

Lyon, le 17 janvier 2017

La présidente

N° D170157

Recommandée avec A.R.

Réf. : ma lettre n°D164369 du 23 novembre 2016

P.J. : 1

Monsieur le Directeur,

Par lettre citée en référence, j'ai communiqué à M. Jean-Paul QUILLET, votre prédécesseur, le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier des Vals d'Ardèche au cours des exercices 2010 à 2014.

A l'issue du délai d'un mois fixé par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, je vous notifie à ce rapport, accompagné de la réponse écrite adressée à la chambre par votre prédécesseur.

En application du même article, vous avez l'obligation de communiquer le rapport d'observations de la chambre, auquel doit être jointe cette réponse écrite, à votre assemblée délibérante, dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Cette communication relève du président de votre établissement, auquel je transmets également une copie du rapport.

Ce rapport devenant publiable et communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément aux dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, je vous serais obligée de me faire connaître à quelle date ladite réunion aura lieu et de me communiquer, en temps utile, copie de son ordre du jour.

Monsieur Frédéric LECENNE

Directeur du centre hospitalier des Vals d'Ardèche
2, avenue Pasteur
07007 PRIVAS Cedex

En application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations est, en outre, communiquée au préfet et au directeur départemental des finances publiques de l'Ardèche. Par ailleurs, le document est communiqué au directeur de l'agence régionale de santé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Catherine de Kersauson

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA
RÉPONSE**

**Centre hospitalier
des Vals d'Ardèche (07)**

Exercices 2010 à 2014

**Observations définitives
délibérées le 15 septembre 2016**

SOMMAIRE

1-	<u>PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</u>	8
1.1-	Une orientation gériatrique prédominante	8
1.2-	L'offre de soins et les besoins de santé sur le territoire	9
1.2.1-	Le bassin de santé	9
1.2.2-	La communauté hospitalière de territoire et groupement de coopération sanitaire	9
1.2.3-	La déclinaison des axes stratégiques du projet régional de santé dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	10
1.2.4-	Un projet médical articulé autour des filières de prise en charge	10
1.3-	Le positionnement de l'établissement	11
1.3.1-	Un hôpital de premier recours fortement concurrencé sur son territoire	11
1.3.2-	Des parts de marché en baisse	11
2-	<u>L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE</u>	11
2.1-	L'organisation des pôles	11
2.1.1-	Le périmètre des pôles	11
2.1.2-	Le pilotage des pôles	12
2.1.3-	Les contrats et projets de pôle	12
2.1.4-	Le dialogue de gestion	13
2.2-	Les outils de pilotage	13
2.2.1-	Le contrôle de gestion	13
2.2.2-	La comptabilité analytique	13
2.2.3-	Le PMSI et le codage	14
3-	<u>LA COMMANDE PUBLIQUE</u>	15
3.1-	Une organisation de l'achat formalisée mais dont la mise en œuvre est inachevée	15
3.1.1-	Un audit de la fonction achat en 2013	15
3.1.2-	Une organisation formalisée mais théorique	15
3.1.3-	Une organisation des achats embryonnaire	16
3.1.4-	L'absence de sécurisation juridique	16
3.2-	Un processus achat partiellement sécurisé par l'adhésion à divers groupements	17
3.3-	Une définition et une estimation des besoins à améliorer	18
3.4-	L'absence de computation des seuils	18
4-	<u>LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES</u>	19
4.1-	Le personnel non médical	19
4.1.1-	L'évolution de la masse salariale et des effectifs	19
4.1.2-	La gestion et l'organisation du temps de travail	21
4.1.3-	Les recrutements et les titularisations	23
4.1.4-	L'avancement et l'évaluation	24
4.1.5-	Les primes et indemnités allouées au personnel non médical contractuel	24
4.2-	La gestion des personnels médicaux	25
4.2.1-	Les effectifs et la masse salariale	25
4.2.2-	Une démographie médicale défavorable	26
4.2.3-	Le temps de travail médical	28
4.2.4-	Un dispositif de permanence des soins large et onéreux	31
4.2.5-	L'activité libérale	33
4.3-	Conclusion sur la gestion des ressources humaines	34
5-	<u>L'ANALYSE STRATEGIQUE ET MEDICO-ECONOMIQUE</u>	35
5.1-	Des séjours en déclin compensés par une forte progression des séances	35
5.2-	La médecine : une activité stable et équilibrée financièrement	36
5.2.1-	Les parts de marché	36
5.2.2-	L'analyse par spécialité	37
5.3-	La chirurgie : une activité fragile et déficitaire	43
5.3.1-	Les performances	43
5.3.2-	L'analyse par spécialité	44

5.4-	L'obstétrique : une maternité en sous activité, fortement déficitaire et ne répondant pas aux exigences réglementaires	48
5.4.1-	Le cadre juridique	48
5.4.2-	Une maternité peu attractive et en sous activité	49
5.4.3-	Les risques inhérents à la sous-activité et à l'organisation de la maternité.....	50
5.4.4-	Une maternité fortement déficitaire	51
5.4.5-	Un avenir incertain.....	52
5.5-	Le pôle gériatrique.....	53
5.5.1-	Présentation du pôle gériatrique.....	53
5.5.2-	La résidence hospitalière du Montoulon (RHM)	53
5.5.3-	L'EHPAD Rivoly : une structure suréquipée et surdimensionnée architecturalement.....	57
6-	<u>LA FIABILITE DES COMPTES.....</u>	<u>59</u>
6.1-	Le principe de sincérité et de régularité	59
6.1.1-	Le suivi des immobilisations et l'inventaire	59
6.1.2-	L'intégration des immobilisations en cours	59
6.1.3-	Des durées d'amortissement parfois excessives	60
6.1.4-	La comptabilisation des stocks	60
6.2-	Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits.....	61
6.2.1-	Le rattachement des charges	61
6.2.2-	Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser	61
6.2.3-	Les créances irrécouvrables et titres à recouvrer	62
6.3-	Le principe de prudence et la constitution des provisions	63
6.3.1-	Les provisions pour renouvellement des immobilisations	63
6.3.2-	Les provisions pour compte épargne temps	64
6.3.3-	Les provisions pour risques	64
6.3.4-	Les provisions pour risques et charges sur emprunt	65
6.3.5-	Les provisions pour charges.....	66
6.4-	Conclusion sur la fiabilité des comptes.....	66
7-	<u>LA SITUATION FINANCIERE</u>	<u>66</u>
7.1-	Les charges et produits du budget principal.....	66
7.1.1-	Des produits en hausse modérée	66
7.1.2-	Des charges progressant deux fois plus vite que les produits	68
7.2-	Les budgets EHPAD.....	72
7.2.1-	L'EHPAD Rivoly.....	72
7.2.2-	L'EHPAD Montoulon.....	73
7.3-	Le budget USLD	73
7.4-	Le budget Ecoles	74
7.5-	Le budget « centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » (CSAPA – budget P)	75
7.6-	Le résultat consolidé.....	75
7.6.1-	Le résultat comptable.....	75
7.6.2-	Le résultat structurel	75
7.7-	Les soldes intermédiaires de gestion	76
7.8-	Le financement des investissements.....	78
7.9-	La situation patrimoniale.....	79
7.9.1-	Les ressources stables	79
7.9.2-	La formation du fonds de roulement.....	81
7.9.3-	La formation de la trésorerie.....	81
7.10-	Le nécessité d'un plan de redressement d'envergure.....	82
7.10.1-	Un premier contrat de retour à l'équilibre financier non opérant	82
7.10.2-	Un plan d'action et de performance non validé	82
8-	<u>ANNEXES.....</u>	<u>85</u>

SYNTHESE

Le centre hospitalier des Vals d'Ardèche (CHVA) est issu de la fusion, réalisée en 2006, entre les établissements de Privas et de La Voulte-sur-Rhône distants de 20 km. Le CHVA dispose de 416 lits et dessert un bassin de population étendu mais faiblement peuplé (50 000 habitants), rural et vieillissant. Son orientation majoritairement gériatrique se traduit par un important secteur de moyen et long séjour qui représente 68 % de ses capacités : 204 places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 60 lits d'unité de soins de longue durée, 22 lits de soins de suite et réadaptation. Les 114 lits de court séjour sont aux deux tiers des lits de médecine et à plus d'un quart des lits de chirurgie, le secteur d'obstétrique se réduisant à neuf lits. Il dispose d'un bloc opératoire de trois salles, entièrement rénové en 2015 ainsi que d'un plateau d'imagerie avec un scanner.

Doté d'un budget de 46 M€, le CHVA est un hôpital de premier recours, qui prend essentiellement en charge des séjours de faible niveau de sévérité. La majorité de son activité d'hospitalisation complète provient des urgences et l'activité programmée reste faible voire anecdotique dans certaines spécialités. Les consultations, en fort développement, répondent à la défaillance de l'offre libérale.

Afin de satisfaire les besoins de santé de la population, le CHVA a développé un large éventail d'activités médicales et chirurgicales en hospitalisation complète nécessitant un important dispositif de permanence des soins. Néanmoins, l'établissement est confronté à de graves difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel médical. Un certain nombre de postes de spécialistes ne sont pas pourvus et toutes les disciplines ne disposent pas du nombre de praticiens de plein exercice nécessaire à la sécurisation du dispositif de permanence des soins. La présence de nombreux praticiens contractuels engendre une instabilité au sein de la communauté médicale et un surcoût patent pour l'établissement.

Si l'activité de médecine parvient à se maintenir à un niveau assurant son équilibre financier en dépit d'une durée moyenne de séjour dégradée, l'activité chirurgicale demeure fragile et fortement déficitaire. Malgré les efforts déployés par l'établissement pour moderniser le bloc opératoire et réorganiser l'activité chirurgicale, les taux de fuite demeurent importants et aucune des spécialités chirurgicales n'enregistre une activité suffisante au regard des effectifs médicaux déployés pour la réaliser. La pérennité de cette activité semble devoir passer par une reconversion massive de l'activité conventionnelle en chirurgie ambulatoire. La situation est encore plus préoccupante en matière d'obstétrique où le nombre d'accouchements, déjà en deçà du seuil réglementaire en début de période, ne cesse de décliner pour s'établir à 213 en 2015, soit en moyenne 2,2 accouchements par sage-femme et par mois. La sous-activité de la maternité, ses difficultés de fonctionnement et l'ampleur du déficit qu'elle génère (près d'un million d'euros en 2015) doivent conduire l'établissement à définir avec l'agence régionale de santé les modalités de reconversion en centre périnatal de proximité.

Malgré une activité atone, la politique d'investissement a été volontariste sur la période : reconstruction d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD Rivoly) à hauteur de 22 M€, rénovation du plateau technique pour 5,2 M€. En l'absence de capacité d'autofinancement, elle a été essentiellement financée par emprunt. L'encours de dette, qui dépasse les trois seuils d'alerte réglementaires, est devenu préoccupant. Par ailleurs, les dotations aux amortissements et des charges financières ont fortement augmenté, ce qui a contribué à la dégradation du déficit comptable consolidé qui représentait 3,2 % du budget en 2014. Le déficit structurel, de plus de 7 % en 2014, justifie la mise en œuvre rapide d'un plan de redressement d'ampleur passant par une importante reconfiguration de l'offre de soins.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : convertir la maternité en centre périnatal de proximité.

Recommandation n° 2 : reconfigurer l'offre chirurgicale en mettant fin à une offre en chirurgie complète dans tout ou partie des spécialités au profit d'une activité ambulatoire.

Recommandation n° 3 : respecter la réglementation en matière de temps de travail médical, de rémunération médicale et de sécurisation des pratiques.

La chambre régionale des comptes d'Auvergne, Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, à l'examen de la gestion du centre hospitalier des Vals d'Ardèche pour les exercices 2010 à 2014, en vertu des dispositions des articles L. 211-8, L. 111-9 et R. 111-1 du code des juridictions financières (CJF) ainsi que de l'arrêté du Premier président de la Cour des Comptes en date du 1^{er} juin 2010, qui délègue aux chambres régionales des comptes la compétence pour l'examen des comptes et de la gestion des établissements publics de santé. Les données les plus récentes ont été intégrées, autant que possible.

Le contrôle a été engagé par lettre en date du 16 juillet 2015 adressée à M. Jean-Paul QUILLET, ordonnateur en fonction depuis le 16 août 2010. Ses prédécesseurs sur la période contrôlée ont également été informés : M. Thierry GAMOND-RIUS et Mme Martine GUILLERMAIN, par courriers du 11 décembre 2015. M. Barnabé LOUCHE, président du conseil de surveillance, a été informé par courrier du 16 juillet 2015.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ l'organisation et la gouvernance ;
- ♦ la gestion des ressources humaines et la permanence des soins ;
- ♦ la commande publique ;
- ♦ l'analyse stratégique et médico-économique ;
- ♦ la fiabilité des comptes ;
- ♦ la situation financière.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 8 février 2016 avec M. Jean-Paul QUILLET, ordonnateur, et Mme Martine GUILLERMAIN, ancienne ordonnateur et le 17 février 2016 avec M. Thierry GAMOND-RIUS, ancien ordonnateur.

Lors de sa séance du 10 mars 2016, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 12 mai 2016 à Jean-Paul QUILLET, ordonnateur en fonctions, ainsi qu'à Monsieur Thierry GAMOND-RIUS, à Mme Martine GUILLERMAIN et aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 15 septembre 2016, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1- PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1.1- Une orientation gériatrique prédominante

Le centre hospitalier des Vals d'Ardèche (CHVA) est né de la fusion en 2006 des établissements de Privas et de La Voulte-sur-Rhône. De ce fait, il exerce son activité sur le territoire de ces deux communes distantes de 20 km. L'ouverture sur le sillon rhodanien, offerte par le site de La Voulte-sur-Rhône, apparaît comme l'un des moyens principal de conforter une patientèle, dont le taux de fuite en dehors de la zone de soins de proximité atteignait 67 % en 2009¹ et n'a pu être contenu sur la période sous revue.

Le CHVA dispose de 416 lits et dessert un bassin de population peu dense, rural et vieillissant. Son orientation majoritairement gériatrique se traduit par un important secteur de moyen et long séjour qui représente 68 % de ses capacités : 204 places d'hébergement pour

¹ Source : Observatoire régional de la santé.

personnes âgées dépendantes², 60 lits d'unité de soins de longue durée, 22 lits de soins de suite et réadaptation³.

L'activité sanitaire et médico-sociale est exercée sur trois sites :

- ♦ le court séjour, regroupé dans l'unité sanitaire de Privas, est concentré sur un nombre limité de lits ; par ailleurs, il est organisé en petites unités qui ne favorisent pas la rentabilité de l'activité ;
- ♦ la résidence hospitalière de Montoulon, située également à Privas, est consacrée à la gériatrie et regroupe le service de soins de suite et de réadaptation (SSR), l'unité de soins de longue durée (USLD) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- ♦ le deuxième EHPAD géré par le CHVA (la résidence Rivoly) se situe à La Voulte-sur-Rhône.

Les 114 lits de court séjour se répartissent en 62 lits de médecine, 8 places d'hôpital de jour, 34 lits de chirurgie, 6 places de chirurgie ambulatoire, 9 lits de gynécologie-obstétrique, 4 lits de soins continus et 5 lits d'hospitalisation de très courte durée. L'établissement dispose d'un bloc opératoire de trois salles, entièrement rénové en 2015⁴ ainsi que d'un plateau d'imagerie doté d'un scanner.

Hôpital de premier recours, le CHVA prend en charge, pour l'essentiel, des séjours de faible niveau de sévérité. La majorité de son activité d'hospitalisation complète (54 %) provient des urgences et le nombre de séjours réalisés évolue peu. Les consultations, en fort développement, répondent à la déficience de l'offre libérale.

Il emploie environ 670 agents et son budget consolidé est de 46 M€.

1.2- L'offre de soins et les besoins de santé sur le territoire

1.2.1- Le bassin de santé

Le CHVA relève du bassin hospitalier de Montélimar, lequel appartient au territoire de santé sud où le fonctionnement de la communauté hospitalière de territoire, l'organisation des filières gérontologiques et gériatriques et la réorganisation de la périnatalité et de la psychiatrie sont des enjeux majeurs. Ce bassin, qui s'étend du contrefort des Cévennes aux pré-Alpes drômoises, est caractérisé par une offre de soins publique et privée variée, structurée autour du centre hospitalier de Montélimar- établissement de référence pour la prise en charge du cancer, la surveillance continue et l'obstétrique -, des centres hospitaliers d'Aubenas et Privas et un nombre importants d'anciens hôpitaux locaux⁵. Au sein de ce bassin de santé, trois zones de soins de proximité⁶ ont été définies, dont celle de Privas qui couvre une population d'environ 50 000 habitants.

1.2.2- La communauté hospitalière de territoire et groupement de coopération sanitaire

Afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge sanitaire sur le bassin hospitalier par une offre de santé graduée, le programme régional de santé (PRS) 2012-2017 prévoit que la

² Dont l'EHPAD de la Voulte-sur-Rhône reconstruit en 2013 avec une capacité passant de 166 à 182 lits.

³ Le service de soins de suites situé à la résidence hospitalière du Montoulon est passé de 14 à 22 lits en 2013 (par transfert des lits de l'hôpital Beaugard de Vernoux-en-Vivaray).

⁴ Pour un montant de travaux de plus de 5,2 M€.

⁵ Hôpitaux de Buis-les-Baronnies, Dieulefit, Nyons, Viviers et Bourg-Saint-Andéol, Joyeuse, Rocher-Largentière, Vallon-Pont d'Arc, des Vans, Villeneuve-de-Berg.

⁶ Zone de proximité de Montélimar (174 970 habitants) ; Zone de proximité d'Aubenas (93 900 habitants) ; Zone de proximité de Privas (51 476 habitants). Source : projet d'établissement 2012-2016.

communauté hospitalière de territoire (CHT) « *Sud Drôme Ardèche* » articule les activités des établissements du sud du territoire, afin de conforter les axes déjà développés au sein du groupement de coopération sanitaire (GCS) de « *Drôme Provençale et d'Ardèche méridionale* ». Ce GCS, créé en 2010 par sept établissements⁷, s'est élargi en 2011 à d'autres établissements publics et privés du bassin de santé⁸, et fédère désormais seize membres. Les premières coopérations ont concerné certaines activités liées à la prise en charge du cancer, la réanimation, les soins intensifs et les soins continus, rejoignant ainsi les orientations du dernier PRS⁹. La convention constitutive de la CHT « *Sud Drôme Ardèche* » a été approuvée par l'ARS le 3 février 2014.

1.2.3- La déclinaison des axes stratégiques du projet régional de santé dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

La structuration de filières au sein du GCS se retrouve logiquement au cœur du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2013-2018, signé le 1^{er} juin 2014 entre l'établissement et l'ARS. Les orientations stratégiques de l'établissement y sont déclinées en référence aux annexes territoriales du PRS. Ces orientations concernent essentiellement (i) la structuration de filières (SSR, diabétologie, addictologie, neurologie, pneumologie-cardiologie, obésité) au sein du groupement de coopération sanitaire (GCS), (ii) la création d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) et (iii) la coopération en matière de chimiothérapie avec le statut d'établissement associé au centre hospitalier de Montélimar, titulaire de l'autorisation.

Par ailleurs, le CPOM fixe à l'établissement un certain nombre d'objectifs au regard des priorités régionales retenues par l'ARS (annexe 2). Dans ce cadre, le CHVA s'engage, notamment, à développer la chirurgie ambulatoire selon un calendrier précis. Il doit également finaliser et pérenniser la filière gériatrique et progresser dans l'utilisation des applications informatiques.

Si le CPOM apparaît cohérent au regard des orientations du PRS, objectifs et actions à mettre en œuvre pour y parvenir ne sont pas clairement dissociés. La définition des objectifs manque souvent de concision et celle des actions de précision. Si des indicateurs de suivi sont définis, ils sont rarement assortis de valeurs cibles à atteindre.

1.2.4- Un projet médical articulé autour des filières de prise en charge

En cohérence avec le PRS et le CPOM, le projet médical adopté par le CHVA pour la période 2012-2016 privilégie les logiques de filières et de partenariat, notamment dans les domaines de la gériatrie, neurologie, oncologie, chimiothérapie et les spécialités chirurgicales ORL et viscérale. S'appuyant sur les taux de fuite observés au niveau du territoire du GCS, il a pour ambition de conforter les spécialités déjà présentes telles la pneumo-cardiologie et la gastro-entérologie en médecine, les chirurgies urologiques, viscérale et traumatologique. Il prévoit également le développement de nouvelles offres de soins comme la chirurgie oculaire et la diabétologie. Le CHVA se fixe également pour objectif de développer les structures alternatives à l'hospitalisation classique : chirurgie ambulatoire, hôpital de semaine, hospitalisation à domicile.

⁷ CH de Montélimar, Aubenas, Privas, hôpitaux de Buis-les-Baronnies, Dieulefit, Nyons, hôpital intercommunal de Viviers et Bourg-Saint-Andéol.

⁸ Centre de réadaptation ATRIR Santé et médico-social de Nyons, centre de réadaptation cardio-respiratoire à Dieulefit Santé, Hôpital local de Joyeuse, Centre de rééducation respiratoire Folcheran de Gravières, hôpital local intercommunal de Rocher-Largentière, Hôpital local de Claude Dejean de Villeneuve-de-Berg, Centre de Post cure de Labastide de Virac, Hôpital local de Vallon-Pont d'Arc, Hôpital local des Vans.

⁹ Le PRS prescrit de faire évoluer l'activité de chimiothérapie sous la forme de site dit « associé » sur le CHVA et d'organiser la prise en charge des soins critiques autour d'un service de réanimation au CH de Montélimar et de lits de surveillance continue aux CHVA et CH Ardèche méridionale.

1.3- Le positionnement de l'établissement

1.3.1- Un hôpital de premier recours fortement concurrencé sur son territoire

Référent sur sa zone de soins de proximité en gérontologie et reconnu sur le territoire de la CHT en matière d'urologie¹⁰, le CHVA devrait constituer l'établissement de premier recours, pour les autres spécialités, au sein de filières structurées au niveau du bassin de santé. Toutefois, son statut de « chef de file » en urologie est contesté par le centre hospitalier de Montélimar et sa désignation comme structure sanitaire de référence au sein de la filière gériatrique n'a pas été facilement acquise. Par ailleurs, la réorganisation de la périnatalité sur le territoire de santé sud fait peser un risque sur l'activité de la maternité du CHVA, qui n'atteint déjà pas aujourd'hui le seuil réglementaire d'activité requis.

1.3.2- Des parts de marché en baisse

L'activité de l'établissement pâtit de la concurrence dans tous les domaines. Après avoir peiné, de 2009 à 2013, à maintenir ses parts de marché sur sa propre zone d'attractivité, le CHVA enregistre un net recul. De 2013 à 2014, ses parts de marché passent ainsi de 42,1 % à 40,9 % en médecine, de 15,2 % à 13,9 % en chirurgie et de 33,9 % à 26,2 % en chirurgie ambulatoire. La réduction des parts de marché du CHVA en chirurgie sur la période résulte, en partie, des travaux de réhabilitation du bloc opératoire qui ont débuté en 2014.

De 2009 à 2013, les deux principaux centres hospitaliers du territoire de santé Sud (Valence et Montélimar), ont accru leur parts de marché dans l'ensemble des activités MCO, au détriment de leurs concurrents privés directs, l'hôpital privé Drôme-Ardèche pour Valence et la clinique Kennedy pour Montélimar. L'affaiblissement de ces établissements privés n'a profité au CHVA qu'en matière de chirurgie en hospitalisation complète, les centres hospitaliers de Valence et de Montélimar confortant leur position en médecine sur la zone d'attractivité du CHVA, de même qu'en obstétrique pour le centre hospitalier de Valence. Le CHVA n'a pas su, non plus, maintenir ses positions en chirurgie ambulatoire qui se dégradent fortement, face à la concurrence développée par l'hôpital privé Drôme-Ardèche (seule activité en progression pour la clinique générale avec les séances de chimiothérapie) et l'hôpital Ardèche méridionale (centre hospitalier d'Aubenas). En 2013, le gain de part de marchés en matière de séances de chimiothérapie (+ 10 points) est à mettre en corrélation avec le déclin régulier de cette activité au centre hospitalier de Valence.

2- L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE

2.1- L'organisation des pôles

L'organisation de l'établissement en pôles d'activité a été mise en place en 2011 et modifiée en 2015.

2.1.1- Le périmètre des pôles

Le directeur du centre hospitalier a souhaité limiter le nombre de pôles, afin de permettre la restructuration de l'établissement autour de trois grands secteurs.

Trois pôles ont ainsi été constitués dans un premier temps : les deux premiers (« Pôle court séjour » et « Pôle gérontologique ») répondent à une logique de filière en s'appuyant sur la plateforme médico-technique et logistique constituée par le pôle « prestataires ». Toutefois,

¹⁰ Sans être, toutefois, identifié par l'ARS comme le centre hospitalier de référence de la CHT.

alors même que le « pôle gériatrique » se voulait l'expression de la filière gériatrique dont le CHVA est reconnu établissement sanitaire de référence, le court séjour gériatrique, à sa création, n'y a pas été rattaché. Seul le périmètre du pôle « Prestataires » a pu faire débat, pour des raisons de personnes, autour de la question de l'intégration du bloc opératoire au sein de ce pôle.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur en fonctions indique que le périmètre des pôles a été modifié en 2015, le pôle court séjour ayant été scindé en deux pôles : « médical et « chirurgical » afin d'affiner le dialogue de gestion.

2.1.2- Le pilotage des pôles

Des chefs de pôle ont été nommés conformément aux dispositions de l'article R. 6146-2 du code de la santé publique. Ils ont été désignés comme membres du directoire de l'établissement, mais cette mesure n'a pas suffi à asseoir la légitimité que leur conféraient les dispositions de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) auprès des différents responsables de services.

Seul le pôle « court séjour » a été doté d'un conseil de pôle qui se réunit trois fois par an mais les procès-verbaux de ces réunions n'ont pas été élaborés. Un bureau de pôle a également été constitué. Toutefois, cette dynamique a pâti du départ du chef de pôle courant 2015. Dans le cadre du renouvellement de la CME, de nouveaux chefs de pôle ont été désignés en fin d'année 2015.

Par ailleurs, les chefs de pôle n'ont pas suivi la formation prévue par l'article R. 6146-6 du code de la santé publique.

2.1.3- Les contrats et projets de pôle

Le code de la santé publique dispose que « le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle »¹¹ et que « le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle »¹². À ce jour, le pôle « court séjour » est le seul à être doté d'un contrat et d'un projet de pôle.

Intégré au contrat de pôle signé en janvier 2013, le projet de pôle reprend les objectifs généraux du projet d'établissement et se présente comme un recueil de projets non priorisés de développements d'activités déjà existantes dans l'établissement, sans considération des enjeux économiques afférents, ni définition des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

Les objectifs à atteindre ne sont pas quantifiés. Dans le cadre du dispositif d'intéressement que comporte le contrat de pôle, des indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs sont définis sans toutefois être assortis de valeurs cibles à atteindre. Ces indicateurs sont soit des indicateurs de qualité, soit des indicateurs d'activité. L'absence d'indicateur financier résulte du caractère récent des premiers comptes de résultat analytiques (CREA) qui ont été élaborés pour la première fois au cours de l'exercice 2014.

Aucun outil de suivi du contrat de pôle n'a été mis en place. L'intéressement prévu n'a pas été versé. De même, aucune délégation de gestion n'a été consentie au chef de pôle. En l'absence de consensus, le contrat de pôle « prestataires » n'a pas été adopté.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur indique qu'une nouvelle gouvernance ainsi que la relance progressive du dialogue de gestion au travers des CREA sur

¹¹ Article L. 6146-1.

¹² Article R. 6146-9.

coûts directs devrait permettre de fixer des cibles d'activité à atteindre en concertation avec les chefs de pôle.

2.1.4- Le dialogue de gestion

Lors de l'élaboration de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), les responsables de pôle sont associés à la définition des objectifs d'activité et de recettes, au regard des données de l'année écoulée.

Depuis 2013, la direction des affaires financières produit, annuellement, des tableaux de bord dits « Recueil d'activité T2A¹³ » qui regroupent, par service, un suivi de l'exécution des prévisions en matière de recettes T2A, un suivi de l'activité hospitalière par les principaux indicateurs d'activité (nombre de RUM, nombre de RSS, valorisation T2A, chiffre d'affaires moyen, l'effet prix, l'effet volume, DMS, taux d'occupation) et un suivi de l'activité externe. Cette direction établit également des comptes de résultat analytiques (CREA) dont la méthodologie n'est toutefois pas encore stabilisée.

En cours d'année, le dialogue de gestion avec les pôles est alimenté mensuellement par les données d'activité de chaque service, en volume et en valeur, produites par le département d'information médicale (DIM) et éventuellement assorties des commentaires du directeur. La portée du dialogue de gestion est toutefois entravée par le caractère encore expérimental et limité des outils de pilotage mis en place.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur indique qu'un cadre compétent en matière de comptabilité et de finances hospitalières sera chargé du développement des outils nécessaires au pilotage médico-économique de l'établissement.

2.2- Les outils de pilotage

2.2.1- Le contrôle de gestion

La mise en place d'un contrôle de gestion au sein du CHVA est récente (0,5 ETP y est affecté). Le contrôle de gestion est limité au suivi mensuel de la masse salariale et au recensement du nombre d'ETP par service. Ces éléments ne sont pas encore produits aux chefs de pôles et ne sont donc pas intégrés au dialogue de gestion.

En réponse aux observations l'ordonnateur en fonctions indique que la présentation aux pôles des tableaux de bord de gestion sera mise en œuvre concomitamment à la contractualisation interne et à la déclinaison des projets de pôle dans le cadre du dialogue de gestion basée sur les CREA.

2.2.2- La comptabilité analytique

La comptabilité analytique hospitalière a été rendue obligatoire par le décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé¹⁴. Elle doit couvrir la totalité des activités et des moyens de l'établissement, afin d'en déterminer les coûts et permettre une prise de décision stratégique éclairée.

Le service des finances a établi les premiers comptes de résultat analytiques pour l'exercice 2013. Ces CREA ne concernent que l'activité MCO, soit le pôle « court séjour ». Ils sont établis

¹³ Un glossaire des termes techniques figure en annexe.

¹⁴ Article 2 du décret n° 2010-425 codifié à l'article R. 6145-7 du code de la santé publique : « Le directeur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

par service et non par spécialités médicales, ce qui en limite la portée. Établis selon la méthode des coûts complets, ils se fondent, en matière de charges, sur la méthodologie retenue par le retraitement comptable¹⁵. La complexité de la méthodologie génère des temps d'élaboration longs pour le contrôle de gestion. Par ailleurs, les CREA établis par le CHVA n'apparaissent pas toujours fiables, notamment au regard des montants de charges de personnel affectés aux différents services (cf. chapitre consacré à l'analyse médico-économique).

Le centre hospitalier gagnerait à adopter, dans un premier temps, la méthode du taux de marge sur coûts directs¹⁶. Plus simple, cette méthode apparaît plus adaptée au dialogue de gestion en focalisant l'analyse sur les charges directes, qui constituent les seuls éléments sur lesquels les responsables de pôles sont susceptibles d'agir.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur en fonctions indique qu'il entend appliquer la méthodologie des coûts directs le temps qu'une unité en contrôle de gestion soit opérationnelle. Il indique, par ailleurs, que la direction des affaires financières et le contrôle de gestion vont s'attacher à court terme à fiabiliser l'affectation des données comptables et, dans un second temps, établir un guide méthodologique des bonnes pratiques en matière comptable et analytique. À moyen terme, les CREA en coûts directs pourraient donc être utilisés pour le pilotage médico-économique. À échéance plus longue, il envisage d'affiner les CREA en y intégrant les charges dites indirectes si les outils informatiques le permettent.

2.2.3- Le PMSI et le codage

Le département d'information médicale (DIM) est constitué de 0,4 ETP de médecin et d'un ETP de technicien d'information médicale (TIM), effectif considéré comme faible par les membres de cette équipe.

Ce sous-effectif ressenti est inhérent à l'organisation retenue et consistant, pour le département d'information médicale, à coder ou recoder l'intégralité des dossiers sur la base des comptes rendus d'hospitalisation et, le cas échéant, des actes saisis par les médecins. Le codage est en effet décentralisé, c'est-à-dire assuré par les médecins effecteurs, pour les actes mais centralisé pour les diagnostics.

Cette organisation centralisée en matière de codage est facilitée par le fait qu'un nombre croissant d'éléments constitutifs du dossier sont informatisés (comptes rendus d'examens, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'accouchement, résultats d'anatomopathologie et de laboratoire ...).

Aujourd'hui, le taux d'exhaustivité du codage des dossiers d'hospitalisation est proche de 100 % à chaque envoi mensuel. L'ensemble des dossiers d'hospitalisation est en effet codé et envoyé dans le mois en cours, à l'exception des dossiers d'hôpital de jour (HDJ) de médecine et de chirurgie ambulatoire dont la facturation est bloquée tant que tous les éléments de codage permettant de savoir si ces dossiers doivent émarger à un GHS (séjour d'hospitalisation) ou à une facturation externe (FSE notamment) ne sont pas recueillis et analysés par le DIM. Cette politique permet à l'établissement de se prémunir du risque de « surcodage » sanctionné par les contrôles de l'assurance maladie.

Le délai de facturation est donc court et la plupart des retards de facturation observés ne sont pas inhérents à l'organisation de l'établissement mais dus aux attentes de prise en charge. Ce résultat s'explique par la politique qualité menée par le DIM et consistant à recoder un certain nombre de séjours en cours d'année. Le DIM procède ainsi au recodage de tous les

¹⁵ Le retraitement comptable des établissements de santé consiste à calculer les charges nettes des fonctions cliniques (grands champs d'activité) majorées des charges nettes des fonctions auxiliaires.

¹⁶ Marge sur coûts directs = chiffre d'affaires - coût directs. La marge sur coût directs reflète la participation de chaque produit à la couverture des charges indirectes et de structure.

séjours classés en sévérité 1¹⁷ dont la durée moyenne de séjour est supérieure à quatre jours. Cela l'a ainsi conduit à recoder 150 dossiers sur dix mois en 2015. À cette première requête, le DIM adjoint la recherche d'autres atypies¹⁸ potentiellement explicables par une erreur de codage.

L'ordonnateur en fonctions indique que l'équipe du DIM a été renforcée à compter du mois de mai 2016 (+ 0,5 ETP de temps administratif). Cela devrait permettre de décharger le médecin DIM afin qu'il puisse davantage se consacrer aux conseils des praticiens pour le codage.

L'organisation de la fonction DIM devra être revue conformément aux dispositions du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

3- LA COMMANDE PUBLIQUE

3.1- Une organisation de l'achat formalisée mais dont la mise en œuvre est inachevée

3.1.1- Un audit de la fonction achat en 2013

Un audit de la fonction « achat » a été réalisé entre mai et septembre 2013 par un prestataire externe, sous l'impulsion et avec le financement de l'ARS. Le document de synthèse réalisé à l'issue de cet audit présente une cartographie des achats au sein de l'établissement, assortie d'un bilan des pratiques d'achat et d'approvisionnement, et de fiches projets détaillant les actions à mettre en œuvre au sein du CHVA.

Cet audit posait notamment les recommandations suivantes :

- ♦ définir la politique d'achat de l'établissement et l'organisation du service, en formalisant les procédures et en s'appuyant sur la communauté hospitalière de territoire (CHT) ;
- ♦ mettre en place un tableau de bord des achats et un plan d'action achats (PAA) puis assurer son suivi ;
- ♦ développer les compétences « achat » et les compétences juridiques de chacun des acteurs (acheteurs, approvisionneurs, prescripteurs) ;
- ♦ adapter le système d'information (achats et marchés).

En pratique ces recommandations n'ont pas été pleinement mises en œuvre du fait notamment d'une absence de longue durée du directeur adjoint en charge de secteur.

3.1.2- Une organisation formalisée mais théorique

L'adhésion de l'établissement au programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE) a conduit à l'élaboration d'une procédure en la matière nommée « *Politique d'organisation des achats* » (POA). Selon cette procédure, le directeur valide la politique et l'organisation de la fonction « achat » et s'assure de sa mise en œuvre. Il désigne un directeur des achats, garant du dispositif.

