



Lyon, le 14 novembre 2018

La présidente

N° D183289

Recommandée avec A.R.

Réf. : ma lettre n° D183011 du 10 octobre 2018

P.J. : 1

Monsieur le Directeur,

Par lettre citée en référence, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier de Valence au cours des exercices 2011 à 2016. Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui le concerne, à votre prédécesseur.

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

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

Cette communication relève du président du conseil de surveillance, auquel je transmets également une copie du rapport.

Monsieur Freddy SERVEAUX
Directeur du centre hospitalier de Valence
179, boulevard Maréchal Juin
26953 VALENCE Cedex 9

Ce rapport devenant publiable et communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément aux dispositions de l'article R. 243-14 du code des juridictions financières, je vous serais obligée de me faire connaître à quelle date ladite réunion aura lieu et de me communiquer, en temps utile, copie de son ordre du jour.

En application de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations est, en outre, communiquée au préfet et au directeur départemental des finances publiques de la Drôme. Par ailleurs, le document est communiqué au directeur de l'agence régionale de santé.

En application de ces dispositions, je vous demande de me communiquer, après sa présentation à l'assemblée délibérante dans le délai légal d'un an, le rapport relatif aux actions entreprises à la suite des observations de la chambre.

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

Marie-Christine Dokhélar



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

CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE
(Département de la Drôme)

Exercices 2011 à 2016

Observations définitives
délibérées le 12 septembre 2018

SOMMAIRE

1-	<u>L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT</u>	<u>8</u>
1.1-	L'environnement du centre hospitalier de Valence.....	8
1.2-	Présentation de l'établissement	10
1.3-	Evolution de l'activité.....	12
1.3.1-	L'hospitalisation en MCO.....	12
1.3.2-	L'activité externe	17
1.3.3-	Les soins de suite et réadaptation (SSR).....	17
1.3.4-	Le long séjour et l'hébergement.....	18
1.4-	Le groupement hospitalier de territoire (GHT).....	18
1.4.1-	Les coopérations antérieures.....	18
1.4.2-	Les étapes antérieures à la constitution du GHT.....	19
1.4.3-	La constitution du GHT	20
1.4.4-	Le projet médical partagé 2016-2021	22
1.4.5-	Les directions communes.....	24
2-	<u>LA CONTRACTUALISATION ET LES PROJETS D'ETABLISSEMENT.....</u>	<u>24</u>
2.1-	La contractualisation externe : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	24
2.1.1-	Le CPOM 2007-2011.....	24
2.1.2-	Le CPOM 2013-2018.....	25
2.2-	Le projet d'établissement.....	26
2.2.1-	Le projet d'établissement 2010-2014.....	26
2.2.2-	Le projet d'établissement 2016-2018.....	27
2.3-	Les pôles et la contractualisation interne	28
2.3.1-	Le découpage de l'établissement en pôles	28
2.3.2-	Les contrats de pôle	28
3-	<u>LES RESSOURCES HUMAINES.....</u>	<u>29</u>
3.1-	La fonction des ressources humaines	29
3.2-	Le personnel non médical	29
3.2.1-	Effectifs et masse salariale	29
3.2.2-	L'organisation du temps de travail.....	30
3.2.3-	Les primes et indemnités	33
3.2.4-	Les heures supplémentaires	35
3.2.5-	Le défaut de saisine de la commission de déontologie de la fonction publique ...	36
3.2.6-	La politique d'avancement et d'évaluation	38
3.3-	Le personnel médical.....	39
3.3.1-	Effectifs et masse salariale	39
3.3.2-	Le remplacement médical au CHV	40
3.3.3-	L'organisation du temps de travail médical	43
3.3.4-	La rémunération des médecins en TTA	44
3.3.5-	La rémunération du temps de trajet dans le cadre d'astreinte.....	46
3.3.6-	Les médecins contractuels	47
3.3.7-	L'activité libérale	50
4-	<u>LA FIABILITE DES COMPTES.....</u>	<u>54</u>
4.1-	Le principe de sincérité et de régularité	54
4.1.1-	Le suivi des immobilisations et de l'état de l'actif	54
4.1.2-	L'intégration des immobilisations en cours	55
4.1.3-	Le calcul des amortissements.....	55
4.1.4-	La comptabilisation des stocks	55

