et en obstétrique, la DMS de l'établissement à celle standardisée de son case-mix auquel sont appliquées les DMS de référence de chaque GHM.

Il rapporte le nombre de journées réalisées de l'établissement au nombre de journées théoriques pour le périmètre considéré. Le nombre de journées théoriques est calculé en faisant la somme – sur l'ensemble des GHM de l'établissement – du nombre de séjours par la DMS nationale du GHM. L'IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que la moyenne des établissements en France. Lorsque l'IP-DMS est inférieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus courtes que la moyenne des établissements en France.

Marge brute

La marge brute s'obtient par la différence entre les produits courants de fonctionnement et les charges courantes de fonctionnement. Le taux de marge brute rapporte la marge brute aux produits courants. Cet indicateur mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation courante pour financer ses charges financières et ses amortissements, reflétant les ressources qu'il est en mesure de mobiliser pour renouveler dans le temps sa capacité à investir et ainsi maintenir sa capacité de production.

M21

Instruction budgétaire et comptable des établissements publics de santé.

Résultat net comptable

Solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

Tableau coût case-mix (TCCM)

L'objectif du TCCM est de comparer les dépenses directes et indirectes d'un établissement aux dépenses d'un établissement fictif disposant du même case-mix. Ces dépenses théoriques sont issues du référentiel de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC). Ce tableau permet d'alerter l'établissement sur le niveau des différents postes de dépenses (directes et indirectes) sans toutefois fournir l'explication correspondante qu'il convient de rechercher dans le cadre du dialogue de gestion.

Le TCCM s'adresse exclusivement aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Tarification à l'activité (T2A)

La tarification à l'activité est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, qui vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé.

Taux d'endettement

Ce ratio mesure le poids de la dette dans le total des produits toutes activités confondues.

Taux d'indépendance financière

Il permet d'apprécier la structure des capitaux permanents, c'est-à-dire le poids de l'endettement moyen et long terme par rapport à l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (capitaux propres et dettes financières). Il traduit plus exactement la dépendance financière de l'établissement vis-à-vis des établissements de crédit.

L'article D. 6145-70 du code de la santé publique dispose :

« Le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;*
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;*
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.*

Ces critères sont calculés à partir du compte financier du dernier exercice clos de l'établissement selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

La procédure d'autorisation n'est pas applicable aux emprunts dont le terme est inférieur à douze mois. [...] ».

Taux de renouvellement des immobilisations

Le taux de renouvellement des immobilisations mesure la part des investissements réalisés dans l'année dans le total de l'actif brut immobilisé, exprimant ainsi le rythme des investissements.

Taux de vétusté

Le taux de vétusté des équipements ou des immobilisations mesure la part moyenne des équipements ou des immobilisations déjà amortis et donc l'obsolescence de l'appareil de production. Il donne une bonne indication sur la nécessité d'investir et doit être interprété en fonction de la vitesse d'amortissement. Lorsqu'il tend vers 100 %, ce ratio traduit un patrimoine vieillissant dont le renouvellement doit être envisagé. Un ratio inférieur à 40 % traduit à l'inverse un patrimoine jeune.

Annexe n° 3. Résultats des contrôles portant sur la fiabilité des comptes et la qualité du contrôle interne

- Aucune anomalie identifiée
 ● Anomalie mineure ou restée sans explication
 Procédure insuffisante
 Vérification infructueuse ou partielle
 ● Anomalie majeure

Points de contrôle	Résultat
IMMOBILISATIONS	
La tenue de l'inventaire et l'ajustement de l'inventaire et de l'actif	
Les immobilisations sont comptabilisées à leur coût d'acquisition en montant T.T.C. L'établissement a fourni un état issu de son logiciel de gestion économique et financière, sans répondre sur les opérations d'inventaire physique et de fiabilisation de l'actif. Les pièces déposées avec le compte financier attestent d'une opération de vérification effectuée par le comptable en 2021 sur l'actif à fin 2020 qui concluait à la nécessité de régularisations par l'ordonnateur en 2021 pour des montants mineurs rapportés à l'actif brut total. Les sorties d'actif post clôture ont bien été régularisées en 2021. Seul un différentiel d'1 € n'a pas été rectifié. Des écarts sont constatés entre la balance au 31/12/2023 et l'état de l'actif exporté au 14/06/2024, y compris en excluant les entrées du début de l'année 2024. Des investigations statistiques ont néanmoins été effectuées sur l'état de l'actif communiqué. Les résultats invitent à opérer au minimum une vérification de l'actif en contrôlant en particulier les matériels, outillage et mobiliers âgés de plus de 30 ans (ou autre durée pertinente) et totalement amortis (422 résultats avec ce critère sur 7 565 fiches dont 149 de matériel, outillage, mobilier représentant 179 164 € bruts) et les valeurs nettes comptables (VNC) nulles (5 396 résultats sur 7 565 fiches dont 3 515 de matériel, outillage, mobilier représentant 12,8 M€ bruts) ou en combinant les deux critères (VNC faible et âge supérieur à la durée de vie normale par catégorie de biens). Une opération de révision devra être envisagée s'il y a lieu.	●
L'amortissement	
Depuis 2017, l'amortissement est <i>prorata temporis</i> à compter de la date d'acquisition. Jusqu'en 2016, il était linéaire et commençait au 1^{er} janvier de l'année suivant celle de l'acquisition. Les durées appliquées depuis 2017 ont été simplifiées et sont conformes aux indications de la M21, avec toutefois un allongement à 50 ans pour certains composants du nouveau bâtiment de soins médicaux et de réadaptation. Le changement de méthode d'amortissement aurait mérité un traitement rétrospectif, au moins sur les immobilisations les plus significatives et bâtiments déjà décomposés. En septembre 2021, l'établissement a été rattaché à la trésorerie hospitalière de Saintes, qui a travaillé à mettre en concordance l'actif d'Hélios et l'inventaire du CHRA et opéré des corrections au compte 28.	●
L'intégration des immobilisations en cours	
Aucun transfert du compte 23 aux comptes définitifs d'immobilisations n'a été effectué durant la période sous revue. La majorité des dépenses enregistrées correspondent au programme de travaux portant sur l'extension et la restructuration de l'EHPAD. L'établissement a indiqué que les dépenses seraient transférées après acquittement de la totalité des factures et qu'un point de situation serait réalisé en octobre 2024. La régularisation de deux fiches d'amortissement de 2013 et 2014 représentant 16 344 € est annoncée sur l'exercice 2024.	●
Les subventions d'investissement	
Les écritures d'amortissement des subventions par virement au compte de résultat sont équilibrées.	●

PROVISIONS	
La justification des provisions	
Les écritures d'ordre sont équilibrées, sauf une exception en 2020 régularisée en 2021. Les constitutions et reprises de provisions sont détaillées et justifiées au tableau IC1 du compte financier et à l'état PF1 annexé au compte financier. L'établissement a fourni en complément des pièces justificatives pour la plupart des provisions. Les pièces jointes au compte dématérialisé correspondent essentiellement à des états simples. La méthode de valorisation des provisions pour compte épargne-temps (CET) a été corrigée en 2022 conformément aux instructions de la DGFIP et de la DGOS, avec un étalement du rattrapage sur trois ans. Les montants inscrits en dotation et en reprise (jours pris ou indemnisés en l'absence de versement au régime de retraite additionnelle de la fonction publique) sont détaillés. L'établissement prévoit d'étendre en 2024 la méthode de comptabilisation des CET aux personnels USLD et EHPAD. En ce qui concerne les autres passifs sociaux, il justifie l'absence de provisionnement par la non significativité du risque et le manque de visibilité quant aux droits acquis (allocation d'aide au retour à l'emploi, paiement rétroactif des cotisations CNRACL, indemnité de précarité du personnel médical). L'établissement prévoit de diagnostiquer les provisions de l'ensemble des budgets sur l'exercice 2024, de les réviser s'il y a lieu et de reprendre les provisions devenues sans objet (travaux d'entretien, débasage dans le cadre de la convergence tarifaire, formation des chefs de pôle). Un plan pluriannuel d'entretien, avec actualisation annuelle, devra être établi pour justifier les provisions pour gros entretien maintenues. L'établissement enregistre entre autres au compte 158 le solde non dépensé des financements perçus depuis 2021 dans le cadre du plan de sécurisation des organisations et des environnements de travail résultant de l'accord du Ségur de la santé pour la fonction publique hospitalière. L'instruction nationale précise que la totalité des crédits doit impérativement être destinée aux mesures du Ségur quelle que soit la situation financière de l'établissement. La délégation des crédits par l'ARS est encadrée et modulée selon le niveau de mise en œuvre de mesures correspondantes après analyse de l'avancée des négociations avec les organisations syndicales (accord local) et fiabilisation des données de création de postes et de titularisation. Deux des quatre sous-enveloppes sont cependant entièrement déléguées sans condition de mise en œuvre. La provision ne serait justifiée que si le remboursement des sommes non consommées était exigé ce qui ne semble pas être le cas, le contrôle avant délégation étant privilégié. Dans ces conditions, l'enregistrement en produits constatés d'avance devrait prévaloir.	●
RECOUVREMENT, FIABILITÉ ET DÉPRÉCIATIONS DES CRÉANCES	
Les restes à recouvrer	
Fin 2023, 90 % des créances sont détenues envers les caisses de sécurité sociale et les mutuelles et ne semblent donc pas présenter de difficulté de paiement ou de risque d'insolvabilité. Les créances envers les patients, plus risquées, ne représentent que 6 % en montant des restes à recouvrer. Le reste concerne le département sans risque d'irrecouvrabilité <i>a priori</i>, sauf pour les plus anciennes. 96 % des créances ont été émises dans l'année. Les créances inférieures à 100 €, considérées comme les plus difficiles à recouvrer, représentent 49 % du total en nombre mais 3 % en montant.	●
Les créances irrécouvrables	
Le comptable produit annuellement à l'ordonnatrice les états de créances irrécouvrables, joints au compte dématérialisé. L'établissement indique que la mise en place du CDRI (outil de consultation des droits intégrée, service de consultation en temps réel des droits du patient à l'assurance maladie obligatoire) en 2021 et de ROC en 2024 (outil de remboursement aux organismes complémentaires, service de dématérialisation et de standardisation des échanges entre l'établissement, les complémentaires santé et la DGFIP), dispositifs techniques intégrés au logiciel de gestion administrative du patient, améliore la fiabilité de la facturation et les motifs de rejet. Pour autant, le taux de restes à recouvrer à la clôture augmente en fin de période. Le taux de pertes sur créances irrécouvrables augmente également, tout en restant limité.	●
Les créances contentieuses	
La part de créances relevant de procédures contentieuses dans le total des restes à recouvrer s'établissait autour de 5 % en début de période, mais diminue depuis 2021 et n'emporte pas d'enjeux financiers significatifs en fin de période. Le taux de créances contentieuses reste inférieur à 0,5 % des produits d'exploitation et le taux de pertes sur créances irrécouvrables à 0,3 %.	●

