



Le président
GD170286

Le 10 avril 2017

à

Dossier suivi par :
Evelyne LEGRAND, greffière de la 4ème section
T. 05 56 56 47 00
Mel. alpc@crtc.ccomptes.fr
Contrôle n° 2015-0173

Objet : observations définitives relatives à l'examen de la
gestion du centre hospitalier de Rochefort

P.J. : 1 rapport

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le directeur
du centre hospitalier de Rochefort
1 avenue de Bélignon
BP 30009

17301 ROCHEFORT Cedex

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier de Rochefort pour les exercices 2009 et suivants, ainsi que la réponse qui a été apportée.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, par son président qui en a également été destinataire.

Ce rapport pourra alors être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, le rapport d'observations est transmis au préfet, au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé.

Jean-François Monteils



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
EXAMEN DE LA GESTION DU CENTRE HOSPITALIER
DE ROCHEFORT

A COMPTER DE L'EXERCICE 2009

(N° 017020996)

La chambre régionale des comptes d'Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes a examiné, le 28 avril 2016, la gestion du centre hospitalier de Rochefort à compter de 2009. Le 29 novembre 2016, les réponses au rapport d'observations provisoires ont fait l'objet d'un délibéré, à l'issue duquel le rapport d'observations définitives a été établi.

Le contrôle s'inscrit dans le cadre de l'examen des suites du précédent contrôle, de l'activité, de la gouvernance et du pilotage médico économique, de la situation financière et de la gestion des ressources humaines.

Sommaire :

1	LA SYNTHÈSE DU RAPPORT	8
2	LES RECOMMANDATIONS ET RAPPEL DES OBLIGATIONS JURIDIQUES.....	10
3	LA PROCÉDURE DE CONTRÔLE.....	12
4	LES SUITES PORTÉES AUX OBSERVATIONS DU PRÉCÉDENT CONTRÔLE	12
5	UN ÉTABLISSEMENT DE PROXIMITÉ QUI A RENFORCÉ SON POSITIONNEMENT AU SEIN DU TERRITOIRE DE SANTÉ	12
5.1	PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT	12
5.2	UN POSITIONNEMENT RENFORCÉ AU SEIN DE SON TERRITOIRE DE SANTÉ	13
5.2.1	<i>Les atouts issus du bassin de population.....</i>	<i>13</i>
5.2.2	<i>Le positionnement comme premier niveau d'intervention</i>	<i>13</i>
5.2.3	<i>Une attractivité qui a nettement progressé depuis 2010.....</i>	<i>14</i>
5.3	LA POLITIQUE STRATÉGIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT SE CARACTÉRISE PAR UN EFFORT DE RESTRUCTURATION.....	14
5.3.1	<i>Le projet d'établissement 2013-2017: entre économies et réorganisation de l'offre</i>	<i>14</i>
5.3.2	<i>Les orientations inscrites au sein des différents contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) ...</i>	<i>15</i>
5.4	LE DYNAMISME DES COOPÉRATIONS MISES EN PLACE	15
5.4.1	<i>Les bénéfices de la direction commune avec le centre hospitalier de Marennes</i>	<i>15</i>
5.4.2	<i>L'hôpital de Saint-Pierre-d'Oléron</i>	<i>15</i>
5.4.3	<i>L'opportunité de la création du GCS en chirurgie</i>	<i>16</i>
5.4.4	<i>L'activité d'imagerie non-conventionnelle du CH Rochefort s'est développée au sein d'un GCS</i>	<i>20</i>
5.4.5	<i>La stratégie de développement d'actions de partenariat avec l'hôpital de La Rochelle-Ré-Aunis</i>	<i>21</i>
5.4.6	<i>L'intégration à la communauté hospitalière de territoire (CHT) : « Atlantique 17 »</i>	<i>22</i>
6	LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE MÉDICO ÉCONOMIQUE	23
6.1	LES INSTANCES DÉCISIONNELLES SONT EN PLACE	23
6.1.1	<i>Le conseil de surveillance</i>	<i>23</i>
6.1.2	<i>Le directoire.....</i>	<i>23</i>
6.1.3	<i>Les autres instances consultatives.....</i>	<i>23</i>

6.2	LA GOUVERNANCE INTERNE EST PERTINENTE ET A EVOLUE DANS LE TEMPS	25
6.2.1	<i>Le découpage en pôles s'est adapté aux évolutions de l'activité.....</i>	25
6.2.2	<i>Les contrats de pôles sont mis en place</i>	26
6.3	DES OUTILS DE PILOTAGE A ADAPTER AUX SPECIFICITES DE L'ACTIVITE	26
6.4	LE MANAGEMENT PAR LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS EST UNE PREOCCUPATION INTEGREE DANS LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	27
7	UNE PERIODE CARACTERISEE PAR UNE PROGRESSION SIGNIFICATIVE DE L'ACTIVITE	28
DU CH		
7.1	LES POINTS FORTS EN MATIERE D'ACTIVITE MEDICALE	28
7.1.1	<i>L'optimisation des capacités - lits par discipline.....</i>	28
7.1.2	<i>La progression des séjours en hospitalisation complète est significative depuis 2010.....</i>	28
7.1.3	<i>L'activité ambulatoire est le point fort de l'établissement</i>	28
7.1.4	<i>L'activité chirurgicale est parmi les plus performantes (hors de l'anesthésie)</i>	29
7.1.5	<i>Une maternité de plus en plus attractive</i>	29
7.1.6	<i>L'activité du service des urgences témoigne du renfort du positionnement de l'hôpital.....</i>	30
7.2	LES POINTS FAIBLES SONT PEU NOMBREUX.....	30
7.2.1	<i>Une amélioration possible du codage des séjours.....</i>	30
7.2.2	<i>L'activité des anesthésistes est fluctuante</i>	31
7.3	LES CONTROLES DE L'ASSURANCE MALADIE SUR LA TARIFICATION A L'ACTIVITE	31
8	LES MOYENS HUMAINS AUGMENTENT NETTEMENT SUR LA PERIODE.....	31
8.1	UNE AUGMENTATION DES PERSONNELS DE SOINS CONTRACTUELS.....	31
8.1.1	<i>Le nombre de contractuels a progressé rapidement.....</i>	31
8.1.2	<i>Une augmentation due aux effectifs soignants</i>	32
8.2	L'EVOLUTION DES EFFECTIFS DU PERSONNEL MEDICAL.....	32
8.2.1	<i>L'effectif médical évolue surtout du fait des contractuels</i>	32
8.2.2	<i>Le recours à l'intérim médical s'inscrit désormais dans le respect de la réglementation</i>	32
8.2.3	<i>Le recours aux praticiens contractuels est justifié par les difficultés de recrutement mais est contraire à la réglementation</i>	33
8.2.4	<i>Une rémunération variable prévue au sein des contrats qui ne se réfère à aucun indicateur d'activité</i>	35

8.3	LA GESTION ADMINISTRATIVE DU PERSONNEL MEDICAL.....	35
8.3.1	<i>Le temps de travail médical : le cas de l'antenne SMUR d'Oléron</i>	35
8.3.2	<i>L'organisation de la permanence des soins</i>	36
8.3.3	<i>La forfaitisation des astreintes a été source de maîtrise des dépenses.....</i>	36
8.3.4	<i>Les règles d'attribution des plages de temps additionnel ne sont pas formalisées.....</i>	37
8.3.5	<i>Le développement de l'activité des praticiens intervenants sur plusieurs sites</i>	38
8.4	LA COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE DOIT ETRE REACTIVEE	38
8.5	LE TEMPS DE TRAVAIL DU PERSONNEL NON MEDICAL	39
8.5.1	<i>L'accord RTT n'a pas été modifié depuis 2002.....</i>	39
8.5.2	<i>Le temps de travail effectif n'est pas toujours conforme à la réglementation.....</i>	39
8.5.3	<i>L'attribution de jours supplémentaires au titre de l'habillage et déshabillage n'est pas conforme à la réglementation sur le temps de travail</i>	40
8.5.4	<i>Le régime des astreintes doit être évalué</i>	40
8.5.5	<i>Le volume d'heures supplémentaires est conséquent</i>	40
8.6	LE REGIME INDEMNITAIRE DES PERSONNELS NON-MEDICAUX N'EST PAS CONFORME A LA REGLEMENTATION	41
8.6.1	<i>La prime de début de carrière est versée à tort aux agents contractuels</i>	41
8.6.2	<i>L'indemnité de sujétion des aides-soignants.....</i>	41
8.6.3	<i>L'indemnité de travail de nuit et la majoration</i>	42
8.6.4	<i>L'attribution de la prime de service</i>	42
8.6.5	<i>L'établissement a engagé des actions afin d'améliorer les conditions de travail</i>	42
9	LA CHAINE DE FACTURATION	44
9.1	DES RESTES A RECOUVRER QUI AUGMENTENT EN NOMBRE ET EN MONTANT	44
9.2	LE CONTROLE DES REGIES EST A AMELIORER.....	45
10	LA FIABILITE DES COMPTES.....	45
10.1	LA SINCERITE DES PREVISIONS BUDGETAIRES S'EST AMELIOREE	45
10.2	L'INVENTAIRE DES BIENS EST INEXISTANT	45
10.3	LE RATTACHEMENT DES CHARGES ET DES PRODUITS.....	45
10.3.1	<i>Cession des éléments d'actif.....</i>	46

10.4	LES PROVISIONS ONT ETE DOTEES SUR LA PERIODE EXAMINEE	46
10.4.1	<i>Le programme d'investissement a impacté la provision pour renouvellement des immobilisations</i>	46
10.4.2	<i>Un effort pur doter la provision au titre des comptes épargnes temps.....</i>	47
10.5	LE RECOURS AUX REQUISITIONS DU COMPTABLE A ETE SYSTEMATISE ENTRE 2009 ET 2014.....	47
11	UNE SITUATION BUDGETAIRE « SOUS SURVEILLANCE »	48
11.1	L'EVOLUTION DU RESULTAT DU BUDGET PRINCIPAL	49
11.2	LE DYNAMISME DES RECETTES ENTRE 2010 ET 2013	49
11.2.1	<i>Les recettes de titre 1 : une évolution contrastée.....</i>	49
11.2.2	<i>La forte progression des recettes de titre 2.....</i>	50
11.2.3	<i>Les « autres produits » sont un enjeu majeur pour le CH de Rochefort</i>	50
11.3	UNE EVOLUTION TRES DYNAMIQUE DES DEPENSES	52
11.3.1	<i>Les dépenses de personnels sont les dépenses qui augmentent le plus rapidement</i>	52
11.3.2	<i>Les dépenses médicales reflètent l'évolution de l'activité</i>	52
11.3.3	<i>Les dépenses hôtelières et générales sont impactées par la création des GCS.</i>	53
11.3.4	<i>Les dépenses de titre 4 sont en baisse sur la période</i>	53
11.3.5	<i>Des indicateurs de performance des dépenses qui sont contrastés.....</i>	53
11.4	L'EVOLUTION DES RECETTES ET DEPENSES DES BUDGETS ANNEXES	54
11.4.1	<i>Le budget de l'unité de soins de longue durée (USLD).....</i>	54
11.4.2	<i>Le budget de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) reste équilibré depuis l'ouverture du pôle de gériatrie</i>	54
11.4.3	<i>Le budget annexe des instituts de formation est légèrement excédentaire</i>	55
11.4.4	<i>Le Centre d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)</i>	55
11.5	L'EVOLUTION DU RESULTAT CONSOLIDE	55
12	LES PRINCIPAUX INVESTISSEMENTS DE L'ETABLISSEMENT : LA RECONSTRUCTION DE L'HOPITAL ET LA CONSTRUCTION D'UN CENTRE DE GERONTOLOGIE.....	56
12.1	L'ENJEU MAJEUR DE LA CONSTRUCTION D'UN NOUVEL HOPITAL	56
12.1.1	<i>Description de l'opération.....</i>	56
12.1.2	<i>Le déroulement de l'opération.....</i>	56
12.1.3	<i>Le financement de l'opération</i>	56

12.2	LA CONSTRUCTION DU CENTRE DE GERONTOLOGIE PERMET D'ACHEVER LA RESTRUCTURATION DE TOUTES LES ACTIVITES DE L'ETABLISSEMENT	57
12.2.1	<i>La description de l'opération</i>	57
12.2.2	<i>Le financement de l'opération</i>	57
12.3	L'IMPACT DES CONSTRUCTIONS NEUVES SUR LES RATIOS D'ENDETTEMENT	58
12.3.1	<i>Le niveau de l'endettement de l'établissement</i>	58
12.3.2	<i>La structure de la dette.....</i>	59
12.3.3	<i>Les principaux ratios de la dette.....</i>	59
12.4	LES PRINCIPAUX INDICATEURS FINANCIERS	60
12.4.1	<i>Le taux de marge brute</i>	60
12.4.2	<i>Le niveau de la CAF et le taux de CAF.....</i>	60
12.4.3	<i>Le fonds de roulement net global s'améliore mais demeure en-dessous de la médiane (FRNG)</i>	61
12.4.4	<i>Le besoin en fonds de roulement.....</i>	61
12.4.5	<i>La trésorerie</i>	61
12.4.6	<i>Le taux de renouvellement des immobilisations est un point fort.....</i>	62
12.5	LA STRATEGIE D'INVESTISSEMENT A MOYEN TERME : LE PGFP	62
13	GLOSSAIRE	63
14	ANNEXES	65

1 La synthèse du rapport

Entre 2009 et 2014, le centre hospitalier de Rochefort est passé d'un positionnement d'établissement de proximité, à celui d'un opérateur unique et incontournable du territoire de santé. En effet, il a bénéficié d'un report d'activité chirurgicale et obstétricale du fait des recompositions de l'offre de soins locale (fermeture de la clinique « Kapa » et fermeture de la maternité privée de Royan). La stratégie de déploiement de son activité sur les sites de Marennes et de Saint-Pierre-d'Oléron et une coopération renforcée avec le centre hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis lui ont permis de renforcer son attractivité. Enfin, le déménagement au sein du nouvel hôpital a eu pour incidence une progression sensible de son activité surtout entre 2011 et 2012 et un réel bénéfice en termes de qualité d'hébergement pour les patients.

Les indicateurs qualitatifs qui permettent de comparer le centre hospitalier de Rochefort aux autres établissements de sa catégorie sont contrastés. Bon nombre d'indicateurs le placent parmi les 20% les plus performants : taux d'utilisation des places de chirurgie ambulatoire, activité par chirurgien, taux de pratique de chirurgie ambulatoire, taux de césarienne. Certains indicateurs le placent parmi les moins performants, comme le taux de péridurale, et les durées moyennes de séjours.

La progression des effectifs non-médicaux découle de la très sensible augmentation d'activité (+12,8 % sur la période, soit une progression de 122,53 équivalents temps plein entre 2009 et 2014). Cela conduit l'établissement à recourir de manière importante aux contractuels, lesquels représentent 31% des effectifs en 2014.

Les effectifs médicaux sont surtout marqués par une grande disparité des statuts et des modalités de rémunération. En effet, les praticiens hospitaliers cohabitent avec de nombreux médecins libéraux rémunérés à l'acte dans le cadre du groupement de coopération sanitaire (GCS) du « Pays Rochefortais » et du groupement de coopération sanitaire en imagerie. Par voie de conséquence, la progression des honoraires des praticiens est très importante sur la période (+ 453%).

Pour faire face à des difficultés de recrutements, la direction de l'établissement a recruté des anesthésistes contractuels remplaçants sous contrat à durée indéterminée, avec une rémunération au 13^{ème} échelon de l'échelle de praticien hospitalier augmentée de + 45%, ce qui n'est pas conforme à la réglementation.

Le temps de travail des personnels non-médicaux appelle quelques remarques concernant le décompte du temps d'habillage et de déshabillage, lequel fait l'objet d'une forfaitisation annuelle sous forme d'attribution de 3 jours de congés supplémentaires. Ce décompte, mis en place lors du déménagement dans le nouvel hôpital, ne respecte pas la réglementation, ce temps demeurant du temps de travail et non du temps libre. L'établissement s'est engagé à mener une réflexion avec les partenaires sociaux afin de se mettre en conformité avec la réglementation.

Certaines primes versées aux contractuels ne sont pas prévues par la réglementation et pas toujours inscrites dans les contrats. L'ordonnateur s'est engagé à établir des avenants aux contrats, permettant d'intégrer le paiement des primes, ainsi qu'à modifier le guide de la rémunération de l'établissement.

La structure budgétaire de l'établissement est atypique, ce qui rend l'analyse des recettes et des dépenses complexe. La présence de plusieurs groupements de coopération sanitaire suscite des transferts de charges et de recettes entre les différents titres de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD). Il est donc impératif d'améliorer la comptabilité analytique interne par une analyse des conséquences économiques des groupements de coopération sanitaire (GCS) sur la structure budgétaire de l'établissement, comprenant les coûts directs et indirects. Les recettes liées à l'activité augmentent de façon très significative sur la période. Pour autant, celles qui progressent le plus rapidement sur la période sont les « autres recettes » (de titre 3 : +7,7 M€, soit + 96,4 %). Cette situation est due à la fois aux reprises de provisions pour faire face aux dépenses d'investissement et aux recettes générées par les groupements de coopération sanitaire (GCS).

Le résultat consolidé de l'établissement est déficitaire, en 2011 du fait du budget de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en 2013 du fait du budget principal. La progression du poids des charges financières et du net ralentissement des recettes à l'activité ainsi que des dotations aux amortissements et aux provisions contraignent l'établissement à davantage de vigilance sur ses dépenses. A l'avenir, les charges financières et l'endettement vont peser sur l'équilibre budgétaire du centre hospitalier de Rochefort.

Le comptable a été fréquemment réquisitionné par le directeur (plus de 100 réquisitions entre 2009 et 2014). La procédure de réquisition ne saurait être un mode de gestion courant et les relations entre l'ordonnateur et le comptable mériteraient d'être renouvelées.

Les deux projets architecturaux de grande envergure ont été les vecteurs de restructuration interne et d'amélioration de l'offre de soins pour les patients et les résidents. Les deux projets ont pu être menés à bien grâce à des aides substantielles mais également grâce à des efforts de gestion interne.

2 Les recommandations et rappel des obligations juridiques

Les recommandations et rappels d'obligations juridiques formulés par la Chambre donnent lieu à un suivi de leur mise en œuvre.

La typologie suivante est utilisée :

- « recommandation ou rappel d'obligation juridique non mis en œuvre ;
- recommandation ou rappel d'obligation juridique dont la mise en œuvre est en cours ;
- recommandation ou rappel d'obligation juridique dont la mise en œuvre est incomplète ;
- recommandation ou rappel d'obligation juridique totalement mise en œuvre ;
- recommandation ou rappel d'obligation juridique devenu sans objet
- refus de mettre en œuvre la recommandation ou le rappel d'obligation juridique. »

Rappel d'obligations juridiques, formulées au cours du contrôle actuel, à mettre en œuvre

La chambre régionale des comptes rappelle à l'ordonnateur du centre hospitalier de Rochefort, l'obligation de :

- **rappel N°1 dont la mise en œuvre est en cours** : formaliser des contrats pour chaque praticien participant à la permanence des soins (conformément aux articles 4, 5 à 8 de l'arrêté du 30 avril 2008 modifié) ;
- **rappel N°2 non mis en œuvre** : respecter les niveaux de rémunération prévus à l'article D. 6152-416 du code de la santé publique, en matière de recrutement de médecins au titre des remplacements ponctuels (article L. 6152-1 alinéa 2 du code de la santé publique) ;
- **rappel N°3 non mis en œuvre** : procéder au suivi du temps additionnel grâce aux tableaux de suivi quadrimestriel, par praticien et par pôle (décret n°2007-450 du 25 mars 2007, instruction codificatrice n°07-024 MO du 30 mars 2007 et article D. 1617-19 du code général des collectivités territoriales) ;
- **rappel N°4 totalement mis en œuvre** : adapter le roulement de travail du SMUR d'Oléron pour le rendre conforme à la réglementation (conformément à l'article R. 6152-27 du code de la santé publique) ;
- **rappel N°5 non mis en œuvre** : appliquer les règles relatives au temps de travail du personnel non-médical, notamment concernant le décompte du temps d'habillage et déshabillage, lequel demeure du temps de travail effectif (conformément aux décrets N°2008-464 du 15 mai 2008 et 2008-1060 du 14 octobre 2008 et circulaire interministérielle du 16 octobre 2008) ;
- **rappel N°6 dont la mise en œuvre est en cours** : appliquer la réglementation concernant le régime indemnitaire des agents contractuels ;
- **rappel N°7 dont la mise en œuvre est en cours** : s'assurer, indépendamment du comptable, de la qualité des comptes et de la véracité des flux de caisse des régies, via le déploiement des mesures de vérification sur pièces et sur place présentées au chapitre 3 du titre 6 de l'instruction codificatrice n° 06-031-A-BM du 21 avril 2006 ;
- **rappel N°8 non mis en œuvre** : établir un inventaire de ses biens, constitué à partir des fiches d'immobilisations, qui puisse être comparé avec l'état de l'actif du comptable et ce, en conformité avec l'instruction budgétaire et comptable M21 (et précisées dans le tome 2 §2.2.1 du chapitre 2 du titre 5 et le tome 3 § 5 du chapitre 2).

Recommandations

- **recommandation N°1 dont la mise en œuvre est en cours** : l'établissement doit actualiser son règlement intérieur ;
- **recommandation N°2 dont la mise en œuvre est en cours** : l'établissement gagnerait à structurer une comptabilité analytique propre aux activités déployées dans le cadre des groupements de coopération sanitaires, afin de justifier les taux de redevance appliqués et mieux en apprécier l'impact sur l'équilibre budgétaire de l'hôpital ;
- **recommandation N°3 dont la mise en œuvre est en cours** : mener une évaluation du dispositif des astreintes, notamment pour le personnel technique ;
- **recommandation N°4 dont la mise en œuvre est en cours** : le directeur ne doit avoir recours à la procédure de réquisition du comptable que de façon justifiée et solliciter ce dernier au travers des missions de conseil dont il dispose ; il doit veiller à informer le conseil de surveillance des réquisitions.

3 La procédure de contrôle

La chambre a inscrit au programme 2015 l'examen de la gestion du centre hospitalier de Rochefort à compter de 2009. L'ouverture du contrôle a été notifiée au directeur, M. Pierrick Dieumegard, le 9 octobre 2015.

L'entretien de début de contrôle s'est déroulé le 24 novembre 2015 avec M. Dieumegard, directeur du centre hospitalier de Rochefort et son équipe de direction.

L'entretien préalable avec M. Dieumegard, actuel directeur du centre hospitalier de Rochefort, a eu lieu le 3 mars 2016, en présence de son équipe de direction.

Le rapport d'observation provisoires a été adressé à l'ordonnateur ainsi que des extraits les concernant au président du conseil de surveillance et à diverses personnes mises en cause. Par ailleurs, des communications administratives ont été adressées à l'agence régionale de santé (ARS) et à la direction départementale des finances publiques (DDFIP).

Les réponses reçues ont été analysées par la chambre lors de son délibéré en date du 29 novembre 2016.

4 Les suites portées aux observations du précédent contrôle

La gestion de l'hôpital de Rochefort a fait l'objet d'un examen de la chambre régionale des comptes portant sur les années 2005-2007. Cet examen a donné lieu, le 10 avril 2009, à la rédaction d'un rapport à fin d'observations définitives.

Le précédent rapport soulignait que le règlement intérieur de l'établissement gagnerait à être actualisé, notamment pour ce qui concerne la composition des instances internes. Le règlement intérieur en vigueur est toujours celui de 2008 et n'a fait l'objet d'aucune actualisation. La chambre renouvelle sa recommandation d'actualiser son règlement intérieur, ce dont l'établissement a pris note.

5 Un établissement de proximité qui a renforcé son positionnement au sein du territoire de santé

5.1 Présentation du centre hospitalier de Rochefort

Développant son activité sur un seul site, il dispose depuis 2014 de 502 lits et places installés en médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelles, unité de soins de longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Du fait de la construction de l'hôpital neuf (2011) et d'un centre de gériatrie (2013), l'établissement a vu sa capacité en lits augmenter entre 2009 et 2014, passant de 446 à 502 lits et places. Il assure la mission spécifique de soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et la formation des infirmières et aides-soignants au sein d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et d'un institut de formation d'aides-soignants (IFAS).

La capacité de lits en médecine comprend désormais 8 lits de surveillance médicale continue depuis la disparition de l'activité de réanimation en 2008 (conformément au SROS III). La maternité est dite de « Niveau 2 ». Les activités de gynécologie et d'obstétrique sont regroupées dans un ensemble de 25 lits.

Le plateau technique de l'établissement est composé d'un scanner et d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Les deux appareils sont gérés par un groupement de coopération sanitaire. Compte tenu de la progression accrue de l'activité, le GCS a obtenu en 2015, une autorisation pour disposer d'un deuxième scanner et d'un deuxième IRM spécialisé. Depuis l'ouverture du nouveau site hospitalier en 2011, l'établissement dispose de 8 salles d'interventions chirurgicales dont un bloc obstétrical et une salle dédiée à la pose de

pacemakers. Ce plateau technique a permis d'absorber l'activité chirurgicale de la Clinique « Kapa » de Rochefort lors de sa fermeture.

Par ailleurs, un laboratoire, une pharmacie à usage intérieur et une stérilisation complètent le plateau technique. Certaines activités de laboratoire sont inscrites au sein d'un GCS de moyens avec l'hôpital de La Rochelle-Ré-Aunis.

L'établissement dispose d'une offre de soins ne nécessitant pas de capacités en lits : une offre de prise en charge en addictologie au travers d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ; il est également le siège d'une équipe de liaison en addictologie, d'une équipe mobile d'évaluation gériatrique, d'une équipe mobile de soins palliatifs et d'une consultation d'annonce dans le domaine carcinologique. Enfin, il dispense des consultations au sein de la maison d'arrêt (une unité de consultations et de soins ambulatoires) et d'un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

A fin 2014, l'hôpital de Rochefort emploie 85,11 équivalents temps plein de personnels médicaux et 984,45 équivalents temps plein de personnels non-médicaux. Son budget principal de fonctionnement est de 86,5 M€. Le budget consolidé est de 96 M€, réparti en 5 budgets distincts : le budget de l'hôpital, dit budget principal, l'unité de long séjour, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les instituts de formation et le CSAPA.

5.2 Un positionnement renforcé au sein de son territoire de santé

L'hôpital de Rochefort bénéficie d'un positionnement renforcé grâce à un territoire attractif, à la construction d'un hôpital neuf et à un report d'activité du secteur privé. L'évolution positive de ses parts de marché en est le reflet.

5.2.1 Les atouts issus du bassin de population

L'hôpital de Rochefort se situe dans un bassin de population dont les caractéristiques de croissance sont favorables du fait d'un solde migratoire positif. Les simulations démographiques font progresser rapidement la population du département, qui est classé 5^{ème} département le plus attractif de France entre 2010 et 2040. Ce sont les aires de Rochefort et de Royan qui progresseraient le plus. Par ailleurs, le territoire de santé bénéficie d'une densité de professionnels de santé libéraux supérieure à celle de la France métropolitaine, notamment pour ce qui concerne les médecins généralistes (121/100 000 habitants dans le département, contre 106 en France métropolitaine), mais inférieure pour les spécialistes (76/100 000 dans le département contre 69 en région mais 94 en France métropolitaine).

Enfin, les besoins de santé sont importants puisque le vieillissement de la population y est plus rapide que pour les autres territoires de l'ex-région Poitou-Charentes. Les données publiées par l'ARS mentionnent l'indice de vieillissement au 1^{er} janvier 2012 comme étant plus élevé dans le département de la Charente-Maritime (110,8), contre 97,1 pour l'ancienne région et 72,7 pour la France métropolitaine. Le taux de mortalité constaté est supérieur dans le département de la Charente-Maritime (11,3) à celui de la région (10,7) et celui de la France métropolitaine (8,8).