¹⁷ Le plus faible niveau de sévérité, correspondant à des prises en charge considérées comme peu lourdes.

¹⁸ Repérées grâce au logiciel Qualifact de PMSI Pilot.

Les coordonnateurs (un pour les achats non médicaux, un pour les achats médicaux) sont notamment chargés de la réalisation de la cartographie des achats et interviennent en appui des acheteurs référents. Trois autres types d'acteurs interviennent également :

- ♦ les prescripteurs, en particulier pour la planification des achats et la définition de la stratégie d'achat ;
- ♦ le juriste, notamment pour les procédures de mise en concurrence ;
- ♦ les approvisionneurs chargés de l'exécution des approvisionnements.

Le comité de pilotage (composé notamment du directeur des achats, des deux coordonnateurs, des acheteurs référents, du responsable qualité) est censé conduire le déploiement de l'organisation de la fonction achat, élaborer les outils, procédures, tableaux de bord et vérifier tous les ans « l'efficacité et la pertinence de la politique d'achats ».

Sur la période sous revue et jusqu'à fin 2015, ce schéma organisationnel n'a pas été mis en œuvre.

3.1.3- Une organisation des achats embryonnaire

Les recommandations d'organisation du service « achat » formulées par l'audit n'ont pas fait l'objet d'un suivi ni d'un plan d'action. Il en est de même pour les approvisionnements. Seule l'organisation de l'achat a été réalisée et mise en œuvre pour partie.

En pratique, différents dysfonctionnements apparaissent :

- ♦ aucun responsable unique des achats n'a été désigné, le CHVA ayant décidé d'attendre la constitution du groupement hospitalier de territoire (GHT) ;
- ♦ il existe un acheteur par secteur (biomédical, système d'information, achats hôteliers, travaux), et les prescripteurs sont l'ensemble des services du CHVA ;
- ♦ le comité de pilotage et la cellule qualité n'ont pas produit de rapport annuel relatif aux achats (contrairement aux objectifs de la politique d'achat précitée).

3.1.4- L'absence de sécurisation juridique

Le poste de juriste n'ayant pas été pourvu, le CHVA s'appuie sur l'expertise juridique d'une association hébergée dans le centre hospitalier de la région annexienne, la cellule d'achat public et d'information juridique de la région Rhône Alpes (CAPIJ). En effet le CHVA a adhéré à la convention constitutive de la CAPIJ qui prévoit que la cellule apporte une assistance en matière d'achat public et un « conseil juridique accessoire » auprès des adhérents (article 4).

En pratique, la CAPIJ a été sollicitée une dizaine de fois pendant la période sous revue. Les exemples d'expertises (rendues sous forme de messages électroniques) font ressortir des avis succincts ; la direction des achats affirme en être satisfaite.

La CAPIJ, aux termes de la convention conclue avec le CHVA, a également une mission de veille juridique. Selon les dispositions de la convention constitutive précitée, cette veille juridique est « garante de la sécurité des marchés publics et des acheteurs » (article 2). Il ressort cependant de l'examen des « notes d'information juridique » qu'elles ne sont que des brèves mentions des évolutions réglementaires ou jurisprudentielles récentes, et non des veilles retraitées ou analysées, susceptibles de garantir la sécurité juridique des opérations conduites par les acheteurs.

Enfin, la CAPIJ a une mission de formation en matière d'achat publique à la demande des adhérents. Sur la période, il semblerait qu'une seule formation ait été dispensée au CHVA. Par ailleurs, les équipes de l'établissement ont pu suivre une formation par année environ

auprès de la CAPIJ.

Le guide interne de procédure appliqué dans l'établissement est celui de la CAPIJ qui correspond en fait au « *guide de bonnes pratiques en matière de marchés publics* », édité le 26 septembre 2014 par la direction des affaires juridiques du ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique et il n'a pas été adapté aux besoins propres de l'établissement.

En l'espèce, l'appui apporté par la CAPIJ ne semble pas suffisant pour pallier le risque juridique inhérent à la commande publique. La chambre recommande donc au directeur de finaliser la politique d'organisation des achats, tout en dotant l'établissement de procédures en la matière destinées à assurer la sécurité en particulier juridique des opérations menées par les services.

3.2- Un processus achat partiellement sécurisé par l'adhésion à divers groupements

Le directeur du CHVA a signé le 2 avril 2010, pour une durée de cinq ans, une convention constitutive d'un groupement de commandes avec le centre hospitalier d'Ardèche Méridionale et le centre hospitalier de Montélimar, pour l'achat d'équipements en commun, de prestations de services communes et, de façon exceptionnelle, de fournitures communes liées à l'achat des équipements ou des prestations.

L'objet de cette convention est de faciliter la mise en place de projets communs d'activités médicales ou logistiques, par l'achat d'équipements ou de prestations de service. Son objectif est « *l'efficience économique par l'optimisation* » de la définition des besoins communs, de l'harmonisation des pratiques et de la gestion commune des procédures de passation, chaque membre étant chargé de l'exécution du marché pour la part qui lui incombe.

Une assemblée générale du groupement détermine les besoins communs et désigne un établissement rapporteur chargé des opérations préalables à la consultation et de l'analyse des offres. Ces travaux sont présentés pour validation à la commission technique. L'établissement coordinateur (le centre hospitalier de Montélimar) assure la publication et la réception des offres ainsi que l'attribution des marchés sur avis de la commission technique.

Le CHVA fait également partie d'un groupement de commandes des établissements publics de santé et médico-sociaux de la région Rhône-Alpes chargé à titre principal de l'achat de fournitures et d'un groupement interdépartemental de commandes de médicaments, de dispositifs médicaux stériles et d'autres produits du domaine pharmaceutique. Enfin, il peut s'associer de manière occasionnelle à différents groupements pour des achats bien définis.

En 2014, les achats réalisés en groupement représentent 30 % de l'ensemble des achats de l'établissement.

Tableau n° 1 : Répartition des achats réalisés en groupement

<i>(Pour la période sous revue)</i>	Nombre de marchés conclus pour la période sous revue (2010-2014)	Montant cumulé des marchés en exécution (en €)
Groupement du territoire de santé de Montélimar	24	2 512 863
Groupement régional	17	1 576 828
Groupement interdépartemental	4	12 753 047
Groupement national	1	160 747
TOTAL	46	17 003 486

Source : CHVA

Ces différents groupements conduisent à une massification des achats de fournitures et d'équipements qui permet, selon le directeur de l'établissement, de réaliser des économies

grâce à des remises en volume ; le marché public des assurances (conclu en 2015) aurait permis ainsi permis d'économiser 93 k€. Une convention a été conclue entre le CHVA et l'union des groupements d'achat public (UGAP) en avril 2015 afin de réaliser la majeure partie des achats de l'établissement en équipements médicaux, biomédicaux et hôteliers.

Tableau n° 2 : Part des achats réalisés en groupement

ANNEE	ACHATS	ACHATS REALISES EN GROUPEMENT	Part des achats réalisés en groupement
2010	16 632 860 €	2 972 509 €	17,87 %
2011	15 878 205 €	2 918 542 €	18,38 %
2012	16 298 579 €	4 074 580 €	25,00 %
2013	14 063 172 €	3 189 283 €	22,68 %
2014	12 844 305 €	3 874 161 €	30,16 %

Source : CHVA

3.3- Une définition et une estimation des besoins à améliorer

Le recensement des besoins est un acte structurant permettant une anticipation des besoins et donc une planification des marchés publics à passer, et établissant une transversalité par un regroupement des besoins de plusieurs services opérationnels.

Selon la procédure mise en œuvre dans l'établissement, des acheteurs référents « réalisent le questionnaire sur les besoins en collaboration avec les prescripteurs et les approvisionneurs ». Toutefois l'approche reste relativement segmentée et le périmètre des besoins mal défini. L'audit mené en 2013 préconisait de « travailler plus et mieux sur la qualité de la définition des besoins afin de mieux acheter et limiter les avenants et les dérives budgétaires ». Cette préconisation reste d'actualité.

En outre, si le recensement des besoins s'effectue par famille homogène de biens répertoriée chacune sous un code nomenclature, la nomenclature adoptée conduit à une segmentation excessive des achats. En 2014, on dénombre 185 familles homogènes de marché différentes pour l'établissement, ce qui paraît élevé. Cette fragmentation du recensement contribue à une mauvaise computation des seuils.

3.4- L'absence de computation des seuils

L'estimation « sincère et raisonnable » du montant du marché auquel le pouvoir adjudicateur doit procéder vise à empêcher un découpage artificiel qui serait réalisé pour échapper aux procédures de mise en concurrence. En effet, le montant estimé du besoin doit être déterminé « quel que soit le nombre de marchés à passer » (article 27 du code des marchés publics – CMP).

Une appréciation partielle des achats par catégorie homogène aurait donc pour conséquence d'exempter l'établissement du respect de certaines procédures pour des achats isolés qui, s'ils avaient été dûment rattachés à une famille homogène d'achats (grâce au code nomenclature), auraient dû être acquis dans le cadre d'une procédure adaptée (MAPA) ou formalisée (appel d'offres). De fait, le directeur admet que le respect des seuils est principalement vérifié par opération et non annuellement par catégorie homogène.

En conclusion, si le contrôle des neuf marchés les plus importants en montant conclus pendant la période sous revue par l'établissement (tableau en annexe) n'appelle pas d'observation, la chambre attire l'attention du directeur sur la nécessité d'améliorer la définition des besoins, d'appréhender les besoins d'achats annuellement par famille homogène de biens, sans fragmentation excessive, et de procéder à une juste computation des seuils afin de retenir la

procédure de passation prescrite par la réglementation.

Selon l'ordonnateur, la récente signature de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire et la méthode de travail imposée par la mutualisation de la fonction des achats dans ce cadre sont de nature à apporter une réponse positive aux observations de la chambre.

4- LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Les dépenses de personnel dans leur ensemble ont cru de 2,6 % en variation annuelle moyenne sur la période, tandis que les recettes d'activité (titre 1) ne progressaient que de 0,7 %. La part des recettes d'activité absorbée par les dépenses de personnel a ainsi sensiblement progressé (+6 points), atrophiant d'autant la marge de l'établissement.

Tableau n° 3 : L'évolution de la masse salariale

	2010	2011	2012	2013	2014	Var. annuelle moyenne
Dépenses totales de personnel (consolidées)*	31 257, 9	32 641, 5	33 225,6	34 203,4	34 661,6	2,6 %
Produits d'exploitation**	40 237,9	41 952,3	42 757,4	42 422,4	41 333,0	0,7 %
<i>Part des dépenses de personnel dans les produits d'exploitation</i>	<i>77,7 %</i>	<i>77,8 %</i>	<i>77,7 %</i>	<i>80,6 %</i>	<i>83,9 %</i>	
Marge	22,3	22,2	22,3	19,6	16,1	

Source : comptes financiers

*y compris frais de formation, provisions pour CET et indemnités au comptable

** Produits d'exploitation consolidés hors aides à la contractualisation

4.1- Le personnel non médical

Le personnel non médical représente 92,7 % des effectifs et 77 % de la masse salariale de l'établissement en 2014.

4.1.1- L'évolution de la masse salariale et des effectifs

La masse salariale du personnel non médical a connu une hausse relativement contenue sur la période sous revue (+ 7 %, soit + 1,1 M€).

Tableau n° 4 : Masse salariale non médicale

En €	Compte	2010	2011	2012	2013	2014	Écart	Evol.
Titulaire et stagiaire	6411	13 117 413	13 260 740	13 530 710	13 591 908	13 699 842	582 429	4 %
Personnel CDI	6413	946 765	1 427 726	1 692 596	1 676 680	1 359 425	412 660	44 %
Personnel CDD	6415	1 743 005	1 828 834	1 667 690	1 859 458	1 966 009	223 004	13 %
Contrats soumis à dispositions particulières	6416	336 787	199 399	144 248	156 024	239 896	- 96 891	- 29 %
Autre personnel	6417	18 018	3 342	5 044	12 106	0	- 18 018	- 100 %
Sous total non médical		16 161 989	16 720 040	17 040 287	17 296 176	17 265 172	1 103 183	7 %

Source : CHVA

Cette hausse est intégralement due aux effectifs non médicaux qui ont progressé de 8,37 % sur la période.

En revanche, au cours de l'année 2014 (avec effet en année pleine en 2015) et de manière accrue en 2015, l'impact de certaines mesures catégorielles est perceptible : reclassement des catégories C, suppression du jour de carence, cotisation CNRACL, reclassement des sages-femmes ...

Tableau n° 5 : Effectifs non médicaux

En ETP moyens sur l'année	2010	2011	2012	2013	2014	Écart	Évolution
Personnel administratif	58,28	55,93	55,26	61,79	63,27	4,99	8,56 %
Personnel soignant	295,49	308,33	308,27	318	322,22	26,73	9,05 %
Personnels éducatifs et sociaux	4,44	4,48	5,91	5,03	5,84	1,4	31,53 %
Personnel médicotechnique	20,63	21,1	20,95	19,43	19,32	- 1,31	- 6,35 %
Personnel technique	51,55	54,72	48,78	52,21	52,84	1,29	2,50 %
Total titulaires et stagiaires	430,39	444,56	439,17	456,46	463,49	33,1	7,69 %
Personnel administratif	1,5	10,93	11,45	9,93	7,71	6,21	414 %
Personnel soignant	30,53	41,14	44,73	47,24	37,87	7,34	24,04 %
Personnels éducatifs et sociaux	4,92	3,35	4,05	0,17	3,12	- 1,8	- 36,59 %
Personnel médicotechnique	0	2,01	5,76	4,07	5,65	5,65	n.s.
Personnel technique	4,3	7,33	6,4	7,64	3,35	- 0,95	- 22,09 %
Total CDI	41,25	64,76	72,39	69,05	57,7	16,45	39,88 %
Personnel administratif	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	10,77	10,77	
Personnel soignant	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	60,05	60,05	
Personnels éducatifs et sociaux	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	0	0	
Personnel médicotechnique	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	9,47	9,47	
Personnel technique	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	3,86	3,86	
Total CDD	80,33	79,37	75,55	87,52	84,15	3,82	4,76 %
Contrats soumis à dispositions particulières	19,67	11,33	8,81	10,98	14,16	- 5,51	- 28,01 %
TOTAL PNM	571,64	600,02	595,92	624,01	619,5	47,86	8,37 %

Source : CHVA

Tableau n° 6 : Rémunération moyenne du personnel non médical

En k€	2010	2011	2012	2013	2014	Var. annuelle moyenne
Effectif moyen non médical (PNM)	571,64	600,02	595,92	624,01	619,5	2,0 %
Rémunération personnel non médical	16 162,0	1 6720,0	17 040,3	17 293,2	17 265,2	1,7 %
Rémunération moyenne / etp PNM	28,3	27,9	28,6	27,7	27,9	- 0,4 %
Effectif moyen rémunéré non médical (PNM)			611,57	621,1	600,86	
Rémunération personnel non médical			17 040,3	17 293,2	17 265,2	
Rémunération moyenne / etp PNM			27,9	27,8	28,7	

Sources : Réponse de l'ordonnateur et bilan social 2014

L'effectif des personnels titulaires et stagiaires (en ETP) est en hausse de 7,7 % alors que la masse salariale correspondante ne progresse que de 4 % ; en revanche, le nombre d'agents en CDI est en hausse de 39 % (en ETP) pour une croissance de la masse salariale de 44 % ; de même, les effectifs en CDD progressent de 4 %, tandis que la masse salariale correspondante évolue de 13 %.

En 2014, les personnels contractuels représentaient 20,6 % de la masse salariale et 22,9 % des effectifs du CHVA, soit une proportion supérieure à la moyenne de la fonction publique hospitalière (17,2 %).

La déconnexion entre l'augmentation des effectifs non médicaux (+ 8,4 %) et l'évolution de l'activité s'explique par la mise en place ou la montée en charge d'un certain nombre d'activités transversales au niveau du territoire, qui ne contribuent que partiellement ou indirectement à une activité générant une recette T2A¹⁹ de par la nature de leur activité ou le ressort territorial de cette dernière. C'est notamment le cas de l'équipe de soins palliatifs, renforcée sous la période sous revue et de l'équipe d'hygiène hospitalière à vocation départementale mais installée au CHVA (lequel supporte les trois quart des coûts et perçoit un financement forfaitaire en contrepartie).

4.1.2- La gestion et l'organisation du temps de travail

4.1.2.1- L'organisation du temps de travail

La durée de travail effectif est définie « *comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles* » (article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements) ; pour « *les agents qui alternent des horaires de jour et des horaires de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite au prorata des périodes de travail de nuit effectuées* » (article 4 de ce même décret).

La réduction du temps de travail est régie dans l'établissement par l'accord local du 10 janvier 2002, applicable à l'ensemble des personnels non médicaux travaillant à temps plein et à temps partiel (à l'exception des contrats aidés). Aux termes de cet accord, un agent travaillant de jour à temps plein effectue « *1 568 heures minimum, soit à titre d'exemple 207 jours de 7 h 35 travaillés* ». Pour les agents travaillant à temps plein exclusivement de nuit, la base horaire de référence est de 1 440 heures, « *soit 144 nuit de 10 heures travaillées* ». Pour les « *sages-femmes et les permanenciers auxiliaires de régulation qui travaillent habituellement en alternance de jour et de nuit sur toute l'année* », la durée est de 1 502,5 heures, soit « *environ 125 tranches de 12 heures de travail* ».

Selon le deuxième alinéa de l'article 1^{er} du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 susmentionné : « *le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées* ». Cette durée peut toutefois être réduite pour les agents soumis aux sujétions spécifiques aux termes de l'article 3 du texte. Ainsi pour les agents en repos variable, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures ; les agents travaillant exclusivement de nuit ont une durée annuelle de travail effectif réduite à 1 476 heures.

L'accord de réduction du temps de travail conclu en 2002 n'a pas été révisé depuis. Il contrevient aux dispositions relatives au temps de travail du personnel non médical en vigueur pendant la période sous revue.

La chambre a invité le directeur de l'établissement à engager la révision de l'accord local sur le temps de travail afin de se conformer à la réglementation. Celui-ci convient de la nécessité de cette révision, mais indique que suite aux diverses réorganisations déjà mises en œuvre, il lui semble opportun de différer cette révision de 18 mois.

¹⁹ Recette perçue pour les séjours au titre de la tarification à l'activité.

4.1.2.2- Le contrôle et la gestion du temps de travail

L'établissement a mis en place un système de badgeuse, mais la validation du temps est réalisée par les cadres des unités. De surcroît, les agents de certains services ne badgent pas. Le directeur des ressources humaines a fait part de difficultés pour effectuer précisément le recensement du nombre d'heures effectivement réalisées par les agents.

La gestion des absences se traduit par un remplacement au cas par cas, sans réelle formalisation et avec une validation d'heures supplémentaires pour les agents acceptant de pallier l'absence d'un collègue. Ces heures supplémentaires sont récupérées à 25 % et payées à 75 %, ce qui est moins onéreux que le recours à l'intérim mais demeure plus coûteux que la stricte récupération.

Ce dispositif de gestion des absences coexiste avec une équipe de suppléance bien dotée (7 ETP à ce jour, 11 ETP au début de la période sous revue) mais dont les effectifs sont préemptés par les remplacements de longue durée. Ce fonctionnement de l'équipe de suppléance, qui se voit octroyer un certain nombre d'avantages non fondés au regard des responsabilités assumées (NBI, tous les congés en priorité), est coûteux. Il n'est surtout pas satisfaisant en ce qu'une telle équipe devrait avant tout pallier les absences de courte durée, et non celles de longue durée qui nécessitent un remplacement pérenne.

En réponse aux recommandations de la chambre de mettre en place un système fiable de mesure du temps de travail, de formaliser une procédure efficace pour la gestion des remplacements et d'optimiser le fonctionnement de l'équipe de suppléance, l'ordonnateur indique qu'il prévoit un délai de 18 mois pour la mise en place d'un contrôle interne efficace.

4.1.2.3- L'absentéisme

En 2010, le nombre de jours d'absence moyen, pour le personnel non médical, s'est élevé à 20,87 jours d'absence par agent²⁰ avec un taux d'absentéisme de 10,18 %. En 2011, il s'élève à 10,56 %²¹, quand le taux d'absentéisme national était de 6,91 %²². L'absentéisme du personnel non médical décroît sensiblement par la suite : 8,30 % en 2012 et 7,71 % en 2013. Toutefois, il connaît une nouvelle hausse en 2014 avec un taux à 9,44 % (contre 7,8 % en moyenne nationale)²³. L'étude des motifs d'absentéisme pour les exercices 2012 à 2014 révèle l'augmentation de 30 % des congés pour maladie ordinaire qui représentent la moitié du nombre total de jours d'absences. Inversement, les congés pour accidents du travail, de trajet ou pour maladie professionnelle baissent significativement et ne représentent plus que 12,10 % de l'absentéisme total en 2014.

Tableau n° 7 : Répartition des absences du personnel non médical par motifs (en nombre de journées)

Année	Maladie ordinaire	CLM et CLD	Accidents du travail	Accidents de trajet	Maladie professionnelle	Maternité Paternité Adoption	Total
2012	7 393	4 816	2 065	322	1 866	1 631	18 093
2013	7 591	5 023	1 706	200	1 102	1 362	16 984
2014	9 579	5 066	1 348	0	1 088	3 059	20 140
Évolution 2012-2014	30 %	5 %	- 35 %	- 100 %	- 42 %	88 %	11 %

Sources : bilans sociaux 2012, 2013 et 2014

Il n'est pas procédé à une analyse des causes de l'absentéisme dans les bilans sociaux 2010, 2011 et 2012, documents qui ne présentent que les données brutes. Pour les bilans sociaux

²⁰ Source : bilan social 2010.

²¹ Source : bilan social 2011.

²² Source : l'enquête *Absentéisme et rotation du personnel 2011* réalisé par l'ATIH.

²³ Source : bilan social 2014.

2013 et 2014, les différents motifs d'absentéisme font l'objet d'une brève description, tandis que les causes de l'absentéisme font l'objet du même constat : « *force est de constater que le taux d'absentéisme est en corrélation avec l'âge du personnel, quel qu'il soit* ».

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur indique s'être donné pour objectif de procéder à une analyse des causes de l'absentéisme dans le bilan social 2016. Par ailleurs, il considère que la mise en place d'une astreinte de cadre à partir de juillet 2016 devrait permettre de mobiliser l'encadrement sur la question de l'absentéisme et de faciliter la diffusion d'information en la matière. Il ajoute que, dans le cadre de la certification HAS, un groupe de travail sur la thématique « Qualité de vie au travail » a été constitué et a donné lieu à une enquête de satisfaction dont les résultats ont été présentés en décembre 2015.

Enfin, à l'occasion de l'actualisation du Document Unique, le CHVA sera accompagné par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier²⁴ jusqu'à la fin de l'année 2016 sur une étude des risques psycho-sociaux en lien avec les représentants du personnel.

4.1.3- Les recrutements et les titularisations

Paradoxalement, compte tenu de la taille de l'établissement et de son enclavement géographique, le directeur du CHVA indique ne plus connaître de problématiques majeures en termes de recrutement de personnel non médical (hormis pour quelques catégories très ciblées dont les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes ainsi que les IADE²⁵ dans une moindre mesure), les difficultés de recrutement d'IDE²⁶ s'étant estompées depuis 2011.

Les recrutements sont opérés de manière privilégiée par voie de mutation et les personnels contractuels ne sont embauchés qu'en deuxième intention. Il n'en demeure pas moins que le nombre et la proportion de personnels contractuels a continué de croître sur la période sous revue²⁷. Ces derniers sont en priorité recrutés pour les besoins de remplacement sur la base de l'article 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986. Ils ont également été recrutés afin de faire face aux tensions sur certaines professions et aux besoins de l'activité sur la base de l'article 9²⁸ de la loi précitée. Le recours aux personnels contractuels pour les remplacements a été encadré en 2015 par la mise en place d'une procédure formalisée de demande de remplacement.

Les modalités de rémunération des personnels contractuels sont variables selon le métier concerné. Les contractuels occupant des postes sur lesquels il n'y a pas de pénurie sont recrutés à un niveau de rémunération correspondant aux échelons 2 ou 3 du grade le moins élevé. En revanche pour les métiers « sensibles », les personnels sont recrutés à un niveau de salaire négocié prenant en compte le diplôme et le grade ou l'emploi sur lequel est placé l'agent recruté.

Le CHVA s'est inscrit dans le processus de résorption de l'emploi précaire mais les délais de stage demeurent longs : deux ans pour les métiers sensibles, deux à trois ans pour les infirmières (IDE), trois à quatre ans pour les aides-soignantes (AS), cinq ans pour les agents des services hospitaliers (ASH).

²⁴ Organisme collecteur de fonds de formation pour la fonction publique hospitalière.

²⁵ Infirmière anesthésiste diplômée d'État.

²⁶ Infirmiers diplômés d'État.

²⁷ Les personnels contractuels représentaient 141,85 ETP et 22,9 % des effectifs non médicaux en 2014 contre 121 ETP et 21,2 % des effectifs en 2010.

²⁸ « Par dérogation à l'article 3 du titre Ier du statut général, les emplois permanents mentionnés au premier alinéa de l'article 2 peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées ».

4.1.4- L'avancement et l'évaluation

Les avancements d'échelon se font à la durée moyenne ou à la durée minimum pour les agents ayant une note supérieure à la moyenne du grade dans la limite du tiers promouvable. Aux termes des dispositions réglementaires, l'avancement à la durée minimale peut, en effet, être accordé au fonctionnaire dont la valeur professionnelle le justifie sans que plus d'une promotion sur trois puisse être prononcée. Cette règle n'est respectée que depuis 2013 et, entre 2013 et 2014, la durée minimum a nettement diminué, ce qui tend à démontrer une volonté de maîtrise de la masse salariale (cf. annexe 1).

S'agissant des avancements de grade, la règle appliquée est celle des ratios promus / promouvables en prenant en compte pour le choix des agents promus, la valeur professionnelle et les acquis de l'expérience du fonctionnaire.

S'agissant de l'appréciation de la valeur professionnelle des agents (sur la base de l'entretien annuel d'évaluation), l'instauration de critères d'évaluation privilégiant le présentisme, les capacités et l'implication des agents se heurte au positionnement des syndicats qui souhaitent privilégier l'ancienneté.

4.1.5- Les primes et indemnités allouées au personnel non médical contractuel

Selon les dispositions du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements publics de santé, le montant de la rémunération de ces agents est fixé par l'autorité administrative. Au cas d'espèce, un certain nombre de primes sont allouées à des personnels non médicaux sous contrats, alors même que leur attribution n'est pas expressément prévue par leur contrat de travail.

Selon l'ordonnateur tous les contrats ont été revus en 2016 afin que les primes attribuées y soient expressément mentionnées.

4.1.5.1- *La prime spécifique allouée à certains agents*

Des infirmières et sages-femmes sous contrats ont bénéficié, au cours de la période contrôlée, de la prime spécifique que les dispositions du décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 ont instaurée au bénéfice de certains agents titulaires et stagiaire ; en outre, cette attribution n'est pas expressément mentionnée au contrat des personnels concernés. En réponse à la recommandation de la chambre de régulariser la situation, l'ordonnateur a indiqué que l'attribution de cette prime spécifique a été abandonnée en 2015.

4.1.5.2- *La prime de service*

L'arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements, dont les établissements de santé, instaure le versement d'une prime de service aux personnels titulaires. Cette prime a été attribuée à des personnels contractuels sur la période sous revue, sans que leurs contrats ne le mentionnent expressément. Toutefois, cette pratique a été abandonnée en 2015.

4.2- La gestion des personnels médicaux

En 2014, les personnels médicaux représentent 7,3 % des effectifs et 23,2 % de la masse salariale.

4.2.1- Les effectifs et la masse salariale

La hausse de la masse salariale médicale est de 15 % sur la période sous revue alors que les effectifs progressent de 12 % (5 % hors internes).

Tableau n° 8 : Masse salariale médicale

Libellé	2010	2011	2012	2013	2014	Écart	Evol.
Praticiens hospitalier	2 442 465	2 586 877	2 134 850	2 150 050	2 251 241	- 191 224	- 8 %
Praticiens attachés	224 137	338 515	281 174	275 441	358 623	134 486	60 %
Autres praticiens (contractuels, internes).	84 354	88 820	679 892	796 549	753 569	669 215	793 %
Permanences des soins	1 298 380	1 312 966	1 266 722	1 269 685	1 285 587	- 12 793	- 1 %
Sous total médical	4 049 336	4 327 178	4 362 638	4 491 725	4 649 020	599 684	15 %

Source: CHVA

Un effet prix légèrement positif a donc été généré du fait de la volonté de sénioriser²⁹ la communauté médicale (notamment le service des urgences). Ce processus s'est cependant réalisé au prix d'un plus fort recours aux praticiens contractuels, faute d'avoir pu attirer des praticiens statutaires.

Tableau n° 9 : Effectifs médicaux

ETP moyen sur l'année	2010	2011	2012	2013	2014	Écart	Evol.
PH tps plein et tps partiel	36,66	26,86	26,55	28,33	27,42	- 9,24	- 25 %
Assistants	0	0	0	0	0	0	
Attachés renouvelables de droit	6,2	8,77	6,73	0	6,73	0,53	9 %
Total PM permanent	42,86	35,63	33,28	28,33	34,15	- 8,71	- 20 %
Praticiens contractuels	0,5	11,3	14,8	19,93	14,3	13,8	2 760 %
Internes et étudiants	2,8	1,68	0	0	0,16	- 2,64	- 94 %
Total PM non permanent	3,3	12,98	14,8	19,93	14,46	11,16	338 %
TOTAL PM	46,16	48,61	48,08	48,26	48,61	2,45	5 %
Hors internes	43,36	46,93	48,08	48,26	48,45	5,09	12 %

Source: CHVA

En effet, le nombre de praticiens hospitaliers statutaires s'est réduit (- 9,24 ETP) au bénéfice des praticiens contractuels dont le nombre a fortement cru sur la période (+ 13,8 ETP). Ces derniers représentaient près de 30 % des effectifs médicaux en 2014 contre 1 % en 2010 et sont répartis dans toutes les disciplines : un sur deux en radiologie, un sur trois en biologie, majoritaires en médecine et en chirurgie.

La compensation de la diminution des personnels médicaux permanents (- 8,71 ETP) par la hausse des personnels non permanents (+ 11,16 ETP) a engendré une certaine instabilité au sein de la communauté médicale et un surcoût significatif pour l'établissement. La baisse du nombre d'internes est également révélatrice du défaut d'attractivité de l'établissement pour des jeunes médecins en formation.

²⁹ On entend par praticien « sénior » les praticiens inscrits à l'ordre des médecins ayant la pleine autorisation d'exercice.

Bien que le CHVA organise les congés annuels des médecins de façon à assurer la continuité du service tout en minimisant le recourt aux remplaçants, le poste de dépense dédié aux praticiens remplaçants est élevé et en forte croissance sur la période sous revue.

Tableau n° 10 : Rémunération moyenne du personnel médical

	2010	2011	2012	2013	2014	Var. annuelle moyenne
Effectif moyen médical (PM)	46,16	48,61	48,08	48,26	48,61	1,3 %
Rémunération personnel médical (en k€)	4 049,3	4 327,1	4 362,6	4 491,7	4 649,0	3,5 %
Rémunération moyenne / etp PM (en k€)	87,7	89,0	90,7	93,0	95,6	2,2 %

Sources : Réponse de l'ordonnateur et bilan social 2014

Tableau n° 11 : Rémunération des praticiens

En €	2010	2011	2012	2013	2014	Var. 14/10
Praticiens hospitalier (6421)	2 442 465	2 586 877	2 134 850	2 150 050	2 251 241	- 7,8 %
ETP moyens sur l'année	36,66	26,86	26,55	28,33	27,42	- 25,2 %
Rémunération moyenne / ETP	66 625	96 310	80 409	75 893	82 102	23,2 %
Praticiens attachés (6422)	224 137	338 515	281 174	275 441	358 623	60,0 %
ETP moyens sur l'année	6,20	8,77	6,73	n.c.	6,73	8,5 %
Rémunération moyenne / ETP	36 151	38 599	41 779		53 287	47,4 %
Autres praticiens (cont, interne) (6423/24)	84 354	88 820	679 892	796 549	753 569	793,3 %
ETP moyens sur l'année	3,30	12,98	14,80	19,93	14,46	338,2 %
Rémunération moyenne / ETP	25 562	6 843	45 939	39 967	52 114	103,9 %
Permanences des soins (6425)	1 298 380	1 312 966	1 266 722	1 269 685	1 285 587	- 1,0 %
ETP moyens sur l'année	46,16	48,61	48,08	48,26	48,61	5,3 %
Rémunération moyenne / ETP	28 128	27 010	26 346	26 309	26 447	- 6,0 %
Temps de travail additionnel (6426)	149 177	126 672	106 473	109 027	48 728	- 67,3 %
ETP moyens sur l'année	46,16	48,61	48,08	48,26	48,61	5,3 %
Rémunération moyenne / ETP	3 232	2 606	2 214	2 259	1 002	- 69,0 %

Source: CHVA

4.2.2- Une démographie médicale défavorable

Le CHVA est confronté à l'obligation d'assurer une offre de soin de premier recours pour son bassin de population dans un contexte de pénurie médicale particulièrement prégnant au sein d'un territoire enclavé où l'offre libérale est par ailleurs exsangue, voire inexistante selon les spécialités.

En effet, à Privas, il n'existe pas d'offre libérale (en ville) en cardiologie, en gastro-entérologie, en gynécologie et en pneumologie. L'âge moyen des médecins généralistes est de plus de 54 ans, dont plus de la moitié sera en retraite avant dix ans, et le département de l'Ardèche est, en Rhône-Alpes, celui où le nombre de nouvelles installations est le plus faible. Les installations en ville sont souvent le fait de médecins recrutés par le CHVA (médecins PAE³⁰ le plus souvent), et qui, une fois la procédure achevée, quittent l'hôpital pour ouvrir un cabinet (sur la période sous revue ce fut notamment le cas pour un ophtalmologue et un médecin généraliste).

³⁰ Procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme étranger hors UE.

Le rôle de premier recours assuré par l'établissement rebute certains candidats spécialistes car l'activité de consultations externes est conséquente (du fait du déficit d'offre en ville). La taille restreinte des équipes, qui occasionne un nombre important d'astreintes, contribue également à décourager les candidats.

En 2010, la situation était particulièrement critique car le nombre de médecins dans le dispositif PAE (parfois n'ayant même pas encore passé les épreuves) était important et l'organisation mise en place dans la plupart des services (maternité, chirurgie viscérale, orthopédie, imagerie) ne respectait pas la réglementation - la permanence des soins étant régulièrement assurée, sans séniorisation, par un praticien non inscrit à l'ordre.

Le directeur a donc décidé de sénioriser les équipes pour garantir la sécurité des soins et a procédé à de nouveaux recrutements de praticiens inscrits à l'ordre dans un climat social tendu, certains médecins en interne étant allés jusqu'à décourager les candidats extérieurs, afin de ne pas être concurrencés et de maintenir le niveau de leur activité libérale au sein de l'hôpital.

À ce jour, et grâce aux efforts déployés par la direction actuelle, la situation est satisfaisante dans les spécialités suivantes :

- ♦ gériatrie : l'établissement dispose d'une équipe stabilisée et séniorisée (trois praticiens statutaires, un PH contractuel et deux médecins dans le dispositif PAE) ;
- ♦ soins palliatifs - oncologie : trois praticiens statutaires ;
- ♦ chirurgie viscérale: deux praticiens statutaires ;
- ♦ chirurgie urologique : deux praticiens statutaires ;
- ♦ anesthésie : de manière atypique, l'établissement dispose de trois praticiens statutaires.