Les méthodes d'estimation et de suivi des créances douteuses et litigieuses	
L'établissement a fourni les éléments établis par la trésorerie et les méthodes proposées à l'ordonnatrice. La méthode retenue en 2021 et 2022 combine deux approches statistiques : application d'un taux uniforme de 15 % sur les créances de plus de deux ans ou application d'un taux croissant selon l'ancienneté. La dotation correspond à la moyenne des dotations calculées selon ces deux méthodes et permet de valoriser plus justement des créances anciennes importantes correspondant à des remboursements sur rémunérations auprès de trois établissements. À partir de 2023, seule la méthode progressive est appliquée, notamment grâce à la sortie des créances détenues auprès du CH de Pointe-à-Pitre qui grevaient le montant de la dotation (passif transféré en provision pour CET à la suite du prononcé non contesté du jugement). L'analyse du suivi des restes à recouvrer a été réalisée sur le dernier état disponible portant sur l'exercice 2023. Les créances n'ayant fait l'objet d'aucune diligence (60 % environ en nombre et en montant) sont quasiment toutes nées durant l'exercice, sauf 18 d'entre elles (sur 13 180 créances au total et 8 080 sans diligence tracée fin 2022).	●
L'ajustement du niveau de provisionnement sur le compte 49	
L'établissement ne comptabilise des dépréciations que depuis l'exercice 2021. Fin 2023, ne sont couverts que 2 % des restes à recouvrer, mais 67 % des créances antérieures à l'exercice et plus de 200 % des créances âgées de 3 ans et plus et des créances contentieuses. Sont susceptibles d'être atteints par la prescription 1,4 % des titres représentant 0,4 % en montant. Après un premier exercice d'ajustement, le montant provisionné en 2022 et 2023 est raisonnablement supérieur au niveau des pertes effectivement comptabilisées.	●
La politique d'admission en non-valeur	
L'établissement n'a pas fixé d'objectifs concernant les admissions en non valeur (ANV) et les annulations de titres. Les demandes d'ANV sont présentées par le comptable après épuisement des voies de recours, avec transmission à la directrice déléguée de site pour les avis et modifications éventuelles en ce qui concerne les budgets annexes. Les états et pièces justificatives sont joints aux comptes dématérialisés. L'apurement des créances irrécouvrables, mineur jusqu'en 2021, s'intensifie à partir de 2022. Les écritures comptables n'appellent pas d'observation. La structure des créances, majoritairement détenues auprès des caisses de sécurité sociale et de personnes morales de droit public, peut expliquer le faible niveau d'ANV.	●
Les annulations et rémissions	
L'établissement a décrit la procédure concernant les titres contestés par les patients : le responsable du bureau des entrées s'assure auprès du médecin des éléments de prise en charge et maintient ou annule le titre en fonction de la réponse apportée par l'envoi d'un courrier au patient. L'impact financier des annulations et rémissions de titres est faible et peu évolutif (taux d'annulation inférieur à 0,3 % des produits d'exploitation).	●

GESTION DES STOCKS	
La tenue de l'inventaire	
Les stocks sont enregistrés à leur coût d'acquisition. Le compte 974 permettant l'enregistrement des régularisations lorsque des erreurs sont constatées entre les contrôles physiques et la tenue de la comptabilité analytique n'est pas mouvementé sur la période. De même pour les comptes 39 et 68173 constatant les dépréciations	●
La valorisation des stocks détenus par les services de soins	
Une balance trimestrielle est réalisée	●

RESPECT DE L'ANNUALITÉ	
Les pratiques de rattachement	
Les produits à recevoir et charges à payer sont détaillés et les variations expliquées. Les produits à recevoir correspondent normalement aux séjours à cheval (sauf en 2021), aux versements du CGS urgences (activité et dotation à reverser à la clôture). En 2022, s'y ajoute le remboursement de forfaits techniques IRM encaissés par le GIE. En proportion des produits, leur niveau chute fortement en 2022 et 2023. Les charges à payer correspondent à un service fait au 31 décembre : primes versées au personnel, dépenses liées à la co-utilisation de l'IRM et du scanner principalement en 2022. En 2020 et 2021, s'y ajoutaient des dépenses diverses de personnel, la contribution au GHT, le traitement du linge pour le mois de décembre et des dépenses diverses (eau et assainissement, maintenance ou affranchissement par exemple). Les écritures relatives aux ICNE sont correctement passées. Les taux de rattachement présentent un niveau acceptable, compris entre 5 et 10 % en charges, entre 1 et 4 % en produits.	●
Les modalités de calcul et de rattachement des séjours à cheval	
Les séjours à cheval n'ont pas été valorisés en fin d'exercice 2021 compte tenu de la garantie de financement. En 2022, l'activité de novembre et décembre a été extrapolée à partir de l'activité du dernier trimestre. L'établissement a complété sa réponse en indiquant ne pas pratiquer le rattachement des séjours à cheval et mis en exergue le financement par dotation forfaitaire garantie à partir de 2023. Dans une perspective analytique, la comparaison de la DFG aux recettes qu'aurait produites la valorisation de l'activité réelle reste souhaitable sur une base d'activité aussi fiable que possible.	●
Les reports de charges	
Le taux de report présente un niveau acceptable, dans la limite de 0,2 %.	●
Les produits et charges constatés d'avance	
Les produits constatés d'avance correspondent au financement de lits supplémentaires en période hivernale. En 2021, s'y ajoutent des crédits Ségur en attente de négociations avec les partenaires sociaux et des crédits pour l'intervention d'artistes en EHPAD de juin à juin.	●
SINCÉRITÉ	
Les remboursements des budgets annexes au budget principal	
Le montant comptabilisé à l'article 7087 évolue peu sauf en 2020 (dotation complémentaire pour le retour à l'équilibre financier versée sur le forfait soins USLD et reversée en produit constaté d'avance 2019 au budget principal). L'établissement indique que la majeure partie des dépenses est affectée directement sur les comptes de résultat prévisionnels annexes. Les dépenses communes avec facturation unique sont réparties au prorata du nombre de lits ou des ETPR selon les cas et concernent essentiellement des cotisations liées au personnel et des mises à disposition de personnel technique par le CH de Saintonge – Saintes. Les remboursements de frais sont calculés selon les consommations réelles (laboratoire, imagerie, repas) ou estimées (temps de pharmacien revu à la baisse en 2022) ou encore au prorata des ETPR (temps syndical). Les fonctions administratives et techniques supportées par le budget principal font l'objet d'une affectation directe sur les budgets annexes depuis 2020. Le montant porté au 7087 n'a pas diminué pour autant car elles ne représentaient qu'un montant mineur dans le total (50 000 € environ, soit 6 % du total en 2019). Les états joints au compte dématérialisé sont trop sommaires pour retracer les opérations et ne couvrent pas la totalité des crédits mouvementés mais seulement les remboursements de frais. L'établissement a complété la documentation initiale par un fichier détaillant par année la totalité des remboursements effectués qui pourrait être systématisé à l'appui du compte en complément de l'état global.	●
Les comptes de dépenses et recettes à classer	
Les comptes d'attente présentent un solde nul ou mineur en dépenses, variable en recettes selon les exercices tout en restant contenu dans la limite de 1 % des produits d'exploitation. Le montant plus important constaté en 2020 correspond majoritairement à des encaissements MSA avant émission intitulés "aides AMC hors arrêté".	●

AUTRES POINTS DE FIABILITÉ	
L'enchaînement des balances et la cohérence des comptes de liaison	
Les informations concordent entre le budget principal et les budgets annexes. Les soldes du dernier exercice sont repris en balance d'entrée de l'exercice suivant. Les soldes des comptes de liaison sont cohérents.	●
Les valeurs impayées / Les déficits et débets	
L'apurement est régulier, le solde du compte 5117 est nul en fin d'exercice. Le compte 429 déficits et débets n'est pas mouvementé.	●
Les cessions	
Les opérations de cessions sont nulles ou mineures et les écritures sont équilibrées, sauf en 2019 (absence de réintégration des amortissements s'agissant d'une sortie de terrains non amortissables).	●
Les comptes de tiers	
Le rapprochement des soldes entre la balance et les états de développement des soldes ne présente pas d'anomalie.	●