4.2-	Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits.....	55
4.2.1-	Le rattachement des charges à payer.....	55
4.2.2-	Le rattachement des produits à l'exercice.....	56
4.3-	Le principe de prudence et la constitution des provisions	56
5-	<u>LA SITUATION FINANCIERE</u>	<u>57</u>
5.1-	La formation de la CAF brute.....	57
5.1.1-	Les produits bruts de l'exploitation	57
5.1.2-	La formation de la valeur ajoutée	62
5.1.3-	La formation de la marge brute d'exploitation	62
5.1.4-	La capacité d'autofinancement brute	63
5.2-	Le financement des investissements	63
5.2.1-	La formation de la capacité d'autofinancement nette et les principaux investissements réalisés ou en cours	63
5.2.2-	Le PPI 2016-2023	64
5.3-	Le résultat consolidé.....	65
5.3.1-	Le résultat comptable.....	65
5.3.2-	Les « plans de redressement » internes	67
5.4-	La situation patrimoniale.....	69
5.4.1-	Les ressources stables	69
5.4.2-	Les emplois stables	71
5.4.3-	La formation de la trésorerie.....	71
6-	<u>LA COMMANDE PUBLIQUE</u>	<u>72</u>
6.1-	Organisation de la direction des achats sur la période.....	72
6.2-	La stratégie d'achat	73
6.3-	La fonction achat dans le cadre du GHT.....	73
6.4-	Le marché de réservation des berceaux.....	74
6.4.1-	La composition de la commission de choix et l'appréciation des sous-critères....	75
6.4.2-	La durée du marché.....	77
6.5-	La gestion des déchets hospitaliers.....	78
6.5.1-	La passation du marché de déchets hospitaliers.....	79
6.5.2-	La gestion globale des déchets.....	80
6.5.3-	L'exécution du marché de déchets hospitaliers dangereux.....	81
7-	<u>ANNEXES.....</u>	<u>84</u>
7.1-	Répartition des patients	84
7.2-	Les tableaux de la situation financière.....	86

SYNTHESE

Le centre hospitalier de Valence (CHV), premier établissement de santé publique du département de la Drôme avec un budget annuel consolidé de 200 M€, emploie en 2016 plus de 2 300 personnes dont 220 médecins seniors. Doté d'une capacité de 835 lits et places dont 599 en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), il réalise plus de 50 000 séjours et près de 150 000 consultations externes. Proposant la quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales, il dispose d'une maternité avec soins intensifs, d'un plateau technique fourni et d'un bloc opératoire de douze salles.

Le CHV présente une activité dynamique, avec un accroissement des séjours en MCO de 18 % entre 2011 et 2016. En médecine, il assure 40 % de l'activité sur sa zone d'attractivité : sa position se renforce par rapport aux deux principaux établissements proches, l'Hôpital Privé Drôme Ardèche (HPDA) et les Hôpitaux Drôme Nord (HDN). En chirurgie ambulatoire, il doit en revanche faire face à une concurrence marquée de l'hôpital privé. Par ailleurs, la proximité du site des HDN se traduit par un chevauchement partiel des zones d'attractivité respectives, et génère, dans certains cas, des offres concurrentes entre les deux établissements.

Les modalités de rémunération du personnel non médical appellent plusieurs observations. Des primes réservées à des agents titulaires ont été versées à des agents non titulaires. Une prime sans fondement réglementaire a été mise en place tandis que l'établissement a procédé à une forfaitisation des heures supplémentaires pour certains agents.

Les dépenses du personnel médical constituent un enjeu majeur pour le CHV. Les dépenses dites « d'intérim médical » ont plus que doublé entre 2014 et 2016. La pénurie médicale et la concurrence entre les hôpitaux pour recruter des médecins remplaçants sont coûteuses pour les finances hospitalières, dès lors que les rémunérations versées pour attirer les médecins excèdent les seuils réglementaires et s'avèrent sans commune mesure avec celles des praticiens hospitaliers titulaires. Seule une coopération renforcée entre établissements permettra de limiter les effets négatifs de ce phénomène.