5.2.2 Le positionnement comme premier niveau d'intervention

Le territoire de santé de proximité est défini ainsi au sein du SROS-PRS : « Territoires d'accès aux soins hospitaliers de proximité accessible pour les patients dans un délai de 30 minutes et disposant, au minimum, des quatre activités suivantes : médecine, médecine d'urgence, imagerie médicale (scanner), laboratoire ». L'hôpital de Rochefort appartient au territoire de santé de la Charente-Maritime Nord. Il est identifié au sein du SROS-PRS¹ comme établissement disposant d'un niveau de proximité : « Le niveau de proximité prend en charge les patients en dehors des complications nécessitant un recours à un niveau plus élevé. Il s'appuie sur un plateau technique

¹ SROS –PRS de la région Poitou-Charentes publié le 15 décembre 2011

adapté à ses missions et utilise les compétences de l'établissement de référence. Il participe également aux réseaux de soins ».

En ce qui concerne la chirurgie, l'établissement de Rochefort est identifié comme premier niveau d'intervention pour le territoire de santé de proximité. En matière de cancérologie, il est dit « site intermédiaire » disposant de deux implantations au titre de la cancérologie digestive et mammaire et une implantation au titre de la chimiothérapie. Il ne détient plus d'autorisation en matière de cancérologie gynécologique.

5.2.3 Une attractivité qui a nettement progressé depuis 2010

Les parts de marché de l'hôpital de Rochefort connaissent une augmentation significative entre 2010 et 2013. Cette évolution est consécutive au transfert de l'activité chirurgicale de la clinique « Kapa » vers le nouvel hôpital en 2011, ainsi qu'à une progression de l'activité obstétricale liée depuis 2014 à la fermeture de la maternité de la clinique de Royan. En revanche, son positionnement est stable concernant les disciplines médicales, y compris en cancérologie, les parts de marché en séances de chimiothérapie augmentant quant à elles de manière significative.

Le détail de l'évolution des parts de marché est le suivant :

Détail des parts de marché par disciplines	2010	2011	2012	2013	2014
Part de marché globale en <u>médecine</u> sur la zone d'attractivité	58,1 %	56,9 %	57,9%	58,3%	57,4%
Part de marché en <u>chirurgie (HC)</u> sur la zone d'attractivité	33,8%	34,8%	34,7%	33,8%	34,7%
Part de marché en <u>obstétrique</u> sur la zone d'attractivité	60,1%	62,4%	64,3%	63,8%	63,6%
Part de marché en hospitalisation en <u>cancérologie</u> sur la zone d'attractivité (hors séances)		38,5%	37,6%	34,8%	37,4%
Part de marché en <u>séances de chimiothérapie</u> sur la zone d'attractivité	6,7%	11,1%	15,4%	19,5%	20,8%

Source : données Hospidiag

5.3 La politique stratégique de l'établissement se caractérise par un effort de restructuration

Entre 2009 et 2013, l'hôpital de Rochefort a connu des restructurations internes significatives qui s'inscrivaient dans les différents contrats pluriannuels de moyens. Le plan de maîtrise des dépenses d'assurance maladie 2015-2017 met en place des indicateurs plus contraignants et demande un nouvel effort de restructuration.

5.3.1 Le projet d'établissement 2013-2017 : entre économies et réorganisation de l'offre

Le précédent projet d'établissement 2008-2012 prévoyait la mise en œuvre des objectifs inscrits dans le SROS III, comprenant la construction du nouvel hôpital (2011), ainsi que l'achèvement de la construction du centre de gériatrie (2013). L'organisation de la filière gériatrique et la coopération avec les praticiens libéraux constituaient deux axes forts au sein du précédent projet d'établissement.

Le nouveau projet d'établissement pour la période 2013-2017, comprend les objectifs stratégiques suivants : maintenir une offre de proximité de qualité, faire évoluer les organisations médicales vers des prises en charge ambulatoires, développer les coopérations hospitalières, développer les relations ville-hôpital et rechercher l'efficacité des activités supports, notamment dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire (blanchisserie et gestion des achats traités par le centre hospitalier de La Rochelle ; les réflexions autour de l'organisation de la pharmacie, des activités de biologie, de stérilisation et de radiologie sont à poursuivre).

5.3.2 Les orientations inscrites au sein des différents contrats d'objectifs et de moyens (CPOM)

Le CPOM de 2010 comprenait, pour l'hôpital, la contrainte d'intégrer les personnels de la clinique « Kapa » (18 agents en contrats à durée indéterminée et mise à disposition de 12 agents), ainsi que les praticiens libéraux dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire

Par la suite, un avenant au CPOM en date du 6 janvier 2014 met en place un « plan de retour à l'équilibre » de l'hôpital de Rochefort. Cet avenant prévoit l'engagement de l'établissement à revenir à une situation budgétaire équilibrée dès 2015 grâce à des mesures d'organisation des activités et de maîtrise des dépenses.

Enfin, une actualisation du CPOM en date de 2015, insère des indicateurs plus contraignants liés au plan de maîtrise de l'ONDAM². Il s'agit notamment des cibles de progression de la masse salariale (taux annuel inférieur à 0,89% pour le personnel non-médical pour un taux constaté de 3,1% en 2014 ; 1,52% comme taux cible 2015 pour le personnel médical, pour un taux de 3,2% constaté en 2014), un résultat comptable du budget principal qui doit être au moins à l'équilibre, un taux d'absentéisme cible fixé à 8,5% pour 2015 (réalisé 2014 : 9%). Concernant le taux de marge brute cible³, ce dernier est de 8% pour un taux constaté à 10,17%.

Cependant, ce plan insère un objectif de transformation de lits d'hospitalisation complète en lits d'hospitalisation de semaine dès 2015 (soit une fermeture de six équivalents lits), contraignant l'hôpital à poursuivre ses efforts de restructuration.

5.4 Le dynamisme des coopérations mises en place

L'hôpital de Rochefort a développé des axes de coopération très importants, à la fois avec les praticiens libéraux du bassin de population mais également avec les établissements publics de santé du territoire, et ce, dans un contexte de concurrence accrue avec le secteur privé. Si ces coopérations représentent de réelles opportunités, les formules nouvelles utilisées demandent un suivi juridique et comptable rigoureux, afin de garantir les intérêts de l'hôpital sur le moyen et long terme.

5.4.1 Les bénéfices de la direction commune avec le centre hospitalier de Marennes

L'hôpital de Marennes dispose d'instances propres mais est géré en « direction commune » avec le centre hospitalier de Rochefort depuis 1^{er} novembre 2007. La convention de direction commune, date du 21 décembre 2007, et s'était donnée pour objectif de « *créer une dynamique de partenariat entre les deux structures, consolider et développer le dispositif de prise en charge des personnes âgées à Marennes, renforcer la filière gériatrique sur le sud du territoire de santé* ». L'établissement dispose d'un cadre de direction sur site, rattaché à la direction du pôle gériatrique de l'hôpital de Rochefort.

En termes de fonctionnement interne, l'hôpital de Marennes comprend une offre de proximité de 21 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de 185 lits d'EHPAD. Grâce à la présence d'une antenne du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie de Rochefort (CSAPA), il peut proposer des consultations en addictologie. En outre, il peut proposer des consultations externes spécialisées, assurées par des médecins de Rochefort et des médecins généralistes exerçant à titre libéral.

Enfin, la direction commune permet à l'établissement d'envisager un agrandissement de 27 lits d'EHPAD, dont 12 orientés vers la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

5.4.2 L'hôpital de Saint-Pierre-d'Oléron

La coopération entre les deux établissements est ancienne et organisée autour d'une antenne de consultations en addictologie du CSAPA, de la mise en place d'un hôpital de jour gériatrique et d'une maison

² Cf. Point 3.3.3 Plan d'efficience et de performance du système de soins 2015-2017

³ Taux de marge « avec aides », c'est-à-dire dont les modalités de calcul intègrent le montant des aides perçu par l'établissement

médicale de garde. L'hôpital de jour fonctionne depuis 2005, grâce aux équipes soignantes et médicales de l'hôpital de Rochefort.

Les disciplines dans lesquelles sont organisées les consultations avancées grâce aux praticiens de Rochefort sont les suivantes :

- Orthopédie ;
- Pneumologie ;
- Gynécologie ;
- Urologie ;
- ORL depuis 2016.

La permanence médicale de garde s'organise grâce à une convention du 20 septembre 2012, qui permet la mise à disposition d'un praticien de Rochefort présent sur place les nuits et week-ends. Depuis le 23 juin 2013, cette permanence s'inscrit dans le cadre d'une maison médicale de garde (MMG) entre l'hôpital de Rochefort et l'association « urgences médicales du bassin de vie Rochefortais, ce qui permet une meilleure coordination entre les urgences médicales du ressort de la médecine de ville et les urgences hospitalières.

Par ailleurs, l'organisation de la prise en charge des urgences estivales s'effectue grâce à un dispositif de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Ce dispositif a été source de difficultés importantes de fonctionnement sur la période contrôlée, en raison de la difficulté de recruter les personnels. L'établissement a recruté des praticiens contractuels à des niveaux de rémunération élevés dont le paiement des temps additionnels a été rejeté par le comptable (pour tous les exercices entre 2009 et 2011). En conséquence, le directeur de l'établissement a décidé de le réquisitionner. L'organisation s'est améliorée depuis que l'effectif des praticiens du service des urgences de l'hôpital de Rochefort s'est renforcé, mais sans permettre de ne plus avoir recours aux contractuels. Le coût de cette antenne paraît important au regard de la baisse d'activité ces dernières années, laquelle représente moins de deux transports par jour durant la période estivale (113 transports effectués en 2015, contre 184 en 2011). La direction précise que le SMUR est une priorité retenue au projet régional de santé (PRS) Poitou-Charentes et qui se justifie par l'aspect insulaire et les temps d'accès importants en période estivale.

5.4.3 L'opportunité de la création du GCS en chirurgie

La constitution de ce groupement de coopération sanitaire a permis un maintien de l'offre de santé sur le bassin de population de Rochefort et un renfort d'activité non-négligeable pour l'hôpital. Toutefois, le flux de recettes qu'apporte ce groupement ne doit pas faire omettre la nécessité d'un suivi juridique et comptable.

- *L'historique de création du GCS au sein du CH de Rochefort*

L'offre de soins locale a été bouleversée en 2010 du fait de la fermeture de la clinique « Kapa », qui s'est traduite par un transfert de l'activité chirurgicale vers l'hôpital. Par voie de conséquence, de nombreux médecins et chirurgiens libéraux de la clinique, ont adhéré au Groupement de Coopération Sanitaire du « Pays Rochefortais », afin de poursuivre leur activité chirurgicale libérale sur le site de l'hôpital. C'est d'ailleurs ce qui ressort de l'objet du GCS, tel que rédigé au sein de la convention actualisée en 2014, à savoir : « *le maintien d'une offre chirurgicale et médicale diversifiée sur le bassin de Rochefort, mais également de développer l'offre de santé dans toutes les disciplines autorisées au sein du centre hospitalier. Il s'agit notamment de permettre l'organisation d'interventions communes de professionnels médicaux hospitaliers et de professionnels médicaux libéraux, membres du GCS, au profit des patients du Centre Hospitalier de Rochefort* ».

En 2007, l'objet était davantage centré sur le développement et le maintien d'une offre chirurgicale suite à la fermeture de la clinique. L'objet s'est élargi aux disciplines médicales, notamment à la cardiologie. Les cardiologues, liés à l'hôpital depuis le 5 novembre 1998 par une convention, ont finalement intégré le GCS en 2014.

Le siège social du GCS du « Pays Rochefortais » est situé à l'hôpital de Rochefort. Il comprend 19 membres représentant l'hôpital et 18 praticiens libéraux. L'hôpital détient une majorité des voix (266 voix), contre 13 par praticien libéral (soit 234 voix pour la totalité des praticiens libéraux). Il est constitué pour une durée de 50

ans et dit « de prestations médicales croisées » de droit public sans apport en capital, ce qui est conforme à l'article L. 6133-3 du CSP. Cet article prévoit en effet que « *Le GCS de moyens est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux* ».

- *Des insuffisances de la convention constitutive*

L'article R. 6133-1 du CSP indique les mentions que doit comporter la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire. La première convention constitutive date du 26 octobre 2007 et a été approuvée par l'autorité de tutelle en date du 30 novembre 2007. Par la suite, elle sera modifiée tous les ans, afin de prendre en compte les départs et arrivées des praticiens libéraux. La dernière convention en date est celle du 20 février 2014, approuvée par l'ARS le 11 août 2014.

Certaines mentions obligatoires, ne figurent pas dans la convention constitutive du GCS du « Pays Rochefortais » :

- les règles de détermination de la participation des membres du GCS aux charges de fonctionnement ainsi que leurs modalités de révision annuelle sont prévues au sein de l'article 10.2 de la convention. Cet article renvoie à une annexe financière qui n'a jamais été formalisée ;

- les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus par leurs dettes auprès du CGS figurent à l'article 7.3 qui précise qu'en cas de retrait d'un membre, l'hôpital versera le reliquat des sommes dues à celui-ci, dans les 60 jours suivant l'assemblée générale à l'occasion de laquelle le retrait sera prononcé. En revanche, rien n'est prévu pour le cas où le praticien aurait des dettes vis-à-vis du groupement ;

- les conditions d'intervention des professionnels médicaux libéraux et des personnels médicaux et non médicaux des établissements, les modalités de suivi de l'activité des professionnels médicaux libéraux ainsi que le nombre maximum des périodes de permanence de soins assurées par les médecins libéraux ne sont pas précisées dans la convention constitutive: l'article 9.1 ne précise pas de modalités et de renvoi aux conditions de facturation (article 10.1), et pas plus qu'à la rémunération des actes (article 10.2). Seule la permanence des soins est prévue, toutefois ni le nombre de période ni les modalités de suivi de l'activité ne sont précisés ;

- l'article 12 de la convention ne prévoit pas de budget⁴. Des rapports d'activité sont présentés à l'assemblée générale du GCS et transmis à l'ARS conformément à l'article R. 6133-9 du CSP. En revanche, le GCS prévoyait un calcul des redevances des praticiens qui devait s'ajuster en fonction des résultats de la comptabilité analytique mais, aucune comptabilité analytique n'existe, ce qui est regrettable.

L'établissement hospitalier aurait intérêt à solliciter auprès de l'assemblée générale une actualisation de la convention constitutive afin de préciser les modalités de fonctionnement du GCS au sein de l'établissement hospitalier. Par ailleurs, l'ARS a fait savoir que l'actualisation de la convention constitutive est l'une des priorités qu'elle inscrirait à la prochaine réunion du dialogue de gestion avec l'établissement.

- *L'activité du GCS est facturée par le CH*

La convention constitutive précise dans son article 10.1 que, pour « *les actes pratiqués par les médecins libéraux le patient du GCS est un usager du service public hospitalier, qui demande à être spécifiquement pris en*

⁴ La fiche technique de la DGOS souligne « que certains GCS créés dans le seul but de permettre des prestations médicales croisées peuvent présenter la situation originale de ne générer aucune opération financière et budgétaire. En effet, en application de l'article R.6133-10 du CSP, les actes médicaux et consultations, mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6133-6 du CSP, assurés par les professionnels médicaux libéraux sont directement rémunérés par les établissements publics de santé ou les établissements de santé. Dans la mesure où ces GCS, créés pour servir de support aux prestations médicales croisées ne génèrent aucun flux financier en dépense ou en recette, ils n'adoptent pas d'état prévisionnel de dépenses et de recettes ».

charge par le praticien libéral de son choix. Il est dûment informé des conséquences financières du secteur d'exercice du praticien auquel il a recours conformément aux dispositions applicables, notamment par le biais d'un affichage explicite dans les salles d'attente. » Cet article est complété par l'article 10.2 portant sur la « rémunération des actes réalisés par les personnels médicaux libéraux », lequel précise que « bien que les médecins libéraux qui exercent une activité dans le cadre du groupement continuent à relever des professions libérales mentionnées à l'article L. 622-5 du code de la sécurité sociale, ils bénéficient d'une rémunération versée par le Centre Hospitalier de Rochefort, par dérogation aux dispositions de l'article L.162-2 de ce même code. (...) Le centre hospitalier perçoit ainsi, pour l'activité d'hospitalisation, le groupe homogène de séjour (tarification à l'échelle publique), pour tous les patients hospitalisés en son sein et reverse l'acte réalisé par le praticien libéral conformément aux règles de tarification des honoraires applicables.(...) Le centre hospitalier perçoit, pour l'activité externe, l'acte réalisé par le praticien libéral conformément aux règles de tarification des honoraires applicables et le reverse au praticien libéral».

- Les contrats tripartites sont signés par l'administrateur du GCS et le directeur de l'hôpital

Ces contrats prévoient une « collaboration durable et équilibrée » (article 2). Il comprend une clause de non-concurrence pour le praticien libéral, qui s'applique dans un rayon de 50 km dans les 5 années à l'issue de la rupture de contrat. Cette clause permet à l'hôpital de se prémunir contre d'éventuels départs des praticiens vers l'hôpital de La Rochelle ou vers des cliniques de La Rochelle, Saintes ou Royan.

L'assemblée générale du 31 janvier 2008 entérine le fonctionnement suivant : les annexes financières sont négociées par spécialité et par praticien, et dans l'attente d'une comptabilité analytique, les prélèvements sont les suivants :

- 10% de prélèvement sur les actes versés aux praticiens libéraux pour leur activité opératoire ;
- 8% de prélèvement sur les actes versés aux praticiens libéraux pour leur activité de consultation externe, sachant qu'à partir de la 151^{ème} consultation, le pourcentage appliqué ne sera plus que de 7% et 5% au-delà de la 300^{ème}.

Les modalités de prélèvement sont inchangées depuis le début, à savoir, un prélèvement à la source par l'établissement hospitalier sur le montant des actes facturés (actes opératoires ou actes externes).

Les taux de redevance ne sont pas issus d'une méthode de calcul ; le directeur de l'hôpital a pu les faire évoluer sans en référer à l'assemblée. Les pourcentages ont évolué et sont variables selon les praticiens et les disciplines. Ils évoluent de la manière suivante en fonction des 23 contrats transmis par la direction :

- neuf contrats disposent d'une clause de reversement de 6% sur l'ensemble des actes (opératoires ou consultations externes) ;
- sept contrats prévoient des prélèvements supérieur ; pouvant aller de 10% à 15% voire 25% ;
- trois contrats reposent sur un reversement à hauteur de 4% ;
- trois contrats prévoient des prélèvements à hauteur de 8% dont un correspond à une quote-part des forfaits techniques pour l'imagerie ;
- les actes d'angiographie font tous l'objet d'un prélèvement à hauteur de 20% ;
- les actes de radiologie ont également des prélèvements particuliers en fonction de l'appareil utilisé (prélèvement de 45% mais abaissé à 20% pour les IRM et les actes de scanner).

A titre d'exemple, l'ancienne convention liant les cardiologues à l'hôpital dans le cadre de la mise à disposition de locaux et du plateau technique, prévoyait une redevance de 20% sur les honoraires perçus par les cardiologues. Ces praticiens sont désormais inscrits au sein de l'activité du GCS et disposent d'un contrat tripartite, prévoyant un montant de la redevance de seulement 15%. La perte financière de l'hôpital a été compensée, pour l'exercice 2014, par une progression de l'activité.

Les contrats tripartites contiennent des niveaux de redevance différents selon les praticiens, ces taux évoluent de plus en défaveur de l'établissement hospitalier. La chambre recommande à l'hôpital de mettre en place

une comptabilité analytique du GCS, lui permettant de justifier les taux de redevance pratiqués afin d'éviter toute dérive.

Le contrat comporte également un article précisant que le praticien doit rembourser les dépenses qui ne seraient pas couvertes par le tarif national. Un praticien en ophtalmologie⁵ ne s'est pas vu appliqué cette disposition contractuelle, suite à une négociation menée auprès du directeur en 2013. Cette négociation portait sur le montant des dispositifs implantables (les lentilles intra oculaires non remboursées par l'assurance maladie), que l'hôpital a accepté de ne pas facturer à l'opérateur et donc d'en assumer le coût.

- *La situation particulière d'un médecin.*

Un praticien s'est vu octroyer un intéressement au développement de l'activité qui apparaît non conforme à la convention constitutive du GCS. Cet intéressement est une autre forme de reversement au praticien, basé sur un pourcentage du tarif du GHS (Groupe Homogène de Séjours) perçu par l'hôpital. Ce complément est prévu mensuellement (10% des tarifs du GHS en 2013 et 15% en 2014). Cette modalité d'intéressement est contraire à la convention constitutive et n'a pas fait l'objet d'un examen en assemblée délibérante.

Le dispositif a été interrompu de façon unilatérale par la direction de l'hôpital en 2014. Le praticien concerné a intenté un recours contentieux à l'encontre de la direction de l'établissement (un recours en plein contentieux et référé provision fin 2014, puis un deuxième recours en plein contentieux et référé provision en septembre 2015 pour la période de novembre 2014 à août 2015).

La chambre relève que cette modalité d'intéressement n'a pas fait l'objet d'une présentation devant les instances délibérantes du GCS.

- *L'élargissement des activités du GCS*

Le panel d'activités du GCS s'est élargi dans le temps. Les disciplines déployées sont les suivantes :

- l'activité d'ophtalmologie est assurée par quatre praticiens libéraux dont trois en chirurgie ;
- l'activité d'obstétrique est réalisée par un maïeuticien et deux gynécologues libéraux ;
- l'activité de stomatologie est exercée par deux chirurgiens ;
- l'activité de gastro-entérologie est assurée par deux praticiens ;
- l'activité de radiologie est assurée par un praticien, à raison d'une vacation hebdomadaire de scanner ;
- l'activité d'ORL est assurée par deux praticiens, à raison de deux plages opératoires hebdomadaires ;
- l'activité de cardiologie est assurée par trois praticiens, depuis janvier 2014, à raison de six vacations hebdomadaires d'épreuves fonctionnelles ;
- l'activité de neurologie est assurée par un praticien, depuis mai 2014, à raison de deux plages hebdomadaires pour des électromyogrammes.

Le volume de l'activité médicale et chirurgicale représenté par le GCS a représenté une réelle opportunité pour l'hôpital. En 2011, les recettes progressent de + 22%, du fait de l'ouverture du nouvel hôpital et de la mise en fonctionnement de l'IRM. Certaines disciplines apparaissent comme étant les plus génératrices de recettes pour le GCS, à savoir : l'orthopédie, l'ophtalmologie et la gastro-entérologie. Ces trois disciplines représentent à elles seules 70% des recettes (détail en annexe n°2). En 2013, le GCS enregistre une baisse d'activité de 44% du fait des départs de praticiens.

⁵ Annexe financière au contrat du Dr. en 2013

- L'évolution des reversements du GCS au Centre hospitalier

La valorisation de l'activité du GCS évolue sensiblement sur la période. L'année 2009 n'est pas représentative puisque correspondant à la montée en charge de l'activité. Si l'on s'en réfère à l'évolution entre 2010 et 2014, le montant des recettes perçues uniquement par le GCS sont en baisse entre 2010 et 2014 de -13,4%. Quant au montant des recettes perçues par l'hôpital, il subit une réfaction de 19,7%. Les données issues des rapports d'activité témoignent surtout d'une évolution défavorable des recettes de l'hôpital au regard des recettes totales perçues par le GCS. La part représentée par les reversements est en baisse sur la période et est détaillée dans le tableau suivant :

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evol. 10/14 en %
Montant des recettes annuelles d'activité du GCS	1 321 358 €	4 421 207 €	5 715 093 €	5 975 228 €	4 140 850 €	3 828 068 €	-13,4%
Montant des recettes perçues par le Centre Hospitalier au titre de l'activité du GCS	1 084 803 €	3 203 847 €	4 218 613 €	4 392 366 €	2 779 398 €	2 573 841 €	-19,7%
% de recettes perçues par le CH/ recettes totales GCS	82,1%	72,5%	73,8%	73,5%	67,1%	67,2%	

Source : données des rapports d'activité du GCS.

Les praticiens exerçant au sein du GCS bénéficient d'un versement correspondant au montant des actes CCAM/NGAP réalisés, déduit du prélèvement à la source opéré par l'hôpital (détail en annexe n°1). Un contrôle est effectué par le département d'information médicale, sur la validité des codages des actes. Les praticiens reçoivent un décompte mensuel de leur activité opératoire et externe, auxquels sont ajoutés, pour information, les montants perçus par le centre hospitalier de Rochefort au titre des séjours.

La constitution de ce GCS apparaît pertinente au regard du maintien de l'offre de soins sur le territoire, à la rentabilité du bloc opératoire et au flux de trésorerie auquel il contribue. Ces éléments ne doivent pas faire omettre la nécessité d'un suivi juridique et comptable particulier et d'une comptabilité analytique permettant de mieux apprécier son apport réel à la structure hospitalière, ainsi qu'évoqué au point 5.4.3 ci-dessus.

5.4.4 L'activité d'imagerie non-conventionnelle du CH Rochefort s'est développée au sein d'un GCS

Le GCS d'imagerie a été constitué en 2009 et faisait suite à une convention de co-utilisation du scanner avec les radiologues libéraux. L'autorité de tutelle a approuvé la convention constitutive du GCS le 20 mai 2009. La transformation en GCS est apparue comme la seule solution juridique permettant d'acquérir un nouveau scanner en commun et par la suite, d'obtenir une autorisation de détention d'un appareil d'IRM (imagerie à résonance magnétique).

Son statut juridique est celui d'un GCS de moyens compte tenu de son domaine d'activité restreint à l'imagerie. Le partage des parts entre les différents partenaires est le suivant : 300 parts pour l'hôpital, et 300 parts inégalement réparties entre diverses sociétés de radiologues. La convention constitutive a été réactualisée le 2 mars 2011. Il est constitué pour une durée de 25 ans et soumis au droit privé. Il a vu, en 2016, ses autorisations d'activité de scanner et d'IRM renouvelées et dispose désormais d'un contrat d'objectifs et de moyens, dont le principal objectif est la réduction des délais de rendez-vous.

Les résultats sont affectés au prorata des parts de chacun. Dans les faits, le GCS a dégagé des excédents tous les ans depuis sa création à l'exception de l'exercice 2013 (- 17 097,21 €). Ils ont été affectés chaque année à une réserve qui demeure positive au 31 décembre 2015.

La convention constitutive prévoit l'élection pour 3 ans d'un administrateur, par l'assemblée générale, choisi parmi les membres du GCS. En 2012 un praticien privé a succédé au directeur de l'hôpital, dans le respect de l'alternance prévue par le règlement intérieur.

Par ailleurs, le règlement intérieur prévoit que les praticiens s'efforcent de ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires. Selon l'ordonnateur : « *Aucun des praticiens radiologues de l'établissement qui interviennent dans le cadre du GCS n'exerce une activité libérale qui pourrait donner lieu à d'éventuels dépassements d'honoraires.* »

L'activité d'imagerie a progressé dans le cadre du GCS, à la fois pour l'activité de scanner et pour l'activité de l'IRM (détail en annexe n°3). Durant la période de 2011 à 2015, l'activité de scanner progresse de 22% et de manière équivalente entre le secteur public et le secteur privé. En revanche, l'activité de l'IRM progresse beaucoup plus rapidement dans le secteur libéral que dans le secteur hospitalier. En valeur, l'activité hospitalière se réduit de 21% entre 2012 et 2015, alors que la valorisation de l'activité privée progresse de 9% sur la même période.

5.4.5 La stratégie de développement d'actions de partenariat avec l'hôpital de La Rochelle-Ré-Aunis

L'hôpital de La Rochelle-Ré-Aunis est l'établissement de recours du territoire de santé de Rochefort. Les centres hospitaliers de La Rochelle et de Rochefort ont engagé des réflexions dès 2009 en vue de l'élaboration d'un projet médical et de gestion de services en commun, permettant d'en mutualiser les coûts. L'ensemble des domaines cliniques, médicotechniques, logistiques et administratifs est concerné par cette volonté de coopération.