AUTRES POINTS DE CONTRÔLE	
La dématérialisation	
Le protocole d'échange standard (PES) V2 de dématérialisation des titres de recettes et mandats de dépenses et la dématérialisation des pièces justificatives sont effectifs depuis septembre 2019. L'établissement s'inscrit dans les dispositifs du programme national de simplification du parcours hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées (Simphonie). Il a changé de logiciel de gestion économique et financière en 2023.	●
L'existence d'un contrôle interne	
Aucune convention de partenariat ou de service avec le comptable public n'a été actualisée depuis 2011, même consécutivement au changement de trésorerie de rattachement en 2021. Les échanges portent essentiellement sur la gestion des profils utilisateurs. Les données Octopus, accessibles à l'établissement, ne font pas l'objet d'un échange contradictoire. L'établissement signale que les suivis réalisés portent sur : * les délais de paiement des fournisseurs en vue de la mise à jour du plan prévisionnel de trésorerie ; * les restes à recouvrer incluant la tenue d'un état d'antériorité des titres utilisé pour déterminer le montant de la provision pour dépréciation des comptes de redevables. Le contrôle interne n'est formalisé dans aucune procédure, ni générale ni spécifique. Durant la période examinée, le contrôle de gestion est défaillant (mouvement avec vacance de poste puis montée en compétence progressive de l'agent), la comptabilité analytique presque inexistante (interruption de la participation au retraitement comptable, simple outil de requêtage des logiciels de gestion économique et financière et de gestion des ressources humaines pour alimenter des études ponctuelles non documentées).	●
Le codage de l'activité	
L'établissement a décrit l'organisation du codage de l'activité dans l'établissement et au sein du GHT, en joignant la dernière version du plan d'assurance qualité des recettes T2A, la matrice des risques portant sur le cycle des recettes d'activité et la documentation relative aux contrôles informatisés réalisés au moyen d'un logiciel spécifique. Le risque lié à la chaîne de facturation et à la valorisation de l'activité hospitalière est bien pris en compte dans le management qualité au niveau du GHT et décliné dans les établissements membres.	●

L'organisation et le suivi des régies	
L'établissement a fourni les derniers avenants en vigueur concernant les trois régies existantes (recette, avance et produits hospitaliers), ainsi que l'acte de création de la régie d'avance (1965). L'établissement n'a connaissance d'aucun contrôle effectué par le comptable ou l'ordonnateur. Le régisseur en titre a quitté l'établissement en 2022, aucun document attestant de contrôle n'a pu être retrouvé par sa remplaçante. Il en est de même pour les opérations autorisées par les actes de création de la régie des dépôts des malades et la régie des produits hospitaliers. Seuls les états de situation de compte sont fournis. Le tableau de synthèse du comptable indique un taux de vérification des régies nul sur l'ensemble à période. Fin 2018, 100 % des régies considérées sans enjeu avaient été vérifiées dans les six dernières années, 75 % fin 2019 et 0 % fin 2020. Si ces informations sont exactes, cela signifie que les derniers contrôles remontent à 2014.	●
Le renseignement de l'état de la dette et autres informations relatives à la dette	
Les états BI8 et BI9 précisent les montants, nature, durée et caractéristiques des différents emprunts. Les emprunts et dettes financières sont comptabilisés à leur valeur nominale. L'établissement n'est pas concerné mais tangente avec les valeurs limites concernant la durée apparente de la dette (9,95 ans fin 2022, 150 ans fin 2023) et le taux d'indépendance financière (49,6 % fin 2023). Seul le critère du taux d'endettement reste bien en-deçà de 30 % (20,6 % fin 2023). Le compte 51931 présente un solde créditeur ponctuel à la clôture 2019. L'établissement n'a plus de lignes liées à un emprunt depuis 2019, mais uniquement deux lignes de trésorerie classiques qui ne sont plus mobilisées depuis 2021.	●
La gestion de l'activité libérale	
Le compte 7532 devant comptabiliser les redevances dues pour les médecins non statutaires exerçant à titre libéral (art. 6146-2 du CSP) n'est pas mouvementé (de même que sa contrepartie au 467412) alors que des honoraires perçus sont enregistrés au 6484 en 2022 et 2023, sans contrepartie au 4244. La procédure relative au versement des honoraires et à la prise en charge des redevances a été corrigée en 2024. L'établissement ne pratique plus la contraction entre la dépense et la recette et la gestion de la redevance est désormais réalisée mensuellement par le contrôle de gestion. L'établissement a précisé les modalités de calcul des redevances et joint les décomptes d'activité correspondants, ainsi que les contrats de participation des médecins libéraux aux missions de service public. L'établissement ne perçoit pas les honoraires pour le compte des praticiens hospitaliers exerçant à titre libéral (les comptes 4245 et 458 ne sont pas mouvementés, sauf en 2021, ce qui implique que les praticiens concernés ont choisi le recouvrement direct auprès des patients) mais perçoit bien une redevance au compte 7531.	●

Annexe n° 4. Références réglementaires et précisions sur les informations financières

Comparaison des résultats du CH Royan-Atlantique aux objectifs financiers de son CPOM 2019-2023

Objectif cibles du CPOM 2019-2023		Référence = 2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Trajectoire financière								
Résultat comptable retraité des aides en trésorerie	Cible			≥ 0	≥ 0	≥ 0	≥ 0	≥ 0
Résultat comptable hors aides en trésorerie	Résultat	-2 229 178 €	-1 603 343 €	-2 509 718 €	-655 027 €	-2 125 120 €	-1 671 531 €	-2 091 167 €
Taux de marge brute hors aides nationales et régionales	Cible			> - 2,40 %	> - 2,40 %	> - 2,40 %	> - 2,40 %	> - 2,40 %
Taux de marge brute hors aides	Résultat	-2,40%	1,49%	-2,12%	2,52%	0,08%	0,42%	-0,75%
Performance interne / organisationnelle								
Taux d'évolution de la masse salariale globale	Cible			< + 0,80 %	< + 0,80 %	< + 0,80 %	< + 0,80 %	< + 0,80 %
Taux d'évolution des rémunérations hors charges globales	Résultat	0,80%	-0,87%	3,07%	6,43%	8,69%	3,47%	5,23%
Taux d'évolution de la masse salariale - personnel médical (PM)	Cible			< + 3,30 %	< + 3,30 %	< + 3,30 %	< + 3,30 %	< + 3,30 %
Taux d'évolution des rémunérations hors charges PM	Résultat	3,30%	0,62%	13,99%	8,07%	12,36%	9,53%	6,31%
Taux d'évolution de la masse salariale - personnel non médical (PNM)	Cible			< + 0,50 %	< + 0,50 %	< + 0,50 %	< + 0,50 %	< + 0,50 %
Taux d'évolution des rémunérations hors charges PNM	Résultat	0,50%	-1,16%	0,91%	6,07%	7,86%	2,03%	4,96%
Collaboration médicale								
Montant consacré à l'intérim médical et aux contrats de remplacement équivalents	Cible			< 574 446 €	< 574 446 €	< 574 446 €	< 574 446 €	< 574 446 €
Rémunérations hors charges du PM intérimaire et contractuel sans renouvellement de droit pour les contrats < 3 mois	Résultat	574 446 €	548 497 €	1 021 783 €	1 235 711 €	1 383 847 €	1 491 633 €	985 844 €
Poids des dépenses d'intérim médical et des contrats de remplacement équivalents par rapport aux dépenses totales consacrées aux personnels médicaux	Cible			< 8,83 %	< 8,83 %	< 8,83 %	< 8,83 %	< 8,83 %
Part des rémunérations hors charges du PM intérimaire et contractuel sans renouvellement de droit pour les contrats < 3 mois dans le total des rémunérations hors charges du PM	Résultat	8,83%	15,60%	25,50%	28,54%	28,44%	27,99%	17,40%

Évolution des effectifs par type

Périmètre tous budgets	Source	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2019-2023
Personnel médical et non médical							
Effectifs physiques ayant eu un contrat dans l'année	Tableau des effectifs CHRA	895	908	908	904	863	-3,6%
Effectifs présents en année pleine	Tableau des effectifs CHRA	730	718	711	705	711	-2,6%
Équivalents temps plein travaillés (ETPT)	Tableau des effectifs CHRA	657	653	652	642	647	-1,4%
Équivalents temps plein moyens rémunérés (ETPMR)	Tableau des effectifs du compte financier (AI3_TOT)	653	652	653	650	657	0,6%
Personnel médical							
Effectifs physiques ayant eu un contrat dans l'année	Tableau des effectifs CHRA	132	132	124	129	98	-25,8%
Effectifs présents en année pleine	Tableau des effectifs CHRA	67	64	62	65	68	1,4%
Équivalents temps plein travaillés (ETPT)	Tableau des effectifs CHRA	52	51	49	51	52	-1,2%
Équivalents temps plein moyens rémunérés (ETPMR)	Tableau des effectifs du compte financier (AI3_TOT)	53	54	55	56	57	6,4%
Personnel non médical							
Effectifs physiques ayant eu un contrat dans l'année	Tableau des effectifs CHRA	763	776	784	775	765	0,3%
Effectifs présents en année pleine	Tableau des effectifs CHRA	663	654	649	640	643	-3,0%
Équivalents temps plein travaillés (ETPT)	Tableau des effectifs CHRA	604	602	603	592	596	-1,5%
Équivalents temps plein moyens rémunérés (ETPMR)	Tableau des effectifs du compte financier (AI3_TOT)	600	598	598	594	601	0,1%

L'ETPT est utilisé dans la partie 5 du rapport portant sur les ressources humaines, l'ETPMR dans la partie 8 portant sur l'analyse financière.

Définition des types d'effectifs

Type d'effectifs	Définition usuelle
Effectifs physiques ayant eu un contrat dans l'année	Effectifs physiques
Effectifs présents en année pleine	Effectifs physiques * période d'activité dans l'année
Équivalents temps plein (ETP)	Effectifs physiques * quotité de temps de travail
Équivalents temps plein travaillés (ETPT)	Effectifs physiques * quotité de temps de travail * période d'activité dans l'année
Équivalents temps plein rémunérés (ETPR)	Effectifs physiques * quotité de rémunération * période d'activité dans l'année
Équivalents temps plein moyens rémunérés (ETPMR)	Effectifs physiques * quotité de rémunération * période d'activité dans l'année en moyenne annuelle

Type d'effectifs	Définition appliquée au contrôle
Effectifs physiques ayant eu un contrat dans l'année	Nombre de matricules distincts recensés dans l'année
Effectifs présents en année pleine	Nombre d'agents * nombre de jours de présence dans l'année
Équivalents temps plein (ETP)	Nombre d'agents * temps de travail effectif
Équivalents temps plein travaillés (ETPT)	Nombre d'agents * nombre de jours de présence dans l'année * temps de travail effectif
Équivalents temps plein rémunérés (ETPR)	Nombre d'agents * nombre de jours de présence dans l'année * fraction de rémunération
Équivalents temps plein moyens rémunérés (ETPMR)	Moyenne (nombre d'agents * nombre de jours de présence dans l'année * fraction de rémunération)

Effectifs physiques

Effectifs physiques ayant eu un contrat ou ayant été rémunérés à une date donnée dans l'année, quelle que soit leur quotité de travail et leur période d'activité sur l'année.