Le recours à la mise en disponibilité pour convenances personnelles par certains praticiens titulaires du CHV afin de pouvoir travailler comme intérimaires dans des hôpitaux publics avec des salaires plus élevés pénalise les établissements hospitaliers du secteur et met en péril l'intérêt du service public hospitalier.

La rémunération du temps de travail additionnel des praticiens a méconnu les dispositions réglementaires et a représenté un coût d'autant plus élevé qu'elle s'est apparentée, pour certains d'entre eux, à un complément de rémunération dissocié du temps de travail effectif. L'absence de tableaux de service dans certaines spécialités a empêché tout contrôle par l'ordonnateur du travail effectivement réalisé par les praticiens.

Des praticiens autorisés à exercer une activité libérale à l'hôpital n'ont pas respecté, et parfois pendant plusieurs années, les obligations réglementaires de plafonnement de cette activité ; aucune décision n'a été prise pour faire cesser ces situations.

La situation financière s'est améliorée entre 2011 et 2015 avec trois exercices comptables successifs excédentaires à partir de 2013. En revanche, ce résultat s'est dégradé à compter de 2016 (- 2,7 M€) sous l'effet de la stabilisation des recettes d'activité et de la progression des charges, le résultat anticipé pour 2017 présentant une aggravation (7,8 M€ de déficit). Cette situation affecte substantiellement la capacité d'autofinancement de l'établissement. Le taux de marge, hormis en 2015, est systématiquement inférieur à la cible de 8 %. Les projections disponibles pour 2017 et 2018 indiquent une dégradation de ce taux (4,76 % en 2017 et 4,07 % en 2018), le CHV ne pouvant dès lors plus investir sans l'appui de l'ARS, malgré un désendettement continu.

Le CHV doit donc appliquer strictement son plan de redressement arrêté à la fin de l'année 2017 et prendre toute mesure susceptible de contenir notamment les charges de personnel médical. Dans ce contexte, la chambre recommande de s'appuyer sur le levier que constitue la dynamique de coopération au sein du GHT pour bâtir des filières territoriales, limitant au maximum la concurrence entre les établissements membres et favorisant la gradation des prises en charge et la complémentarité.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : développer l'activité de chirurgie ambulatoire.

Recommandation n° 2 : respecter la réglementation en matière de temps de travail médical notamment en s'assurant du renseignement des tableaux de service.

Recommandation n° 3 : respecter les règles de rémunération des praticiens contractuels.

Recommandation n° 4 : mettre en place, avec les autres établissements du GHT, des coopérations médicales dans les filières dont le recrutement de praticiens est sous tension, telles que l'anesthésie et les urgences.

Recommandation n° 5 : respecter le plan de maîtrise des dépenses afin de ne pas faire reposer l'équilibre budgétaire uniquement sur la progression des recettes.

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Valence (CHV) pour les exercices 2011 à 2016, en veillant à intégrer, autant que possible, les données les plus récentes.

Le contrôle a été engagé par lettre du 5 janvier 2017, adressée à M. Jean-Pierre BERNARD, ordonnateur alors en fonctions depuis le 1^{er} décembre 2010.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ les orientations stratégiques de l'établissement ;
- ♦ l'efficacité de l'organisation hospitalière ;
- ♦ les investissements réalisés ;
- ♦ les ressources humaines et la gestion interne ;
- ♦ la fiabilité des comptes ;
- ♦ l'analyse financière ;
- ♦ la commande publique.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 al.1 du code des juridictions financières a eu lieu le 2 février 2018 avec M. BERNARD. Il a également eu lieu le 6 février 2018 avec Mme Stéphanie PIOCH, directrice par intérim du 1^{er} janvier 2018 au 19 avril 2018.

Lors de sa séance du 12 mars 2018, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 25 avril 2018 à M. BERNARD, ancien ordonnateur de 2010 à 2017, pour ce qui concerne sa gestion, et à Mme Stéphanie PIOCH, ordonnateur intérimaire alors en fonctions. Depuis le 20 avril 2018, l'ordonnateur du CHV est M. Freddy SERVEAUX.