- Les actions de coopération dans le domaine médical

Un projet commun a été validé fin 2010 et une convention cadre signée le 20 mai 2011. Des actions de partenariat se sont mises en place sous diverses formes juridiques : conventions, créations de postes partagés, fédérations médicales inter-hospitalières, équipes médicales communes, avec pour objectif de déployer des spécialités médicales et chirurgicales connaissant une raréfaction du nombre de spécialistes. Dans ce cadre, ont été mises en place : une consultation avancée en neuro-pédiatrie sur le site de Rochefort, un regroupement des services de diabétologie-endocrinologie et d'anatomopathologie à La Rochelle, des consultations de néphrologie sur le site de Rochefort, des plages permettant la réalisation d'IRM cardiaques par un praticien de Rochefort à La Rochelle, la prise en charge des AVC, la réalisation de consultations mémoire, de consultations avancées d'angiologie et de dermatologie. Les échanges sont aussi nombreux dans le domaine de la chirurgie, du fait de la création d'une fédération médicale inter hospitalière entre les deux établissements dans le domaine de la chirurgie orthopédique, urologique, du développement d'une activité de chirurgie bariatrique⁶ sur l'hôpital de Rochefort et d'une activité d'ORL à Rochefort. Plus récemment l'hôpital de la Rochelle a recruté un praticien pour développer une activité de chirurgie du rachis.

Pour la réalisation de ces activités, des temps partagés de praticien sont organisés. Ils font l'objet d'émissions de titres de recettes entre les deux établissements, pour procéder au partage à parts égales du coût de la prime multi-site. Les pièces justificatives comptables à l'appui de ces remboursements sont les conventions de coopération. Cependant, ces conventions ne sont pas nominatives en raison du changement régulier des praticiens concernés. La direction a toutefois mis en place une traçabilité des allers et venues des praticiens de La Rochelle sur le site de Rochefort, grâce au codage des actes externes et des séjours. Les recettes progressent depuis la mise en place de ces actions de coopération, pour atteindre 807 550,68 € en 2013.

La coopération avec le centre hospitalier de La Rochelle représente plus de 90% des actions de coopération de l'hôpital de Rochefort et elle apporte incontestablement un gain en attractivité médicale et en recettes liées à l'activité.

- Dans les domaines administratif et logistique

Les hôpitaux de La Rochelle-Ré-Aunis et de Rochefort se sont réunis pour mettre en place le « GCS de Charente-Maritime Nord », créé le 12 mars 2010. La convention constitutive attribue 69 parts à l'hôpital de

⁶ La chirurgie bariatrique est un type de chirurgie consistant à restreindre l'absorption des aliments, diminuant, de fait, l'apport calorique journalier : elle apporte un remède chirurgical à l'obésité.

La Rochelle et 31 parts à celui de Rochefort. Il s'agit d'un GCS de moyens de droit public permettant l'organisation de l'activité de blanchisserie, de restauration, d'anatomopathologie et de pharmacie d'usage intérieur. La convention est constituée pour une durée indéterminée et le fonctionnement des instances est prévu au sein d'un règlement intérieur. Il est prévu des mises à disposition contre remboursement des personnels par les membres, auprès du GCS qui procède mensuellement à des appels de fonds auprès de ses membres.

Le bilan économique des activités du GCS (annexe n°4) est présenté comme étant positif pour les deux partenaires entre 2011 et 2014. Ces données ne permettent toutefois pas de comparaison avec la situation initiale, du fait de l'absence de réalisation d'un compte de résultat analytique de ces activités avant l'inclusion dans le GCS. Pour la direction de Rochefort, les deux activités que sont l'anatomopathologie et la restauration semblent avoir permis un gain réel, compte tenu :

- de l'absorption de l'activité d'anatomopathologie par le centre hospitalier de La Rochelle à effectifs constants ;
- d'un prix du repas qui est passé de 6,93 € à 6,56 € depuis l'intégration au GCS restauration, ainsi qu'une meilleure prise en compte des spécificités des repas hospitaliers.

L'intégration au GCS de restauration a conduit à la dissolution du syndicat liant antérieurement l'hôpital avec la commune de Rochefort. Cette dissolution s'est accompagnée de coûts indirects, consécutifs à la contrainte d'accompagnement social de cette opération. Selon l'ordonnateur, *« l'établissement a procédé à l'intégration de 7 agents de la catégorie personnels ouvriers. A ce jour, 4 agents sont intégrés à titre définitif sur postes vacants au sein de l'établissement. Les autres agents ont quitté l'établissement (fin de contrat, retraite, licenciement) »*. Ces coûts ne sont pas intégrés au bilan économique de l'activité restauration.

Sur le plan administratif, plusieurs directions sont partagées entre les centres hospitaliers de La Rochelle et de Rochefort : la direction du système d'information et de la logistique, la direction gériatrique de territoire, la direction des services médico-sociaux, la direction de la qualité et de la gestion des risques, la direction des achats et de la commande publique, la direction du patrimoine, la direction des services techniques.

La chambre relève que la coopération entre les deux hôpitaux de Rochefort et de La Rochelle-Ré-Aunis est ancienne et désormais organisée au sein d'un GCS. Elle s'est développée dans toutes les activités médicales, chirurgicales et logistiques et permet des mutualisations de compétences. L'impact budgétaire de ces mutualisations est cependant difficile à identifier faute d'outils de comptabilité analytique précis.

5.4.6 L'intégration à la communauté hospitalière de territoire (CHT) : « Atlantique 17 »

La communauté hospitalière de territoire a été constituée le 30 septembre 2011, elle regroupe les établissements de : La Rochelle-Ré-Aunis, Rochefort, Saint-Pierre d'Oléron, Marennes et le centre de soins de suite et de réadaptation de Marlonges. Les EHPAD publics du territoire de santé sont signataires en qualité de membres associés (l'EHPAD de Surgères, le groupement de coopération des EHPAD autonomes de l'Aunis, composé de Marans, Aigrefeuille, Lagord et Nieul-sur-Mer). Un EHPAD privé d'intérêt collectif spécialisé dans la prise en charge des soins de suite « Résidence Val de Gères » participe depuis 2013 aux commissions restreintes de la communauté en tant que membre invité. La CHT, dénommée « Communauté Hospitalière Atlantique 17 » a vocation à mettre en œuvre une stratégie commune aux établissements publics du territoire et à gérer en commun certaines fonctions ou activités. Des axes prioritaires de coopération ont été fixés à cette occasion : structuration d'une filière gériatrique de territoire, développement de coopération dans le domaine médicotechnique s'appuyant notamment sur le projet commun « La Rochelle-Rochefort ».

La convention constitutive de la CHT prévoit la mise en place de comptes combinés, élaborés par l'hôpital de La Rochelle et présentés annuellement à la commission de la communauté. Elle a été approuvée par l'ensemble des conseils de surveillance des établissements qui la compose ainsi que le prévoit l'article L. 6132-2 du code de la santé publique et a fait l'objet d'une approbation par le directeur général de l'ARS le 9 mai 2012. Elle a été retenue pour participer au niveau national à l'expérimentation des futurs groupes hospitaliers de territoire (GHT), en partenariat avec l'ANAP.

Le projet médical 2014-2018 commun insiste sur les valeurs partagées par les partenaires et sur la volonté d'intensifier les actions de coopération depuis 2008. Il repose sur des filières de soins graduées et territorialisées qui doivent faciliter le parcours du patient, grâce notamment à la mise en place de consultations avancées, la construction d'équipes médicales communes, le renforcement des soins de suite, des soins de longue durée et le développement d'une filière gériatrique.

Ce projet médical est ambitieux et structurant pour le territoire de santé. Il veut être « *une réponse réaliste aux difficultés, notamment financières, que connaissent les établissements. Il constitue le moyen le plus sûr de consolider l'offre de soins publique du Nord Charente-Maritime au service du patient* ». Il repose sur une coopération ancienne entre les deux hôpitaux de référence du territoire (La Rochelle-Ré-Aunis et Rochefort-Marennnes).

La CHT 17 s'est constituée pour faire face à une concurrence accrue du secteur privé sur le territoire. Elle n'a pas été contrainte par des vacances de postes médicaux mais elle a permis cependant de faire face à la raréfaction de praticiens dans certaines spécialités notamment la neurologie, l'urologie, l'ophtalmologie, l'ORL.

La chambre relève le caractère ancien et très intégré de la CHT 17, laquelle a permis à l'offre hospitalière publique de s'organiser face à la concurrence du secteur privé. La CHT 17 préfigure la structuration du futur groupement hospitalier de territoire (GHT).

6 La gouvernance et le pilotage médico économique

6.1 Les instances décisionnelles sont en place

Les instances sont en place et se réunissent régulièrement. Seules la commission médicale d'établissement et la commission d'organisation de la permanence des soins appellent quelques remarques.

6.1.1 Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance est constitué conformément à la réglementation. Il s'est réuni régulièrement six fois en 2009, six fois en 2010, quatre fois en 2011, six fois en 2012, cinq fois en 2013. En revanche, il ne s'est pas réuni suffisamment en 2014 (trois fois).

6.1.2 Le directoire

Le directoire a été installé le 30 mars 2010 et sa composition modifiée en 2015. La nomination des membres du directoire n'a pas soulevé de difficultés en interne. Il se réunit de façon régulière et les réunions donnent lieu à des relevés de conclusions. Le directoire se réunit après la CME, dans un souci de maintenir le rôle consultatif de cette dernière.

6.1.3 Les autres instances consultatives

Les autres instances consultatives – commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement et la commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge – sont reconduites dans leur principales compétences et compositions qui prévalaient jusqu'en 2009.

- *La commission médicale d'établissement (CME)*

Contrairement à ce que prévoit la réglementation, la représentation des internes n'est pas prévue dans la composition de la CME, que la direction s'est engagée à modifier pour se mettre en conformité avec les textes. Par ailleurs, l'absence de précision quant aux membres titulaires et suppléants nuit à la lisibilité de la composition, ainsi qu'au respect du quorum et des processus de vote.

En outre, la CME ne dispose pas de règlement intérieur, ce qui est regrettable compte tenu de la spécificité de sa composition. En effet, la présence de nombreux praticiens libéraux exerçant au sein de l'établissement a conduit la direction à constituer un collège de médecins exerçant à titre temporaire avec un nombre de représentants aussi important que celui des praticiens hospitaliers temps plein. Cette possibilité est offerte par la liberté d'organisation dont dispose désormais chaque établissement en ce qui concerne la composition de la CME. Le règlement intérieur devrait également préciser que le président de la CME de l'hôpital de La Rochelle assiste aux séances depuis 2012. Face à ces constats, la direction s'est engagée à élaborer un règlement intérieur de la CME.

- *La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPEC)*

La CRUQPEC a été créée le 12 janvier 2006. Son règlement intérieur a été revu en 2010. Il prévoit une composition⁷ de la commission comme suit :

- le directeur ou son représentant, président ;
- un médiateur médecin et son suppléant désigné par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement ;
- un médiateur non médecin et son suppléant appartenant au Centre Hospitalier, désignés par le directeur ;
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ;
- un représentant de la commission des soins, de rééducation et médicotéchniques.

Il est également prévu que le directeur responsable de la qualité et de la gestion des risques, ou son représentant, participe aux réunions de la commission. Le rapport de 2014 de la CRUQPEC mentionne la présence d'un cadre de santé chargé des relations avec les usagers (page 4). Cette fonction n'est pas expressément prévue par la réglementation. En revanche, il n'est pas fait mention d'un médiateur non médical. La distinction n'est pas faite entre les membres de droit et les suppléants qui sont autorisés à assister aux réunions de la CRUQPEC. Cela concerne notamment, les représentants titulaires et suppléants de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT). Un représentant des usagers au conseil de surveillance est « membre permanent de la CRUQPEC » ce qui n'est pas prévu au sein du règlement intérieur.

Le rythme des réunions est très soutenu, ce qui est conforme à la réglementation (au moins une fois par trimestre). Les rapports annuels d'activité de la CRUQPEC sont très détaillés et formulent des recommandations pour l'année suivante, dont la mise en œuvre est régulièrement suivie par la commission. Les rapports abordent tous l'appréciation des pratiques : un bilan des éloges, des réclamations et des doléances, le suivi des plaintes, un bilan des médiations, un bilan des demandes de dossiers médicaux, un bilan des enquêtes de satisfaction, un bilan qualité et de la gestion des risques. Il peut être relevé positivement que le rapport est accessible sur le portail intranet de l'hôpital. Il apparaît que la CRUQPEC travaille en synergie avec les autres instances de l'établissement.

L'attention de l'ordonnateur est appelée sur l'absence systématique de certains membres aux réunions de la CRUQPEC.

- *Le comité technique d'établissement (CTE)*

Le CTE est composé conformément à la réglementation et se réunit de façon régulière.

- *La commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS)*

Une commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS) fonctionnait jusqu'en 2009. Le procès-verbal de la CME en date du 14 décembre 2010 souligne les difficultés rencontrées pour réunir cette

⁷ Composition en 2009

instance. Elle n'a pas été renouvelée dans sa composition suite aux dernières élections partielles de la CME, ni lors du renouvellement de la CME le 5 novembre 2015. Elle n'a pas établi de règlement intérieur de la permanence des soins, ni mis en place d'évaluation du dispositif des astreintes tel que le prévoit l'arrêté du 30 avril 2003.

La chambre prend acte des engagements du directeur de réactiver la COPS, permettant d'élaborer le bilan annuel de la permanence des soins, ainsi que de contractualiser avec les praticiens.

6.2 La gouvernance interne est pertinente et a évolué dans le temps

6.2.1 Le découpage en pôles s'est adapté aux évolutions de l'activité

La création des pôles date d'une décision du conseil d'administration du 13 avril 2007, modifiée par une décision du directeur du 21 juillet 2011. Cette décision entérine l'augmentation du nombre de pôles de cinq à sept pôles, davantage orientés autour d'une logique de regroupement des activités des services par mode de prise en charge du patient, et plus adaptés au fonctionnement du nouvel hôpital. Le découpage est le suivant :

- pôle de gériologie-clinique ;
- pôle femme-enfant ;
- pôle médico-chirurgical des maladies de l'appareil digestif ;
- pôle médico-chirurgical de médecine et de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- pôle d'activités de cardiologie, pneumologie et d'urgences et consultations (nouveau pôle) ;
- pôle plateau technique chirurgical (nouveau pôle) ;
- pôle médicotechnique.

Le projet de management 2013-2017 entérine également le passage de trois à cinq pôles administratifs, ce qui paraît élevé :

- pôle ressources financières ;
- pôle ressources humaines ;
- pôle ressources matérielles et logistiques ;
- pôle gériatrique (nouveau pôle) ;
- pôle qualité des soins, risques et usagers (nouveau pôle).

L'évolution du nombre de pôles est inscrite dans « *le règlement intérieur commun des pôles d'activité cliniques, médicotechniques, administratifs et logistiques* »⁸. Il prend en compte l'ouverture du nouvel hôpital et celle du centre d'hébergement et de soins gériatriques sur le nouveau site.

La chambre relève que l'établissement a adapté son découpage en pôles au regard de la prise en charge du patient, mais constate toutefois que le nombre de pôles administratifs et logistiques est très élevé.

⁸ Version de mars 2013 du règlement intérieur, inséré au « projet management 2013-2017 » du CH de Rochefort

6.2.2 Les contrats de pôles sont mis en place

Le règlement intérieur des pôles existe à l'hôpital de Rochefort depuis 2007 et a été actualisé en 2013. Tous les pôles disposent d'un contrat depuis le 1^{er} avril 2015. L'établissement a mis en place deux niveaux de compétences déléguées :

- les délégations de niveau 1 sont les décisions du pôle qui sont exécutoires de plein droit (par exemple : les affectations au sein du pôle, les tableaux de service du pôle, les plannings des personnels non-médicaux au sein du pôle, l'évaluation des personnels non-médicaux, la formation des personnels médicaux dans le cadre d'une enveloppe déléguée, les dépenses de pharmacie, les fournitures et prestations dans le cadre d'une liste de comptes précise) ;
- les délégations de niveau 2 sont les propositions du pôle qui nécessitent une intervention de la direction, ou sont soumises à concertation du directoire et des directions fonctionnelles avant de devenir exécutoires (par exemple : l'équipement mobilier, les recrutements et affectations à destination du pôle, la notation des personnels non-médicaux).

Les enveloppes déléguées en matière de formation, de ressources matérielles, de dépenses pharmaceutiques et médicales, font l'objet d'un suivi par la direction des finances. L'article 8 prévoit que l'utilisation d'un reliquat d'enveloppe peut être reportée sur l'exercice suivant. L'article 10 du contrat prévoit une modalité d'intéressement collectif lorsque le résultat d'exploitation du pôle fait apparaître *« un résultat positif en fin d'exercice budgétaire, le directeur de l'établissement, après concertation avec le directoire, peut décider d'en affecter tout ou partie au pôle, sous réserve de l'équilibre budgétaire de l'établissement (...). L'utilisation de l'excédent est proposée au chef d'établissement par le chef de pôle, en lien avec les responsables des structures internes, et pour la réalisation des projets médicaux du pôle qui s'inscrivent dans le cadre du projet d'établissement. (...) une partie de l'excédent peut être affectée à des dépenses non-pérennes. »* Cette modalité, inscrite au contrat, n'a toutefois pas trouvé de concrétisation à ce jour. La mise en œuvre des objectifs fixés au contrat est présentée annuellement par le directeur référent, dans le cadre d'une commission budgétaire annuelle.

Les contrats de pôles sont opérationnels, mais le niveau de délégation est resté limité. La mise en place des modalités de suivi des indicateurs et de commissions budgétaires internes, témoigne de la réalité du fonctionnement de la gouvernance interne.

6.3 Des outils de pilotage à adapter aux spécificités de l'activité

L'établissement adhère à la base CAGAH du CHU d'Angers. Cette base de données est conçue pour être directement opérationnelle et offre un outil de maîtrise interne des coûts de production des activités hospitalières. Il est cependant regrettable que l'hôpital ne participe à cette base que pour les données de blanchisserie, pharmacie, restauration, stérilisation et génie biomédical, qui sont à présent externalisées dans le cadre d'un GCS auprès de l'hôpital de La Rochelle. L'ensemble des données concernant les services de soins et du bloc opératoire, ainsi que les données des services administratifs ne sont pas disponibles. L'établissement se prive d'un outil utile en termes de comparaison avec d'autres hôpitaux de tailles comparables.

L'hôpital produit des CREA (comptes de résultats analytiques par pôle), qui sont de nature à renseigner sur l'activité et les principaux résultats de gestion. La direction présente ces résultats par pôle lors des commissions budgétaires. La ventilation des dépenses directes, indirectes et des charges de structures est réalisée par pôle. La ventilation des coûts du « GCS du Pays Rochefortais », ainsi que l'ensemble des coûts sont traduits dans les CREA du pôle de chirurgie, du bloc opératoire et de l'ambulatoire.

En outre, des tableaux de bord par pôle sont élaborés chaque trimestre et transmis aux chefs de service et cadres de santé. Ils donnent des indications relatives au pilotage des ressources humaines couplées aux résultats d'activité des pôles (nombre d'entrées, file active, durée moyenne de séjours, taux d'occupation, nombre de séjours avec leur valorisation, dépenses à caractère médicales, dépenses de personnels, etc.).

Enfin, le projet d'établissement se donne pour objectif d'analyser certaines organisations en termes de performance médico-économique. Il s'agit prioritairement des services de biologie, d'imagerie ou d'exploration et ce, dans la perspective d'un transfert au sein du GCS logistique. Actuellement, Il n'existe pas de compte de résultat analytique par GCS, ce qui fait défaut à l'analyse de la contribution réelle de ces activités au fonctionnement de l'hôpital, en matière de coûts directs et indirects.

La chambre recommande à l'établissement d'étoffer ses outils d'analyse et de mener une réflexion interne sur la structuration d'un compte de résultat analytique pour chacun des GCS.

6.4 Le management par la qualité et la sécurité des soins est une préoccupation intégrée dans la politique de l'établissement

Le projet d'établissement 2013-2017 souhaite rénover les missions et la composition du comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques. Il s'agit de recentrer ses missions sur la qualité des soins, le suivi du programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en lien étroit avec la CME. Les objectifs d'amélioration de la qualité sont inscrits dans les contrats de pôles, assortis d'indicateurs de suivi. Cette démarche se calque sur la procédure de contrôle menée par l'ARS dans le cadre du suivi du contrat du bon usage du médicament et du suivi des indicateurs inscrits au CPOM.

Le projet d'établissement met l'accent sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse et notamment de la maîtrise du recours aux antibiotiques, l'amélioration de la prise en charge du sujet âgé, la promotion du recours aux génériques et surtout, la sécurisation des prescriptions. L'hôpital s'est engagé à déployer un outil de prescription connecté au dossier médical dans tous les services cliniques avant la fin de l'exercice 2013. Enfin, la sécurisation de l'administration des médicaments et le signalement des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse sont des axes majeurs du projet d'établissement. La gestion des risques est un enjeu, notamment concernant la lutte contre les infections nosocomiales, le développement d'une méthode d'analyse des risques et l'amélioration des déclarations d'événements indésirables liés aux soins.

Les résultats des indicateurs qualité issus des données du logiciel HOSPIDIAG⁹ et du rapport de certification de l'établissement (rapport de certification V2010) sont en amélioration. La chambre a constaté une progression sensible des indicateurs relatifs à la tenue du dossier patient et à la tenue du dossier anesthésique. L'établissement atteint la cible pour ce qui concerne les dépistages nutritionnels (90% en 2013) et la mention d'une tenue d'une réunion de coordination pluridisciplinaire (RCP) dans le dossier patient (92% en 2013). Le délai d'envoi du courrier (65% en 2013) et la traçabilité de la douleur (79%) ne sont toujours pas conformes à la cible nationale de 80% mais sont au-dessus du référentiel national et régional des établissements de même catégorie.

La certification V2010 a été menée sur le site du CH de Rochefort en 2012. Lors de la visite initiale, l'établissement avait fait l'objet de trois réserves concernant :

- la prise en charge de la douleur en court séjour ;
- la prise en charge de la douleur en soins de suite et de réadaptation ;
- la prise en charge de la douleur en unité de soins de longue durée.

Par ailleurs, 5 recommandations avaient été édictées concernant les domaines suivants :

- la gestion documentaire ;
- le bon usage des antibiotiques ;
- la gestion du dossier patient en court séjour ;
- la gestion du dossier patient en soins de suite et de réadaptation ;
- la mise en place de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'établissement s'est engagé dans une démarche d'amélioration dans les domaines précités, ce qui lui a permis de lever l'ensemble des réserves et recommandations lors de la visite ciblée qui s'est tenue en juin 2014.

⁹ <https://hospidiag.atih.sante.fr>

Concernant l'activité de l'EHPAD, la visite d'évaluation externe prévue par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et de la famille s'est déroulée du 11 au 13 mars 2014.

La chambre relève l'implication de la direction dans la démarche continue d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

7 Une période caractérisée par une progression significative de l'activité du CH

Les données du programme de médicalisation du système d'information permettent de caractériser l'activité de l'hôpital de Rochefort, dont les éléments les plus marquants sont l'évolution très significative des activités, notamment chirurgicale et ambulatoire, obstétricale et celles liées aux urgences. Même si le codage peut faire l'objet d'améliorations, les contrôles menés par l'assurance maladie ne font apparaître des anomalies qu'en termes de codage des séjours de très courte durée aux urgences. Hormis les durées moyennes de séjours particulièrement longues, les points faibles sont peu nombreux et font l'objet d'actions d'améliorations. Les points forts sont majeurs, tant dans le volume d'activité (urgences, obstétrique et chirurgie), qu'en matière de chirurgie ambulatoire.

7.1 Les points forts en matière d'activité médicale

7.1.1 L'optimisation des capacités - lits par discipline

L'indicateur du taux d'utilisation des lits par discipline est disponible dans HOSPIDIAG¹⁰. Il permet de comparer les données de l'hôpital de Rochefort aux autres établissements de sa catégorie. Cet indicateur diffère du taux d'occupation « classique » dans la mesure où il se rapporte aux journées-lits exploitables. Il met donc en évidence une plus ou moins grande adéquation des lits par discipline et les types de pathologies traitées. Le taux d'utilisation des lits en médecine et en chirurgie est de 89,5 % à l'hôpital de Rochefort, ce qui le place parmi les 20% les plus performants de sa catégorie. L'établissement s'est impliqué dans une recherche de meilleure adéquation de ses capacités-lits à son activité. Cette démarche est illustrée par une « *cartographie des activités* » réalisée en 2012. Il s'agit d'un point fort de l'établissement depuis l'ouverture du nouvel hôpital.

La Chambre relève que chaque discipline de l'hôpital de Rochefort dispose d'un dimensionnement en lits qui correspond au niveau de son activité, ce qui est rarement le cas dans le milieu hospitalier.

7.1.2 La progression des séjours en hospitalisation complète est significative depuis 2010

L'activité d'hospitalisation complète progresse sur la période examinée. Toutes les disciplines progressent significativement entre 2010 et 2011 du fait de l'ouverture du nouvel hôpital. En revanche, l'activité connaît une stabilisation en 2013 et 2014. Globalement la progression est sensible sur la période en médecine (+3%) et en obstétrique (+4,3%). L'activité chirurgicale donnant lieu à hospitalisation complète est stable sur la période, contrairement à l'activité ambulatoire qui elle, est très dynamique.

L'activité d'hospitalisation complète représente 66,3% des séjours et 86% des recettes liées aux séjours.

7.1.3 L'activité ambulatoire est le point fort de l'établissement

La structure ambulatoire de l'hôpital de Rochefort est organisée au sein d'une structure multidisciplinaire. Les principales activités sont les suivantes : endoscopies digestives, cataractes, séances de chimiothérapie, ORL et stomatologie, chirurgie de la main et du poignet. Le CPOM donne des objectifs à l'hôpital de Rochefort en matière ambulatoire, afin d'en faire progresser globalement le taux (cible de 60% à horizon 2017) et de diminuer la chirurgie ambulatoire dite « foraine », c'est-à-dire réalisée en dehors de la structure dédiée. La structure ambulatoire s'est récemment réorganisée. La localisation géographique et la capacité lits ont évolué dans le temps. En 2015, la capacité a été réduite à 20 places dont 13 en chirurgie, cinq en médecine et deux en pédiatrie.

¹⁰ <http://hospidiag.atih.sante.fr/> fiches établissements

L'activité ambulatoire a progressé sensiblement sur la période surtout du fait de l'activité chirurgicale du GCS. Le taux de chirurgie ambulatoire est de 44,9% en 2013 et a progressé de 7% entre 2010 et 2013. L'établissement apparaît comme extrêmement performant dans les deux indicateurs :

- les 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire (82% en 2013 et +5% en trois exercices) ;
- le taux d'utilisation des places de chirurgie ambulatoire (139,2% en 2013 et +3% en trois exercices).

Le point fort de l'établissement est son pourcentage d'activité ambulatoire et ce, en grande partie, grâce à l'apport de l'activité des praticiens libéraux intégrés au GCS du Pays Rochefortais. En revanche, si elle représente 29% des séjours, elle ne représente que 13% de la valorisation (données e-pmsi 2015).

7.1.4 L'activité chirurgicale est parmi les plus performantes (hors de l'anesthésie)

L'hôpital de Rochefort voit son activité chirurgicale augmenter nettement jusqu'en 2013, suite à l'intégration des chirurgiens libéraux dans le GCS du « Pays Rochefortais » et à l'ouverture du nouvel hôpital (+77,6% d'interventions entre 2009 et 2012). Depuis 2012, on constate cependant un léger recul du nombre d'actes chirurgicaux (-3,2%), même si le nombre total des actes réalisés en bloc opératoire progresse entre 2012 et 2014 (+8,9%).¹¹

Les données d'activité chirurgicale par chirurgien placent l'établissement parmi les 20% les plus performants (nombre d'ICR¹² par chirurgien).