- chaque agent compte pour 1.

Effectifs présents

Effectifs physiques mesurés en année pleine, c'est-à-dire corrigés de leur période d'activité dans l'année mais quelle que soit leur quotité réelle de travail. Est entendu comme agent présent, tout agent ayant un contrat même s'il est absent momentanément (maternité, maladie, congé, formation).

- un agent présent toute l'année compte pour 1.
- un agent présent du 1^{er} janvier au 30 juin compte pour 0,5, quelle que soit sa quotité de travail (temps complet ou temps partiel).

Équivalents temps plein (ETP)

Effectifs physiques mesurés à un instant T, c'est-à-dire présents à une date donnée dans l'année, quelle que soit leur période d'activité sur l'année mais corrigés de leur quotité réelle de travail.

- un agent à temps partiel avec une quotité de travail à 80 % correspond à 0,8 ETP, qu'il ait été présent toute l'année ou seulement une partie de l'année.

Équivalents temps plein travaillés (ETPT)

Effectifs physiques mesurés en année pleine proportionnellement à leur activité dans l'année, c'est-à-dire corrigés de leur quotité réelle de travail et de leur période d'activité dans l'année. La quotité de temps de travail retenue pour les agents à temps partiel est la fraction du temps complet effectuée par l'agent et non la fraction de la rémunération à temps complet perçue par l'agent qui est généralement supérieure (ainsi un agent dont la quotité de travail est de 80 % perçoit un traitement indiciaire égal à 6/7^{ème} de celui d'un agent à temps complet, soit 85,71 %).

- un agent à temps plein et présent toute l'année correspond à 1 ETPT.
- un agent à temps partiel avec une quotité de travail à 80 % et présent toute l'année correspond à 0,8 ETPT.
- un agent à temps partiel avec une quotité de travail à 80 % et présent la moitié de l'année correspond à 0,4 ETPT ($0,8 * 6/12$).

Équivalents temps plein rémunérés (ETPR)

Effectifs physiques mesurés en année pleine, proportionnellement à leur activité et à leur rémunération dans l'année, c'est-à-dire corrigés de leur fraction réelle de rémunération en référence à la rémunération d'un temps complet et de leur période d'activité dans l'année. La quotité retenue pour les agents à temps partiel est la fraction de la rémunération à temps complet perçue par l'agent qui est généralement supérieure à la fraction du temps complet effectuée par l'agent (ainsi un agent dont la quotité de travail est de 80 % perçoit un traitement indiciaire égal à 6/7^{ème} de celui d'un agent à temps complet, soit 85,71 %).

- un agent à temps plein et présent toute l'année correspond à 1 ETPR.
- un agent à temps partiel avec une quotité de travail et une quotité de rémunération à 80 % et présent toute l'année correspond à 0,8 ETPR.
- un agent à temps partiel avec une quotité de travail à 80 % mais une fraction de rémunération à 85,71 % et présent toute l'année correspond à 0,86 ETPR.
- un agent à temps partiel avec une quotité de travail à 80 % mais une fraction de rémunération à 85,71 % et présent la moitié de l'année correspond à 0,43 ETPR ($0,86 * 6/12$).

Équivalents temps plein moyens rémunérés (ETPMR)

Définition identique à la précédente, mais le calcul s'effectue en moyenne annuelle, la plupart du temps à partir des ETPR constatés en fin de mois.

Conditions d'approbation des documents budgétaires

Les conditions d'approbation des états des prévisions de recettes et de dépenses EPRD sont définies aux articles L. 6143-4, R. 6145-11 et D. 6145 31 1 du code de la santé publique (CSP).

Le critère relatif à la capacité d'autofinancement (CAF) n'est jamais respecté par le CHRA sur la période, la CAF devant être suffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts à échoir au cours de l'exercice.

Les conditions d'approbation des PGFP sont définies aux articles D. 6145-67 et R. 6145-67-1 du CSP.

Mission du comité régional de veille active sur la situation de trésorerie (Corevat)

Mis en place par une circulaire interministérielle de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction de la sécurité sociale (DSS) et la (direction générale des finances publiques) DGFIP du 14 septembre 2012, les Corevat visent à prévenir les situations d'insuffisance de trésorerie des hôpitaux publics.

Soins de suite et de réadaptation et soins médicaux et de réadaptation

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont devenus soins médicaux et de réadaptation (SMR) par décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.

De nouvelles modalités de financement ont été introduites par décret n° 2023-696 du 29 juillet 2023 relatif à la réforme du financement des activités de soins médicaux et de réadaptation.

Dispositif de restauration des capacités financières issu du Ségur de la santé

Le second volet du Ségur de la santé prévoit un plan d'investissement massif pour le système de santé, au moyen d'enveloppes confiées aux agences régionales de santé, dont une enveloppe de 6,5 milliards d'euros consacrée à la restauration de la capacité financière des établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Cet engagement s'est traduit dans l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, dont les conditions d'application ont été déterminées par décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Les modalités de contractualisation sont précisées par arrêté du 27 juillet 2021 relatif aux enveloppes régionales et au contrat entre les agences régionales de santé et les établissements de santé dans le cadre du dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021.

L'aide allouée à l'établissement est comptabilisée au bilan en capitaux propres pour la totalité du montant lors de la signature du contrat dit « article 50 » avec l'ARS. En contrepartie, une créance immobilisée est enregistrée à l'actif, dont le montant est réduit au fur et à mesure des versements annuels.

Labellisation du CH Royan-Atlantique en hôpital de proximité

Le CH Royan-Atlantique figure dans l'arrêté n° 2023-078 du 6 avril 2023 fixant la liste des hôpitaux de proximité pour la région Nouvelle-Aquitaine, pris par le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et publié au recueil administratif de la préfecture de région.

Outre la sécurisation des recettes d'activité de médecine assurée par l'attribution d'une dotation forfaitaire garantie fixée pour trois ans, la labellisation emporte en outre l'allocation d'une dotation de responsabilité territoriale (DRT) composée d'une part fixe de 75 000 € et d'une part variable destinée à accompagner les missions élargies, fixée pour le CHRA à 110 000 € en 2023 (50 000 € pour l'activité hospitalière, 40 000 € pour l'appui au premier recours et aux établissements sociaux et médico-sociaux, 20 000 € pour la mission de prévention et promotion de la santé). Des dotations complémentaires peuvent être attribuées sur appel à projet (en 2023, 33 000 € pour le financement d'équipements et de travaux pour l'extension de l'équipe mobile à orientation gériatrique - EMOG - et 105 000 € pour la création d'une consultation de soins non programmés - CSNP).

Mesures de revalorisations salariales

Durant la période contrôlée, des mesures compensatoires spécifiques covid ont été prises : majoration des heures supplémentaires du personnel non médical et du temps de travail additionnel du personnel médical, prime exceptionnelle pour les deux types de personnel.

D'autres mesures issues du Ségur de la santé ont été mises en œuvre pour renforcer l'attractivité des carrières hospitalières :

- pour le personnel médical : revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE), suppression des trois premiers échelons et rééchelonnement des carrières, revalorisation des rémunérations et des gardes des internes, création ou revalorisation de primes de gouvernance médicalisée (président de commission médicale d'établissement, chef de pôle, chef de service), majoration de la permanence des soins ; d'une manière générale, augmentation de la masse salariale médicale par la conjugaison de multiples effets variables selon les statuts de personnel ;
- pour le personnel non médical : complément de traitement indiciaire, relèvement du point d'indice, révision de l'indice minimum de traitement compte tenu de la revalorisation du SMIC et revalorisation des grilles indiciaires, création ou revalorisation de primes (prime d'encadrement, prime d'exercice en soins critiques), reclassement des aides-soignants en catégorie B et de catégories C et B autres que paramédicaux, réalignement des contractuels sur les grilles des titulaires, majoration du travail intensif.