Après avoir examiné les réponses écrites et procédé aux auditions demandées, la chambre, lors de sa séance du 12 septembre 2018, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1- L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

1.1- L'environnement du centre hospitalier de Valence

Le CHV appartient au territoire de santé Sud TS05. « Composé des bassins de santé hospitaliers de Valence et Montélimar, ce territoire regroupe 751 551 habitants (sources INSEE 2008) avec la densité la plus faible de la région (64,3 hab. / km²). Le territoire Sud est le plus rural (21 % de la population), le moins densément peuplé, et le moins jeune. Les indicateurs socio-économiques le placent dans une situation moins favorable que la moyenne régionale, avec une forte présence de populations bénéficiaires de minima sociaux ou de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), en zones rurales de la frange la plus au sud. »¹

Parmi les particularités de ce territoire on peut relever :

- ♦ une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans supérieure à la moyenne nationale mais aussi le plus fort indice de vieillissement² de la région (100,8 % contre 81,7 % en Rhône-Alpes) ;
- ♦ un taux de chômage et des indices de précarité plus élevés que la moyenne régionale (taux de bénéficiaires des minima sociaux ou de la CMUC supérieurs à la moyenne régionale) ;
- ♦ un taux d'équipement en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) inférieur à la moyenne régionale ;
- ♦ un taux d'infirmiers le plus important de la région ;
- ♦ une « désertification » médicale des généralistes en zones rurales.

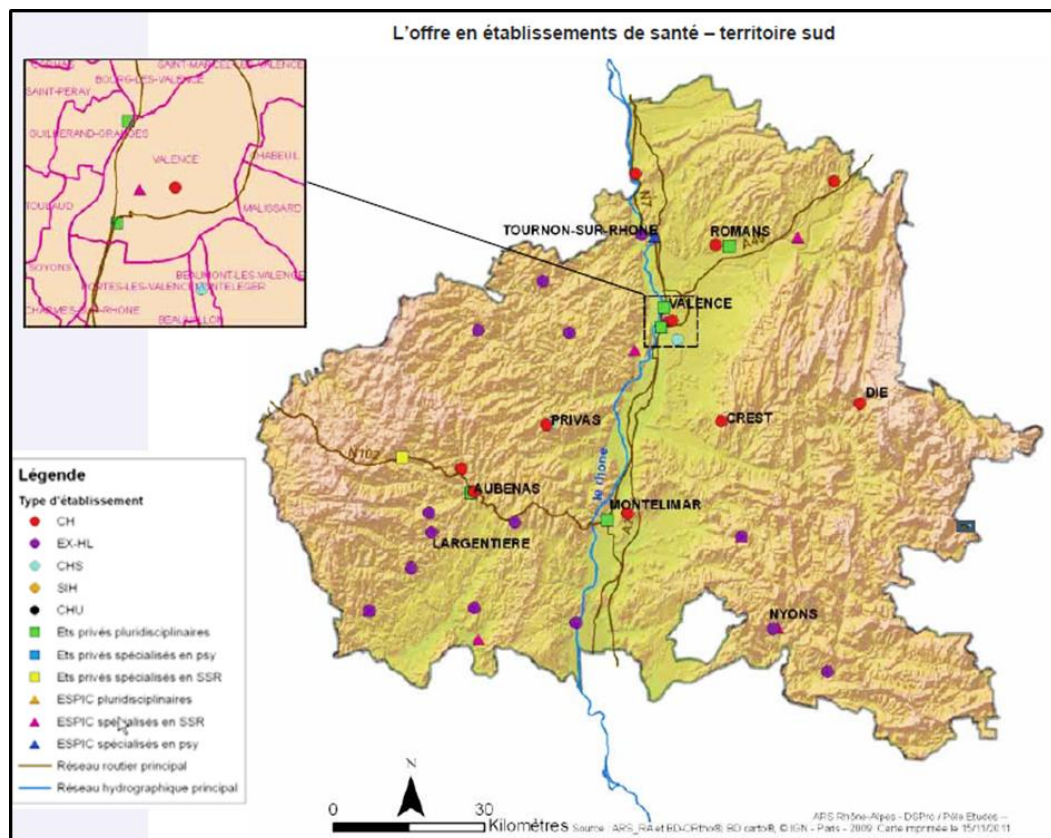
L'offre sanitaire publique du territoire de santé se structure autour de deux pôles hospitaliers de référence, Valence au nord et Montélimar au sud, six autres centres hospitaliers et treize hôpitaux de proximité (hôpitaux locaux). Quatre de ces centres hospitaliers (les Hôpitaux Drôme Nord - HDN -, Crest, Die et Saint-Marcellin) et trois hôpitaux de proximité (Tournon, Lamastre, Le Cheylard) relèvent plus particulièrement du bassin valentinois. Deux cliniques privées commerciales complètent cette offre autour de Valence : d'une part, l'Hôpital Privé Drôme Ardèche³ (établissement de 361 lits qui dispose d'un service d'urgences 24h/24) située à Valence et Guilherand-Granges, et, d'autre part, la clinique La Parisière (100 lits) implantée en périphérie de Valence dans la commune de Bourg-de-Péage.