7.1.5 Une maternité de plus en plus attractive

Le centre hospitalier de Rochefort comprend une maternité dite de « niveau 2 », c'est-à-dire disposant d'une unité de néonatalogie (six lits). L'activité d'obstétrique se développe pour atteindre 1 100 accouchements en 2015. Globalement, le nombre d'accouchement progresse de 7,5% entre 2010 et 2013. Le nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme augmente quant à lui de 5,3%.

Les données qualitatives de l'activité obstétricale sont contrastées, notamment du fait d'un taux de césarienne de 16,6% en 2013, qui le place parmi les plus performants de sa catégorie ; en revanche le taux de péridurale, qui, même s'il progresse sensiblement (+ 8%), place l'établissement parmi les moins performants de sa catégorie (taux de péridurale : 54,3%).

L'activité de maternité s'est trouvée récemment impactée par la fermeture de la maternité de la clinique de Royan. L'ARS a organisé un transfert vers les maternités de Rochefort et de Saintes. Ce transfert sera perceptible sur les données d'activité de 2015.

¹¹ Données HOSPIDIAG

Indicateur issus de Hospidiag	2012	2013	2014	2015	Ecart	Evol %
Total des actes en bloc opératoire	27497	28070	29187	29942	+ 2445	+8,9%
Dont nombre d'actes chirurgicaux	5087	5036	5077	4923	-164	-3,2%
Dont nombre d'actes d'endoscopies	3585	3513	3218	3266	-319	-8,9%

¹² ICR : indice de coût relatif

7.1.6 L'activité du service des urgences témoigne du renfort du positionnement de l'hôpital

Le service d'accueil des urgences voit son activité progresser de manière régulière et surtout depuis la mise en service du nouvel hôpital. L'augmentation atteint environ 2% par an et 4,8% en 2014. L'établissement dépasse les 20 000 passages en 2014, hors hospitalisations, ce qui lui permet de bénéficier d'un montant de forfait annuel plus élevé dans le cadre de l'accueil et traitement des urgences (forfait ATU).

Le pourcentage de passages suivis d'une hospitalisation est en légère régression sur la période mais représente toujours environ le tiers des entrées aux urgences. Le pourcentage des entrées en hospitalisation complète issues du service des urgences semble important sur toute la période examinée (69,8% en 2014), et le place parmi les moins performants de sa catégorie¹³.

L'activité des urgences peut être répartie entre les différents types d'urgences :

Différentes activités des urgences	2012	2013	2014	2015	Evolution %
Urgences Générales	19 956	20 136	21 053	21 690	+8,7 %
Urgences Gynécologiques	641	718	703	880	+37,3 %
Urgences Pédiatriques	8 149	8 267	8 756	9 206	+13 %

Source : données du CH de Rochefort

Enfin, ces statistiques permettent de montrer la prédominance des urgences générales, ainsi que la sensible évolution des urgences gynécologiques sur la période. Les urgences pédiatriques sont loin d'être négligeables et représentent un service essentiel à la population du territoire.

7.2 Les points faibles sont peu nombreux

7.2.1 Une amélioration possible du codage des séjours

L'hôpital de Rochefort dispose d'un département d'information médicale (DIM) organisé autour d'un médecin DIM et de trois agents ayant la qualification de technicien d'information médicale. Le codage est donc centralisé. L'établissement a investi dans le logiciel *CROSSWAY* pour le recueil des données des séjours et la structuration du dossier patient informatisé. La direction a acquis l'appliquet *PMSI-Pilot expert* pour lui permettre d'analyser les données PMSI (programme de médicalisation du système d'information) et leur valorisation. Le médecin DIM n'établit pas de rapport annuel d'activité, mais s'est engagé à en produire un dès fin 2016. Cela permettra de mettre en évidence certaines anomalies constatées sur la plateforme E-pmsi qui témoignent d'une qualité de codage qui mériterait d'être améliorée.

En effet, deux atypies majeures sont identifiées quant aux séjours trop longs (231 séjours dits « extrêmes hauts ») et aux séjours de surveillance continue ne disposant pas du supplément (499 séjours). Toutes ces atypies ont un coût, puisqu'elles impliquent une sous-valorisation de ces séjours. La direction confirme que « *l'anomalie relevée par la Chambre relative aux séjours avec extrêmes hauts est liée à une particularité de l'établissement qui a une durée de séjour moyenne plus longue que la moyenne nationale. L'établissement a engagé un travail avec l'ANAP dans le cadre de l'accompagnement du Plan ONDAM sur cette anomalie qui résulte, en grande partie, d'un nombre important de séjours très longs (supérieur à 15 jours)* ».

Le médecin DIM met en avant des délais de codage qui paraissent excellents puisque 92% des séjours seraient codés à l'issue de la sortie du patient. Cette célérité dans la saisie du dossier patient est cependant à mettre en relation avec des restes à recouvrer de plus en plus importants pour l'établissement, ainsi qu'en témoigne l'analyse financière développée infra. A cet égard, l'ordonnateur a informé la chambre de « *la mise en place d'un staff bimestriel d'optimisation de la chaîne de facturation à partir de 2015 avec la participation du département d'information médical et du service facturation qui ont permis d'améliorer la fluidification des échanges d'informations entre ces deux services. Par ailleurs, suite à une réunion de travail avec la Trésorerie en juin 2016* ».

¹³ Données HOSPIDIAG

qui va donner lieu à un engagement partenarial entre cette dernière et l'établissement, un staff portant sur les restes à recouvrer va être mis en place à partir de septembre 2016 pour améliorer les délais de recouvrement. »

7.2.2 L'activité des anesthésistes est fluctuante

L'indicateur qui est parmi les moins performants concerne l'activité des médecins anesthésistes (nombre de séjours par praticien anesthésiste). Les données de la fédération hospitalière de France identifient une productivité des anesthésistes inférieure à la moyenne régionale¹⁴ et conforme à la moyenne nationale en 2012 : le nombre de séjours par anesthésiste est de 491 pour l'hôpital de Rochefort en 2012, contre 646 pour la moyenne régionale de la catégorie et 466 pour la moyenne nationale. Selon l'ordonnateur, « cette situation s'est nettement améliorée depuis 2013. L'indicateur retenu (Hospidiag) est le nombre d'ICR par anesthésiste et IADE. Jusqu'à cette date, le nombre d'anesthésistes communiqué par l'établissement incluait des PH ayant une compétence anesthésiste, mais n'exerçant plus au sein du service d'anesthésie (1 PH DIM, 1 PH en Surveillance Médicale Continue, 1 PH aux Urgences). Cette correction, faite en 2014, place l'établissement dans la moyenne haute des établissements de même catégorie ».

7.3 Les contrôles de l'assurance maladie sur la tarification à l'activité

L'établissement a fait l'objet d'un contrôle de la tarification à l'activité par l'assurance maladie dans le cadre du programme de contrôle régional 2011. Ce contrôle ne met pas en lumière d'importantes anomalies, en dehors du codage des séjours de très courtes durées dans le service des urgences (UHTCD).

Le montant des indus s'élève à 66 051,28 €. Ce montant est compensé par un montant de sous-facturation de 28 845,26 €. Le montant final dont était redevable l'établissement était donc de 37 206,02 €.¹⁵

En outre, l'établissement a reçu une notification d'une sanction de 10 078,63 € par l'ARS en date du 14 janvier 2013, venant majorer les montants initiaux, et ce, du fait de la répétition du manquement constaté et de l'absence d'action correctrice de l'établissement dans le champ de contrôle concerné, à savoir le codage des séjours issus de l'UHTCD (unité d'hospitalisation de très courte durée au sein du service des urgences.)

8 Les moyens humains augmentent nettement sur la période

L'hôpital a fait évoluer ses effectifs à la hausse, du fait d'une forte progression de son activité mais également du fait de l'absentéisme (selon la direction). Cette progression de 3% en moyenne tous les ans est désormais au-dessus de l'indicateur fixé par le plan ONDAM 2015-2017.

La structure de l'effectif s'en est trouvée modifiée avec une forte proportion de contractuels (31%) parmi la population soignante mais également au sein du corps médical.

8.1 Une augmentation des personnels de soins contractuels

Les personnels non médicaux sont caractérisés par une proportion significative de contractuels. Selon l'ordonnateur, la progression des effectifs soignants est à mettre en relation avec l'évolution défavorable de l'absentéisme depuis 2013.

8.1.1 Le nombre de contractuels a progressé rapidement

Les effectifs non-médicaux du budget principal du CH de Rochefort progressent globalement de 12,8 % sur la période, soit une augmentation de 122,53 ETP¹⁶ entre 2009 et 2014.

Cette évolution provient essentiellement des contrats à durée indéterminée (+ 89,3 ETP, soit + 66,7%). Les effectifs de titulaires ne progressent que de 0,6% sur la période et les effectifs de contrats à durée déterminée

¹⁴ Données financières issues de la banque de données de la fédération hospitalière de France (BDHF)

¹⁵ [Courrier de notification des indus en date du 10 octobre 2012.](#)

¹⁶ ETP : équivalents temps plein

de 48,8% (détail au sein de l'annexe n°5). La part des contrats à durée indéterminée est prépondérante, puisqu'ils représentent 72,9% de la progression. A contrario, les titulaires ne représentent que 3,7%.

Le rythme d'évolution annuelle des effectifs non-médicaux hors emplois aidés est de plus de 3% par an. Ce rythme est soutenu, à l'exception de l'année 2013, qui se distingue par une réduction de 1%. La chambre relève cependant une nouvelle augmentation entre 2013 et 2014 de 2,8%. Selon l'ordonnateur, cette évolution est à mettre en relation avec une évolution sensible de l'absentéisme entre 2013 et 2014.

Enfin, la chambre constate que la proportion de contractuels est importante au sein de l'établissement puisqu'elle atteint 31% des effectifs non-médicaux en 2014, alors qu'ils ne représentaient que 23% en 2009.

8.1.2 Une augmentation due aux effectifs soignants

Les effectifs des personnels soignants progressent de 14% sur la période, soit + 98,57 ETP. Cette augmentation représente 80,4% de la progression globale des effectifs non médicaux sur la période examinée (détail en annexe n°6). Cette évolution est due aux contractuels (à durée indéterminée et à durée déterminée).

En revanche, les effectifs des personnels sociaux éducatifs progressent du fait des effectifs de titulaires. Les personnels médicotechniques sont en baisse sur la période contrôlée de 0,45 ETP.

8.2 **L'évolution des effectifs du personnel médical**

Le nombre de médecins augmente rapidement du fait des contractuels, à la fois en raison de l'intégration des praticiens libéraux au GCS et du fait de recrutements de contractuels remplaçants et sur postes vacants. Les rémunérations de ces contractuels ne sont pas conformes à la réglementation. La direction confirme avoir eu recours à *« cette pratique eu égard aux difficultés de recrutement et à la nécessité d'assurer la continuité des soins et la permanence médicale et chirurgicale au sein d'un établissement soumis aux contraintes inhérentes aux missions de service public »*.

8.2.1 L'effectif médical évolue surtout du fait des contractuels

Les effectifs globaux augmentent de 23,5 % entre 2009 et 2014. Cependant, il existe constamment entre neuf à cinq postes de praticiens hospitaliers vacants sur la période examinée (détail en annexe n°7). L'établissement a connu des difficultés de recrutement de médecins, contraignant ce dernier à recourir massivement à l'intérim. Il voit de nouveau ses effectifs évoluer favorablement à compter de 2011, notamment grâce à l'ouverture du nouvel hôpital (+ 4 chirurgiens).

Les effectifs médicaux permanents progressent seulement de 4,1% sur la période. L'effectif médical est donc essentiellement affecté par l'évolution accrue des praticiens contractuels (+ 137,7%) et des internes (+37,3%). L'effectif des contractuels médicaux sans renouvellement de droit augmente rapidement sur la période contrôlée depuis la création du GCS du « Pays Rochefortais » et l'ouverture du nouvel hôpital (+14,6 ETP). Le coût de ces contrats progresse de 449,4% entre 2009 et 2014 (cf. point 11.1.3). L'ordonnateur insiste sur le fait que le coût des contrats (+ 449,4%) est à mettre en lien avec la réduction notable des coûts d'intérim sur la période.

8.2.2 Le recours à l'intérim médical s'inscrit désormais dans le respect de la réglementation

- *Le respect de la procédure prévue par le code des marchés publics :*

Dans son précédent rapport, la chambre avait noté que l'hôpital avait dû faire face à un contexte de pénurie de personnel médical. Ce dernier avait alors largement fait appel à des praticiens remplaçants avec une incidence budgétaire croissante. Certains recrutements n'avaient pas respecté les dispositions réglementaires de l'époque (décret n°93-701 du 27 mars 1993). La direction a régularisé cette situation et s'est conformée aux exigences du code des marchés publics, rappelées par la circulaire du 3 août 2010, relative aux modalités de recours à l'intérim dans la fonction publique.

Entre 2009 et 2013, plusieurs marchés sur appels d'offres ouverts ont été conclus avec diverses sociétés d'intérim. Depuis janvier 2016, un marché à bons de commande dont le montant est estimé à 60 000 € HT est passé dans le cadre d'un groupement de commandes avec l'hôpital La Rochelle-Ré-Aunis. Il prévoit une prestation de fourniture de médecins remplaçants dans les spécialités de radiologie, anesthésiologie, pédiatrie, urgences et radiologie.

- *Une majoration du coût de la journée d'intérim médical :*

Si le coût global de l'intérim baisse sur la période, c'est la conséquence de la baisse du nombre de journées (-93%). En revanche, le coût à la journée progresse notamment depuis la mise en place du marché conclu dans le cadre du groupement (+ 31%). Le coût de référence le plus élevé constaté est celui des anesthésistes et des urgentistes. Les coûts par journée varient de 500 € à 650 € pour ce qui concerne la rémunération nette, soit un montant charges comprises s'échelonnant de 1 273 € à 2 514 € HT par jour (auquel il convient de rajouter les frais de déplacement et le logement).

- *La comptabilisation des dépenses d'intérim :*

L'hôpital de Rochefort comptabilise sur le compte C/62113, l'ensemble de coûts de la prestation d'intérim, y compris les frais d'hébergement et de déplacements, lesquels devraient être enregistrés au C/6251 « *Voyages et déplacements* ». Par ailleurs, les montants enregistrés sur le compte C/62113 divergent du coût global de l'intérim issu des données extra comptables transmises par l'établissement. Les écarts constatés majorient le total du C/62113. L'établissement a indiqué que ces discordances proviendraient d'erreurs d'imputation comptable.

La chambre constate que l'établissement a conclu des marchés lui permettant de recourir à des prestations d'intérim médical dans les conditions de sécurité juridique nécessaire. L'hôpital a désormais remplacé le recours à l'intérim par des recrutements de praticiens contractuels remplaçants. La comptabilisation des dépenses sur le C/62113 doit faire l'objet de vérifications compte tenu des écarts inexplainés.

8.2.3 Le recours aux praticiens contractuels est justifié par les difficultés de recrutement mais est contraire à la réglementation

- *Les contrats au titre de remplacements d'absences :*

L'établissement confirme avoir recours aux contractuels depuis 2011, pour faire face à des difficultés de remplacements de médecins (alinéa 2 de l'article L. 6152-1). L'ordonnateur reconnaît que l'ensemble de ces contrats ne respecte pas le niveau de la rémunération prévue à l'article D. 6152-416 du code de la santé publique. Il s'agit notamment du remplacement d'un congé maternité en chirurgie orthopédique (sept contrats en 2013). Ces contrats prévoyaient une rémunération au 13^{ème} échelon de la grille indiciaire de praticien hospitalier + 30% (soit 9 635,1 €), ce qui va bien au-delà de ce que prévoit la réglementation dans le cas d'un remplacement (4^{ème} échelon +10%, soit 4 821,51 €).

Concernant les anesthésistes, les contrats proposés prévoient une rémunération au 13^{ème} échelon de praticien hospitalier + 65% (soit 12 229,17 €). Ces contrats ont concerné des remplacements ponctuels et un contrat d'une durée de 6 mois (du 14 septembre 2015 au 31 mars 2016). Ce contrat fait état d'une rémunération qui va également bien au-delà de la réglementation (4^{ème} échelon +10%). Le surcoût peut être estimé à 94 990 € sur la période examinée. L'établissement fait valoir que ce coût est bien inférieur à celui qui lui aurait été facturé dans le cadre de l'intérim.

Les contrats de médecins remplaçants ne respectent pas la réglementation en matière de niveau de rémunération. La chambre rappelle que l'établissement doit impérativement respecter les dispositions salariales prévues à l'article D. 6152-416 du code de la santé publique, en matière de recrutement de médecins au titre de remplacements ponctuels (article L. 6152-1 alinéa 2 du code de la santé publique).

L'établissement confirme avoir eu recours à « *cette pratique eu égard aux difficultés de recrutement et à la nécessité d'assurer la continuité des soins et la permanence médicale et chirurgicale au sein d'un établissement soumis aux contraintes inhérentes aux missions de service public* ». L'ARS a informé la chambre qu'un contrat de retour à l'équilibre financier avec l'établissement serait prochainement formalisé et qu'une attention particulière sera portée sur les dépenses de personnels.

- *Les contrats sur postes vacants : le cas des anesthésistes*¹⁷

(1) Des contrats à durée indéterminée conclus en dehors de tout cadre juridique

Pour faire face aux difficultés de recrutement de médecins anesthésistes à partir de 2010 (3 ETP vacants sur quatre postes), l'établissement a eu recours à des recrutements de praticiens contractuels. L'établissement mentionne qu'il s'agissait « *de s'assurer de la participation de jeunes praticiens particulièrement qualifiés. Les dispositions applicables sur ces contrats divergent des conditions réglementairement applicables. L'équipe d'anesthésie est désormais complète et l'établissement n'a plus recours à l'intérim sur cette spécialité.* »

L'établissement a donc proposé aux médecins anesthésistes des contrats à durée indéterminée, ce que la réglementation prévoit, mais pas en l'espèce. En effet, l'article R. 6152-403 du code de la santé publique autorise le recrutement de praticiens hospitaliers par contrat à durée indéterminée pour assurer certaines missions spécifiques nécessitant une responsabilité et une technicité particulières, dont la liste est fixée par arrêté ministériel. Ce recrutement par contrat indéterminé ne peut toutefois intervenir qu'après une période de six ans, au cours de laquelle les praticiens concernés étaient recrutés par contrat à durée déterminée de trois ans, renouvelable une fois. Or, dans le cas présent, les praticiens concernés ont été recrutés directement par CDI ; étant précisé que par ailleurs la fonction d'anesthésiste ne fait pas partie de celle qui peut faire l'objet de recrutement par CDI. En outre, contrairement aux dispositions de l'article R. 6152-412 du code de la santé publique, ces contrats n'ont pas été transmis à l'agence régionale de santé, ni au conseil de l'ordre des médecins territorialement compétent.

Pour faire face à la pénurie d'anesthésistes, plutôt que d'utiliser de façon irrégulière le contrat à durée indéterminée, l'établissement pouvait utiliser la procédure des postes à recrutement prioritaire prévue par les articles L. 6152-1 (3^{ème} alinéa) et R. 6152-5 du code de la santé publique. Cette procédure permet justement d'identifier des postes qui présentent des « *difficultés particulières de recrutement et d'exercice* ». La liste de ces postes est établie par le directeur du centre de gestion, sur proposition de l'agence régionale de santé. Les praticiens retenus s'engagent par convention avec l'établissement à exercer durant 5 ans sur le poste proposé. L'intérêt de cette procédure est qu'elle permet le versement d'une allocation de 10 000 €.

(2) Le non-respect de la réglementation concernant la publication des postes vacants de praticiens hospitaliers dans la discipline d'anesthésie

L'établissement a souhaité, à partir de 2011, maintenir l'équipe d'anesthésistes contractuels, dont « *le niveau de formation et les compétences sont reconnus. Ces praticiens se sont intégrés et investis dans l'établissement et nous n'avons pas souhaité mené de démarches qui nous auraient conduit à rompre les contrats en cours avec ces praticiens.* » L'ensemble des courriers fournis par la direction couvrant la période 2010 à 2013 atteste que le gel de la publication de ces postes a été sollicité auprès de l'autorité de tutelle. La chambre relève que l'établissement a donc méconnu ses obligations de publication des postes vacants et de recrutement prioritaire de praticiens hospitaliers.

(3) Le niveau des rémunérations prévues par ces contrats ne respecte pas la réglementation

Les contrats sont rémunérés au 13^{ème} échelon + 45% (soit 10 786, 86 €) ce qui s'inspire de la possibilité ouverte par le recrutement de praticien hospitalier sur poste à recrutement prioritaire (ou encore « *clinicien hospitalier* »). En effet l'article R. 6152-71 du code de la santé publique permet aux cliniciens hospitaliers de percevoir une rémunération pouvant aller jusqu'à la rémunération correspondant au 13^{ème} échelon de la grille des

¹⁷ Détail des contrats annexe N°8

praticiens hospitaliers, majorée de 65%, étant précisé cependant que cette rémunération comprend une part fixe par référence aux émoluments des praticiens hospitaliers et une part variable en fonction des objectifs fixés au contrat. Comme vu supra, les contrats ne peuvent pas être qualifiés de contrats dits de « clinicien » ayant pour conséquence que la rémunération servie aux praticiens ne pouvait excéder un montant correspondant au 4^{ème} échelon de praticien hospitalier majoré de 10% (article D. 6152-416 du code de la santé publique). La chambre a chiffré le surcoût généré par ces contrats sur postes vacants du fait de l'application d'une rémunération supérieure au 4^{ème} échelon +10%, correspondant à un montant de 1 555 295 € (entre 2011 et 2015). La rémunération pratiquée uniformément pour tous les praticiens recrutés ne prend pas en compte les critères d'ancienneté dans l'exercice de la profession et place ainsi tous les médecins à un niveau de rémunération correspondant à 22 années d'exercice dans la fonction publique hospitalière.

Face à ces constats, l'établissement a souhaité insister sur « la grande difficulté à pourvoir ces postes dans un cadre statutaire aucune candidature n'ayant été reçue malgré la publication de 7 postes sur 5 ans. Aussi, un fonctionnement annuel sur cette base - sans prendre en compte les frais complémentaires de type hébergement et frais de déplacement - s'élèverait à : 7 680,15 € HT par jour ouvré (250 jours par an) pour 5 anesthésistes, et 2 560,15 € HT pour les WE et jours fériés (115 jours par an en moyenne) pour un anesthésiste, soit 2 215 000 HT (2 657 000 € TIC). Ce coût apparaît nettement supérieur au coût actuel du fonctionnement du service d'anesthésie (surcoût de plus d'un million d'euros). Cette possibilité de pourvoir au recrutement de médecins anesthésistes dans un cadre contractuel s'est avérée être la seule solution accessible à l'établissement pour maintenir et développer ses activités ».

8.2.4 Une rémunération variable prévue au sein des contrats qui ne se réfère à aucun indicateur d'activité

L'hôpital de Rochefort a créé une indemnité exceptionnelle qui correspond en réalité à la rémunération d'une part variable prévue dans les contrats de travail. La modalité de calcul de la part variable prévue par les contrats n'est pas précisée. Cette part variable n'évolue en réalité que pour les contractuels remplaçants. Pour les anesthésistes sous contrat à durée indéterminée, l'établissement a mis en place une rémunération garantie au 13^{ème} échelon + 45% (hors astreintes et plages additionnelles) et qui n'évolue pas en fonction de l'activité.

La chambre rappelle à l'ordonnateur son obligation de respecter les niveaux de rémunération prévus à l'article D. 6152-416 du code de la santé publique, fixant la réglementation en matière de recrutement de contractuels médicaux.

8.3 **La gestion administrative du personnel médical**

Si la permanence des soins a été forfaitisée depuis 2009 et s'avère avoir contribué à une maîtrise des dépenses liées aux astreintes médicales, la chambre relève toutefois que ni les règles d'attribution de plages de temps additionnel, ni les contrats par praticien n'ont été formalisés. En effet, l'absence de fonctionnement de la commission d'organisation de la permanence des soins et d'évaluation de son fonctionnement sont identifiées comme étant un point faible. Il en va de même pour la commission d'activité libérale, laquelle ne s'est pas réunie de façon régulière. Enfin, l'établissement s'est engagé à solliciter l'accord de l'ARS avant d'allouer les primes multi-sites et rendre les roulements de travail des médecins du service médical d'urgence et de réanimation d'Oléron, conformes à la réglementation.

8.3.1 Le temps de travail médical : le cas de l'antenne SMUR d'Oléron

La réglementation (R. 6152-26 du code de la santé publique) prévoit que le praticien a la possibilité de travailler pendant une période continue de 24 heures maximum à titre dérogatoire et sous réserve qu'il soit volontaire. Ce temps de travail doit cependant être suivi immédiatement d'un repos de durée équivalente. A l'hôpital de Rochefort, le temps de travail des praticiens dans le cadre du service médical d'urgence et de réanimation (SMUR) d'Oléron est prévu par journées de 24 heures de présence. Les plannings de travail des praticiens contractuels recrutés entre 2009 et 2014 attestent que le roulement est établi avec une présence sur place pouvant aller jusqu'à 10 jours successifs, sans que ne soit prévu un repos compensateur sur toute la période. Par ailleurs, les plannings fournis par la direction pour l'exercice 2014 permettent également de constater que le roulement

prévu pour le praticien titulaire participant au SMUR estival n'est pas non plus conforme à la réglementation. En effet, son roulement ne prévoit pas de repos compensateur. Il prévoit sa présence un week-end sur place dans le cadre du SMUR soit 48 heures de travail consécutives, puis un retour au sein de son service à l'hôpital dès le lundi matin.

La direction justifie cette organisation par les conditions particulières d'activité de cette antenne estivale et la nécessité absolue d'assurer la continuité du service et la permanence des soins. Les conditions de travail et de rémunération de ces intervenants se « situent en dehors du cadre réglementaire applicable », telles que le précise la direction dans le courrier de réquisition du comptable afin de procéder au paiement des salaires et plages additionnelles de ces praticiens entre 2009 et 2013. La direction a depuis 2014, procédé à une modification des roulements, qui sont désormais conformes à la réglementation.

8.3.2 L'organisation de la permanence des soins

Le centre hospitalier de Rochefort ne dispose pas de règlement général des gardes et astreintes. Un règlement intérieur est en cours de formalisation, notamment pour prendre en compte les nouvelles dispositions du décret du 9 octobre 2015. La permanence des soins est organisée sous forme de gardes sur place (urgences-SMUR-surveillance médicale continue et anesthésie), ou d'astreintes opérationnelles (chirurgie orthopédique, chirurgie digestive, cardiologie, médecine, médecine gériatrique, gynécologie-obstétrique, imagerie médicale, biologie, pharmacie), ou mixtes (demi-garde ou demi-astreinte pour la pédiatrie).

La commission d'organisation de la permanence des soins de l'hôpital de Rochefort s'est prononcée le 29 juin 2009 en faveur d'une forfaitisation des astreintes.

Des tableaux de service mensuels nominatifs existent pour l'ensemble des pôles et ont été transmis par la direction de l'établissement. Depuis 2009, l'organisation de la permanence des soins médicale n'a fait l'objet d'aucune évaluation, contrairement à ce que prévoit l'instruction du 31 mars 2014¹⁸. Les lignes de gardes et d'astreintes ont pourtant fait l'objet de modifications : la transformation de l'astreinte en garde sur place concernant l'anesthésie, la création d'une demi-garde supplémentaire aux urgences, la création d'une astreinte en ORL depuis le 1er janvier 2016. La chambre constate que ces réorganisations des lignes de permanence n'ont pas fait l'objet d'évaluation.

8.3.3 La forfaitisation des astreintes a été source de maîtrise des dépenses

L'arrêté du 30 avril 2003 permettait, à titre dérogatoire au « directeur de l'établissement, après avis de la CME, de décider, pour une structure donnée, la mise en place d'une indemnisation forfaitaire de l'astreinte opérationnelle ou de l'astreinte de sécurité, au plus égale au montant d'une demi-indemnité de sujétion augmenté de l'indemnité de base et recouvrant les éventuelles indemnités de déplacement quel qu'en soit le nombre.(...) Le montant de cette indemnisation forfaitaire est fixé à 187,70 € pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les services d'accueil des urgences (SAU), ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement de crédits liés à la suppression de lignes de permanence sur place. Ce dispositif donne lieu à un contrat annuel renouvelable, entre le responsable de la structure et le directeur, dans le respect de l'enveloppe allouée à l'établissement au titre de la permanence des soins, et sous réserve d'une diminution des permanences sur place. Une évaluation annuelle du dispositif est réalisée par le directeur avec la COPS (...) Sur la base de cette évaluation, le contrat peut être reconduit ». Au centre hospitalier de Rochefort, la rémunération des astreintes est forfaitisée depuis le 1^{er} juillet 2009. Cette réflexion a été initiée en interne à la faveur du changement du mode de financement de la permanence des soins par l'attribution des crédits alloués dans le cadre de la mission d'intérêt général. La CME a adopté une forfaitisation des astreintes, à partir d'un nombre moyen de déplacements (moyenne du nombre de déplacements par ligne d'astreinte en 2007 et 2008) et du tarif réglementaire de l'astreinte. La règle est donc à ce jour la suivante : l'application de ce principe à toutes les lignes

¹⁸ Instruction DGOS/RH4 N°2014-101 du 31 mars 2014 [Instruction DGOS/RH4 N°2014-101 du 31 mars 2014](#) relative à « la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique des établissements de santé et les établissements publics d'hébergement des personnes âgées dépendantes ».

d'astreinte, sauf pour la pédiatrie. Dans le cas de la pédiatrie, le forfait est fixé sur la base du tarif de la demi-astreinte de nuit auquel il convient d'ajouter les demi-gardes de nuit, de samedi et de dimanche.

La forfaitisation des astreintes a figé la méthode de calcul et les montants octroyés depuis 2009. Il n'est ainsi pas possible d'évaluer l'évolution du nombre de déplacements et d'appels dans le cadre des astreintes. Par ailleurs, l'arrêté du 30 avril 2003 permettait la forfaitisation des astreintes, pour certaines disciplines, parmi lesquelles ne figuraient pas les disciplines telles que la gériatrie, le service de soins de suite et de réadaptation, la pharmacie ou la biologie notamment. L'établissement n'a pas mis en place de contrats avec les praticiens tel que le prévoit le dispositif de forfaitisation. Enfin, ce dispositif n'a pas fait l'objet d'évaluation depuis sa mise en place en 2009.

Selon la direction, la forfaitisation est un élément de rémunération favorable qui participe, pour partie, à la fidélisation du corps médical. Néanmoins, cette forfaitisation a entraîné la suppression du contrôle de la traçabilité des déplacements et notamment du carnet à souche. L'établissement envisagerait, si les dispositions du décret du 9 octobre 2015 sont maintenues, la mise en place d'un suivi des temps de déplacement en période d'astreinte. Au final, le coût de la permanence des soins a progressé de 6,1% sur la période, ce qui est peu significatif ; la rémunération des astreintes étant elle-même en baisse sur toute la période.

La chambre relève que la forfaitisation des astreintes telle que mise en place par l'hôpital de Rochefort a eu pour conséquence un gel des dépenses liées aux astreintes depuis 2009. La chambre recommande à l'ordonnateur de procéder à une évaluation du dispositif, ainsi que le prévoit la réglementation et à mettre en place des contrats par praticien.

8.3.4 Les règles d'attribution des plages de temps additionnel ne sont pas formalisées

La commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS) ne se réunit pas régulièrement à l'hôpital de Rochefort et n'est donc pas informée de ce que représente le temps additionnel. L'état quadrimestriel du temps additionnel par praticien n'existe pas. Même s'il existe un décompte annuel du temps additionnel, celui-ci ne permet pas d'en faire un outil de gestion opérationnel (pas de suivi par praticien et par discipline ou par pôle). En outre, l'établissement n'a pas mis en place de contrat de temps additionnel. Pourtant, la direction déclare avoir autorisé assez facilement le dépassement des obligations réglementaires du temps de travail afin de permettre la rémunération des médecins sous forme de temps additionnel et ce, dans un souci de fidélisation. Certains médecins ont obtenu la rémunération des samedis matin travaillés, sans que cela ne fasse l'objet d'un contrat annuel.

De façon globale, le coût du temps additionnel a progressé de 21,9%, soit + 58 447 €. Il s'agit essentiellement du temps additionnel de jour qui augmente depuis 2012, et plus récemment, en 2014 (+ 272,2% entre 2009 et 2014). Cette évolution est consécutive au paiement des samedis matin travaillés au-delà des obligations de service hebdomadaire, en lieu et place de récupérations. Cette pratique s'est développée au fil du temps, sans toutefois qu'aucune règle ne soit établie par les autorités dont relève l'organisation de la permanence des soins, à savoir, le directeur de l'établissement conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement (articles L. 6143-7 et R. 6144-2-1 du code de la santé publique).

Par ailleurs, dans le cadre du fonctionnement du SMUR d'Oléron, l'établissement a eu recours à des contrats de praticien afin de faire face à une présence 24h/24 pendant la période estivale. Les contrats de travail prévoyaient la rémunération de ces praticiens aux conditions réglementaires (4^{ème} échelon + 10%) et une participation à la permanence des soins. Le paiement de très nombreuses plages additionnelles a fait l'objet de rejets de paiement par le comptable en 2009, s'appuyant sur un défaut de production des tableaux de permanence et une incohérence entre le bulletin de paie et le contrat de travail. Le directeur a donc réquisitionné le comptable afin de permettre le versement des rémunérations de trois médecins. Par la suite, les exercices 2010 à 2013 sont caractérisés par le recours systématique aux réquisitions du comptable par l'ordonnateur, afin de procéder au paiement des praticiens recrutés pour le fonctionnement du SMUR d'Oléron.

Face à cette situation, force est de constater que la direction n'a pas souhaité se conformer aux exigences du comptable en termes de pièces justificatives permettant la liquidation de la dépense, à savoir que :

- ni la trame des contrats de travail, ni le tableau de garde n'ont été modifiés ;
- aucun état précis du temps additionnel, n'a été établi afin de correspondre aux pièces justificatives attendues par le comptable ;
- les réquisitions des comptables sont devenues systématiques et même adressées en même temps que le mandat de paiement (donc sans attendre le rejet officiel du comptable).

Ainsi, les conditions de rémunération de ces praticiens et du temps additionnel mises en place par l'hôpital de Rochefort sont critiquables, et non conformes à la réglementation. Le montant des rémunérations des praticiens ainsi recrutés est identique à celui proposé dans le cadre de l'intérim médical. La direction a informé la chambre qu'elle a procédé au renfort de l'effectif des urgentistes pour faire face à l'organisation du SMUR d'Oléron, et qu'elle n'a plus eu recours aux contractuels en 2014 et 2015.

La chambre rappelle à l'établissement ses obligations juridiques afin de formaliser les règles relatives à l'attribution des plages additionnelles et mettre en place des contrats avec les praticiens. Le suivi du temps additionnel doit être complété de tableaux de suivi quadrimestriels, par praticien et par pôle.

8.3.5 Le développement de l'activité des praticiens intervenants sur plusieurs sites

De nombreux praticiens participent à des activités partagées entre plusieurs sites et dans le cadre des actions de coopérations. Ces activités partagées sont un atout indéniable, mais qui doivent s'inscrire dans le respect de la réglementation quant aux modalités de versement de l'indemnité. En effet, les médecins concernés peuvent bénéficier du versement d'une indemnité pour activité dans plusieurs établissements¹⁹. Les montants de ces indemnités ont augmenté de 16 % sur la période 2010-2014 comme suit :

Indemnité pour activité sur plusieurs sites	2010	2011	2012	2013	2014
Total général	21 579,18 €	32 852,94 €	37 427,4 €	25 367,46 €	24 951,6 €

Données xemelios

L'établissement a mis en place le versement de ces primes, sans accord préalable du directeur général de l'agence régionale de santé. Le directeur de l'établissement a récemment pris des décisions individuelles couvrant l'année 2015 et le renouvellement concernant 2016 pour deux médecins. Pour les autres praticiens, aucune décision individuelle n'existe, ni aucune autorisation permettant le versement de cette indemnité.

La chambre prend acte du fait que l'établissement entend solliciter l'accord de l'ARS avant d'allouer les primes multi-sites et d'arrêter des décisions individuelles d'attribution.

8.4 **La commission d'activité libérale doit être réactivée**

Même si l'activité libérale ne concerne actuellement que deux médecins, la direction ne peut s'exempter de réunir la commission d'activité libérale.

Si seulement deux praticiens sont actuellement concernés par cette activité, cinq praticiens sont recensés sur la période examinée. Le centre hospitalier de Rochefort a fourni les contrats des praticiens de l'établissement exerçant une activité libérale. Le contrat est conforme au contrat type prévu par l'article R. 6154-4 annexe 61-2 du code de la santé publique. Le contrat comporte l'avis du médecin chef de pôle, l'avis de la présidente de la commission médicale de l'établissement. Le contrat est approuvé par l'Agence régionale de santé de Poitou-Charentes. Cette approbation vaut autorisation d'exercice d'une activité libérale.

¹⁹ Circulaire DHOS/M n° 2000-521 du 13 octobre 2000 à l'indemnité versée à certains personnels médicaux hospitaliers lorsqu'ils exercent leur activité dans plusieurs établissements. Arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements et précise les modalités d'attribution et montants (Article 8 de l'arrêté du 17 octobre 2001)

La commission de l'activité libérale du centre hospitalier de Rochefort a été créée conformément aux dispositions du code de la santé publique (articles L. 6154-5 et R. 6154-11 à R. 6154-17). Sa composition est conforme à la réglementation en vigueur et notamment aux articles R. 6154-11 et D. 6154-15 et suivants du même code.

L'absence de procès-verbaux de cette commission fait apparaître que les réunions ne se sont pas tenues régulièrement entre 2009 et 2014. Les bilans de l'activité libérale des années 2011, 2012, 2013 ont tous été établis en date du 13 mars 2014. Les procès-verbaux des séances de 2010, 2011, 2012 ont été soumis à la CME avec retard en 2014, ce qui tend à démontrer que les réunions de la commission ne se sont pas tenues. Les rapports de la commission libérale transmis pour les années 2010 à 2014 ont fait l'objet d'une présentation à une même séance de la CME le 15 mai 2014.

La direction devra réactiver la commission d'activité libérale afin de la réunir régulièrement.

8.5 Le temps de travail du personnel non médical

L'accord de réduction du temps de travail n'a pas été modifié et n'a pas créé de régime particulièrement coûteux pour l'établissement. En revanche, certaines règles de gestion des personnels non médicaux mériteraient d'être évaluées (régime des astreintes et modalités d'attribution des heures supplémentaires) ou modifiées pour les rendre conformes à la réglementation (attribution de trois jours de congés supplémentaires au titre du temps d'habillage et de déshabillage et la trame de roulement de travail en 12 heures pour les soignants).

8.5.1 L'accord RTT n'a pas été modifié depuis 2002

Au centre hospitalier de Rochefort, l'accord local relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail date du 7 février 2002. Les modalités de mise en œuvre de la réduction du temps de travail ont été déclinées dans le « guide du temps de travail » (version de juin 2011, actualisée en juin 2013) qui prévoit une amplitude quotidienne de 7h30 de travail et l'attribution de 14 jours de réduction de temps de travail (15 jours - 1 jour au titre du jour de solidarité depuis le 1^{er} janvier 2005). Cette mesure est conforme aux dispositions réglementaires et n'appelle pas d'observation. Les agents de nuit travaillent avec une amplitude de 10 heures par nuit. Des roulements en 12 heures ont été mis en place de manière progressive au sein de l'établissement et lui ont permis d'être attractif auprès des personnels infirmiers. A ce jour, les pôles urgences, mère-enfant et de gériatrie, ainsi que le service du standard-sécurité-accueil bénéficient de roulements en 12 heures. Par ailleurs, la mise en place de ces roulements a permis à l'établissement de se mettre en conformité avec la réglementation concernant le nombre de repos hebdomadaires.

8.5.2 Le temps de travail effectif n'est pas toujours conforme à la réglementation

Le suivi du temps de travail du personnel non-médical s'effectue au moyen d'un outil informatisé du temps de travail (GESTOR). L'outil informatisé permet un suivi du temps de travail, des jours de congés et des comptes épargne-temps. Le décompte du temps de travail d'un agent en roulement de 12 heures a permis d'identifier que la trame prévisionnelle de roulement est établie à partir d'un nombre d'heures travaillées de 1 486 heures par an au lieu de 1 547 heures (roulements à repos variables), soit 61 heures de moins que ce que prévoit la réglementation. Par ailleurs, la trame de roulement prévoit des remplacements, alors même que le temps de travail annuel n'est pas rempli. La direction précise que : *« l'établissement précise que la trame de travail en 12 heures transmise à la Chambre au cours du contrôle, est une trame théorique qui ensuite est impactée des périodes d'absences programmées et non programmées, notamment les absences pour raison de santé. Le fait que cette trame soit a priori déficitaire permet de disposer d'une possibilité de gestion interne de l'absentéisme de courte durée en procédant à des modifications de planning pour pallier ces absences »*. La chambre confirme que la trame de roulement prévisionnelle n'est pas conforme à la réglementation.

8.5.3 L'attribution de jours supplémentaires au titre de l'habillement et déshabillage n'est pas conforme à la réglementation sur le temps de travail

Dans le cadre de l'ouverture du nouveau site en 2011, la direction a institué un nouveau décompte du temps d'habillement et de déshabillage « *pour les personnels qui, du fait de leur fonction, sont obligés de se changer en embauchant pour mettre une tenue complète (pantalon et haut)* ». En effet, sur l'ancien site « Saint Charles », les personnels disposaient de badgeuses avant de pénétrer dans le vestiaire ; alors qu'au sein du nouveau site, les personnels effectuent le badgeage à l'entrée de l'unité de soins, ce qui paraît conforme à la réglementation. A la suite d'une négociation avec les partenaires sociaux, la direction a isolé un temps d'habillement et déshabillage : « *En contrepartie du fait que les minutes consacrées par les agents à se mettre leur tenue professionnelle au moment de l'embauche, et à se mettre en tenue civile au moment de la débauche, ne sont pas validées dans GESTOR, ces derniers bénéficient de 3 jours forfaitaires de congés supplémentaires, dit congés d'habillement* ». ²⁰ Les agents concernés par ces jours supplémentaires sont environ 980 (en ETP). Cela représente 2 940 jours de congés supplémentaires octroyés dans l'année, soit environ l'équivalent de 13 ETP.

La chambre relève que la durée annuelle effective de travail est non conforme aux obligations réglementaires, puisque celle-ci est réduite par l'attribution de trois jours d'absence qui ne sont pas prévus par la réglementation. Le temps d'habillement et de déshabillage est décompté comme étant du travail effectif, il est un « *temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles* ». Le cumul du temps d'habillement/déshabillage sous forme de trois jours d'absence n'est pas conforme à la réglementation sur le temps de travail effectif, créant, à tort, des jours de congés supplémentaires.

La chambre rappelle à la direction, son obligation de se conformer à la réglementation concernant le temps de travail des agents non médicaux, y compris concernant le décompte du temps d'habillement et déshabillage lequel demeure du temps de travail effectif. Elle observe que l'établissement s'est engagé à mener une réflexion avec les partenaires sociaux afin de se mettre en conformité avec la réglementation.

8.5.4 Le régime des astreintes doit être évalué

Le régime d'astreintes n'a pas fait l'objet d'évolution sur la période contrôlée. La caractéristique du régime des astreintes, tient au fait de privilégier le paiement au détriment de la récupération. Les astreintes du personnel technique sont organisées de la même manière depuis 2008 (cf. procès-verbal du CTE du 19 décembre 2008). L'organisation, bien que dérogatoire, n'a pas fait l'objet d'évaluation ni de modification depuis cette date. Elle conduit à ce que le même agent soit d'astreinte, soit une semaine complète, sans interruption. Par ailleurs, le paiement des heures supplémentaires déroge à la réglementation qui prévoit le paiement de 20 heures supplémentaires maximum par mois. Les personnels techniques qui participent à l'astreinte ne bénéficient d'aucune récupération mais d'un paiement de la totalité des heures supplémentaires, soit 118 heures par mois (cf. états de novembre 2013 et de novembre 2014).

La chambre relève que l'établissement s'est engagé à mener une évaluation du dispositif des astreintes, notamment pour le personnel technique, à partir du dernier trimestre 2016.

8.5.5 Le volume d'heures supplémentaires est conséquent

Au 31 décembre 2011, l'ensemble des heures supplémentaires ainsi cumulées par les personnels s'élevait à environ 60 000 heures, ce qui correspondait à une valorisation d'environ un million d'euros (cf. procès-verbal du CTE du 24 février 2012). Afin de résorber ces heures, la direction s'est engagée à procéder à une indemnisation d'une partie d'entre-elles, sur la paie du mois d'avril 2012. « *Cependant, en contrepartie de cette gestion plus rigoureuse des heures supplémentaires réalisées, et pour les agents qui en feront la demande, il est retenu le principe de procéder, trois fois par an, à un bilan du temps de travail des agents afin de proposer aux personnels intéressés une rémunération des heures supplémentaires réalisées et validées par l'encadrement, ceci sans*

²⁰ [Guide du temps de travail / CH de Rochefort](#)

attendre la fin de l'année. » (cf procès-verbal du CTE du 24 février 2012). L'établissement a poursuivi la procédure d'apurement des heures supplémentaires en 2013, en procédant au paiement de 15 000 heures, pour un montant de 305 000 €.

Le tableau de bord social formalisé par l'établissement met en exergue le nombre d'heures supplémentaires payées ces trois derniers exercices. Il apparaît que le nombre d'heures supplémentaires rémunérées est de plus en plus important concernant le personnel non-médical. Elles sont constituées, pour moitié par les sages-femmes et les infirmières, et pour l'autre partie, par le paiement des heures supplémentaires au-delà de 14 heures. Le processus de résorption des heures supplémentaires ne s'est pas traduit par une baisse du nombre d'heures supplémentaires, lesquelles demeurent stables entre 2012 et 2014.

La chambre invite l'établissement à s'interroger sur le volume incompressible des heures supplémentaires. Au total le nombre d'heures supplémentaires représentent environ sept ETP par an.

8.6 Le régime indemnitaire des personnels non-médicaux n'est pas conforme à la réglementation

8.6.1 La prime de début de carrière est versée à tort aux agents contractuels

Le guide de la rémunération de l'hôpital de Rochefort indique que cette prime est versée à tous les agents, quels que soient leurs statuts. La réglementation²¹ ne prévoit quant à elle son versement qu'aux titulaires et stagiaires. Or, cette prime a été versée à des agents non titulaires en 2013 et 2014, sans que les contrats de travail ne le prévoient (pour 14 032,5 € en 2013 et 14 861,65 € en 2014).

La chambre prend acte de l'engagement de l'ordonnateur de procéder à une modification des contrats de travail par voie d'avenant intégrant le principe de paiement de la prime et du guide de la rémunération.

8.6.2 L'indemnité de sujétion des aides-soignants²²

L'indemnité versée à l'hôpital de Rochefort a augmenté de 7% entre 2010 et 2014. Si le taux appliqué est conforme à la réglementation, en revanche, certains agents ont bénéficié d'un rappel calculé à partir d'un taux de 20 % et non de 10%. A partir de 2013, 128 agents non-titulaires ont perçu cette prime. Les montants étaient de 107 445,54 € en 2013 et de 141 721,56 € en 2014. Le directeur a confirmé que l'établissement versait aux personnels contractuels des primes prévues par la réglementation pour les personnels titulaires et stagiaires, comme dans le cas de l'indemnité de sujétion des aides-soignants. Contrairement à ce que prévoit la réglementation, cette décision n'a fait l'objet d'aucune délibération spécifique du conseil de surveillance, ni d'avis du CTE. A ce jour, les contrats de travail ne prévoient pas explicitement le versement de ces indemnités. Par ailleurs, l'établissement n'a pas procédé à la mise en conformité de ces contrats suite à la définition de la jurisprudence applicable en la matière (arrêt du Conseil d'Etat n°312446 du 23 mars 2009 – Centre Hospitalier de Montereau). Il a engagé une réflexion en ce sens suite à la publication de l'instruction n° DGOS/RH4/2015/108 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

La direction a indiqué que ce point sera mis en œuvre en 2016 avec la conclusion d'avenants au contrat de travail des agents concernés conformément à l'instruction de la direction générale de l'offre de soins.

21 Décret n°89-922 du 22 décembre 1989 ; arrêté du 20 avril 2001 ; Les bénéficiaires sont les personnels infirmiers stagiaires ou titulaires de 1er et 2ème échelon de la classe normale.

22 Arrêté ministériel du 23 avril 1975 relatif à l'attribution d'une prime spéciale de sujétion

8.6.3 L'indemnité de travail de nuit et la majoration²³

Le guide de la rémunération des personnels indique que sont bénéficiaires de cette prime, « les agents quels que soient leurs statuts », ce qui n'est pas conforme à la réglementation. Les montants versés sont de 32 333,7 € en 2013 et 34 347,79 € en 2014.

La chambre prend acte de l'engagement de l'établissement de se conformer à la réglementation dans le cadre du versement de cette indemnité.

8.6.4 L'attribution de la prime de service²⁴

L'instruction du 2 avril 2015 précitée relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière précise la liste des primes pouvant être attribuées aux agents contractuels. La prime de service ne figure pas dans cette liste. L'hôpital de Rochefort a versé des primes de service à des agents sous contrat à durée indéterminée entre 2009 et 2014. Les montants étaient respectivement de 24 695 € en 2013 et 12 825,47 € en 2014. La direction de l'établissement indique qu'aucune disposition spécifique n'est mentionnée dans les contrats des agents concernés. L'établissement a maintenu les versements en s'appuyant sur les termes de la lettre du 25 Juin 1999 relative au paiement de la prime de service aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière qui précise : « *Toutefois, afin de ne pas pénaliser les agents contractuels sur emploi permanent qui ont bénéficié d'une mesure favorable les rendant éligibles à la prime de service, les gestionnaires hospitaliers sont autorisés à leur maintenir, pendant toute la durée de leur contrat à titre personnel le bénéfice de cet avantage dans le respect des modalités d'attribution prévues par l'arrêté précité* ».

La chambre constate que l'ordonnateur n'a pas encore procédé à la mise en conformité des contrats des agents concernés, mais s'est engagé dans une réflexion suite à la publication de l'instruction du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

8.6.5 L'établissement a engagé des actions afin d'améliorer les conditions de travail

8.6.5.1 *Le taux d'absentéisme s'est réduit mais reste élevé*

L'établissement a connu une augmentation significative de son taux d'absentéisme à partir de 2011-2012 et ceci en lien notamment avec la mise en œuvre des organisations du travail au sein du nouvel hôpital. Le taux d'absentéisme était de 8,7% en 2013, nettement plus élevé que la moyenne nationale de la catégorie²⁵, située à 7,8%. La moyenne des jours d'absence s'élevait à 32 jours au sein de l'établissement, contre 27,19 jours en moyenne pour les établissements de catégorie équivalente. Cette augmentation du taux d'absentéisme a concerné la catégorie professionnelle des infirmières qui connaissait précédemment un taux d'absentéisme bien inférieur à la moyenne nationale. La direction associe la progression de l'absentéisme aux modifications importantes

23 Décret n° 88 1084 du 30 novembre 1988 ; Circulaire DH/8D/291 du 13 avril 1989 ; Décret n° 92-197 du 28 février 1992 ; Arrêté du 20 avril 2001 fixant le taux de la majoration pour travail intensif ; Arrêté du 30 août 2001 fixant les taux de l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et de la majoration spéciale pour travail intensif ; Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 réglemente le travail de nuit qui comprend la période comprise entre 21h00 et 6h00 du matin. Décret du 30 novembre 1988 : indemnité attribuée aux personnels titulaires et stagiaires, qui assurent totalement ou partiellement leur service normal dans le cadre de la durée hebdomadaire du travail entre 21h00 et 6h00 du matin.

24 Il a été rappelé à multiples reprises que, seuls les agents titulaires et stagiaires peuvent prétendre au bénéfice de la prime de service, conformément à la réglementation applicable. L'exclusion des agents contractuels est conforme à l'arrêt du Conseil d'Etat du 23 mars 2009 (CE n°312446, *tables Lebon*) dans lequel la haute juridiction a considéré qu'en étendant le bénéfice de la prime de service aux agents contractuels des établissements publics hospitaliers, les rédacteurs de l'arrêté du 24 mars 1967 avaient outrepassé leur compétence, celle-ci étant limitée par l'article L. 813 du code de la santé publique aux seuls personnels statutaires. En conséquence, le Conseil d'Etat a considéré que les agents contractuels ne pouvaient pas bénéficier de la prime de service. Cette décision a été confirmée quelques mois plus tard pour le CHU de Nantes (CE, 16 novembre 2009, n°311192, *tables Lebon*).

25 « Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2013 » (ATIH à partir des remontées de bilans sociaux) ; mars 2015.

apportées aux organisations de soins entre 2012 et 2015, sollicitant une plus grande polyvalence chez les personnels soignants.

La chambre constate que l'établissement a réussi à diminuer le taux d'absentéisme, qui est de 8,1% en 2015 (budget principal et budgets annexes), ce qui est toutefois encore supérieur à la moyenne nationale.

8.6.5.2 Les moyens mis en œuvre par l'établissement pour lutter contre l'absentéisme

Conformément aux dispositions de l'instruction DGOS/RH3 n°2010-248 du 6 juillet 2010 du ministère de la santé et des sports, l'élaboration du contrat local d'amélioration des conditions de travail s'est appuyée sur une phase préalable de diagnostic et notamment sur l'analyse du bilan social, du bilan hygiène, du bilan de la sécurité et des conditions de travail et du document unique d'évaluation des risques professionnels. L'établissement a fait de la lutte contre l'absentéisme un objectif majeur de son projet social 2013-2017 ; cet objectif figure également dans le CPOM. En effet, au regard des taux d'absentéisme constatés en 2012-2013, et compte-tenu de son impact financier, sa réduction durable est devenue un objectif prioritaire de la politique de ressources humaines.

Deux axes prioritaires ont été retenus :

- l'adaptation des organisations de travail afin d'améliorer les conditions de travail (notamment des IDE impactées par la mise en œuvre d'une polyvalence trop appuyée) ;
- le maintien dans l'emploi des agents présentant des restrictions d'aptitude ponctuelles ou durables et le maintien dans l'emploi de femmes enceintes.

La chambre encourage l'ordonnateur à poursuivre ses efforts afin de réduire l'absentéisme.

8.6.5.3 Des taux de rotation élevés dans toutes les catégories professionnelles

L'établissement a enregistré des taux de rotation de personnels importants, du fait des profondes modifications qu'il a connues : déménagement, augmentation accrue de son activité et création d'activités nouvelles. En 2010, les départs ont concerné principalement le personnel non médical mais également de façon plus marginale le personnel médical. Le turn-over de l'hôpital de Rochefort reste relativement stable depuis 2013 et concerne surtout les départs en retraite et les sorties non définitives de type disponibilités et congés parentaux. L'établissement reste toutefois concerné par une mobilité accrue notamment des personnels dits « infirmier diplômé d'état » (IDE) dont la fidélisation devient plus complexe. Pour 2013, les données concernant l'hôpital de Rochefort apparaissent, comme au-dessus de la moyenne de la catégorie (9,09%²⁶). L'ouverture du centre de gériatrie a généré des arrivées de personnels qui impactent également les statistiques des mouvements de personnels.

8.6.5.4 L'impact du nouvel hôpital sur les organisations du travail

La direction a mené plusieurs actions lui permettant d'évaluer l'impact de ces nouvelles organisations sur les personnels : un questionnaire portant sur le stress au travail en 2011, une mission d'audit sur l'organisation de services de soins (menée par un cadre supérieur et une directrice des soins de Saintonge en 2011), puis, à la demande des partenaires sociaux, une étude sur les conditions de travail sur le site de Bélignon²⁷. Ces études démontrent que si les personnels sont sensibles à la qualité de leur environnement de travail (nouveaux locaux, parkings, qualité des équipements), ces changements ont été générateurs de stress du fait :

- des organisations du travail qui n'avaient pas été toutes finalisées avant le déménagement ;

²⁶ « Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2013 » (ATIH à partir des remontées de bilans sociaux) ; mars 2015

²⁷ « Etude sur les conditions de travail sur le site de Bélignon » janvier 2012 (Orchestra Consultants)

- les nouvelles organisations des services de soins en secteurs de 15 lits semblent avoir renforcé le sentiment de cloisonnement entre les secteurs et avoir eu un impact sur le travail en binôme infirmier /aide-soignant ;
- une nette progression du nombre de patients et la charge d'activité ;
- des dysfonctionnements techniques liés au nouvel hôpital.

Au terme de ces études, une « mission parcours patients »²⁸ a été confiée à deux cadres de santé de l'établissement afin de mettre en place les améliorations portant sur les interfaces entre services ; c'est ainsi que les organisations des équipes centralisées d'entretien et d'intendance ont été modifiées, qu'un renfort de l'équipe de brancardage a été mis en place.

9 La chaîne de facturation

L'expérimentation FIDES²⁹ a débuté début 2010. Depuis le 1^{er} avril 2016, l'hôpital de Rochefort est concerné par la facturation individuelle des actes et consultations externes.

L'établissement a informé la chambre qu'il « s'est engagé à partir de 2015 dans l'analyse de son processus de facturation en poursuivant les actions suivantes : la mise en place de la dématérialisation des demandes de prise en charge depuis fin 2015 a amélioré le processus de facturation tant sur ses délais que sur sa qualité. Les délais de facturation des soins externes estimés à 33 jours en 2014 ont chuté de 8 jours pour passer à 25 jours sur le 1^{er} semestre 2016. Les délais de facturation des hospitalisés estimés à 40 jours en 2014 ont chuté de 11 jours pour passer à 29 jours sur le 1^{er} semestre 2016. Le processus de dématérialisation des factures auprès des grands groupes de mutuelles engagé à la fin 2016 va permettre de fiabiliser le circuit de ces factures et d'améliorer les délais de paiement et le traitement des rejets. Par ailleurs, la direction des affaires financières a mis en place depuis 2015 une organisation de travail associant des acteurs internes et la trésorerie à l'établissement visant à optimiser la chaîne de facturation. »

9.1 Des restes à recouvrer qui augmentent en nombre et en montant

Le mode de tarification dit « à l'activité (T2A) », doit conduire les établissements hospitaliers à suivre au plus près la facturation de leur activité. Il en ressort que le montant des restes à recouvrer est devenu un élément majeur à ne pas négliger. Il doit être pris en compte pour l'analyse de l'efficacité de la chaîne de facturation d'autant plus que cet indicateur traduit, le cas échéant, les difficultés de trésorerie d'un hôpital. Or, à l'hôpital de Rochefort, le nombre de titres de recettes restant à recouvrer progresse substantiellement, passant d'un montant de 58 000 € à 986 000 € à fin 2014 (données du rapport du comptable), soit 4 082 titres en 2014.

La progression du volume financier des restes à recouvrer devra conduire l'hôpital à analyser son processus de facturation dans la perspective d'une certification de ses comptes prévue à l'horizon 2016. La direction explique cette progression par l'augmentation du nombre de titres, surtout dans le cas de l'activité externe.

²⁸ Note de service interne N° 2012/04 en date du 9 janvier 2012 prévoyant la mission d'organisation du travail et des soins dans les pôles médico-chirurgicaux

²⁹ Le projet FIDES ou projet de Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé publics et privés d'intérêt collectif.

Dans la continuité de la mise en place de la tarification à l'activité, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoyait la mise en œuvre d'une expérimentation de facturation individuelle des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladie par des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif. Ce mode de facturation devra permettre de disposer directement, aux niveaux national et régional, des données détaillées sur les prestations de santé des établissements hospitaliers concernés, en vue notamment d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé. Il devra également être conçu de façon à limiter la complexité pour l'ensemble des acteurs : assurés, établissements de santé, organismes d'assurance maladie et réseau de la DGFIP. L'expérimentation vise à déterminer, dans le but d'une généralisation, les meilleures conditions de mise en œuvre en termes de fiabilité, de qualité, de délais et d'exhaustivité de la facturation et des paiements, ainsi que le système d'avance de trésorerie aux établissements de santé le mieux adapté à ce mode de facturation.

Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation de la Facturation individuelle des établissements de santé publics et privés (FIDES) sont parues au Journal officiel du 1^{er} octobre 2011 (décret n° 2011-1217 du 29 septembre 2011 relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés visés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale).

9.2 Le contrôle des régies est à améliorer

En vertu de l'article R. 1617-17 du CGCT « les régisseurs de recettes et d'avances sont soumis aux contrôles du comptable public assignataire et de l'ordonnateur ». A l'instar du comptable, l'ordonnateur est amené à effectuer deux types de contrôle sur les opérations des régies : un contrôle administratif et un contrôle comptable. Le CH de Rochefort a indiqué ne pas pratiquer de contrôle sur place. Le comptable a indiqué qu'à l'avenir des contrôles simultanés seraient organisés.

La chambre rappelle à l'ordonnateur qu'il lui appartient de s'assurer, de façon indépendante du comptable, de la qualité des comptes et de la véracité des flux de caisse des régies, via le déploiement des mesures de vérification sur pièces et sur place présentées au chapitre 3 du titre 6 de l'instruction codificatrice n° 06-031-A- B M du 21 avril 2006. La chambre prend acte de l'engagement de l'ordonnateur de réaliser ces contrôles.

10 La fiabilité des comptes

10.1 La sincérité des prévisions budgétaires s'est améliorée

La sincérité des prévisions budgétaires s'apprécie en comparant les écarts entre les prévisions inscrites à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, et les réalisations constatées aux comptes financiers entre 2009 et 2014 (données retracées dans l'annexe N°9). Les difficultés dans la construction des prévisions concernent surtout l'exercice 2011, l'établissement ayant dû faire face aux inconnues de l'intégration au sein du nouvel hôpital. L'EPRD 2014 est caractérisé par un réajustement des prévisions qui sont demeurées particulièrement proches des réalisations (-0,5% des charges et des recettes globalement conformes aux prévisions).

10.2 L'inventaire des biens est inexistant

L'ordonnateur ne tient pas d'inventaire de ses biens, ce qui paraît étonnant compte tenu du déménagement dans des locaux neufs et du taux élevé de renouvellement des équipements enregistré sur la période examinée. L'hôpital ne dispose que de l'état de l'actif tenu par le comptable. Seules des fiches d'immobilisation sont disponibles. Or, les obligations de l'ordonnateur en matière de tenue de l'inventaire sont précisées dans le tome 2 (§2.2.1 du chapitre 2 du titre 5) et le tome 3 (§ 5 du chapitre 2) de la M21. L'inventaire tenu par l'ordonnateur doit être rapproché régulièrement de la comptabilité générale et de l'état de l'actif tenus par le comptable. La M21 indique bien que : « Le responsable des services économiques tient un inventaire des biens meubles et immeubles (immobilisations corporelles, compte 21). Ce document, établi annuellement, rassemble toutes les informations actualisées issues de la gestion des fiches d'immobilisations ».

Afin de répondre au principe de sincérité et aux attentes des certificateurs portant sur le haut de bilan, il est rappelé à l'ordonnateur, son obligation d'établir un inventaire de ses biens, constitué à partir des fiches d'immobilisations, qui puisse être comparé avec l'état de l'actif du comptable. L'ordonnateur s'est engagé auprès de la chambre « à tenir un inventaire de ses biens, qui pourra être rapproché de la comptabilité générale et de l'état de l'actif tenus par le comptable ».

10.3 Le rattachement des charges et des produits

Le taux de rattachement des charges aux exercices antérieurs est conforme à la médiane des établissements. Le taux de l'hôpital de Rochefort est inférieur à 0,2%³⁰ sur toute la période contrôlée (excepté en 2010 : 0,24 %), et est situé à 0,16 % en 2013.

Depuis 2010, l'établissement a optimisé le rattachement des charges et des produits, faisant ainsi suite à une observation du précédent contrôle de la chambre. Toutefois, le centre hospitalier de Rochefort n'utilise pas les autres comptes servant au rattachement des produits de l'exercice comme le compte 428. Le compte 418 est le seul à être utilisé et il présente un solde important. Ce compte enregistre notamment les produits liés à l'activité de

30 0,2% étant le taux en-dessous duquel les rattachements opérés sont évalués comme étant purement « techniques »

la fin de l'année qui n'ont pu faire l'objet d'une facturation au véritable créancier. Cette situation peut refléter une facturation tardive. L'ordonnateur a indiqué que la facturation tardive des séjours à l'assurance maladie s'explique par les raisons suivantes :

- la remise tardive des comptes rendus médicaux qui retardent la validation du GHS du séjour et donc sa facturation (ce qui ne paraît pas cohérent avec la rapidité de codage) ;
- le caractère tardif des accords de prise en charge des caisses d'assurance maladie (axe d'amélioration mis en œuvre en 2015 : diminution du nombre de demandes après enquête auprès des organismes intéressés) ;
- le caractère tardif des accords de prise en charge des organismes complémentaires (axe d'amélioration mis en œuvre en 2015 : mise en place d'un outil de dématérialisation des prises en charge et professionnalisation des équipes).

L'indice de facturation de l'outil Hospidiag cherche à mesurer l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement. Il met en évidence un manque à gagner du fait d'une facturation tardive des séjours à l'assurance maladie. L'indicateur cible est de zéro, alors que l'indice de l'hôpital de Rochefort se dégrade rapidement entre 2012 et 2014 passant de 3,6 à 7,2 ce qui le rapproche du 8^{ème} décile, le plaçant parmi les établissements les moins performants de sa catégorie :

	2010	2011	2012	2013	2014	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Indice de facturation/indicateur HOSPIDIAG	4	6.1	3.6	4.8	7.2	3.3	15.3

L'établissement fait ce même constat mais gagnerait à identifier les causes et à rechercher les remèdes (même si des axes d'amélioration ont d'ores et déjà été repérés). La trésorerie, interrogée sur ce point, n'a pas pu apporter d'éléments d'explication.

10.3.1 Cession des éléments d'actif

Le contrôle des écritures d'ordre relatives aux cessions d'immobilisations a révélé des déséquilibres dans les mouvements enregistrés au compte 462 (créances sur cessions d'immobilisations) en débit et crédit. La chambre porte à la connaissance de l'ordonnateur la nécessité pour l'établissement d'identifier l'origine de ces anomalies, en relation avec le comptable si besoin, et de procéder au rétablissement des écritures comptables appropriées. Il est rappelé que le compte de résultat et les valeurs brutes et nettes de l'actif peuvent s'en trouver affectés.

L'ordonnateur a fait savoir à la chambre « *que les anomalies relevées sur les exercices 2010 à 2014 s'expliquent par la comptabilisation de certains flux sans correction du compte de tiers par la trésorerie* ».

10.4 Les provisions ont été dotées sur la période examinée

Si les provisions ont été dotées sur la période 2009 à 2014, il s'agit surtout des montants alloués au titre du programme d'investissement et des comptes épargne temps. Les montants des dotations aux provisions sont moins conséquents depuis 2014 et devront conduire l'établissement à davantage de vigilance dans la maîtrise de ses charges. Les reprises sont importantes à partir de 2012, afin de faire face aux dépenses d'investissement. Cependant, l'absence de reprise de provisions en 2013 est venue minorer le résultat de l'hôpital.

10.4.1 Le programme d'investissement a impacté la provision pour renouvellement des immobilisations

Les provisions du compte 142 évoluent de manière très importante sur la période contrôlée, et ce, pour faire face à la construction du nouvel hôpital et du centre de gériatrie. L'établissement dispose d'une provision de 18 805 706,8 € en 2014 pour le nouvel hôpital, et d'une provision de 3 454 417,88 € pour le centre de

gérontologie. Des reprises sont réalisées à partir de 2013 pour faire face aux frais financiers (197 987 € en 2013 et 1 413 635 € en 2014). Ces provisions ne bénéficient plus de dotations depuis l'exercice 2014.

La chambre constate que les provisions importantes ont permis à l'établissement de faire face à un vaste programme de reconstruction de la quasi-totalité de ses capacités d'hospitalisation et d'hébergement.

10.4.2 Un effort pur doter la provision au titre des comptes épargnes temps

Les comptes épargne-temps du corps médical sont crédités de 3 038 jours en 2015, valorisés à hauteur de 1 250 000 € (charges comprises) et les comptes épargne-temps du personnel non médical 915 journées valorisées à hauteur de 111 000 € (charges comprises). Les dotations aux provisions affectées aux comptes épargne-temps ont été en 2013 de 0,16 M€ et de 0,4 M€ en 2014. Le taux de couverture des comptes épargne-temps est un objectif contractualisé au sein du contrat d'objectifs et de moyens 2012-2017, fixé à 50 % à horizon 2017. Cependant, les dotations aux comptes épargne-temps apparaissent insuffisantes sur toute la période contrôlée. En effet, en 2014, le taux de couverture s'est certes amélioré mais n'est encore que de 67 %, éloigné du taux de 100 % requis par l'instruction comptable M21.

Les efforts entrepris par le CH doivent être poursuivis dans le temps afin d'atteindre le niveau prévu par l'instruction comptable M21.

L'établissement a fait observer à la Chambre que l'établissement « a dépassé l'objectif qui lui était assigné par l'ARS au CPOM 2012-2017, fixé à 50% en 2017 : le taux atteint est de 67% en 2014 et 66.6% en 2015 (pour une cible 2015 de 42 %). L'établissement indique à la chambre qu'il poursuivra ses efforts en ce sens ».

10.5 **Le recours aux réquisitions du comptable a été systématisé entre 2009 et 2014³¹**

Dans le cadre des examens de gestion réalisés par les chambres régionales des comptes, des cas ponctuels de réquisitions ont pu être relevés, mais il est peu fréquent de rencontrer un nombre important de réquisitions. Ce procédé, normalement exceptionnel, est prévu afin de faire face à une dépense urgente.

Dans le cas de l'hôpital de Rochefort, le nombre de réquisitions sur la période tend à démontrer que cette procédure a été utilisée de façon répétée et pour un large éventail de dépenses touchant, à la fois aux dépenses de personnel, et aux commandes hors marchés. Ce recours à la procédure de réquisition du comptable est critiquable en ce qu'elle devient un mode de gestion courant. Les réquisitions n'ont pas fait l'objet d'une présentation aux conseils de surveillance.

Le détail des réquisitions est décliné dans le tableau suivant :

³¹ Article L. 6145-8 du CSP :

Les comptables des établissements publics de santé sont des comptables publics de l'Etat ayant qualité de comptable principal. Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :

- 1° D'insuffisance de fonds disponibles ;
- 2° De mauvaise imputation comptable des dépenses ;
- 3° D'absence de justification de service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement ;
- 4° De dépenses mandatées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants lorsque ces crédits ont un caractère limitatif.

L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié à l'autorité compétente de l'Etat qui le transmet à la chambre régionale des comptes. En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité. Le comptable assiste avec voix consultative au conseil d'administration de l'établissement lorsque celui-ci délibère sur des affaires de sa compétence. A la demande de l'ordonnateur, le comptable informe ce dernier de la situation de paiement des mandats et du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement. Il paie les mandats dans l'ordre de priorité indiqué par l'ordonnateur

Années	2009	2010	2011	2012	2013 et 2014
Nombre de réquisitions	5	7	12	45	31
Motifs	Temps additionnel des praticiens contractuels SMUR d'Oléron	Temps additionnel et gardes praticiens contractuels SMUR d'Oléron	Contractuels anesthésistes, heures supplémentaires conducteurs ambulanciers	Absence de prolongation de marchés, temps additionnel praticiens contractuels anesthésistes	Absence de prolongation de marché, temps additionnel praticiens contractuels SMUR d'Oléron
Montants concernés en € et en % des charges	17 197,02 € soit 0,02%	29 199,30 €, soit 0,03%	57 739,64 € soit 0,07%	1 973 127,82 € soit 2,41%	242 076,56 € soit 0,29%

Les montants concernés progressent, atteignant presque 2 millions d'euros en 2012, du fait d'un nombre important de mandats portant sur des marchés pour lesquels l'établissement n'avait pas procédé à des prolongations dans les délais. Il s'agissait de marchés de travaux du centre de gérontologie, devant s'achever le 29 septembre 2012 et prolongé de quatre mois (jusqu'au 31 janvier 2013). La direction déclare que l'ensemble de ces marchés ont été prolongés par voie d'avenants.

Hormis les marchés, les réquisitions concernent essentiellement le paiement des médecins contractuels, principalement le paiement des temps additionnels et des gardes des praticiens assurant le fonctionnement du SMUR estival à Saint-Pierre-d'Oléron. Le paiement d'heures supplémentaires à des ambulanciers a également fait l'objet de réquisitions. Au lieu de rechercher une solution pour éviter le recours aux réquisitions du comptable, l'ordonnateur a procédé à des réquisitions en adressant l'ordre de réquisition avec le mandat de paiement. L'ordonnateur n'a donc pas sollicité l'avis et le conseil du comptable et n'a pas attendu un éventuel rejet par celui-ci. La procédure déclinée à l'article L.1617-3 du code général des collectivités territoriales, prévoit expressément que le comptable doit rejeter la dépense, avant que l'ordonnateur ne puisse procéder à une réquisition.

La chambre demande à l'ordonnateur de recourir à la procédure de réquisition du comptable en respectant la procédure, qui prévoit le rejet préalable de la dépense par le comptable. Le cas échéant, il peut solliciter l'avis de ce dernier afin d'éviter des réquisitions abusives. Le comptable et l'ordonnateur ont été sensibilisés au fait que le recours à la réquisition du comptable devait demeurer une procédure exceptionnelle. L'ordonnateur s'est engagé « à veiller à solliciter les conseils du comptable, et informera le Conseil de Surveillance des réquisitions effectuées. »

11 Une situation budgétaire « sous surveillance »

L'hôpital de Rochefort a connu des difficultés financières de façon récurrente, qui explique la surveillance constante des autorités de tutelle. Malgré le dynamisme de ses recettes, le poids des charges liées au programme d'investissement et le rythme de progression de ses dépenses sont des contraintes fortes qui impliquent une surveillance interne comme externe.

En 2009, un premier contrat de retour à l'équilibre avait été motivé par le contexte de la crise bancaire de l'été 2011 et la situation délicate de l'hôpital face au recours à l'emprunt. En effet, l'établissement a connu de réelles difficultés pour recourir à l'emprunt et obtenir des contrats de lignes de trésorerie, alors même qu'il avait à faire face à des décaissements importants dans le cadre de la fin des travaux du nouvel hôpital et du centre de gérontologie. Il a pu bénéficier d'aides versées par l'ARS au titre du soutien financier (500 000 € versés en 2011 et 250 000 € versés en 2013).

Plus récemment, un avenant au contrat d'objectifs et de moyens en date du 6 janvier 2014, met en place un nouveau « plan de retour à l'équilibre » qui contraint l'établissement à revenir à une situation budgétaire équilibrée dès 2015. Cet avenant met en place un comité de suivi financier entre l'établissement et l'ARS. Par ailleurs, la lettre de mission du directeur général de l'ARS Poitou-Charentes au directeur du CH de Rochefort, en date du 9 juillet 2015, comprend les objectifs suivants : la poursuite du désendettement et maintien des équilibres budgétaires de tous les budgets des hôpitaux de Rochefort et de Marennes.

11.1 L'évolution du résultat du budget principal

La progression des recettes à l'activité permet au budget principal de l'hôpital d'être excédentaire jusqu'en 2012. Le déséquilibre de l'exercice 2013 est dû à un effet ciseau entre une progression des charges et un ralentissement des recettes. L'établissement retrouve un équilibre de son compte de résultat en 2014 (cf. annexe n°7).

Les charges et les recettes sur la période contrôlée se distinguent par de sensibles évolutions. La mise en place d'un plan d'économies a permis de restaurer rapidement l'équilibre. L'établissement a bénéficié d'un fort dynamisme des recettes sur la période, en particulier des recettes à l'activité et des aides de l'ARS dans le cadre des investissements immobiliers.

11.2 Le dynamisme des recettes entre 2010 et 2013

La substantielle progression est enregistrée par les recettes des titres 2 et 3 (autres produits de l'activité hospitalière et autres produits), et non par les recettes de l'assurance maladie (titre 1). Cette structure de recettes reflète la spécificité de l'établissement, du fait de l'intégration dans différents GCS.

11.2.1 Les recettes de titre 1 : une évolution contrastée

a. Le montant des recettes liées à l'activité augmente fortement

Les produits issus de la tarification à l'activité progressent globalement de 6,8% entre 2009 et 2014, ce qui correspond à une hausse de 3,97 M€. Les progressions les plus sensibles concernent les médicaments et les dispositifs médicaux implantables remboursés en sus des séjours, ainsi que les actes et consultations externes. Cependant, la chambre a constaté une relative stabilité des produits issus de l'activité depuis 2012 et ce, du fait d'une baisse des tarifs des séjours (-1,4%). Il en ressort qu'ils ne représentent que 19,2% de la progression des produits entre 2009 et 2014 et que leur part dans le total des recettes diminue, passant de 78,8% en 2009, à 70,1% en 2014.

La valorisation des séjours sur la période n'évolue pas en corrélation avec le nombre de séjours. Le détail de l'activité par discipline permet de constater que l'activité médicale est moins bien rémunérée en 2014 qu'en 2010 (la progression de 2,4% des séjours apporte une valorisation de seulement + 0,2%). En revanche, l'activité chirurgicale est mieux rémunérée en 2014 qu'en 2010 (la progression de 5,4% de séjours génère une valorisation de +16,7%). L'activité d'obstétrique est bien plus mal rémunérée en 2014 qu'en 2010 (+2,6% des séjours pour une baisse de valorisation de 4,5%). Même s'il est relevé une progression des recettes à l'activité sur la période, une analyse plus fine permet d'identifier un net ralentissement des recettes depuis 2012 et une baisse de valorisation des séjours. Les séjours de l'hôpital de Rochefort sont moins bien valorisés que la moyenne nationale et cet écart se creuse en 2012. La proportion importante des séjours chirurgicaux ambulatoires n'est sans doute pas étrangère à cette moindre valorisation.

b. Les recettes issues des dotations sont en baisse

Les dotations annuelles de financement au titre des soins de suite et de réadaptation progressent seulement de 1,4% sur la période. Les dotations allouées au titre des missions d'intérêt général (MIG), baissent fortement sur la période, du fait du transfert de certaines MIG vers le fonds d'intervention régional (FIR) à partir de 2013, comptabilisées en subventions (recettes du titre 3). Les aides à la contractualisation ont également totalement basculé au sein du FIR et sont donc également comptabilisées en subventions. Le montant des missions

d'intérêt général et des aides à la contractualisation concerné atteignait 2,1 millions d'euros en 2013 et 1,8 millions d'euros en 2015.

DETAIL DOTATIONS CH Rochefort	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evol % 09/15
TOTAL DES DOTATIONS T1 Reconductibles et non- reconductibles	15 199 826 €	16 333 487 €	16 060 349 €	14 254 735 €	12 344 853 €	12 477 910 €	12 183 919 €	-19,8%

Données du CH de Rochefort

De façon globale, l'ensemble des dotations allouées en titre 1 diminue, qu'il s'agisse de dotations reconductibles ou non-reconductibles (-19,8% entre 2009 et 2015).

11.2.2 La forte progression des recettes de titre 2

Les produits du titre 2, dits « autres produits de l'activité hospitalière », sont composés des produits relevant de la part payée par le patient directement, par sa mutuelle ou par son assurance complémentaire. Ils sont composés du ticket modérateur en hospitalisation, du forfait journalier, du tarif de l'établissement pour les payants 100%. Ces produits progressent rapidement sur la période (+ 38,44%), soit une hausse de 2,8 M€. Cette progression représente 27,2% de l'amélioration des produits sur la période de référence.

Il existe une forte progression des produits liés aux séjours en chirurgie non pris en charge par l'assurance maladie (+ 2 221 097 €) et des spécialités coûteuses (+ 247 099 €), mais une forte baisse des recettes liées aux séjours en médecine (- 995 975 €). La progression du titre 2 sur la période est donc essentiellement liée aux séjours chirurgicaux.

La part de ces produits progresse entre 2009 et 2014 et passe de 10,08% des recettes totales à 11,61%. On peut constater une progression jusqu'en 2012, puis une tendance à la baisse en 2013 et 2014 :

Années	Poids relatif des recettes	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	titre 2 / recettes totales en %	10,08%	10,15%	11,70%	12,02%	11,88%	11,61%

Source : données des comptes financiers

Les produits de titre 2 progressent rapidement sur la période (+ 38,44%). Cette progression représente 27,2% de l'amélioration des recettes totales sur la période examinée.

11.2.3 Les « autres produits » sont un enjeu majeur pour le CH de Rochefort

Les recettes du titre 3, dites « autres produits », sont constituées des produits issus de la vente de produits, de services (chambre particulière par exemple), de la rétrocession des médicaments, des remboursements de frais par les budgets annexes. Ce sont les recettes qui progressent le plus rapidement sur la période (+ 7,8 M€, soit + 96,4 %). Cette progression représente 53,4% de la progression des recettes totales entre 2009 et 2014. La forte progression constatée entre 2013 et 2014 provient essentiellement des rétrocessions de médicaments (+ 0,88 M€), des remboursements des CRPA (+ 54,5% du fait de la progression des coûts de restauration) et des produits exceptionnels (vente de la cuisine centrale : 0,5 M€).

a. La réalisation de produits exceptionnels sur plusieurs exercices :

La progression la plus importante est constatée entre 2010 et 2011 (+3 734 646,16 €, soit + 49,73%). Elle est due à des événements exceptionnels pour 1 948 901,85 €. En effet, l'établissement a bénéficié de la vente de l'ancien site « Saint Charles », de la maison « Rebrassier » et d'une vente aux enchères, de la perception de pénalités de retard sur travaux, et d'un dégrèvement d'impôts. Des produits exceptionnels sont constatés en 2013 notamment grâce à la vente de maisons (485 000€). Il existe également des produits exceptionnels en 2014, suite

à la dissolution du syndicat mixte de restauration. L'arrêté préfectoral du 11 juillet 2014 a prononcé la répartition des actifs et la dissolution du syndicat mixte. Dans ce cadre, l'hôpital a perçu la somme de 589 393 €.

b. L'évolution des recettes issues du régime particulier :

L'établissement de Rochefort a profité de la construction du nouvel hôpital pour modifier son modèle de calcul des tarifs applicables aux chambres individuelles. En effet, compte tenu du grand nombre de chambres individuelles, le tarif pratiqué a été fortement revu à la baisse en 2011. En 2015, il demeure inférieur au tarif pratiqué en 2010 :

Tarifs régime particulier	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	60€	41€	42€	45€	48€ et 50€ gynécologie	50€

Source : rapports EPRD du directeur / CH Rochefort

Ces produits connaissent une progression entre 2010 et 2011 du fait de l'application de la règle du régime particulier, jusque-là presque inappliquée au sein de l'ancien site « Saint-Charles ». En effet, les produits s'élèvent à 47 329,10 € en 2010 et à 1 065 568,67€ en 2011, soit une progression de 2 151%. L'application du régime particulier en service de soins de suite et de réadaptation à partir de 2012 majore encore les recettes. Ces produits progressent globalement de + 1 159% entre 2009 et 2014 et de + 167% depuis l'ouverture du nouvel hôpital en 2011.

c. Les recettes issues des autres produits de gestion courante (GCS) :

Les frais de remboursement au titre de l'activité du GCS d'imagerie et IRM progressent de 361 928,36 € entre 2010 et 2011, soit + 136,6%. Les produits liés au GCS chirurgical du « Pays Rochefortais » progressent de + 72 692 €, soit + 34,8%. Ces produits restent relativement stables depuis 2011, voire enregistrent une légère baisse concernant le GCS du « Pays Rochefortais ».

d. Les reprises sur provisions :

Elles sont significatives à partir de 2012, dans le cadre de reprise de provisions pour renouvellement des immobilisations pour un montant de 1,2 M€ pour faire face aux frais de construction du nouvel hôpital, puis de 1,4 M€ en 2014. La chambre constate l'absence de reprise de provisions en 2013, ce qui minore le titre 3 de cet exercice et a pour conséquence de fausser le résultat.

e. Le poids des subventions et création du fonds d'intervention régional (FIR) :

Les subventions progressent rapidement à partir de 2012 du fait du versement des produits du fonds d'intervention régional en titre 3 (756 286 € en 2012, puis une progression de 1 349 271 € en 2013).

f. Le poids relatif des recettes de titre 3 :

La part des recettes de titre 3 progresse rapidement entre 2011 et 2014 :

Années	Poids relatif des recettes	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	Poids des recettes titre 3 / recettes totales en %	11,18 %	9,89 %	13,85 %	13,14 %	15,30 %	18,28 %

Source : données des comptes financiers/ Ancre

La chambre constate que la plus forte progression est enregistrée par les recettes du titre 3 et du titre 2, et non des recettes liées à l'activité. Cette structure de recettes reflète la spécificité de l'établissement, du fait de l'intégration dans différents GCS.

11.3 Une évolution très dynamique des dépenses

La structure des dépenses est atypique, du fait d'un transfert de dépenses du titre 1 (personnels) vers le titre 3 (charges à caractère hôtelier et général) en raison de la prise en charge de certaines activités par les différents GCS. Ce flux est difficile à isoler du fait de l'absence d'une comptabilité analytique fine des différents GCS et de leur impact sur la structure budgétaire de l'hôpital. La progression des dépenses doit donc s'analyser de façon globale : elles progressent de + 14,23 M€ entre 2009 et 2014, soit + 19,7 %.

11.3.1 Les dépenses de personnels sont les dépenses qui augmentent le plus rapidement

Le rythme de progression des dépenses du titre 1 est plus rapide que l'augmentation des dépenses totales, puisqu'elles progressent de 23,9 %, contre 19,7 % pour le total des charges. Cette progression représente un montant de 10,8 millions d'euros, responsable de 76,3 % de la progression des dépenses sur la période. Les évolutions constatées dans l'activité de l'établissement sont en grande partie responsables de ces progressions. Les principales explications³² de l'évolution des dépenses de personnels sont les suivantes :

- l'intégration des personnels de la clinique « Kapa » (30 personnes environ, dont 18 intégrations sous CDI, 12 mises à disposition). Les dépenses de titre 1 chiffrées par l'établissement du fait de l'intégration de personnels de la clinique en sureffectifs s'élèvent à 515 217 € en 2010, pour un surcoût estimé à 295 000 € ;
- des recrutements pour faire face à la progression d'activité et au développement de nouvelles activités (+ 1,35 M€ pour accompagner l'augmentation d'activité entre 2010 et 2012, puis + 1,06 M€ en 2014 du fait de l'ouverture des 15 lits de médecine gériatrique) ;
- le coût de l'intérim médical et paramédical : les dépenses d'intérim médical et paramédical s'élèvent à 1,42 M€ en 2010 et à 1,72 M€ en 2011 ;
- le coût des personnels médicaux recrutés sous contrat : le coût des praticiens contractuels sans renouvellement de droit est majoré de + 1,45 M€ entre 2010 et 2014. L'établissement a fait le choix de recruter des praticiens sous contrat, en prévoyant une rémunération élevée, plutôt que d'avoir recours à l'intérim médical ;
- les honoraires médicaux augmentent de + 0,86 M€ entre 2009 et 2014, soit + 453 %. Il s'agit des rémunérations des personnels médicaux intervenant dans le cadre des GCS.

Le poids des dépenses de titre 1 au sein des charges totales progresse de deux points sur la période. Si la part des dépenses de titre 1 reste stable depuis 2012, c'est du fait de la forte progression du total des charges.

années		2009	2010	2011	2012	2013	2014
charges	titre 1 / charges totales %	63,03%	65,00%	63,92%	65,88%	65,80%	65,22%

Source : données des comptes financiers/ Ancre

11.3.2 Les dépenses médicales reflètent l'évolution de l'activité

L'hôpital de Rochefort connaît une progression de ses dépenses de titre 2 sur la période, qui peut être imputée en grande partie à la progression prononcée de l'activité notamment chirurgicale. Cette progression est globalement de 7,8 % entre 2009 et 2014. Si l'on retire l'évolution des dépenses en ôtant celles qui font l'objet de recettes spécifiques (molécules onéreuses et médicaments rétrocédés), cette progression n'est plus que de 7 % en 2012 et de seulement 1,3 % en 2013.

³² Cf. rapports du directeur de présentation des EPRD et des comptes financiers entre 2009 et 2015.

L'établissement dispose désormais d'une cible fixée au sein du CPOM 2012-2017 qui devrait contraindre ses dépenses en dispositifs médicaux implantables. Le taux de progression annuel de ces dépenses en 2014 était de 11,7 %, pour une cible régionale fixée par l'ARS à 5,1 %.

Le poids des dépenses médicales progresse sur la période examinée, passant de 10,2 % à 13,4 %, tel que retracé dans le tableau ci-dessous :

Années	Poids des dépenses médicales CH Rochefort	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Charges	Dépenses de titre 2 / charges totales %	10,2 %	10,6 %	10,7 %	12,3 %	12,8 %	13,4 %

Source : données des comptes financiers/ Ancre

La chambre relève que la progression des dépenses médicales reflète l'évolution conséquente qu'a connue l'établissement, tant dans son volume que dans ses spécialités.

11.3.3 Les dépenses hôtelières et générales sont impactées par la création des GCS.

Les dépenses hôtelières et générales varient sur la période, du fait du déménagement sur le site du nouvel hôpital et des frais occasionnés en 2010 et 2011, ainsi que de la participation aux différents GCS (cf. détail des contributions aux différents GCS en annexe N°10).

La part que représentent ces dépenses évolue peu depuis l'installation sur le nouveau site, ce qui témoigne d'une maîtrise des coûts. Elles représentaient 9,3 % des charges en 2009 et désormais 10,1 % en 2014.

Les dépenses hôtelières et générales progressent de 30,6 % sur la période et ce, en grande partie du fait des charges induites par le déménagement sur le nouveau site en 2011 et des participations aux différents GCS.

11.3.4 Les dépenses de titre 4 sont en baisse sur la période

Les charges de titre 4 sont en baisse de 2,9 M€ sur la période et le poids de ces dépenses diminue sur la période contrôlée. Cette évolution est contrastée selon les différents types de dépenses. Ainsi, les dotations aux amortissements sont en recul, tandis que les charges d'intérêts liés aux emprunts progressent :

	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution %
Emprunts et dettes assimilées (en milliers d'euros)	35 774	52 667	67 249	83 274	81 677	+ 56%
Amortissements (en milliers d'euros)	53 587	55 600	33 645	37 977	43 742	-18,4%

Source : données du comptable/SIG

L'ouverture du centre de gériatrie depuis 2013 devrait engendrer un accroissement rapide des amortissements.

11.3.5 Des indicateurs de performance des dépenses qui sont contrastés

Les ratios de performance des dépenses rapportées aux recettes permettent d'identifier les points forts et points faibles de l'hôpital de Rochefort. Le coût du personnel non-médical de services cliniques apparaît comme étant un indicateur qui se dégrade entre 2010 et 2013, le plaçant parmi les établissements les moins performants de sa catégorie. Alors que l'indicateur du coût du personnel médical rapporté aux recettes le place parmi les plus performants, du fait des intervenants extérieurs.

Le poids des dépenses administratives, logistiques et techniques est en baisse sur la période mais place encore l'établissement parmi les moins performants.

Données HOSPIDIAG	2010	2011	2012	2013	2014	Perf / Niv
Coût du PNM des services cliniques rapporté aux recettes	25,1%	26,9%	26,6%	27,4%	28,5%	■
Coût du personnel des services médico techniques rapporté aux recettes	15,3%	17,1%	19,4%	20,0%	19,4%	↓
Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques	23,7%	22,7%	21,7%	20,3%	20,7%	↓

L'indicateur concernant le coût du personnel médical rapporté aux recettes place l'établissement parmi les plus performants de sa catégorie. Les charges liées aux rémunérations du personnel médical apparaissent plus faibles que celles des établissements de même catégorie, du fait de la forte proportion de contractuels et intervenants ponctuels (GCS du « Pays Rochefortais »). Ces données sont retracées dans le tableau suivant et présentent une évolution notable à la hausse de l'indicateur :

Données HOSPIDIAG	2010	2011	2012	2013	2014	Perf / Niv
Coût du PM des services cliniques rapporté aux recettes	7,8%	8,7%	7,9%	8,3%	9,3%	■

11.4 L'évolution des recettes et dépenses des budgets annexes

L'hôpital bénéficie de budgets annexes qui ne présentent pas de déséquilibres, même depuis l'ouverture du nouveau centre de gériatrie.

11.4.1 Le budget de l'unité de soins de longue durée (USLD)

L'établissement dispose d'une unité de soins de longue durée, dont le financement dépend du champ sanitaire. Le nombre de lits de cette activité est stable sur la période. L'activité³³ évolue avec un taux d'occupation qui s'améliore nettement depuis 2013 et atteint 98% en 2014. Le nombre de journées progresse de manière constante (+ 839 journées entre 2009 et 2014).

Le budget de cette unité est présenté de manière ternaire, puisqu'elle bénéficie d'un financement de la part de l'ARS pour la section soins et du conseil général (aujourd'hui conseil départemental) concernant l'hébergement et la dépendance. Les produits de la dotation soins sont versés sous forme de dotation dite « dotation annuelle de financement », laquelle est en régression de 0,4% entre 2013 et 2014. Ce budget se caractérise par un fort déficit en 2011 (235 756 €, dont 103 677,02 € au titre de la section soins et 132 079,44 € au titre de la section dépendance). Le déficit devait être entièrement résorbé à la clôture de l'exercice 2015 grâce à un lissage sur 3 exercices des reports à nouveaux déficitaires.

11.4.2 Le budget de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) reste équilibré depuis l'ouverture du pôle de gériatrie

L'hôpital de Rochefort dispose d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, dont l'activité a récemment évolué du fait de la construction du pôle de gériatrie sur le site de l'établissement et de l'ouverture de 19 lits supplémentaires. Le taux d'occupation progresse de 94,7% en 2009 à 98% en 2014³⁴.

Les tarifs de l'hébergement ont été réévalués sur la période de +15,58 € (soit + 36%), afin de permettre d'accompagner le financement du projet de reconstruction.

³³ Tableau en annexe N°11

³⁴ Tableau inséré en annexe N°12

Le projet d'établissement 2013-2017 prévoit le renouvellement de la convention tripartite et l'élaboration d'un projet d'établissement. Les projets de vie et projet de soins sont formalisés et validés par les instances (le conseil de vie sociale, le CTE et le conseil de surveillance en septembre 2013). La convention tripartite a été renouvelée le 1er janvier 2013. L'évaluation externe s'est déroulée du 11 au 14 mars 2014 ; elle a permis d'actualiser le livret d'accueil, le règlement intérieur et le contrat de séjour. Cette convention implique la réalisation des objectifs fixés par les autorités de tutelle mais ne permet pas à l'établissement de bénéficier d'enveloppe complémentaire. En effet, ce dernier bénéficie déjà d'une dotation correspondant à plus de 90% du montant de la dotation plafond. La création des 19 lits a fait basculer le budget en convergence tarifaire de 25 000 € en 2014. L'établissement a connu un abattement de 8 382,74 € au titre du budget 2016.

Le budget de l'EHPAD est excédentaire en 2014. Il a bénéficié de moyens supplémentaires liés aux activités nouvelles dans le cadre de la mise en service du pôle de gériatrie. Les charges de fonctionnement ont progressé avec le nouveau bâtiment, en raison notamment des capacités d'hébergement supplémentaires. Un plus grand nombre de places habilitées à l'aide sociale a permis de maintenir le nombre de résidents sur la période examinée. Le budget du nouveau centre de gériatrie est équilibré à l'issue de sa première année de fonctionnement en année pleine.

11.4.3 Le budget annexe des instituts de formation est légèrement excédentaire

L'hôpital de Rochefort dispose de deux instituts de formation : un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation d'aide soignants (IFAS). Leurs activités sont retracées au sein du budget annexe C et financées par le conseil régional, grâce à une subvention d'un montant de 1 576 958 € en 2014, en hausse de 0,3 %. Les produits évoluent marginalement du fait de la baisse des recettes liées aux remboursements de frais de formation, des frais de concours et des remboursements des indemnités de stages. Les effectifs de formateurs sont stables dans le temps. Le budget des instituts de formation dégage un excédent de 65 667 € en 2014, lequel est affecté à l'investissement.

11.4.4 Le Centre d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Cette activité annexe, déployée sur le site d'Oléron pour partie, est une activité du ressort du champ médico-social financée par des dotations de l'Etat. Le financement de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) est quant à elle, du ressort du champ sanitaire et financée par une MIG. Son budget, inclus dans le budget principal évolue peu. Les recettes sont relativement stables et il existe peu de mesures nouvelles. Les charges, constituées à 88 % par les charges de personnel, n'évoluent qu'en fonction des projets menés et financés par l'Etat. Cette activité est excédentaire à hauteur de 6 609 € en 2014 qui sont affectés au compte de réserve de compensation et neutres en termes d'impact budgétaire sur le budget principal de l'hôpital.

11.5 L'évolution du résultat consolidé

Le résultat net comptable de l'établissement est déficitaire en 2011 et 2013. Les déficits consolidés de 2011 et de 2013 sont dus respectivement à celui du budget EHPAD et au déficit du compte de résultat principal. L'évolution des résultats sur la période est retracée dans le tableau suivant :

Résultat net en milliers d'euros	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CRPH	55	294	55	338	-352	390	417
B	36	67	-165	105	125	99	22
E	4	21	13	27	67	136	147
CSAPA	0	1	58	89	10	7	14
ECOLES	-6	6	34	169	70	66	66
Résultat toutes activités consolidées	89	389	-7	728	-79	698	667

Source : données du TBFPS

La chambre relève que l'évolution du résultat net consolidé est désormais liée à la capacité de l'établissement à assumer la progression des charges financières et des amortissements liés à sa politique de reconstruction.

12 Les principaux investissements de l'établissement : la reconstruction de l'hôpital et la construction d'un centre de gérontologie

12.1 L'enjeu majeur de la construction d'un nouvel hôpital

12.1.1 Description de l'opération

L'ancien Hôpital « Saint Charles » avait été jugé trop vétuste et de conception inadaptée donc impossible à restructurer *in situ*. Une étude de faisabilité réalisée en 2003, proposait une reconstruction sur un site nouveau, à proximité de la zone d'activités de « Bélignon ». Le principe de la reconstruction avait été arrêté par courrier du 21 octobre 2003 du directeur de l'ARH, annonçant l'inscription de ce projet au plan « Hôpital 2007 ».

Le SROS III 2006-2011 prévoyait la reconstruction de l'hôpital et précisait que, « *sur le site intermédiaire de Rochefort : la reconstruction de l'hôpital intègre la venue sur le même site, de la clinique, qui utilisera le plateau technique hospitalier* ». Un programme technique détaillé a été validé comprenant deux salles de bloc opératoire supplémentaires, afin d'accueillir l'activité chirurgicale de la clinique. Le nouveau bâtiment offre actuellement une capacité en lits optimisée et des axes de circulation simplifiés. Les conditions d'hospitalisation sont de grande qualité, permettant d'offrir des chambres individuelles modernes et des salles de bain privatives.

Le bâtiment, étant donné son année de conception, n'a pas bénéficié des normes de haute qualité environnementale actuelles. Les normes d'accessibilité pour les personnes handicapées sont en revanche respectées.

12.1.2 Le déroulement de l'opération

Le descriptif initial de l'opération prévoyait une ouverture du nouvel hôpital en 2008, pour un montant de 76 360 000 € TTC (coût final), pour une surface de 36 520 M², soit 22 153 M² utiles pour 272 lits et places.

Le bâtiment a été mis en service en mars 2011, soit avec 18 mois de retard. Ce retard et les surcoûts engendrés résultent de la défaillance des entreprises titulaires du lot électricité. Une partie des surcoûts s'explique également par les modifications de programme demandées par l'ARS, le Conseil Général et le maître d'ouvrage.

12.1.3 Le financement de l'opération

L'opération a bénéficié d'aides inscrites au plan « hôpital 2007 », dont 5 300 000 € d'aides en capital (soit 9%) et 4 750 000 € d'aides liées aux surcoûts de fonctionnement (soit 90 % des surcoûts). En comparaison avec les autres projets de la région, le projet de l'hôpital de Rochefort a bénéficié d'un très fort taux d'aide. Le montant total de l'opération est de 94 338 686,22 € TTC, soit + 23,5 % par rapport à l'estimation initiale.

L'avenant contractuel « hôpital 2007 », signé le 1^{er} décembre 2004, précise les modalités financières des apports permettant de mener à bien le projet de reconstruction :

-une aide en capital de 2,7 M€ (FMESPP), au lieu des 6 M€ initialement prévus ;

-une aide contractuelle sur 20 ans, permettant de couvrir les amortissements et frais financiers, de 5,24 M€ et versée comme suit :

Années	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	TOTAL
hôpital 2007 en €	562 200	1 534 533	3 557 174	5 391 015	5 241 689	5 241 689	5 241 689	5 241 689	5 241 689	5 241 689	5 241 689	47 736 745

Le cumul de l'aide en capital du plan « hôpital 2007 » est de 32 M€ en 2011, elle est versée par anticipation à l'établissement. Cela lui a permis de constituer des provisions pour faire face aux frais financiers et aux amortissements. En dehors de ces aides en capital, le financement de l'opération devait être assuré par le recours à l'emprunt à hauteur de 87 %. L'autofinancement apporté par l'établissement devait rester très modeste, de l'ordre de 4 %. La chambre constate, à la lumière du tableau de financement annexe au présent rapport (annexe n°13), que l'emprunt a représenté seulement 60 % du financement du coût global de l'opération. Le recours à l'autofinancement a été 10 fois supérieur à celui prévu initialement (apport de 31 M€ au lieu des 3,5 M€ prévus initialement (courrier du 18 avril 2011 au directeur général ARS), soit 36 % du coût global.

Une reconstruction complète de l'établissement a pu être réalisée, et ce :

- grâce aux aides en capital versées par anticipation dont le montant cumulé correspond à 53 % du montant global de l'opération en 2015 ;
- grâce à l'apport de l'établissement (36 % du coût global) qui reflète un effort de gestion important, ayant permis de limiter le recours à l'emprunt.

12.2 La construction du centre de gérontologie permet d'achever la restructuration de toutes les activités de l'établissement

12.2.1 La description de l'opération

L'hôpital s'est engagé dans la reconstruction du centre de gérontologie (102 lits et places), après avoir obtenu l'autorisation en 2009. Il a pu bénéficier d'une augmentation de capacité de 19 lits supplémentaires en EHPAD. Par ailleurs, 15 lits de médecine gériatrique spécialisée ont été ouverts en début d'année 2014. Ce bâtiment regroupe ainsi l'ensemble des disciplines ayant trait à la prise en charge de la personne âgée :

- l'activité de soins de suite et de réadaptation ;
- la médecine gériatrique spécialisée ;
- les hôpitaux de jour en gériatrie ;
- l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- une unité pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées ;
- l'unité de soins de longue durée.

La livraison du bâtiment était attendue en mai 2012 et une visite de conformité était prévue en juin 2012. L'ouverture s'est finalement réalisée en septembre 2013, avec cependant un retard de 9 mois.

Ce bâtiment entièrement neuf permet d'offrir un hébergement de grande qualité et très confortable, en améliorant l'accompagnement des résidents. L'établissement est attractif, ce qui a entraîné une hausse des demandes d'admission. La présence d'une unité destinée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer est également à l'origine de cette nouvelle attractivité.

12.2.2 Le financement de l'opération

Le montant total de l'opération, susceptible d'être aidée était de 16 499 038 € TTC (pour l'EHPAD et l'USLD). Le plan de financement de l'établissement établit un montant de 21 926 913 € pour la réalisation des travaux, soit un surcoût de 5 427 875 € (+32,89 %). Le coût global de l'opération (équipements compris) est de 29 458 431 € TTC.

L'EHPAD a bénéficié d'une aide octroyée par l'Etat par contrat signé le 25 février 2010, lequel valide le plan de financement prévisionnel. Au total, l'établissement comptabilise un montant de 4 501 520 €³⁵, afin de faire face aux frais financiers et atténuer l'impact sur le prix de l'hébergement.

La revalorisation des tarifs a été autorisée par le conseil général (aujourd'hui conseil départemental) et s'est traduite par une progression de 55,16 € à 58,71 €. Les tarifs ont évolué favorablement sur la période contrôlée, et ont impacté le financement du projet EHPAD et USLD. La revalorisation des tarifs dès 2010 très en amont de la livraison du nouveau bâtiment, en accord avec le conseil général (aujourd'hui conseil départemental), devait permettre la constitution de provisions, permettant d'alléger le recours à l'emprunt. Il a bénéficié d'une aide de la part de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) versée avant 2009 d'un montant total de 1,4 M€. Afin de finaliser le plan de financement, l'établissement a dû recourir à un emprunt supérieur aux estimations initiales, ce montant ayant été porté à 21,3 M€ (soit 72,3 % du montant total de l'opération, contre 60 % prévus au sein du contrat initial).

La chambre constate que l'établissement a réussi à financer un équipement totalement neuf à destination des personnes âgées, grâce à des apports et à des aides extérieures, tout en préservant l'équilibre des budgets concernés.

12.3 L'impact des constructions neuves sur les ratios d'endettement

12.3.1 Le niveau de l'endettement de l'établissement

A partir de 2008, l'établissement a mobilisé de nouveaux emprunts pour faire face à la construction du nouvel hôpital, notamment entre 2010 et 2012. Le montant total de la dette de l'établissement en 2014 s'élevait à 69 367 232 €.

L'hôpital de Rochefort a connu une difficulté majeure pour souscrire des emprunts en 2012. A l'issue d'une période de négociation, l'établissement a finalement pu élaborer un plan de financement complémentaire, grâce à la participation de plusieurs organismes bancaires privés et institutionnels tels que la Caisse d'épargne, le Crédit agricole, la *Deutsche Pfandbriefbank Ag Pbb* (PBB), la CDC. Les nouveaux emprunts contractés sur la période évoluent de la manière suivante :

Années	2009	2010	2011	2012	2013
Nouveaux emprunts en milliers d'euros	12 000	26 267	18 300	20 800	4 392

Données issues du TBFEPS/ DGFIP

Les charges financières (capital et frais financiers) liées à la dette de l'établissement sont très importantes à partir de 2016 et baisseraient progressivement jusqu'à atteindre 5,2 M€ en 2025. L'évolution du capital et des charges est retracée dans le tableau suivant :

³⁵ Tableau détaillant les aides octroyées en annexe 12 du présent rapport.

	2016	2017	2018	2019	2020	2025
Encours moyen	67 309 419 €	61 750 859 €	56 232 509 €	50 710 873 €	45 189 456 €	19 516 237 €
Capital payé sur la période	5 553 158 €	5 531 652 €	5 510 480 €	5 519 668 €	5 515 693 €	4 369 812 €
Intérêts payés sur la période	2 597 892 €	2 357 865 €	2 165 722 €	1 994 525 €	1 797 696 €	818 686 €
Total charges financières	8 151 050 €	7 889 518 €	7 676 202 €	7 514 193 €	7 313 388 €	5 188 499 €
Taux moyen sur la période	3,77%	3,73%	3,77%	3,84%	3,86%	3,99%

Source : données Finances Actives

Le taux moyen des emprunts apparaît relativement élevé en cette période de taux très bas. L'établissement dispose sans doute actuellement de marges de manœuvre de négociation qui lui permettraient de faire baisser significativement les taux de ses emprunts.

12.3.2 La structure de la dette³⁶

La structure de la dette est caractérisée par une majorité de produits fixes, lesquels représentent 67,5 % de la dette totale alors que la dette variable en représente 7,1 %. Certains produits ont des taux qui sont bien supérieurs aux taux pratiqués par le marché à l'heure actuelle.

L'établissement ne dispose pas d'emprunts dits « structurés ». Cependant, la dette qui présente un risque consiste dans le capital restant dû de 203 200 € de l'emprunt contracté en 2007 auprès de la caisse d'Epargne pour un montant initial de 2 068 210 €. Ce contrat est référencé 4B par la charte Gissler et est basé sur un taux fixe de 4,12 % mais disposant d'une barrière à 5,4 % sur Libor Dollar à trois mois. La durée résiduelle de ce produit et le montant en cause permettent de penser que le risque est moindre à ce jour. Un autre produit est basé sur un taux fixe mais avec barrière (il s'agit du contrat datant de 2008 auprès du Crédit Foncier, pour un capital restant dû de 6 500 000 €) ; ce produit est coté 1B car la barrière est organisée sur l'Euribor 12 mois.

La chambre relève que l'établissement dispose d'une marge de manœuvre qui lui permet de négocier certains taux à la baisse.

12.3.3 Les principaux ratios de la dette

L'hôpital de Rochefort entre dans les critères du décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011, (modifié par le décret n°2012-700 du 7 mai 2012) depuis l'exercice 2012. Il est rappelé que ce décret soumet le recours à l'emprunt des établissements publics de santé à une autorisation préalable de l'agence régionale de santé après consultation du directeur régional des finances publiques, lorsque l'établissement remplit deux des trois ratios supérieurs aux normes édictées (taux d'indépendance > à 50 %, durée apparente de la dette > à 10 ans, ratio encours dettes/produits > à 30 %). L'hôpital présente un taux d'indépendance financière supérieur à 45 % (taux optimal) et un taux supérieur à la médiane des établissements de même catégorie (51,9 %). Ce taux s'explique par la mobilisation des emprunts pour faire face à la construction de l'hôpital et du centre de gériatrie.

Le tableau retraçant les indicateurs du décret relatif au recours à l'emprunt est le suivant :

Années	2009	2010	2011	2012	2013
Ratio d'indépendance financière	51,79 %	57,5 %	61,7 %	66,2 %	65,8 %
Durée apparente de la dette (en années)	3,66	6,5	9,8	14,1	15,1

Données du TBFPS/ DGFIP

Les indicateurs de ce tableau sont contractualisés entre l'ARS et l'établissement dans le cadre de l'actualisation des indicateurs du CPOM 2012-2017. Le taux d'indépendance financière doit atteindre la cible de

³⁶ Détail de la dette par produits en annexe N°13

60,77 % en 2017 et l'encours de la dette rapporté aux produits doit baisser pour s'établir à 66,15 %, la durée apparente de la dette se stabiliserait autour de 11,7 années.

Les indicateurs de la dette sont particulièrement dégradés sur la période examinée, du fait d'une politique d'investissement massive. Le poids des charges financières sur le moyen terme représente un enjeu majeur pour l'établissement.

12.4 Les principaux indicateurs financiers

L'établissement connaît une amélioration de son fonds de roulement net global, du fait des provisions et des excédents affectés à l'investissement. Il dispose d'un taux de marge brute satisfaisant et d'un taux de renouvellement des immobilisations particulièrement favorable. En revanche, les indicateurs bilanciels connaissent une dégradation récente (trésorerie négative, FRNG en-dessous de la médiane) et nécessitent une certaine vigilance.

12.4.1 Le taux de marge brute

Les critères de la circulaire relative au déséquilibre financier des hôpitaux³⁷ déclinent à la fois le déficit rapporté aux produits, le taux de marge brute, ainsi que le montant de la marge brute pour permettre le remboursement du capital des emprunts. Dans le cadre de la déclinaison du plan ONDAM 2015-2017, la direction générale de l'offre de soins a fixé un taux de marge brute cible à 8 % pour les établissements de santé.

L'ARS Poitou-Charentes a fait connaître à l'hôpital de Rochefort les indicateurs cibles inscrits au sein du CPOM 2012-2017. Le taux de marge brute cible qui lui est fixé s'élève à 8 % à compter de 2015 et doit se maintenir à ce niveau à l'horizon 2017 :

Années	2010	2011	2012	2013	2014
Taux de marge brute	12,6%	9,9%	10,6%	10,6%	10,17%

Ce tableau montre que l'établissement ne connaît pas de difficultés pour atteindre la cible de 8 % de taux de marge brute qui lui est fixée.

12.4.2 Le niveau de la CAF et le taux de CAF

Le niveau de la CAF reste positif sur la période contrôlée, mais son évolution n'est pas linéaire. Elle baisse de – 0,52 M€ entre 2012 et 2013. On constate sur cette période, une progression des charges financières et une

³⁷ En application de l'art. 62 de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007, le décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 est relatif à la définition des critères de déséquilibre financier des établissements de santé ; Le DGARS demande au directeur de l'établissement de présenter un plan de redressement (art L6143-3 et D 6143-39 du CSP) : 1 - s'il estime que la situation financière l'exige ; 2 - ou si un ou plusieurs critères de déséquilibre financier définis à l'article D. 6143-39 sont remplis.

Les critères retenus sont :

1. Soit l'établissement, dont le total des produits du compte de résultat principal excède dix millions d'euros, présente un résultat déficitaire, pour ce compte, supérieur à un seuil fixé : – pour les établissements publics de santé centres hospitaliers régionaux et ceux dont les emplois de directeur sont des emplois fonctionnels de la fonction publique hospitalière : seuil de 2 % ; – pour les autres établissements publics de santé : 3 % ;
2. Soit l'établissement, dont le total des produits du compte de résultat principal excède dix millions d'euros, présente un résultat déficitaire, pour ce compte, supérieur au seuil fixé au 1., et soit :

- la capacité d'autofinancement de l'établissement présente moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues,
- ou il existe une insuffisance d'autofinancement ;

3. Soit la capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts. Le DGARS place l'EPS sous administration provisoire lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L.6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement. (article L. 6143-3-1 CSP).

diminution des produits exceptionnels qui explique, pour partie, cette évolution. En 2013, la CAF ne couvre pas le remboursement de la dette en capital.

De façon globale, le niveau de la CAF baisse sur la période de -44,35 % entre 2009 et 2013. Le taux de CAF baisse de plus de 50 % sur la même période :

Années	2009	2010	2011	2012	2013
CAF (en milliers d'euros)	9 768	8 104	6 916	5 953	5 435
Taux de CAF	12,83%	10,2%	8,2%	6,84%	6,19%

Données du TBEPS/ DGFIP

12.4.3 Le fonds de roulement net global s'améliore mais demeure en-dessous de la médiane (FRNG)

Le FRNG est l'addition du fonds de roulement d'investissement et du fonds de roulement d'exploitation. Le FRNG était particulièrement dégradé en 2009 ; cet indicateur plaçait l'hôpital de Rochefort au niveau le plus bas de sa catégorie.

Après avoir subi une nette dégradation jusqu'à devenir négatif fin 2010, il se reconstitue progressivement depuis 2011 grâce à la mobilisation des emprunts nécessaires au financement des programmes d'investissement. L'indicateur du FRNG rapporté en nombre de jours de charges courantes est de 28,43 jours en 2014, soit encore en-dessous de la médiane de la catégorie (46,33 jours).

Le FRNG évolue de la façon suivante sur la période :

Années	2009	2010	2011	2012	2013
FRNG (K €)	-3 114	-208	1 086	8 553	7 838

Données TBEPS/ DGFIP

12.4.4 Le besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement permet de mesurer la différence entre les créances et les dettes. Le besoin en fonds de roulement en nombre de jours de charges courantes est très supérieur à la médiane de la catégorie (36,44 jours) :

Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BFR (K €)	2 943	4 552	8 270	8 932	11 575	10 717
BFR en nombre de jours de charges courantes	16,3	23,44	39,54	40,54	51,87	46,16

Données TBEPS/ DGFIP

Le besoin en fonds de roulement a baissé récemment du fait d'une réduction moins rapide des créances que celle des dettes auprès des fournisseurs. En conséquence, la chambre relève que l'établissement est donc mis en difficulté par un règlement plus rapide de ses factures que de l'émission des titres auprès des patients.

12.4.5 La trésorerie

Le centre hospitalier présente une trésorerie faible depuis 2010 et notamment plus faible que celle de la strate de référence :

Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014
--------	------	------	------	------	------	------

Trésorerie (en milliers d'euros)	-6 057	- 4 760	-7 184	-379	-3 787	-4 117
Trésorerie (en nombre de jours de charges courantes)	-33,57	-24,52	-34,35	-1,72	-16,75	-17,73

Données du TBEPS/ DGFIP

Durant la période du précédent contrôle, l'établissement avait connu une trésorerie positive, allant jusqu'à lui permettre le financement de ses investissements. A partir de 2008, l'établissement mobilise des emprunts importants pour financer sa politique d'investissement et la trésorerie devient négative. Sous le coup de la crise bancaire internationale, la ligne de trésorerie contractualisée par l'établissement s'est sensiblement réduite en 2011, allant jusqu'à mettre en péril le chantier du centre de gériatrie.

12.4.6 Le taux de renouvellement des immobilisations est un point fort

Le taux de renouvellement des immobilisations permet de mesurer le rapport entre le montant des investissements réalisés au cours de l'exercice et le total de l'actif immobilisé. Le ratio mesure l'évolution des actifs immobilisés bruts par rapport au haut de bilan, en donnant le pourcentage de renouvellement d'immobilisations réalisé dans l'année (débits des opérations budgétaires des comptes 20 à 24) par rapport aux actifs bruts totaux des mêmes comptes³⁸. Ce ratio traduit le rythme des investissements de l'hôpital (et correspondant le plus souvent aux investissements de renouvellement, tant en travaux qu'en équipements). Ceci étant, le niveau de ce ratio est, au-delà de sa stabilité, significatif du niveau d'investissement de l'hôpital. Un ratio de 2 % signifie que les constructions et autres actifs sont renouvelés en 50 ans, un ratio de 5 % correspond à un renouvellement en 20 ans. Ce ratio doit être adapté à l'obsolescence des immobilisations.

L'hôpital de Rochefort, en 2010 lors de l'ouverture du nouvel hôpital, était placé parmi les 10 % des établissements ayant le taux le plus élevé de renouvellement des immobilisations. En 2012, le taux reste élevé à 9,40 % (pour une médiane à 4,72 %), du fait de la construction du centre de gériatrie. A partir de 2013, l'établissement (4,3 %) se place juste en-dessous de la médiane (5,67 %), du fait du ralentissement de sa politique d'investissement.

12.5 La stratégie d'investissement à moyen terme : le PGFP

Le schéma directeur immobilier et des équipements 2013-2017³⁹ inscrit au sein du projet d'établissement est caractérisé par un tassement des dépenses prévisionnelles, pour lesquelles les opérations d'investissement et d'équipements prévues sont inférieures à 2 M€ par an. Cette évolution se démarque nettement de la période antérieure qui a connu une politique de reconstruction complète de l'établissement.

Les opérations sont caractérisées par l'achèvement des opérations structurantes et la fin des décaissements en 2014 liés à l'ouverture du centre de gériatrie en 2013. Certaines opérations sont liées à des adaptations des locaux et à l'évolution de l'activité : relocalisation de l'unité de surveillance continue à proximité des urgences et installation de la chirurgie ambulatoire à proximité du bloc opératoire.

La chambre observe l'inflexion prévue dans la politique d'investissement de l'établissement à partir de l'exercice 2014.

³⁸ Définition issue du « guide des TBEPS »/ DGFIP

³⁹ Détail en annexe N°16

13 **GLOSSAIRE**

ARS : agence régionale de santé

CAF : capacité d'autofinancement

CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CET : compte épargne temps

CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CHT : communauté hospitalière de territoire

CME : commission médicale d'établissement

CMP : consultations médico-psychologiques

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour L'Autonomie

COPS : commission de l'organisation de la permanence des soins (émanation de la CME)

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CREA : comptes de résultats analytiques par pôles

CRUPECQ : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CS : conseil de surveillance

CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques

CAPSA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CTE : comité technique d'établissement

CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique

DAF : dotation annuelle de financement

DIM : département d'information médicale

DMP : dossier médical partagé

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPRD : état pluriannuel des recettes et des dépenses

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

ETP : équivalent temps plein

FHF : fédération hospitalière de France

FIR : fonds d'intervention régional

FRNG : fonds de roulement net global

GCS : groupement de coopération sanitaire

GHT : groupement hospitalier de territoire

HPST : loi « hôpital, patients, santé et territoires »

IRM : imagerie par résonance magnétique

MERRI : mission d'enseignement de recherche et d'innovation

MIGAC : mission d'intérêt général

MMG : maison médicale de garde

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

PGFP : plan global de financement pluriannuel

PMSI : programme de médicalisation du système d'information

PRS : projet régional en santé

RTT : réduction du temps de travail

SIH : système d'information hospitalier

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SROS : schéma régional en santé

SSR : service de soins de suite et de réadaptation

14 Annexes

Annexe n°1 : Détail des montants de versements effectués aux praticiens libéraux

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ophthalmologie	114 779,60 €	194 133,61 €	274 617,49 €	355 212,34 €	492 434,99 €	344 003,18 €
Obstétrique	2 484,53 €	4 163,95 €	56 288,02 €	167 826,45 €	176 068,96 €	209 685,24 €
Stomatologie	36 317,51 €	114 811,42 €	157 151,50 €	192 939,47 €	209 486,49 €	217 911,31 €
Urologie	42 815,09 €	29 043,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Gastro entérologie	5 580,42 €	261 333,58 €	275 117,48 €	339 009,18 €	331 486,22 €	345 653,47 €
Radiologie	13 266,08 €	204 118,29 €	302 209,31 €	304 608,68 €	136 279,43 €	14 169,15 €
ORL	4 403,82 €	18 481,62 €	18 462,91 €	18 856,30 €	15 695,83 €	12 222,81 €
Orthopédie	16 907,44 €	121 602,54 €	196 012,62 €	204 409,17 €	0,00 €	0,00 €
Anesthésie	0,00 €	269 671,09 €	216 621,38 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Cardiologie	0,00 €	269 671,09 €	216 621,38 €	0,00 €	0,00 €	77 367,22 €
Neurologie	0,00 €	269 671,09 €	216 621,38 €	0,00 €	0,00 €	33 214,64 €
TOTAL	236 554,50 €	1 217 359,53 €	1 496 480,71 €	1 582 861,58 €	1 361 451,93 €	1 254 227,01 €

Annexe n°2 : Détail de la valorisation, par discipline, des actés réalisés dans le GCS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ophthalmologie	481 101,61 €	656 006,22 €	917 090,76 €	1 149 653,81 €	963 278,59 €	825 789,00 €
Obstétrique	15 533,36 €	33 531,42 €	54 895,82 €	80 242,28 €	105 213,56 €	120 163,61 €
Stomatologie	106 791,05 €	256 759,50 €	340 359,24 €	332 398,35 €	393 525,86 €	487 605,01 €
Urologie	307 506,94 €	229 990,64 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Gastro entérologie	60 516,82 €	1 073 423,95 €	1 115 811,89 €	1 054 456,36 €	1 003 825,62 €	1 008 247,58 €
Radiologie	8 254,46 €	198 183,18 €	457 386,09 €	394 666,56 €	172 701,09 €	18 502,99 €
ORL	41 321,03 €	174 155,72 €	168 238,62 €	166 379,52 €	140 853,42 €	96 036,24 €
Orthopédie	63 778,19 €	564 583,57 €	1 151 003,40 €	1 214 569,38 €	0,00 €	0,00 €
Anesthésie	0,00 €	17 213,05 €	13 826,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Cardiologie	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	15 376,95 €
Neurologie	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2 120,08 €
TOTAL	1 084 803,46 €	3 203 847,25 €	4 218 612,72 €	4 392 366,26 €	2 779 398,14 €	2 573 841,45 €

Annexe n°3 : Détail de l'activité par appareil du GCS d'imagerie

Evolution de l'activité d'imagerie depuis la mise en place du GCS							
Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution 11/15
SCANNER IRSA (libéraux)	5467	5708	6107	6649	6673	6890	21%
SCANNER HOPITAL	6849	6950	7814	8347	8465	8561	23%
TOTAL SCANNER	12316	12658	13921	14996	15138	15451	22%
IRM IRSA(libéraux)		2215	3215	3957	4340	4231	91%
IRM HOPITAL		1608	2600	2421	2644	2523	57%
TOTAL IRM	0	3823	5815	6378	6984	6754	77%

**Annexe n°4 : Détail des résultats des activités logistiques inscrites au sein du GCS
« Charente-Maritime Nord »**

Fonctions	GHLRRA	CH de Rochefort	TOTAL
Anapath (2011-2014)	83 000	27 000	110 000
Blanchisserie (2011-2014)	588 000	173 000	761 000
Restauration (2013-2014)	284 000	170 000	454 000
Total des économies	955 000	370 000	1 325 000

Source : données du GCS

Annexe n°5 : Le détail de l'évolution des effectifs par statut

Nombre d'ETP personnels non médicaux	Evolution des ETP de 2009 à 2014							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ecart 09/14	Ecart 09/14 %
TOTAL 3 titulaires et stagiaires	755,89	763,90	759,79	758,27	746,76	760,37	4,48	0,6%
TOTAL 4 CDI	133,94	160,85	182,54	230,17	236,20	223,24	89,30	66,7%
TOTAL « PERSONNEL PERMANENT » (3+4)	889,83	924,75	942,33	988,44	982,96	983,61	93,78	10,5%
TOTAL 5 CDD	55,80	56,41	72,88	59,69	54,58	83,04	27,24	48,8%
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5) hors emplois aidés	945,63	981,16	1 015,21	1 048,13	1 037,54	1 066,65	121,02	12,8%
TOTAL 6 Emplois aidés et autres	30,84	28,07	36,02	27,14	25,59	32,35	1,51	4,9%
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL temporaire (5+6)	86,64	84,48	108,90	86,83	80,17	115,39	28,75	33,2%
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6) avec emplois aidés	976,47	1 009,23	1 051,23	1 075,27	1 063,13	1 099,00	122,53	12,5%

Source : données CH de Rochefort

Annexe n°6 : détail des effectifs soignants

Nombre d'ETP personnels non médicaux	Evolution des ETP de 2009 à 2014							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ecart 09/14	Ecart 09/14 %
Titulaires et stagiaires								
Personnel des services de soins et personnels éducatifs et sociaux	573,97	581,87	575,78	575,34	566,38	586,47	12,50	2,2%
Personnels sociaux éducatifs	6,43	6,04	6,51	8,43	8,30	7,46	1,03	16,0%
Contrats à durée indéterminée								
Personnel des services de soins et personnels éducatifs et sociaux	86,44	109,14	125,43	162,60	162,77	148,14	61,70	71,4%
Personnels sociaux éducatifs	1,03	2,72	3,21	1,33	2,18	2,31	1,28	124,3%
Contrats à durée déterminée								
Personnel des services de soins et personnels éducatifs et sociaux	44,12	45,01	56,69	46,53	42,77	68,49	24,37	55,2%
Personnels sociaux éducatifs	1,68	1,30	0,08	0,24	0,71	0,85	-0,83	-49,4%
Total personnels de soins	704,53	736,02	757,90	784,47	771,92	803,10	98,57	14,0%
dont total personnels sociaux éducatifs	9,14	10,06	9,80	10,00	11,19	10,62	1,48	16,2%
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6) avec emplois aidés	976,47	1 009,23	1 051,23	1 075,27	1 063,13	1 099,00	122,53	12,5%

Source : données du CH de Rochefort

Annexe n° 7 : Détail des effectifs médicaux par statut

Nombre d'ETP	Evolution des ETP de 2009 à 2014							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ecart 09/14	Ecart 09/14 %
PERSONNEL MEDICAL								
PH temps plein	54,64	49,33	47,81	51,80	52,61	54,75	0,11	0,2%
PH temps partiel	1,94	2,58	3,04	2,78	2,53	6,00	4,06	208,6%
Praticiens renouvelables de droit	5,54	7,01	5,69	4,10	5,62	3,93	-1,61	-29,1%
TOTAL 1	62,12	58,92	56,54	58,68	60,76	64,68	2,56	4,1%
Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	11,00	10,35	15,49	21,66	23,96	25,60	14,60	132,7%
TOTAL PM hors étudiants et internes	73,12	69,27	72,03	80,34	84,72	90,28	17,16	23,5%
Internes	9,99	8,41	9,56	8,92	11,43	13,72	3,73	37,3%
TOTAL 2	9,99	8,41	9,56	8,92	11,43	13,72	3,73	37,3%
TOTAL PERSONNEL MEDICAL (1+2)	83,11	77,68	81,59	89,26	96,15	104,00	20,89	25,1%

Source : données CH de Rochefort

Annexe n°8 : Détail et durée totale de ces contrats concernant les anesthésistes contractuels

Médecins positionnés sur postes vacants	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Commentaires
Dr ... Anesthésiste 13 ^{ème} éch. Puis 13 ^{ème} +45% en CDI	A compter du 1 ^{er} .09 CDD 2ans	CDD Avenant N°2 :100% du 1 ^{er} .11 au 31.12	CDD Avenant CDI à compter du 1.01	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI non conforme à la réglementation ; surcoût jusqu'à la parution du décret et pour un mi-temps 47 723 €
Dr ...Anesthésiste 2009 13 ^{ème} éch. +45%			1 ^{er} .11 CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	le CDI n'est pas conforme à la réglementation/ durée maximale de 6 ans prévisionnelle du contrat jusqu'au 1 ^{er} .11.2017.
Dr ... Anesthésiste 13 ^{ème} éch. +45%			A compter du 1 ^{er} .11 CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	idem
Dr ... Anesthésiste 2009 13 ^{ème} éch. +45%			A compter du 1 ^{er} juin CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI non conforme à la réglementation ;fin prévisionnelle du contrat le 1 ^{er} juin 2017.
Dr Anesthésiste 2001 13 ^{ème} éch. +45%			A compter du 1 ^{er} juillet CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI non conforme à la réglementation ; fin prévisionnelle du contrat le 1 ^{er} juillet 2017.
Dr Anesthésiste 1984 13 ^{ème} éch. +45%			A compter du 1 ^{er} octobre CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI non conforme à la réglementation ; fin prévisionnelle du contrat le 1 ^{er} .10. 2017.
Dr Anesthésiste 2004 13 ^{ème} éch. +45%			A compter du 1 ^{er} octobre CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	idem

Annexe n° 9 : Ecart entre les prévisions et les réalisations de l'EPRD de 2009 à 2014

CHARGES	Ecart réalisations-Prévisions 2009	Ecart/ EPRD en %	Ecart réalisations-Prévisions 2010	Ecart/ EPRD en %	Ecart réalisations-Prévisions 2011	Ecart/ EPRD en %	Ecart réalisations-Prévisions 2012	Ecart/ EPRD en %	Ecart réalisations-Prévisions 2013	Ecart/ EPRD en %	Ecart réalisations-Prévisions 2014	Ecart/ EPRD en %
Titre 1	-915 454,44	22,0%	-281 254,10	-0,6%	1 351 518,87	2,7%	700 782,50	1,3%	-304 131,18	-0,6%	54 368,05	0,1%
Titre 2	466 748,53	6,8%	229 334,01	2,9%	392 193,88	4,7%	580 338,36	6,1%	254 347,00	2,5%	472 582,28	4,3%
Titre 3	-60 472,19	-0,9%	-251,97	0,0%	357 566,37	4,2%	-30 934,95	-0,4%	-352 319,20	-4,2%	-414 843,13	-4,5%
Titre 4	-280 589,25	-2,2%	217 623,13	2,0%	1 147 302,79	10,8%	150 737,01	1,6%	-1 523 379,94	-13,6%	-526 207,07	-5,1%
Total	-789 767,35	-1,1%	165 451,07	0,2%	3 248 581,91	4,2%	1 400 922,92	1,7%	-1 925 483,32	-2,3%	-414 099,87	-0,5%
RECETTES												
Titre 1	1 076 937,07	1,9%	-58 965,70	-0,1%	-645 045,35	-1,1%	1 383 729,23	2,3%	-1 002 589,51	-1,6%	-197 190,41	-0,3%
Titre 2	400 797,48	5,8%	254 757,87	3,4%	1 388 700,53	17,1%	-9 258,51	-0,1%	-164 267,49	-1,7%	262 675,71	2,7%
Titre 3	-2 212 671,99	-21,5%	264 091,84	3,6%	2 559 531,46	29,5%	364 628,59	3,5%	-1 110 717,05	-8,1%	-102 671,97	-0,6%
Total	-734 937,44	-1,0%	459 884,01	0,6%	3 303 186,64	4,2%	1 739 099,31	2,2%	-2 277 574,05	-2,7%	-37 186,67	0,0%
Total écarts	-54 829,91		294 432,94		54 604,73		338 176,39		-352 090,73		376 913,20	

Annexe n°10 : évolution des contributions du CH de Rochefort aux différents GCS

Compte	Dépenses de titre 3 Autres charges de gestion courante	CF 2010	CF 2011	CF 2012	CF 2013	CF 2014
652	Contributions aux GCS	1 415 790,64	1 514 207,16	1 586 915,53	1 541 824,46	3 470 655,56
65200	Contributions au GCS imagerie	287 783,04	292 736,44	355 524,00	365 000,00	372 000,00
65210	Contributions au GCS CH La Rochelle Blanchisserie	930 482,85	961 584,97	944 443,53	853 755,00	847 412,73
65211	Contributions au GCS CH La Rochelle Anapath	197 524,75	259 885,75	285 448,00	320 069,46	296 126,34
65212	Contributions au GCS CH Restauration					1 952 116,49
65220	Contributions ESANIE GCS POITOU-CHARENTES			1 500,00	3 000,00	3 000,00

Source : comptes financiers du CH

Annexe n°11 : détail de l'activité du budget de l'unité de soins de longue durée (USLD)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de lits USLD	50	50	50	50	50	50
Nombre d'entrées	25	22	25	26	21	16
Nombre de journées	17 046	16 585	17 128	17 113	17 528	17 885
Taux d'occupation	93,40%	90,88%	93,85%	93,77%	96,04%	98,00%

Source : données CH de Rochefort

Annexe n°12 : détail de l'activité du budget de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Activité (journées)	26 612	27 009	27 117	26 135	28 696	34 345
Nombre de lits ouverts (permanents et temporaires)	77	77	77	77	83	102
Taux d'occupation	94,69%	96,10%	96,48%	92,74%	96,12%	98,02%

Source : données CH de Rochefort

Annexe n° 13 : tableau de financement du nouvel hôpital

Financements / Années	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Autofinancement utilis-	16 677	- 1 459 384	1 403 048	2 627 067	13 024 546	11 278 529	2 589 637	1 824 722	2 522 307	290 507	182 242	94 523	34 361 068
dont cessions						-	-		200 000				
Dotations et Subventions		2 200 000		500 000	-	48 360	64 480	-	558 763	48 360	-	-	3 419 963
Emprunts	175 600		2 555 905		-	19 036 366	10 382 273	17 328 066	7 079 446				56 557 656
TOTAL GENERAL DES RESSOURCES	158 923	740 616	3 958 953	3 127 067	13 024 546	30 363 255	13 036 390	19 152 788	10 160 516	338 867	182 242	94 523	94 338 686

Source : données du CH

Annexe n° 14 : tableau de financement du centre de gériatologie

Nature / Années	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Contrat de soutien à l'investissement de l'EHPAD	525 600 €	525 000 €	1 400 000 €							2 450 600 €
Dotation AC				500 000 €	500 000 €					1 000 000 €
Subvention CNSA			1 000 000 €							
FREE mission d'assistance à Maîtrise d'Ouvrage Haute Qualité Environnementale				14 220 €				14 220 €	7 110 €	35 551 €
FREE étude et mise en œuvre d'une sonde test géothermique				15 369 €						15 369 €
ADEME assistance technique Géothermie									11 705 €	11 705 €
	525 600 €	525 000 €	2 400 000 €	529 589 €	500 000 €	- €	- €	14 220 €	18 815 €	4 501 520 €

Source : données du CH de Rochefort

Annexe n°15 : Détail de la structure de la dette du CH de Rochefort en 2015 :

Prêteur	Capital restant dû	Durée résiduelle	Taux	Année de réalisation	Montant initial	Risque de taux	charte Gissler
Caisse d'épargne	203 200,71 €	5,11	Taux fixe 4.12% à barrière 5.4% sur Libor USD 03 M (Postfixé)	2007	2 068 210,42 €	Barrière hors zone EUR	4B
CDC	626 666,71 €	11,53	Euribor 03 M + 1.98	2012	800 000,00 €	Variable	1A
CDC	783 333,29 €	11,53	Euribor 03 M + 1.98	2012	1 000 000,00 €	Variable	1A
Société générale	966 691,83 €	6,79	Taux fixe à 3.31 %	2007	2 071 482,55 €	Fixe	1A
Société générale	1 562 500,00 €	6,20	Taux fixe à 5.26 %	2012	2 500 000,00 €	Fixe	1A
Deutsche Pfandbriefbank AG	2 300 000,00 €	11,50	Taux fixe à 5.19 %	2012	3 000 000,00 €	Fixe	1A
Caisse d'épargne	2 437 500,00 €	16,16	Taux fixe à 3.85 %	2012	3 000 000,00 €	Fixe à phase	1A
Société générale	2 625 000,00 €	11,20	Taux fixe à 5.38 %	2012	3 500 000,00 €	Fixe	1A
Société générale	3 062 500,00 €	12,20	Taux fixe à 4.39 %	2008	5 000 000,00 €	Fixe	1A
CDC	3 373 194,46 €	11,95	Taux fixe à 3.92 %	2013	4 000 000,00 €	Fixe	1A
SFIL CAFFIL	3 527 777,66 €	10,53	Euribor 01 M + 1.69	2011	5 000 000,00 €	Variable	1A
Crédit Foncier	6 500 000,00 €	12,66	Taux fixe 4.59% à barrière 5.75% sur Euribor 12 M(Postfixé)	2008	10 000 000,00 €	Barrière	1B
Caisse d'épargne	6 600 000,00 €	8,21	Taux fixe à 4.21 %	2009	12 000 000,00 €	Fixe	1A
DEXIA CL	8 447 500,00 €	27,03	Livret A + 1.07	2011	9 300 000,00 €	Livret A	1A
Société générale	11 586 111,22 €	14,29	Taux fixe à 4.44 %	2010	16 166 666,70 €	Fixe	1A
CACIB	14 765 256,55 €	12,76	Taux fixe à 3.88 %	2013	17 370 890,06 €	Fixe	1A
Total	69 367 232,43 €				96 777 249,73 €		

Source : données Finances Actives

Source : Schéma directeur immobilier et des équipements / CH de Rochefort

80/80