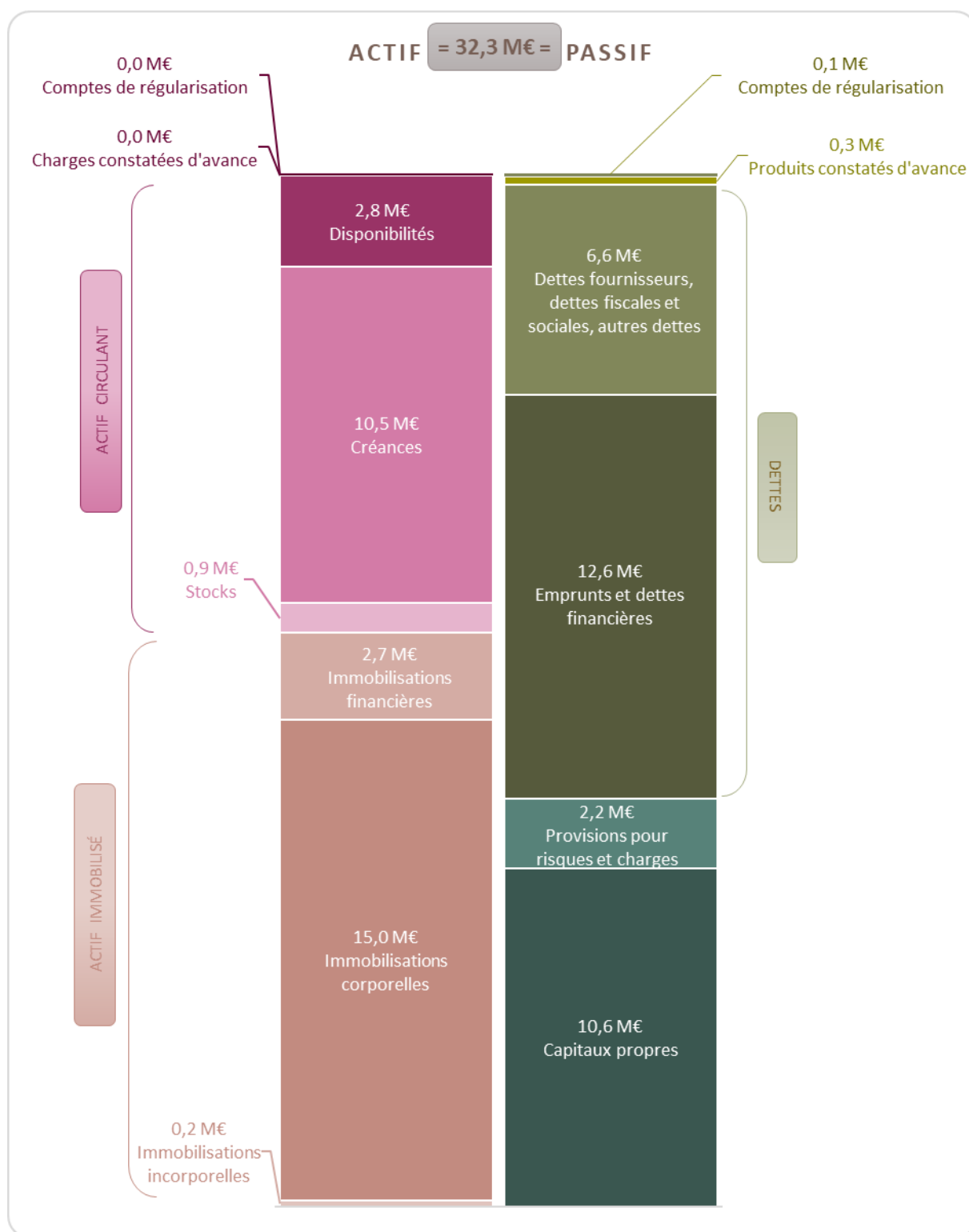
Surcoûts covid identifiés par le CH Royan-Atlantique

La crise sanitaire a provoqué des surcoûts en ressources humaines et dans d'autres postes de dépenses : achats d'équipements de protection individuelle, de tests et d'autotests, centre de vaccination, contrôle du pass sanitaire par une société de sécurité, petits travaux d'aménagement, investissements en matériel médical.

Augmentation du poste entretien et réparation

L'exercice 2022 voit par exemple la réparation exceptionnelle de la toiture et la mise aux normes du local du scanner. L'exercice 2023 voit notamment une forte augmentation des réparations sur les matériels de cuisine, le système d'appel malade, les ascenseurs et la porte d'entrée des urgences.

Annexe n° 5. Bilan net comptable au 31 décembre 2023



Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

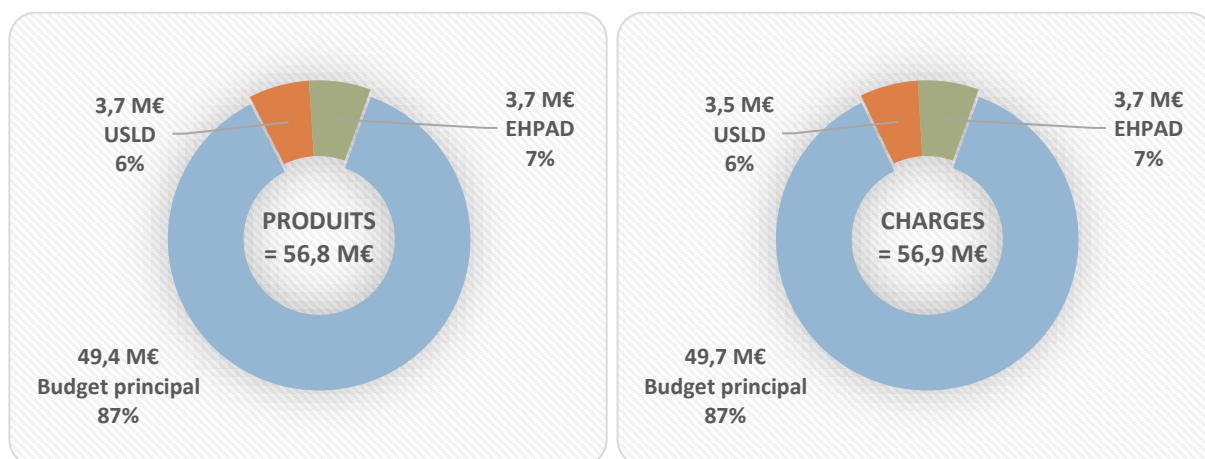
Annexe n° 6. Soldes intermédiaires de gestion

Tous budgets	2019	2020	2021	2022	2023
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance maladie (A)	22,1 M€	22,0 M€	23,6 M€	24,7 M€	6,3 M€
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance maladie (B)	2,7 M€	2,5 M€	2,6 M€	2,4 M€	2,5 M€
Sous-total variable selon l'activité (A + B)	24,8 M€	24,5 M€	26,2 M€	27,1 M€	8,9 M€
Produits du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR puis SMR)	4,6 M€	0,6 M€	0,7 M€	0,7 M€	5,9 M€
Produits du financement des hôpitaux de proximité	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	20,7 M€
Dotations missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC)	2,0 M€	3,6 M€	2,5 M€	3,0 M€	3,7 M€
Fonds d'intervention régional (FIR)	2,9 M€	2,2 M€	2,2 M€	0,5 M€	0,5 M€
Forfaits et dotations annuels médecine chirurgie obstétrique (MCO)	0,1 M€	0,1 M€	0,1 M€	0,2 M€	0,2 M€
Dotations annuelle de financement SSR	0,1 M€	4,1 M€	4,6 M€	5,8 M€	0,0 M€
Produits afférents aux soins (comptes de résultat annexes - CRA)	2,9 M€	3,9 M€	3,6 M€	3,9 M€	4,1 M€
Produits afférents à la dépendance	1,1 M€	1,0 M€	1,0 M€	1,0 M€	1,0 M€
Produits de l'hébergement	2,4 M€	2,5 M€	2,5 M€	2,5 M€	2,7 M€
Autres produits de tarification des CRA	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€
Ventes de marchandises	2,1 M€	1,9 M€	2,3 M€	1,7 M€	1,4 M€
Autres produits	1,1 M€	1,1 M€	1,2 M€	1,2 M€	1,2 M€
Produits bruts d'exploitation	44,2 M€	45,6 M€	47,0 M€	47,6 M€	50,2 M€
Consommations en provenance de tiers	8,5 M€	7,9 M€	8,8 M€	9,1 M€	10,7 M€
Charges externes	6,0 M€	5,8 M€	6,3 M€	6,5 M€	7,2 M€
Remboursements de frais des CRA	0,6 M€	0,5 M€	0,6 M€	0,6 M€	0,6 M€
- Consommations intermédiaires	13,9 M€	13,2 M€	14,6 M€	14,9 M€	17,3 M€
VALEUR AJOUTÉE	30,2 M€	32,4 M€	32,4 M€	32,7 M€	32,9 M€
+ Subventions d'exploitation	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€
- Impôts et taxes	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€
- Charges nettes de personnel	34,1 M€	35,6 M€	38,5 M€	39,7 M€	41,8 M€
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	-3,9 M€	-3,2 M€	-6,1 M€	-7,1 M€	-8,9 M€
+ Autres produits de gestion courante	6,5 M€	7,0 M€	8,7 M€	9,0 M€	9,8 M€
- Autres charges de gestion courante	0,3 M€	0,3 M€	0,3 M€	0,4 M€	0,5 M€
MARGE BRUTE	2,3 M€	3,5 M€	2,3 M€	1,6 M€	0,5 M€
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	0,3 M€	0,1 M€	0,2 M€	0,5 M€	0,4 M€
- Dotations aux amortissements	1,5 M€	1,4 M€	1,4 M€	1,5 M€	1,5 M€
- Dotations aux provisions et dépréciations	0,1 M€	0,3 M€	0,9 M€	1,1 M€	0,7 M€
RÉSULTAT D'EXPLOITATION	1,1 M€	1,9 M€	0,2 M€	-0,5 M€	-1,3 M€
+ Produits financiers	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€	0,0 M€
- Charges financières	0,5 M€	0,4 M€	0,4 M€	0,4 M€	0,4 M€
RÉSULTAT COURANT	0,6 M€	1,5 M€	-0,2 M€	-0,8 M€	-1,7 M€
+ Produits exceptionnels	0,5 M€	0,3 M€	0,3 M€	0,2 M€	0,3 M€
- Charges exceptionnelles	0,7 M€	0,4 M€	0,3 M€	0,1 M€	0,2 M€
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL	-0,2 M€	-0,1 M€	0,1 M€	0,1 M€	0,1 M€
RÉSULTAT NET	0,4 M€	1,5 M€	-0,2 M€	-0,7 M€	-1,5 M€

Source : CRC NA, d'après le rapport d'analyse financière Octopus (données de la DGFIP)