¹ Source : SROS Rhône-Alpes 2012-2017, p.458.

² L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.

³ L'hôpital Privé Drôme Ardèche résulte de la fusion de la clinique Pasteur située à Guilherand-Granges, en périphérie de Valence, et de la clinique Générale implantée à Valence même. Elle appartient au groupe Ramsay-Générale de Santé.

Figure 1 : Le territoire de santé Sud



Le bassin hospitalier de Valence, qui couvre le centre de l'Ardèche, le centre et le nord de la Drôme ainsi que le canton de Saint-Marcellin en Isère, est relativement autonome sur le plan de l'offre de proximité. Il couvre quatre zones de soins de proximité (cf. infra)⁴ pour une population de 450 000 habitants.

En 2016, le CHV réalise les parts d'activité les plus importantes sur sa zone d'attractivité⁵ hormis en chirurgie ambulatoire où l'Hôpital Privé Drôme Ardèche (HPDA) le devance.

Tableau 1 : Parts d'activité du CH de Valence sur sa zone d'attractivité

en %	2012	2013	2014	2015	2016
Médecine	37.8	39.2	39.6	39.9	40.6
Chirurgie (HC)	28.6	30.4	31.6	32.8	34.7
Obstétrique	55.6	58.7	60.2	60.4	62.9
Chirurgie ambulatoire	22.4	22.4	23.2	22.4	21.8
Cancérologie (hospitalisation)	32.8	34	34.7	36.5	34.7
Séances de chimiothérapie	47.1	45.9	45.9	49.9	49.6

Source : Hospidiag

⁴ Tournon, Valence, Romans/Saint-Vallier et Die.

⁵ La zone de recrutement autour d'un établissement est construite en classant les codes géographiques des patients ayant fréquenté l'établissement par nombre de séjours décroissant et en ne gardant que ceux qui participent à 80 % de l'activité de l'établissement. La « part de marché » d'un établissement dans une zone pour une activité est le nombre de séjours d'habitants de la zone réalisés dans l'établissement rapporté au nombre total de séjours d'habitants de la zone dans l'activité sélectionnée.

En médecine, le CHV détient 40 % de l'activité sur sa zone d'attractivité (cf. tableaux en annexe⁶). Sa position progresse sur la période étudiée au détriment de ses deux principaux concurrents directs, l'HPDA (11,2 % en 2016 contre 11,7 % deux ans plus tôt) et les HDN (7,2 % en 2014 et 6,7 % en 2016). Les Hospices Civils de Lyon (HCL) sont l'unique CHU à concurrencer le CHV sur sa zone d'attractivité avec environ 7 % de part d'activité.

En hospitalisation complète de chirurgie, la position du CHV se renforce passant de 28,6 % à 34,7 % de part d'activité au cours des cinq dernières années. L'HPDA qui faisait pratiquement jeu égal voit sa part baisser à 27,1 %, conséquence d'un développement plus marqué de l'activité de chirurgie ambulatoire. Les trois CHU rhônalpins (HCL, Saint-Etienne et Grenoble) réalisent ensemble plus de 10 % de part d'activité en fin de période.

La chirurgie ambulatoire tranche avec les deux disciplines précédentes. L'HPDA capte à lui seul près de 50 % de l'activité quand le CHV n'atteint jamais 25 %. Cette répartition demeure relativement stable dans le temps mais pourrait être amenée à évoluer si le CHV atteignait les objectifs fixés au plan national en matière de développement de la chirurgie ambulatoire.

L'établissement détient, avec près de 62 % en 2016, une part d'activité prépondérante en obstétrique sur sa zone d'attractivité devant l'HPDA, 17,8 %, et les HDN, 8,5 %. L'attractivité du CHV tend à se renforcer puisqu'il a gagné sept points au cours des cinq dernières années.

En cancérologie, le CHV réalise 34,7 % des hospitalisations et près de 50 % des séances de chimiothérapies en 2016 alors que l'HPDA prend en charge 25,6 % des séjours et 21,1 % des séances. Néanmoins, compte tenu de la nature particulière de l'activité, les centres de référence lyonnais (Centre Léon-Bérard et HCL) assurent également 15 à 16 % des prises en charge.

Le CHV joue un rôle majeur sur son secteur mais il doit faire face à une concurrence marquée de l'HPDA, en particulier sur les activités chirurgicales. Par ailleurs, la proximité du site de Romans-sur-Isère des HDN se traduit par un chevauchement partiel de leurs zones d'attractivité respectives, source d'une certaine concurrence entre les deux établissements publics.

1.2- Présentation de l'établissement

En 2016, le CHV gère un budget annuel d'exploitation supérieur à 200 M€ et emploie plus de 2 300 personnes dont 220 médecins seniors. Il réalise une activité de plus de 50 000 séjours et près de 150 000 consultations externes.

Premier établissement du territoire de santé Sud en termes de masse budgétaire, il dispose en 2016 d'une capacité de 835 lits et places dont 599 en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Il comporte la quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales, y compris une activité de neurochirurgie⁷ ce qui est rare pour un établissement public non universitaire, lui conférant ainsi un rôle d'hôpital de référence pour le territoire de santé. La maternité est classée en niveau 2B⁸ et l'hôpital dispose d'un service de néonatalogie de dix-huit lits dont six en unité « kangourou » et trois en soins intensifs.

⁶ Les données de parts d'activité sont issues d'Hospidiag (« parts de marché »). Le détail de la répartition des parts d'activité par établissement figure en annexe 1.

⁷ Convention avec le CHU de Saint-Etienne.

⁸ Maternité disposant d'une unité de soins intensifs. Les maternités de niveau 3, avec réanimation néonatale, se trouvent dans les CHU en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Le CHV dispose également de capacités d'accueil en soins de suite et réadaptation (SSR) avec 59 lits et 16 places, en soins de longue durée (USLD) avec 74 lits et en hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour 87 lits. Ces faibles capacités en hébergement renforcent l'orientation de court séjour et le positionnement d'établissement de référence du CHV.

Les capacités en MCO se sont accrues de 11 % principalement en médecine (accroissement de 52 lits et six places) et en obstétrique (augmentation de neuf lits et une place). En chirurgie, le nombre de lits en hospitalisation complète s'est réduit (- 17) au profit de l'offre en places d'ambulatoire (+ 6).

Tableau 2 : Evolution des capacités en MCO

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Ecart
Médecine	341	378	394	386	391	399	+ 58
Chirurgie	167	158	158	153	153	156	- 11
Obstétrique	34	44	44	44	44	44	+ 10
Total MCO	542	580	596	583	588	599	+ 57

Source : établissement

Cette évolution est atypique, le nombre de lits en MCO ayant connu une diminution importante au plan national. L'ancien ordonnateur relie cette évolution aux restructurations de l'offre sanitaire intervenues dans le bassin de santé. Il invoque en particulier la fermeture de l'intégralité des lits en chirurgie complète du CH de Crest, établissement où une majorité de la chirurgie ambulatoire aujourd'hui serait assurée par des chirurgiens du CHV. Des lits supplémentaires liés à des activités de recours auraient été ouverts conformément aux orientations du SROS 2012-2017 pour faciliter l'accès aux soins de la population du bassin.

L'ensemble des activités sanitaires est regroupé sur un site unique situé au sud-est de la ville ; l'EHPAD est distant d'une dizaine de kilomètres dans la commune de Beauvallon.

L'établissement bénéficie d'un plateau technique complet offrant l'accès à :

- ♦ un bloc opératoire de douze salles ;
- ♦ deux scanners ;
- ♦ trois IRM⁹ ;
- ♦ quatre caméras à scintillation ;
- ♦ un tomographe par émission de positons (TEP)¹⁰ ;
- ♦ quatre salles de radiologie conventionnelle ;
- ♦ deux salles de radiologie vasculaire ;
- ♦ un laboratoire de biologie¹¹ et une unité d'anatomopathologie ;
- ♦ une pharmacie et une stérilisation centrale.