La situation reste délicate :

- ♦ en chirurgie orthopédique : un praticien statutaire et un contractuel ;
- ♦ en médecine à orientation cardiologie et pneumologie: le CHVA a perdu son unique pneumologue au 1^{er} janvier 2016 ; l'ordonnateur indique toutefois dans sa réponse aux observations de la chambre que deux PH contractuels ont été recrutés en 2016 ; en cardiologie, l'établissement dispose d'un PH titulaire, d'un attaché dont l'inscription à l'ordre est en cours et d'un PH contractuel ; cependant, les délais d'attente bien qu'en diminution demeurent longs (six mois en 2015 contre un an en 2010) ; dans ce service, exerce aussi un médecin de médecine interne (titulaire d'un diplôme étranger) et un attaché de médecine générale ;
- ♦ en gastro-entérologie : le CHVA dispose d'un PH contractuel mais qui a reçu des propositions d'établissements privés à diverses reprises ; le directeur a adressé à l'ARS une demande de création de poste de clinicien en gastro-entéologie qui a été refusée au motif que cela ne correspondait pas aux priorités régionales ;
- ♦ aux urgences-UHCD-soins continus où les deux lignes de garde (urgences/SMUR) sont assurées par un socle de quatre à cinq médecins statutaires (selon les années) appuyés par des médecins contractuels ou remplaçants ponctuels ; cette instabilité crée notamment des difficultés en termes de coordination avec les autres services et de traçabilité dans les dossiers.

La situation demeure critique :

- ♦ en maternité : le seul praticien statutaire a été en arrêt maladie au dernier trimestre 2015 et la maternité ne fonctionnait alors plus qu'avec des médecins remplaçants ; à ce jour le fonctionnement du service repose sur un PH statutaire, régulièrement assisté par deux PH contractuels, pour un temps de personnel médical de 1,5 ETP ;

- ♦ en radiologie : l'établissement dispose, depuis 2016 seulement, de deux praticiens statutaires.

4.2.3- Le temps de travail médical

4.2.3.1- L'organisation du temps de travail médical

Aux termes de l'arrêté du 30 avril 2003³¹, le directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, après consultation des chefs de service ou des responsables de structure. Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

La répartition des sujétions résultant de la participation à la permanence des soins par roulement entre les praticiens et notamment celles attachées à la mise en place du repos quotidien et du repos de sécurité doit être arrêtée dans un tableau de service nominatif mensuel. En l'espèce, le contrôle du temps de travail médical est défaillant.

D'une part, les tableaux de service ne sont pas remplis de manière exhaustive et certains praticiens perçoivent une rémunération sans figurer sur le tableau de service. C'est le cas, de quatre praticiens en décembre 2014 et de deux praticiens pour le dernier trimestre 2014. Ces mêmes praticiens n'ont pas toujours renseigné les tableaux de service pour les autres mois de l'exercice 2014.

D'autre part, les dispositions de l'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003, qui prévoit l'établissement et la transmission aux praticiens d'un récapitulatif individuel sur quatre mois faisant « *apparaître les périodes de temps de travail, les astreintes et les déplacements ainsi que, le cas échéant, la durée des absences et leur motif, afin de permettre le décompte des indemnités dues au praticien* » ne sont pas respectées.

La chambre demande au directeur du CHVA de veiller à ce que les tableaux de service soient renseignés pour tous les praticiens et de s'assurer par tout moyen de l'exhaustivité et de la fiabilité des renseignements portés sur ces documents. Elle rappelle que le tableau mensuel de service est une pièce justificative aux termes de l'annexe de l'article D. 1619-1 du CGCT qui, une fois arrêté par le directeur, vaut attestation du service fait. A défaut de disposer d'un tableau mensuel de service dûment renseigné par le praticien, le directeur est en droit de ne pas mandater sa paie, en l'absence de justification de service fait.

Enfin, la chambre préconise la communication à chaque praticien du récapitulatif individuel du tableau de service couvrant une période de quatre mois, conformément à la réglementation.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur précise que la formalisation d'une procédure et l'investissement de la direction des affaires médicales auprès des praticiens auraient permis de généraliser les tableaux de service et leur affichage dans les services depuis le début de l'année 2016. Un nouveau tableau quadrimestriel aurait été établi pour les praticiens des Urgences et du SAMU depuis le 1^{er} janvier 2016, dans le cadre du nouvel accord sur le temps de travail des urgentistes. L'ordonnateur indique que ce tableau devrait être généralisé à tous les praticiens avant la fin de l'année.

³¹ 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 et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

4.2.3.2- *Le temps de travail additionnel (TTA)*

L'article R. 6152-27 du code de la santé publique prévoit, pour les praticiens hospitaliers à temps plein que : « *le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées. Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel* ».

L'article D. 6152-23-1 du code de la santé publique instaure « *une indemnité forfaitaire pour temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaire* ». Cette indemnité est versée lorsque le temps de travail additionnel ne fait pas l'objet d'une récupération.

Comme indiqué précédemment, la mesure de la durée de travail accomplie par un praticien s'effectue sur une période de référence de quatre mois : c'est au terme d'un quadrimestre qu'il peut être constaté qu'un praticien a rempli son obligation de service hebdomadaire et, le cas échéant, qu'il a réalisé du temps de travail additionnel (TTA).

Cette pratique appelle les observations suivantes :

- ♦ la rémunération au titre du temps de travail additionnel méconnaît les dispositions réglementaires précitées en ce qu'elle est versée mensuellement et non calculée sur une base quadrimestrielle ; il est rappelé que les montants dus au titre du TTA doivent être versés au terme de chaque quadrimestre, déduction faite des indemnités de sujétion déjà versées pour les mêmes périodes de temps de travail³² ;
- ♦ les tableaux de service ne permettent pas d'attester de la réalité du service fait ;
- ♦ la rémunération versée au titre du TTA, a constitué, sur la période sous revue, pour certains praticiens un complément de rémunération dissocié de leur temps de travail effectif.

4.2.3.3- *La rémunération des médecins contractuels*

L'article R. 6152-416 du code de la santé publique prévoit que la rémunération statutaire d'un praticien contractuel est au maximum celle d'un praticien hospitalier à temps plein au 4^{ème} échelon, majorée de 10 %. L'arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé fixe la rémunération annuelle brute d'un praticien hospitalier au 4^{ème} échelon à 52 303,80 €, ce qui, majorée de 10 %, porte la rémunération annuelle brute maximale du praticien contractuel à 57 534 €, soit 4 795 € par mois. En ramenant ce traitement annuel à la journée (sur la base des 208 jours de travail théoriques annuels d'un praticien hospitalier), le coût brut de la journée d'un praticien contractuel remplaçant ne doit donc pas dépasser 276,60 €.

Un certain nombre de médecins contractuels sont recrutés sur la base d'un traitement supérieur au plafond réglementaire. Pour l'exercice 2014, ces rémunérations ont entraîné un surcoût de 20 k€.

³² Article 21 de l'arrêté du 30 avril 2003 précité.

En outre, au titre des astreintes, certains médecins perçoivent une rémunération supérieure aux montants réglementaires et certains praticiens remplaçants, recrutés pour réaliser uniquement des astreintes, sont rémunérés au-delà des tarifs réglementairement définis pour ces sujétions.

Ainsi, en 2014, onze médecins remplaçants ont été recrutés par contrat au service « médecine d'urgence-SAMU », le plus souvent pour de courtes durées. Selon le tableau renseigné par le CHVA et les tableaux mensuels d'astreinte des praticiens, ces médecins ont été rémunérés en moyenne 791 € brut par période de 24 h, soit l'équivalent d'une indemnité forfaitaire de jour (317,55 €³³) et d'une indemnité forfaitaire de nuit (473,94 €³⁴) réalisée au-delà des obligations de service hebdomadaires. Il en découle que ces praticiens sont exclusivement rémunérés sur la base d'indemnités pour sujétion réalisée au-delà des obligations de service.

En 2015, le tarif versé aux médecins remplaçants a été porté à 800 € net par période de 24 h. Ces tarifs sont à comparer à la rémunération brute maximale d'un praticien contractuel, soit 276,60 € par jour à laquelle s'ajoute l'indemnisation d'une garde de nuit sur place réalisée dans le cadre des obligations de service (264,63 €)³⁵, soit un plafond de 541,23 €.

Certains médecins ont perçu une rémunération encore supérieure. L'un d'entre eux a ainsi été rémunéré 2 848,41 € brut au titre de la permanence des soins pour une journée de travail effectuée avec astreinte le 31 mai 2014, dans le cadre d'un contrat conclu pour une période allant du 17 mai au 1^{er} juin 2014. Il a perçu 3 957,45 € brut pour trois astreintes réalisées les 7, 11 et 15 septembre 2014, dans le cadre d'un contrat conclu pour la période du 7 au 16 septembre 2014, ce qui équivaut à 1 319,15 € brut pour un jour complet d'activité avec astreinte.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur reconnaît l'irrégularité de la pratique mais indique qu'elle est « dictée par l'intérêt général » et la nécessité d'attirer des médecins contractuels dans un contexte de démographie médicale défavorable qui met les établissements en concurrence entre eux.

4.2.3.4- *Les congés annuels et l'incrémentation des compte-épargne-temps médicaux*

Le calcul des compte-épargne-temps (CET) est effectué par la DRH à partir des feuilles de demande de congés envoyées par les praticiens ; ainsi l'établissement se fonde sur les déclarations de jours d'absence des médecins et en déduit leurs jours de présence. Par ailleurs, à la fin de chaque année, un formulaire relatif au nombre de jours de CET évalué par la DRH est envoyée à chaque praticien à fin de contrôle ou de rectification. A défaut de tableaux de service en bonne et due forme, cette méthode d'évaluation des CET est la seule possible ; il conviendrait toutefois, à court terme, de fiabiliser les renseignements des tableaux de service afin que la DRH soit en mesure de déterminer directement CET.

Au 31 décembre 2014, le volume des CET médicaux est important : 1 963,48 jours pour un montant évalué à 589 044 € par l'établissement, soit un coût potentiellement très élevé³⁶ d'autant que seul 28 % du montant précité a fait l'objet de la constitution d'une provision.

³³ Article 13 A2 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié.

³⁴ Article 13 A2 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié.

³⁵ 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 et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, modifié par arrêté du 31 janvier 2013.

³⁶ Dont seulement 28 % ont été provisionnés. cf. partie afférente.

À la suite des observations de la chambre, l'ordonnateur indique avoir constitué une provision suffisante.

4.2.3.5- Le repos de sécurité

Le temps de travail d'un praticien ne peut excéder 48 heures par semaine. Par ailleurs, l'article R. 6152-27 du code de la santé publique précise que le praticien « *bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures. Par dérogation [...], il peut accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente* ». Le repos de sécurité correspond à l'arrêt de toute activité comme l'a rappelé la circulaire DHOS/M2/2003 du 6 mai 2003.

Au vu des tableaux de service produits, il apparaît que les repos de sécurité ne sont pas systématiquement respectés. Le directeur reconnaît cette situation et la justifie par le coût qui serait induit par un renforcement des effectifs médicaux³⁷. De fait, eu égard à son activité actuelle et potentielle, le CHVA ne dispose pas des moyens nécessaires au respect du repos de sécurité, ce qui implique une restructuration de l'offre de soins.

4.2.4- Un dispositif de permanence des soins large et onéreux

Le CHVA dispose des spécialités médicales et de tout l'éventail des spécialités chirurgicales de premier recours. Le fonctionnement de la chirurgie en hospitalisation complète ainsi que le maintien de sa maternité imposent d'instaurer un dispositif assurant la permanence des soins pour chacune de ses spécialités.

Pour assurer la permanence des soins, le directeur a déployé le dispositif suivant :

- ♦ une astreinte opérationnelle dans les spécialités suivantes :
 - anesthésie adulte : forfaitisée au tarif réglementaire³⁸;
 - chirurgie orthopédique et traumatologique : forfaitisée à un tarif respectant le plafond réglementaire³⁹ ;
 - chirurgie viscérale et digestive : forfaitisée à 218,66 € la nuit⁴⁰ soit au-delà du plafond réglementaire ;
 - chirurgie urologique : forfaitisée à 239,86 € la nuit⁴¹ soit au-delà du plafond réglementaire ;
 - gynécologie obstétrique : rémunérée sur la base d'un forfait mensuel de 2 705,40 €, quel que soit le nombre d'astreintes réalisées et le nombre d'effecteurs, ce qui méconnaît les dispositions réglementaires ;
 - radiologie et imagerie médicale : forfaitisée à un tarif réglementaire la nuit mais prévoyant une indemnisation supérieure au plafond réglementaire le dimanche⁴²;
 - astreinte de médecine : forfaitisée dans le respect du plafond réglementaire à l'exception de trois praticiens qui perçoivent respectivement un forfait mensuel de

³⁷ L'ordonnateur a ainsi indiqué que « *beaucoup de nos services fonctionnent en binômes (maternité, urologie, ortho, viscéral, pharmacie, radiologie, ...). Donc, si après le dernier déplacement en astreinte, le médecin ne prend pas son service, cela signifie, comme c'est imprévisible, qu'il ne faudrait pas prévoir au praticien d'astreinte une quelconque activité au bloc, en consultations ou dans le service. L'application de ce texte et du principe du repos (12h) après le dernier déplacement, serait catastrophique pour l'activité* ».

³⁸ La forfaitisation est permise à titre dérogatoire par les dispositions de l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 8 novembre 2013.

³⁹ Forfaitisée à 0,5 indemnité de sujétion + 1 astreinte opérationnelle soit 174,45 € par nuit.

⁴⁰ Forfaitisée à 0,5 indemnité de sujétion + 0,5 astreinte opérationnelle + 1 déplacement soit 218,66 €.

⁴¹ Forfaitisée à 0,5 indemnité de sujétion + 1 astreinte opérationnelle + 1 déplacement soit 239,86 €.

⁴² Forfait par dimanche : 1 astreinte opérationnelle + 4 déplacements.

2 817,22 € (pour cinq astreintes opérationnelles à réaliser dont un week-end),
2 964,68 € (pour quatre astreintes opérationnelles à réaliser dont un week-end) et
1 422,46 € (sans indication d'un nombre minimum d'astreintes à réaliser) ;

- ♦ une astreinte de sécurité :
 - en pharmacie et en biologie : rémunérée au réel c'est à dire le forfait réglementaire de base (42,13 €) auquel s'ajoute la rémunération des déplacements ;
 - en pédiatrie (forfaitisée mensuellement⁴³) : les pédiatres ne sont pas salariés de l'établissement, ce sont des médecins libéraux recrutés pour respecter la réglementation applicable à la périnatalité ;
 - un système mixte en gériatrie pour la seule résidence du Montoulon rémunérée sur la base d'une astreinte de sécurité pour les nuits de semaine et d'une astreinte opérationnelle pour les samedis et dimanches.

Ce dispositif, onéreux, couvre une activité de permanence des soins plus intense qu'elle ne l'est dans les faits. Il est, en effet, rappelé qu'une astreinte de sécurité correspond à une astreinte où les déplacements sont peu fréquents, alors que pour une astreinte opérationnelle les déplacements sont fréquents. Cette notion de fréquence n'a cependant jamais été définie objectivement et a été laissée à l'interprétation des établissements.

La pertinence d'une astreinte opérationnelle en orthopédie, en urologie et gériatrie (pour la RHM) est sujette à caution, eu égard au faible nombre de déplacements objectivement nécessaires en urgence dans le cadre de la permanence des soins pour ces disciplines. De même, le fait que ces astreintes aient été forfaitisées est plus coûteux, dans le cas d'espèce, pour l'établissement qu'une rémunération au réel, compte tenu du faible nombre de déplacements observés.

En outre, le recensement de ces déplacements repose sur un système déclaratif que la direction des affaires médicales n'est pas en mesure de réellement contrôler. L'activité effectuée sur les plages de permanence des soins n'est, de surcroît, pas recueillie, ce qui ne permet pas à l'établissement d'objectiver les besoins en termes de permanences des soins.

Tableau n° 12 : Rémunérations au titre des permanences des soins et du temps de travail additionnel

En €	2010	2011	2012	2013	2014	Var. 14/10
Permanences des soins (6425)	1 298 380	1 312 966	1 266 722	1 269 685	1 285 587	- 1,0 %
ETP moyens sur l'année	46,16	48,61	48,08	48,26	48,61	5,3 %
Rémunération moyenne / ETP	28 128	27 010	26 346	26 309	26 447	- 6,0 %
Temps de travail additionnel (6426)	149 177	126 672	106 473	109 027	48 728	- 67,3 %
ETP moyens sur l'année	46,16	48,61	48,08	48,26	48,61	5,3 %
Rémunération moyenne / ETP	3 232	2 606	2 214	2 259	1 002	- 69,0 %

Source: CHVA

En 2014, la rémunération moyenne d'un ETP médical au titre de la permanence des soins s'établit à 26,5 k€. Bien qu'en baisse de 6 % par rapport à 2010, ce montant demeure élevé.

La baisse des dépenses au titre du temps de travail additionnel (- 100 k€), a été plus que compensée par une hausse des dépenses de personnels médicaux extérieurs à

⁴³ Cette forfaitisation s'est faite au tarif mensuel de 549,18 € auquel s'ajoutent les déplacements.

l'établissement⁴⁴ (+ 262 k€). L'établissement a ainsi « externalisé » une part de la permanence des soins dans le but de sénioriser les prises en charge.

Tableau n° 13 : Rémunération du personnel médical extérieur à l'établissement

En €	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution
62113 - Personnel médical	66 365	64 642	305 949	292 916	328 404	262 039

Source : CHVA

Ces dépenses de personnels médicaux extérieurs à l'établissement correspondent aux rémunérations versées aux médecins mis à dispositions par d'autres établissements, aux médecins recrutés par une agence d'intérim et aux médecins dits « prestataires » rémunérés à des tarifs négociés dépassant les plafonds réglementaires, sans pour autant avoir été recrutés par une agence d'intérim et sans avoir signé de contrat de travail avec l'établissement. Ils ne cotisent donc pas et sont donc en situation d'irrégularité patente. Cette rémunération octroyée aux personnels médicaux dans le cadre de la permanence des soins constitue en réalité un moyen d'attirer des médecins afin d'assurer la pérennité de ses activités.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur indique qu'il a été mis fin à l'astreinte de gériatrie pour la résidence du Montoulon en 2015 ; la permanence des soins de la RHM étant dorénavant couverte par l'astreinte de médecine de l'hôpital. Il indique également qu'un rappel à tous les praticiens concernant leurs obligations de traçabilité y compris de l'activité effectuée sur les plages d'astreinte a été fait au début de l'année 2016.

4.2.5- L'activité libérale

L'activité libérale est encadrée par les articles L. 6154 -1 à 7 du code de la santé publique.

Aux termes de l'article L. 6154-5 du code de la santé publique « *dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité* ». Cette commission est chargée, selon l'article R. 6154-5 du code de la santé publique, de « *de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens* » ; elle doit se réunir une fois par an, conformément à l'article R. 6154-14 du code de la santé publique.

Au cas d'espèce, cette commission ne s'est pas réunie entre 2007 et le 7 juin 2012. L'ARS aurait sollicité l'établissement en 2010 à fin de réunion de la commission, mais le conseil de l'ordre des médecins aurait « *tardé afin de désigner l'un de ses membres*⁴⁵ ». Par ailleurs, si une réunion a pu se tenir en 2013, cela ne s'est fait qu'à la fin de l'année, après deux convocations infructueuses.

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat dont l'approbation par le directeur général de l'ARS, après avis notamment du directeur, vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale. (L. 6154-4 du code de la santé publique). Quatre contrats d'activité libérale étaient en cours en 2012, un nouveau a été conclu en 2013.

Les dispositions des articles L. 6154-2 du code de la santé publique qui prévoient notamment que l'activité libérale s'exerce « *à la triple condition que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ; que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ; que le nombre de consultations et*

⁴⁴ Sur le compte 62113, personnels médicaux extérieurs à l'établissement.

⁴⁵ CR de la CAL du 7 juin 2012.

d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique » ne sont pas systématiquement respectées.

Il ressort en effet du compte-rendu de la commission d'activité libérale (CAL) du 5 décembre 2013, qu'entre 2011 et 2013, le volume d'activité privée d'un praticien a été systématiquement et parfois substantiellement supérieur au volume d'activité publique. Cette situation a perduré en 2014. La part d'activité libérale des autres praticiens est également importante pour trois autres praticiens (41 %, 43 % et 44 %).

Tableau n° 14 : Exemple d'activité libérale d'un praticien

		Activité publique	Activité libérale	Total
2011	Volume d'activité	30,47 %	69,53 %	100 %
	Nombre de passages	738	1 684	2 422
2012	Volume d'activité	26,59 %	73,41 %	100 %
	Nombre de passages	598	1 651	2 249
2013	Volume d'activité	48,15 %	51,85 %	100 %
	Nombre de passages	1 121	1 207	2 328
2014	Volume d'activité	39,70 %	60,30 %	100 %
	Nombre de passages	912	1 385	2 297

Source : CHVA

D'une manière générale la CAL contrôle le respect des dispositions réglementaires relatives au volume de l'activité mais n'est pas en mesure de contrôler celles afférentes à la durée de l'activité. Ainsi et s'agissant du contrôle du temps maximum dédié à une activité privée, il ressort du PV de la CAL du 9 décembre 2014 que la « *lecture des documents* [demandées aux praticiens par la CAL] *révèle que l'organisation mise en place et les pratiques de certains praticiens ne permettent pas à la commission d'apprécier le respect de cette règle* ».

La commission a décidé à la fin de l'année 2014 d'alerter l'ARS sur la situation de ce praticien au moyen d'une « *fiche de signalement ponctuel en cas de non-respect de la réglementation de l'activité libérale* ». Par ailleurs, la CAL a établi le principe d'un contrôle de l'activité libérale des praticiens par le biais des documents établis par le système national inter régimes (SNIR)⁴⁶ afin de contrôler du montant de la redevance perçue.

4.3- Conclusion sur la gestion des ressources humaines

Les mesures d'optimisation des ressources humaines non médicales mises en œuvre ont permis une progression relativement contenue de la masse salariale correspondante sur la période. La rémunération des personnels contractuels a toutefois progressé plus rapidement que les effectifs, ce qui n'est pas le cas des personnels titulaires.

L'établissement est en revanche confronté à d'importantes difficultés en matière de recrutement et de fidélisation du personnel médical. Un certain nombre de postes de spécialistes demeurent non pourvus et, en dépit des efforts pour régulariser la situation, toutes les disciplines ne disposent pas à ce jour du nombre de praticiens de plein exercice nécessaire à la sécurisation du dispositif de permanence des soins. Le recrutement de praticiens contractuels est opéré sur des périodes plus ou moins longues, avec des conditions de rémunération excédant les plafonds réglementaires. La difficulté que rencontre l'établissement pour fidéliser les personnels médicaux qu'il a contribué à former (notamment via la procédure d'autorisation d'exercice) engendre une instabilité au sein de la communauté médicale et un surcoût patent pour l'établissement. Ce surcoût est alourdi par le large dispositif de

⁴⁶ PV du 7 juin 2012.

permanence des soins déployé.

5- L'ANALYSE STRATEGIQUE ET MEDICO-ECONOMIQUE

Cette analyse s'appuie sur les données produites à la chambre : le rapport d'activité 2014, le rapport sur « l'activité T2A 2014 », le « recueil d'activité T2A 2013 », le CREA 2013, les fichiers SAE⁴⁷, ainsi que la base de données Hospidiag.

5.1- Des séjours en déclin compensés par une forte progression des séances

En court séjour, sur la période sous revue, seul le secteur de médecine observe une dynamique positive avec une hausse du volume d'activité (+ 2,6 %) assurée par une forte progression des séjours de l'hôpital de jour (+ 17,7 %).

La chirurgie, qui a connu une légère hausse d'activité jusque fin 2013, a pâti, en 2014, des travaux de rénovation du bloc opératoire, pour retrouver une dynamique ascendante à compter du dernier trimestre 2015.

Les séjours d'obstétrique sont en érosion constante depuis 2011, du fait d'un déficit d'attractivité de la maternité, accru sur la période sous revue.

Tableau n° 15 : Évolution du nombre de séjours et de séances

	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution
Nombre de séjours de médecine (HC)	2 836	2 875	2 861	2 783	2 796	- 1,4 %
Nombre de séjours de médecine (ambulatoire)	746	761	892	910	878	17,7 %
Total séjours de médecine	3 582	3 636	3 753	3 693	3 674	2,6 %
Nombre de séjours de chirurgie (HC)	1 173	1 206	1 243	1 276	1 099	- 6,3 %
Nombre de séjours de chirurgie (ambulatoire)	681	633	597	635	515	- 24,4 %
Total séjours de chirurgie	1 854	1 839	1 840	1 911	1 614	- 12,9 %
Nombre de séjours d'obstétrique (HC)	333	340	312	322	325	- 2,4 %
Nombre de séjours d'obstétrique (ambulatoire)	148	169	159	149	135	- 8,8 %
Total séjours obstétrique	481	509	471	471	460	- 4,4 %
Nombre total de séjours d'hospitalisation	5 917	5 984	6 064	6 075	5 748	- 2,9 %
Nombre de séances (chimiothérapie)	463	357	489	469	678	46,4 %
Nombre de séances (autres)	261	162	270	358	413	58,2 %
Total séjours et séances	6 641	6 503	6 823	6 902	6 839	3,0 %

Source : hospidiag

L'activité des séances témoigne d'une forte dynamique jusqu'en 2014, avec cependant un recul à compter de 2015, du fait des changements organisationnels en matière d'oncologie à l'échelle du territoire.

Malgré une hausse de 3 % en volume, les recettes issues de la tarification des séjours accusent un repli sur la période. Le chiffre d'affaires moyen par séjour est en diminution et s'établit à 2 334 € en 2015. Le taux d'occupation des lits se situe dans la moyenne en médecine (79,7 % en 2014⁴⁸). Il se situe également au niveau de la médiane en chirurgie jusqu'en 2014 où il observe un net recul (59,2 % en 2014 contre 74,3 % en 2013), en partie

⁴⁷ SAE 2014 H, SAE 2014 USLD, SAE 2014 SSR; SAE H 2013, SAE 2013 USLD, SAE 2013 SSR; SAE 2012.

⁴⁸ Source hospidiag.

du fait des travaux de rénovation réalisés au bloc opératoires sur cet exercice. Ces taux d'occupation corrects sont cependant à mettre en regard de la durée moyenne de séjour qui est excessivement longue tant en médecine qu'en chirurgie⁴⁹. À contrario, en obstétrique le taux d'occupation est extrêmement dégradé (36,7 % soit en-deçà du niveau des 20 % des établissements les moins performants), mais la durée moyenne de séjour se situe au niveau de la médiane⁵⁰.

5.2- La médecine : une activité stable et équilibrée financièrement

La médecine représente plus de 60 % de l'activité MCO, tant en volume qu'en valeur⁵¹. Outre une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), des lits de soins continus et un hôpital de jour, elle regroupe huit spécialités⁵², au sein desquelles le court séjour gériatrique occupe une place prépondérante. Dans les domaines du cancer et de la réanimation, le CHVA exerce son activité dans le cadre de filières dont le centre hospitalier de Montélimar est reconnu « tête de file ».

Le CHVA dispose d'une capacité de 73 lits de médecine, restée stable au cours de la période examinée. Les durées de séjour, élevées, se sont dégradées sur la période, ce qui s'est traduit par un manque à gagner de 1,3M€ en 2013.

Tableau n° 16 : Indicateurs du service de médecine

	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de lits	73	73	73	73	73
Taux d'occupation des lits en médecine	96,9	79,7	84,9	83,8	79,7
IP-DMS Médecine	1,08	1,089	1,19	1,206	1,151
Nombre de RUMS				4 903	5 069
Valorisation T2A (part assurance maladie)				8 374 999	8 370 951
CA moyen/RUM en €				1 708	1 651

Sources : base de données Hospidiag ; Activité T2A 2014

5.2.1- Les parts de marché

La part de marché de l'hôpital en médecine, sur sa zone d'attractivité, s'établit à 40,9 % en 2014, soit en diminution de plus d'un point par rapport aux années précédentes. Ses principaux concurrents, le centre hospitalier de Valence et une clinique de Guilhaud Granges, détenaient respectivement 19,4 % et 8 % des parts de marché en 2014. Face à l'atonie du CHVA, les centres hospitaliers de Valence et Montélimar avaient renforcé leurs positions⁵³.

Afin de limiter les taux de fuite et maintenir ses positions, le CHVA, dans son projet médical 2012-2016, avait ciblé les efforts à réaliser sur les disciplines existantes : pneumologie, cardiologie, neurologie et gastro-entérologie.

⁴⁹ L'indice de performance de la durée moyenne de séjour est ainsi de 1,151 en médecine et de 1,212 en chirurgie soit au-delà du 8^{ème} décile regroupe les 20 % d'établissements les moins performants.

⁵⁰ L'indice de performance de la DMS en obstétrique est de 0,924 en 2014.

⁵¹ Recettes issues de la tarification à l'activité.

⁵² Pneumologie, cardiologie, court séjour gériatrique, gastro-entérologie, rhumatologie, endocrinologie, soins palliatifs, oncologie.

⁵³ Respectivement + 1,2 pts (de 19,5 % à 20,7 %) et + 0,8 pt (de 2,1 % à 2,9 %) de 2011 à 2013. Pour ces deux établissements, cette progression correspond à l'évolution constatée sur leur propre zone d'attractivité (37 à 40,1 % de 2009 à 2013 ; 39 à 40,1 % de 2011 à 2013 pour le CH de Valence) (42,1 à 44,6 % de 2009 à 2013 ; 44 à 44,6 % de 2011 à 2013 pour le CH de Montélimar).

5.2.2- L'analyse par spécialité

5.2.2.1- Les soins continus - l'unité d'hospitalisation de courte durée - les urgences

Le service des urgences enregistre 13 000 à 14 000 passages par an, dont 19 %⁵⁴, seulement étaient suivis d'une hospitalisation, en 2013 et 2014. Ce taux faible démontre que l'essentiel des passages auraient vocation à être traités par la médecine de ville. La moitié des séjours pris en charge par l'hôpital⁵⁵ proviennent du service des urgences, ce qui démontre la faiblesse des hospitalisations programmées et de l'adressage par la médecine de ville.

Afin d'améliorer la sécurité et la coordination des soins, l'équipe des urgentistes a été étoffée par le recrutement de praticiens hospitaliers : 8,3 ETP de médecins sont affectés, en 2015, aux services d'urgence, soins continus et d'UHCD. Si un socle de trois médecins statutaires⁵⁶ a pu être constitué, la présence, à leurs côtés, de contractuels ou remplaçants ponctuels continue de générer des difficultés de coordination avec les autres services et de traçabilité dans les dossiers.

5.2.2.1.1- L'unité d'hospitalisation de courte durée

L'activité de l'UHCD s'accroît, en volume, de 9 % de 2013 à 2014. La durée moyenne de séjour de l'UHCD, qui excède les 24h, résulte d'un manque de fluidité du parcours du patient vers les services de médecine. Le maintien dans les lits d'UHCD de patients qui auraient dû être pris en charge au sein des secteurs d'hospitalisation conventionnelle ainsi que le transfert ponctuel des services de médecine vers l'UHCD de patients instables explique, en partie, l'accroissement des taux d'occupation et l'importance des durées de séjour en UHCD. Ce faisant, l'établissement se prive de recettes T2A plus conséquentes. L'équilibre économique de l'unité d'hospitalisation de courte durée est atteint en 2013, avec un résultat positif de 42 k€.

5.2.2.1.2- Les soins continus

Conformément au projet régional de santé, la communauté hospitalière de territoire doit organiser la prise en charge des soins critiques autour du service de réanimation du centre hospitalier de Montélimar et des lits de surveillance continue du CHVA et du centre hospitalier d'Aubenas. Le projet médical du CHVA soulignait la nécessité de formaliser les relations avec les structures de recours, notamment par la création de filières coordonnées en neurologie et neurochirurgie (respectivement pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et la transmission d'images), en cardiologie interventionnelle, en réanimation médicale.

L'activité de l'unité de surveillance continue du CHVA est restée relativement stable de 2012 à 2014 (349 RUM en 2012 et 333 en 2014). La durée moyenne de séjour, qui s'établit à trois jours, reste sensiblement identique, de même que le poids moyen des cas traités (PMCT). Pour autant, le taux d'occupation des quatre lits de cette unité se contracte, passant de 78,4 % à 76,7 %. Les recettes dégagées ne permettent pas d'équilibrer cette activité qui présentait un déficit de 674,2 k€ en 2013. Seuls deux tiers des patients pris en charge dans cette unité présentaient un indice de gravité justifiant le codage d'un supplément de surveillance continue.

5.2.2.2- La médecine A : pneumologie et cardiologie

⁵⁴ Selon les rapports d'activité sur 13 977 patient accueillis en urgence, en 2013, 2 675 ont fait l'objet d'une hospitalisation. En 2014, ces chiffres s'établissaient respectivement à 13 992 et 2 640.

⁵⁵ Hors catégorie majeure de diagnostic « gynécologie », « nouveaux nés » et « séances ».

⁵⁶ 2,8 équivalents temps plein.

L'unité de médecine A regroupe les spécialités de pneumologie et cardiologie. Elle dispose de 26 lits d'hospitalisation conventionnelle, répartis également entre les deux spécialités. Leur taux d'occupation s'établissait à 85 % en 2014, en baisse par rapport à 2012. Cette unité présente des durées moyennes de séjours longues et pâtit de la carence de lits d'aval en soins de suites (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD).

Selon la comptabilité analytique de l'hôpital, le service de médecine A est financièrement équilibré et dégage un résultat de 193 k€ en 2013. Les charges de personnels médicaux qui y sont affectées apparaissent néanmoins sous-évaluées, au regard du nombre de médecins qui exercent leur activité au sein de cette unité⁵⁷.

5.2.2.2.1- La pneumologie

L'activité de cette unité de treize lits répond aux besoins classiques de prise en charge hospitalière en pneumologie et pallie également l'absence totale d'offre libérale à Privas. Malgré l'équipement spécialisé dont il s'est doté⁵⁸, le CHVA n'a pas été retenu par l'ARS comme établissement référent dans le cadre du projet médical de territoire.

Bien que l'hôpital n'ait pas mis en place de consultations avancées sur le site de La Voulte, le nombre de consultations en pneumologie a fortement progressé sur la période sous revue, passant de 124 à 280 entre 2012 et 2013. Pour autant, le nombre d'explorations fonctionnelles est resté stable : 173 en 2013, 154 en 2014 et 170 à fin septembre 2015. Le développement des consultations n'a pas eu les répercussions escomptées en termes de séjours d'hospitalisation qui n'ont cessé de décroître sur la période (448 RUMS en 2012 à 321 en 2014). La baisse de recettes consécutive a, néanmoins, été limitée par une appréciation de la rémunération moyenne de ces séjours qui s'établit à 3 490 € en 2014 contre 3 102 € en 2012. L'unité de pneumologie présente un taux d'occupation satisfaisant (92 %) mais est affectée par une durée moyenne de séjours plus longue que celle constatée au niveau national et en constante dégradation. L'âge avancé des patients⁵⁹, une file active peu importante⁶⁰ et l'absence de lits d'aval spécialisés en sont les causes.

L'activité pâtit, en outre, d'un manque d'effectifs médicaux (1,5 ETP en 2013, 0,5 en 2014). De janvier à novembre 2015, l'établissement n'a plus disposé de ressources médicales en interne. Un contrat d'accès au plateau technique a été conclu avec un pneumologue libéral avant qu'un praticien soit recruté fin novembre 2015.

L'hôpital s'est néanmoins assigné l'objectif de développer les consultations et explorations, d'améliorer les prises en charge en matière de pathologie du sommeil par la création d'un service dédié et de développer l'hospitalisation à domicile (HAD) des cancéreux et insuffisants respiratoires. La création de dix places d'aval en HAD sur le territoire de Privas, qui en est dépourvu, ne pourra cependant se faire que sous la forme d'une antenne adossée au centre hospitalier de Montélimar - qui détient une autorisation dans ce domaine - avec une permanence médicale mutualisée. L'ARS n'a toujours pas pris de décision alors même que le CHVA a déposé le dossier en décembre 2014.

⁵⁷ Source : CREA 2013. 339 k€ sont comptabilisés pour 5 ETP de médecins. En 2015, les effectifs médicaux de cette unité se décomposent de la manière suivante : 2,8 ETP cardiologues, 1,2 ETP de médecine générale et 1 ETP de médecine interne. Ainsi, 339 k€ sont comptabilisés pour 5 ETP de médecins.