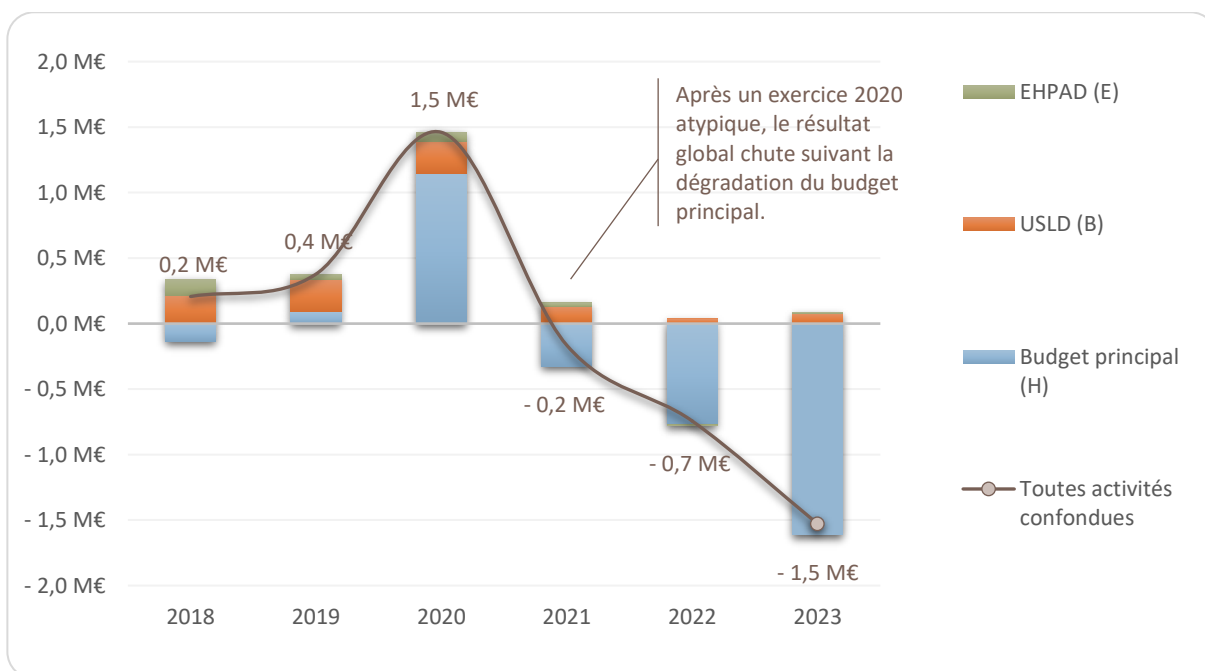
Annexe n° 7. Caractérisation de la situation financière

Graphique n° 1 : poids des différents budgets en moyenne sur la période 2019-2023

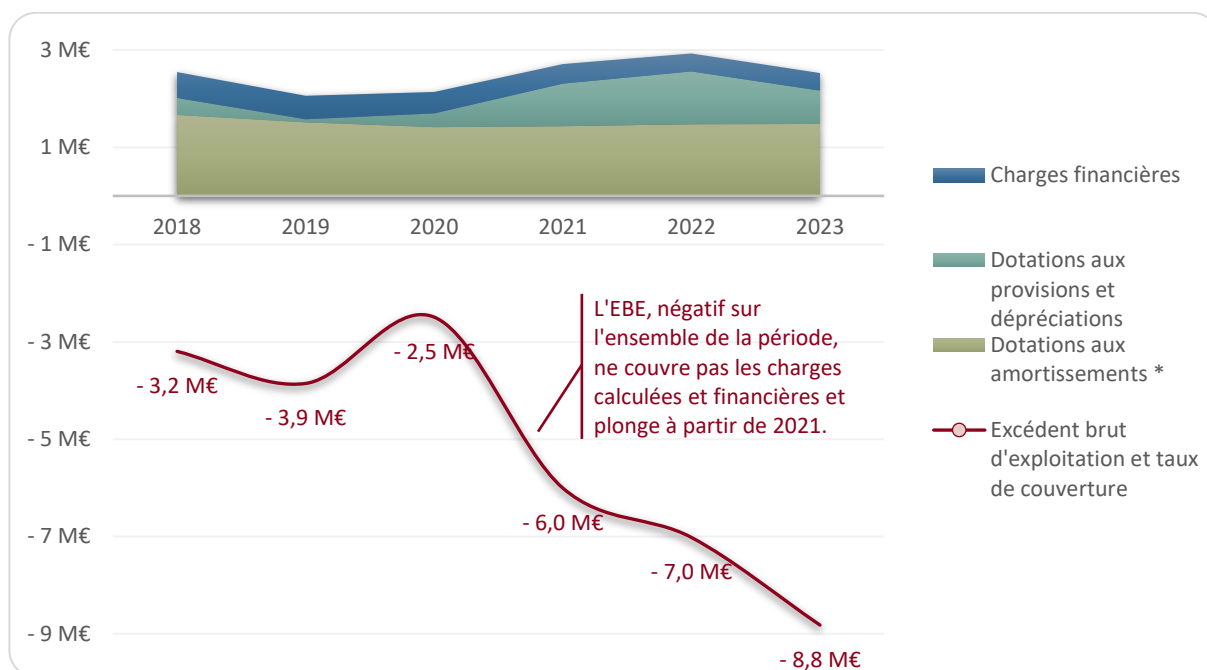


Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

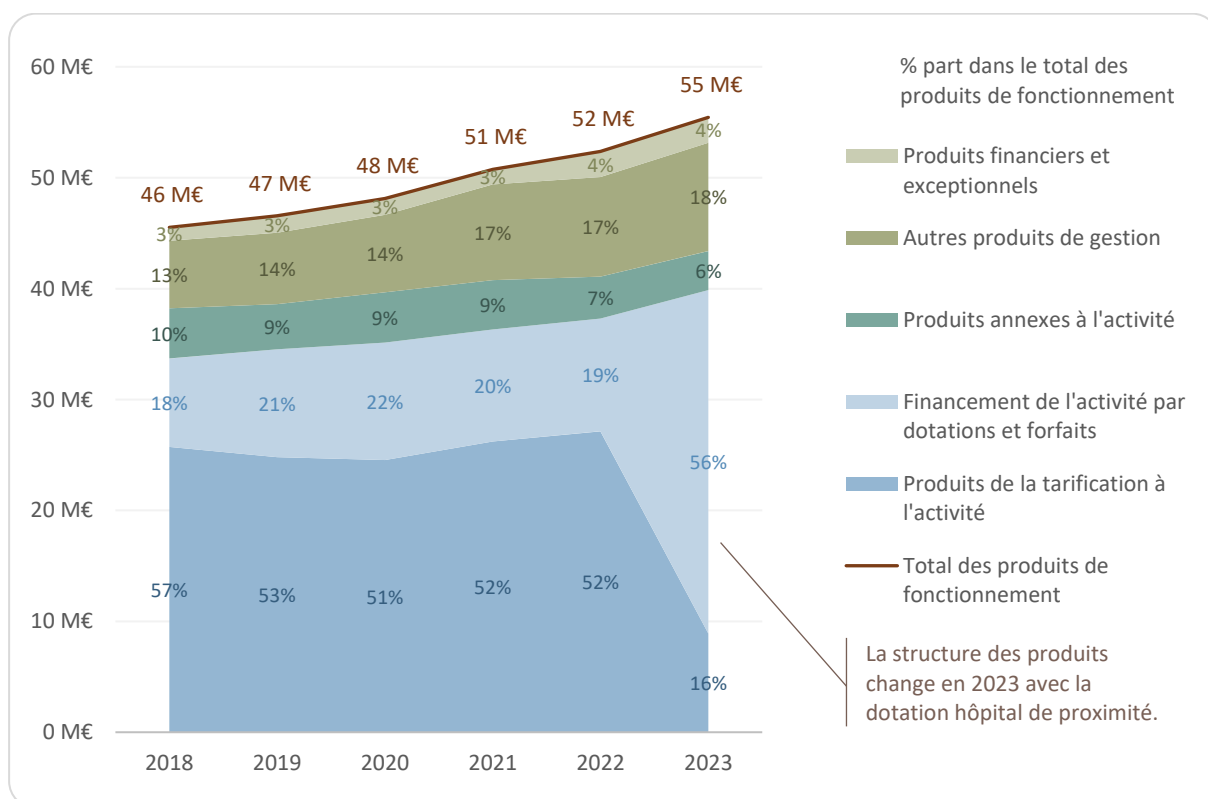
Graphique n° 2 : évolution du résultat net comptable décomposé par budget



Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

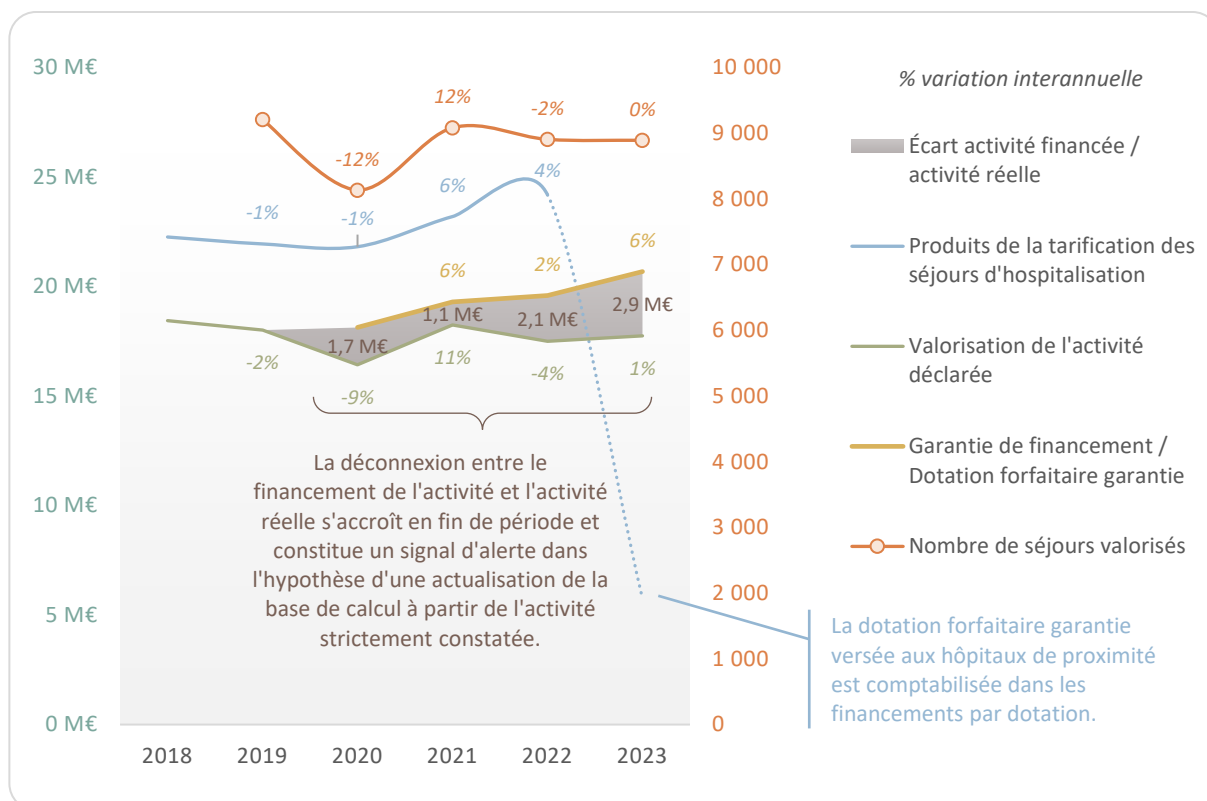
Graphique n° 3 : évolution de l'excédent brut d'exploitation (tous budgets)

Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

Graphique n° 4 : évolution des produits du budget principal

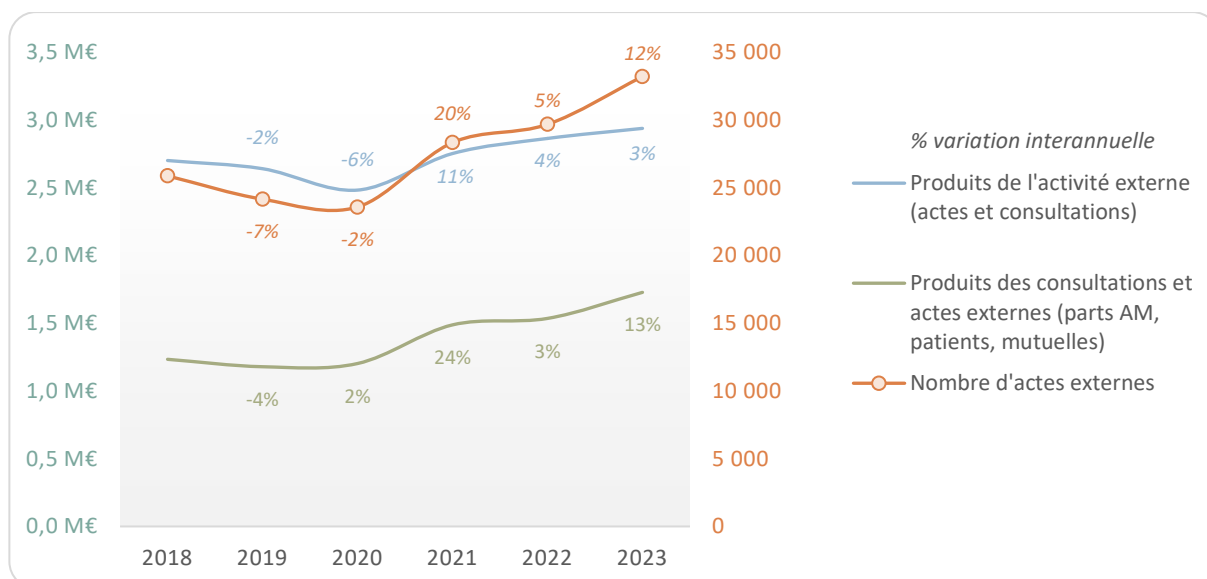
Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

Graphique n° 5 : évolution comparée de l'activité d'hospitalisation et des produits de l'activité d'hospitalisation (budget principal)



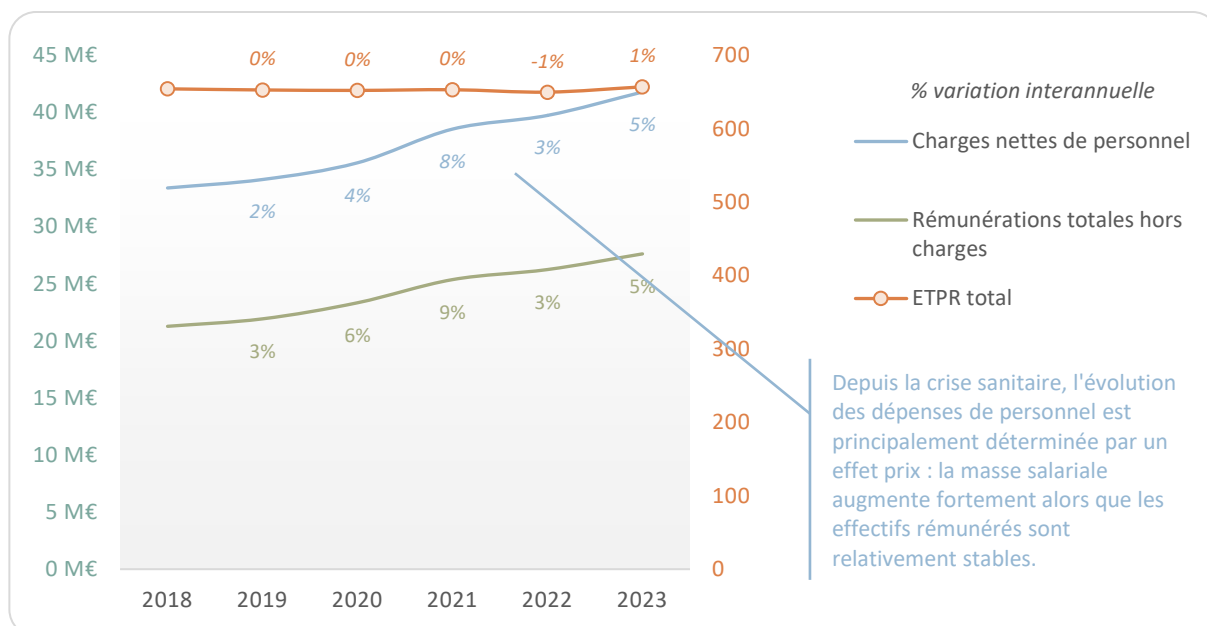
Sources : CRC NA, d'après les comptes financiers et les rapports financiers du CHRA

Graphique n° 6 : évolution comparée de l'activité externe et des produits de l'activité externe (budget principal)



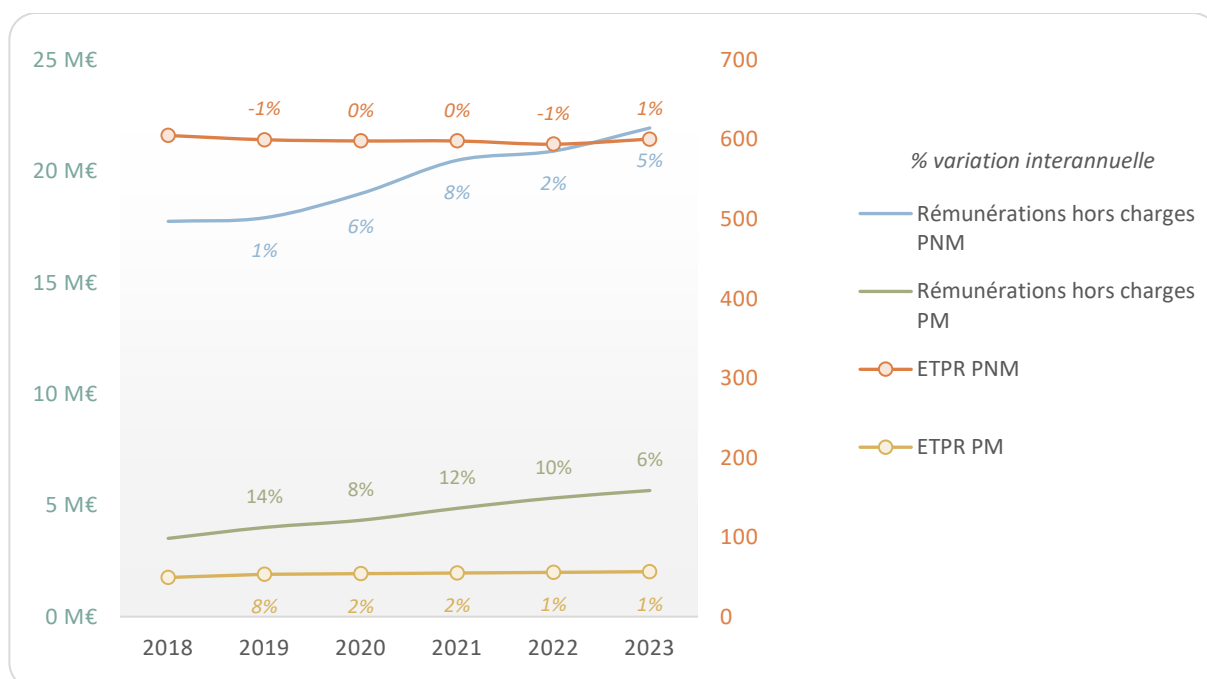
Sources : CRC NA, d'après les comptes financiers et les rapports financiers du CHRA

Graphique n° 7 : évolution comparée des charges de personnel et des équivalents temps plein rémunérés - ETPR (tous budgets et tous personnels)