Le CHV a par ailleurs mutualisé ses fonctions logistiques de restauration depuis 2012 avec les HDN et de blanchisserie fin 2016 au sein d'un GCS associant les centres hospitaliers de Crest, Die et Drôme-Vivarais.

⁹ Le 3^e IRM est un 3 Tesla installé en février 2017.

¹⁰ La Tomographie par Emission de Positons (TEP) est un examen de médecine nucléaire réalisée par un Tomographe par Emission de Positons (TEP). Cet examen d'imagerie médicale consiste en l'administration d'une dose très faible d'un produit radioactif appelé radiopharmaceutique. Source : www.hopital.fr.

¹¹ Le CHV disposait jusqu'en 2016 d'un laboratoire de cytogénétique. Sa fermeture est intervenue dans un contexte de profonde évolution des techniques et de coût de réalisation des examens. Une activité de consultation cytogénétique est toutefois maintenue sur le site.

1.3- Evolution de l'activité

1.3.1- L'hospitalisation en MCO

1.3.1.1- Les séjours réalisés

Avec près de 50 600 séjours en 2016, l'activité de MCO progresse régulièrement.

Tableau 3 : Evolution de l'activité d'hospitalisation

Nombre de séjours*	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2011/2016
Médecine hospit. complète	16 363	17 075	17 621	18 155	19 046	19 619	+ 20 %
Médecine hospit. de jour	4 994	4 624	5 082	5 142	5 263	5 629	+ 13 %
Médecine séances	8 635	9 131	9 219	9 086	10 015	10 403	+ 20 %
<i>Total médecine</i>	<i>29 992</i>	<i>30 830</i>	<i>31 922</i>	<i>32 383</i>	<i>34 324</i>	<i>35 651</i>	<i>+ 19 %</i>
Chirurgie hospit. complète	6 635	6 784	6 988	6 965	7 192	7 159	+ 8 %
Chirurgie ambulatoire	3 384	3 192	3 622	4 094	4 243	4 566	+ 35 %
<i>Total chirurgie</i>	<i>10 019</i>	<i>9 976</i>	<i>10 610</i>	<i>11 059</i>	<i>11 435</i>	<i>11 725</i>	<i>+ 17 %</i>
Obstétrique hospit. complète	2 533	2 761	2 898	3 032	3 048	3 051	+ 20 %
Obstétrique hospit. de jour	296	163	148	182	171	170	- 43 %
<i>Total obstétrique</i>	<i>2 829</i>	<i>2 924</i>	<i>3 046</i>	<i>3 214</i>	<i>3 219</i>	<i>3 221</i>	<i>+ 14 %</i>
TOTAL MCO	42 840	43 730	45 578	46 656	48 978	50 597	+ 18 %

Source : établissement

* Les séjours sont mesurés par le nombre de Résumés de Sorties Standardisés

La progression de 18 % est répartie de façon homogène sur l'ensemble des segments d'activité, ce qui témoigne de l'assise dont dispose l'établissement sur sa zone d'attractivité.

Le développement de l'activité en médecine est porté à la fois par les prises en charge en hospitalisation complète (+ 20 %) et par celles relevant de l'ambulatoire (+ 13 % en hospitalisation de jour et + 20 % en séances).

L'essentiel de la progression de l'activité chirurgicale (+ 17 %) est assuré par l'ambulatoire (+ 35 %). Toutefois avec un taux de chirurgie ambulatoire à 43,3 %¹² en 2016, la chambre constate que l'établissement n'atteint pas la cible fixée par l'Agence régionale de santé (ARS) dans le cadre du CPOM à 45 %¹³ en 2016. Au regard de l'évolution du nombre de séjours en chirurgie ambulatoire, ce taux serait de 45,9 % à la fin de l'année 2017 selon l'ancien ordonnateur.