⁵⁸ Deux bronchoscopes, un pléthysmographe équipé avec une étude de diffusion, une VO2max (seul équipement hospitalier du bassin du GCS), un polysomnographe et un scanner disponible en radiologie.

⁵⁹ 73 ans.

⁶⁰ 362 patients en 2013, 281 en 2014.

5.2.2.2- La cardiologie

Alors que selon le projet médical, les maladies cardio-vasculaires sont la deuxième cause de mortalité en Ardèche et que les besoins de proximité sont importants, le potentiel de croissance que laissait présager le taux de fuite de 54,7 % ne s'est pas réalisé. L'hôpital n'a pu constituer une équipe médicale stable et suffisante qu'à compter du second semestre 2014, en recrutant 2,8 ETP de médecins cardiologues (un praticien hospitalier, un attaché associé, un contractuel). Il bénéficie, de plus, de la mise à disposition de 0,20 ETP d'angiologue par le centre hospitalier d'Aubenas.

En conséquence de l'instabilité des effectifs médicaux, l'activité a décliné, tant en hospitalisation complète qu'en hôpital de jour. De 2012 à 2014, le nombre de RUMS est passé de 521 à 432. Aucune consultation avancée sur le site de La Voulte n'a pu être mise en place.

La durée moyenne de séjour s'allonge, consécutivement à l'alourdissement de la sévérité des cas pris en charge. Alors qu'en 2014 l'hôpital présente un chiffre d'affaires moyen par séjour de 2 658 € (contre 2 450 € en 2012), le patient reste hospitalisé en moyenne 9,19 jours (soit 1,20 jours de plus qu'en 2012), au-delà des durées moyennes constatées au niveau national. Le taux d'occupation des lits s'établit à 85 %.

Le CHVA a développé de nombreux partenariats, tant avec les établissements lyonnais, qu'avec les centres hospitaliers du territoire de santé. Il a notamment conclu une convention relative à la coronographie avec le centre hospitalier de Valence et développé un partenariat avec le pôle de stimulation cardiaque d'Aubenas comme l'y invitait le SROS.

5.2.2.3- La médecine interne B : médecine polyvalente et court séjour gériatrique

L'unité de médecine B regroupe le court séjour gériatrique⁶¹ et la médecine dite polyvalente⁶². Elle dispose de 28 lits d'hospitalisation conventionnelle, situés au 2^{ème} étage de l'unité sanitaire de Privas, qui ont fait l'objet de plusieurs réorganisations depuis la création du court séjour gériatrique en 2011. Les capacités du court séjour gériatrique se sont progressivement étendues (passant de dix lits en 2011 à vingt en 2013), au détriment de la médecine polyvalente (huit lits en 2013).

Le taux d'occupation des 28 lits s'établissait à 84,6 % en 2014, en nette diminution par rapport aux exercices précédents, en corrélation avec la réduction des durées moyennes de séjours. L'activité progresse et dégage, selon les comptes de résultat analytiques (CREA) de l'établissement, un résultat confortable de 921,1 k€ en 2013. Trois ETP de gériatres, un ETP de médecin généraliste et un ETP de gastro-entérologue sont déployés sur ce service, épaulés par des temps de psychiatre, de dermatologue et d'endocrinologue⁶³. L'évolution gériatrique du service⁶⁴ permet, de par son caractère rémunérateur, de rentabiliser ces importants effectifs médicaux.

⁶¹ La médecine gériatrique est une spécialité de la personne âgée de plus de 75 ans.

⁶² La médecine polyvalente consiste en la réalisation des démarches diagnostiques pour la prise en charge des adultes souffrant de polyopathologies ou de maladies générales.

⁶³ Deux ETP Praticien hospitalier (gériatre et médecine générale), deux ETP Praticien attaché associé (gériatres), un ETP Praticien contractuel (gastro-entérologue), 0,20% ETP Praticien attaché (psychiatre et dermatologue), 0,10 % ETP endocrinologue (MAD par CH Montélimar). La masse salariale correspondante s'élève, en 2013 à 446 k€ et 82 k€ de gardes et astreintes.

⁶⁴ Le court séjour gériatrique présentait un chiffre d'affaires moyen par séjour de 3 779 € contre 2 191 € pour la médecine polyvalente en 2014.

5.2.2.3.1- *Le court séjour gériatrique*

La moyenne d'âge des patients pris en charge par l'établissement a justifié la création de l'unité de court séjour gériatrique. Son activité s'est développée au-delà des augmentations capacitaires successives. En effet, en 2014, le nombre de RUMS s'accroît de 45 % par rapport à 2013, alors que parallèlement le nombre de lits de cette spécialité n'a augmenté que de 33 %. Le taux d'occupation de 96 % atteint en 2013 est très satisfaisant. Toutefois, la nette contraction de la durée moyenne de séjour, qui passe de 16 à 12,5 jours, entre 2013 et 2014, pourrait l'affecter, en dépit d'une activité croissante.

En outre, la conjugaison d'un chiffre d'affaires moyen par séjour en baisse et d'une durée moyenne de séjour qui, bien qu'en diminution, reste excessivement longue conduit à un chiffre d'affaires moyen par jour relativement faible pour une telle unité.

En dépit de ces évolutions, le court séjour gériatrique demeure une activité rémunératrice pour laquelle l'établissement devra s'attacher à optimiser l'occupation des lits.

5.2.2.3.2- *La médecine polyvalente*

La médecine polyvalente n'est pas identifiée en tant que telle dans le projet médical de l'établissement. Celui-ci définit, cependant, des orientations pour quelques-unes des spécialités concernées.

En matière de gastro-entérologie, le CHVA a souhaité maintenir une offre hospitalière sur le bassin et répondre à l'augmentation des pathologies digestives par le renforcement des compétences, l'identification d'une unité dédiée et l'aménagement de locaux pour la réalisation d'endoscopies digestives. Un deuxième gastro-entérologue a ainsi été recruté en 2012 et cinq lits sont dédiés à cette spécialité, qui représentait, en 2013, le quart de l'activité en nombre de séjours.

En neurologie, le projet médical a identifié trois axes à développer par l'établissement :

- ♦ la mise en place d'une filière AVC⁶⁵ sur le territoire de la CHT (cf. annexe 3) ;
- ♦ le renforcement de la filière interne de prise en charge des AVC par le développement des consultations externes et des explorations fonctionnelles ;
- ♦ les besoins croissants exprimés par la filière gériatrique : une consultation mémoire a ainsi été créée au 2^{ème} semestre 2012.

L'établissement a également souhaité se positionner en diabétologie en assurant la prise en charge de cette pathologie par le développement de consultations et bilans en hôpital de jour (HDJ) et de consultations avancées sur le site de La Voulte. Le CHVA envisageait, de plus, la création d'un centre dédié à l'éducation thérapeutique du patient. Ce positionnement, justifié par un taux de fuite hors du territoire du GCS de 43,7 %, s'est heurté à la pénurie médicale. Face à l'impossibilité de procéder à un recrutement de spécialiste, l'hôpital a eu recours à la mise à disposition de 0,10 ETP d'endocrinologues-diabétologues par le centre hospitalier de Montélimar⁶⁶. Ce temps médical devrait être porté à 0,20 ETP en 2016. Ces praticiens assurent des consultations externes et rendent des avis spécialisés pour des patients hospitalisés.

La médecine polyvalente accueille des patients d'une moyenne d'âge de 65 ans. La prise en charge des patients les plus âgés par le court séjour gériatrique a contribué à l'amélioration notable des durées moyennes de séjour (6,29 en 2014 contre 8,41 en 2012), mais a également

⁶⁵ Accidents vasculaires cérébraux.

⁶⁶ Convention, avenant n°1, avenant n°2.

induit une diminution régulière du chiffre d'affaires par séjour dont la valeur descend à 2 191 € en 2014 contre 2 648 € en 2012. La perte d'activité constatée en 2014, liée à la réduction du nombre de lits, s'explique également par le départ d'un des deux gastro-entérologues de l'hôpital. Le nombre de séjours réalisés par cette spécialité chute ainsi de 134 à 16 entre 2013 et 2014 et ne répond plus aux besoins de la population. Toutefois, l'activité ambulatoire apparaît moins affectée par la perte de ressources médicales. Les séjours diminuent, en effet, de façon moins significative, passant de 491 en 2013 à 403 en 2014. Pour autant, cette spécialité risque d'être irrémédiablement compromise en cas de départ du dernier médecin spécialiste, auquel l'hôpital ne peut, faute d'accord de l'ARS, conférer le statut de clinicien.

5.2.2.4- *La médecine C : oncologie et soins palliatifs*

Le CHVA exerce l'activité cancérologique dans le cadre d'un partenariat avec le centre hospitalier de Montélimar, désigné tête de réseau sur le bassin de santé. Il a regroupé, au sein d'une même unité, dénommé « médecine C », l'oncologie et les soins palliatifs.

En matière d'hospitalisation en cancérologie, le CHVA, qui détient plus de 30 % des parts de marché sur sa zone d'attractivité, est principalement concurrencé par le centre hospitalier de Valence (17 %), les HCL (8 %), et deux cliniques drômoises et un établissement lyonnais spécialisé dans la prise en charge du cancer (8 %). Les prises en charges oncologiques sont assurées au sein du service de médecine C dont l'activité est stable sur la période sous revue.

L'unité de médecine C regroupe une équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs et douleur (EMASPD) et dix lits consacrés à l'oncologie et aux soins palliatifs, dont le taux d'occupation n'atteint pas 70 %. En l'absence d'activité suffisante, le chiffre d'affaires de cette unité ne permet pas de couvrir les charges des personnels qui y sont affectés, dont trois praticiens hospitaliers à temps plein⁶⁷. L'unité de médecine C présentait, en 2013, un déficit de 256,2 k€, alors même qu'aucune charge relative à la permanence des soins n'était imputée sur le compte de résultat analytique de ce service.

5.2.2.4.1- *L'oncologie*

L'oncologie hors séances est une activité marginale en valeur qui ne représente que 2 % du chiffre d'affaires T2A. Elle est réalisée en hospitalisation de semaine. En 2013, 57 % des patients relevaient du premier niveau de sévérité. Les quatre lits dédiés sont très faiblement occupés (15 %) et la file active, fragile, s'établit à 78 patients en 2013 et 62 en 2014.

5.2.2.4.2- *Unité de soins palliatifs (USP)*

De 2012 à 2014, l'activité de l'unité de soins palliatifs progresse légèrement, enregistrant 131 RUMS en 2014 contre 112 en 2012. L'unité est dotée de six lits dont le taux d'occupation, qui oscille entre 80 et 86 %, pourrait être amélioré. Leur nombre pourrait être porté à dix en 2016 : cette extension est envisagée dans le cadre d'une collaboration inter établissements au sein de la CHT. Un projet médical de territoire est à valider avec les centres hospitaliers de Montélimar et d'Aubenas, qui disposent actuellement de deux lits dédiés chacun. L'aboutissement de ce projet permettrait au CHVA d'obtenir une labellisation USP (unité de soins palliatifs) et les financements afférents.

⁶⁷ En 2015, les personnels médicaux rattachés au service de médecine C se décomposaient de la manière suivante : un ETP Praticien hospitalier affecté à l'équipe mobile de soins palliatifs, un ETP Praticien hospitalier médecine générale, un ETP Praticien hospitalier oncologue, soit un coût de près de 340 k€.

5.2.2.4.3- *L'équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs (EMASPD)*

Une équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs et douleur (EMASPD), portée par le CHVA, intervient sur quinze établissements sanitaires et médico-sociaux, soit 1 632 lits. Toutefois, l'intervention clinique auprès des patients et soignants n'est formalisée que pour huit d'entre eux. Labellisée, l'EMASPD est partiellement financée par des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) qui ont permis le renforcement de sa présence sur les structures extérieures. Néanmoins, l'essentiel des interventions demeure localisé sur le CHVA (832 en 2014 contre 76 dans les établissements extérieurs).

5.2.2.5- *L'hôpital de jour médical (médecine ambulatoire)*

Le CHVA dispose de huit lits d'hospitalisation de jour (HDJ) en médecine. De 2012 à 2014, l'activité de l'HDJ de médecine a notablement progressé passant de 1 470 à 1 717 séjours. Le nombre de séances s'accroît également, passant de 759 en 2012 à 1 091 en 2014. Conséquemment, le taux d'occupation des lits s'améliore mais demeure insuffisant (59 % en 2014).

Malgré la progression de l'activité, le chiffre d'affaires de l'hôpital de jour ne permet pas de couvrir l'ensemble des charges du service, dont le déficit atteint 236,9 k€ en 2013. De surcroît, seules les charges de personnel non-médical⁶⁸ sont comptabilisées dans le résultat de ce service auquel n'ont pas été imputées les charges de personnel médical correspondantes.

En matière de séances de chimiothérapie, le CHVA a fortement accru sa part de marché sur sa zone d'attractivité, puisqu'elle passe de 38,1 % en 2012 à 44,9 % en 2014⁶⁹. Cette progression s'est réalisée au détriment de ses principaux concurrents : le centre hospitalier de Valence et une clinique privée de Guilherand-Granges et un établissement lyonnais spécialisé dans la prise en charge du cancer⁷⁰.

Conformément aux directives du projet régional de santé, le CHVA exerce l'activité de chimiothérapie en tant que site associé du centre hospitalier de Montélimar titulaire de l'autorisation. En conséquence, le CHVA applique les traitements de chimiothérapie prescrits par l'établissement autorisé et en assure le suivi (469 séances ont ainsi été dispensées en 2013 et 678 en 2014). L'activité cumulée au septième mois de l'exercice 2015 témoigne, cependant, d'un renversement de tendance marqué, puisque 264 séances de chimiothérapie avaient été réalisées contre 510 en 2014.

S'agissant de la médecine, le CHVA dispose d'un spectre d'activités étendu qui s'est déployé en réponse à l'enjeu majeur auquel est confronté l'établissement : répondre aux besoins de proximité de son bassin de santé dans un contexte de défaillance de l'offre libérale en ville.

⁶⁸ Le personnel non médical de ce service se compose de 2,8 ETP d'IDE, 2 ETP d'AS et 0,5 ETP d'ASH.

⁶⁹ Les principaux concurrents : CH de Valence (15,3 %), centre Léon Bérard (11,2 %), CH de Montélimar (9,6 %), clinique Générale (6,8 %).

⁷⁰ La progression observée résulte de la moindre attractivité du CH de Valence, dont l'activité en séances de chimiothérapie a notablement décliné sur sa propre zone d'attractivité (52,1 à 45,6 % de 2010 à 2014). Le CHVA a également bénéficié du manque d'offensive de la clinique Générale. Il a su, par ailleurs, conquérir des positions face au centre Léon Bérard alors même que celui-ci confortait ses positions sur sa propre zone d'attractivité (15,1 à 19,2 % de 2010 à 2014).

Ces activités, essentielles pour le bassin privadois, peinent toutefois à se développer sous l'effet conjugué d'une pénurie de praticiens hospitaliers spécialistes et d'un taux de fuite qui demeure important dans certaines disciplines. L'équilibre financier des activités de médecine est toutefois atteint.

Les stratégies de coopération mises en place à l'échelle de la communauté hospitalière de territoire ont eu des effets positifs, en permettant de maintenir une offre de soins de proximité grâce à la mutualisation des ressources médicales.

L'élaboration d'une offre de soin concertée à l'échelle du territoire doit être poursuivie et a vocation à se renforcer dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) en formation.

5.3- La chirurgie : une activité fragile et déficitaire

La chirurgie représente le tiers de l'activité de l'hôpital en valeur et un peu plus du quart en volume. Cette activité dispose de 22 lits en hospitalisation conventionnelle, 12 lits en hospitalisation de semaine et 6 places de chirurgie ambulatoire. Les lits et places de chirurgie sont répartis en deux unités, « Chirurgie A » et « Chirurgie C », installées au 3^{ème} étage de l'unité sanitaire, proximité qui favorise la mutualisation des moyens. De 2010 à 2013, l'hôpital a maintenu ses parts de marché sur sa zone d'attractivité à hauteur de 15 %, ce qui demeure malgré tout relativement faible.

Au cours de l'exercice 2014, et jusqu'au 1^{er} septembre 2015, l'activité chirurgicale du CHVA a fortement pâti des travaux de réhabilitation du bloc opératoire. Les parts de marché du CHVA se sont alors réduites au profit des centres hospitaliers de Valence et de Montélimar.

Par ailleurs, les services de chirurgie de l'établissement présentent des indicateurs de performance dégradés qui contribuent au déséquilibre économique des différentes spécialités.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur indique que la situation a évolué en 2016 avec le regroupement de l'hôpital de semaine et de la chirurgie conventionnelle (26 lits) soit une suppression de 8 lits. En contrepartie, la capacité de l'unité de chirurgie ambulatoire est passée de 6 à 10 lits. L'ordonnateur indique également que l'activité des premiers mois de l'année 2016 laisse présager d'une amélioration des indicateurs de performances, notamment en ophtalmologie et en chirurgie ambulatoire.

5.3.1- Les performances

L'activité demeure relativement faible comme le démontre un certain nombre de ratios. Le nombre d'ICR⁷¹ réalisé par chirurgien ne s'établit qu'à 51 413 en 2013 et 43 895 en 2014, soit deux fois moins que les ratios atteints par les établissements les plus performants⁷². Le nombre d'ICR par salle d'intervention chirurgicale est, quant à lui, près de trois fois inférieur à celui des établissements les plus performants⁷³.

⁷¹ L'ICR (indice de coût relatif) est une unité d'œuvre des actes produits par les services médico-techniques (dont le bloc, l'imagerie), indiquant le degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles nécessaires directement nécessaires à leur production. La notion d'ICR a été privilégiée à la notion d'actes afin de tenir compte de la lourdeur des interventions réalisées.

⁷² 107 137 ICR par chirurgien en 2014 pour les établissements de même catégorie et 81 639 en 2014 pour les établissements de même typologie.

⁷³ Ainsi en 2014, le CHVA recense 133 644 ICR par salle, contre 310 555 pour les établissements les plus performants de la même catégorie et 325 584 pour les établissements les plus performants de même typologie.

Tableau n° 17 : Indicateurs des services de chirurgie

	2012	2013	2014
Nombre de lits	34	34	34
Taux d'occupation des lits en chirurgie	77,7	74,3	59,2
IP-DMS Chirurgie	1,309	1,315	1,212
DMS PMSI des RUM	4,60	4,73	n.c.
Nombre de RUM	1 633	1 642*	1 433*
Valorisation T2A (Assurance maladie)	4 412 221	4 461 378*	3 784 472*
CA moyen/RUM en €	2 702	2 717	2 641*

RH : 1,5 ou 2 ETP par spécialité sauf gynécologie 1 ETP

Sources : base de données Hospidiag, rapports d'activité ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre

Ces performances médiocres sont confirmées par l'activité du bloc opératoire relevée du 7 au 16 septembre 2015. Au cours de ces dix jours, 82 interventions ont été réalisées, soit 8 interventions par jour. Ramenées aux trois salles d'intervention, ces interventions représentent 2,67 interventions par jour et par salle. L'augmentation de l'amplitude des plages d'ouverture du nouveau bloc opératoire ne correspond pas à un besoin réel. Ainsi, si le temps de mise à disposition des trois salles au regard du potentiel qu'elles offrent est passé de 40 %⁷⁴ à 72,5 %⁷⁵, l'utilisation des salles au regard de ce temps de mise à disposition a chuté de 80 %⁷⁶ à 53,2 %⁷⁷. Le taux d'occupation des salles au regard du temps de vacation offert (TVO) s'établit à 59,5 %⁷⁸. Par ailleurs, le taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète s'établit à 74,3 %, loin du taux cible de 95 %. Les files actives par spécialité sont toutes inférieures à 500 patients. Cette sous-occupation favorise des durées moyennes de séjour anormalement longues dont l'impact financier est estimé à 1 250 k€.

Le manque de lits d'aval est un deuxième facteur explicatif d'une durée moyenne de séjour trop élevée. En effet, alors que le sud Ardèche et la zone de soins de proximité d'Aubenas présentent une offre excédentaire de lits d'aval, le nord du département, dont Privas, souffre d'une pénurie en la matière. Pour remédier à ce déficit, le CHVA souhaite accroître ses capacités en SSR de huit lits supplémentaires orientés gériatrie et créer une antenne d'hospitalisation à domicile sur son site. La mise en place de la filière gériatrique, avec notamment le déploiement d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière, doit également permettre de fluidifier le parcours du patient âgé. Enfin, la création en 2015 d'un hôpital de semaine devrait participer à la réduction des délais de séjour.

5.3.2- L'analyse par spécialité

5.3.2.1- La chirurgie viscérale

Le projet médical avait estimé le taux de fuite hors du territoire à 37 % pour cette spécialité. Suite à ce constat, le CHVA, qui ne dispose pas de l'autorisation de l'Institut national du cancer (INCa), a souhaité pérenniser l'activité de chirurgie classique et développer un partenariat avec les centres hospitaliers de la CHT en matière de chirurgie carcinologique.

Le CHVA consacre neuf lits à la chirurgie viscérale, laquelle est assurée par deux chirurgiens à temps plein. Cet effectif, bien qu'incompressible eu égard à la nécessité d'assurer la permanence des soins, est important et difficilement rentabilisable sur ce nombre de lits.

⁷⁴ Source : Benchmarking des blocs opératoires 2012, ARS Rhône-Alpes.

⁷⁵ Calcul CRC à partir des indicateurs de structure et d'utilisation des salles de blocs opératoires conçus par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah).

⁷⁶ Source : Benchmarking des blocs opératoires 2012, ARS Rhône-Alpes.

⁷⁷ Calcul CRC à partir de l'activité du bloc opératoire de la semaine du 7 au 11 septembre 2015.

⁷⁸ Calcul CRC à partir de l'activité du bloc opératoire de la semaine du 7 au 11 septembre 2015.

De 2012 à 2013, l'activité de cette spécialité progresse, notamment grâce aux consultations. Le nombre de RUMS s'accroît tant en hospitalisation complète (+ 8 %) qu'en hôpital de jour (+ 16 %). Bien que les séjours demeurent majoritairement de sévérité 1, le chiffre d'affaires moyen s'apprécie de 3 % en 2013. Toutefois, cette spécialité repose sur une file active fragile de 350 patients et le taux d'occupation de ses lits s'amenuise tant en hospitalisation conventionnelle qu'en ambulatoire.

La fermeture partielle du bloc opératoire en 2014 et 2015 a porté un coup d'arrêt à cette amorce de croissance. Perturbée par les travaux, l'activité a fortement décliné en 2014 et n'a renoué avec une dynamique ascendante qu'au dernier quadrimestre 2015 (374 RUMS en 2015 contre 330 en 2014).

5.3.2.2- L'urologie

En urologie, le CHVA dispose d'un potentiel de croissance important, tant par le niveau du taux de fuite (41 %), que par le statut d'établissement référent qui lui est reconnu au sein de la communauté hospitalière de territoire (CHT). Pour conforter ses parts de marché, l'hôpital a porté ses effectifs médicaux à deux ETP et mis en place des consultations avancées sur le site de La Voulte. Par ailleurs, afin d'accroître une offre de soins insuffisante sur le territoire de la CHT, le CHVA a développé les partenariats avec les centres hospitaliers d'Aubenas⁷⁹ et de Montélimar⁸⁰ en mettant respectivement à leur disposition 20 et 15 % d'ETP d'urologues. Une astreinte de territoire⁸¹ a été mise en place les vendredis, samedis, dimanches et jours fériés.

Toutefois, les consultations avancées mises en place au centre hospitalier de Montélimar semblent profiter à ce dernier. Le recrutement de deux urologues et l'acquisition d'équipements spécialisés lui ont permis, en effet, de capter une partie de la clientèle du CHVA⁸². Par ailleurs, la poursuite de l'autorisation carcinologique dont bénéficie le CHVA est désormais « conditionnée à la mise en œuvre et aux résultats d'une évaluation à conduire avant le 30 avril 2016 »⁸³.

L'activité décroît dès 2013. Le nombre de RUMS passe de 733 en 2012, à 659 en 2013, et 678 en 2014, ce qui correspond à une perte de recettes de 170 k€ (T2A 100 %), que le développement de la chirurgie ambulatoire (+ 30 k€) ne compense pas. Cette perte d'attractivité se poursuit en 2015 (651 RUMS).

Les taux d'occupation très élevés des onze lits d'hospitalisation complète, qui atteignent 204 % en 2012 et 183 % en 2013, traduisent l'occupation, par les patients d'urologie, de lits dédiés à d'autres spécialités. L'amélioration de la durée moyenne des séjours amorcée en 2014 (3,86 jours contre 4,45 en 2013), se poursuit en 2015.

5.3.2.3- La gynécologie : une activité accessoire

En plus de l'activité obstétrique, le gynécologue-obstétricien assure des actes de chirurgie gynécologiques et d'orthogénie. À l'exception de 2013, l'activité en hospitalisation complète est inférieure à 50 RUMS en 2014 et 2015. Le taux d'occupation des lits et places dédiés

⁷⁹ Convention MAD ; avenants n° 1 à 4.

⁸⁰ Convention MAD ; avenant.

⁸¹ Un seul urologue assure l'astreinte pour l'ensemble du territoire.

⁸² Le CH de Montélimar a fait l'acquisition d'un urétéroréno-scopie alors que le CH de Privas loue un lithotripteur. L'urétéroréno-scopie souple est une technique utilisant les voies naturelles pour traiter les calculs rénaux résistants à la lithotritie extracorporelle ou calculs multiples. Les urologues du CHVA adressent donc au CH de Montélimar les patients pour lesquels la lithotritie n'est pas opérante.

⁸³ Arrêté n° 2014-0497 de l'ARS Rhône-Alpes.

s'établit environ à 50 %. La faiblesse de l'activité ne permet pas de couvrir les seuls moyens en personnel médical déployés pour ce faire.

5.3.2.4- *L'ORL-stomatologie : une activité très marginale*

En ORL-stomatologie, le territoire est confronté à un taux de fuite important (45 %). Le CHVA propose une offre de soins en coopération avec le centre hospitalier de Valence, qui met à sa disposition 0,40 ETP de praticien hospitalier pour les consultations et l'activité chirurgicale. Cette coopération ne génère qu'une très faible activité ambulatoire au CHVA. Fin 2015, 6 interventions avaient été réalisées contre 43 en 2012, 37 en 2013 et 11 en 2014. L'intérêt de ce dispositif est donc discutable pour l'établissement, qui souhaiterait réorienter cette coopération.

5.3.2.5- *L'ortho-traumatologie*

Le taux de fuite hors du territoire dans cette spécialité s'élève à 31 %. Le CHVA s'était alors fixé pour objectif de développer la chirurgie ortho-traumatologique à partir de l'activité de rhumatologie.

Onze lits sont réservés à la chirurgie ortho-traumatologique et deux chirurgiens temps plein sont affectés à cette discipline. Des consultations avancées ont été mises en place sur le site de La Voulte. L'activité, qui stagnait en 2012 et 2013 autour de 445 RUMS par an, a progressé de 15 % en 2015, après un exercice 2014 atypique, dû aux travaux de réhabilitation du bloc opératoire.

Les recettes d'activité en chirurgie orthopédique ne permettent toutefois pas de rentabiliser les deux ETP médicaux déployés pour la réaliser, effectif pourtant plancher eu égard à la nécessité d'assurer la permanence des soins. L'activité repose sur une file active inférieure à 400 patients qui ne permet pas d'optimiser les lits dédiés à la chirurgie ortho-traumatologique, dont le taux d'occupation ne dépasse pas 80 %. Cette sous-occupation favorise des durées de séjour longues, au-delà de huit jours, alors même que deux tiers des cas traités relèvent du niveau de sévérité le plus faible.

L'activité ambulatoire reste stable, proche de 170 RUMS par an. Toutefois, les places dédiées sont fortement sous-utilisées, leur taux d'occupation s'établissant en moyenne à 50 %.

5.3.2.6- *L'ophtalmologie*

En ophtalmologie, le taux de fuite de 38% laisse envisager un potentiel de croissance d'environ 500 séjours pour les établissements du GCS. Le CHVA a décidé de développer la chirurgie des yeux en coopération avec le centre hospitalier d'Aubenas, désigné établissement référent au sein du groupement. Celui-ci met à disposition 0,20 ETP de médecins ophtalmologistes auprès du CHVA, et accueille, une journée par semaine, le médecin ophtalmologue recruté par le CHVA afin d'en compléter la formation. Ce dernier assure deux plages opératoires hebdomadaires au CHVA. Les deux établissements ont recruté en commun une orthoptiste (20 % en 2015 au CHVA et 40 % à compter du 1^{er} janvier 2016) dans le but de réduire les délais d'attente et de concentrer l'activité des praticiens sur la chirurgie.

La chirurgie développée est presque exclusivement ambulatoire. Bien qu'en progression, l'activité reste encore très insuffisante pour rentabiliser l'intervention d'un praticien à temps plein. Les places dédiées ne sont occupées qu'à 50 % et le chiffre d'affaires moyen décroît régulièrement, perdant 7 % de sa valeur de 2012 à 2014.

5.3.2.7- Une chirurgie ambulatoire encore timide

Le développement de la chirurgie ambulatoire est l'un des objectifs inscrit tant au projet médical 2012-2016 qu'au CPOM 2013-2018. Ce document fixe comme objectif un taux de chirurgie ambulatoire de 37,5 % en 2014 et 50 % en 2017 et un taux d'ambulatoire de 80 % pour chacun des gestes marqueurs⁸⁴. Afin d'atteindre ces taux cibles, l'hôpital avait déterminé, dans son programme médical, les moyens à mettre en œuvre : modernisation du bloc opératoire, optimisation du fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire par la réalisation d'un audit organisationnel, développement ciblé sur les chirurgies urologiques, ORL et oculaire.

Tableau n° 18 : Indicateurs de la chirurgie ambulatoire

	2010	2011	2012	2013	2014
Taux de chirurgie ambulatoire	36,73	34,42	32,45	33,23	31,91
Taux des 18 gestes marqueurs	79,82	80,16	76,32	74,32	75,86
Taux d'utilisation des places	77,4	48	45,2	48,1	39

Source : base de données Hospidiag

Le taux de réalisation des 18 gestes marqueurs s'est dégradé passant de 80,2 % en 2011 à 75,9 % en 2014.

Cette contre-performance de la chirurgie ambulatoire est confirmée par l'évolution d'autres indicateurs, comme le taux de chirurgie ambulatoire et les parts de marché de l'établissement. Le taux de chirurgie ambulatoire décroît, passant de 36,7 % en 2010 à 31,9 % en 2014⁸⁵. Par ailleurs, la part de marché du CHVA sur sa zone d'attractivité⁸⁶ évolue défavorablement puisqu'elle passe de 38,1 % à 26,2 %, soit un recul de 12 points de 2011 à 2014.

Les travaux du bloc opératoire ont freiné la dynamique de croissance : l'activité, qui était passée de 684 à 792 RUMS de 2012 à 2013, est ramenée à 574 RUMS en 2014 avant de trouver un regain de croissance en 2015 (731 RUMS).

Les six lits dédiés sont faiblement utilisés. Leur taux d'occupation s'établit à 44 % en 2014, très loin du taux cible de 180 %.

La chirurgie urologique perd des parts de marché au profit du centre hospitalier de Montélimar, en ORL, la consultation avancée du centre hospitalier de Valence capte la patientèle privadoise au profit de l'établissement drômois. Seule la chirurgie ophtalmologique améliore significativement ses performances.

Des mesures pourraient être mises en œuvre de manière concertée à l'échelle du territoire afin que le CHVA puisse exploiter son important potentiel de croissance en chirurgie ambulatoire.

⁸⁴ Extension de la procédure de Mise sous Accord Préalable (MSAP) d'actes de chirurgie avec hébergement, à 38 gestes marqueurs en 2012. La procédure de Mise sous Accord Préalable (MSAP), issue de la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008, permet d'encourager le développement des opérations chirurgicales courantes en ambulatoire. Elle concernait 5 gestes marqueurs en 2008, puis 17 à partir de 2009 et elle s'élargit à une liste de 38 gestes en 2012. Chaque séjour avec hébergement pour un geste marqueur ciblé doit bénéficier d'un accord préalable explicite de l'Assurance Maladie pour pouvoir être facturé. Il s'agit d'un dispositif particulièrement incitatif, car les séjours avec hébergement (et les honoraires afférents en clinique) non autorisés ne sont facturables ni à l'Assurance Maladie, ni au patient.

⁸⁵ Source : base de données Hospidiag.

⁸⁶ En chirurgie ambulatoire, les principaux concurrents du CHVA, sur sa zone d'attractivité, sont la clinique Kennedy à Montélimar (16,7 %), les cliniques Pasteur (14,5 %) et Générale (11,9 %) (Hôpital Drôme Ardèche), et le CH de Valence (10,2 %).

L'activité de chirurgie couvre un large éventail de spécialités susceptible de répondre aux besoins de la population du bassin de santé de Privas, au-delà des simples besoins de proximité. Malgré les efforts déployés par l'établissement pour moderniser le bloc opératoire et réorganiser l'activité chirurgicale, les taux de fuite demeurent importants. Le déficit généré par l'activité chirurgicale est de près de 700 k€.

Aucune des spécialités chirurgicales ne réalise une activité suffisante au regard des effectifs médicaux déployés pour la réaliser, alors qu'ils ne peuvent être contractés davantage dans la configuration actuelle d'une permanence des soins 24h/24 dans chaque spécialité.

Face à ce constat, la direction du CHVA a engagé une première réorganisation en 2015 en transformant une partie des lits d'hospitalisation conventionnelle en hospitalisation de semaine, ce qui permet de générer 160 k€ d'économie en année pleine mais s'avère insuffisant pour rétablir l'équilibre économique de la chirurgie.

La pérennité de l'activité chirurgicale du CHVA semble devoir passer par une reconfiguration plus substantielle de ses modalités d'exercice, prenant la mesure du fait que le CHVA n'est pas en capacité (de par sa situation financière et la démographie médicale défavorable auquel il est confronté) d'assurer une permanence des soins dans toutes les spécialités. Une reconversion plus massive de l'activité conventionnelle en chirurgie ambulatoire s'esquisse comme la seule issue économiquement viable permettant le maintien d'une offre de proximité, comme le préconise le projet médical de territoire en cours de réalisation.

La chambre invite l'établissement à parachever les mesures de réorganisation entamées en matière d'offre chirurgicale, en mettant fin à la pratique d'une chirurgie complète dans tout ou partie de ses spécialités au profit d'une activité ambulatoire.

5.4- L'obstétrique : une maternité en sous activité, fortement déficitaire et ne répondant pas aux exigences réglementaires

5.4.1- Le cadre juridique

Le fonctionnement d'une maternité est encadré par les articles D. 6124-35 et suivants du code de la santé publique qui disposent que : « *L'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant :*

1° De fournir aux femmes enceintes des informations sur le déroulement de l'accouchement, ses suites et l'organisation des soins ;

2° D'assurer une préparation à la naissance et d'effectuer des visites du secteur de naissance (ou bloc obstétrical) pour les patientes qui le souhaitent ;

3° D'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique prévue à l'article D. 6124-92 par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement ;

4° De faire bénéficier les consultantes, y compris en urgence, d'examens d'imagerie par ultrasons.

Outre les lits et places servant à la gynécologie, toute unité d'obstétrique nouvellement créée comprend un minimum de quinze lits. [...]. »

Par délibération n° 2001-010 de la commission exécutive de l'ARH Rhône-Alpes du 10 janvier 2001, le CHVA a été autorisé, à titre dérogatoire, à exercer l'activité de gynéco-obstétrique pour douze lits. En 2010, le directeur de l'ARS a prononcé une injonction de dépôt de dossier complet de demande d'autorisation en raison de la faible activité de la maternité,

de la présence de personnel médical non statutaire et de l'absence de réalisation de visite de conformité. La visite de conformité réalisée le 24 novembre 2010 s'est révélée négative avec trois points de non-conformité et treize remarques.

L'établissement a néanmoins été autorisé à poursuivre son activité jusqu'au 31 décembre 2012. Cette autorisation a été conditionnée à la conduite et aux résultats d'une évaluation portant notamment sur :

- ♦ la disponibilité d'une salle d'intervention 24h sur 24 et 365 jours par an pour la chirurgie obstétricale d'urgence ;
- ♦ le volume d'activité réalisée ;
- ♦ l'attractivité de la maternité sur la zone de proximité ;
- ♦ le recrutement effectif de praticiens.

L'arrêté n° 2012-5214 du 3 décembre 2012 accorde au CHVA la possibilité de poursuivre son activité d'obstétrique jusqu'au 1^{er} août 2016, sous réserve de la présence d'au moins deux praticiens de plein exercice.

5.4.2- Une maternité peu attractive et en sous activité

La maternité, de niveau 1⁸⁷, ne dispose à ce jour - et sur toute la période sous revue - que de neuf lits, soit un niveau inférieur au minimum réglementaire.

Tableau n° 19 : Indicateurs du service de maternité

	2012	2013	2014
Nombre de lits	9	9	9
Taux d'occupation des lits	27 %	26 %	37,47 %
DMS PMSI des RUM	3,85	3,58	3,43
IP-DMS 2013 (Hospidiag)	0,964	0,97	0,924
Nombre de naissances	252	239	263
Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme	26	24	27

Source : CRC à partir des données PMSI du CHVA

En outre, le taux d'occupation de ces lits est très insuffisant (37,5 % en 2014). Depuis 2002, le nombre d'accouchements se trouve structurellement en deçà du seuil réglementaire de 300 accouchements par an (252 en 2012, 239 en 2013, 263 en 2014, 213 en 2015) soit moins d'un accouchement par jour. Chaque sage-femme réalise donc en moyenne 2,2 accouchements par mois.

L'article R. 6123-50 du code de la santé publique dispose que « l'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 6122-1 et L. 6122-2 que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population ».

⁸⁷ Les maternités de niveau I disposent seulement d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes-réanimateurs, mais ne dispose pas d'unité de néonatalogie.

Cependant, la notion de durée excessive n'a pas été explicitement définie. Le temps national médian d'accès à la maternité s'établissait à 22 minutes en 2010 pour le département de l'Ardèche contre 17 minutes au niveau national⁸⁸.

En outre, Privas se situe à 35 minutes des maternités de Valence (35 km), 41 minutes de celle de Montélimar (39 km) et 47 minutes de celle d'Aubenas (30 km). La population du bassin de santé de Privas est, de surcroît, essentiellement concentrée le long de la route qui relie Privas à Valence via Le Pouzin et La Voulte-sur-Rhône, si bien que plus de 35 000 habitants des 47 000 que compte la zone de soins de proximité de Privas (ZSP) sont domiciliés à moins de 30 minutes des maternités de Valence et Guilherand-Granges (cartes en annexe).

Le CHVA n'est par ailleurs pas considéré comme un établissement isolé géographiquement aux termes de l'arrêté du 4 mars 2015⁸⁹. Parmi les critères caractérisant une activité de soins isolée géographiquement, l'arrêté pose celui d'une durée du trajet (entre cet établissement et l'établissement le plus proche exerçant la même activité) supérieure à quarante-cinq minutes pour l'activité de soins d'obstétrique.

La proximité des maternités drômoises (centres hospitaliers de Valence et de Montélimar⁹⁰, dotés de maternités de niveau supérieur) et celle de la clinique de Guilherand-Granges, récemment rénovée, conjuguée à la vétusté des locaux de la maternité du CHVA, a favorisé le maintien d'un taux de fuite élevé. La maternité du CHVA ne réalise que la moitié des accouchements de la zone de soins de proximité.

Cette sous-activité génère deux types de problématiques : une problématique de sécurité et une problématique de coûts.

5.4.3- Les risques inhérents à la sous-activité et à l'organisation de la maternité

La faible activité de la maternité privadoise fragilise la pratique de ses personnels et est susceptible de nuire à la sécurité des parturientes et de leurs bébés.

La difficulté à recruter du personnel médical qualifié est également de nature à accentuer les risques. Jusqu'en 2012, la maternité du CHVA ne disposait pas de personnel médical de plein exercice et, sur la période sous revue, le fonctionnement de la maternité a pâti d'une démographie médicale instable. Sept médecins se sont succédé en dix ans.

À la suite d'un signalement rapportant des dysfonctionnements importants au sein de l'équipe médicale, l'ARS a diligenté une inspection en janvier 2014. Le rapport a confirmé les défaillances dans l'organisation du service et mis en exergue le fonctionnement quasiment autarcique de la maternité dont l'adhésion au réseau de périnatalité AURORE⁹¹ est essentiellement formelle. Ainsi et jusqu'en 2014, le CHVA n'a jamais été représenté ni aux réunions trimestrielles de morbi-mortalité, ni aux réunions semestrielles d'événements critiques qui ont vocation à analyser les cas rencontrés dans les différentes maternités du réseau afin de définir les bonnes pratiques et d'améliorer les prises en charge.

⁸⁸ Source : rapport de la DRESS n° 814 d'octobre 2012.

⁸⁹ Arrêté du 4 mars 2015 relatif au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique - NOR: AFSH1506177A.

⁹⁰ Maternités de niveau II, c'est-à-dire dotées d'une unité de néonatalogie (niveau IIA) et également d'une unité de soins intensifs néonataux si la maternité est de niveau II B.

⁹¹ Le Réseau AURORE (Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique Régional) regroupe un ensemble d'établissements publics et privés en Rhône-Alpes, ainsi que des professionnels de santé libéraux et de PMI ayant pour objectifs communs de fournir des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveaux nés, et des associations de parents ou de professionnels.

Suite au départ d'un praticien en juillet 2014, le chef de service est devenu l'unique praticien de l'unité, obligeant le CHVA à recourir transitoirement à des praticiens mis à disposition par le centre hospitalier de Montélimar. Au dernier trimestre 2015, la maternité n'a fonctionné qu'avec des médecins remplaçants en raison de l'absence pour maladie du chef de service. Depuis le retour de ce dernier, le CHVA est malgré tout contraint, afin d'assurer le fonctionnement du service et la permanence des soins, de recourir de façon structurelle à deux praticiens contractuels remplaçants.

La stabilité du fonctionnement de la maternité repose donc sur les sages-femmes qui assurent le suivi global des parturientes par des consultations prénatales (pour 90 % des patientes), des préparations à l'accouchement et une rééducation périnéale. Elles appliquent le protocole PRADO⁹² pour favoriser les sorties précoces en assurant la visite d'une sage-femme à domicile.

Les consultations prénatales favorisent l'orientation précoce des parturientes présentant des grossesses à risque vers les maternités de niveau supérieur. Toutefois, le CHVA a organisé le transfert pour accouchement vers des maternités de niveau supérieur de dix patientes en 2012 et 2014 et de sept en 2013. De même, sept nouveaux nés ont été transférés vers un autre établissement en 2012 et 2014.

La mise en place d'une consultation avancée sur le site de La Voulte (une demi-journée par semaine), n'a pas permis d'accroître l'attractivité du CHVA qui a continué à décliner en 2015.

5.4.4- Une maternité fortement déficitaire

L'activité de la maternité est très nettement déficitaire : il s'est établi à 658 k€ en 2013. L'activité est structurellement insuffisante pour couvrir les charges de personnel nécessaires à la permanence des soins. Ainsi, selon le compte de résultat analytique 2013, les produits de l'activité hospitalière s'établissaient à 1 179 k€, et les charges nettes de personnel à 1 225 k€.

L'importance des effectifs, qui excèdent les normes d'encadrement applicables, contribue à ce déséquilibre. Selon les dispositions l'article D. 6124-44 du code de la santé publique qui définit ces normes⁹³, la présence permanente d'un ETP de sage-femme et d'un ETP d'aide-soignante ou d'auxiliaire de puériculture est suffisante pour une maternité de cette taille ; ce qui équivaut à six ETP par catégorie de personnel pour assurer la permanence des soins⁹⁴. Or en moyenne annuelle, huit ETP de sages-femmes en 2013 et 7,73 en 2014⁹⁵, et 9,06 ETP d'aides-soignantes (AS) et d'auxiliaires de puériculture (AP) en 2013 et 8,75 en 2014 ont été rémunérés. Le sureffectif est donc de deux ETP de sages-femmes et de trois ETP d'AS/AP, ce qui équivaut à un surcoût de près de 200 k€.

À l'inverse, depuis juillet 2014, le CHVA ne dispose plus que d'un ETP de gynécologue-obstétricien, ce qui l'oblige, pour assurer la permanence des soins 24h/24, à recourir à des médecins contractuels remplaçants à hauteur de 14 jours par mois, à raison de 800 € par

⁹² Programme d'accompagnement du retour à domicile.

⁹³ L'article D. 6124-44 du code de la santé publique impose la présence permanente d'une sage-femme dans le secteur de naissance « pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an ». Toutefois et toujours selon le même article, « si l'unité obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement ».

⁹⁴ - Sage-femme : 1 poste*12h par j x 365j = 4 380h par an ; 1poste*12,5h par j x 365j = 4 562,5h ; 4 380 h + 4 562,5 h = 8 942,5 h ; 8 942,5 ÷ 1 607h = 5,56 ETP.

- Aide-soignante : 1 poste matin 7,5h par jour x 365j = 2 737,5 h par an ; 1 poste 7,5 h après-midi par jour x 365j = 2 737,5h par an ; 1 poste nuit 10h par jour x 365j = 3 650h par an ; 2 735,5 + 2 735,5 + 3 650 = 9 125h ; 9 125 ÷ 1 607h = 5,68 ETP.

⁹⁵ Source : SAE.

période de 24h.

Ainsi, pour moins d'un accouchement par jour sont mobilisés quotidiennement : un pédiatre, un à deux gynécologues obstétriciens, deux sages-femmes, deux auxiliaires de puériculture (ou aides-soignants).

Le déficit généré par la maternité, qui était de plus de 600 k€ en 2013, s'est accru depuis, sous l'effet conjugué de la diminution du nombre de naissances et des coûts de remplacements médicaux. Il avoisinerait un million d'euros en 2015⁹⁶.

Tableau n° 20 : Résultats de l'activité de la maternité

	2012	2013	2014
Nombre de RUMS (/Mater./nouv. nés/orthogénie)	722	689	699
Valorisation T2A	914 510	875 758	920 763
CA moyen/RUM	1 267	1 271	1 317
Valorisation T2A 100% (Méd. Gynéco/Mater./nouv. nés)			934 583
CA moyen/RUM			1 337
Valorisation /ETP chirurgien en k€			311 527
Résultat CREA 2013		- 658 465	

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

5.4.5- Un avenir incertain

Le rapport d'inspection établi par l'ARS en février 2014 concluait à la nécessité pour le CHVA de renforcer sa coopération avec le centre hospitalier de Montélimar afin de remédier aux dysfonctionnements observés. Un projet de convention de coopération entre les services de gynécologie-obstétrique des deux établissements a donc été établi. S'il prend en compte les problèmes de sécurité et propose une organisation à même de les atténuer (constitution d'une équipe territoriale de gynécologues-obstétriciens, formations communes et échanges professionnels pour les sages-femmes, adressage des patientes vers la maternité la plus adaptée...), toute préoccupation financière en est exclue. En effet, il est envisagé la constitution d'une équipe territoriale de neuf gynécologues-obstétriciens avec un système de garde sur place sur chacune des deux maternités, alors que le CHVA n'a déployé à ce jour qu'une astreinte opérationnelle (au demeurant largement suffisante compte tenu du niveau d'activité). Cette nouvelle organisation de la permanence des soins, nettement plus coûteuse que l'organisation actuelle, ne ferait qu'aggraver le résultat déficitaire de la maternité du CHVA et ne semble pas soutenable, tant d'un point de vue financier qu'en termes organisationnels.

L'article R. 6123-50 du code de la santé publique prévoit que « *les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité, en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation* ».

Le CHVA gagnerait à transformer sa maternité en centre périnatal, comme l'envisageait le projet régional de santé dans le cas où l'autorisation de gynécologie obstétrique du CHVA ne serait pas renouvelée. Cela permettrait aux parturientes du bassin de vie de bénéficier d'un

⁹⁶ Estimation CRC sur la base des données financières 2015 provisoires.

suivi de grossesse de proximité et d'être orientée vers une maternité à même d'assurer une prise en charge adaptée à leur situation.

La proximité des maternités drômoises conjuguée aux difficultés rencontrées par le CHVA pour recruter et fidéliser des gynécologues-obstétriciens ont conduit à l'atrophie du nombre d'accouchements. La chambre invite le directeur et le conseil de surveillance à prendre la mesure de la sous activité de la maternité, de ses difficultés de fonctionnement, des risques en termes de sécurité et du déficit ainsi généré afin d'en tirer les conséquences en définissant avec l'agence régionale de santé les modalités de reconversion de la maternité de Privas en centre périnatal de proximité.

5.5- Le pôle gériatrique

5.5.1- Présentation du pôle gériatrique

Le pôle gériatrique comprend un SSR de 22 lits, une USLD de 60 lits et deux EHPAD de 22 et 182 places. Cette activité gériatrique est complétée par une offre de consultations « mémoire » et de bilans gériatriques réalisés en hôpital de jour. Une équipe mobile d'évaluation gériatrique a été constituée en mutualisant les ressources de l'EMSPD. Une permanence téléphonique quotidienne répond aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

La structuration de cette offre a permis à l'hôpital d'être reconnu comme la structure de référence de sa zone de soins de proximité au sein d'une filière gériatrique formalisée, en 2012, par la signature d'une charte. Ce faisant, l'objectif du projet médical a été atteint.

5.5.2- La résidence hospitalière du Montoulon (RHM)

La RHM est un bâtiment de quatre étages situé à Privas. Distinct de l'unité sanitaire, il héberge les services de SSR, l'USLD et l'EHPAD Montoulon. L'imbrication géographique de ces trois services n'a pas permis une juste affectation des charges par unité sur la période sous revue. Cependant, à la faveur de l'évolution capacitaire des services, le CHVA a entamé un processus de fiabilisation des comptes, dont la sincérité devrait être rétablie à compter de l'exercice 2016. La faible capacité d'accueil de l'EHPAD et le projet de fusion- déménagement du SSR questionnent l'avenir de cette résidence.

5.5.2.1- *Le SSR : une unité d'aval aux capacités trop faibles et un projet d'extension compromis*

Depuis le 1^{er} décembre 2013, le CHVA est titulaire d'une autorisation d'activité pour 22 lits de SSR polyvalent avec mention « personnes âgées polypathologiques » (PAP). Sa capacité antérieure s'établissait à 14 lits.

A la faveur de cette extension capacitaire, le SSR a été repositionné au 1^{er} étage de la résidence Montoulon, qu'il partage avec deux places d'EHPAD. Le passage du SSR de 14 à 22 lits a permis d'isoler le service, ce qui a facilité l'individualisation de ses coûts. Ainsi, l'augmentation capacitaire et la fin de l'intervention des agents de l'USLD et de l'EHPAD Montoulon en SSR, rendue possible jusqu'alors par la proximité des lits des trois services, ont eu pour conséquence de multiplier par 2,5 les charges de personnel imputées au service. Les performances financières du SSR s'en sont trouvées fortement dégradées, puisque le résultat comptable, qui s'établissait à 368 800 € en 2013, est devenu déficitaire de 99 213 € en 2014. Ce déficit pourrait, de surcroît, s'amplifier, puisque la répartition des charges immobilières, au prorata des surfaces occupées, ne sera actualisée qu'en 2016.

Afin de rétablir l'équilibre du SSR, le CHVA a modifié l'organisation du temps de travail du personnel non médical à compter du 1^{er} janvier 2015. Désormais, trois aides-soignantes interviennent en douze heures sur la journée au lieu de quatre le matin et deux l'après-midi auparavant⁹⁷. Une équipe de nuit mutualisée, composée d'une IDE et de trois AS, intervient sur l'ensemble de la résidence.

Un médecin gériatre à temps plein est attaché au service. Toutefois, son statut de praticien attaché associé ne lui permet pas de disposer du plein exercice. Ainsi, il ne peut prescrire que sous la responsabilité d'un autre médecin et ne peut règlementairement assurer les astreintes, ce qu'il fait cependant. La sécurité des soins n'apparaît donc pas garantie.

Le SSR intervient essentiellement en structure d'aval de l'activité MCO du CHVA. Si le taux d'occupation de la structure s'améliore régulièrement pour atteindre 92,6 % en 2014, en revanche les durées moyennes de séjour se dégradent (31,2 en 2014 contre 24,4 jours en 2012). Le manque de places d'aval, notamment d'EHPAD à Privas, explique pour partie cet allongement des durées de séjour.

Afin de porter sa capacité à trente lits, et comme prévu au CPOM, le CHVA a sollicité une autorisation d'activité pour huit lits supplémentaires à orientation gériatrique, que les locaux permettraient d'accueillir sans investissements conséquents.

En effet, les besoins sont patents sur l'ensemble du territoire de santé. En ce qui concerne le bassin de Montélimar, il existe 1,98 lit mention PAP pour 10 000 habitants, contre un ratio régional de 3,2⁹⁸. Les 22 lits du CHVA constituent la seule offre de SSR du bassin. Pour remédier à cette pénurie, la révision du SROS opérée par l'ARS en 2014⁹⁹ enjoint le CHVA à se rapprocher d'autres structures afin de développer une offre en soins de suite et de réadaptation atteignant la taille critique.

5.5.2.2- L'USLD et l'EHPAD « Résidence du Montoulon »

L'USLD actuelle et l'EHPAD « Résidence de Montoulon » sont nés de la partition de 106 lits de soins de longue durée. Une seule convention tripartite a été établie pour ces deux services. Signée en décembre 2007, elle n'a fait l'objet d'aucun avenant depuis lors. L'avenir de l'EHPAD dont les capacités ont été ramenées de 46 à 22 places « *reste à définir* » selon les termes du président du conseil départemental de l'Ardèche qui indique également que « *le renouvellement des conventions tripartites de l'USLD et de l'EHPAD a vocation à s'inscrire dans un projet global de l'offre médico-sociale pour répondre aux besoins de la population du bassin privadois* ».

La proximité géographique des deux services, qui occupent les deuxième et troisième étages de la RHM, a favorisé « *une porosité significative des équipes et de leur affectation* », selon les conclusions d'un audit réalisé en 2015.

⁹⁷ La SAE 2014 du service SSR recensait 4,27 ETP moyens rémunérés d'IDE et 8,27 d'AS.

⁹⁸ Source : Rapport CSOS du 6 mai 2015 relatif à la demande de renouvellement, suite à injonction de l'autorisation d'activité de soins de suite et de réadaptation par le CHVA sur le site de Montoulon.

⁹⁹ Arrêté n° 2014-1431 du 28 mai 2014.

5.5.2.2.1- Une unité de soins de longue durée avec un important niveau de médicalisation

L'unité de soins longue durée (USLD) comprend 60 lits. Elle occupe l'intégralité du 3^{ème} étage de la RHM (40 lits) et une partie du 2^{ème} étage (20 lits) qu'elle partage avec 20 lits d'EHPAD.

Selon la dernière coupe Pathos¹⁰⁰ réalisée en 2011, le pathos moyen pondéré (PMP)¹⁰¹ de l'USLD s'établit à 471, bien au-delà du PMP constaté en moyenne pour les unités de soins de longue durée (389¹⁰²). Le pourcentage de soins médicaux et techniques importants (SMTI)¹⁰³ atteint 56,6 %, soit au-dessus de la moyenne nationale (52 %). Ces indicateurs témoignent de la lourdeur des cas pris en charge par cette unité, et justifient l'ancrage de cette structure dans le secteur sanitaire.

L'USLD présente un taux d'occupation très satisfaisant de 99 %. Il fonctionne en structure d'aval du SSR et des EHPAD du CHVA¹⁰⁴.

Le taux d'encadrement en personnel soignant et de service, qui excède celui arrêté par la convention tripartite, souffre d'un déséquilibre entre les temps d'AS et d'ASH, au regard des taux d'encadrement usuellement constatés. Afin de remédier à une situation de « glissement de tâches » entre les deux catégories de personnel, le CHVA a commencé à mettre fin à des contrats d'ASH pour recruter des AS, jusqu'alors en sous-effectif.

Il conviendra, lors de la prochaine renégociation de la convention tripartite, d'acter la nouvelle répartition des effectifs afin d'y adapter les financements.

Tableau n° 21 : Indicateurs de l'USLD

USLD	2014	Projection 2015
Nbre théorique de places	60	60
ETP moyen rémunéré AS*	22,88	24,08
Taux d'encadrement AS	0,38	0,40
Taux d'encadrement convention tripartite	0,37	0,37
Comparatif audit externe	0,51	0,51
ETP moyen rémunéré ASH*	10,46	12,73
Taux d'encadrement ASH	0,17	21,21
Taux d'encadrement convention tripartite	0,15	0,15
Comparatif audit externe	0,14	0,14

Source : CHVA

Un médecin gériatre est affecté à temps plein à cette unité. Son statut de praticien attaché associé confronte le service à des problèmes identiques à ceux rencontrés par le SSR.

Les comptes sont équilibrés, malgré un tarif hébergement parmi l'un des plus bas du département. Toutefois, ce tarif est le reflet de la vétusté des bâtiments : les chambres doubles représentent encore presque la moitié de l'offre d'hébergement et la conception des locaux n'est pas adaptée au niveau d'autonomie des résidents.

¹⁰⁰ Pathos : logiciel utilisé pour l'évaluation de la charge en soins d'un établissement médico-social.

¹⁰¹ Le PMP exprime la « lourdeur en soins médicaux d'un malade moyen ».

¹⁰² Direction générale de l'offre de soins, Coupes Pathos 2011 en USLD.

¹⁰³ Les SMTI correspondent à la nécessité d'une prise en charge par une structure disposant de ressources humaines et matérielles suffisantes pour assumer correctement et en toute sécurité des pathologies lourdes évolutives et/ou instables, sans préjuger de la nature de cette structure.

¹⁰⁴ En 2013 et 2014, l'intégralité des entrées provenait de ces services.

Tableau n° 22 : Tarification

	2012	2013	2014	2015
Prix de journée Hébergement seul*	39,81	40,27	41,08	n.c.
Reste à charge** :				
USLD et EHPAD Montoulon	46,38	46,84	47,31	48,73
Reste à charge le plus élevé : Le Pouzin				56,99
Reste à charge le plus bas : Privas (Lancelot)				48,15

Sources : *CHVA ; ** audit externe

5.5.2.2.2- L'EHPAD du Montoulon : une unité vétuste et trop petite

L'EHPAD « Résidence du Montoulon » a vu son offre d'hébergement réduite de 46 à 22 places au 1^{er} septembre 2013. Seize places ont été transférées à l'EHPAD Rivoly nouvellement construit par le CHVA et 8 à l'hôpital local de Vernoux-en-Vivarais. Aucune révision de la convention tripartite n'a fait suite à cette réduction capacitaire. L'avenir de cette structure est aujourd'hui en question.

Sur les 22 places de l'EHPAD, 20 occupent le 2^{ème} étage de la RHM, et 2 le 1^{er} étage, à proximité du SSR.

Au cours des dernières années, la dépendance des résidents s'est nettement accrue. Le GIR¹⁰⁵ moyen pondéré (GMP) de l'EHPAD est passé de 685,91 en 2011 à 763 en 2015, bien au-delà du GMP constaté en moyenne pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (717¹⁰⁶).

Malgré la vétusté des locaux, dont la conception n'est pas adaptée au niveau de dépendance des résidents, et le nombre important de chambres doubles, l'EHPAD présente un taux d'occupation élevé de 99 à 100 %, du fait qu'il représente une des rares offres d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à Privas, aux côtés d'un EHPAD de 88 places géré par une mutuelle.

A l'inverse de ce qui a été constaté pour l'USLD, la structure du personnel non médical est caractérisée par un sureffectif d'aides-soignantes et un sous-effectif d'agents de service hospitaliers. Cette distorsion, avalisée par la convention tripartite, est en cours de correction.

Tableau n° 23 : Taux d'encadrement de l'EHPAD Montoulon

	2014	Projection 2015
Nbre théorique de places	22	22
ETP moyen rémunéré AS	7,66	4,28
Taux d'encadrement AS	0,35	0,19
Taux d'encadrement convention tripartite	0,49	0,49
Comparatif audit externe	0,24	0,24
ETP moyen rémunéré ASH*	2,27	1,51
Taux d'encadrement ASH	0,10	0,07
Taux d'encadrement convention tripartite	0,16	0,15
Comparatif audit externe	0,20	0,14

Source : CHVA

¹⁰⁵ Le GIR est un groupe iso-ressource correspondant qui mesure le degré d'autonomie de la personne âgée, du GIR 6 (personne autonome) au GIR 1 (personne totalement dépendante). Le GIR moyen pondéré mesure le degré d'autonomie moyen des résidents d'une structure.

¹⁰⁶ Selon l'enquête tarifaire 2012 menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, le GMP d'un EHPAD s'établit en moyenne à 717.

La réduction capacitaire n'a pas été accompagnée d'une modification des clés de répartition des charges immobilières (eau, électricité..) au prorata de la nouvelle superficie occupée par l'EHPAD. L'ensemble de ces éléments concourt au déficit apparent de la structure qui ne dégage plus de marge brute d'exploitation depuis 2013. Le déficit s'accroît en 2014 pour s'établir à 47,1 k€.

Tableau n° 24 : Structure du personnel non médical

	USLD	EHPAD	SSR
IDE	8,32	2,24	4,25
AS	22,88	7,66	7,25
ASH	10,46	2,27	2,96
Nombre de places/lits	60	22	22
Taux encadrement IDE	0,14	0,10	0,19
Taux encadrement AS	0,38	0,35	0,33
Taux encadrement ASH	0,17	0,10	0,13

Source : CHVA, retraitement CRC

5.5.3- L'EHPAD Rivoly : une structure suréquipée et surdimensionnée architecturalement

En 2013, l'EHPAD Rivoly a porté ses capacités d'hébergement de 166 à 182 places, suite à la reconstruction du site et au transfert de 16 places en provenance de l'EHPAD de Montoulon. Il comporte une unité fermée Alzheimer de 28 lits qui n'a cependant pas obtenu la labellisation UHR (unité d'hébergement renforcée) et les financements correspondants¹⁰⁷.

Le taux d'occupation, supérieur à 100 %, démontre l'attractivité de la structure. Au 30 novembre 2014, 41 % des résidents provenaient d'un établissement de santé et 29 % directement de leur domicile ; 77 % d'entre eux étaient originaires du département de l'Ardèche. Alors que la dépendance des personnes âgées hébergées par l'établissement reste stable¹⁰⁸, le pathos moyen pondéré (PMP) validé en novembre 2014 traduit un alourdissement des pathologies des résidents.

L'évolution des capacités d'hébergement et l'aggravation des pathologies affectant les résidents ont motivé l'augmentation des effectifs autorisés par les deux avenants¹⁰⁹ à la convention tripartite du 13 novembre 2012. Toutefois, ces facteurs n'expliquent que la moitié du sureffectif en personnels soignants constaté par un audit externe. Celui-ci estimait le « sur-encadrement sur les fonctions AS/ASH/IDE », en 2014, à 13 ETP au regard des ratios moyens habituellement observés. Pour résorber le sureffectif restant, le CHVA envisageait de ne pas remplacer les départs à la retraite à hauteur de 6,5 ETP, d'ici la fin de l'exercice 2015. Un médecin coordonnateur a été recruté au dernier trimestre 2014 à hauteur de 0,70 ETP.

L'architecture du nouveau bâtiment, à savoir deux ailes de deux étages, de 104 et 78 lits, articulées autour d'une ancienne maison bourgeoise, a contraint l'hôpital à organiser l'établissement en cinq unités de 28 à 39 places qui ne permettent pas l'optimisation des ressources soignantes¹¹⁰.

¹⁰⁷ Rapport d'évaluation externe, novembre 2014.

¹⁰⁸ Le GIR moyen pondéré (GMP) validé s'établit à 705,88 contre 707,77 en 2012.

¹⁰⁹ Avenants des 9 décembre 2013 et 29 juillet 2015.

¹¹⁰ Selon la convention tripartite « le parti-pis architectural ne facilite pas la rationalisation des flux ni des organisations ».

Tableau n° 25 : Taux d'encadrement EHPAD Rivoly

Effectif prévisionnel 2016	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Taux d'encadrement théorique 2016	Taux d'encadrement 2014*	Référentiel de l'auditeur
convention tripartite 13 /11/ 2012	44,5	21,83	40,3	106,63			
avenant n°1 (augmentation capacités)	48,9	24,08	46,15	119,13			
avenant n°2 (augmentation pathos)	48,9	25,04	51,39	125,33			
dont ASH	26,05	11,13		37,18	0,20	0,22	0,20
dont AS	12,81	29,89		42,7	0,23	0,25	0,24
dont IDE			16,15	16,15	0,09	0,11	0,07
dont cadre de santé			2	2	0,01		

Source : * Audit externe

A la faveur de sa reconstruction (engagée début 2010), la résidence Rivoly a été dimensionnée de telle sorte qu'elle bénéficie aujourd'hui non seulement d'espace communs spacieux, mais également de vastes locaux au rez-de-chaussée que le CHVA a cherché à rentabiliser en installant des consultations avancées, mais qui restent en partie inoccupés. L'ordonnateur souhaiterait rentabiliser les 150 m² inutilisés en les louant, notamment, à des praticiens libéraux.

Par ailleurs, l'EHPAD est doté d'une cuisine dont la superficie excède de 30 % celle de la cuisine centrale du site de Privas (400 m² contre 275 m²), alors même que les besoins y sont moins importants¹¹¹. Le nombre de repas produits pour les résidents et personnels conduit à n'utiliser les capacités de production de la cuisine qu'à hauteur de 65 %, obligeant l'EHPAD à rechercher des débouchés extérieurs.

En outre, toutes les chambres sont équipées de fluides médicaux ce qui traduit un surdimensionnement des moyens compte tenu du faible degré de médicalisation attendu dans une telle structure¹¹². L'ensemble de ces éléments a concouru au renchérissement de la construction et de l'équipement de la structure dont le coût final s'établit à 22 M€, soit 120,9 k€ la place, pour un coût médian national de 101,8 k€ la place¹¹³.

À la suite de la reconstruction de l'établissement, le tarif hébergement a augmenté progressivement (+ 6% en 2013, + 4 % en 2014, + 3 % en 2015 et + 0, 4% en 2016) pour s'établir à 52 € en 2016, ce qui correspond à un reste à charge global pour le résident de 56,54 €, dans la borne haute des établissements voisins. Pour autant, ce tarif ne permet d'atteindre ni l'équilibre comptable ni l'équilibre financier du budget.

L'EHPAD Rivoly présente, en effet, de 2011 à 2014, un résultat courant déficitaire qui ne cesse de s'aggraver, pour atteindre - 344,7 k€ en 2014 (contre - 155 k€ en 2011) alors même que l'intégralité des amortissements de la nouvelle construction n'était pas encore constatés¹¹⁴ et que le rythme d'amortissement retenu est supérieur à celui recommandé par l'instruction comptable M21 (35 ans au lieu de 30 ans).

De même, sur un plan strictement financier, et malgré un niveau correct de marge brute (de 9 à 12,5 % des produits d'exploitation), la CAF brute ne couvre pas l'annuité de la dette contractée. L'EHPAD a, en effet, mobilisé, entre 2009 et 2013, six emprunts d'un montant total de 19,9 M€. En 2014, la CAF nette, hors éléments exceptionnels, était déficitaire à hauteur de

¹¹¹ 459 repas par jour à l'EHPAD Rivoly contre 520 sur le site de Privas.

¹¹² La mise en place de fluides pour une seule aile aurait pu suffire eu égard au degré de médicalisation requis en EHPAD.

¹¹³ Source : Observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social – Février 2012.

¹¹⁴ En l'absence de décompte général et définitif.

146,8 k€. Toutefois, l'augmentation de la dotation soins obtenue en 2015 et la contraction du personnel soignant envisagée au cours du même exercice devrait contribuer à rétablir l'équilibre financier de cette structure.

Tableau n° 26 : Équilibre financier de l'EHPAD Rivoly

	2011	2012	2013	2014	Var. 14/11
Produits de l'activité hospitalière	5 863 264	6 325 624	6 626 628	6 879 914	17,3 %
+ Production vendue	74 868	72 079	81 911	134 762	80,0 %
+ Subventions d'exploitation et participation	26 964	19 710	14 434	16 317	- 39,5 %
+ Autres produits de gestion courante	51 829	25 433	59 107	33 972	- 34,5 %
= Produits de gestion (A)	6 016 925	6 442 846	6 782 080	7 064 965	17,4 %
Charges de personnel	4 306 413	4 615 803	4 791 067	4 963 166	15,3 %
+ Consommations intermédiaires	1 144 285	1 073 980	1 222 204	1 206 244	5,4 %
+ Autres charges de gestion directe	13 971	20 103	12 526	3 752	- 73,1 %
= Charges de gestion (B)	5 464 670	5 709 885	6 025 797	6 173 162	13,0 %
= Marge brute d'exploitation (C=A-B)	552 255	732 961	756 282	891 803	61,5 %
<i>en % des produits de gestion</i>	9,2 %	11,4 %	11,2 %	12,6 %	
- Frais financiers nets	465 546	548 800	565 441	479 809	3,1 %
- Annuité en capital	nc	432 928	461 298	558 850	
= CAF nette hors exceptionnel		- 248 767	- 270 457	- 146 856	

Source : comptes financiers

6- LA FIABILITE DES COMPTES

L'établissement ne dispose pas de procédures comptables formalisées, ne produit pas d'annexe relative aux principes et méthodes comptables et n'a pas mis en place de contrôle interne comptable. Il a cependant entamé en 2014 une démarche de fiabilisation des comptes.

6.1- Le principe de sincérité et de régularité

6.1.1- Le suivi des immobilisations et l'inventaire

L'établissement ne procède pas à un inventaire exhaustif des immobilisations¹¹⁵ ce qui ne lui permet pas de s'assurer que les immobilisations inscrites à l'actif du bilan reflètent la réalité patrimoniale.

6.1.2- L'intégration des immobilisations en cours

Selon l'instruction M21, « le compte 23 a pour objet de faire apparaître la valeur des immobilisations non terminées, ni mises en service, à la fin de chaque exercice ».

Sur la période sous revue, les immobilisations en cours ont connu une évolution erratique, à l'inverse des immobilisations amortissables dont l'augmentation a été continue. En 2014, le poids des immobilisations en cours dans les immobilisations totales est revenu à un niveau acceptable (7 %) après avoir dépassé 30 % en 2011. Cela s'explique essentiellement par la réception des travaux relatifs à la résidence de Rivoly, en avril 2011 pour la première tranche, en mars 2013 pour la seconde.

La chambre rappelle qu'il convient de procéder à l'intégration des immobilisations au compte

¹¹⁵ L'établissement ne dispose en 2015 d'un inventaire physique seulement pour les biens biomédicaux et les matériels informatiques.

21 dès leur mise en service.

Tableau n° 27 : Intégration des immobilisations en cours

en k€	2010	2011	2012	2013	2014
Immobilisations (compte 21)	40 170 208	42 406 941	54 460 989	53 186 853	63 907 252
Immobilisations en cours (compte 23)	8 630 775	12 840 661	7 460 575	10 937 545	4 563 884
Poids des immobilisations en cours	21,49 %	30,28 %	13,70 %	20,56 %	7,14 %

Source : Comptes financiers, retraitement CRC

6.1.3- Des durées d'amortissement parfois excessives

La nomenclature comptable M21 dispose qu'« *un plan d'amortissement doit être adopté par l'ordonnateur au moment de la mise en service de l'immobilisation. Il fixe la durée ainsi que la méthode de calcul retenues pour chaque immobilisation à amortir* ».

Sur la période sous revue, le CHVA a pratiqué une méthode d'amortissement linéaire au 1^{er} janvier N+1 et n'appliquait donc pas le *pro rata temporis*.

Si les durées pratiquées sont en moyenne celles préconisées par la M21, elles apparaissent très longues pour certains types de biens ou d'opérations. Ainsi l'ordonnateur a souvent choisi des durées d'amortissement de 49 ans pour des opérations de construction alors que la M 21 préconise une durée de 30 ans. On peut également citer, à titre d'illustration, la mise à jour d'un logiciel amortie sur une durée de 15 ans, alors que la M 21 préconise une durée de 2 à 3 ans.

Par ailleurs, des durées d'amortissement différentes peuvent exister pour des biens identiques : ainsi pour des téléviseurs présentant les mêmes caractéristiques, un premier lot étant amorti sur cinq ans, un deuxième sur dix ans.

Un plan d'amortissement a été établi par note de service du directeur du 12 novembre 2015. Même si ce document est concis, il constitue un progrès par rapport à la période sous revue pendant laquelle aucun plan d'amortissement n'avait été réalisé. Il convient toutefois de souligner que, pour certains types de biens, la durée d'amortissement indiquée dans ce plan apparaît encore supérieure à celle préconisée par la M 21. La chambre recommande à l'ordonnateur de produire un plan d'amortissement conforme à la M 21 et de l'appliquer strictement.

6.1.4- La comptabilisation des stocks

6.1.4.1- La gestion des stocks à Privas

L'établissement ne possède pas de procédure formalisée pour la gestion des stocks, à l'exception de la pharmacie. Le module logiciel Gestion Economique et Financière du CHVA permet une gestion des stocks comptables des magasins généraux. Les entrées et sorties de stocks sont réalisées au fil de l'eau, après réception des marchandises et approvisionnements dans les services chaque semaine, et des balances sont éditées en tant que de besoin.

La valorisation par produit est établie au coût moyen pondéré. Un inventaire complet est réalisé au moins une fois par an.

Des seuils d'alerte sont définis pour presque tous les produits en stocks de manière à déclencher des commandes avant rupture. Les services de soins sont approvisionnés après une demande hebdomadaire adressée en magasin. Les stocks tampons ainsi générés dans les services ne font l'objet d'aucun suivi particulier.

6.1.4.2- *La gestion des stocks à la résidence Rivoly*

La résidence Rivoly, du fait de son isolement géographique, fait l'objet d'une gestion de stocks distincte. Elle est segmentée par secteur et confiée à différents protagonistes qui n'ont pas été formés pour assurer cette tâche.

Ainsi, les stocks de produits liés à l'incontinence sont gérés par un agent de la blanchisserie qui effectue les commandes et approvisionne les services. La gestion des stocks de produits hôteliers hors alimentation est assurée par un agent des services techniques. S'agissant des achats d'alimentation, l'organisation n'a pas été revue depuis la fusion de la résidence et du CHVA et c'est un adjoint de la cuisine du site de Rivoly qui gère les stocks, commande et procède à l'approvisionnement des services. Selon le directeur, cette organisation génère un sur-stockage et des péremptions de stocks.

En réponse à la recommandation de la chambre de revoir et de formaliser les modalités organisationnelles relatives à la gestion des stocks, l'ordonnateur a indiqué qu'une refonte globale de la gestion des stocks (avec centralisation des stocks des magasins généraux sur le site de Privas) sera mise en œuvre à l'automne 2016.

6.2- Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits

6.2.1- Le rattachement des charges

Le rattachement des charges à l'exercice découle du principe d'annualité budgétaire et d'indépendance des exercices.

6.2.1.1- *Les dépenses engagées non mandatées*

Le taux de rattachement de charges est très inférieur au seuil de 5 % communément admis (cf. tableau en annexe 4), ce que l'ordonnateur explique par une large utilisation de la journée complémentaire pour liquider les factures, les services acheteurs sollicitant les fournisseurs pour les recevoir au plus tôt dans le cadre de la procédure de clôture et arrêtant par ailleurs les commandes avant la fin du mois de novembre.

6.2.1.2- *Les reports de charges*

L'indicateur R 45 du tableau de bord financier des établissements publics de santé (TBFEPS) mesure le phénomène des reports de charges en calculant le taux de charges sur exercices antérieurs. Cet indicateur doit se situer en-deçà de 0,2 %. L'état annexe qui doit figurer à l'appui du compte financier n'a pas été produit en 2012 et 2013. À l'exception de l'exercice 2011, les charges sur exercice antérieur représentent 0 % du total des charges (cf. annexe 4). Cette situation atypique s'explique par le faible taux de rattachement.

6.2.2- Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser

L'instruction M21 applicable aux établissements publics de santé précise : « *Les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elle doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être*

apuré dès que possible, par imputation au compte définitif ». Par conséquent, ces comptes devraient présenter un solde nul à la clôture de l'exercice afin de ne pas fausser le résultat comptable de l'établissement.

Tableau n° 28 : Recettes et dépenses à classer ou à régulariser

Années		2010	2011	2012	2013	2014
Comptes	Libellés					
471	Recettes à classer ou à régulariser	361 846	43 875	626 323	74 573	19 054
472	Dépenses à classer ou à régulariser	3 000	15 971	1 404	28 076	74 469

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les montants inscrits sur le compte 472 progressent fortement sur la période. De 3 000 € en 2010, ils atteignent 74 469 € en 2014. Le solde du compte 471 présente une évolution erratique, avec un pic en 2012 s'établissant à 626 323 €. Ce compte a connu ensuite une baisse continue pour atteindre 19 054 € au titre du dernier exercice contrôlé.

L'ordonnateur doit veiller en fin d'exercice à rattacher les sommes perçues en instance d'affectation aux titres correspondants de recettes ou à émettre les titres correspondants aux sommes perçues avant la fin de l'exercice concerné afin de ne pas augmenter artificiellement le besoin en fonds de roulement.

6.2.3- Les créances irrécouvrables et titres à recouvrer

Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une provision pour dépréciation au compte 68174 « dotations aux dépréciations des actifs circulants – créances ». Le débit du compte 6817 a pour contrepartie un crédit du compte 491 « dépréciation des comptes de redevables ». Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la provision constituée est reprise.

L'instruction M21 prévoit que « le compte 4152 enregistre à son débit, par le crédit du compte de restes à recouvrer intéressé, le montant des créances admises en non-valeur par l'ordonnateur. L'ordonnateur formalise l'admission en non-valeur des créances présentées par le comptable public par une décision qu'il joint au mandat avec l'état des créances admises. Il est alors crédité par le débit du compte 654 « pertes sur créances irrécouvrables » du mandat de paiement correspondant émis par l'ordonnateur à l'appui de sa décision d'admission en non-valeur ». Il est en effet prohibé de créditer le compte 4152 en l'absence de mandat correspondant sur le compte 654.

Tableau n° 29 : Les créances irrécouvrables

Comptes	Libellés	2010	2011	2012	2013	2014
Solde 4152	Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur	106 820	87 136	123 791	100 000	64 000
Crédit 4152	Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur	50 000	49 249	39 784	75 220	101 509
654	Pertes sur créances irrécouvrables	50 000	49 249	39 784	69 216	74 573
78174	Reprises sur dépréciations des actifs circulants - Créances	0	0	0	0	44 278
Débit 491		0	0	0	0	44 278
68174	Dotations aux dépréciations des actifs circulants - Créances	0	0	0	0	34 137
Crédit 491		0	0	0	44 278	78 415
Solde 491	Dépréciation des comptes de redevables	0	0	0	44 278	34 137
Solde 496		0	0	0	0	0
Solde 491+Solde 496	Dépréciation des comptes de redevables	0	0	0	44 278	34 137

Source : comptes financiers, retraitement CRC

L'examen des comptes financiers met en évidence l'absence d'équivalence entre les montants enregistrés au crédit du compte 4152 et les montants enregistrés au débit du compte 654 pour les exercices 2013 et 2014.

Le montant des pertes sur créances irrécouvrables augmente sur la période sous revue et la constatation de ces pertes s'est faite, jusqu'en 2013, sans provision préalable pour dépréciation des comptes de redevable (compte 491) et, jusqu'en 2014, sans reprise de cette provision avant constatation de la perte sur créance.

En 2014, le compte de dépréciation des comptes de redevables a été provisionné à hauteur du montant des créances de plus de trois ans du budget principal, mais aucune analyse des créances de moins de trois ans présentant des risques d'irrécouvrabilité n'a été menée. Le provisionnement du compte 491 repose donc sur analyse partielle des restes à recouvrer et pourrait, de ce fait, s'avérer insuffisant.

Il convient de noter que l'établissement n'a pas formalisé de procédure en matière d'admission en non-valeur et s'en remet à l'appréciation du comptable.

En réponse à la recommandation de la chambre de prendre en compte les états de restes à recouvrer de l'ensemble des budgets de l'établissement public de santé et de mener une analyse plus détaillée des créances de moins de trois ans afin d'identifier précisément celles qui présentent un risque d'irrécouvrabilité d'un montant significatif, l'ordonnateur a indiqué que cette analyse sera réalisée en lien avec les services de la Trésorerie principale dès cette année.

6.3- Le principe de prudence et la constitution des provisions

Le solde des provisions s'élevait à 1,41 M€ fin 2009 et à 4,93 M€ fin 2014. Cette hausse s'explique essentiellement par la constitution de provisions au compte 142 « *provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations* » constituées en vue des travaux de modernisation et d'extension du plateau technique. En effet, le solde de ce compte passe de 375 813 € fin 2009 à environ 3,28 M€ en 2014.

Les provisions pour risques et charges ont progressé de manière plus modérée pour s'établir à 1,67 M€ fin 2014 (contre 1,34 M€ fin 2010).

6.3.1- Les provisions pour renouvellement des immobilisations

L'instruction M21 précise : « *cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie* ». Depuis l'arrêté du 15 mai 2008 modifiant l'instruction M21, la constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (compte 142) ne peut se faire que sur la base de dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements. La constitution de provisions au compte 142 au moyen de ressources propres de l'établissement est donc exclue.

Le solde du compte 142 « provision pour renouvellement des immobilisations » est passé de 375 k€ en 2009 à 3,27 M€ fin 2014. Deux dotations ont en effet été effectuées sur la période sous revue :

- ♦ la première en 2011 pour un montant de 2 750 000 € alloués par l'ARS au titre de la participation à la restructuration du plateau technique (2 500 000 €) et au financement

- du scanner et du PACS (250 000 €) ;
- ♦ la seconde en 2012 à hauteur de 150 000 € dont :
 - 50 000 € alloués par l'ARS au titre du financement des systèmes d'information à destination de l'UCSA ;
 - 100 000 € de dotation sur fonds propres destinée, selon l'ordonnateur « à la réflexion sur le devenir de la Résidence Hospitalière du Montoulon » (devenir des lits d'EHPAD, projet d'une UHR en raison du départ probable de l'IFAS/IFA vers l'IFSI du Centre Hospitalier Spécialisé Sainte-Marie).

Il convient de noter que l'aide de 2 750 k€ accordée pour la restructuration du plateau technique n'a fait l'objet d'aucune reprise depuis son provisionnement en 2011.

Par ailleurs, deux aides en investissements octroyées par l'ARS n'ont pas été provisionnées au compte 142 à fin de reprise ultérieure pour couvrir les charges financières afférentes : la première, de 200 k€, reçue en 2011 pour l'EHPAD Rivoly et la deuxième, en 2014 de 1 500 k€ pour la reconstruction du plateau technique.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur indique qu'une reprise au compte 142 d'un montant de 346 956 € a été réalisée sur l'exercice 2015 au budget principal (correspondant au rattrapage des provisions antérieures à 2010 ainsi qu'à la reprise d'une partie de l'aide à l'investissement pour le SCANNER et le PACS) et que la reprise sur provisions pour les travaux de restructuration du plateau technique interviendra lors de l'amortissement des travaux.

6.3.2- Les provisions pour compte épargne temps

Le décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière prévoit dans son article 11-1 que : « *Les établissements ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire du compte* ».

L'imputation comptable de la provision qui, jusqu'en 2013, se faisait au compte 143 (provisions réglementées pour CET) a été modifiée à compter de 2014, conformément aux modifications de la M21 (compte 153, provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET).

Toutefois, la provision pour CET est insuffisante puisqu'elle couvre les CET des personnels non médicaux, mais seulement 28 % des CET médicaux. L'application des dispositions réglementaires en vigueur devrait conduire le CHVA à constituer une provision supplémentaire estimée à plus de 340 k€ fin 2014.

En réponse aux observations de la chambre l'ordonnateur indique qu'il a abondé la provision pour CET par une reprise sur le compte des autres provisions pour charge pour un montant de 493 k€.

6.3.3- Les provisions pour risques

6.3.3.1- Les provisions pour litige (compte 1511)

La M21 prévoit que les provisions pour litige compte 1511 « *sont constituées pour faire face au paiement de dommages-intérêts, d'indemnités ou de frais de procès. Lorsque la charge est probable, une provision doit être constituée dès la naissance d'un risque avant tout jugement et être maintenue (en l'ajustant si nécessaire) tant que le jugement n'est pas définitif (...)* ».

Alors que l'établissement a connu différents litiges, que ce soit en matière de ressources humaines, de travaux ou de plaintes déposées par des patients, aucune provision pour litige

n'a été constituée sur la période. Par ailleurs et en matière de responsabilité civile, le CHVA a connu 71 sinistres sur la période sous revue pour un total de 323 163 €.

Toutefois, le risque financier lié à ce type de contentieux est limité pour l'établissement, dès lors que ce dernier a conclu un contrat de responsabilité civile médicale avec la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) ; en pratique l'établissement a bénéficié d'une indemnisation à 100 % de la part de son assurance pendant la période contrôlée.

6.3.3.2- Les provisions pour pertes de change

La provision de 200 k€ pour pertes de change (compte 1515) constituée en 2011 a été partiellement reprise en 2012 (120 k€ de reprise nette) et en 2013 (30 k€). Le solde de ce compte à la fin de l'exercice 2014 est de 50 k€.

Cette provision n'a pas été réalisée pour couvrir un risque lié à des emprunts libellés en monnaie étrangère, mais pour couvrir le risque lié à un emprunt dont le taux d'intérêt était lié à une parité dollar américain/franc suisse (USD/CHF). Or la provision pour pertes de change ne peut être constituée que pour les emprunts libellés en monnaie étrangère et non pour les emprunts dont le taux d'intérêt dépend de l'écart de taux entre deux monnaies étrangères.

6.3.4- Les provisions pour risques et charges sur emprunt

Les emprunts structurés doivent faire l'objet, depuis 2013¹¹⁶, d'une provision pour risques et charges sur emprunts structurés au compte 152.

L'encours de dette du CHVA est composé de trois emprunts structurés, dont deux contractés pendant la période sous revue. L'établissement a constitué en 2013 une provision de 199 k€ (dotée partiellement par reprise du compte 1515 provision pour perte de change). L'exercice suivant, cette provision a été partiellement reprise pour 122 k€, alors qu'une nouvelle provision a été constituée sur le même compte pour un montant équivalent (120 k€), sans que ces deux opérations, qui se neutralisent mutuellement, n'aient été explicitement justifiées.

Selon l'avis du CNoCP n° 2012-04 du 3 juillet 2012, l'évaluation de cette provision pour les produits complexes doit se faire de la manière suivante : *« pour traduire le risque supplémentaire, une évaluation financière du risque inclus dans l'emprunt doit être réalisée dès la mise en place de l'emprunt, c'est-à-dire de manière générale à partir de la mise à disposition des fonds. Dès lors que cette évaluation fait apparaître un risque de perte dont le montant est supérieur à la bonification obtenue, une provision est constituée à hauteur de cet écart. Le risque est ré-estimé à chaque date de clôture sur la base des anticipations de taux faites par le marché »*. Une autre méthode est également proposée consistant *« à adopter la même démarche, mais en calculant la bonification d'origine, puis le surcoût des périodes ultérieures par rapport au taux fixe de marché à l'origine »*.

En l'espèce, l'établissement explique avoir eu recours à l'expertise d'un cabinet de conseil et à celle de la société française de financement local (SFIL succédant à Dexia), qui est partie à cinq contrats de prêt différents avec le CHVA pour déterminer le montant des sommes à provisionner annuellement sur le compte 152. La méthode d'estimation de la provision n'a cependant pas été transmise à la chambre.

¹¹⁶ Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DGFiP/CL1B n° 2013-276 du 25 juillet 2013.

6.3.5- Les provisions pour charges

6.3.5.1- Les provisions pour gros entretien ou grandes révisions (compte 1572)

En 2009, le solde du compte de provisions pour gros entretien ou grandes révisions s'élevait à 122 730,74 €. Cette provision, qui n'était pas fondée sur un plan pluriannuel d'entretien anis que le prévoit l'instruction comptable M21, a fait l'objet d'une reprise intégrale en 2013.

6.3.5.2- Les autres provisions pour charge

Le CHVA disposait d'un solde de provisions pour charges de 525 000 € fin 2009. Ce compte de provisions a été largement mouvementé sur la période sous revue (1,05 M€ de dotations, 0,58 M€ de reprises), comme le démontre le tableau figurant en annexe 1.

Parmi ces provisions, un certain nombre sont anciennes et semblent aujourd'hui dénuées de fondement. Une partie des autres provisions pour charge obéissent donc davantage à une logique de réserve qu'à une logique de provisionnement d'une charge à venir.

La chambre recommande à l'ordonnateur de reprendre en report à nouveau les provisions pour charges qui ne correspondent pas à une charge future identifiable.

6.4- Conclusion sur la fiabilité des comptes

La chambre invite l'ordonnateur à parachever les efforts entrepris pour fiabiliser les comptes, qui présentent encore certaines lacunes. Les provisions doivent être justifiées et celles qui sont désormais dénuées de fondement doivent être reprises. Une analyse plus fine de l'ensemble des créances afin d'identifier celles qui présentent un risque d'irrecouvrabilité doit être menée. Enfin, la chambre recommande de réaliser un inventaire physique des immobilisations et de mettre les durées d'amortissement en conformité avec celles préconisées par la nomenclature comptable.

7- LA SITUATION FINANCIERE

Le CHVA comprend un budget principal (H) et cinq budgets annexes : un budget d'unité de soins de longue durée (USLD – budget B), un budget « Ecole » (C), deux budgets relatifs aux établissements d'hébergement des personnes âgées (E0 pour l'EHPAD « résidence de Rivoly » et E1 pour la « résidence du Montoulon »), et enfin un budget relatif à un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA – budget P).

La situation financière de l'établissement s'est fortement dégradée, essentiellement du fait du déficit croissant du budget principal. Positif en 2010 (environ 113 k€), le résultat comptable globalisé est déficitaire à hauteur de 1,6 M€ en 2014 et la capacité d'autofinancement nette est devenue négative à compter de 2013. Les investissements importants réalisés sur la période (30,7 M€) ont été financés essentiellement par emprunts et le niveau de l'endettement était préoccupant fin 2014.

7.1- Les charges et produits du budget principal

7.1.1- Des produits en hausse modérée

Les produits du budget principal sont en hausse de 5,2 % sur la période sous revue et s'établissent à 33,8 M€ fin 2014.

Tableau n° 30 : Détail des produits par titre

	Libellés	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution en pourcentage
Recettes		32 151 867	35 959 537	33 696 141	33 905 635	33 816 523	5,2 %
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	23 957 923	26 657 582	24 281 547	24 050 750	23 395 127	- 2,3 %
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	2 739 796	3 378 832	3 548 527	3 427 314	3 346 869	22,2 %
Titre 3	Autres produits	5 454 147	5 923 123	5 866 067	6 427 570	7 074 527	29,7 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Cette augmentation repose essentiellement sur la progression des « autres produits » (titre 3), la diminution des produits de titre 1 (versés par l'assurance maladie) ayant été compensée par la hausse des produits de titre 2 (versés par les patients et les mutuelles). L'augmentation du titre 3 repose sur la hausse des subventions d'exploitation et des produits exceptionnels.

Tableau n° 31 : Structure des produits

		2010	2011	2012	2013	2014
Recettes						
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	75 %	74 %	72 %	71 %	69 %
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	9 %	9 %	11 %	10 %	10 %
Titre 3	Autres produits	17 %	16 %	17 %	19 %	21 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

7.1.1.1- Les produits versés par l'assurance maladie

Les produits versés par l'assurance maladie représentaient 69,2 % du total des produits en 2014. Après une forte hausse en 2011, ces produits ont connu une baisse continue pour s'établir à 23,40 M€ en 2014, soit une diminution de 2,3 % par rapport à 2010 (v. annexe 2).

Deux comptes ont connu des augmentations notoires :

- ♦ les recettes des produits des médicaments facturés en sus des séjours sont passés de 0,65 M€ en 2010 à 1,15 M€ en 2014 ;
- ♦ la dotation annuelle de financement (DAF) a augmenté de 105,5 % entre le début et la fin de la période sous revue pour s'établir à 1,13 M € en 2014 ; elle résulte de l'augmentation du service de soins de suite et de réadaptation.

Deux catégories de produits sont en baisse sur la période :

- ♦ une diminution de 3,7 % (- 0,5 M€) des produits de la tarification des séjours entre 2010 et 2014 ; elle résulte d'une contraction du nombre de séjours d'hospitalisation (- 2,9%) et de la baisse du chiffre d'affaires moyen par séjour ;
- ♦ une diminution de 27,6 % (- 1,31 M€) sur la période des dotations de missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), résultant du transfert d'une partie des financements des missions d'intérêt général (titre 1) vers le fonds d'intervention régional (titre 3).

7.1.1.2- Les autres produits de l'activité hospitalière

Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) ont cru de plus de 22 % sur la période sous revue (v. annexe 2). Cette hausse des recettes en provenance des patients et des mutuelles est due à l'effet conjugué de la progression des tarifs journaliers de prestations et de la baisse du taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie.

Tableau n° 32 : Evolution du taux de prise en charge par l'assurance maladie

	2010		2011		2012		2013		2014	
	80 %	100 %	80 %	100 %	80 %	100 %	80 %	100 %	80 %	100 %
Prise en charge (PEC)*										
Médecine	20,87	78,49	25,98	73,18	26,82	72,85	22,75	76,54	26,08	73,07
Chirurgie	12,78	86,05	19,32	79,61	18,50	79,98	17,11	81,55	22,19	76,41
Soins continus	1,72	97,29	28,01	70,68	37,54	61,60	26,53	72,19	30,93	67,57

*afin de ne pas surcharger le tableau, on ne tient pas compte des taux à 90 %

Source : CHVA d'après PMSI Pilot

7.1.1.3- Les autres produits

Les recettes de titre 3 « autres produits » progressent de 30 % sur la période sous revue (v. annexe 2) essentiellement du fait :

- de la hausse des montants perçus en subventions d'exploitation (+ 1,3 M€) suite à la restriction du périmètre des financements versés au titre des missions d'intérêts général (MIGAC en titre 1) et le basculement d'un certain nombre d'entre eux vers le fonds d'intervention régional (FIR), dont les crédits sont compris dans les subventions d'exploitation ;
- de l'augmentation des produits exceptionnels (+ 492 k€), hausse concentrée sur l'exercice 2014 et notamment due à une régularisation de la taxe sur les salaires et de la prime de service.

La progression structurelle du titre 3 (hors effet FIR) atteint 5,4 % sur la période.

7.1.2- Des charges progressant deux fois plus vite que les produits

Hormis en 2011 qui enregistre un doublement de la part du titre 4, la structure des charges reste stable de 2010 à 2014. Plus des deux tiers de charges relèvent des charges de personnel.

Tableau n° 33 : Structure de coûts

		2010	2011	2012	2013	2014
Dépenses						
Titre 1	Charges de personnel	68 %	63%	68 %	68 %	69 %
Titre 2	Charges à caractère médical	17 %	16 %	17 %	16 %	15 %
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	9 %	8 %	9 %	9 %	8 %
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	6 %	13 %	7 %	7 %	7 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les charges augmentent d'environ 3,43 M€ sur la période (+ 10,7 %) essentiellement du fait :

- de la progression des charges de personnel (+ 13,2 %, soit + 2,89 M€) ;
- de l'augmentation des charges exceptionnelles, d'amortissement et provisions (+ 32,6 %).

Tableau n° 34 : Évolution des charges

Dépenses	Libellés	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution
		32 128 918	36 084 867	33 893 644	34 785 869	35 556 073	10,7 %
Titre 1	Charges de personnel	21 819 471	22 623 498	22 880 906	23 696 634	24 709 841	13,2 %
Titre 2	Charges à caractère médical	5 515 104	5 753 269	5 780 349	5 511 211	5 428 042	- 1,6 %
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	2 831 999	2 862 720	2 953 660	3 040 572	2 815 482	- 0,6 %
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	1 962 345	4 845 382	2 278 730	2 537 453	2 602 708	32,6 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

7.1.2.1- Des charges de personnel en forte progression

Les charges de personnel augmentent sensiblement (v. annexe 3) pendant la période sous revue (+ 14,6 %). Cette augmentation concerne le personnel extérieur à l'établissement (+ 62,5 %), le personnel non médical (+ 9,2 %) et le personnel médical (+ 11,8 %).

Pour le personnel médical, l'augmentation la plus significative est celle relative aux praticiens contractuels sans renouvellement de droit (le compte est passé d'environ 16 k€ en 2010 à plus de 749 k€ en 2014. La masse salariale des praticiens attachés renouvelables de droit connaît également une augmentation importante (+ 83 % sur la période pour atteindre 339 k€ en 2014). A contrario, celle des praticiens statutaires connaît une baisse de 10,4 % sur la période. Ces tendances traduisent les difficultés de recrutement médical rencontrées par l'établissement.

L'évolution du personnel non médical est marquée par une hausse contenue pour le personnel titulaire (+ 8,4 %) et par une augmentation sensible du personnel contractuel qu'il soit sous CDD (+ 19,1 %) ou sous CDI (+ 30,8 %).

7.1.2.2- Une évolution des charges à caractère médical cohérente avec l'activité de l'établissement

Les charges à caractère médical sont en repli de 1,6 % sur la période (v. annexe 3).

Cette baisse résulte d'une forte restriction des achats de produits pharmaceutiques, fournitures et petit matériel médical proportionnelle, en grande partie compensée par la hausse des locations médicales et des dépenses d'entretien et de réparation. Considérée dans son ensemble, la diminution des charges à caractère médical est cohérente avec l'évolution de l'activité de l'établissement.

7.1.2.3- La stabilité des charges à caractère hôtelier et général

Les achats non stockés et les stocks ont diminué chacun de 100 k€ sur la période (v. annexe 3) ; ces baisses ont été en partie compensées par les augmentations des autres postes, au premier rang desquels se trouvent les services extérieurs (+ 98 k€), les achats stockés (+ 39 k€) et les autres charges de gestion courante (+ 32 k€).

7.1.2.4- Les charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles en forte hausse

Les charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles ont connu une évolution contrastée sur la période : forte hausse en 2011 (+ 147 %), suivie d'une forte baisse en 2012 (- 53 %) et d'une légère hausse pour les deux derniers exercices contrôlés.

Tableau n° 35 : Charges d'amortissement, provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4)

		2010	2011	2012	2013	2014	Écart	%
66	Charges financières	385 249	386 001	476 510	463 172	479 953	94 704	25 %
67	Charges exceptionnelles	90 316	193 759	272 209	441 010	486 907	396 591	439 %
Dont 675	Valeurs comptables des éléments d'actifs cédés				10 982	29 400	29 400	n.s.
68	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	1 486 780	4 265 622	1 530 011	1 633 271	1 635 848	149 068	10 %
Total		1 962 345	4 845 382	2 278 730	2 537 453	2 602 708	640 363	33 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les charges financières ont connu une augmentation de 25 % sur la période ; cette évolution est à mettre en lien avec la politique de financement menée. Compte tenu de résultats négatifs et d'une détérioration de la CAF d'une part, de la volonté d'investir notamment dans la modernisation du plateau technique d'autre part, le CHVA a choisi de continuer de recourir à l'emprunt (voir infra).

Les charges exceptionnelles connaissent une très forte hausse (+ 439 %). En 2014, sur les plus de 486 k€, 381 k€ étaient des rappels d'impôts et 76 k€ correspondait à des charges sur exercices antérieurs. Seuls 29 k€ provenaient de cession d'actifs. Si l'on rapproche les produits des cessions d'actifs (compte 775) et la VNC des éléments d'actifs cédés (compte 675), on constate une perte sur les opérations de cession en 2013 et en 2014.

Tableau n° 36 : Plus ou moins-value sur cessions d'actifs du budget principal

		2010	2011	2012	2013	2014	Cumul
775	Produits des cessions d'éléments d'actifs	-	-	950	2 653	2 000	5 603
675	Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	-	-	-	10 982	29 400	40 382
Différentiel: perte(-) ou gain (+) sur éléments d'actifs cédés		-	-	950	- 8 329	- 27 400	- 34 779

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les dotations aux amortissements et aux provisions ont connu une évolution erratique avec toutefois une hausse tendancielle sur la période (+ 640 k€), la hausse des dotations aux amortissements n'ayant été que partiellement compensée par la baisse des dotations aux provisions.

7.2- Les budgets EHPAD

7.2.1- L'EHPAD Rivoly

Tableau n° 37 : Compte de résultat du budget EHPAD « résidence Rivoly » (E0)

	Intitulés	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution VA	Evol. en %
Titre 1	Charges de personnel	4 245 187	4 566 818	4 849 122	4 961 868	5 198 666	953 479	22 %
Titre 2	Charges à caractère médical	195 854	211 222	195 605	197 076	181 927	- 13 927	- 7 %
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	642 659	785 162	754 542	923 892	894 433	251 774	39 %
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	581 277	863 688	1 059 244	1 057 810	1 306 800	725 523	125 %
	TOTAL DES CHARGES	5 664 976	6 426 889	6 858 514	7 140 646	7 581 825	1 916 849	34 %
Titre 1	Produits afférents aux soins	2 138 240	2 357 270	2 314 932	2 454 961	2 480 974	342 734	16 %
Titre 2	Produits afférents à la dépendance	862 766	855 960	1 254 717	1 055 987	1 092 005	229 239	27 %
Titre 3	Produits de l'hébergement	2 484 978	2 650 035	2 755 975	3 115 679	3 306 936	821 958	33 %
Titre 4	Autres produits	248 904	444 707	545 057	396 490	678 479	429 575	173 %
	TOTAL DES PRODUITS	5 734 888	6 307 972	6 870 681	7 023 117	7 558 394	1 823 506	32 %
	RESULTAT	69 912	- 118 917	12 167	- 117 528	-23 431		

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les produits comme les charges croissent dans des proportions similaires sur la période (de 34 % pour les charges et de 32 % pour les produits).

Les charges de personnel présentent l'augmentation la plus importante en valeur, avec une hausse de 953 k€ suivies des charges financières, d'amortissement et de provision qui progressent de 726 k€. Ces augmentations sont dues à la reconstruction de la structure et à l'augmentation capacitaire qui en a découlé.

Tous les postes de produits progressent. Les produits de l'hébergement connaissent une hausse de 822 k€ qui reflète l'évolution capacitaire de la structure.

L'évolution du résultat est contrastée : positif en 2010 et en 2012, il devient fortement déficitaire en 2013, du fait des surcoûts engendrés par la reconstruction de la structure conjugués à la stabilité du prix de la journée qui demeurait en-deçà du prix moyen du département (jusqu'à sa revalorisation en 2015).

7.2.2- L'EHPAD Montoulon

Tableau n° 38 : Compte de résultat du budget EHPAD Montoulon (E1)

	Intitulés	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution VA	Evol. en %
Titre 1	Charges de personnel	1 024 004	1 104 366	1 149 447	1 025 036	660 453	- 363 551	- 3 6 %
Titre 2	Charges à caractère médical	120 231	109 282	99 292	78 841	42 865	- 77 366	- 64 %
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	315 760	313 297	272 551	225 753	120 687	- 195 073	- 62 %
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	145 933	99 685	82 970	98 591	76 971	- 68 961	- 47 %
	TOTAL DES CHARGES	1 605 928	1 626 629	1 604 260	1 428 222	900 976	- 704 951	- 44 %
Titre 1	Produits afférents aux soins	685 833	685 833	681 735	580 997	319 802	- 366 031	- 53 %
Titre 2	Produits afférents à la dépendance	223 734	223 092	203 706	157 761	110 846	- 112 887	- 50 %
Titre 3	Produits de l'hébergement	628 492	673 435	664 458	537 999	332 182	- 296 310	- 47 %
Titre 4	Autres produits	69 986	58 639	69 454	67 340	61 706	- 8 280	- 12 %
	TOTAL DES PRODUITS	1 608 044	1 640 999	1 619 352	1 344 097	824 536	- 783 508	- 49 %
	RESULTAT	2 116	14 370	15 093	- 84 125	- 76 441		

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les charges et les produits de la résidence Montoulon diminuent dans des proportions semblables (baisse de 44 % pour les charges, de 49 % pour les produits). Tous les postes de charges et de produits baissent significativement entre 2013 et 2014 en raison de la réduction de l'offre d'hébergement : au 1^{er} septembre 2013 la capacité de la résidence Montoulon est passée de 46 à 22 places (avec le transfert de 16 places à l'EHPAD Rivoly et de 8 autres places à l'EHPAD de l'Hôpital de Vernoux-en-Vivarais). Ce transfert explique en partie l'évolution du résultat qui devient négatif à compter de 2013.

7.3- Le budget USLD

Tableau n° 39 : Compte de résultat du budget USLD

	Intitulés	2010	2011	2012	2013	2014	Écart	%
Titre 1	Charges de personnel	2 826 021	2 928 369	2 842 695	2 983 121	2 786 814	- 39 207	- 1 %
Titre 2	Charges à caractère médical	172 241	158 434	131 511	126 357	118 797	- 53 444	- 31 %
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	397 209	377 916	386 521	382 756	367 972	- 29 237	- 7 %
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	223 750	224 721	289 372	196 829	183 997	- 39 752	- 18 %
	TOTAL DES CHARGES	3 619 221	3 689 440	3 650 099	3 689 063	3 457 580	- 161 640	- 4 %
Titre 1	Produits afférents aux soins	1 979 637	1 997 938	1 997 938	2 018 983	1 987 227	7 590	0 %
Titre 2	Produits afférents à la dépendance	538 464	558 393	562 454	585 985	585 017	46 554	9 %
Titre 3	Produits de l'hébergement	833 673	862 254	865 989	871 485	889 554	55 881	7 %
Titre 4	Autres produits	272 818	318 622	266 556	236 227	220 191	- 52 627	- 19 %
	TOTAL DES PRODUITS	3 624 591	3 737 207	3 692 937	3 712 679	3 681 989	57 398	2 %
	RESULTAT	5 371	47 767	42 838	23 617	224 409		

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les charges augmentent de manière continue sur les quatre premiers exercices avant de baisser significativement en 2014, de sorte que, sur la période, elles diminuent de 4 %.

Les charges de personnel (- 1 % sur la période) sont maîtrisées : une partie de ces personnels sont mutualisés avec l'EHPAD de la résidence du Montoulon en raison de la proximité de ces deux services. La mauvaise répartition des charges, notamment de personnel, entre les budgets USLD et EHPAD du Montoulon sur la période sous revue nuit à la sincérité de ces comptes et ne permet pas d'apprécier l'équilibre de ces budgets.

Les produits du budget USLD progressent légèrement sur la période (+ 2 %). Cette hausse est avant tout tirée par les produits de l'hébergement qui s'accroissent de plus de 55 k€ de 2010 à 2014, soit l'augmentation en valeur la plus importante pour les postes de produit. Si le tarif journalier appliqué par l'établissement est l'un des plus bas du département, le fort taux d'occupation explique le dynamisme de ces produits.

Il résulte des évolutions combinées des charges et de produits un résultat excédentaire sur toute la période et qui s'accroît sensiblement en 2014 pour atteindre 224 k€.

7.4- Le budget Ecoles

Tableau n° 40 : Compte de résultat du budget Écoles

Compte de résultat annexe C								
	Intitulés	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution VA	Evolution n %
Titre 1	Charges de personnel	391 578	390 081	408 930	417 519	309 476	- 82 102	- 21 %
Titre 2	Autres charges	96 038	56 001	61 656	69 436	57 613	- 38 425	- 40 %
	TOTAL DES CHARGES	487 616	446 082	470 586	486 955	367 089	- 120 527	- 25 %
							0	
Titre 1	Produits relatifs à l'activité d'enseignement	473 500	436 259	452 929	487 676	297 257	- 176 243	- 37 %
Titre 2	Autres produits	17 249	13 163	17 827	9 545	65 377	48 128	279%
	TOTAL DES PRODUITS	490 749	449 422	470 755	497 222	362 634	- 128 115	- 26%
	RESULTAT	3 133	3 340	169	10 267	- 4 455	- 7 588	- 242%

Source : Comptes financiers, retraitement CRC

Le budget « Écoles » présente une baisse dans des proportions similaires des charges (- 25 %) comme des produits (- 26 %).

La structure des produits a été modifiée entre 2013 et 2014 avec une diminution sensible du titre 1 « *produits relatifs à l'activité d'enseignement* » (- 64 %) et une hausse importante du titre 2 « *autres produits* » (+ 585 %). Selon l'ordonnateur, l'évolution du titre 1 est due au transfert de l'Institut de formation des aides-soignants à l'institut de formation en soins infirmiers du CHS Sainte-Marie au 1er septembre 2014. L'augmentation en 2014 du titre 2 quant à elle résulte du remboursement du personnel mis à disposition de l'IFSI à compter de septembre 2014.

7.5- Le budget « centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » (CSAPA – budget P)

Tableau n° 41 : Compte de résultat du budget CSAPA

	Intitulés	2010	2011	2012	2013	2014	Evolutio n VA	Evol. en %
Titre 1	Charges d'exploitation courante	11 549	10 333	14 030	28 991	25 481	13 931	121 %
Titre 2	Charges de personnel	118 418	124 197	146 193	176 767	166 373	47 955	40 %
Titre 3	Charges de la structure	35 109	75 697	39 139	43 269	37 869		
	TOTAL DES CHARGES	165 077	210 227	199 361	249 027	229 722	64 645	39 %
Titre 1	Produits de la tarification	171 221	212 587	196 314	223 766	250 491	79 270	46 %
Titre 2	Autres produits relatifs à l'exploitation	2 349	1 264	8 607	19 191	20 945		
Titre 3	Produits financiers et produits non encaissables	907	644	1 099	0	3 144	2 237	247 %
	TOTAL DES PRODUITS	174 477	214 495	206 020	242 957	274 579	100 102	57 %
	RESULTAT	9 400	4 268	6 659	- 6 070	44 858		

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les produits augmentent plus vite que les charges sur la période, ce qui explique un résultat largement excédentaire en 2014 (+ 44 k€). L'augmentation des produits est due presque exclusivement au titre 1 « *produits de la tarification* » qui a augmenté de plus de 79 k€ sur la période.

Les produits augmentent plus vite que les charges sur la période, ce qui explique un résultat facialement excédentaire en 2014 (+ 44 k€). L'augmentation des produits s'explique par une aide financière exceptionnelle octroyée par l'ARS. De surcroît, certaines charges (dont les substituts) n'étaient jusqu'en 2016, pas imputées sur le budget du CSAPA. Le résultat du budget CSAPA est donc insincère et masque une situation de déficit structurel sur ce budget.

7.6- Le résultat consolidé

7.6.1- Le résultat comptable

Le résultat comptable consolidé se dégrade significativement sur la période (cf. tableau en annexe 7). Positif en 2010 (environ 113 k€), il est déficitaire dans des proportions comparables en 2011 (- 175 k€) et en 2012 (- 121 k€). Il connaît une baisse très importante en 2013 (- 1 054 k€), accentuée en 2014 (- 1 574 k€). Le résultat consolidé des budgets annexes présente une évolution contrastée mais il est excédentaire en 2014 (+ 165 k€).

L'importance du déficit consolidé (en 2014, 3,2 % des recettes totales) est essentiellement imputable aux mauvaises performances du budget principal dont la dégradation s'accélère au fil des exercices. Afin d'apprécier la réalité de la situation financière, il convient d'appréhender le résultat structurel de l'établissement.

7.6.2- Le résultat structurel

Selon les termes de la circulaire du 23 septembre 2009, « *le résultat structurel est calculé en déduisant du résultat comptable [...] toute aide allouée qui ne correspond pas à la mise en œuvre d'une prestation identifiée. Les ajustements de fin de campagne, les aides attribuées dans le cadre de plans de retour à l'équilibre antérieurs ainsi que les aides ponctuelles attribuées par le ministre de la santé, doivent donc être soustraits.*

Un retraitement complémentaire, en fonction de la qualité comptable, peut s'avérer nécessaire dans le cas où figurent des montants importants sur les comptes suivants :

- ♦ *comptes de charges/produits exceptionnels (67/77) ;*
- ♦ *dotations ou reprises de provisions et dépréciations (notamment pour risques et charges) ;*
- ♦ *pertes sur créances irrécouvrables (compte 654) (il convient de ne retenir que le montant correspondant à la perte courante liée au non recouvrement probable de certaines créances) ».*

Dans le cas d'espèce, doivent faire l'objet d'un retraitement :

- ♦ les charges et titres annulés sur exercices antérieurs (672 et 673) ;
- ♦ les produits et mandats annulés sur exercices antérieur (772 et 773) ;
- ♦ les produits de cessions d'éléments d'actif et valeurs nettes comptables des actifs cédés (675 et 775) ;
- ♦ les aides de l'ARS ne correspondant pas à la mise en œuvre d'une charge identifiée de fonctionnement sur l'exercice concerné et n'ayant pas été neutralisées par la constitution d'une provision ;
- ♦ les provisions sans fondement.

Tableau n° 42 : Résultat structurel

	2010	2011	2012	2013	2014	Cumul
Résultat net consolidé	112 881	- 174 502	- 120 578	- 1 054 075	- 1 574 611	- 2 810 884
+ Charges sur ex. antérieurs (672)	0	18 319	0	0	0	18 319
+ Titres annulés sur ex. antérieurs (673)	76 675	155 111	69 296	133 030	101 219	535 331
- Produits sur ex. antérieurs (772)	94 794	104 580	48 823	86 756	427 885	762 838
- Mandats annulés sur ex. antérieurs (773)	7 495	0	118	0	0	7 613
+ VNCEAC (675)	0	0	0	10 982	29 400	40 382
- PCEA (775)	0	0	950	2 653	2 000	5 603
Résultat net hors opérations exceptionnelles	87 266	- 105 652	- 101 173	- 999 471	- 1 873 877	- 2 992 907
- Aides exceptionnelles		200 000			1 500 000	1 700 000
+ Provisions c/ 142 constituées sur fonds propres			100 000			100 000
Résultat structurel consolidé	87 266	- 305 652	- 1 173	- 999 471	- 3 373 877	- 4 592 907

Source : Comptes financiers, retraitement CRC

Le résultat structurel consolidé fait apparaître les mêmes tendances que le résultat consolidé, mais avec un déficit accru, puisque ce dernier s'établit en 2014 à 7 % du budget consolidé.

7.7- Les soldes intermédiaires de gestion

Les soldes intermédiaires de gestion, présentés ici de manière consolidée (et retraités du changement de périmètre du FIR) permettent d'appréhender les performances financières globales de l'établissement.

Tableau n° 43 : Soldes intermédiaires de gestion consolidés

(en k€)	2010	2011	2012	2013	2014	Écart	%
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'AM (A)	17 691	17 843	18 340	18 592	17 861	170	0,96 %
<i>Sous total MCO et HAD (A+B)</i>	<i>17 691</i>	<i>17 843</i>	<i>18 340</i>	<i>18 592</i>	<i>17 861</i>	<i>170</i>	<i>0,96 %</i>
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'AM	2 740	3 379	3 549	3 427	3 347	607	22,15 %
<i>Sous total variable selon l'activité (A+C)</i>	<i>20 431</i>	<i>21 222</i>	<i>21 889</i>	<i>22 019</i>	<i>21 208</i>	<i>777</i>	<i>3,80 %</i>
MIGAC et FIR	4 753	7 295	4 787	4 708	4 803	50	1,05 %
Forfaits annuels	965	965	966	966	966	1	0,10 %
Dotations annuelles de financement	549	555	576	1 023	1 127	578	105,28 %
Produits afférents aux soins	4 804	5 041	4 995	5 055	4 788	-16	- 0,33 %
Produits afférents à la dépendance	1 625	1 637	2 021	1 800	1 788	163	10,03 %
Produits de l'hébergement	3 947	4 186	4 286	4 525	4 529	582	14,75 %
Autres produits de la tarification des CRA	171	213	196	224	250	79	0,00 %
Ventes de marchandises	1 034	1 279	1 060	837	924	- 110	- 10,64 %
Autres produits de la tarification des CRA	1 214	1 152	1 446	1 519	1 431	217	17,87 %
Produits bruts d'exploitation	39 493	43 545	42 222	42 679	41 814	2 321	5,88 %
Consommations en provenance de tiers	6 281	6 538	6 680	6 486	6 123	- 158	- 2,52 %
Charges externes	2 788	2 911	2 854	2 972	2 834	46	1,65 %
Remboursements de frais des CRA	755	729	680	695	605	- 150	- 19,87 %
Consommations intermédiaires	8 314	8 720	8 854	8 763	8 352	38	0,46 %
VALEUR AJOUTEE	31 179	34 825	33 368	33 916	33 462	2 283	7,32 %
Subvention d'exploitation	254	237	122	96	96	- 158	- 62,20 %
Impôts et taxes	3	3	4	4	12	9	300,00 %
Charges de personnel	29 475	30 758	31 702	32 868	33 375	3 900	13,23 %
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	1 955	4 301	1 784	1 140	171	- 1 784	- 91,25 %
Autres produits de gestion courante	890	1 016	1 017	948	991	101	11,35 %
Autres charges de gestion courante	127	119	102	120	127	0	0,00 %
MARGE BRUTE	2 718	5 198	2 699	1 968	1 035	- 1 683	- 61,92 %
Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	0	228	46	161	131	131	n.s.
Dotations aux amortissements	1 630	1 636	2 016	2 060	2 343	713	43,74 %
Dotations aux provisions et dépréciations	567	209	35	6	122	-445	- 78,48 %
RESULTAT D'EXPLOITATION	521	3 581	694	63	- 1 299	- 1 820	- 349,33 %
Produits financiers	0	28	179	21	181	181	
Charges financières	626	1 160	1 133	1 284	1 216	590	94,25 %
RESULTAT COURANT	- 105	2 449	- 260	- 1 200	- 2 334	- 2 229	2 122,86 %
Produits exceptionnels	364	458	683	704	1 271	907	249,18 %
Charges exceptionnelles	145	3 079	543	556	512	367	253,10 %
RESULTAT EXCEPTIONNEL	219	- 2 621	140	148	759	540	246,58 %
RESULTAT NET	114	- 172	- 120	- 1 052	- 1 575	- 1 689	- 1 481,58 %

Source : IDAHO, retraitement CRC

Malgré une hausse de la valeur ajoutée de plus de 2,2 M€ (+ 7,32 %), la marge se brute se dégrade sur la période de plus de 1,68 M€ (- 62 %), du fait de la forte progression des charges de personnel (+ 3,9 M€ soit plus de 13,2 %).

Le taux de marge brute de l'établissement est en dégradation constate et s'établit à 4,5 % en

2013 et 2,4 % en 2014 (contre 11,6 % en 2011) soit au niveau du 2^{ème} décile des établissements de même selon l'indicateur hospidiag F1. Le CHVA fait donc partie des 20 % des établissements les moins performants en la matière.

Le résultat s'est dégradé davantage (- 1,8 M€), et ce malgré une baisse des dotations aux provisions (- 445 k€), du fait de la progression des dotations aux amortissements (+ 713 k€). Le résultat courant accuse un repli de 2,2 M€ du fait du doublement des charges financières sur la période. La diminution du résultat net (- 1,6 M€) est partiellement amortie par la forte hausse des produits exceptionnels.

7.8- Le financement des investissements

La contraction du résultat a entraîné celle de la capacité d'autofinancement (CAF) brute qui a été divisée par quatre sur la période sous revue. Le taux de CAF de l'établissement se situait en 2013¹¹⁷ à 2 % soit au niveau des 20 % d'établissements de même catégorie et de même typologie les moins performants.

L'atrophie de la CAF brute (- 1,7 M€), conjuguée à la forte hausse des annuités en capital de la dette (+ 521 k€) a engendré une insuffisance d'autofinancement structurelle à compter de 2013¹¹⁸.

Tableau n° 44 : Le financement des investissements

	2010	2011	2012	2013	2014	Cumul
RESULTAT	112 881	- 174 502	- 120 578	- 1 054 075	- 1 574 611	- 2 810 884
+ DAP (68)	2 197 041	4 860 048	2 339 546	2 325 613	2 584 696	14 306 944
- RAP (78)	0	293 000	239 368	216 271	252 404	1 001 042
+ VCEAC (675)	0	0	0	10 982	29 400	40 382
- PCEA (775)	0	0	950	2 653	2 000	5 603
- Quote-part subventions investissement (777)	14 368	14 368	118 774	143 385	224 075	514 970
CAF/IAF BRUTE	2 295 554	4 378 178	1 859 876	920 211	561 007	10 014 826
- Remboursement des emprunts	547 380	485 879	896 959	963 323	1 069 085	3 962 626
CAF/IAF NETTE	1 748 174	3 892 300	962 917	- 43 112	- 508 078	6 052 200
- Investissements	7 778 138	6 478 624	6 928 210	5 155 039	4 430 792	30 770 803
BESOIN DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS	- 6 029 965	- 2 586 325	- 5 965 294	- 5 198 151	- 4 938 870	- 24 718 603
+ Cessions d'immobilisations	0	0	950	2 653	2 000	5 603
+ Apports et subventions (inclus le 10682)	761 820	344 781	213 853	53 595	1 697 425	3 071 473
+ Autres immobilisations financières et annulations mandats exercices clos	0	0	0	0	0	0
+ Emprunts nouveaux	6 000 000	9 611 243	0	2 571 900	0	18 183 143
- Autres emplois, autres immobilisations financières et annulations titres exercices clos		0	0	0	0	0
TOTAL FINANCEMENT INVESTISSEMENT	6 761 820	9 956 024	214 803	2 628 148	1 699 425	21 260 219
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT	731 855	7 369 699	- 5 750 491	- 2 570 003	- 3 239 445	- 3 458 384

Source : Comptes financiers, retraitement CRC

¹¹⁷ Indicateur hospidiag F2.

¹¹⁸ En 2012 apparaît dans les comptes un remboursement d'emprunt de 11,4 M€ en 2012 dû à une régularisation suite à une mauvaise imputation comptable: inscription au compte 1643 – emprunts en devises – au lieu du compte 1641 – emprunts en euros. À la lecture des comptes, il apparaît que le compte 1643 a été soldé par une inscription au crédit d'une somme de 10 524 393,79 € du compte 1641, de sorte que l'établissement pour l'exercice 2012 a en réalité emprunté 896 959 € sur la somme de 11,4 M€ susmentionnée. Le tableau présenté ici est retraité de cette erreur d'imputation.

Malgré l'absence d'autofinancement, le niveau d'investissement, bien qu'en légère décroissance, demeure important au regard de la taille et des performances financières de l'établissement. Il a ainsi généré un besoin de financement des investissements s'élevant à 24,7 M€ en cumul sur la période.

Le financement de ces investissements s'est fait essentiellement par emprunts (18 M€) et, plus marginalement, par des apports et subventions (3 M€ constitués de subventions versées pour moderniser les infrastructures, d'aides exceptionnelles, ...).

Ces financements (21,26 M€) n'ayant pas permis de couvrir le besoin de financement (24,72 M€), l'établissement a prélevé sur le fonds de roulement à hauteur de 3,45 M€ sur la période, la marge brute ne permettant pas de couvrir les amortissements.

7.9- La situation patrimoniale

7.9.1- Les ressources stables

7.9.1.1- L'encours de dette

La situation d'endettement découlant d'une politique d'investissement particulièrement volontariste¹¹⁹ et sans proportion avec les performances financières du CHVA, est préoccupante, puisque, au 31 décembre 2014, elle dépasse les trois seuils critiques édictés à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique :

- un fort encours de dette : 30,6 M€ soit 68,8 % du total des produits (seuil d'alerte à 30 %) ;
- une durée apparente de la dette (dette financière/CAF brute) de 54,6 ans soit très au-delà du seuil d'alerte (seuil d'alerte à 10 ans) ;
- un ratio d'indépendance financière (dette financière/ ressources stables) élevé : 70,5 % (seuil d'alerte à 50 %).

De ce fait, l'établissement, en application de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique susmentionné, ne peut plus recourir à l'emprunt sans l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé (ARS).

Cet endettement est, pour l'essentiel, dû à l'opération de reconstruction du site de Rivoly, peu subventionnée et qui, du fait de l'absence d'autofinancement, a été financée à 85 % par emprunt. Le remboursement des intérêts des emprunts et les amortissements liés à cette opération sont réglementairement financés via le tarif hébergement

Le CHVA s'est vu refuser un recours à l'emprunt concernant les travaux de restructurations et de modernisation de son plateau technique pendant la période sous revue. Toutefois, l'ARS, par le biais du fonds d'intervention régional, a accordé, en compensation, une aide à l'investissement de 1,5 M€ en 2014.

L'encours de dette est composé de neuf emprunts dont la durée de vie résiduelle (au 31 décembre 2014) de 26 années et 4 mois et le taux actuariel de 3,93 %¹²⁰. Cet encours est composé à moins de 20 % d'emprunts à taux fixe, à plus d'un tiers d'emprunts à taux variable sans facteur de risque particulier et à 35 % de produits structurés. Neuf emprunts ont été contractés.

¹¹⁹ L'indicateur hospidiag F6 mesurant l'intensité de l'investissement situe l'établissement très au-delà du 8^{ème} décile des établissements de même catégorie.

¹²⁰Source : Société conseil du CHVA dans la gestion de sa dette.

Deux emprunts structurés ont en effet été contractés pendant la période sous contrôle (en 2010) et un avant cette période (en 2008). Le taux des intérêts payés en 2014 pour ces emprunts structurés (4,92 %) s'avère plus élevé que ceux payés pour les emprunts à taux fixe (4,13 %) ou ceux payés pour l'emprunt dont le taux est indexé sur le livret A (2,51 %) ¹²¹, mais demeure modéré.

Tableau n° 45 : Les principales caractéristiques des emprunts structurés

REF	Classification GISSLER	Type	Nom générique	Montant initial	Montant restant dû	Année de mobilisation	Fin
MPH 268 369 EUR	4E	structuré	FIXIA USD	5 880 111,44	4 998 866,35	2010	01/04/2039
MPH 273 431 EUR	HORS CHARTE 6F	structuré	USD/CHF	4 827 082,60	3 975 244,48	2010	01/06/2036
MIN 258 618 EUR	3E	penne	CORIALYS + FIXMS Optimisé	3 933 501,91	3 504 623,03	2008	01/12/2039

Source : CHVA

L'emprunt MPH 273 431 EUR, dont le taux d'intérêt dépend de la parité entre le dollar américain (Usd) et le franc suisse (CHF), est coté 6F (hors charte Gissler) et présente d'importants facteurs de risque. Au 31 décembre 2014, cet emprunt d'un montant total de 4 069 893 € représentait 13,29 % de l'encours total.

Tableau n° 46 : Les principales caractéristiques du prêt MPH 273 431 EUR

REF	Modalité remb intérêts	dernier taux connu	Périodicité	Durée	Budget
MPH 273 431 EUR	2 phases : - 1 : jusqu'au 01/09/2011 : 4% - 2 : du 01/09/2011 au 01/06/2036 si USD/CHF > 1 alors 3.59% si USD/CHF < 1 alors 3.59%+ 30% x var. cours du change	6,00 %	Trimestrielle	24 ans 9 mois	H - PRINCIPAL

Source : CHVA

Pendant la première phase, le taux d'intérêt était fixé à 4 %. Conformément aux stipulations contractuelles, l'emprunt est sorti de sa phase bonifiée et entré dans sa deuxième phase le 1^{er} septembre 2011, soit moins d'un an après sa conclusion. Les taux d'intérêt payés trimestriellement ont varié pour le reste de la période sous contrôle entre 4,35 % (au 01/09/2012) et 7,45 % (au 01/06/2014), avec un taux moyen de 6,04 %.

Pour ce qui est du reste de la durée du prêt (soit à compter du 1^{er} mars 2015 jusqu'à la dernière échéance du 1^{er} juin 2036), le taux d'intérêt moyen à ce jour et selon le tableau d'amortissement s'élève à 10,69 %. Au terme de cette dernière échéance, le CHVA aura normalement versé 9,61 M€ pour un prêt initial d'un montant de 4,82 M€ et d'une durée de 24 ans et 9 mois.

En 2013, afin de sécuriser ce prêt, et dans le cadre d'une renégociation contractuelle du prêt, le CHVA a sollicité de l'ARS une aide exceptionnelle qui a été refusée.

Toutefois l'ARS a, par la suite, indiqué que ce prêt était éligible au dispositif de désensibilisation des emprunts structurés ¹²². Un dossier a été transmis en ce sens en mars 2015. L'ordonnateur a précisé, de plus, avoir sollicité de la DGOS deux aides à ce titre (respectivement de 2,8 M€ et 1,55 M€)

¹²¹ Source : idem.

¹²² Courriels échangés avec l'établissement et produits à l'appui.

7.9.2- La formation du fonds de roulement

7.9.2.1- L'actif immobilisé

L'actif immobilisé a augmenté de manière continue et dans des proportions importantes sur la période, passant de 48 M€ en 2010 à 68 M€ en 2014 soit une hausse de 40 %.

Cette croissance s'explique par la politique volontariste menée par l'établissement ces dernières années en matière d'investissement, avec notamment la reconstruction de la résidence de Rivoly (22 M€) d'une part, et l'extension et la restructuration du plateau technique d'autre part (+ 5 M€).

7.9.2.2- L'excédent de ressources stables sur les emplois immobilisés : le fonds de roulement

Malgré une forte croissance de l'endettement du CHVA, les ressources stables du CHVA ont cru moins vite que les emplois stables. L'établissement a dû prélever sur le fonds de roulement pour financer les investissements.

Le fonds de roulement net global (FRNG) a ainsi été divisé par deux sur la période : de 8 M€ en 2010 il passe à 4 M€ en 2014. Les déficits accumulés depuis 2011 sont venus alimenter un report à nouveau déficitaire qui pèse négativement sur le haut de bilan.

7.9.3- La formation de la trésorerie

7.9.3.1- Le besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement (BFR) s'est également contracté, passant de 5 M€ en 2010 à 2,3 M€ en 2014, soit une baisse de 53 %. Exprimé en nombre de jours de charges courantes, il diminue également fortement pour ne plus représenter que 20 jours en 2014, soit un niveau inférieur à la médiane des établissements de même catégorie (32 jours).

7.9.3.2- La trésorerie

Tableau n° 47 : Les grandeurs bilancielles

GRANDEURS BILANTIELLES	2010	2011	2012	2013	2014
FRNG (en k€)	8 113	15 483	9 732	7 162	4 003
FRNG (ressources /emplois) (en %)	116,6	127,9	115,7	111,1	105,8
BFR (en k€)	5 067	4 259	4 449	3 071	2 339
Trésorerie (en k€)	3 046	11 224	5 283	4 091	1 664
INVESTISSEMENTS					
Actifs immobilisés bruts (en k€)	48 841	55 319	62 008	64 201	68 553

Source : CRC

Sur la période sous revue, tant le fonds de roulement net global (FRNG) que le besoin en fonds de roulement ont été divisés par deux. En valeur absolue, le fonds de roulement s'est amenuisé plus amplement (- 4,1 M€) que le besoin de fonds de roulement (- 2,7 M€). Il en découle sur la période une diminution de plus de 1,4 M€ la trésorerie qui, exprimée en nombre de jours de charges courantes, a ainsi été ramenée au niveau de la médiane des établissements en 2014 (14 jours de charges courantes).

7.10- Le nécessité d'un plan de redressement d'envergure

L'article D. 6143-39 du code de la santé publique dispose notamment que lorsque le résultat principal¹²³ présente un résultat déficitaire supérieur à 3 % des produits ou lorsque « *la capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts* », « *le directeur général de l'agence régionale de santé demande au directeur d'un établissement public de santé de présenter un plan de redressement en application de l'article L. 6143-3* ».

Le CHVA remplit ces deux critères puisque, en 2014, le compte de résultat principal calculé selon la méthode précitée présente un déficit du budget principal de 6,2 % et que l'établissement présente une insuffisance d'autofinancement nette.

7.10.1- Un premier contrat de retour à l'équilibre financier non opérant

Un premier contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a été conclu entre la CHVA et l'ARS et inclus dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2013-2018. Les objectifs assignés à l'établissement dans le cadre de ce CREF étaient les suivants :

- ♦ atteindre le taux de marge brute de 6,5 % ;
- ♦ optimiser l'organisation médicale et paramédicale des services de soins en promouvant notamment la concertation au sein des pôles cliniques et la mutualisation des moyens (développer la chirurgie ambulatoire et réorganiser les capacités et les types de prise en charge) ;
- ♦ continuer à développer les partenariats et les complémentarités (CHT, télé-radiologie, ...)
- ♦ mettre en œuvre les plans d'actions issus des benchmarking « bloc » et « radiologie » ;
- ♦ développer les consultations spécialisées avancées sur le site de la Voulte-sur-Rhône afin, d'une part, de répondre à la problématique de la désertification médicale et, d'autre part, d'améliorer la présence et l'attractivité dans cette partie du bassin de population ;
- ♦ s'inscrire dans le plan Phare concernant la politique d'achat ;
- ♦ promouvoir ses compétences et sa notoriété auprès des acteurs libéraux et des acteurs institutionnels (notamment les membres de sa filière gérontologique).

Si l'établissement a mis en place un certain nombre de mesures afin de poursuivre ces objectifs (développement des consultations avancées, réorganisation partielle de la chirurgie, réorganisation partielle du fonctionnement de certains services), les incidences financières de ces actions sont demeurées limitées et n'ont pas permis d'endiguer la croissance du déficit.

Ainsi, le taux de marge brute a poursuivi son déclin jusqu'à s'établir à 2,4 % en 2014. Le taux de marge brute, retraité des aides et dotations exceptionnelles est devenu négatif (- 0,4 % en 2014).

7.10.2- Un plan d'action et de performance non validé

Par courrier du 13 mars 2015, la directrice générale de l'ARS a mis le directeur du CHVA en demeure de présenter un plan d'actions et de performance pour la période 2015-2018, afin de garantir l'atteinte d'un taux de marge brute de 8 %.

Celui-ci s'articule autour des axes suivants :

¹²³ Résultat « *calculé par différence entre les produits et les charges du compte de résultat principal et corrigé des charges et produits sur exercices antérieurs comptabilisés au cours de l'exercice en cours, après vérification de la sincérité des inscriptions de charges et de produits* » (article D. 6143-39 du code de la santé publique).

- ♦ la gestion des lits et des flux patients visant à l'optimisation de la durée moyenne de séjour en anticipant la sortie, en anticipant les flux non programmés en médecine, en créant une antenne d'hospitalisation à domicile en 2016, en développant le service de soins de suite et de réadaptation ;
- ♦ l'amélioration de la traçabilité des actes médicaux et paramédicaux et de la valorisation des séjours ;
- ♦ un projet achats : mutualisation des achats, généralisation de la négociation, professionnalisation des acheteurs, ... ;
- ♦ des mesures de maîtrise de la masse salariale :
 - réduction de l'absentéisme ;
 - plafonnement des mensualités de remplacement ;
 - encadrement des heures supplémentaires et meilleure utilisation du pool de suppléance ;
 - « mesures d'optimisation et de réorganisation destinées à maîtriser les effectifs rémunérés » ;
 - limitation des promotions de grade « au choix » ;
 - optimisation des charges sociales ;
 - amélioration du suivi de la consolidation des accidents du travail et maladies professionnelles ;
 - gestion des dossiers d'inaptitude définitive à l'emploi ;
- ♦ mise en œuvre du groupement hospitalier de territoire dans le cadre duquel le CHVA envisage une mutualisation du recrutement des praticiens hospitaliers.

Chaque axe fait l'objet d'une fiche action qui définit les grandes lignes de la chaque mesure.

Ce plan d'actions et de performance présente également dans un tableau les incidences financières des mesures précitées ainsi que celle des réorganisations qui ont été actées en 2015 parmi lesquelles :

- ♦ l'augmentation des consultations gériatriques et le développement de l'hôpital de jour gériatrique ;
- ♦ le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- ♦ la création d'un hôpital de semaine en chirurgie ;
- ♦ la réorganisation effective des services de médecine et de chirurgie depuis le 1^{er} janvier 2015 ;
- ♦ la mutualisation des temps médicaux à l'échelle du territoire (dans le cadre du futur GHT).

Tableau n° 48 : Incidence 2015 du plan d'actions et de performance

Thèmes	Économies attendues 2015
Développement de la chirurgie ambulatoire et réorganisation des services de chirurgie	160 k€
Amélioration codage paramédical	40 k€
Plan actions achats	82 k€
Réorganisation des services de médecine, gynécologie obstétrique et secteur médico-social	240 k€
Enveloppe de remplacement	160 k€
Optimisation des charges sociales	140 k€
Meilleure utilisation du pool de suppléance	40 k€
Total	862 k€

Source : CHVA

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2015 intègre ainsi l'incidence positive

supposée des mesures précitées.

L'ARS ne s'est pas prononcée sur ce plan et n'a pas validé formellement le PGFP 2015.

Au vu des premiers éléments transmis par l'ordonnateur, les mesures susmentionnées n'ont pas toutes eu les incidences escomptées, compte tenu des prévisions de résultat communiquées pour 2015, et n'ont, en tout état de cause, pas permis de rétablir l'équilibre financier.

Les conséquences du caractère non soutenable financièrement de l'organisation actuelle doivent être tirées. Face à un déficit en 2015 de 1 M€ pour la maternité et presque 700 k€ pour la chirurgie¹²⁴, la chambre recommande de repenser l'offre de soins en privilégiant la chirurgie ambulatoire en lieu et place de la chirurgie conventionnelle et en ouvrant un centre périnatal de proximité se substituant à la maternité, conformément aux dispositions de l'article R. 6123-50 du code de la santé publique.

¹²⁴ Estimation CRC sur la base des données financières 2015 provisoires.

8- ANNEXES**Annexe 1 - Avancement d'échelon du personnel non médical****Tableau n° 49**

2014	Nombre de promouvables	Nombre de promus	Nombre de points d'indice	Coût brut	Coût charges	Coût total
Durée moyenne	149	149	1693	48211	27962	76173
Durée minimum	38	38	417	21586	12520	34107
TOTAL	187	187	2110	69797	40482	110279
2013	Nombre de promouvables	Nombre de promus	Nombre de points d'indice	Coût brut	Coût charges	Coût total
Durée moyenne	130	131	1523	48345	27073	75418
Durée minimum	28	27	422	27939	15646	43585
TOTAL	158	158	1945	76 284,19	42719,15	119 003,34
2012	Nombre de promouvables	Nombre de promus	Nombre de points d'indice	Coût brut	Coût charges	Coût total
Durée moyenne	94	94	1171	46617	25640	72257
Durée minimum	48	48	655	43308	23819	67127
TOTAL	142	142	1826	89 925,21	49458,87	139 384,08
2011	Nombre de promouvables	Nombre de promus	Nombre de points d'indice	Coût brut	Coût charges	Coût total
Durée moyenne	91	99	1361	53557	29456	83013
Durée minimum	65	57	749	63671	35019	98690
TOTAL	156	156	2110	117227	64475	181703

Source : CHVA

Annexe 2 - Les neufs plus gros marchés de 2010 à 2014

Tableau n° 50

Année	Catégorie marché	Montant HT	Libellé mode de passation	Objet du marché	Date début marché
2011	Fournitures	346 174,76 €	APPEL D'OFFRE OUVERT	SALLE DE RADIO FOURNITURES ET INSTALLATION D'EQUIPEMENTS ET LOGICIELS D'IMAGERIE MÉDICALE + MAINTENANCE	13/01/2011
2011	Services	832 397,74 €	APPEL D'OFFRE OUVERT	AO ASSURANCES : RESPONSABILITE CIVILE HOSPITALIERE (LOT 2)	01/01/2012
2011	Services	394 820,00 €	APPEL D'OFFRE OUVERT	AO ASSURANCES : RISQUES STATUTAIRES (LOT 4)	01/01/2012
2011	Services	363 000,00 €	APPEL D'OFFRE OUVERT	AO ANALYSE ANATOMO-PATHOLOGIE-CYTOLOGIE	01/01/2012
2013	Travaux	606 147,00 €	NEGOCIE AVEC CONCURRENCE	RESTRUCTURATION PLATEAU TECHNIQUE LOT 1 - DESAMIANTAGE, DEMOLITION, MACONNERIE	27/05/2013
2013	Travaux	233 584,00 €	NEGOCIE AVEC CONCURRENCE	RESTRUCTURATION PLATEAU TECHNIQUE LOT 5 - METALLERIE, SERRURERIE, BARDAGE METALLIQUE	27/05/2013
2013	Travaux	198 149,16 €	NEGOCIE AVEC CONCURRENCE	RESTRUCTURATION PLATEAU TECHNIQUE LOT 8 - CLOISONS, DOUBLAGES, PEINTURES, PLAFONDS SUSPENDUS	27/05/2013
2013	Travaux	513 855,29 €	NEGOCIE AVEC CONCURRENCE	RESTRUCTURATION PLATEAU TECHNIQUE LOT T1 - CHAUFFAGE, VENTILATION, CLIMATISATION	27/05/2013
2013	Travaux	479 820,13 €	NEGOCIE AVEC CONCURRENCE	RESTRUCTURATION PLATEAU TECHNIQUE LOT T2- ELECTRICITE COURANTS FORTS ET FAIBLES	27/05/2013

Source : le CHVA

Annexe 3 – Les tableaux d'activité des services**Tableau n° 51 : L'unité d'hospitalisation de courte durée**

UHCD	2012	2013	2014
Nombre de lits	5	5	5
Taux d'occupation	77,05 %	75,01 %	76,55 %
DMS PMSI des RUM	1,37 j	1,29 j**	1,14 j
Nombre de journées PMSI des RUM	1 279 j	1 207**	1 176 j
Nombre de RUMS	932	937	1 029*
Valorisation T2A	559 504	556 658	594 912 €*
CA moyen/RUM	600	594	578
Valorisation T2A RSS 100%	645 722	642 158	690 327
CA moyen/RUM	693	685 €*	671
CA moyen/Journée	458	469 €*	494
Résultat de l'exercice***		41 949	

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013 ; ***CREA 201

Tableau n° 52 : L'unité de surveillance continue

Soins continus	2012	2013	2014
Nombre de lits	4	4	4
Taux d'occupation	78,42 %	73,01 %*	76,71 %
DMS PMSI des RUM	3,13j	2,59 j**	3,17 j
Nombre de journées PMSI des RUM	1 094**	1 017**	1 055
Nombre de RUMS	349	392	333*
Valorisation T2A en €	742 789	663 408	728 791
CA moyen/RUM en €	2 311	1 692	2 189
Valorisation T2A RSS 100 % en €	806 520	721 640	778 557
CA moyen/RUM en €	2 311	1 841	2 338
CA moyen/Journée en €	703	677	694
Résultat de l'exercice***		- 674 232	

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013 ; ***CREA 2013

Tableau n° 53 : Médecine A - Cardiologie et pneumologie

Cardiologie (et angiologie)	2012	2013	2014
Nombre de lits	13	13	13
Taux d'occupation	87 %	84 %**	85 %
DMS PMSI des RUM	7,97	9,79 j**	9,19 j
Nombre de journées PMSI des RUM	4 150	4 006**	3 971
Nombre de RUMS	521	409	432*
Valorisation T2A	1 276 602	1 051 453 €**	1 148 405 €*
CA moyen/RUM	2 450	2 571 €**	2 658 €*
Valorisation T2A RSS 100%	1 422 676	1 176 277 €**	1 287 375 €
CA moyen/RUM	2 731	2 876 €**	2 980 €
CA moyen/Journée	342	292 €**	323 €
Pneumologie			
Nombre de lits	13	13	13
Taux d'occupation	89 %	92 %**	
DMS PMSI des RUM	9,47 j	10,01 j**	12,67 j
Nombre de journées PMSI des RUM	4 241	4 344**	4 068
Nombre de RUMS	448	434	321*
Valorisation T2A Pneumologie	1 389 957	1 314 770	1 120 266
CA moyen/RUM Pneumologie	3 102	3 029**	3 490 €*
Valorisation T2A RSS 100%	1 515 108	1 463 385 €**	1 240 003 €
CA moyen/RUM	3 382	3 372 €**	3 862,94 €
CA moyen/Journée	357	336 €**	304 €
Résultat Médecine A***		193 064 €	

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013 ; CREA 2013

Tableau n° 54 : Médecine B - médecine polyvalente et court séjour gériatrique

Médecine B	2012	2013	2014
Nombre de lits	28	28	28
Taux d'occupation	97 %	98 %	84,63 %
DMS PMSI des RUM	10,84 j	10,46 j	9,46 j
Nombre de journées PMSI des RUM	9 245 j	9 265 j	8 613 j
Nombre de RUMS	853	886	910
Valorisation T2A	2 674 514	2 725 065	2 744 736 (/ETP=548 947)
CA moyen/RUM	3 135	3 076	3 016
Valorisation T2A RSS 100%	2 985 658	3 027 882 €	3 076 794 € (/ETP=615 358)
CA moyen/RUM	3 500	3 417 €	3 381 €
CA moyen/Journée	322 €	326 €	356 €
Résultat CREA		921 109	

Tableau n° 55 : Court séjour gériatrique

	2012	2013	2014
Nombre de lits	15	15	20
Taux d'occupation	80 %	96 %**	n.c.
DMS PMSI des RUM	16 j	16,08 j**	12,47 j
Nombre de journées PMSI des RUM	4 369	5 241**	5 896 j
Nombre de RUMS	273	326**	473*
Valorisation T2A	1 138 754	1 343 886 €**	1 787 289 €*
CA moyen/RUM	4 171	4 122**	3 779 €*
Valorisation T2A RSS 100%	1 275 901	1 493 250 €**	1 998 164 €
CA moyen/RUM	4 674	4 581 €**	4 224 €
CA moyen/Journée	292 €	285 €**	339 €

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 56 : Médecine polyvalente

	2012	2013	2014
Nombre de lits	13	13	8
Taux d'occupation	103 %	85 %**	
DMS PMSI des RUM	8,41 j	7,19 j**	6,29
Nombre de journées PMSI des RUM	4 876	4 024**	2 717
Nombre de RUMS	580	560**	437
Valorisation T2A	1 535 760 €	1 381 179 €**	957 447 €
CA moyen/RUM	2 648 €	2 466 €**	2 191 €*
Valorisation T2A RSS 100%	1 709 756	1 534 632 €**	1 078 630
CA moyen/RUM	2 948	2 740 €**	2 468
CA moyen/Journée	349 €	380 €**	397 €

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Neurologie : la prise en charge des AVC

La prise en charge des AVC est confrontée à un taux de fuite important de 45,9 %, en l'absence notamment d'unité neuro vasculaire (UNV) sur le bassin de santé sud. Les patients admis au CHVA pour AVC sont par conséquent transférés au CH de Valence par le service des urgences s'ils sont susceptibles de bénéficier d'une thrombolyse, sous réserve des disponibilités en lits de l'UNV de cet établissement. Dans les autres cas d'AVC, les patients sont orientés prioritairement vers le service de médecine B du CHVA qui dispose de lits à orientation neurologie. Toutefois, les ressources médicales sont limitées à 0,20 % d'ETP de neurologue mis à disposition par le CH d'Aubenas, ce qui ne permet pas une prise en charge appropriée. Pour remédier à cette situation de carence, le projet régional de santé a prévu l'installation d'une unité neuro-vasculaire au CH de Montélimar. La gradation de la prise en charge devra alors être formalisée au sein d'une filière à développer entre les trois CH du bassin de santé. Le PRS a, par ailleurs, défini la télémédecine comme une priorité à laquelle le CHVA a répondu en adhérant dès 2013 au dispositif mis en place sous l'égide du CHU de St Etienne pour le développement de la télé-AVC. Le service des urgences est équipé des dispositifs techniques nécessaires (caméra, écran de visio-conférence...). Les urgentistes ont été formés et des protocoles ont été validés dans le cadre de la filière actuellement en place avec le CH de Valence.

Tableau n° 57 : Médecine B – oncologie et soins palliatifs

Médecine C	2012	2013	2014
Nombre de lits	10	10	10
Taux d'occupation			67,29 %
DMS PMSI des RUM			7,28 j
Nombre de journées PMSI des RUM	2 560	2 587	2 381
Nombre de RUMS	329	368	327
Valorisation T2A	1 137 270	1 280 267	1 184 180 (/3 ETP= 394 726)
CA moyen/RUM	3 457	3 479	3 621
Valorisation T2A RSS 100%	1 193 713	1 343 174	1 243 398 (/3 ETP=414 566)
CA moyen/RUM	3 628	3 650	3 802
CA moyen/Journée	466	519	520
Résultat CREA		- 256 213 €	

Tableau n° 58 : Oncologie

Oncologie (dont algologie)¹²⁵	2012	2013	2014
Nombre de lits	4	4	4
Taux d'occupation	17 %	15 %	
DMS PMSI des RUM en jours	3,66	2,88	2,99
Nombre de journées PMSI des RUM	794	696	584
Nombre de RUMS	217	242	196
Valorisation T2A en €	356 299	371 612	305 276
CA moyen/RUM en €	1 642	1 536	1 558
Valorisation T2A RSS 100% en €	378 028	392 341	320 696
CA moyen/RUM en €	1 742	1 621	1 644
CA moyen/Journée en €	470	558	544

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 59 : Soins palliatifs

Unité de soins palliatifs	2012	2013	2014
Nombre de lits	6	6	6
Taux d'occupation	80,69 %	86,58 %	82,24 %
DMS PMSI des RUM en jours	15,77	15,01	13,71
Nombre de journées PMSI des RUM	1 766	1 891	1 796
Nombre de RUMS	112	126	131
Valorisation T2A en €	780 971	908 655	878 904
CA moyen/RUM en €	6 973	7 212	6 709
Valorisation T2A RSS 100 % en €	815 685	950 833	922 091
CA moyen/RUM en €	7 283	7 546	7 039
CA moyen/Journée en €	460	501	512

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

¹²⁵ L'algologie est une spécialité étudiant les douleurs et leurs effets sur l'organisme. Le médecin algologue est un médecin spécialisé dans la prise en charge de la douleur (informations des patients sur le mécanisme neurophysiologique de la douleur, traitements, orientation spécialisée, ...).

Tableau n° 60 : Hôpital de jour de médecine

Hôpital de jour-Médecine	2012	2013	2014
Nombre de lits	8	8	8
Taux d'occupation	50,14 %	50,58 %	58,80 %
Nombre de journées théoriques	2 928	2 920	2 920
Nombre de RUM	1 468	1 477	1 717
Valorisation T2A	783 554	783 378	849 661
CA moyen/RUM	534	530	495
Valorisation séjours 100%	800 663	802 562	887 939
CA moyen/RUM	545	543	517
Nombre de séances	759	827	1 091
Valorisation séances	311 166	347 937	454 590
CA moyen / séance	410	421	417

Source : CHVA

Tableau n° 61 : Chirurgie

Chirurgie	2012	2013	2014
Nombre de RUM Total	7 944	8 026	7 858
Nombre de RUM Chirurgie (ambulatoire compris)	2 317	2 434	2 090
<i>En % des RUMS totaux</i>	29 %	30 %	27 %
Valorisation T2A (AM) Total en k€	14 601,0	14 554,5	13 807,1
Valorisation T2A (AM) Chirurgie (ambulatoire compris) en k€	5 115,9	5 303,8	4 515,4
<i>En % de la valorisation T2A totale</i>	35 %	36 %	33 %
CA moyen/RUM en €	2 208	2 179	2 160
Nombre de lits	34	34	34
Nombre de places	6	6	6

Source : CHVA

Tableau n° 62 : Chirurgie viscérale

Chirurgie viscérale	2012	2013	2014
Nombre de lits	9	9	9
Taux d'occupation	62 %	69 %	58,10 %
DMS PMSI des RUM	5,39	5,55	4,71
Nombre de journées PMSI des RUM	2 050	2 277	1 555
Nombre de RUMS	380	410	330
Valorisation T2A	1 083 137	1 199 718	898 425
CA moyen/RUM	2 850	2 926	2 722
Valorisation T2A RSS 100%	1 151 338	1 274 400	977 443
CA moyen/RUM	3 030	3 108	2 961,95
CA moyen/Journée	558	557	625
Valorisation T2A HC+HDJ/ETP chirurgien en k€	594,3	664,2	518,9
Valorisation T2A 100% HC+HDJ/ETP chirurgien en k€	629,6	702,8	

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 63 : Chirurgie viscérale - HDJ

Chirurgie viscérale HDJ	2012	2013	2014
Nombre de lits	0,69	0,69	0,69
Taux d'occupation	49 %	49 %	
DMS PMSI des RUM	1	1	
Nombre de journées PMSI des RUM	74	86	90
Nombre de RUMS	74	86	90
Valorisation T2A	105 492	128 714	139 447
CA moyen/RUM	1 425	1 497	1 549
Valorisation T2A RSS 100 %	107 871	131 288	
CA moyen/RUM	1 458	1 527	
CA moyen/Journée	1 458	1 527	

Sources : * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 64 : Chirurgie urologique

Chirurgie urologique	2012	2013	2014
Nombre de lits	11	11	11
Taux d'occupation	204 %	183 %	83,85 %
DMS PMSI des RUM	4,44	4,45	3,86
Nombre de journées PMSI des RUM	3 258	2 932	2 617
Nombre de RUMS	733	659	678
Valorisation T2A	1 735 741	1 642 499	1 582 597
CA moyen/RUM	2 368	2 489	2 334
Valorisation T2A RSS 100%	1 858 717	1 752 980	1 688 716
CA moyen/RUM	2 536	2 659	2 491
CA moyen/Journée	568	593	642
Valorisation T2A HC+HDJ/ETP chirurgien en k€	919,3	896,9	858,9
Valorisation T2A 100% HC+HDJ/ETP chirurgien en k€	986,9	958,5	

Sources : rapport d'activité 2014 ; * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 65 : Chirurgie urologique HDJ

Chirurgie urologique HDJ	2012	2013	2014
Nombre de lits	1,08	1,08	1,08
Taux d'occupation	60 %	69 %	
DMS PMSI des RUM	1	1	
Nombre de journées PMSI des RUM	144	189	164
Nombre de RUMS	144	189	164
Valorisation T2A	102 958	151 231	135 229
CA moyen/RUM	715	800	825
Valorisation T2A RSS 100%	115 116	163 980	
CA moyen/RUM	799	868	
CA moyen/Journée	799	868	

Sources : * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 66 : Chirurgie gynécologique

Chirurgie gynécologique	2012	2013	2014
Nombre de lits	1	1	1
Taux d'occupation	47 %	91 %	43,83 %
DMS PMSI des RUM	2,84	3,32	3,16
Nombre de journées PMSI des RUM	173	332	158
Nombre de RUMS	61	100	50
Valorisation T2A	88 433	165 481	87 582
CA moyen/RUM	1 450	1 655	1 752
Valorisation T2A RSS 100%	97 087	178 713	96 631
CA moyen/RUM	1 592	1 787	1 933
CA moyen/Journée	539	529	593

Sources * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 67 : Chirurgie Gynécologie HDJ

Chirurgie Gynécologie HDJ	2012	2013	2014
Nombre de lits	0,27	0,27	n.c.
Taux d'occupation	59 %	54 %	n.c.
DMS PMSI des RUM	1	1	n.c.
Nombre de journées PMSI des RUM	35	37	n.c.
Nombre de RUMS	35	37	42
Valorisation T2A	23 197	26 518	29 501
CA moyen/RUM	663	717	702
Valorisation T2A RSS 100 %	26 508	30 188	
CA moyen/RUM	780	816	
CA moyen/Journée	780	816	

Sources * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 68 : Chirurgie ORL

Chirurgie ORL HDJ	2012	2013	2014
Nombre de lits	0,37	0,37**	0,37**
Taux d'occupation	53 %	40 %**	
DMS PMSI des RUM	1	1 j**	
Nombre de journées PMSI des RUM	43	37**	11
Nombre de RUMS	43	37**	11*
Valorisation T2A	28 582	22 746 €*	9 263 €*
CA moyen/RUM	665	615 €**	842 €*
Valorisation T2A RSS 100%	33 830	26 556 €**	
CA moyen/RUM	787	718 €*	
CA moyen/Journée	787	718 €*	

Sources * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 69 : Chirurgie ortho-traumatologique

Chirurgie ortho-traumatologique	2012	2013	2014
Nombre de lits	11	11	11
Taux d'occupation	80 %	75 %	78,94 %
DMS PMSI des RUM	8,20	7,73	8,28
Nombre de journées PMSI des RUM	3 777	3 573	2 972
Nombre de RUMS	447	444	359
Valorisation T2A	1 490 743	1 431 445	1 203 948
CA moyen/RUM	3 335	3 224	3 354
Valorisation T2A RSS 100%	1 618 212	1 550 278	1 300 842
CA moyen/RUM	3 532	3 424	3 623
CA moyen/Journée	429	440	436
Valorisation T2A HC+HDJ/ETP chirurgien en k€	834,7	803,8	692,4
Valorisation T2A 100% HC+HDJ/ETP chirurgien en k€	902,2	867,8	

Sources * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 70 : Chirurgie orthopédique HDJ

Chirurgie orthopédique HDJ	2012	2013	2014
Nombre de lits	1,43	1,43	1,43
Taux d'occupation	53 %	45 %	
DMS PMSI des RUM	1	1	
Nombre de journées PMSI des RUM	169	161	
Nombre de RUMS	169	161	169
Valorisation T2A	178 581	176 249	180 859
CA moyen/RUM	1 056	1 095	1 204
Valorisation T2A RSS 100%	186 089	185 409	
CA moyen/RUM	1 101	1 152	
CA moyen/Journée	1 101	1 152	

Sources * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 71 : Chirurgie ophtalmologique

Chirurgie ophtalmologique	2012	2013	2014
Nombre de lits	nc	nc	1
Taux d'occupation	nc	nc	4,11 %
DMS PMSI des RUM	1,42	1,12	1
Nombre de journées PMSI des RUM	17	28	15
Nombre de RUMS	12	25	15
Valorisation T2A	14 167	20 399	11 605
CA moyen/RUM	1 180	816	774
Valorisation T2A RSS 100 %	14 761	21 552	12 140
CA moyen/RUM	1 230	862	809
CA moyen/Journée	820	695	759
Valorisation T2A HC+HDJ/ETP chirurgien en k€	204 227	251 320	144 105
Valorisation T2A 100% HC+HDJ/ETP chirurgien en k€	208 657	252 473	

RH 2015 :

1 PH mis à disposition par le CH d'Aubenas deux journées par mois

Départ à compter de juillet 2015 d'un PH mis à disposition par le CH d'Aubenas une journée par semaine

un ETP Praticien contractuel mis à disposition du CH d'Aubenas une journée par semaine (pour formation pendant deux ans)

Sources : * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 72 : Chirurgie ophtalmologique HDJ

Chirurgie ophtalmologique HDJ	2012	2013	2014
Nombre de lits	1,32	1,32	1,32
Taux d'occupation	50 %	53 %	
DMS PMSI des RUM	1	1	
Nombre de journées PMSI des RUM	145	177	
Nombre de RUMS	145	177	109
Valorisation T2A	190 060	227 191	132 500
CA moyen/RUM	1 311	1 284	1 216
Valorisation T2A RSS 100%	193 896	230 921	
CA moyen/RUM	1 337	1 305	
CA moyen/Journée	1 337	1 305	

Sources : * Activité T2A 2014 Janvier à décembre ; **Recueil d'activité T2A 2013

Tableau n° 73 : Chirurgie ambulatoire

Chirurgie ambulatoire	2012	2013	2014
Nombre de places	6	6	6
Taux d'occupation			44,02%
Nombre de RUMS	684	792	657
Valorisation T2A	703 657	846 260	730 942
CA moyen/RUM	1 029	1 068	1 173
Valorisation T2A RSS 100%		884 624	
CA moyen/RUM		1 117	

Source : rapport d'activité 2014 ; Activité T2A 2014 Janvier à décembre

Annexe 4 – Tableaux de fiabilité des comptes**Tableau n° 74 : Dépenses engagées non mandatées**

Comptes	Libellés	2010	2011	2012	2013	2014
SC 408	Fournisseurs - Factures non parvenues	74 797	124 996	104 712	244 299	213 050
SD60	Achats	6 735 036	7 030 486	7 124 876	6 956 685	6 510 422
SD61	Services extérieurs	1 499 760	1 653 439	1 575 088	1 599 445	1 624 601
SD62	Autres services extérieurs	1 716 628	1 820 137	1 831 667	1 905 226	1 774 798
Total		9 951 424	10 504 061	10 531 631	10 461 355	9 909 821
Taux		0,75 %	1,19 %	0,99 %	2,34 %	2,15 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Tableau n° 75 : Taux de charges sur exercice antérieur

Comptes	2010	2011	2012	2013	2014
6721	0	0	0	0	0
6722	0	8 675	0	0	0
6723	0	19	0	0	0
6728	0	13 639	0	0	0
Total	0	22 333	0	0	0
Indicateur R45-TBFEPS Taux de charges sur exercices antérieurs	0,0 %	0,05 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Source : TBFEPS et comptes financiers, retraitement CRC

Tableau n° 76 : Autres provisions pour charges (compte 158)

Détail 158 - Autres provisions pour charges											
	Montant au début de l'exercice	Dotations de l'exercice	Reprises exercice	Montant à la fin de l'exercice	Dotations exercices		Reprises exercices		Observations		
2010	525 000	566 884		1 091 884	H	68 158	209 564			115 564.39 € mandats décembre taxe sur les salaires suite audit CTR + 94 000 € risque T2A	
					B	68 158	42 441			12441.07 € annulation mandats décembre taxe sur les salaires suite audit CTR + 30 000 € Travaux RHM	
					C	68 158	1 772			1 771.72 € annulation des mandats du mois de décembre taxe sur les salaires suite audit CTR	
					E	68 158	241 429			17 428.69 € annulation mandats décembre taxe sur les salaires suite audit CTR + 224 000 € Travaux RIVOLY	
					E1	68 158	71 064			4 563.87 € annulation mandats décembre taxe sur les salaires suite audit CTR + 66 500 € Travaux RHM	
					P	68 158	615			614.58 € annulation mandats décembre taxe sur les salaires suite audit CTR	
2011	1 091 884	329 165	348 000	1 073 049	H	68 158	169 053			169 053 € notif ARS le 08/12/11 MIG : EMSP 144 721 € renfort de l'équipe intervention sur EHPAD + MIG création EMG 24 332 €	
					P	68 158	40 112			Notif ARS DU 12/12/11 : 22 500 € CNR Arrêt longue durée poste IDE + 17612 € Notif ARS du 26/12/11 : 1/2 ETP éducateur : notifications transmises en décembre	
								H	78 158	118 000	
								E	78 158	110 000	
2012	1 073 049	151 390	195 767	1 028 672	P	68 158	1 390	H	78 158	45 767	1390 € arrêté ARS notifié en décembre budget P
					E	78 158	150 000	E	78 158	150 000	Erreur compte
2013	1 028 672	5 800	38 428	996 045	P	68 158	5 000	H	78 158	38 428	P notif ARS évaluation externe
					C	68 158	800				C notif Région RA logiciel gestion
2014	996 045			996 045							

Source : le CHVA

Annexe 5 : Tableaux des produits

Tableau n° 77 : Produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

TITRE 1 - PRODUITS VERSES PAR L'ASSURANCE MALADIE	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution en %
73111 Produits de la tarification des séjours	14 420 529	14 790 464	14 632 322	14 637 357	13 891 062	- 3,7 %
73112 Produits des médicaments facturés en sus des séjours	653 682	472 381	959 497	1 164 072	1 151 614	76,2 %
73113 Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	158 461	190 303	183 321	154 286	162 845	2,8 %
73114 Forfaits annuels	964 633	964 633	966 177	966 177	966 177	0,2 %
73117 Dotation annuelle de financement	548 555	555 498	575 997	1 023 441	1 127 079	105,5 %
73118 Dotations MIGAC	4 753 425	7 294 777	4 399 263	3 468 973	3 440 791	- 27,6 %
7312 Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	2 458 638	2 389 526	2 564 745	2 636 444	2 655 560	8,0 %
7722 Produits exercices antérieurs assurance maladie						
TOTAL	23 957 923	26 657 582	24 281 321	24 050 750	23 395 127	- 2,3 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Tableau n° 78 : Autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)

TITRE 2 - AUTRES PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution	%
Hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie	1 048 401	1 598 706	1 315 627	1 546 880	1 694 266	645 866	61,6 %
Hospitalisation incomplète non pris en charge par l'assurance maladie	75 303	73 383	75 184	72 489	90 369	15 066	20,0 %
Tarification spécifique non pris en charge par l'assurance maladie	766 219	785 493	799 449	806 260	710 523	- 55 695	- 7,3 %
Forfait journalier MCO	578 609	594 678	621 097	604 270	552 403	- 26 206	- 4,5 %
Forfait journalier SSR	70 812	84 078	82 566	112 788	135 108	64 296	90,8 %
Prestations soins étrangers	163 921	215 969	144 181	252 831	135 800	- 28 120	- 17,2 %
Prestations autres établissements	36 532	29 525	39 919	31 797	28 399	- 8 134	- 22,3 %
TOTAL	2 739 796	3 381 832	3 078 022	3 427 314	3 346 869	607 073	22,2 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Tableau n° 79 : Autres produits (titre 3)

Titre 3 Autres produits		2010	2011	2012	2013	2014	Écart	%
70	Vente produits fabr., prest. services, march. et prod. activités annexes (sauf 7071, 7087 et 709)	776 478	745 591	919 412	930 252	978 843	202 365	26 %
7071	Rétrocession de médicaments	1 034 374	1 278 555	1 060 287	836 625	923 965	- 110 409	- 11 %
7087	Remboursement de frais par les CRPA (activités suivies en comptabilités séparées *)	1 053 698	1 086 247	1 014 910	1 085 969	992 795	-60 902	- 6 %
74	Subventions d'exploitation et participations	89 339	82 573	461 597	1 301 037	1 422 530	1 333 190	1492 %
75	Autres produits de gestion courante	846 224	928 873	950 334	848 549	896 773	50 549	6 %
76	Produits financiers	0	0	0	0	0	0	SO ¹²⁶
77	Produits exceptionnels	259 143	226 581	385 204	405 803	752 127	492 984	190 %
	Dont						0	SO
775	Produits des cessions d'éléments d'actif	0			2 653	2 000	2 000	SO
777	Quote part de subvention d'investissement virée au résultat de l'exercice	14 368	14 368	14 368	35 259	35 259	20 892	145 %
78	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions		183 000	89 368	211 433	249 690	249 690	SO
603	Variations de stocks (crédits)	625 230	598 658	587 387	560 580	585 645	- 39 585	- 6 %
3R	Rabais, remises et ristournes (609, 619 et 629)						0	SO
RRCS 2	Remboursements sur rémunération ou charges sociales ou taxes (6419, 6429, 64519, 64529, 64719, 64729, 6489, 6319, 6339)	769 662	793 044	397 794	247 322	259 285	- 510 377	- 66 %
649	Atténuation de charges-portabilité compte épargne temps (CET)					12 875		SO
	Total	5 454 147	5 923 123	5 866 293	6 427 570	7 074 527	1 620 380	30 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

¹²⁶ SO = sans objet

Annexe 6 : Tableaux des charges

Tableau n° 80 : Charges de personnel (titre 1)

		2010	2011	2012	2013	2014	Écart	%
621	Personnel extérieur à l'établissement	249 430	296 078	319 386	378 840	405 339	155 909	62,5 %
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations - admi impôts (sauf 6319)	1 328 408	1 349 933	1 370 207	1 425 111	1 468 346	139 938	10,5 %
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations - autres organismes (sauf 6339)	489 364	484 160	507 206	526 471	561 980	72 616	14,8 %
641	Rémunérations du personnel non médical sauf 6411, 6413, 6415 et 6419	195 337	94 105	79 228	69 667	57 520	- 137 817	- 70,6 %
6411	Personnel titulaire et stagiaire	8 769 852	8 918 846	9 003 549	9 105 153	9 504 656	734 804	8,4 %
6413	Personnel sous CDI	554 236	891 187	958 870	903 672	724 916	170 680	30,8 %
6415	Personnel sous CDD	1 143 764	1 058 719	1 022 252	1 225 390	1 361 771	218 006	19,1 %
642	Rémunérations du personnel médical sauf 6421, 6422, 6425 et 6429	214 835	160 637	103 747	105 627	48 970	- 165 864	- 77,2 %
6421	Praticiens temps plein et temps partiel	2 306 178	2 431 908	1 981 885	1 970 232	2 065 698	- 240 480	- 10,4 %
6422	Praticiens attachés renouvelables de droit	185 364	265 041	257 457	275 441	339 861	154 496	83,3 %
6423	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	15 952	49 777	678 422	796 541	749 753	733 801	4 600,1 %
6425	Permanences des soins	1 279 974	1 295 962	1 252 480	1 259 211	1 271 929	- 8 045	- 0,6 %
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	3 647 200	3 781 835	3 795 522	4 047 459	4 399 419	752 219	20,6 %
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529)	1 196 040	1 282 215	1 326 984	1 390 629	1 453 516	257 476	21,5 %
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	223 663	254 992	219 376	215 338	254 670	31 007	13,9 %
6472	Autres charges sociales - personnel médical (sauf 64729)	3 829	7 614	3 846	1 358	1 398	- 2 431	- 63,5 %
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	16 045	488	488	496	40 099	24 055	149,9 %
TOTAL		21 819 471	22 623 498	22 880 906	23 696 634	24 709 841	2 890 370	13,2 %
<i>Total rémunération personnel non médical</i>		<i>10 663 189</i>	<i>10 962 857</i>	<i>11 063 898</i>	<i>11 303 881</i>	<i>11 648 862</i>	<i>985 673</i>	<i>9,2 %</i>
<i>Total rémunération personnel médical</i>		<i>4 002 303</i>	<i>4 203 325</i>	<i>4 273 992</i>	<i>4 407 051</i>	<i>4 476 211</i>	<i>473 907</i>	<i>11,8 %</i>

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Tableau n° 81 : Charges à caractère médical (titre 2)

		2010	2011	2012	2013	2014	Écart	%
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	2 905 262	2 931 098	3 121 291	2 802 535	2 861 585	- 43 678	- 2 %
6022	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	1 571 019	1 721 522	1 589 834	1 618 209	1 499 478	- 71 541	- 5 %
6066	Fournitures médicales	93 869	84 837	103 531	112 936	46 073	- 47 796	- 51 %
	Variation de stocks de marchandises à caractère médical et pharmaceutique	324 257	324 601	341 775	338 863	329 014	4 757	1 %
611	Sous-traitance générale	247 683	255 674	268 330	256 444	252 550	4 867	2 %
6131	Locations à caractère médical	1 358	4 483	28 394	30 296	42 499	41 141	3 029 %
6151	Entretiens et réparations de biens à caractère médical	371 656	431 055	327 193	351 928	396 845	25 189	7 %
	Total	5 515 104	5 753 269	5 780 349	5 511 211	5 428 042	- 87 061	- 1,6 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Tableau n° 82 : Charges à caractère hôtelier et général (titre 3)

		2010	2011	2012	2013	2014	Écart	%
602	Achats stockés ; autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022)	915 673	987 172	1 003 928	1 010 686	955 285	39 613	4 %
606	Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066)	554 344	491 600	534 839	538 798	454 004	- 100 340	- 18 %
603	Variation de stocks (sauf 60311, 60321, 60322 et 60371)	332 491	300 629	256 883	248 525	231 567	- 100 924	- 30 %
61	Services extérieurs (sauf 611, 6131, 6151 et 619)	418 361	477 128	548 585	539 256	517 069	98 708	24 %
62	Autres services extérieurs (sauf 621 et 629)	525 548	522 787	531 106	594 969	537 918	12 370	2 %
63	Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631, 6319, 633 et 6339)	3 103	3 214	3 667	4 207	4 298	1 196	39 %
65	Autres charges de gestion courante	82 480	80 191	74 651	104 133	115 340	32 860	39,8 %
	Total	2 831 999	2 862 720	2 953 660	3 040 572	2 815 482	- 16 517	- 0,6 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

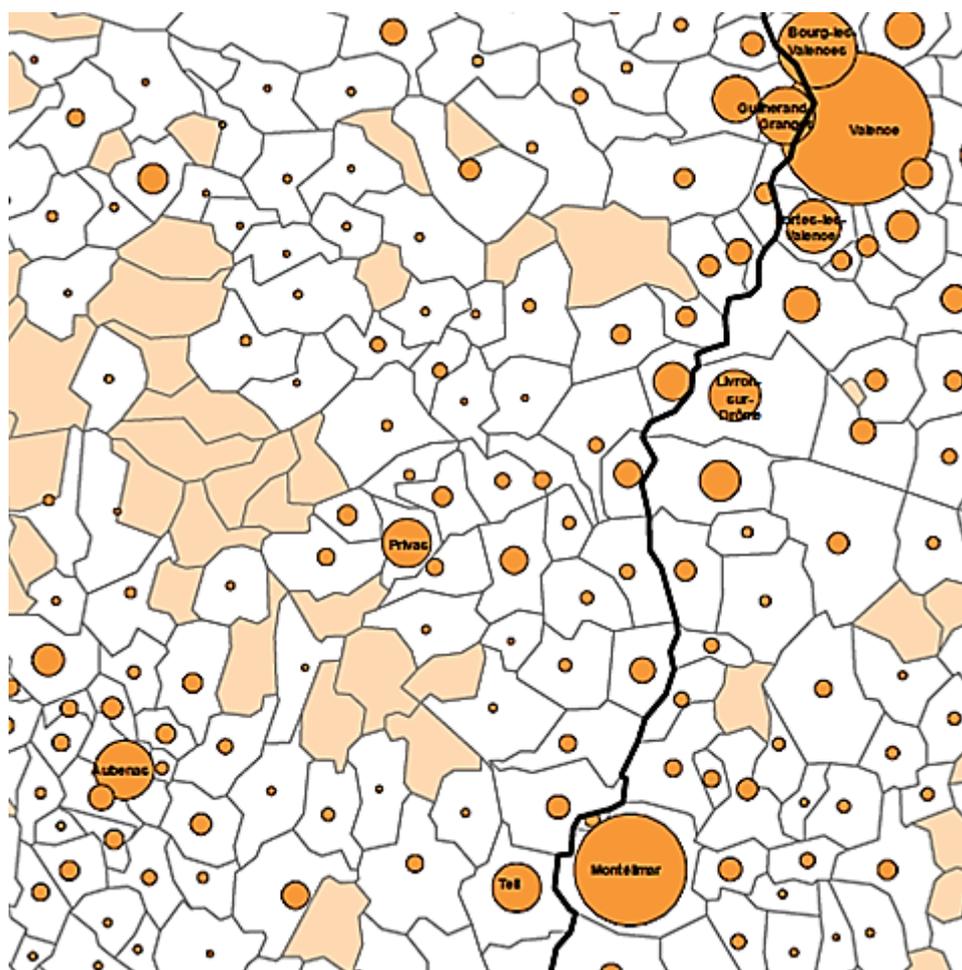
Annexe 7 – Résultat consolidé

Tableau n° 83 : Résultat consolidé

	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes H	32 151 867	35 959 537	33 696 141	33 905 635	33 816 523
Dépenses H	32 128 918	36 084 867	33 893 644	34 785 869	35 556 073
Compte Résultat Principal - H	22 949	- 125 330	- 197 503	- 880 235	- 1 739 550
Recettes B	3 624 591	3 737 207	3 692 937	3 712 679	3 681 989
Dépenses B	3 619 221	3 689 440	3 650 099	3 689 063	3 457 580
Compte Résultat Annexe – B « USDL »	5 371	47 767	42 838	23 617	224 409
Recettes E (E0)	5 734 888	6 307 972	6 870 681	7 023 117	7 558 394
Dépenses (E0)	5 664 976	6 426 889	6 858 514	7 140 646	7 581 825
Compte Résultat Annexe – E0 « EHPAD Rivoly »	69 912	- 118 917	12 167	- 117 528	- 23 431
Recettes J (E1)	1 608 044	1 640 999	1 619 352	1 344 097	824 536
Dépenses J (E1)	1 605 928	1 626 629	1 604 260	1 428 222	900 976
Compte Résultat Annexe – E1 « EHPAD Montoulon »	2 116	14 370	15 093	- 84 125	- 76 441
Recettes C	490 749	449 422	470 755	497 222	362 634
Dépenses C	487 616	446 082	470 586	486 955	367 089
Compte Résultat Annexe – C « Ecoles »	3 133	3 340	169	10 267	- 4 455
Recettes P	174 477	214 495	206 020	242 957	274 579
Dépenses P	165 077	210 227	199 361	249 027	229 722
Compte Résultat Annexe – P « CSAPA »	9 400	4 268	6 659	-6 070	44 858
Recettes consolidées	43 610 139	48 095 138	46 349 866	46 482 750	46 244 076
Dépenses consolidées	43 506 659	48 273 908	46 477 103	47 530 754	47 863 544
Résultat Consolidé	112 881	- 174 502	- 120 578	- 1 054 075	- 1 574 611
Résultat BA (hors budget principal)	89 932	- 49 171	76 925	- 173 840	164 940

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Annexe 8 : Carte de la répartition de la population sur le bassin de santé Drôme-Ardèche



Source : Carte de l'ADIL d'après le recensement INSEE 2010

Annexe 9 : Glossaire**A**

AC :	Aides à la contractualisation
ARH :	Agence régionale d'hospitalisation
ARS :	Agence régionale de santé

B

BFR :	Besoin en fonds de roulement
Budget B	Budget de l'unité de soins de longue durée (USLD)
Budget C	Budget des Ecoles
Budget E :	Budget de l'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
Budget H	Budget principal de l'établissement (secteur sanitaire : médecine, chirurgie, obstétrique)
Budget P	Budget du centre de soins d'accompagnement de prévention en addictologie (CSAPA)

C

CAF :	Capacité d'autofinancement
CASF :	Code de l'action sociale et des familles
CET :	Compte épargne temps
CH :	Centre hospitalier
CHT :	Communauté hospitalière de territoire
CME :	Commission médicale d'établissement
CPOM :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRP :	Compte de résultat principal (budget H)
CRA :	Compte de résultat annexe
CRA E :	Compte de résultat annexe (EHPAD)
CROS	Commission régionale de l'organisation sanitaire
CS	Conseil de surveillance
CSOS	Commission spécialisée de l'organisation des soins

D

DAF :	Dotation annuelle de financement
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins devenue la DGOS (direction générale de l'offre de soins) le 15 mars 2010.
DIM :	Département d'information médicale
DMS :	Durée moyenne de séjour

E

EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EBE :	Excédent brut d'exploitation
EPRD :	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS :	Établissement public de santé
ETP :	Équivalent temps plein

F

FIR	Fonds d'intervention régional
FRE :	Fonds de roulement d'exploitation
FRI :	Fonds de roulement d'investissement
FRNG :	Fonds de roulement net global

G

GCS : Groupement de coopération sanitaire
 GHT Groupement hospitalier de territoire (qui succède aux communautés hospitalières de territoires)

H

HAD : Hospitalisation à domicile
 HPST (loi) : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

M

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
 MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

P

PASS Permanence d'accès aux soins
 PGFP : Plan global de financement pluriannuel
 PMSI : Programme de médicalisation du système d'information
 PRS Projet régional de santé

R

R-A (région) : Rhône-Alpes
 RSA : Résumé de sortie anonyme (= RSS anonymisé)
 RSS Résumé de sortie standardisé (= agrégation des RUM effectués au cours d'un même séjour)
 RUM Résumé d'unité médicale (= séjour dans une unité médicale)

S

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
 SROS : Schéma régional d'organisation des soins
 SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

T2A : Tarification à l'activité
 TBFEPS : Tableau de bord financier des EPS

U

UPATOU Unité de proximité d'accueil et d'orientation des urgences