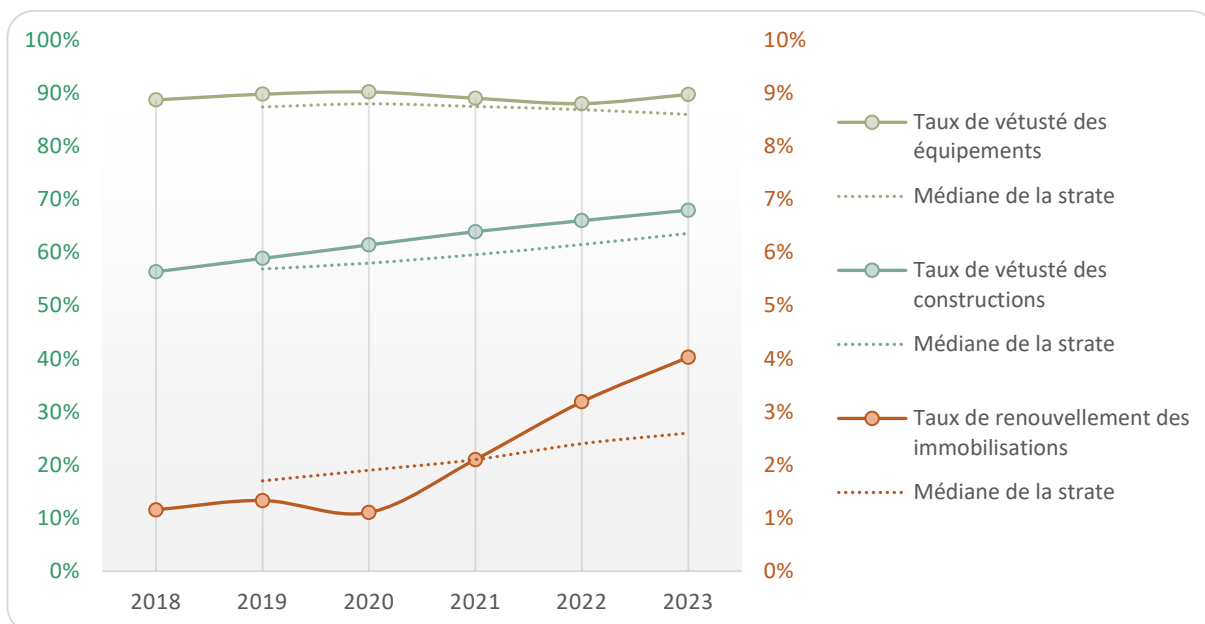
Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

Graphique n° 8 : évolution comparée des charges de personnel et des ETPR par type de personnel (tous budgets)



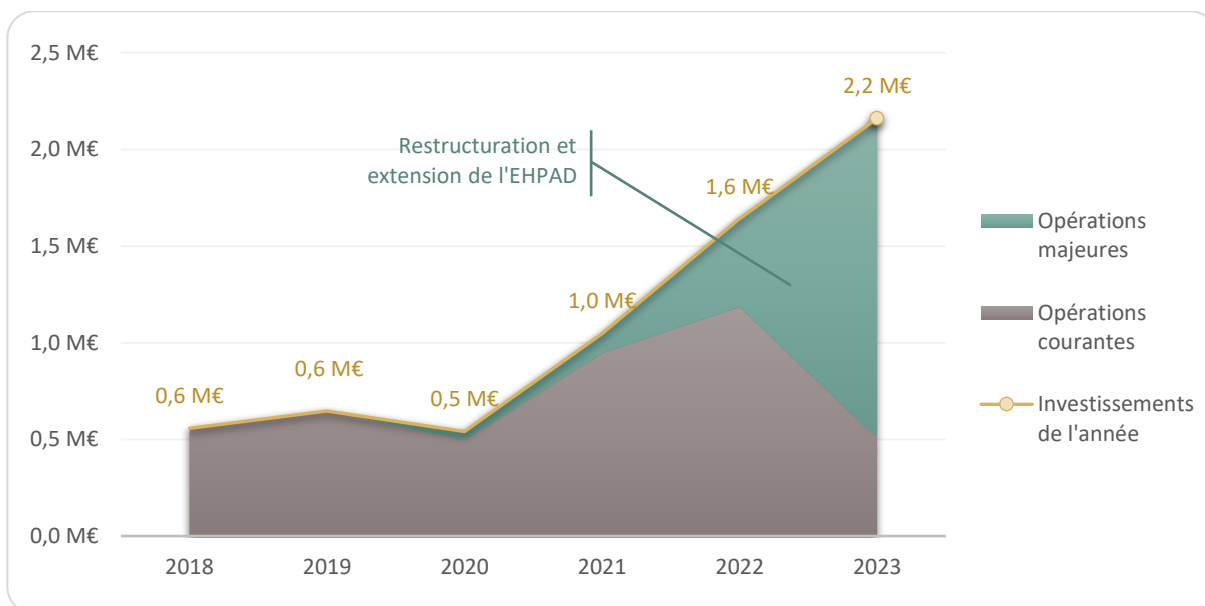
Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

Graphique n° 9 : évolution des ratios d'investissement

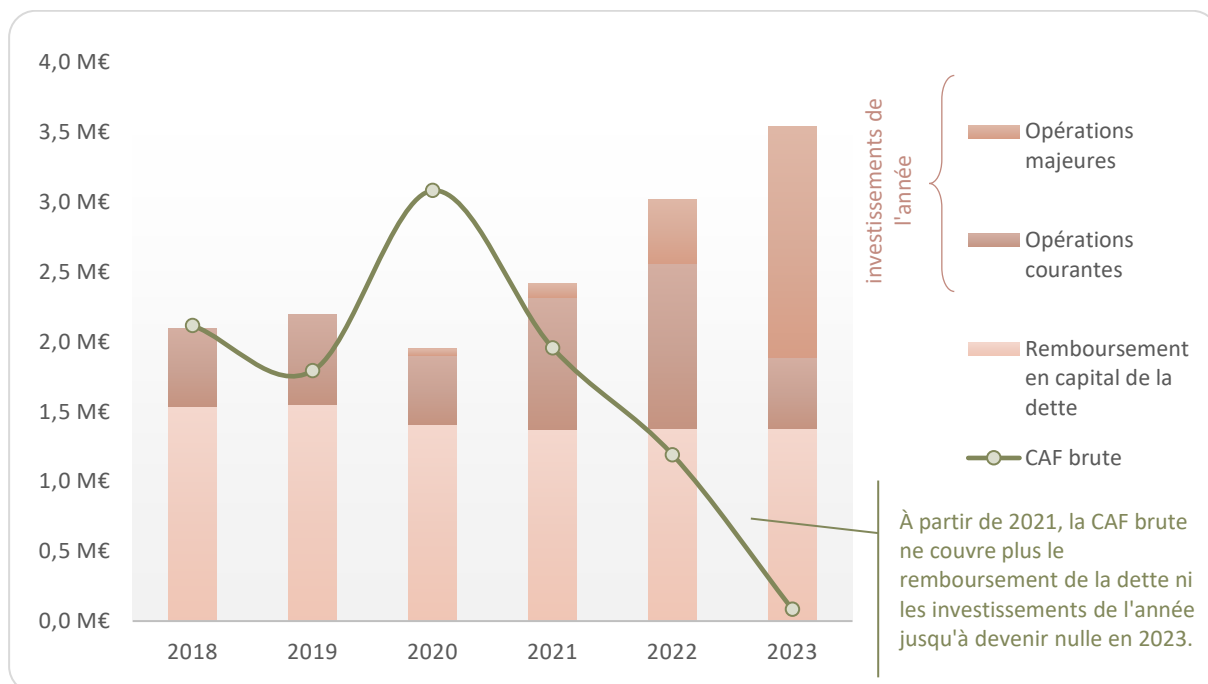


Sources : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA et le rapport d'analyse financière Octopus (données de la DGFIP)

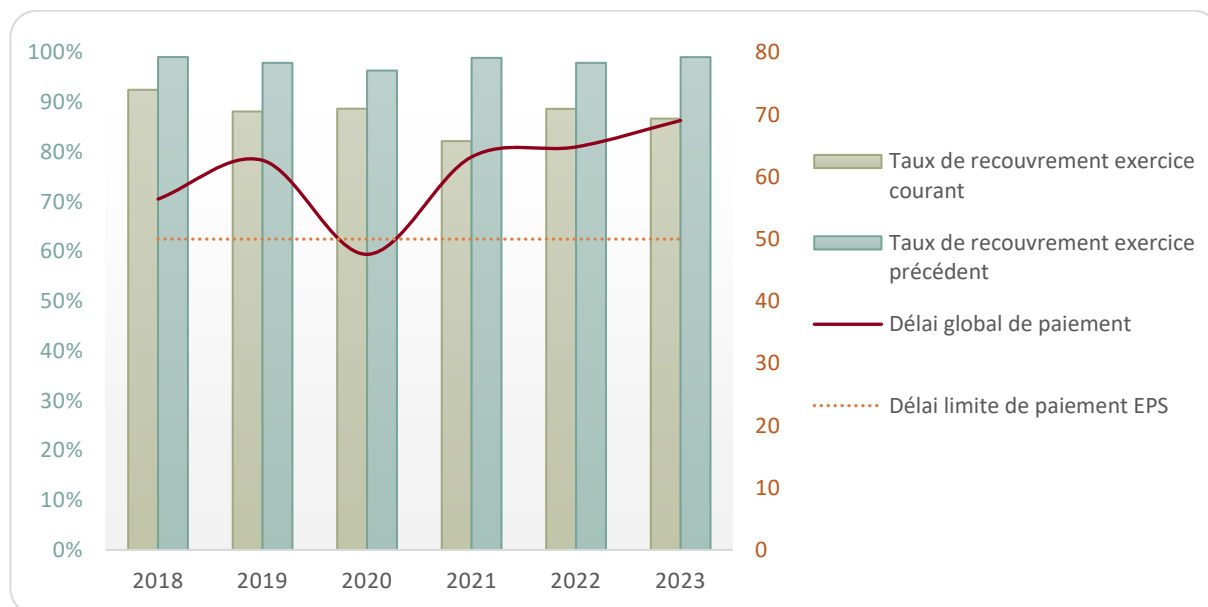
Graphique n° 10 : évolution des investissements



Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

Graphique n° 11 : utilisation de la capacité d'autofinancement

Source : CRC NA, d'après les comptes financiers du CHRA

Graphique n° 12 : évolution des principaux indicateurs comptables

Source : CRC NA, d'après la synthèse du compte



Chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine

3, place des Grands-Hommes

CS 30059

33064 Bordeaux Cedex

nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr