Chambre régionale des comptes
de Champagne-Ardenne, Lorraine

Epinal, le 31 janvier 2013

Le Président,

Réf. à rappeler :

Recommandé + A.R.

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 29 octobre 2012, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes de Champagne-Ardenne, Lorraine concernant la gestion de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt pour les exercices 2005 jusqu'à la période la plus récente.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport d'observations définitives, qui sera communiqué par la présidente à son conseil de surveillance, dès sa plus proche réunion. Inscrit à l'ordre du jour, il est joint à la convocation adressée à chacun des membres du conseil de surveillance et donnera lieu à un débat.

Après information de ce dernier, le rapport d'observations définitives devient un document communicable à toute personne qui en fera la demande, conformément aux dispositions de la loi du 17 juillet 1978, relative à la communication des documents administratifs.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de ma considération distinguée.

Dominique ROGUEZ

Monsieur François FOUCHET
Directeur de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt
32, Rue Germini
BP n° 69
88502 MIRECOURT Cedex

Place Jeanne d'Arc – BP 599 – 88021 EPINAL CEDEX
Téléphone 03 29 64 29 29 – Télécopie 03 29 64 03 58 - E-mail : crc@ca-lorraine.ccomptes.fr

Chambre régionale des comptes
de Champagne-Ardenne, Lorraine

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Hôpital « Val de Madon » de Mirecourt

(Vosges)

Chambre régionale des comptes
de Champagne-Ardenne, Lorraine

Le présent rapport est composé de la façon suivante :

1. **Rapport d'observations définitives du 25 avril 2012.**

2. **Procès-verbal par lequel le greffe de la Chambre régionale des comptes de Champagne-Ardenne, Lorraine constate que M. François FOUCHET, directeur de l'hôpital Val de Madon de Mirecourt , n'a pas adressé de réponse au titre des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières dans le délai d'un mois fixé au 29 novembre 2012.**

3. **Procès-verbal par lequel le greffe de la Chambre régionale des comptes de Champagne-Ardenne, Lorraine constate que Mme Maria ROUYER, présidente du conseil de surveillance de l'hôpital Val de Madon de Mirecourt, n'a pas adressé de réponse au titre des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières dans le délai d'un mois fixé au 29 novembre 2012.**

S O M M A I R E

SYNTHESE 5

1 LES CONDITIONS DES CONTROLES 8

2 LE CONTEXTE GENERAL 8

2.1 Les hôpitaux locaux 8

2.1.1 Les activités des hôpitaux locaux 8

2.1.2 Des établissements à la croisée du médical et du médico-social 9

2.1.3 Les enjeux d'adaptation des hôpitaux locaux 9

2.2 La répartition des hôpitaux locaux au niveau national 10

2.3 L'environnement économique social et sanitaire 11

2.3.1 Les déterminants de la forte densité des hôpitaux locaux dans les Vosges 11

2.3.2 Les différents territoires de santé 11

2.3.3 L'environnement sociodémographique 13

2.3.3.1 Une population en décroissance et vieillissante 13

2.3.3.2 Une population en voie de paupérisation 14

2.3.3.3 La démographie médicale libérale 14

3 LES CARACTERISTIQUES DE L'HOPITAL « VAL DE MADON » DE MIRECOURT 14

3.1 La certification 14

3.2 Les indicateurs d'activité 15

3.2.1 L'activité de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt 15

3.2.2 Le dimensionnement des secteurs sanitaires 15

3.2.3 Le taux d'occupation de l'EHPAD de Mirecourt 16

3.2.4 L'évolution de l'activité 17

3.3 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 17

3.4 La politique tarifaire de l'EHPAD 18

3.4.1 La composition des tarifs des EHPAD 18

3.4.2 Les tarifs de l'EHPAD de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt 19

3.5 Le bilan des opérations de mutualisation 19

3.5.1 L'avancée des mutualisations 19

3.5.1.1 Les communautés d'établissements 19

3.5.1.2 Les autres formes de coopération 20

3.5.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences 20

3.6 Le patrimoine immobilier 21

3.6.1 L'étendue du patrimoine 21

3.6.2 L'état du patrimoine 21

3.6.3 La rationalisation du patrimoine 22

3.7 Conclusion 23

4 LES RELATIONS AVEC LES TUTELLES 23

4.1 Les documents programmatiques des hôpitaux locaux 23

4.1.1 Les projets d'établissement 23

4.1.2 Les conventions tripartites 24

4.1.2.1 Les conventions de 1ère génération 24

4.1.2.2 Les conventions de 2ème génération 24

4.1.2.3 La mise en œuvre de la circulaire du 31 mai 2010 25

4.2 Les relations avec l'Agence régionale d'hospitalisation devenue Agence régionale de santé 26
4.2.1 La mise en œuvre des filières gériatriques 26
4.2.1.1 Les communautés d'établissements 26
4.2.1.2 La mise en œuvre de la circulaire de 2007 27
4.2.2 Les projets de maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) 28
4.3 Les relations avec le département des Vosges 29
4.3.1 Le cadre national 29
4.3.2 Les unités de vie protégées (UVP) des Vosges 29
4.3.2.1 La politique de la collectivité 29
4.3.2.2 Les surcoûts des UVP 30
4.4 Conclusion 31

5 LA FIABILITE DES COMPTES 32
5.1 Le respect de l'annualité budgétaire 32
5.2 Le respect du principe de prudence 32
5.2.1 Les provisions pour compte-épargne temps 32
5.2.2 Les provisions pour risques et charges 32
5.2.3 Les créances irrécouvrables 33
5.3 Les amortissements 33
5.3.1 Les dotations et les durées 33
5.4 Les cessions d'immobilisations 33
5.5 Les relations budget principal – budget annexes 33
5.6 Les conventions de partenariats 33

6 L'ANALYSE FINANCIERE SYNTHETIQUE DES ONZE HOPITAUX LOCAUX 33
6.1 L'évolution des grands équilibres de l'exploitation 34
6.2 L'évolution de la capacité d'autofinancement 35
6.3 L'endettement et les investissements 35
6.4 L'évolution du fonds de roulement et de la trésorerie 36

7 L'ANALYSE FINANCIERE DE L'HOPITAL « VAL DE MADON » DE MIRECOURT 36

SYNTHESE

Les hôpitaux locaux ont pour mission d'assurer à la fois la prise en charge des personnes âgées dépendantes et une activité sanitaire (médecine à orientation gériatrique, soins de suites ou de réadaptation[1]). Ces établissements de santé sont donc à la croisée du secteur sanitaire, relevant essentiellement de financements nationaux, et du secteur médico-social financé par les départements. Ils sont au centre de la réflexion en cours concernant la prise en charge de la dépendance (plans « Grand Age » et « Alzheimer » notamment).

Bien doté avec onze hôpitaux locaux alors que la moyenne nationale est de trois, le département des Vosges est confronté à un ralentissement de sa démographie, au vieillissement et à la paupérisation de sa population. Par ailleurs, la pyramide des âges des médecins libéraux, pilier médical des hôpitaux locaux, est préoccupante.

Le bilan des hôpitaux locaux des Vosges s'avère mitigé sur la période 2005 à nos jours.

Leurs secteurs sanitaires sont de petite taille, leurs durées moyennes de séjour et leurs taux d'occupation sont défavorablement orientés. L'organisation de la filière gériatrique, qui doit reposer sur l'association des acteurs de santé[2] en vue d'optimiser la prise en charge de la personne âgée, est embryonnaire. Par ailleurs, les seules opérations de mutualisation initiées entre les établissements de santé des Vosges l'ont essentiellement été sous un angle administratif et institutionnel.

L'activité d'hébergement des personnes âgées revêt un aspect prépondérant pour les hôpitaux locaux des Vosges.

Les tarifs pratiqués sont inférieurs à ceux des départements limitrophes. Pourtant, les taux d'occupation[3] sont insuffisants et doivent impérativement être améliorés afin d'assurer la rentabilité financière des établissements. Cette situation peut notamment s'expliquer par le fait que le département est bien doté en structures de type établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD). Par ailleurs, le patrimoine des hôpitaux locaux est ancien et bien souvent inadapté aux attentes des résidents, comme en témoigne la forte proportion de chambres doubles sans sanitaire individuel.

En réponse, le président du conseil général des Vosges a indiqué que, selon une étude nationale réalisée en 2012, la moyenne départementale se situe à 95,90 %, la moyenne nationale étant de 97 %. Il a également précisé que ce faible taux peut s'expliquer « *par l'inadéquation de certaines places, non adaptées à l'accueil de personnes dépendantes, et en attente de modernisation* ».

Présentant des situations financières moins dégradées que les centres hospitaliers généraux (CHG) des Vosges, les hôpitaux locaux n'ont pas fait l'objet d'un suivi attentif de la part de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), devenue agence régionale de santé (ARS), faute notamment de pilotage d'ensemble.

Ainsi, alors qu'ils avaient mobilisé en interne leur personnel pour formaliser des projets d'établissement, la tutelle a refusé de valider ces derniers depuis 2008.

[1] Soins de suites ou de réadaptation (SSR).
[2] Médecin libéral, hôpital local, SSIAD, consultations mémoire, gériatre, CHG.
[3] Données issues des comptes administratifs 2010.

De surcroit, celle-ci n'a pas exercé de suivi de la réalisation des objectifs d'activité quantifiés inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Par ailleurs, les conventions tripartites liant, pour l'activité médico-sociale, les hôpitaux locaux avec l'agence régionale de santé (ARS) et le département des Vosges n'ont pas constitué un cadre programmatique permettant la formalisation d'objectifs et l'évaluation des actions menées.

Du fait de la double mission évoquée supra et de l'imbrication des locaux qui leur sont dévolus, les hôpitaux locaux doivent bénéficier pour chaque projet d'investissement de financements de l'Etat et du département des Vosges. Le manque d'implication de la tutelle sur le volet sanitaire, tant s'agissant des objectifs que des financements, a laissé toute latitude au département dans le domaine médico-social. Ce dernier a eu pour politique de conditionner tout projet d'investissement à la réalisation d'une unité de vie protégée (UVP) dans les hôpitaux locaux et dans les EHPAD du département. Subventionnés à un taux élevé de 40 % en investissement, ces projets ont néanmoins laissé des coûts à la charge des hôpitaux locaux, tant en investissement qu'en fonctionnement, qui, in fine, se répercutent dans le prix de journée hébergement.

La lecture des conventions tripartites permet de constater que le département n'a pas doté les hôpitaux locaux des moyens en personnel suffisants pour assurer le fonctionnement des UVP. Celles-ci supposent pourtant, compte-tenu du public accueilli, un effectif de 0,7 à 0,9 équivalent temps plein (ETP) par patient pour 0,5 ETP dans un EHPAD classique[4]. Dans ces conditions, le déploiement de ces UVP s'est, de fait soldé par le prélèvement en moyens humains sur les EHPAD « classiques » des hôpitaux locaux.

Les comptes des hôpitaux locaux sont globalement fiables, sous réserve de quelques recommandations et la situation financière de la plupart d'entre eux était favorablement orientée en 2011. Cependant, le déploiement prochain de la tarification à l'activité[5] aura, de toute évidence, une incidence négative sur les recettes des hôpitaux locaux, à l'instar des CHG en 2007. La majorité des hôpitaux locaux, dans l'attente de validation par la tutelle de leur projet d'établissement et immobilier, présente des taux de vétusté du patrimoine importants, un faible niveau d'endettement et des réserves de trésorerie élevées et en augmentation. A l'inverse, les quelques hôpitaux locaux ayant fait l'objet d'une restructuration immobilière récente ont un taux d'endettement plus élevé et des situations financières tendues. Dans tous les cas, les équipements sont vieillissants.

Il apparaît désormais urgent de définir un plan d'action partagé entre l'agence régionale de santé, le conseil général et les centres hospitaliers concernés, afin d'optimiser le fonctionnement des hôpitaux locaux au sein de filières gériatriques intégrées, conformément aux orientations définies par le ministère de la santé.

Ce plan d'action devra prendre en compte quatre enjeux sanitaires majeurs qui pourraient constituer des opportunités de différenciation de l'offre de service : l'augmentation de la dépendance des patients accueillis, la prise en charge des pathologies « Alzheimer et assimilées », des personnes handicapées vieillissantes, et celle des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques. Ces deux derniers ne sont pas, en l'état actuel, suffisamment pris en compte. La politique immobilière devra impérativement être définie pour mettre en application ce plan d'action en vue d'adapter le patrimoine et les équipements aux besoins des résidents à venir.

[4] Recommandations du gérontopôle de Toulouse.

[5] Annoncé dès 2012 pour l'activité médicale des hôpitaux locaux et en 2013 pour leur activité de soins de suites ou de réadaptation.

L'état déplorable de certains bâtiments des hôpitaux locaux (Aubin Minoux, notamment) nécessite d'urgence un positionnement des tutelles sur les projets de réhabilitation présentés par les établissements.

1 LES CONDITIONS DES CONTROLES

La Chambre régionale des comptes de Lorraine a inscrit à son programme 2011 une enquête sur la situation des onze hôpitaux locaux du département des Vosges, dont celui de Mirecourt. Depuis la promulgation de la loi « hôpital patients santés territoire » (HPST) du 21 juillet 2009, cette catégorie juridique n'existe plus en tant que telle, ces établissements étant intégrés dans celle des établissements de santé. Néanmoins, le présent rapport utilisera le terme hôpital local pour désigner ces établissements dont les missions demeurent.

Les lettres d'ouverture de contrôle ont été adressées à M. François FOUCHET, seul ordonnateur sur la période contrôlée et au président du conseil de surveillance le 4 janvier 2011. L'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 11 mai 2011.

La chambre, dans sa séance du 12 juillet 2011, a retenu des observations à caractère provisoire qui ont été transmises, le 27 décembre 2011, au directeur de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt.

Des extraits ont été adressés, le 24 janvier 2012, au président du Conseil général des Vosges.

Monsieur François FOUCHET, directeur de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt, n'a pas répondu aux observations de la chambre.

Le Président du Conseil général des Vosges a répondu par courrier en date du 14 mars 2012, enregistré au greffe de la chambre le 15 mars 2012.

Cette réponse a été prise en compte par la chambre de Champagne-Ardenne, Lorraine avant qu'elle n'arrête, le 25 avril 2012, ses observations définitives rapportées ci-après.

2 LE CONTEXTE GENERAL

2.1 Les hôpitaux locaux

2.1.1 Les activités des hôpitaux locaux

Conformément au code de la santé publique, l'hôpital local, établissement public de santé, a pour objet de dispenser des soins de courte durée en médecine, des soins de suite ou de réadaptation[6] et des soins de longue durée[7] ; il assure également fréquemment des activités d'hébergement de personnes âgées (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou EHPAD).

La loi du 31 juillet 1991 et la circulaire du 28 mai 2003 précisent les missions des hôpitaux locaux. L'hôpital local présente deux spécificités dont la première est de constituer le premier niveau de prise en charge hospitalière des patients, jouant ainsi un rôle essentiel de coordination et d'organisation des soins entre la médecine de ville, les alternatives à l'hospitalisation et les établissements de soins disposant d'un plateau technique (CHG). La

[6] Article L. 6111-2.
[7] Définis au 2° de l'article L. 6111-2.

seconde spécificité des hôpitaux locaux est son fonctionnement médical, reposant pour l'essentiel sur des médecins généralistes libéraux.

2.1.2 Des établissements à la croisée du médical et du médico-social

Implantés à distance des centres hospitaliers généraux (CHG), les hôpitaux locaux assurent à la fois des activités médico-sociales et des soins médicaux courants, pour les populations vivant en milieu rural. Ils ont une faible médicalisation et doivent être liés par convention avec un ou plusieurs hôpitaux, notamment pour l'accès à des plateaux techniques.

Les hôpitaux locaux assurent des activités sanitaires (comprenant les services de médecine, de soins de suite et de réadaptation (SSR)[8] et les unités de soins de longue durée (USLD)[9], et médico-sociales d'hébergement des personnes âgées dépendantes[10]. L'activité sanitaire est financée par l'assurance maladie, alors que l'activité médico-sociale l'est par le département.

Du fait d'une forte imbrication architecturale des locaux affectés à chacune de ces activités, les hôpitaux locaux doivent composer avec un double financement générant des tensions liées aux politiques nationale en matière d'offre de soin, d'une part et départementale en matière médico-sociale, d'autre part.

Ce contexte a contribué au ralentissement des processus décisionnels concernant les hôpitaux locaux des Vosges.

2.1.3 Les enjeux d'adaptation des hôpitaux locaux

Au regard de leur activité orientée aujourd'hui vers la médecine gériatrique et de la prise en charge de personnes âgées dépendantes, les hôpitaux locaux sont tout particulièrement concernés par le vieillissement de la population. Selon les projections de l'INSEE, la population des plus de 75 ans devrait doubler en nombre et en proportion d'ici 2050 (onze millions de personnes soit 16 % de la population) avec un pic en 2015, le nombre de personnes de plus de 85 ans atteignant alors deux millions. Depuis 1950, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans a été multiplié par sept.

Les hôpitaux locaux sont directement concernés par les plans nationaux mettant en œuvre la politique de l'Etat et qui sont déclinés régionalement dans le cadre du PRIAC[11] (cf. liste et axes stratégiques en annexe 2).

Dans le contexte actuel, les CHG orientent très rapidement les patients vers les services de SSR des hôpitaux locaux, afin de diminuer leurs durées moyennes de séjours

[8] Les soins de suite et de réadaptation (ou SSR) sont des soins continus en vue de la consolidation thérapeutique, après une pathologie aigüe, ayant pour but la limitation des handicaps physiques, la restauration somatique et psychologique, l'éducation des patients, la préparation de la sortie et la réinsertion des malades.

[9] Les unités de soins de longue durée (ou USLD) accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. » Les tarifs des USLD se décomposent en 3 parties (hébergement, dépendance, soins) comme les EHPAD.

[10] Un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est un établissement médico-social qui peut être public, associatif ou privé à but lucratif. Il doit être autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux pour l'ensemble de sa capacité et doit conclure avec l'Etat et le département une convention tripartite fixant, pour une durée de 5 ans, les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et ses moyens financiers de fonctionnement.

[11] Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

(DMS). Ce mode de fonctionnement entraîne pour ces derniers un coût actuellement financé par dotation globale et contribue à allonger leur DMS.

L'incidence financière du passage à la tarification à l'activité (T2A) pour l'activité médicale en 2012 et pour les soins de suite à horizon de 2013, sera particulièrement sensible pour les hôpitaux locaux.

Ceux-ci sont également confrontés à la crise de la démographie médicale et à l'organisation de la permanence des soins dans les zones rurales.

2.2 La répartition des hôpitaux locaux au niveau national

On compte trois cent vingt-trois hôpitaux locaux[12] en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, soit une moyenne de 3,23 hôpitaux locaux par département (annexe 3). Compte tenu de la forte dispersion de l'échantillon, l'écart type[13] est de 2,93.

Répartition du nombre d'hôpitaux locaux par département

Nombre d'hôpitaux locaux	≤ à 3	> 3 et ≤ 6	> 6 et ≤ 9	> 9
Nombre de départements	65	19	11	5

La répartition des hôpitaux locaux est très dispersée au niveau national. Liée à de multiples facteurs, elle ne dépend pas uniquement de l'importance de la population. Ainsi, l'Ardèche dispose de douze hôpitaux locaux pour une population de 311 452 habitants, alors que le Cher, le Lot-et-Garonne, l'Yonne, l'Allier ou encore l'Aude, à population très légèrement supérieure, en disposent d'au maximum trois.

Des départements plus peuplés tels que la Loire (742 076 habitants), le Maine-et-Loire (774 823 habitants) comptent respectivement de huit et dix hôpitaux locaux, tandis que le Var (1 001 408 habitants) ou encore la Moselle (1 042 230 habitants) n'ont qu'un établissement. Il en est de même pour les départements les plus peuplés. Ainsi, le Rhône dispose de neuf hôpitaux locaux pour 1 690 498 habitants alors que les Bouches-du-Rhône (1 966 005 habitants) n'en disposent que d'un.

Cette répartition ne dépend pas non plus uniquement de la densité de la population ; ainsi, des départements à faible densité de population tels que les Alpes-de-Haute-Provence (22,81 habitants par km²) ou encore le Gers (29,61 habitants par km²) disposent respectivement de neuf et huit hôpitaux locaux alors que les Hautes-Alpes (24,19 habitants par km²) et le Cantal (25,98 habitants au km²) disposent de respectivement de deux et trois établissements.

A l'inverse, certains départements à forte densité de population, tels que la Loire-Atlantique (184 personnes au km²) ou encore le Haut-Rhin (deux cent douze personnes au km²), disposent de sept et dix hôpitaux locaux.

Dans un certain nombre de cas, un nombre significatif d'hôpitaux locaux sont implantés dans les départements où il y a peu de CHG sur le territoire et inversement. Cependant cette constatation n'est pas vérifiée dans le cas des Vosges, où cinq centres hospitaliers et deux établissements assimilés cohabitent avec onze hôpitaux locaux.

[12] Selon la définition donnée par l'article L. 6111-2 du code de la santé publique en vigueur jusqu'à la promulgation de la HPST.

[13] L'écart-type permet de mesurer la dispersion d'un ensemble de données ; plus il est faible, plus le groupe est homogène.

2.3 L'environnement économique social et sanitaire

2.3.1 Les déterminants de la forte densité des hôpitaux locaux dans les Vosges

Le département des Vosges se caractérise par une forte densité d'implantation des hôpitaux locaux et la dispersion de leur implantation.

Dans l'est des Vosges, l'implantation des hôpitaux locaux est presque superposable avec celle des anciennes usines de textile et résulte du paternalisme industriel porté par certains patrons du XIXème siècle.

La crise du textile (1980-2000) a bouleversé l'équilibre de ces vallées vosgiennes, les ouvriers se retrouvant non seulement sans emploi, mais également privés de l'ensemble des services sociaux dont ils bénéficiaient depuis des générations. Outre un exode des jeunes, les conséquences s'avèrent lourdes pour les hôpitaux locaux avec une population vieillissante et en grande difficulté financière.

Du fait d'une industrialisation moindre et d'un relief moins enclavé, l'ouest des Vosges est moins doté en hôpitaux locaux.

2.3.2 Les différents territoires de santé

Sur le plan sanitaire, le département des Vosges appartient au territoire sud de la région Lorraine composé du département des Vosges et d'une partie de la Meurthe-et-Moselle et de la Meuse ; ce territoire compte 12 534 km² et 1,029 millions d'habitants, soit 45 % de la population lorraine pour 53 % du territoire régional[14].

Les Vosges regroupent quatre territoires de santé : les Vosges centrales, l'ouest vosgien, le pays de la Déodatie et le pays de Remiremont et des deux vallées (annexe 5).

Le département des Vosges est limitrophe de la Haute-Saône au sud, de la Haute-Marne à l'ouest et du Bas-Rhin et du Haut-Rhin à l'est. A l'intérieur du territoire sud, les Vosges constituent le département le moins dynamique sur le plan du développement démographique.

Dans le cadre du prochain projet régional de santé (PRS), l'ARS a retenu une organisation territoriale calquée sur les départements géographiques.

Les onze hôpitaux locaux des Vosges, dont les projets en cours sont récapitulés en annexe 6, se répartissent ainsi sur les quatre territoires de santé.

Territoire de l'ouest Vosgien (territoire n° 13 du SROS) :

Ce territoire comprend deux centres hospitaliers généraux (Neufchâteau et Vittel sous convention de direction commune depuis 2003), un centre hospitalier spécialisé (CHS de Mirecourt) et trois établissements de santé de proximité : Darney, Mirecourt et Lamarche. Il s'avère particulièrement défavorisé sur le plan de la démographie médicale.

Un dossier de création d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) a été labellisé « pôle d'excellence rurale » (programme national visant à financer deux cent cinquante maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013). L'enveloppe globale de financement attribuée au projet est de 1,4 M€ et prévoit l'implantation de deux antennes à Monthureux et à Lamarche. Ces dernières sont liées à la MSP de Darney, en raison de la volonté des acteurs locaux de ne pas affaiblir localement l'offre de service médicale.

[14] Source : schéma régional d'orientation sanitaire - SROS III.

Territoire des Vosges centrales (territoire n° 18 du SROS) :

Ce territoire, moins concerné par la crise de la démographie, est notamment doté de :
- un centre hospitalier (CH) à Epinal ;
- un centre hospitalier intercommunal (CHI) et un syndicat inter-hospitalier de réadaptation des établissements vosgiens (SIREV) à Golbey ;
- une hospitalisation à domicile (HAD) gérée par HAD France (établissement privé) ;
- une polyclinique privée (la Ligne Bleue) et une clinique gynécologique et maternité (Arc en ciel) ;
- et trois hôpitaux locaux à Bruyères, Châtel-sur-Moselle et Rambervillers.

Ces trois établissements de proximité travaillent en coopération dans le cadre d'une communauté d'établissements avec le centre hospitalier d'Epinal (filière d'aval pour le SSR), avec le centre hospitalier intercommunal de Golbey (équipe mobile de soins palliatifs) et le syndicat inter-hospitalier de réadaptation des établissements vosgiens (pour la rééducation).

Un projet de création d'une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière à destination de tous les établissements de santé (ES) est en cours avec l'équipe du centre hospitalier d'Epinal.

Territoire de la Déodatie (territoire n° 19 du SROS)

Le territoire comprend :
- un centre hospitalier à Saint-Dié-des-Vosges ;
- un syndicat inter-hospitalier (blanchisserie, médecine du travail, école d'aides-soignantes et d'infirmières) ;
- trois hôpitaux locaux à Fraize, Raon-l'Etape et Senones.

L'ensemble des établissements de la Déodatie s'intègre dans une dynamique de coopération, du fait d'une direction commune assurée par le directeur du centre hospitalier de Saint-Dié (à l'exception de l'hôpital local de Raon-l'Etape). Depuis 2007, le centre hospitalier de Gérardmer relève également de cette direction commune.

Outre ces acteurs publics, le territoire comprend :
- une maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECS), établissement privé à Senones, établissement de soins de suite prenant en charge des enfants sur l'ensemble de la région Lorraine et au-delà ;
- une clinique (CARDEO) à Saint-Dié-des-Vosges : service de médecine à orientation cardiologique (établissement privé) ;
- un établissement (soins de suite) : la Louvière à Senones, établissement privé.

Territoire de Remiremont et ses vallées (territoire n° 20 du SROS)

Le territoire comprend :
- deux centres hospitaliers à Remiremont et Gérardmer[15] ;
- deux hôpitaux locaux à Bussang et au Thillot.

Les établissements des Vosges se caractérisent essentiellement par un secteur EHPAD relativement important et un secteur sanitaire (médecine, SSR, USLD) peu développé.

[15] Sous convention de direction commune avec le CH de Saint Dié depuis 2007

2.3.3 L'environnement sociodémographique

Les caractéristiques sociodémographiques de ces territoires ont une incidence sur la nécessaire adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale.

2.3.3.1 Une population en décroissance et vieillissante

La population des Vosges compte 380 000 habitants, inégalement répartis entre une zone de moyenne montagne à l'est et la plaine à l'ouest.

Le tissu industriel historique est fortement marqué par les crises successives (textile, notamment). Ainsi, le taux de chômage est supérieur, dans les Vosges, à celui du reste de la Lorraine, dont le taux est lui-même supérieur au taux national.

Sur le plan démographique, le vieillissement s'accélère et la baisse de la population se dessine à horizon de 2030.

Autrefois région jeune, la Lorraine voit aujourd'hui augmenter la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans, laquelle est supérieure à la moyenne nationale. Alors que la population lorraine est à peu près stable depuis une trentaine d'années (environ 2 300 000 habitants), le nombre de personnes âgées augmente de façon continue et la population de 75 ans et plus augmentera d'environ 177 000 à 218 000 entre 2005 et 2015, soit une augmentation de plus de 23 %. Dans les pays de Remiremont, de l'ouest vosgien et des Vosges centrales, la population des 75 à 85 ans va ainsi croître de plus de 50 % entre 2005 et 2030[16].

Par ailleurs, la Lorraine compte des proportions de cancers, de pathologies cardio-vasculaires et d'addictions, supérieures aux moyennes nationales (source : SROS III). Le rapport de la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (données 2002/2004) confirme que le taux de mortalité[17] pour 1 000 personnes de 75 ans et plus dépasse la moyenne nationale pour trois pathologies représentatives. Ceci est notamment dû à un taux de morbidité[18] associé à une forte proportion de pathologies cardiovasculaires, respiratoires et cancéreuses.

Taux de morbidité pour 1 000 personnes > 75 ans

Pathologies	Lorraine	Moyenne nationale
Maladies cardiovasculaires	28,4	25,3
Tumeurs malignes	14,8	14,3
Affections respiratoires	6,9	5,5

Source : FNORS - vieillissement des populations et état de santé dans les régions de France/septembre 2008.

La grille AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance des personnes âgées, en déterminant, au travers d'une série de questions, leur appartenance à un des six groupes de la nomenclature, de GIR 1 à GIR 6, du plus au moins dépendant. Elaborée par des médecins de la sécurité sociale et de la société française de gérontologie, cette grille fait référence pour évaluer la perte d'autonomie principalement physique.

Selon ce classement, autonomie, gérontologie groupe Iso ressources (AGGIR), la population des personnes âgées des Vosges est de plus en plus dépendante.

[16] Source de ce § : STATISS infos DRASS Lorraine novembre 2008.
[17] Le taux de mortalité, est le nombre de décès annuels rapportés au nombre d'habitants d'un territoire donné.
[18] Le taux de morbidité est le rapport qui mesure l'incidence et la prévalence d'une maladie.

Au vu des données validées par la commission départementale de coordination médicale, la dépendance dans le département des Vosges a progressé au regard de l'augmentation de la part des personnes classées en GIR 1 et 2 (de 41 % en 2005 à 45 % en 2007).

Du fait du vieillissement de la population et des progrès des soins à domicile, les établissements doivent accueillir en EHPAD des personnes de plus en plus dépendantes, ce qui nécessite des équipements[19] et des locaux différents des locaux construits il y a encore quinze ans.

2.3.3.2 Une population en voie de paupérisation

La progression du nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active est supérieure dans les Vosges à celle de la moyenne des vingt-huit départements comparables. S'agissant du revenu des ménages, la moitié de la population vosgienne vit dans un ménage qui déclare un revenu annuel par unité de consommation inférieur de 500 € à celui des ménages de la région et de 800 € à celui des ménages au niveau national.

S'agissant des personnes âgées, la fin de l'activité a souvent été synonyme de pauvreté et de précarité pour une partie de la population ; ainsi, deux tiers des retraités, résidant dans le département des Vosges, ne sont pas imposables.

2.3.3.3 La démographie médicale libérale

La densité en médecins généralistes libéraux est, en Lorraine, inférieure à la moyenne nationale, avec cent quatre généralistes pour 100 000 habitants contre cent quinze au niveau national. Pour les infirmiers et kinésithérapeutes, les écarts sont encore plus marqués, avec respectivement quatre-vingt-huit contre cent onze et cinquante-quatre contre quatre-vingt-un[20].

Par ailleurs, la pyramide des âges des médecins libéraux est également préoccupante, à moyen terme, pour certaines communes des Vosges (Rambervillers, Charmes, Xertigny, Contrexéville, Darney, Bains les Bains). Concernant l'implantation des infirmiers libéraux[21], la Mission régionale de santé (MRS) a déterminé en avril 2009 l'existence de sept zones sous dotées, vingt et une zones moyennement dotées, une zone très dotée et une zone sur dotée. Les zones sous dotées sont éparses et se situent dans les Vosges, essentiellement dans les bassins de vie de Mirecourt et Xertigny.

Près de la moitié des médecins libéraux intervenant au niveau des hôpitaux locaux des Vosges ont plus de 55 ans, ce qui place ces derniers dans une situation critique à horizon de moins de dix ans, compte tenu de la faible attractivité du département pour les jeunes médecins.

3 LES CARACTERISTIQUES DE L'HOPITAL « VAL DE MADON » DE MIRECOURT

3.1 La certification

Dans un contexte où certains établissements de santé de taille moyenne éprouvent des difficultés en la matière, les hôpitaux locaux du département des Vosges ont obtenu des

[19] Lits médicalisés, lèves-malades, verticaliseurs.
[20] Source de ce § : PRIAC 2009-2011 DRASS.
[21] Source URCAM Lorraine 2009.

résultats favorables lors des visites d'accréditation, puisque tous ont été certifiés par la haute autorité de santé (HAS), sous réserve de certaines recommandations, un seul établissement n'ayant eu aucune recommandation.

L'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt a obtenu la certification en mars 2009, six recommandations étant formulées.

3.2 Les indicateurs d'activité

3.2.1 L'activité de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt

Les onze hôpitaux locaux du département des Vosges ont, en moyenne, une activité majoritairement tournée vers l'hébergement de personnes âgées et assurent de façon résiduelle une activité sanitaire. Leur activité médicale, essentiellement gériatrique, est peu développée.

La moyenne du nombre de lits dans le secteur médico-social est de cent trente et un et de vingt-huit dans le secteur sanitaire. L'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt se situe dans la moyenne, pour ce qui concerne le nombre de lits sanitaires. Par contre, c'est l'hôpital local qui compte le nombre de lits du secteur médico-social le plus élevé.

Répartition des lits dans les secteurs sanitaire et médico-social

	Mirecourt	**Moyenne des hôpitaux locaux des Vosges**	**Hôpitaux locaux des Vosges - valeur basse**	**Hôpitaux locaux des Vosges - valeur haute**
Nombre de lits sanitaires des hôpitaux locaux vosgiens dotés	33	28	8	68
Nombre lits - secteur Médico-social	323	131	114	323

Source : données 2009 hôpitaux locaux.

3.2.2 Le dimensionnement des secteurs sanitaires

La circulaire du 28 mars 2007 (n° 2007-117 - annexe 5 - page 117 a-5) précise qu'une unité de SSR gériatrique doit disposer au minimum de vingt lits, afin d'atteindre une organisation médico-économique optimale. Quatre établissements parmi les onze hôpitaux locaux n'atteignent pas ce seuil.

Aujourd'hui, les tutelles tendent à raisonner non plus par rapport à un seuil de vingt lits mais d'une trentaine de lits, niveau qui n'est fondé sur aucun texte mais découle d'une organisation considérée comme optimale, s'agissant notamment des moyens en personnel, au regard des financements liés à la T2A. Sept établissements parmi les onze hôpitaux locaux n'atteignent pas ce dernier seuil.

Par ailleurs, la durée moyenne de séjour (DMS) des hôpitaux locaux des Vosges en médecine, selon les établissements, varie de quatorze à trente-deux jours, avec une moyenne de vingt jours, ratio très élevé pour ce type d'activité. De telles DMS traduisent plutôt une activité de type soins de suite. Par ailleurs, les taux d'occupation sont globalement supérieurs à 75 %.

L'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt présente sur la période considérée une DMS de 15,5 jours, inférieure à la DMS moyenne des hôpitaux locaux des Vosges, ce qui est favorable à l'établissement.

Répartition des lits dans les secteurs sanitaire et médico-social, DMS et taux d'occupation

	Mirecourt	Moyenne des hôpitaux locaux des Vosges	Hôpitaux locaux des Vosges - valeur basse	Hôpitaux locaux des Vosges - valeur haute
Nombre de lits médecine des hôpitaux locaux vosgiens dotés	8	8,5	6	12
Taux d'occupation en médecine en %	47,98	NS	48 %	78 %
DMS méd. en jours	15,5	20	14	32
Nombre de lits SSR	25	21	8	58
Taux d'occupation en SSR en %	77,5	NS	79 %	99 %
DMS SSR en jours	25,1	29	21	40
Nombre de lits sanitaires	33	27	8	68

NS : non significatif.
Source : données 2009 - hôpitaux locaux.

Dans la perspective d'un passage à la tarification à l'activité (T2A), de tels indicateurs d'activité (DMS longues et taux d'occupation bas) constitueront des facteurs défavorables sur le plan financier. En effet, le principe de la T2A consiste à attribuer aux établissements un niveau de recettes fixe en fonction des modalités de prise en charge d'une pathologie donnée ; ainsi, dès lors qu'un service ou un GHS[22] présente une DMS supérieure à la moyenne des établissements comparables, il sera, de facto, plus consommateur de ressources humaines et matérielles pour un niveau de recettes donné.

Cette situation nécessiterait, à court terme, une véritable réflexion programmatique de la part de l'ARS sur le redimensionnement des structures qui n'atteignent pas la taille considérée comme critique et dont les indicateurs d'activité ne sont pas favorablement orientés en termes d'efficacité socio-économique.

3.2.3 Le taux d'occupation de l'EHPAD de Mirecourt

Deux hôpitaux locaux présentent un taux d'occupation de leur EHPAD inférieur à 90 % découlant, notamment, de tarifs élevés ou d'un taux d'équipement du bassin de population supérieur au besoin. Le seuil habituellement pris en considération pour évaluer la rentabilité d'un EHPAD est, en effet, de 95 %, situation qui n'est atteinte que par trois établissements vosgiens.

Ce constat ressort du programme régional interdépartemental d'accompagnement des handicaps (PRIAC). Cet outil de programmation est utilisé afin de définir les priorités financières de l'Etat au niveau régional en matière de services d'accompagnement pour les personnes âgées et handicapées. La Lorraine apparaît correctement équipée en structures de soins de suite et de réadaptation ainsi que pour les structures destinées aux personnes âgées (avec cent vingt-sept lits en EHPAD ou USLD pour mille personnes âgées de 75 ans et plus en Lorraine, cent trente-huit pour le département des Vosges et cent vingt-trois en France). Toutefois, ces moyennes ne doivent pas occulter certaines caractéristiques du département des Vosges. Ainsi, l'ouest vosgien, Remiremont, et, dans une moindre mesure, les Vosges centrales affichent un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale.

[22] Groupe homogène de soins

Taux d'équipement en EHPAD pour 1 000 personnes âgées ≥75 ans au 1er janvier 2010

Moyenne départementale	Moyenne régionale	Moyenne nationale
138	127	123

Source : PRIAC 2009-2011.

Le faible taux d'occupation des EHPAD des Vosges s'explique également par un nombre de lits installés inférieur au nombre de lits autorisés pour cause de réfection des chambres et par une désaffection croissante des résidents et de leur famille pour des chambres à deux lits dans des locaux de plus en plus vétustes (cf. infra). C'est le cas, particulièrement, du bâtiment « Aubin Minoux » de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt.

Répartition des lits dans le secteur médico-social et taux d'occupation

	Mirecourt	Moyenne des hôpitaux locaux des Vosges	Hôpitaux locaux des Vosges - valeur basse	Hôpitaux locaux des Vosges - valeur haute
Nombre lits - secteur Médico-social des hôpitaux locaux vosgiens dotés	323	131	110	323
Taux d'occupation en %	91,2 %	NS	88 %	99 %

Source : données 2009 - hôpitaux locaux.

3.2.4 L'évolution de l'activité

Comme dans les autres hôpitaux locaux de l'ouest vosgien, l'activité en médecine de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt a été en décroissance, alors que l'activité en médecine connaît, en moyenne, une évolution de 2 %.

A contrario, l'augmentation du nombre d'entrées en SSR était supérieure à la moyenne (30 % contre 10 %).

Evolution du nombre d'entrées de 2005 à 2009

	Nombre d'entrées au 31/12 en médecine		**Evolution en %**	**Nombre d'entrées au 31/12 en SSR**		**Evolution en %**	**Nombre d'entrées au 31/12 en EHPAD**		**Evolution en %**
	2005	**2009**		**2005**	**2009**		**2005**	**2009**	
Mirecourt	96	83	- 13 %	233	304	30 %	107	105	- 1,9 %
Moyenne	117	120	2 %	191	211	10 %	68	67	- 1,6 %
HL doté – valeur basse	91	80		5	5		31	35	59 %
HL doté – valeur haute	176	216		493	590		130	122	126 %

Source : hôpital local.

3.3 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

En tant qu'établissement de santé, les hôpitaux locaux sont tenus de produire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Ceux-ci ne sont pas le fruit de négociations entre les établissements et l'ARH mais résultent davantage d'une fixation unilatérale des objectifs par la tutelle, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur exécution.

Ainsi, les objectifs fixés à l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt ne sont pas atteints en médecine et dans le secteur des SSR, cette situation s'expliquant, notamment, par l'absence de création de lits de SSR faute de financement par la tutelle.

Le taux de fuite de la patientèle vers d'autres établissements du secteur de santé devrait amener la tutelle à s'interroger sur le dimensionnement du service de médecine et leur positionnement au sein de la filière gériatrique à construire.

3.4 La politique tarifaire de l'EHPAD

3.4.1 La composition des tarifs des EHPAD

La composition des tarifs des EHPAD des hôpitaux locaux représente un enjeu essentiel, certains frais ayant vocation à être pris en charge par les résidents (tarif hébergement), par le département (tarif dépendance) ou par la sécurité sociale (tarif soins).

Le tarif hébergement est à la charge du résident ou de sa famille ; ces derniers peuvent également, sous condition de ressources, bénéficier de certaines aides au logement (APL, ALS). Ce tarif couvre toutes les dépenses relatives à l'hôtellerie, la pension complète, les frais de blanchissage du linge du résident et l'animation. Dans les établissements habilités à l'aide sociale, le département, sous condition de ressources, peut prendre à sa charge tout ou partie du tarif hébergement.

Le tarif dépendance couvre notamment l'aide aux repas, à la toilette et à l'habillage. Ce tarif, variable en fonction du degré de dépendance de la personne hébergée, est évalué par un médecin en fonction de la grille AGGIR[23]. Le prix de journée est fixé, pour chaque établissement, selon les moyens définis dans la convention tripartite. Il est financé par le département, sous la forme d'une dotation globale versée à l'établissement, une partie, appelée par la plupart des règlements d'aide sociale départementale « le talon modérateur », restant à la charge de la personne âgée.

Le tarif soins fait l'objet d'une option tarifaire exprimée par l'hôpital local dans la convention tripartite signée avec le département et l'Etat. Chaque hôpital local formule, dans ce document, un double choix déterminant la tarification applicable qui lui sera versée sous la forme d'une dotation globale par l'assurance maladie.

L'établissement doit tout d'abord choisir entre une tarification partielle et une tarification globale des soins.

La tarification partielle comprend les rémunérations suivantes :

- médecin coordinateur ;
- infirmiers et auxiliaires médicaux salariés ;
- aide-soignante qualifiée (ASQ) et aide médico-psychologique (AMP) à hauteur de 70 % (le solde étant pris en charge par le conseil général).

La tarification globale comprend, en plus de la tarification partielle, la prise en charge des rémunérations des médecins généralistes libéraux, des auxiliaires médicaux libéraux et des médecins salariés, ainsi que les examens de biologie et de radiologie, autres que ceux nécessitant un recours à des équipements lourds.

Les hôpitaux locaux peuvent également choisir d'inclure, ou non, dans leur dotation, la pharmacie à usage interne. Une expérimentation est en cours depuis le 1er décembre 2009, afin de déterminer les modalités d'inclusion dans la dotation soins du coût des médicaments des résidents. Cette réforme devait être appliquée en 2011.

[23] Autonomie gérontologie groupes Iso-ressources (AGGIR).

Dans la continuité des politiques de restriction des dépenses publiques et dans le but de mettre en œuvre la convergence tarifaire, l'arrêté du 26 février 2009 a institué le principe d'une dotation soins plafond dans les EHPAD.

3.4.2 Les tarifs de l'EHPAD de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt

Le tarif moyen journalier des EHPAD des hôpitaux locaux des Vosges (cf. annexe 8) se situe en moyenne à 40,24 €, niveau nettement inférieur à celui de tous les tarifs des départements limitrophes (46,46 €). A l'exception de deux hôpitaux, dotés d'unités accueillant des personnes en coma, en secteur sanitaire, et dont la vocation territoriale est élargie, les hôpitaux locaux vosgiens accueillent une très faible proportion de résidents extra départementaux.

Le tarif moyen journalier de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt (39,88 €) se situe au niveau de la moyenne des hôpitaux locaux des Vosges.

3.5 Le bilan des opérations de mutualisation

3.5.1 L'avancée des mutualisations

L'objectif essentiel de la mutualisation inter-établissements est de partager les coûts liés à la mise en commun de moyens qu'un établissement isolé ne pourrait financer et de faciliter un parcours du patient dans le cadre d'une filière intégrée.

Dans les Vosges, les opérations de mutualisation ont tout d'abord revêtu la forme de communautés d'établissements et, par la suite, de conventions de direction commune.

3.5.1.1 Les communautés d'établissements

En 2002 et 2003, la forme juridique de la communauté d'établissements a été retenue afin de construire en Déodatie, d'une part, et dans les Vosges centrales d'autre part, une coopération entre des hôpitaux locaux et les centres hospitaliers de court et moyen séjour.

Approuvées par l'ARH, conformément aux dispositions de l'article L. 6121-6 du code de la santé publique (CSP)[24], les deux chartes contiennent les mêmes clauses, définissent les mêmes domaines de coopération et prévoient que chaque établissement doit faire apparaître dans une comptabilité analytique particulière, les moyens prévus, votés et mis en œuvre pour les actions de coopération. Les hôpitaux locaux concernés ont confirmé que ces éléments n'existaient pas.

Ces communautés ont permis de créer des postes partagés (notamment qualité, informatique, kinesthésie, diététique, psychologues, assistante sociale, pharmacie), des comités de lutte contre les infections nosocomiales, de lutte contre la douleur. En revanche, la mise en place d'une filière gériatrique intégrée entre les établissements de la Déodatie, d'une part, et ceux des Vosges centrales, d'autre part, s'avère très incomplète.

Certains postes partagés ont été affectés par la tutelle auprès des CHG alors que ceux-ci étaient encore financés par dotation globale. Depuis le déploiement de la T2A, les CHG sont amenés, en l'absence de financement spécifique pour ces postes, à facturer le temps mis à disposition des hôpitaux locaux ce qui fragilise les communautés d'établissements.

[24] Cet article a été abrogé par la loi HPST. La création de communauté d'établissements de santé a été abandonnée à compter de la publication de l'ordonnance 2003-850 en date du 4 septembre 2003.

3.5.1.2 Les autres formes de coopération

En complément de l'adhésion en 2008 et 2009 de tous les hôpitaux locaux des Vosges aux deux groupements d'achats régionaux en pharmacie (Pharmavenir) et achats gérontologiques (GAG), les efforts de mutualisation significatifs ont émané, pour l'essentiel, des établissements sous convention de direction commune.

C'est le cas des hôpitaux de Mirecourt, Darney et Lamarche depuis 2007. Le directeur a mis en place une politique de mutualisation de l'expertise de direction, afin d'éviter des recrutements portant sur les profils de compétence similaires. Ces établissements sont également en voie de regrouper leurs besoins en matière d'entretien du linge plat.

Compte tenu de fonctionnements très intégrés à l'échelle de chaque territoire de santé entre ces établissements sous-direction commune, la chambre recommande que les instances se prononcent sur l'opportunité d'une fusion des différents établissements concernés.

En conclusion, les mutualisations réalisées depuis quinze ans par les hôpitaux locaux ont porté, essentiellement, sur les périmètres administratif et institutionnel, et non sur la mise en place d'une filière intégrée et d'une véritable coopération sanitaire et médico-sociale entre les établissements des bassins de santé.

3.5.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Contrairement à ce qui a été indiqué concernant la démographie médicale libérale, le recrutement des aides-soignants et des agents des services hospitaliers, dont la pyramide des âges est favorablement orientée, ne semble pas poser de difficulté particulière. L'hôpital constitue souvent l'employeur principal dans les communes rurales où il est implanté pour ce type de profil de faible technicité.

La pyramide des âges du personnel infirmier n'est pas inquiétante, 96 % de ce personnel ayant moins de 55 ans dans les hôpitaux locaux des Vosges.

C'est le cas de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt, qui emploie vingt-cinq personnes au titre du personnel infirmier, toutes âgées de moins de 55 ans.

Pyramide des âges du personnel infirmier

	Mirecourt	moyenne	valeur basse	valeur haute	Total	%
Nombre d'infirmières	25	16	12	25	166	100
+ de 55 ans	0	0,7	1	3	7	4
- de 55 ans	25	16	10	25	159	96

Source : hôpital local.

Le nombre d'heures moyen de formation par agent, soit 21,6 dissimule une forte disparité. Cinq hôpitaux locaux, dont celui de Mirecourt, présentent ainsi des volumes horaires inférieurs à cette moyenne.

Pour autant, la majorité des établissements a favorisé l'accès des agents aux formations internes (diplômes universitaires d'infirmières notamment) concourant ainsi à fidéliser leurs ressources humaines. Néanmoins, seul un établissement est à ce jour doté d'un plan de formation pluriannuel et aucun n'a formalisé de démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cette démarche gagnerait à être généralisée en tenant compte notamment d'un niveau d'absentéisme qui demeure important.

L'absentéisme est, par ailleurs, très inégal d'un établissement à l'autre (voir tableau en annexe). Ainsi, l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt présente un nombre de jours

d'absentéisme pour maladie ordinaire de huit par agent, ce qui est inférieur à la moyenne de l'échantillon quatorze jours par an et par agent (14j/agent/an).

La chambre invite les hôpitaux locaux à poursuivre une stratégie de prévention et de contrôle, en mettant en place des mesures incitant au présentéisme.

3.6 Le patrimoine immobilier

Le patrimoine immobilier des hôpitaux locaux du département des Vosges se caractérise par son importance et sa dispersion, la moitié de la surface globale relevant d'établissements disposant de deux sites géographiques. Le patrimoine est très majoritairement ancien et inadapté aux attentes actuelles et à venir des résidents.

3.6.1 L'étendue du patrimoine

Les hôpitaux locaux du département des Vosges sont implantés sur quinze sites géographiques différents, répartis sur treize communes.

La superficie totale des locaux est de 109 643 m², soit deux fois la superficie du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges et un quart de la superficie du CHU de Nancy.

Un peu moins de la moitié de la surface totale des hôpitaux locaux relève d'établissements bi-sites, quatre établissements, dont celui de Mirecourt, disposant en 2011, de deux sites géographiques. Cette structure immobilière constituera un facteur défavorable pour les hôpitaux locaux concernés dans le cadre de la tarification à l'activité.

Implantation géographique de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt

nom du site	superficie en m²
Mirecourt	12 000
Mattaincourt	6 200
Total sites	18 200

Source : données 2009 fournies par chaque hôpital local.

3.6.2 L'état du patrimoine

Le patrimoine des hôpitaux locaux est, en moyenne, très ancien avec de grandes disparités. Ainsi, le taux de vétusté[25], indicateur de l'usure des constructions et éléments assimilés, est compris, en moyenne sur la période 2006 à 2010, entre 29 % et 67 %, celui de Mirecourt s'établissant à 42 %. Les taux de vétusté élevés signifient que certains établissements devront faire face, à très court terme, à des programmes de réhabilitation du patrimoine, lequel n'est plus adapté aux besoins des résidents.

Les chambres doubles représentent, en moyenne, une forte proportion de l'ensemble des chambres (31 %), six établissements dépassent cette moyenne. Un quart des chambres de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt peuvent accueillir deux résidents.

Proportion de chambres doubles en secteur EHPAD

Mirecourt	Valeur basse	Valeur haute
24 %	14 %	60 %

Source : données 2009 fournies par l'hôpital local.

[25] Cumul des amortissements et provisions / valeur brute du patrimoine figurant dans les comptes financiers 2006 à 2010 (comptes provisoires pour 2010).

Par ailleurs, les chambres dotées de douches individuelles sont encore moins nombreuses. Cette situation amène les équipes soignantes à organiser les toilettes dans les salles de bains collectives (en moyenne une pour vingt résidents), nécessitant des manipulations importantes pour le personnel soignant et un temps d'attente entre deux toilettes en salle de bain de l'ordre de plusieurs semaines. Faute de comptabilité analytique suffisamment précise au sein des hôpitaux locaux, il n'a pas été possible d'appréhender de façon fine le surcoût de fonctionnement que l'inadaptation des locaux génère.

Ces caractéristiques patrimoniales illustrent l'inadéquation des locaux à la demande croissante, en termes de confort et d'intimité des résidents des EHPAD. Cette inadéquation constitue un handicap pour les établissements, qui se traduit par la difficulté à atteindre un taux de remplissage permettant l'équilibre financier.

De surcroît, tournées essentiellement vers le sanitaire, toutes les opérations immobilières réalisées dans les dix dernières années ont conforté une organisation hospitalière du patrimoine, alors que les hôpitaux locaux réalisent de moins en moins une activité sanitaire et de plus en plus de l'hébergement de personnes âgées, nécessitant en journée des espaces collectifs ouverts. Ce constat vaut pour les travaux livrés en 2010.

L'unité de vie protégée de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt sur le site de Mattaincourt constitue l'exemple d'une réalisation architecturale rompant avec la logique « hospitalière et hôtelière ».

3.6.3 La rationalisation du patrimoine

Le manque de réflexion programmatique et le gel par l'ARS des projets d'établissement se sont soldés par un net ralentissement des restructurations immobilières des hôpitaux locaux. Cette situation est liée à l'imbrication architecturale des services sanitaires et médico-sociaux ne permettant pas, dans la majorité des cas, que la réhabilitation s'effectue pour les seuls EHPAD (fluides et systèmes de sécurité notamment).

Quasiment tous les hôpitaux locaux sont dans l'attente de validation par la tutelle d'un projet de réhabilitation, dont le montant cumulé des études représente, sur dix ans, un total de 1,56 M€.

Le patrimoine immobilier de l'hôpital de Mirecourt est à cet égard particulièrement vétuste et notamment le bâtiment « Aubin Minoux », dont l'état nécessiterait un programme de réfection de grande ampleur. Cette situation traduit un manque de réaction des tutelles vis-à-vis de cet établissement.

Travaux de rationalisation du patrimoine

	Description du projet	Etat avancement des travaux	Etat avancement	Montant prévisionnel en M€	Montant cumulé des études depuis 10 ans en K€
Mirecourt	Construction d'une nouvelle cuisine	Travaux en cours	Validé par l'ARS	2	0,070
	Rénovation du site principal	Projet	Non validé par l'ARS	20	0,290
	Création d'un GCS blanchisserie entre les HL de Mirecourt, Darney Lamarche et Monthureux-sur-Saône	Etude de faisabilité	Non validé par l'ARS	Les travaux ne seront pas supportés par les HL. Le GSC fonctionnera de manière autonome	0,009
Total				101	1,560

Source : à partir de données de l'hôpital local.

3.7 Conclusion

A l'instar de ce qui peut être constaté pour la majorité des hôpitaux locaux des Vosges, le bilan de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt s'avère donc peu satisfaisant sur la période 2005 à 2010.

Même s'ils ont, grâce à un personnel motivé, franchi avec succès la certification et que leurs tarifs sont inférieurs à la moyenne nationale et à celles des départements limitrophes, les hôpitaux présentent des indicateurs d'activité défavorablement orientés ; c'est également le cas de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt.

L'établissement de Mirecourt présente tout particulièrement un patrimoine immobilier majoritairement inadapté et vétuste et les objectifs fixés par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) n'ont pas été atteints.

4 LES RELATIONS AVEC LES TUTELLES

4.1 Les documents programmatiques des hôpitaux locaux

4.1.1 Les projets d'établissement

Le projet d'établissement rédigé par l'établissement de soins et validé par l'ARS définit, par périodes de cinq ans, les objectifs généraux en matière de soins infirmiers, de gestion et de système d'information.

Aucun des hôpitaux locaux vosgiens ne disposait, en 2011, d'un projet d'établissement validé par la tutelle.

Cette situation résulte de la politique menée par la tutelle qui, à partir de 2008, a demandé aux hôpitaux locaux de ne pas présenter les projets d'établissement au vote des conseils d'administration. Cette mise en sommeil était motivée par la perspective de la transformation de l'ARH en ARS. La lettre de l'ARS du 24 janvier 2011 adressée à tous les hôpitaux locaux des Vosges maintient ce vide juridique, en précisant que *« les projets d'établissement récemment transmis ou en voie de finalisation ne pourront faire l'objet d'un examen en vue de leur approbation formelle, quand bien même le projet d'établissement (antérieur) se trouverait arrivé à échéance depuis un certain temps »*. Ce document indique que le plan stratégique régional de santé (PSRS) et le schéma régional d'organisation des soins (SROS) devront être établis avant les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, renouvelés, pour l'essentiel, à compter du 1er semestre 2012. Il indique, in fine, que la validation des projets d'établissement interviendra en aval des CPOM.

La carence de cadre de programmation clair, indiquant les objectifs à atteindre, s'est soldée, pour les hôpitaux locaux des Vosges, par l'absence de projet d'établissement pendant cinq ans (soit la durée habituelle d'un contrat).

Ceci est d'autant plus regrettable que la préparation des projets d'établissement, en définitive, non validés, a mobilisé un temps de rédaction et de réunions important au sein des hôpitaux locaux (projet médical et de soins, notamment).

Par ailleurs, les opérations de restructuration immobilière liées aux projets ont été, de fait, mises en attente, au détriment des conditions d'hébergement pour les résidents et de travail pour le personnel.

4.1.2 Les conventions tripartites

Les dispositions légales et réglementaires visant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes prévoient que les gestionnaires d'EHPAD, sont tenus de signer une convention tripartite pluriannuelle (durée de cinq ans) avec le préfet et le président du conseil général. L'établissement s'engage dans une démarche visant à accueillir les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. Les objectifs d'amélioration de la qualité sont établis, par établissement, sur la base d'une auto-évaluation et d'un cahier des charges. Les recommandations portent sur la qualité des relations avec les familles, la qualité des personnes exerçant dans l'établissement et l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique.

Les hôpitaux locaux des Vosges ont été invités à établir la réalité des coûts de revient en distinguant l'hébergement, l'aide à la dépendance et les soins médicaux, en référence à un cahier des charges[26] , afin d'établir des conventions de cinq ans, mettant l'accent sur la recherche du bien-être pour le résident. L'objectif est d'apporter une plus grande uniformité et une meilleure lisibilité des coûts de la prise en charge.

Les établissements des Vosges ont été amenés à exprimer l'option tarifaire retenue pour la dotation soins :

- tarif partiel avec ou sans pharmacie à usage interne (PUI) ;
- tarif global avec ou sans PUI.

4.1.2.1 Les conventions de 1ère génération

Les EHPAD des Vosges ont fait l'objet d'un premier conventionnement sur la période 2003-2008 et la plupart des conventions ont été renouvelées en 2009. Le réexamen des lits USLD dans certains établissements explique le retard avec lequel leur conventionnement a été conclu.

4.1.2.2 Les conventions de 2ème génération

Les conventions de « 2ème génération » ne font pas référence à une convention type pour le département et les données y figurant ne sont pas normalisées (liste des annexes, objectifs d'activité chiffrés, notamment). Elles se caractérisent par une rédaction minimaliste, puisqu'elles ne mentionnent pas, par exemple, la présence d'unités de vie protégées (UVP) qui constituent pourtant un axe structurant au sein des hôpitaux locaux (cf. infra).

En réponse, le président du conseil général des Vosges a indiqué que « *si cette mention n'est pas clairement indiquée pour certains EHPAD, elle est sous entendue dans un des objectifs tendant à répondre aux besoins spécifiques des personnes désorientées* ». La chambre recommande de rendre les conventions plus explicites.

Par ailleurs, ces conventions ont été formalisées à l'échelle des établissements stricto sensu, alors qu'elles devraient être raisonnées davantage à l'échelle des différents bassins de population.

Ajouté à la carence de projet d'établissement validé par la tutelle, le caractère minimaliste des conventions tripartites n'a pas permis aux hôpitaux locaux de disposer d'un cadre programmatique précis.

[26] Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001.

Rapportés aux lits installés, les montants accordés aux hôpitaux locaux, pour les budgets soins relevant de l'assurance maladie et les budgets hébergement et dépendance versés par le département, présentent des inégalités substantielles.

Les valeurs de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt se situent dans la moyenne, pour les deux dotations.

Dotation par lit EHPAD : écarts à la moyenne

EHPAD	Mirecourt	Moyenne	Valeur basse	Valeur haute
2009				
Soins: dotation/dotation moyenne	87 %	10 784 €	77 %	128 %
Hébergement et dépendance : dotation/dotation moyenne	97 %	11 645 €	51 %	121 %
2006				
Soins: dotation/dotation moyenne	94 %	8 937 €	50 %	138 %
Hébergement et dépendance : dotation/dotation moyenne	109 %	10 247 €	45 %	125 %

Sources: conseil général des Vosges et ARS Lorraine, données validées par les établissements.

En réponse, le président du conseil général a précisé que les différences de dotations accordées ont, notamment, pour origine l'ancienneté des personnels, qui peut avoir un impact important sur les charges de personnel, le poids de l'amortissement très variable d'un établissement à un autre ainsi que le niveau de GMP (GIR moyen pondéré) de l'établissement.

L'ARS a indiqué à la chambre, en cours d'instruction, que ces écarts à la moyenne peuvent être liés à la présence ou non d'une PUI dans l'établissement ainsi qu'à des dates de conventionnement en DOMINIC[27], qui s'étalent de 2005 à 2008 avec des modalités de calcul différentes selon les périodes.

Ces explications paraissent insuffisantes car dix hôpitaux locaux sur onze disposent d'une PUI et neuf appliquent un tarif global.

4.1.2.3 La mise en œuvre de la circulaire du 31 mai 2010

La circulaire n° 2010/179 du 31 mai 2010 incite fortement les établissements à retenir ou expérimenter l'option du tarif global dans une logique de maîtrise des coûts. Certains hôpitaux locaux appliquent toujours un tarif partiel, leur convention étant en effet antérieure à cette circulaire de 2010. L'évolution vers un tarif global semble donc à privilégier lors des prochains renouvellements.

Conformément à la recommandation de cette circulaire, tous les hôpitaux locaux sont déjà dotés d'une pharmacie à usage interne ou sont sous le régime de l'expérimentation relevant de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 permettant une meilleure efficience médico-économique de la délivrance des médicaments en EHPAD. A ce jour, seul un médecin gériatre peut remettre en cause les traitements donnés par différents spécialistes, cette compétence n'étant pas détenue par le médecin coordonateur.

Le niveau de prescription se situe effectivement au niveau élevé de neuf médicaments par jour et par résident alors que les interactions médicamenteuses ne sont pas établies au-delà de cinq médicaments par jour.

27 DOMINIC : dotation minimale de convergence cad dotation soins minimale allouée dans le cadre de la tarification ternaire à un EHPAD.

C'est le cas de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt, qui dispense quotidiennement huit médicaments, par résident et par jour.

Consommation de médicaments dans l'EHPAD de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt
Année 2009

	Total médicaments EHPAD en €	**Nombre de résidents**	**Nombre moyen de médicaments /jour par résident**
Mirecourt	228 871	306	8
Moyenne	93 863	138	9
HL - valeur basse	41 686	107	6
HL - valeur haute	228 871	306	13

Source : hôpital local.

4.2 Les relations avec l'Agence régionale d'hospitalisation devenue Agence régionale de santé

4.2.1 La mise en œuvre des filières gériatriques

L'objectif d'une filière gériatrique organisée, telle que définie par la circulaire n° 2007-117 (annexe 10), repose sur l'association des acteurs d'un territoire, afin d'optimiser la prise en charge de la personne âgée en mobilisant tous les intervenants, notamment médecin traitant et hôpitaux locaux. Une filière de soins gériatrique ne peut être résumée à la seule juxtaposition des éléments qui la composent. Elle revêt une dimension fonctionnelle majeure, qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des personnes et une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes unités de soin.

Une étude[28] souligne que l'organisation d'une filière gériatrique intégrée en Lorraine est perfectible. La durée moyenne de séjour (DMS), qui est de 8,94 jours pour les patients de 75 ans et plus, peut atteindre une moyenne de 20 jours dans certains hôpitaux locaux (données du PMSI MCO 2007).

Les communautés d'établissements, initiées dans les années 2000 dans les Vosges, ont permis la mise en commun de postes partagés, sans toutefois aboutir à la construction d'une véritable filière gériatrique.

Cette filière n'existait toujours pas en 2011, en dépit de la circulaire de 2007, qui a pourtant précisé les rôles des CHG et des différents établissements de santé.

4.2.1.1 Les communautés d'établissements

A partir des années 2000, une organisation a été esquissée, dans les Vosges autour de quatre territoires : Vosges centrales, Déodatie, Remiremont et vallées, et ouest vosgien.

Des conventions ont été conclues entre les hôpitaux locaux et les CHG du territoire dans lequel ils se situaient. Elles ont concerné notamment les transferts de malades du court séjour des CHG vers les services de SSR ou les USLD des hôpitaux locaux, d'une part, et l'accès des patients ou résidents des hôpitaux locaux aux plateaux techniques des CHG, d'autre part. Ces conventions, dont certaines datent de plus de dix ans, s'avèrent très ponctuelles et se sont superposées les unes aux autres, sans volonté d'actualisation du dispositif conventionnel.

[28] SROS Personnes âgées de Lorraine - http://www.cfdt.fr/content/medias/media22102_zyVIDhpvPzGRzlN.pdf

Ces communautés d'établissements ont permis la mise en commun de moyens humains entre les établissements (poste d'hygiéniste, de qualiticien, de logistique) mais la démarche de construction de filières est, cependant, restée très partielle et inachevée.

En effet, aucune évaluation n'a été réalisée par les communautés d'établissements, contrairement aux dispositions des chartes qui, datant de la période 1999 à 2002, prévoyaient pourtant la production d'un document annuel d'évaluation à transmettre à l'ARH. Le courrier transmis en cours d'instruction, par lequel l'ARS confirmait qu'il *« n'existe pas de document d'évaluation formalisé et spécifique à ces communautés d'établissements »,* atteste d'un manque de suivi de la part de la tutelle. Cette situation illustre le fait que ces communautés d'établissements reposaient sur une logique institutionnelle, qui n'a pas permis la construction d'une filière intégrée ni un parcours fluide de soins.

Enfin, le mode de coopération choisi, à savoir la communauté d'établissements, a été abandonné par le législateur dès 2004, date à laquelle il n'était plus possible d'en créer de nouvelles. La loi HPST, dans son article 120, a supprimé ce dispositif. Aucune réflexion n'a été menée par les établissements concernés pour bâtir un nouveau dispositif conventionnel de coopération parmi les structures prévues par la loi, lesquelles se limitent, désormais, à la communauté hospitalière de territoire et au groupement de coopération sanitaire.

L'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt n'est concerné par aucune des communautés d'établissement.

4.2.1.2 La mise en œuvre de la circulaire de 2007

La circulaire DHOS 2007/117 du 28 mars 2007, dont les textes de référence sont le « plan solidarité Grand Age » et la circulaire DHOS 2002/157 du 18 mars 2002 visent à conforter la démarche d'installation de filières gériatriques.

Ces textes définissent la filière gériatrique comme l'organisation fédérant plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique : court séjour (constituant le noyau dur et le support de la filière), équipe mobile de gériatrie, unité de consultations et hospitalisation de jour gériatrique, SSR et USLD. Les textes insistent, également, sur le fait que le développement de conventions de coopération entre établissements de santé et EHPAD doivent répondre à l'objectif de partenariats au sein du territoire d'implantation selon les dispositions du SROS 3. La filière s'inscrit dans une dynamique d'organisation territoriale négociée dans le cadre des CPOM sur la base de référentiels d'organisation des soins définis dans la circulaire.

La circulaire n° 2007-117 rappelle que l'établissement de santé, qui assure le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie et l'hospitalisation de jour, est le pivot de la filière. Celle-ci comporte également des SSR gériatriques et des services de médecine de proximité pouvant être assurés par les hôpitaux locaux au plus proche des patients. Les hôpitaux locaux sont également concernés par les SSIAD et les EHPAD.

Enfin, en annexe, la circulaire propose une convention type relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un EHPAD, dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

Les dispositions de cette circulaire, qui visaient à instaurer une dynamique autour de l'établissement de santé assurant le court séjour gériatrique, n'ont pas reçu de début d'application dans les Vosges.

Les autorités publiques étaient tenues de fournir, pour le 1er décembre de chaque année, un état des lieux des filières de soins gériatriques. Dans les Vosges, celui-ci s'est

limité, en 2009, à la réalisation d'un tableau récapitulatif des établissements assurant du court séjour, des activités de SSR et USLD, équipes mobiles gériatriques et hôpitaux de jour.

Le même constat peut être fait s'agissant des activités de SSR gériatriques. Pourtant, la circulaire DHOS 2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets 2008-376 et 377 réglementant l'activité de SSR[29] (annexe 2 notamment) visait à *« favoriser la mise en place de coordinations des SSR sur des territoires identifiés »,* afin *« d'éviter que chaque établissement ou service de SSR ait à répondre isolément à l'ensemble des enjeux d'une coordination avec tous les acteurs du territoire ».*

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la relative lenteur de déploiement d'une filière gériatrique intégrée dans les différents territoires du département des Vosges : nombre important d'établissements de santé, réticence d'une partie du corps médical hospitalier, situation financière relativement tendue des différents CHG, reconversions d'activité difficile.

Par ailleurs, faute de définition des priorités à moyen terme et de pilotage de la part de la tutelle, les actions des hôpitaux locaux sont restées ponctuelles, peu coordonnées et centrées sur une logique de maintien de la structure.

Dans les Vosges centrales, la mise en œuvre de la filière gériatrique était tout juste initiée, en 2011, autour du centre hospitalier d'Epinal et du centre hospitalier intercommunal de Golbey, qui semblent prendre désormais leur place de chef de file (implantation de la maison de santé Saint-Jean). Dans le reste du département des Vosges, en dehors d'actions ponctuelles (mise en place des CLIC, SSIAD et consultations mémoires avancées, HAD), la filière gériatrique reste encore à construire.

4.2.2 Les projets de maisons de santé pluridisciplinaire (MSP)

Un hôpital local ne pouvant fonctionner sans médecin libéral, la crise de la démographie médicale évoquée supra nécessite que l'hôpital local s'investisse aux côtés des différents acteurs (tutelle, conseil de l'ordre, collectivités, médecins et professions paramédicales).

Conformément à la circulaire d'application de l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, l'ARH doit définir les MSP prioritaires en fonction des besoins de la population, fédérer les acteurs locaux (collectivité territoriale, hôpital local, médecins libéraux et professions paramédicales …) autour des projets communs, et enfin conclure des CPOM avec les porteurs du projet. Ainsi la circulaire indique que « *les maisons de santé s'inscrivent dans la stratégie régionale de santé portée par le directeur régional de l'ARS dans le cadre du projet régional de santé ; à ce titre, le directeur général de l'ARS est en charge d'assurer l'accompagnement des promoteurs des MSP, avant même la formulation d'une demande de financement éventuelle ».*

Alors que le CPOM et le projet d'établissement de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt posaient comme objectif que l'établissement s'investisse dans la création d'une MSP, les travaux n'étaient toujours pas commencés en 2011.

Cette situation traduit un portage insuffisant de la part des tutelles dans un contexte complexifié par les relations avec les organismes professionnels médicaux.

[29] Décret DHOS 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de SSR. Il regroupe sous l'appellation SSR l'activité de soins de suite et celle de rééducation et réadaptation fonctionnelle.
Décret DHOS 2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR.

Liste des MSP à proximité de l'hôpital

Porteur du projet	Avancement (plan de financement, travaux)
Projet intercommunal	En cours d'instruction

4.3 Les relations avec le département des Vosges

4.3.1 Le cadre national

Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, déclaré priorité nationale, a pour but de mettre en place, sur l'ensemble du territoire, des mesures adaptées susceptibles d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et la qualité de vie de leur entourage. Le plan a prévu de créer deux types d'unités spécifiques correspondant à des profils de malades déterminés selon le niveau des troubles :

- des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) proposant, en journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques ;
- des unités d'hébergement renforcées (UHR) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités hébergeant, jour et nuit, entre douze à quatorze personnes permettant la réalisation d'activités adaptées.

Avant l'adoption de ce plan « Alzheimer », des unités spécifiques pour les malades d'Alzheimer, dont les modalités d'admission n'ont jamais été clairement définies, ont été créées dans les établissements accueillant les personnes âgées. C'est le cas des unités de vie protégées (UVP) développées par le département des Vosges.

4.3.2 Les unités de vie protégées (UVP) des Vosges

4.3.2.1 La politique de la collectivité

Dans le cadre de sa politique au bénéfice des personnes âgées, le département a développé pour les résidents souffrant de pathologies de type Alzheimer et assimilées le concept des unités de vie protégée (UVP) implantées au sein des EHPAD privés ou publics.

Ces unités ont pour objectif d'accueillir dans un environnement architectural adapté les personnes ne pouvant plus rester à leur domicile et souffrant de la maladie d'Alzheimer dans la phase dite « déambulante » qui se caractérise par des déambulations quasi constantes des patients.

Le bilan du schéma 2003/2007 indique dans son orientation n° 4 « *que le conseil général a décidé d'accentuer son programme de modernisation des maisons de retraite afin d'intégrer dans les programmes architecturaux les contraintes propres à l'hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés* ». Ainsi, l'objectif du département est de « *disposer de 1 000 places d'UVP sur le département des Vosges* », sans toutefois que la date en soit précisée.

Comme tout projet d'investissement concernant un EHPAD, les UVP ont pu bénéficier d'un financement au titre des travaux et des études de la part du département des Vosges à hauteur de 40 % des dépenses.

Ce taux élevé de subvention par comparaison à ceux accordés par les autres départements traduit l'engagement du conseil général des Vosges qui a souhaité intégrer systématiquement aux projets de rénovation architecturale la création d'une ou plusieurs UVP.

Parmi les 460 places existantes sur le territoire national, cent dix places sont à ce jour ouvertes au sein des hôpitaux locaux des Vosges. L'hôpital de Mirecourt (site de Mattaincourt) en compte trente.

A l'horizon de 2015, le département a prévu l'ouverture de trois cent vingt-quatre places supplémentaires, dont cent quarante-sept situées au sein des hôpitaux locaux. Sur les soixante et une places qui avaient déjà fait l'objet d'un arrêté d'autorisation à la fin de l'année 2010, aucune ne concernait l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt mais douze font l'objet d'un arrêté en attente de signature.

4.3.2.2 Les surcoûts des UVP

Cette politique d'investissement volontariste génère, néanmoins, deux conséquences négatives pour les hôpitaux locaux.

Les projets immobiliers des hôpitaux locaux sont, pour la plupart, pendants depuis dix ans, du fait de l'imbrication des locaux, affectés au sanitaire et au médico-social. Dans ce contexte, les établissements vosgiens ont majoritairement construit leur projet immobilier en intégrant des UVP, comme les y incitait le département, afin de maintenir un niveau d'activité déjà menacé sur le volet sanitaire.

Une UVP amène à construire 65 m² par lit au lieu de 55 m² dans le cadre d'un EHPAD « classique », soit 18 % de plus en termes de surfaces et, in fine, de coût d'investissement. Ce surcoût est en grande partie à la charge des hôpitaux locaux concernés. Si le département finance ces investissements à hauteur de 40 %, le reste est à la charge des établissements et, in fine, se répercute sur le prix de journée.

Au surplus, les places ouvertes en UVP ne sont pas reconnues par le ministère de la Santé[30]. Elles ne bénéficient donc pas, sauf exception, de financement spécifique en fonctionnement, que ce soit de la part de l'Etat ou du département. Mirecourt est l'un des deux hôpitaux locaux ayant bénéficié d'un financement spécifique au titre de l'UVP, c'est-à-dire des moyens en personnels dédiés inscrits dans la convention tripartite, même si les moyens alloués restent inférieurs aux effectifs demandés par l'hôpital local.

En réponse, le président du conseil général des Vosges a indiqué que les UVP *« sont en général créées au sein de l'EHPAD à capacité constante (…), la création de postes en personnel soignant (…) reste limitée du fait du cofinancement de celui-ci pour les effectifs validés dans les conventions tripartites ».*

En dehors de ces deux hôpitaux locaux, les conventions tripartites ne font pas mention des places d'UVP existantes dans les établissements concernés. Deux hôpitaux locaux ont aménagé des UVP ne répondant pas aux normes de construction de la collectivité, soit que les espaces communs sont insuffisants, soit que des locaux sont situés en étage au lieu du rez-de-chaussée.

[30] Le ministère de la santé reconnaît dans le cadre du plan « Alzheimer » les UCC (SSR) et les PASA et UHR (MS).

Dotations spécifiques en personnel figurant dans la convention en cours de validité

	UVP au 31/12/2010	Moyens dédiés	Remarques
Mirecourt (site de Mattaincourt)	2 (30 lits)	Oui	moyens nouveaux liés à l'ouverture de l'UVP (avenant à la convention) sous forme de: 1,99 ETP ASQH ; 0,30 ETP animation ; 0,20 ETP psychologue ; 2,49 ETP au total pour 30 lits.

Source: conventions tripartites des hôpitaux locaux.

Pourtant, outre le coût en médicaments et en personnel supplémentaire nécessaire (de 0,7 à 0,9[31] ETP par patient contre 0,5 en EHPAD classique), les surcoûts de fonctionnement et d'équipement à la charge des établissements sont importants : formation projet de vie spécifique, matériel d'animation propre à l'UVP, aménagement d'un jardin thérapeutique. Ainsi, le surcoût pour trente lits d'UVP a été évalué à 88 500 € par l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt.

Faute d'attribution de moyens spécifiques dans le cadre des conventions tripartites et compte tenu des personnels nécessaires à la prise en charge des patients présentant des pathologies de démence au sein des UVP, les directeurs des hôpitaux locaux du département des Vosges sont amenés à prélever des moyens humains au sein des services d'EHPAD classiques, afin de pouvoir faire fonctionner les UVP.

En dépit de l'ampleur des différences de coût entre une UVP et un EHPAD « classique », le conseil général des Vosges suit une politique de tarif unique en faisant le choix de la solidarité entre les résidents malgré des conditions très variables d'hébergement d'un établissement à l'autre et parfois au sein d'un même hôpital local.

Surcoût par lit d'UVP (hors personnel et médicament) concernant l'hôpital local « Val de Madon » de Mirecourt

Poste	Surcoût UVP en €	Remarques
Formation projet de vie spécifique	6 000 pour 30 lits	200 € par lit
Matériel d'animation propre à l'UVP	5 000 pour 30 lits	166 € par lit
Aménagement jardin thérapeutique	30 000	
Mémoriel	4 000	
Détection biométrique	1 500	
Lits spécifiques	16 000	Pour 30 lits
Equipement sanitaire à infrarouge	26 000	Pour 30 lits
Total	88 500	

Source : hôpital local de Mirecourt.

4.4 Conclusion

La période considérée (2005 à 2011) se caractérise par un manque de pilotage de la part de la tutelle (ARH puis ARS) qui n'a pas validé les projets d'établissement des hôpitaux locaux depuis 2008. Par ailleurs, les conventions tripartites liant les hôpitaux locaux au département et à l'Etat pour l'activité d'hébergement des personnes âgées présentent une rédaction minimaliste ne permettant pas aux hôpitaux locaux de disposer d'un cadre programmatique suffisamment précis sur les objectifs assignés.

L'absence d'une filière gériatrique intégrée dans les Vosges et le lent déploiement des maisons de santé pluridisciplinaires apparaissent également représentatifs d'un portage

[31] Selon les préconisations du gérontopole de Toulouse.

politique insuffisant de la tutelle dans un territoire pourtant confronté à une crise de la démographie médicale libérale.

Dans ce contexte, le département des Vosges s'est attaché à promouvoir sa politique de création d'unités de vie protégées (UVP) destinées aux résidents atteints de pathologies de type Alzheimer et assimilées. Ces unités, financées à 40 % en investissement par la collectivité territoriale, génèrent des surcoûts de fonctionnement qui restent à la charge des seuls hôpitaux locaux et, in fine, qui se répercutent sur le prix de journée.

5 LA FIABILITE DES COMPTES

Les comptes des hôpitaux locaux du département des Vosges représentent un volume financier de 85 M€ en fonctionnement.

De façon globale, les comptes des hôpitaux locaux des Vosges sont fiables : aucune irrégularité comptable ayant abouti à occulter une partie des déficits ou à dissimuler des excédents, n'a été relevée.

L'examen des mécanismes comptables afférents aux principes de prudence (provisions réglementées, provisions pour risques et charges, gestion des créances irrécouvrables …) et de sincérité des comptes (rattachement des charges et des produits) a toutefois mis en exergue quelques anomalies.

5.1 Le respect de l'annualité budgétaire

Le respect des différentes règles qui concourent au principe de l'annuité budgétaire (rattachement des charges et produits, charges reportées, charges à payer, rattachement des intérêts courus non échus) n'appelle pas de commentaire, s'agissant de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt.

5.2 Le respect du principe de prudence

Le principe de prudence implique notamment, la constitution de provisions dans un certain nombre de situations : compte-épargne temps, provisions pour risques et charges.

En cas de difficultés budgétaires, les établissements peuvent être tentés de réduire, voire supprimer, les dotations aux provisions. A l'inverse, une sur-dotation aux provisions diminue le résultat.

De telles pratiques ont été constatées dans certains hôpitaux locaux des Vosges, qui portaient sur les provisions pour compte épargne temps (sous-évaluation des provisions) ou sur les provisions pour risques et charges (constitution de réserves financières).

5.2.1 Les provisions pour compte-épargne temps

Ce point n'appelle pas de remarque particulière pour l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt.

5.2.2 Les provisions pour risques et charges

S'agissant de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt, le compte 142 « provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations » présente au 31 décembre 2010 un solde créditeur de 907 197 €, alimenté à l'origine par une dotation de 863 463 € allouée par l'ARH en 2000 dans le cadre du projet de restructuration du site.

Nonobstant le fait qu'un tel provisionnement au compte 142 n'est pas conforme aux dispositions prévues par l'instruction comptable et financière M21 (ce compte étant réservé aux dotations versées par l'assurance maladie et non par l'ARH et uniquement pour couvrir des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements), l'inscription depuis plus de dix ans de crédits dédiés à la restructuration témoigne des difficultés rencontrées par l'établissement en matière de gestion de projet dans la mesure où, à ce jour, la subvention allouée n'est pas employée faute d'aval des autorités de tutelle s'agissant du projet concerné.

De même, la présence de provisions inscrites depuis 1995 et 1997, pour des montants respectifs de 22 867 € et 30 490 € non repris à ce jour, peut être assimilée à une forme de réserve.

5.2.3 Les créances irrécouvrables

Le faible niveau des restes à recouvrer indique que les établissements ne rencontrent pas de difficulté significative en la matière, les créances en attente de recouvrement concernant des résidents décédés pour lesquels la succession n'est pas réglée.

5.3 Les amortissements

5.3.1 Les dotations et les durées

Les procédures d'amortissement n'appellent pas de remarque, s'agissant de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt.

5.4 Les cessions d'immobilisations

L'examen des modalités de cessions des biens immobiliers n'a pas fait apparaître de pratiques contraires à la réglementation ou à la bonne gestion, seules quelques anomalies concernant des montants mineurs ayant été constatées.

5.5 Les relations budget principal – budget annexes

Les transferts opérés entre budget principal et budgets annexes n'appellent pas d'observation, s'agissant de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt.

5.6 Les conventions de partenariats

La fiabilité des comptes dépend de la correcte mise en œuvre d'une chaîne d'opérations, laquelle nécessite une bonne coopération entre l'ordonnateur (le directeur d'hôpital), chargé de l'exécution du budget, et le comptable public, chargé de vérifier la régularité des opérations et de tenir la comptabilité patrimoniale.

Afin d'améliorer cette coopération, l'ordonnateur et le comptable peuvent conclure des conventions de partenariat. Celle de Mirecourt est ancienne et devrait être actualisée.

6 L'ANALYSE FINANCIERE SYNTHETIQUE DES ONZE HOPITAUX LOCAUX

La synthèse des analyses financières des onze hôpitaux locaux des Vosges repose sur l'examen des comptes financiers 2006 à 2009 ainsi que sur les comptes provisoires 2010. Outre le budget principal, qui représente en moyenne 38 % des charges et des produits des

hôpitaux locaux, les différents budgets annexes (trois en moyenne par hôpital local) ont été pris en compte.

La situation financière des onze hôpitaux locaux du département des Vosges s'avère globalement favorablement orientée sur la période 2006 à 2010.

D'importantes disparités apparaissent néanmoins entre ces établissements, en raison, notamment, des investissements réalisés et de la gestion de la dette afférente, les hôpitaux locaux se répartissant entre deux catégories : ceux qui ont réalisé leurs travaux de réhabilitation et ceux qui sont dans l'attente de la validation de leur projet immobilier par les tutelles.

Les établissements les moins endettés sont, de facto, ceux qui ont le moins investi sur les dernières années. Ainsi, les cinq hôpitaux locaux pour lesquels le taux d'indépendance financière[32] était, en 2010, inférieur à 3 %, sont aussi les seuls dont le taux de vétusté du patrimoine[33] dépasse les 50 %. En attente, pour la plupart, de validation de projets immobiliers par les tutelles, ils accumulent d'importantes liquidités alors que leurs moyens d'exploitation (bâtiments, équipements hospitaliers, …) ne répondent plus aux besoins actuels de la patientèle et ne cessent de se détériorer.

Par ailleurs, tous les hôpitaux locaux du département des Vosges présentent des taux de vétusté des équipements très défavorables.

Dans ce contexte, le basculement à la tarification à l'activité envisagé à horizon de 2012 pour l'activité médicale et en 2013 pour les soins de suite et de réadaptation va modifier défavorablement les équilibres financiers des hôpitaux locaux du département des Vosges.

En effet, la plupart d'entre eux codent leur activité de façon imparfaite, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, compte tenu de leur mode de financement actuel via une dotation globale et de la faible implication du personnel médical, aujourd'hui peu formé. Dans la perspective du déploiement de la T2A et compte tenu des durées moyennes de séjour longues et de taux d'occupation faibles, les établissements devront composer avec des niveaux de dépenses élevés au regard de recettes qui dépendront directement de l'exhaustivité du codage.

Par ailleurs, la moitié de la surface des hôpitaux locaux[34] étant encore bi-site, les organisations matérielles s'avèreront consommatrices de moyens dans le cadre de la T2A, à niveau de recettes déterminé.

Dans ces conditions, il conviendra que la tutelle, en interaction avec les établissements, définisse précisément la place de ces derniers dans le cadre d'une filière gériatrique pleinement intégrée. A cet égard, les projets immobiliers des établissements devront venir à l'appui des projets d'établissements validés par la tutelle et non l'inverse. Il conviendra de redéfinir le contenu des études en cours d'instruction.

6.1 L'évolution des grands équilibres de l'exploitation

Sur la période 2006 à 2010, le résultat global des hôpitaux locaux du département s'établissait en moyenne, à 70 532 €, avec d'importantes disparités entre les différents

[32] Encours de la dette/capitaux permanents.
[33] Indicateur de l'usure des constructions et éléments assimilés qui compare le cumul des amortissements et provisions sur les constructions à la valeur brute de celles-ci.
[34] 52 146 m² situés sur deux sites et 57 497 m² situés sur un seul site.

établissements. Ainsi, le résultat moyen de quatre des onze hôpitaux locaux a été déficitaire, alors que deux d'entre eux enregistraient des bénéfices moyens d'environ 250 000 €.

Les résultats globaux ont évolué en moyenne favorablement entre 2006 et 2010, avec une hausse de plus de 85 %. Cette hausse résulte de l'augmentation de 11,2 % du total des produits des hôpitaux locaux entre 2006 et 2010, alors que, dans le même temps, le total des charges ne progressait que de 10,3 %.

L'évolution des produits et des charges d'exploitation a été sensiblement identique (11,5 % contre 10 %).

Dans les onze hôpitaux locaux, les seules charges de personnel comptabilisées aux subdivisions du compte 64 ont progressé de 11,8 % entre les comptes 2006 et 2010. En moyenne sur la période elles ont représenté 59,8 % des charges d'exploitation, avec des écarts contenus dans une fourchette allant de 57,2 % à 63 %.

L'excédent brut d'exploitation (EBE) permet de financer la politique d'investissement passée (charges financières) et future (dotations aux amortissements). En moyenne, il a progressé de plus de 20 % entre 2006 et 2010, se situant à presque 400 000 €.

Dans le même temps, le résultat d'exploitation moyen des établissements s'élevait à presque 100 000 €. Sur ces cinq exercices, tous ont été en moyenne bénéficiaires, à l'exception de l'un d'eux.

Le résultat courant traduit la performance des établissements, sans tenir compte de l'impact des opérations exceptionnelles ou sur exercices antérieurs. En moyenne, il a progressé de 117 % entre 2006 et 2010. Trois établissements ont présenté, néanmoins, un déficit de résultat courant en 2010.

6.2 L'évolution de la capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) brute, solde des produits sur les charges réelles d'exploitation, permet de financer les investissements et de rembourser les anciens emprunts. La CAF nette mesure la capacité à financer les dépenses d'investissement grâce aux ressources propres, une fois acquittée la charge obligatoire de la dette.

En moyenne sur les cinq derniers exercices, la CAF brute des hôpitaux locaux vosgiens a dépassé les 400 000 € et, à l'exception d'un établissement, elle a été suffisante pour couvrir le remboursement des dettes financières.

Sous l'effet conjugué de l'amélioration de la rentabilité de la majeure partie des établissements et de la diminution importante des remboursements de la dette financière, la CAF nette moyenne a augmenté de plus de 55 % entre 2006 et 2010 pour atteindre plus de 390 000 €. Elle a néanmoins, beaucoup différé d'un établissement à l'autre, en fonction de l'importance des investissements passés.

6.3 L'endettement et les investissements

En 2011, deux hôpitaux locaux parmi les onze procédaient à des travaux de réhabilitation ou de constructions de nouveaux bâtiments.

A l'exception d'un établissement réalisant, depuis 2009, d'importants travaux de rationalisation de son patrimoine immobilier, l'intégralité des hôpitaux vosgiens a vu le taux d'indépendance financière diminuer entre 2006 et 2010. Ce ratio mesure le degré d'endettement de l'établissement par rapport à ses capitaux permanents. Sur les cinq dernières

années, il s'est établi, en moyenne à environ 13 %, avec une très grande disparité entre les établissements.

Ainsi, pour cinq d'entre eux, le taux d'indépendance financière était, en 2010, inférieur à 3 %, en raison d'un endettement quasi inexistant à la clôture de l'exercice. A l'inverse, ce ratio dépassait les 20 % pour quatre établissements. Un établissement dépassait même les 37 %, en léger repli depuis 2006 (41,5 %).

Entre 2006 et 2010, la durée apparente de la dette, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaires au remboursement de la dette, a été, en moyenne, proche de trois ans et en légère diminution. A capacité d'autofinancement constante, l'établissement présentant la durée apparente de la dette la plus importante au titre des comptes provisoires 2010 devrait consacrer l'intégralité de celle-ci durant neuf exercices pour se désendetter totalement.

La corrélation entre la vétusté des locaux et le faible endettement n'est pas établie en matière de taux de vétusté des équipements[35]. Ce dernier ratio était proche de 80 % en 2010.

A l'exception des deux hôpitaux locaux qui réalisent actuellement des travaux immobiliers, le taux de renouvellement des immobilisations[36] était relativement faible en 2010. En effet, si l'on écarte ces deux établissements, le ratio était tout juste supérieur à 2,5 %.

6.4 L'évolution du fonds de roulement et de la trésorerie

Le fonds de roulement net global (FRNG) représente la part des capitaux stables qui finance les actifs circulants. L'excédent dégagé à ce titre doit permettre de couvrir les besoins de financement nés du cycle d'exploitation de l'établissement, à savoir le besoin en fonds de roulement (BFR). Lorsque le FRNG couvre le BFR, il en résulte une trésorerie positive, à défaut celle-ci est négative.

La structure financière des hôpitaux locaux des Vosges apparaît saine. Exprimé en nombre de jours de charges courantes d'exploitation, le FRNG a augmenté entre 2006 et 2010, alors que dans le même temps le BFR a tendance à diminuer. Il en est résulté une trésorerie nette moyenne sur les cinq dernières années de plus de deux mois de charges courantes d'exploitation, soit plus d'un million d' euros.

7 L'ANALYSE FINANCIERE DE L'HOPITAL « VAL DE MADON » DE MIRECOURT

Sur la période 2006-2009, la situation financière de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt n'a pas été favorablement orientée.

Après un résultat bénéficiaire en 2007 (337 444 €), l'établissement a enregistré deux années déficitaires en 2008 et 2009. Toutefois, les résultats de 2007 et de 2009 doivent être, respectivement diminué et augmenté de 260 000 €, montant relatif à la régularisation, en 2009, d'un titre mal imputé en 2007. En 2010, le résultat est positif et atteint 70 960 €.

La capacité d'autofinancement nette s'est nettement dégradée en passant de 361 227 € en 2006 à 21 187 € en 2009. Même si le niveau de la CAF brute a permis de couvrir les

[35] Indicateur de l'usure des équipements hospitaliers qui compare le cumul des amortissements et provisions sur les immobilisations autres que des constructions et la valeur brute de celles-ci.

[36] Rapport entre le montant des investissements réalisés au cours de l'année et l'actif immobilisé brut.

annuités de dette, l'établissement a dû veiller à reconstituer ses marges de manœuvre, les données 2010 faisant apparaître une CAF brute de 738 008 € contre 247 804 € en 2009.

L'encours de la dette au 31 décembre 2009 comprenait 1,9 M€ d'emprunts récents.

En 2009, le fonds de roulement net global s'est maintenu à un niveau identique à celui de 2006, soit 2,23 M€. Il a couvert le besoin en fonds de roulement, alors que l'évolution de la trésorerie, en diminution de 6,5 % entre 2006 et 2009, est restée à un niveau satisfaisant, soit 1,84 M€.

La situation tendue en 2008-2009, a connu une amélioration en 2010, mais celle-ci doit être relativisée, au regard des travaux en cours de réhabilitation des cuisines (2,21 M€) et de la vétusté d'une partie du patrimoine qui nécessitera, à court terme et à minima, d'importants travaux de réhabilitation.

Telles sont les observations que la Chambre régionale des comptes de Champagne-Ardenne, Lorraine a souhaitées formuler sur la gestion de l'hôpital « Val de Madon » de Mirecourt.

ANNEXE 1

Les activités assurées par l'hôpital local

Les services	Le service de médecine	Les soins de suite et de réadaptation	L'unité de soins de longue durée	L'EHPAD	Le S.S.I.A.D[37].
Son rôle	Appui pour le généraliste et suivi rapproché de la population pour favoriser le maintien à domicile du patient	Evaluation médicale et médico-sociale du patient avec différents acteurs de l'établissement : gériatre, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale, orthophoniste, psychomotricien pour favoriser une réinsertion à domicile en évitant un déracinement trop long	Prise en charge médicale, psychologique et sociale du patient avec un projet de soins et de vie pour éviter une désociabilisation	Accueil, accompagnement des personnes âgées dans la gestion de leur dépendance et prise en charge des patients atteints de maladies dégénératives (maladie d'Alzheimer et autres)	Assurer les soins infirmiers à domicile
Sa spécificité	Prise en charge de pathologies aiguës ne nécessitant pas de recours à un plateau technique	Soins de suite polyvalents pour personnes âgées axés sur la kinésithérapie, l'ergothérapie et la réadaptation fonctionnelle	Surveillance médicale constante et traitements d'entretien du patient, prise en charge des troubles du comportement (syndromes démentiels)	Hébergement en pension complète mettant à la disposition des résidents, des soins, une assistance paramédicale, des chambres individuelles ou non, des loisirs et animations ainsi que des prestations de confort liés à leur bien-être et à leur bien vivre	Constitue une alternative à l'hospitalisation conformément aux orientations de la CNSA
Son objectif	Le retour à domicile du patient avec un suivi post-hospitalisation (S.S.I.A.D. , portage des repas)	La restauration de l'autonomie pour un retour à domicile du patient avec un suivi post-SSR (S.S.I.A.D. , portage de repas)	Restaurer et entretenir l'autonomie physique et psychique des patients (soins palliatifs, lutte contre la douleur..)	Entretenir l'autonomie physique et psychique des résidents. Leur offrir un cadre de vie adapté à leur dépendance	Maintenir la personne âgée dans son milieu de vie en retardant l'hospitalisation

[37] Services de soins infirmiers à domicile ou SSIAD.

ANNEXE 2

Les plans nationaux concernant les personnes âgées

Plans nationaux	Axes stratégiques
Plan vieillissement et solidarité 2004/2007	• Facilitation du maintien à domicile. • Renforcement de la médicalisation des maisons de retraite. • Veille sanitaire en cas de fortes chaleurs.
Plan solidarité grand âge solidarité 2007/2012	• Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles ; • Inventer la maison de retraite de demain en améliorant les conditions de vie ; • Adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la filière gériatrique ; • Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance ; • Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.
Plan Alzheimer 2008/2012	• Améliorer la qualité de vie des malades et des soignants ; • Connaître pour agir ; • Se mobiliser pour un enjeu de société.

Source : à partir du schéma départemental des Vosges handicap et dépendance (page 7)

ANNEXE 3

Nombre d'hôpitaux locaux par département et nombre de lits d'hospitalisation

Nom de la région	N°	Nom du département	Nombre d'HL	Population référence 01/01/2008	Superficie (en Km2)	Densité de population au Km2	Lits de médecine	Lits de SSR	Lits d'USLD	Total des lits d'hospitalisation complète
Alsace	67	Bas-Rhin	2	1 091 015	4 755	229	0	18	34	52
Alsace	68	Haut-Rhin	10	746 072	3 525	212	0	220	272	492
Sous-total ALSACE			12	1 837 087	8 280	222	0	238	306	544
Aquitaine	24	Dordogne	7	409 388	9 060	45	81	177	50	308
Aquitaine	33	Gironde	1	1 421 276	10 000	142	4	4	0	8
Aquitaine	40	Landes	0	373 142	9 243	40	0	0	0	0
Aquitaine	47	Lot-et-Garonne	3	326 399	5 361	61	13	70	60	143
Aquitaine	64	Pyrénées-Atlantiques	1	647 420	7 645	85	5	25	0	30
Sous-total AQUITAINE			12	3 177 625	41 309	77	103	276	110	489
Auvergne	03	Allier	3	342 807	7 340	47	20	281	50	351
Auvergne	15	Cantal	3	148 737	5 726	26	45	92	70	207
Auvergne	43	Haute-Loire	3	221 834	4 977	45	65	31	120	216
Auvergne	63	Puy-de-Dôme	3	628 485	7 970	79	40	263	157	460
Sous-total AUVERGNE			12	1 341 863	26 013	52	170	667	397	1 234
Basse-Normandie	14	Calvados	0	678 303	5 548	122	0	0	0	0
Basse-Normandie	50	Manche	4	496 937	5 938	84	79	56	0	135
Basse-Normandie	61	Orne	3	292 282	6 103	48	62	43	0	105
Sous-total BASSE-NORMANDIE			7	1 467 522	17 589	83	141	99	0	240
Bourgogne	21	Côte-d'Or	8	521 608	8 763	60	86	74	120	280
Bourgogne	58	Nièvre	3	220 653	6 817	32	12	11	60	83
Bourgogne	71	Saône-et-Loire	11	553 968	8 575	65	93	207	40	340
Bourgogne	89	Yonne	1	342 359	7 427	46	9	8	0	17
Sous-total BOURGOGNE			23	1 638 588	31 582	52	200	300	220	720
Bretagne	22	Côtes-d'Armor	2	581 570	6 878	85	40	32	80	152
Bretagne	29	Finistère	4	890 509	6 733	132	54	82	120	256
Bretagne	35	Ille-et-Vilaine	8	967 588	6 775	143	120	194	282	596
Bretagne	56	Morbihan	7	710 034	6 823	104	65	114	115	294
Sous-total BRETAGNE			21	3 149 701	27 209	116	279	422	597	1298

Nom de la région	N°	Nom du département	Nombre d'HL	Population référence 01/01/2008	Superficie (en Km2)	Densité de population au Km2	Lits de médecine	Lits de SSR	Lits d'USLD	Total des lits d'hospitalisation complète
Centre	18	Cher	1	313 251	7 235	43	0	30	50	80
Centre	28	Eure-et-Loir	1	423 559	5 880	72	15	17	51	83
Centre	36	Indre	4	232 004	6 791	34	20	60	234	314
Centre	37	Indre-et-Loire	1	585 406	6 127	96	14	0	0	14
Centre	41	Loir-et-Cher	5	326 599	6 343	51	51	73	0	124
Centre	45	Loiret	4	650 769	6 775	96	51	34	50	135
Sous-total CENTRE			16	2 531 588	39 151	65	151	214	385	750
Champagne-Ardenne	08	Ardennes	2	284 197	5 229	54	23	23	0	46
Champagne-Ardenne	10	Aube	2	301 327	6 004	50	22	40	60	122
Champagne-Ardenne	51	Marne	2	566 010	8 162	69	0	20	96	116
Champagne-Ardenne	52	Haute-Marne	4	186 470	6 211	30	35	97	32	164
Sous-total CHAMPAGNE-ARDENNE			10	1 338 004	25 606	52	80	180	188	448
Corse	2A	Corse-du-Sud	1	140 953	4 014	35	5	5	30	40
Corse	2B	Haute-Corse	0	162 013	4 666	35	0	0	0	0
Sous-total CORSE			1	302 966	8 680	35	5	5	30	40
Franche-Comté	25	Doubs	4	522 685	5 234	100	41	95	50	186
Franche-Comté	39	Jura	3	260 740	4 999	52	12	27	0	39
Franche-Comté	70	Haute-Saône	0	238 548	5 360	45	0	0	0	0
Franche-Comté	90	Territoire de Belfort	0	141 958	609	233	0	0	0	0
Sous-total FRANCHE-COMTE			7	1 163 931	16 202	72	53	122	50	225
Haute-Normandie	27	Eure	8	577 087	6 040	96	48	35	30	113
Haute-Normandie	76	Seine-Maritime	6	1 248 580	6 278	199	46	157	35	238
Sous-total HAUTE-NORMANDIE			14	1 825 667	12 318	148	94	192	65	351
Île-de-France	75	Paris	0	2 211 297	105	21 060	0	0	0	0
Île-de-France	77	Seine-et-Marne	2	1 303 702	5 915	220	33	30	155	218
Île-de-France	78	Yvelines	4	1 406 053	2 284	616	50	47	168	265
Île-de-France	91	Essonne	0	1 205 850	1 804	668	0	0	0	0
Île-de-France	92	Hauts-de-Seine	0	1 549 619	176	8 805	0	0	0	0
Île-de-France	93	Seine-Saint-Denis	0	1 506 466	236	6 383	0	0	0	0
Île-de-France	94	Val-de-Marne	0	1 310 876	245	5 351	0	0	0	0
Île-de-France	95	Val-d'Oise	2	1 165 397	1 246	935	0	96	137	233
Sous-total Ile-de-France			8	11 659 260	12 011	971	83	173	460	716

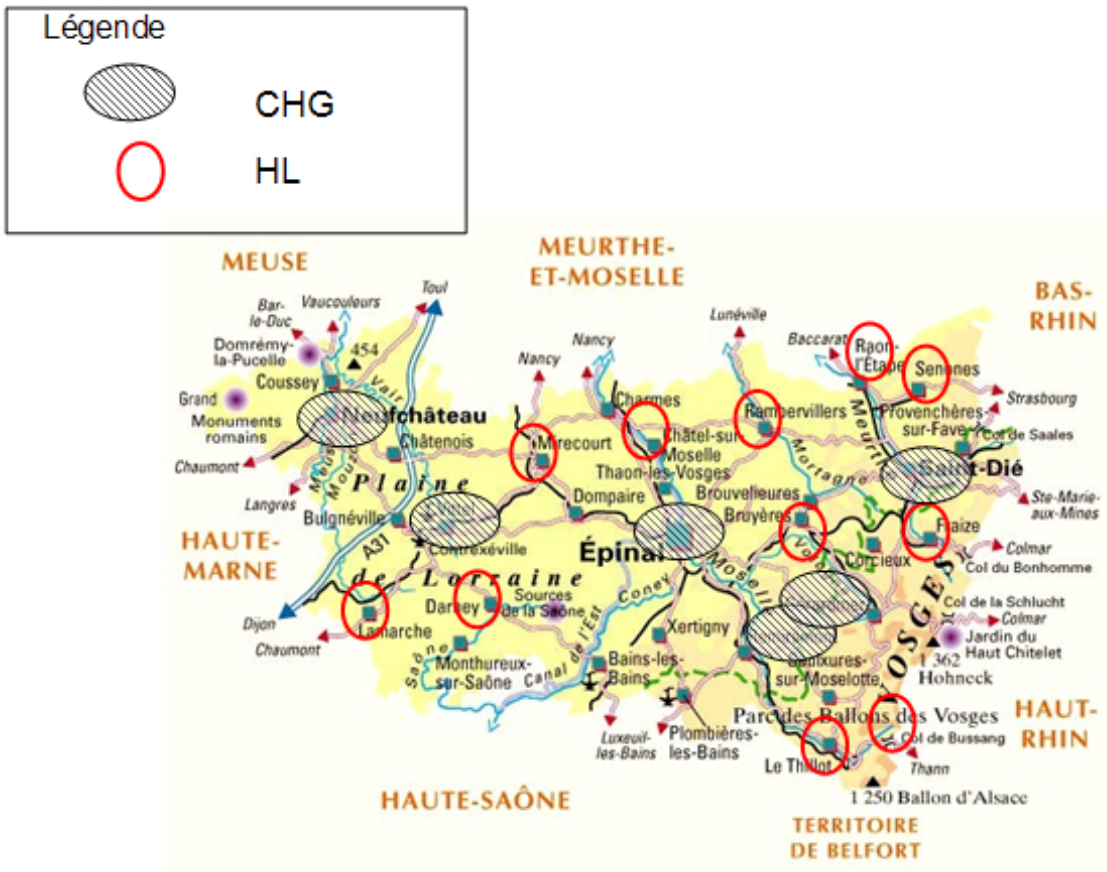
Nom de la région	N°	Nom du département	Nombre d'HL	Population référence 01/01/2008	Superficie (en Km2)	Densité de population au Km2	Lits de médecine	Lits de SSR	Lits d'USLD	Total des lits d'hospitalisation complète
Languedoc-Roussillon	11	Aude	2	349 237	6 139	57	42	44	90	176
Languedoc-Roussillon	30	Gard	3	694 323	5 853	119	36	57	110	203
Languedoc-Roussillon	34	Hérault	6	1 019 798	6 101	167	124	104	338	566
Languedoc-Roussillon	48	Lozère	5	76 973	5 167	15	73	36	130	239
Languedoc-Roussillon	66	Pyrénées-Orientales	1	441 387	4 116	107	40	0	40	80
Sous-total LANGUEDOC-ROUSSILLON			17	2 581 718	27 376	94	315	241	708	1 264
Limousin	19	Corrèze	1	242 896	5 857	41	19	20	30	69
Limousin	23	Creuse	0	123 907	5 565	22	0	0	0	0
Limousin	87	Haute-Vienne	2	373 940	5 520	68	55	95	114	264
Sous-total LIMOUSIN			3	740 743	16 942	44	74	115	144	333
Lorraine	54	Meurthe-et-Moselle	3	729 768	5 246	139	17	93	78	188
Lorraine	55	Meuse	0	194 218	6 211	31	0	0	0	0
Lorraine	57	Moselle	1	1 042 230	6 216	168	14	24	0	38
Lorraine	88	Vosges	11	380 145	5 874	65	68	195	67	330
Sous-total LORRAINE			15	2 346 361	23 547	100	99	312	145	556
Midi-Pyrénées	09	Ariège	2	150 201	4 890	31	0	65	0	65
Midi-Pyrénées	12	Aveyron	4	275 889	8 735	32	34	159	241	434
Midi-Pyrénées	31	Haute-Garonne	2	1 217 344	6 309	193	17	54	124	195
Midi-Pyrénées	32	Gers	8	185 266	6 257	30	124	123	116	363
Midi-Pyrénées	46	Lot	1	172 796	5 217	33	20	0	0	20
Midi-Pyrénées	65	Hautes-Pyrénées	0	229 079	4 464	51	0	0	0	0
Midi-Pyrénées	81	Tarn	1	371 738	5 758	65	18	15	0	33
Midi-Pyrénées	82	Tarn-et-Garonne	3	235 915	3 718	63	15	24	35	74
Sous-total MIDI-PYRENEES			21	2 838 228	45 348	63	228	440	516	1 184
Nord-Pas-de-Calais	59	Nord	0	2 564 959	5 743	447	0	0	0	0
Nord-Pas-de-Calais	62	Pas-de-Calais	3	1 459 531	6 671	219	65	40	220	325
Sous-total NORD- PAS-DE-CALAIS			3	4 024 490	12 414	324	65	40	220	325
Outre-mer	973	Guyane	0	219 266	83 534	3	0	0	0	0
Outre-mer	974	La Réunion	0	808 250	2 504	323	0	0	0	0
Outre-mer	9A	Guadeloupe	2	401 784	1 628	247	26	25	15	66
Outre-mer	9B	Martinique	1	397 693	1 128	353	15	20	0	35
Sous-total OUTRE-MER			3	1 826 993	88 794	21	41	45	15	101

Nom de la région	N°	Nom du département	Nombre d'HL	Population référence 01/01/2008	Superficie (en Km2)	Densité de population au Km2	Lits de médecine	Lits de SSR	Lits d'USLD	Total des lits d'hospitalisation complète
Pays de la Loire	44	Loire-Atlantique	7	1 255 871	6 815	184	127	358	224	709
Pays de la Loire	49	Maine-et-Loire	10	774 823	7 166	108	94	257	151	502
Pays de la Loire	53	Mayenne	4	302 983	5 175	59	92	155	66	313
Pays de la Loire	72	Sarthe	4	559 587	6 206	90	0	81	199	280
Pays de la Loire	85	Vendée	7	616 906	6 720	92	19	78	217	314
Sous-total PAYS DE LA LOIRE			32	3 510 170	32 082	109	332	929	857	2 118
Picardie	02	Aisne	0	538 790	7 369	73	0	0	0	0
Picardie	60	Oise	4	799 725	5 860	136	10	20	151	181
Picardie	80	Somme	2	568 086	6 170	92	25	41	107	173
Sous-total PICARDIE			6	1 906 601	19 399	98	35	61	258	354
Poitou-Charentes	16	Charente	2	351 581	5 956	59	22	55	118	195
Poitou-Charentes	17	Charente-Maritime	3	611 714	6 864	89	28	49	0	77
Poitou-Charentes	79	Deux-Sèvres	3	365 059	5 999	61	25	94	150	269
Poitou-Charentes	86	Vienne	1	424 354	6 990	61	0	16	15	31
Sous-total POITOU-CHARENTES			9	1 752 708	25 809	68	75	214	283	572
Provence-Alpes-Côte d'Azur	04	Alpes-de-Haute-Provence	9	157 965	6 925	23	23	119	0	142
Provence-Alpes-Côte d'Azur	05	Hautes-Alpes	2	134 205	5 549	24	9	12	0	21
Provence-Alpes-Côte d'Azur	06	Alpes-Maritimes	6	1 084 428	4 299	252	40	48	86	174
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13	Bouches-du-Rhône	1	1 966 005	5 087	386	27	51	30	108
Provence-Alpes-Côte d'Azur	83	Var	1	1 001 408	5 973	168	0	30	30	60
Provence-Alpes-Côte d'Azur	84	Vaucluse	4	538 902	3 567	151	29	88	55	172
Sous-total PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR			23	4 882 913	31 400	156	128	348	201	677
Rhône-Alpes	01	Ain	5	581 355	5 762	101	52	91	251	394
Rhône-Alpes	07	Ardèche	12	311 452	5 529	56	155	248	75	478
Rhône-Alpes	26	Drôme	3	478 069	6 530	73	22	50	0	72
Rhône-Alpes	38	Isère	5	1 188 660	7 431	160	45	85	71	201
Rhône-Alpes	42	Loire	8	742 076	4 781	155	38	132	80	250
Rhône-Alpes	69	Rhône	9	1 690 498	3 249	520	90	227	210	527
Rhône-Alpes	73	Savoie	3	408 842	6 028	68	15	57	0	72
Rhône-Alpes	74	Haute-Savoie	3	716 277	4 388	163	33	42	80	155
Sous-total RHÔNE-ALPES			48	6 117 229	43 698	140	450	932	767	2 149
TOTAL			323	63 961 956	632 759	101	3 201	6 565	6 922	16 688

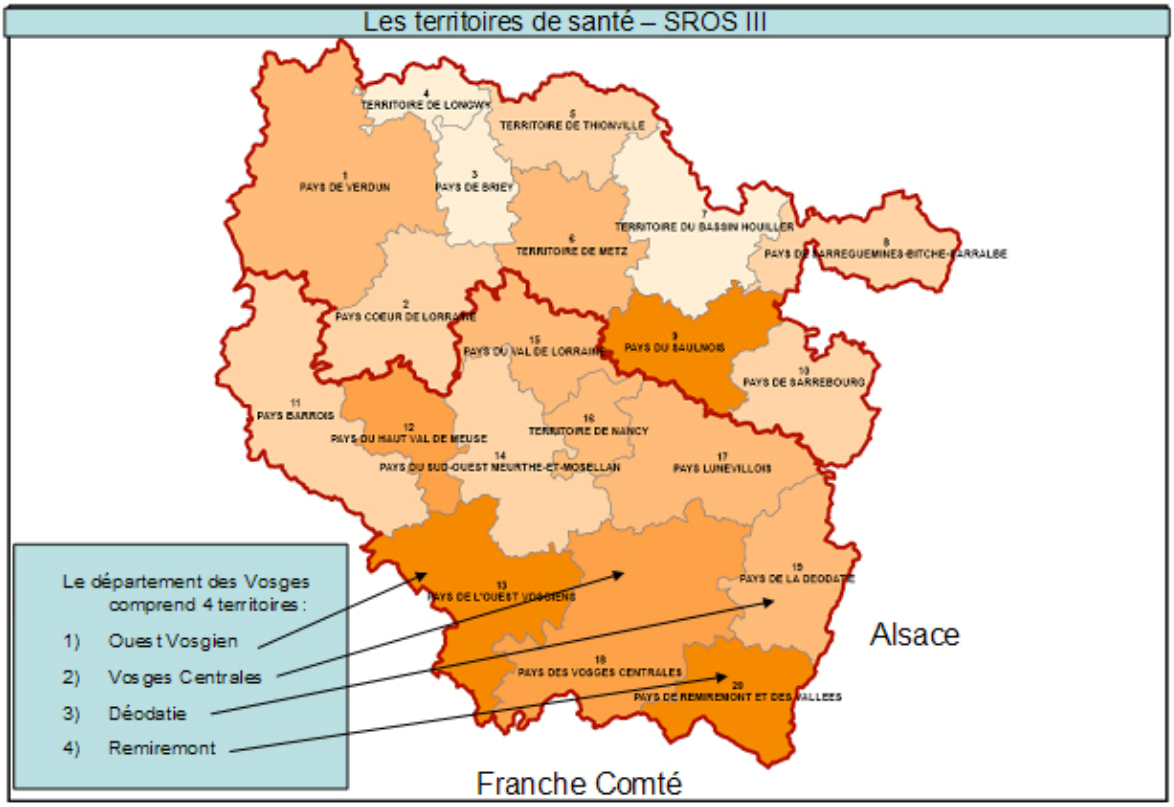
Source SAE 2009 et INSEE.

ANNEXE 4

Carte d'implantation des hôpitaux locaux dans le département des Vosges



ANNEXE 5


Les territoires de santé – SROS III
TERRITOIRE DE LONGWY
TERRITOIRE DE THIONVILLE
PAYS DE VERDUN
PAYS DE BRIEY
TERRITOIRE DU BASSIN HOUILLER
TERRITOIRE DE METZ
PAYS DE SARREGUEMINES-BITCHE-SARRALBE
PAYS COEUR DE LORRAINE
PAYS DU VAL DE LORRAINE
PAYS DU SAULNOIS
PAYS DE SARREBOURG
PAYS BARROIS
PAYS DU HAUT VAL DE MEUSE
TERRITOIRE DE NANCY
PAYS DU SUD-OUEST MEURTHE-ET-MOSELLAN
PAYS LUNEVILLOIS
PAYS DE L'OUEST VOSGIEN
PAYS DE LA DEODATIE
PAYS DES VOSGES CENTRALES
PAYS DE REMIREMONT ET DES VALLEES
Le département des Vosges comprend 4 territoires :
1) Ouest Vosgien
2) Vosges Centrales
3) Déodatie
4) Remiremont
Alsace
Franche Comté

ANNEXE 6

Projets en cours

Centralisation des deux cuisines de Mattaincourt et de Mirecourt sur le site de Mattaincourt.

Source : note ARS février 2011.

ANNEXE 7

Les objectifs du CPOM de l'hôpital local « Val de Madon » de Mirecourt

Orientations stratégiques	Objectifs quantifiés (+ ou – 5 %)	Objectifs atteints fin 2009	Objectifs non atteints fin 2009
• Mettre en place la filière gériatrique de l'ouest vosgien. • Améliorer la filière SSR en lien avec CH Vittel et Neufchâteau. • Assurer la permanence et la continuité des soins : installation d'une MSP.	• Médecine : 100 séjours HC. • SSR : 8 301 journées HC.	• direction commune et postes partagés.	• Objectif de médecine non atteint (90 séjours). • Objectifs de SSR non atteints (8 209 journées). • pas de restructuration partie sanitaire.

Atteinte des objectifs du CPOM de l'hôpital local « Val de Madon » de Mirecourt (données 2009)

Objectifs atteints	Objectifs non atteints
direction commune et postes partagés avec Lamarche et Darney.	Objectif de médecine non atteint (90 séjours).
	Objectifs de SSR non atteints (8 209 journées).
	pas de restructuration partie sanitaire.

Source : CPOM.

Activité de médecine de l'hôpital local « Val de Madon » de Mirecourt par rapport aux objectifs du CPOM (en nombre de séjours)

Activités en médecine			Objectif du CPOM
2007	2008	2009	
94	90	90	100

Source : hôpital local et CPOM.

Activité de l'hôpital local « Val de Madon » de Mirecourt en SSR par rapport aux objectifs du CPOM (en nombre de séjours)

Activité en S.S.R			objectif du CPOM
2007	2008	2009	
7 871	8 177	8 209	8 301

Source : hôpital local et CPOM.

ANNEXE 8

Origine géographique des résidents en 2009 en EHPAD

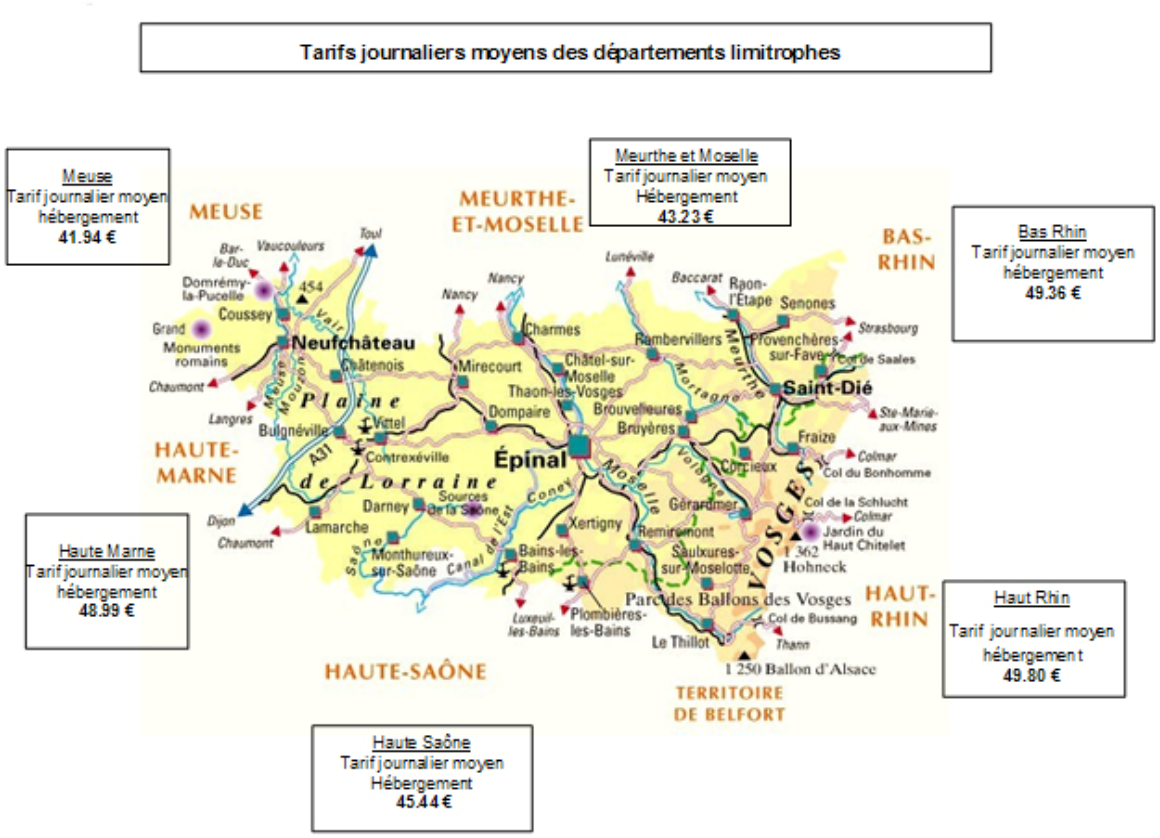
Hôpital local	Origine locale	Origine cantonale	Origine départementale	Origine extra départementale
Mirecourt	39 %	47 %	5 %	9 %
Valeur basse HL	15 %	8 %	2 %	0 %
Valeur haute HL	78 %	47 %	54 %	18 %

Source : hôpital local.

Tarif journalier moyen hébergement EHPAD hôpital local en 2010 dans les Vosges

Hôpital local	Montants en €
Mirecourt	39,88
Valeur basse HL	37,61
Valeur haute HL	42,99
moyenne	40,24

Source : département des Vosges – tarifs journaliers 2010 EHPAD.



Source : département des Vosges.

ANNEXE 9

Actions de formation de l'hôpital local « Val de Madon » de Mirecourt en 2009

	Mirecourt	Valeur basse	Valeur haute	Moyenne
Effectifs HL	229	98	229	133
Nombre d'heures de formation	2 738	666	6 403	2 820
Nombre d'heures de formation par agent	11,9	6,8	44,2	22
Formations qualifiantes				
Nombre d'agents formés	6	0	6	4
Nombre d'heures de formation	4 095	0	4 235	2 141
Nombre d'heures de formation par agent formé	682,5	0	1 411	508

Absentéisme à l'hôpital local « Val de Madon » de Mirecourt en 2009

	Mirecourt	Valeur basse	Valeur haute	Moyenne
Effectif au 31 décembre	229	98	229	133
nombre de jours de maladie ordinaire	1 830	478	2 963	1 555
nombre de jours de MO par agent et par an	8	4,3	23	14
coût absentéisme (total) en euros	229 600	66 785	281 221	198 821
équivalent en ETP	8,2	2	13,2	6,5

Source : hôpital local « Val de Madon » de Mirecourt.

ANNEXE 10

Recommandations de la circulaire 2007/117 concernant la filière gériatrique

Compétences	Localisation dans la filière	Partenariat avec
Court séjour gériatrique	ES support filière.	Etablissements publics et privés disposant lits SSR gériatriques et USLD.
Equipe mobile de gériatrie pluridisciplinaire	ES support filière.	Etablissements publics et privés disposant lits SSR gériatriques et USLD EHPAD.
Unité de consultation et hospitalisation de jour	ES support filière.	Médecine de ville. CLIC ou réseau PA. Plateau technique si hors site.
Service d'urgences	ES support filière ou conventionnement.	SSR gériatriques, HL, EHPAD.
Service de médecine de proximité	HL.	Médecins traitants
SSR gériatriques[38]	ES support filière ou conventionnement avec HL ou autre ES.	Plateau technique ES avec possibilité de procédure d'urgence.
HL	Prise en charge en amont et aval.	ES support filière.
USLD	ES support filière ou conventionnement avec HL ou autre ES.	Plateau technique ES avec possibilité de procédure d'urgence.
HAD	HL ou autre implantation.	ES support filière, services SSR.
Médecins traitants	Médecine de ville.	Avec équipe gériatrique de la filière.
Acteurs médico-sociaux : EHPAD	GCS ou GCSM - Plan bleu	Conventions avec ES support filière.
Structures de coordination	SSIAD, CLIC, réseau gérontologique, réseau de santé, associations familles et patients.	Filière gériatrique pour procédures prise en charge et partage d'informations.
ARH	CPOM.	Contractualisation avec ES acteurs de la filière.

[38] Cf. également circulaire DHOS 2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets 2008-376 et 377 réglementant l'activité de SSR.

ANNEXE 11

Analyse financière de l'hôpital local « Val de Madon » de Mirecourt (Cf. glossaire)

RESULTATS CUMULES	2006	2007	2008	2009	2010 *	Evolution	2010/2006	Moyenne 2006/2010 Mirecourt	Moyenne 2006/2010 11 HL
Nombre de budgets annexes	1	1	1	1	1			1	3
Total des produits	12 824 955	13 004 089	12 779 310	13 377 701	13 404 645	↗	**4,5%**	13 078 140	**7 260 518**
dont budget principal en montant	4 772 878	4 604 010	4 427 824	4 674 778	4 236 826	↘	**-11,2%**	4 543 263	**2 814 179**
dont budget principal en %	**37,2%**	**35,4%**	**34,6%**	**34,9%**	**31,6%**	↘	**- 5,61 points**	34,8%	**37,9%**
Total des charges	12 848 580	12 666 645	13 213 519	13 808 622	13 333 685	↗	**3,8%**	13 174 210	**7 189 986**
dont budget principal en montant	4 768 872	4 594 405	4 621 113	4 983 053	4 188 134	↘	**-12,2%**	4 631 115	**2 794 760**
dont budget principal en %	**37,1%**	**36,3%**	**35,0%**	**36,1%**	**31,4%**	↘	**- 5,71 points**	35,17%	**38,02%**
RESULTATS CUMULES	**-23 625**	**337 444**	**-434 209**	**-430 921**	**70 960**	↗	**400,4%**	-96 070	**70 532**

DETAIL DU COMPTE DE RESULTAT	2006	2007	2008	2009	2010 *	Evolution	Variation	Moyenne 2006/2010 Mirecourt	Moyenne 2006/2010 11 HL
PRODUITS D'EXPLOITATION	12 640 319	12 819 655	12 721 158	13 046 898	13 343 319	↗	**5,6%**	12 914 270	**7 178 969**
CHARGES D'EXPLOITATION	12 734 442	12 591 442	13 116 489	13 194 499	13 232 796	↗	**3,9%**	12 973 934	**7 079 067**
dont achats et variations de stocks	2 531 353	2 620 334	2 606 576	2 629 053	2 489 586	↘	**-1,6%**	2 575 381	**1 123 974**
dont services extérieurs et autres	1 210 960	1 017 365	1 161 211	936 242	885 349	↘	**-26,9%**	1 042 225	**883 113**
dont charges de personnel	7 753 986	7 653 319	7 860 956	8 090 283	8 304 436	↗	**7,1%**	7 932 596	**4 228 394**
charges de personnel en % des charges d'exploitation	**60,9%**	**60,8%**	**59,9%**	**61,3%**	**62,8%**	↗	**1,87 points**	61,1%	**59,8%**
dont dotations aux amortissements, provisions sur immobilisations	565 960	579 449	720 377	705 578	700 490	↗	**23,8%**	654 371	**324 151**
RESULTAT D'EXPLOITATION	**-94 123**	**228 212**	**-395 332**	**-147 602**	**110 523**	↗	**217,4%**	-59 664	**99 902**
RESULTAT FINANCIER	**130 974**	**53 824**	**-79 889**	**-60 733**	**-63 124**	↘	**-148,2%**	-3 790	**-37 147**
RESULTAT COURANT	**36 851**	**282 037**	**-475 221**	**-208 335**	**47 399**	↗	**28,6%**	-63 454	**62 755**
RESULTAT EXCEPTIONNEL	**-60 549**	**55 408**	**41 012**	**-222 586**	**23 561**	↗	**138,9%**	-32 631	**7 770**

INDICATEURS D'AUTOFINANCEMENT	2006	2007	2008	2009	2010 *	Evolution	Variation	Moyenne 2006/2010 Mirecourt	Moyenne 2006/2010 11 HL
EBE (Excédent Brut d'Exploitation)	439 553	777 187	329 117	583 094	851 830	↗	**93,8%**	596 156	**259 808**
CAF BRUTE (Capacité d'AutoFinancement Brute)	**543 614**	**858 928**	**228 562**	**247 804**	**738 009**	↗	**35,8%**	523 383	**401 733**
- Remboursement des dettes financières	182 387	194 256	215 508	226 617	201 208	↗	**10,3%**	203 995	**124 726**
CAF NETTE (Capacité d'AutoFinancement Nette)	**361 227**	**664 672**	**13 054**	**21 187**	**536 800**	↗	**48,6%**	319 388	**277 006**

EQUILIBRE BILANCIEL	2006	2007	2008	2009	2010 *	Evolution	Variation	Moyenne 2006/2010 Mirecourt	Moyenne 2006/2010 11 HL
FRNG (Fonds de Roulement Net Global)	2 234 929	2 693 607	2 189 045	2 231 408	2 604 671	↗	**16,5%**	2 390 732	**1 400 962**
BFR (Besoin en Fonds de Roulement)	266 409	265 820	305 551	390 392	539 088	↗	**102,4%**	353 452	**334 356**
TRESORERIE	1 968 521	2 427 787	1 883 494	1 841 016	2 065 583	↗	**4,9%**	2 037 280	**1 066 606**
FRNG exprimé en nombre de jours de charges courantes d'exploitation	73	89	69	71	82	↗	**9 jours**	77	**80**
BFR exprimé en nombre de jours de charges courantes d'exploitation	9	9	10	12	17	↗	**8 jours**	11	**18**
TRESORERIE exprimée en nombre de jours de charges courantes d'exploitation	64	80	60	58	65	↗	**1 jour**	65	**62**

RATIOS BILANCIELS	2006	2007	2008	2009	2010 *	Evolution	Variation	Moyenne 2006/2010 Mirecourt	Moyenne 2006/2010 11 HL
Durée apparente de la dette (en nombre de mois) **	47,9	33,3	113,6	93,8	28,2	↘	**- 19,65 mois**	63,4	**38**
Taux d'indépendance financière **	16%	17%	15%	14%	13%	↘	**- 3 points**	15%	**13%**
Délai de règlement fournisseurs (en nombre de jours) **	33	24	33	21	21	↘	**- 8 jours**	26	**28**
Délai d'écoulement des stocks (en nombre de jours) **	7	8	7	6	8	↗	**1 jour**	7	**23**
Taux de vétusté du patrimoine (constuctions) **	39%	39%	42%	45%	46%	↗	**7 points**	42%	**46%**
Taux de vétusté des équipements **	73%	73%	72%	74%	75%	↗	**2 points**	73%	**76%**
Taux de renouvellement des immobilisations **	11%	5%	3%	2%	3%	↘	**- 8 points**	5%	**5%**

* Comptes provisoires 2010 ** Cf. glossaire

ANNEXE 12

Synthèse de l'analyse financière des hôpitaux locaux des Vosges

Evolution synthétique moyenne des grandes masses du compte de résultat

DETAIL DU COMPTE DE RESULTAT (en euros)	Moyenne des onze hôpitaux locaux			
	2006	2010*	Evolution	2006 à 2010*
PRODUITS D'EXPLOITATION	6 898 847	7 691 341	+ 11,49 %	7 178 969
CHARGES D'EXPLOITATION	6 781 197	7 461 499	+ 10,03 %	7 079 067
dont achats et variations de stocks	1 026 689	1 185 448	+ 15,46 %	1 123 974
dont services extérieurs et autres	942 240	904 696	- 3,98 %	883 113
dont charges de personnel	4 005 135	4 477 737	+ 11,80 %	4 228 394
charges de personnel en % des charges d'exploitation	59,33 %	59,87 %	+ 0,54 points	59,75 %
dont dotations aux amortissements, provisions sur immobilisations	319 863	330 704	+ 3,39 %	324 151
RESULTAT D'EXPLOITATION	117 650	229 842	+ 95,36 %	99 902
RESULTAT FINANCIER	- 33 788	- 47 646	- 41,01 %	- 37 147
RESULTAT COURANT	83 863	182 196	+117,25 %	62 755
RESULTAT EXCEPTIONNEL	- 3 987	- 33 961	- 751,79 %	7 770
RESULTAT GLOBAL	79 882	148 235	+ 85,87 %	70 532

** comptes provisoires 2010.*

Evolution synthétique moyenne des agrégats d'équilibre bilanciel

En euros ou en nombre de jours	Moyenne des onze hôpitaux locaux			
	2006	2010*	Evolution	2006 à 2010*
FRNG (Fonds de Roulement Net Global)	1 259 247	1 563 716	+ 24,18 %	1 400 962
BFR (Besoin en Fonds de Roulement)	369 252	243 457	- 34,07 %	334 356
TRESORERIE NETTE	889 995	1 320 259	+ 48,34 %	1 066 606
FRNG en nombre de jours de charges courantes d'exploitation	76	85	+ 9 jours	80
BFR en nombre de jours de charges courantes d'exploitation	19	12	- 7 jours	18
TRESORERIE en nombre de jours de charges courantes d'exploitation	57	73	+ 16 jours	62

** comptes provisoires 2010.*

Evolution synthétique de l'EBE

En euros	Moyenne des onze hôpitaux locaux			
	2006	2010*	Evolution	2006 à 2010*
Excédent Brut d'Exploitation	411 258	497 231	+ 20,90 %	388 804

** comptes provisoires 2010.*

Evolution synthétique moyenne de la CAF brute et de la CAF nette

En euros	Moyenne des onze hôpitaux locaux			
	2006	2010*	Evolution	2006 à 2010*
CAF BRUTE	415 463	493 809	+ 18,86 %	401 733
Remboursement des dettes financières	162 488	101 535	- 37,51 %	124 726
CAF NETTE	252 975	392 275	+ 55,06 %	277 006

** comptes provisoires 2010.*

Evolution synthétique moyenne de la durée apparente de la dette et du taux d'indépendance financière

En euros	Moyenne des onze hôpitaux locaux			
	2006	2010*	Evolution	2006 à 2010*
Durée apparente de la dette (nombre de mois d'autofinancement nécessaire au remboursement de la dette)	38 mois	33 mois	- 5 mois	38 mois
Taux d'indépendance financière (dettes / capitaux permanents)	16 %	13 %	- 3 points	13 %

** comptes provisoires 2010.*

Evolution synthétique moyenne des taux de vétusté du patrimoine et des équipements ainsi que du taux de renouvellement des immobilisations

	Moyenne des onze hôpitaux locaux			
	2006	2010*	Evolution	2006 à 2010*
Taux de vétusté du patrimoine (constructions)	45 %	47 %	+ 2 points	46 %
Taux de vétusté des équipements	74 %	79 %	+ 5 points	76 %
Taux de renouvellement des immobilisations	5 %	7 %	+ 2 points	5 %

** comptes provisoires 2010.*

GLOSSAIRE

Durée apparente de la dette : nombre de mois d'autofinancement nécessaires au remboursement de la dette.

Taux d'indépendance financière : poids de la dette rapportée aux capitaux permanents.

Délai de règlement fournisseurs : rapport en nombre de jours permettant d'estimer le délai moyen de crédit accordé par les fournisseurs.

Délai d'écoulement des stocks : rapport en nombre de jours permettant d'estimer la durée moyenne de rotation des stocks de produits et marchandises.

Taux de vétusté du patrimoine : indicateur de l'usure des constructions et éléments assimilés.

Taux de vétusté des équipements : indicateur de l'usure des équipements hospitaliers.

Taux de renouvellement des immobilisations : rapport entre le montant des investissements réalisés au cours de l'année et l'actif immobilisé brut.

ANNEXE 13

Liste des sigles utilisés

Sigles	Intitulés
AGGIR	Grille d'évaluation de la dépendance GIR
AMP	Aide médico-psychologique
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASQ	Aide-soignante qualifié
CHG	Centre hospitalier général
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
EHPAD	Etablissements d'hébergement personnes âgées dépendantes
EMS	Etablissement médico-social
ES	Etablissement de santé
FAM	Foyer d'accueil médical
GIR	Groupe iso-ressource
GMP	GIR moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HL	Hôpital local
Loi HPST	Loi "Hôpital, patients, santé, territoires"
PASA	Pôle d'activités et de soins adapté (accueil de jour pour patients Alzheimer)
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
PUI	Pharmacie à usage interne
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
USLD	Unité de soins et de longue durée
UVP	Unité de vie protégée