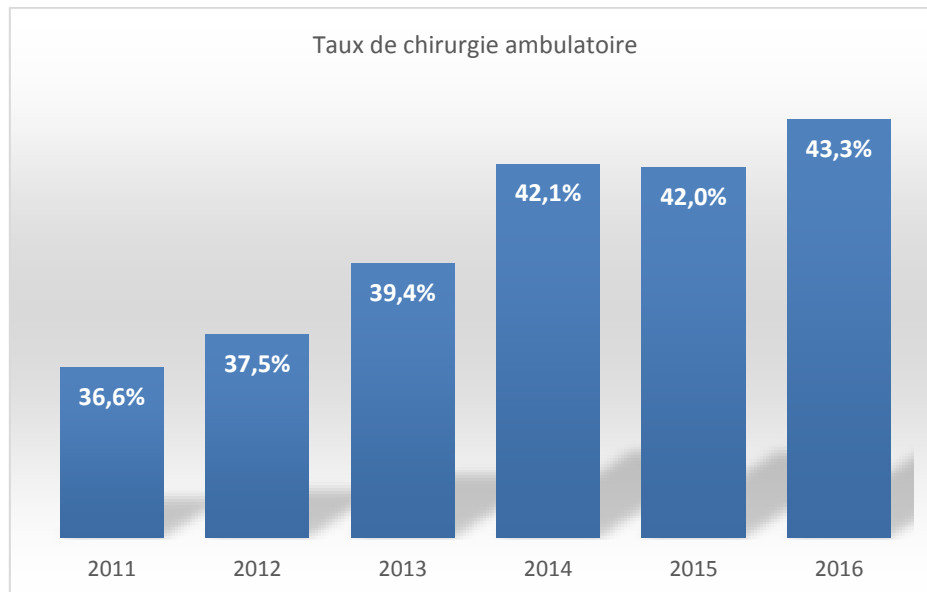
Le CHV devra poursuivre ses efforts pour atteindre l'objectif régional cible fixé en 2018 à 51 %. Si cette cible peut paraître ambitieuse, elle est cependant nettement inférieure à celle arrêtée par le ministère de la santé dans le cadre du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire 2015-2020, qui est de 59,5 % pour la région Rhône-Alpes en 2018¹⁴.

¹² Ces taux de chirurgie ambulatoires sont ceux fournis par l'établissement. En application de l'instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015 le périmètre des GHM retenus pour le calcul du taux global de chirurgie ambulatoire a été étendu. Hospidiag n'a pas intégré cette évolution dans son mode de calcul de l'indicateur et affiche en conséquence des taux inférieurs à ceux calculés par l'établissement selon la nouvelle formule.

¹³ Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) du 31 mars 2016 renforce les exigences en matière de progression du niveau de chirurgie ambulatoire et d'économies sur les achats (plan triennal sur l'ONDAM).

¹⁴ Instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015.

Figure 2 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire



Source : établissement

Enfin l'obstétrique hors hospitalisation de jour¹⁵ est aussi en croissance soutenue (+ 20 %). Le nombre d'accouchements est passé de 2 146 en 2011 à 2 430 en 2016¹⁶. La poursuite de la croissance de l'activité pourrait être freinée par le dimensionnement de l'infrastructure actuelle limitée en 2007 à 1 500 accouchements. Afin d'accompagner le développement attendu de cette activité, le CHV prévoit, en particulier dans sa prochaine opération immobilière, un accroissement des surfaces et une mise aux normes de son secteur obstétrical. Ce scénario est conforté par la fermeture¹⁷ de la maternité de Die au 1^{er} janvier 2018, qui réalisait une centaine d'accouchements par an ainsi que par la future direction commune avec le CH de Tournon (cf. infra) qui dispose d'un centre périnatal de proximité.

Cette progression significative de l'activité MCO ne doit cependant pas masquer l'existence de « taux de fuite »¹⁸ intra-régionaux élevés. En 2015¹⁹, ces taux de fuite, respectivement de 24 % et 25,4 % en médecine et en chirurgie, résultent de la proximité de trois CHU (Lyon, Grenoble et Saint-Etienne tous trois distants d'une centaine de kilomètres) mais aussi d'établissements privés au-delà de la zone du CHV en chirurgie (clinique Kennedy à Montélimar par exemple) et dans une moindre mesure en médecine (groupement hospitalier mutualiste de Grenoble ou clinique Saint-Charles à Roussillon dans l'Isère). Pour bénéficier de son potentiel de développement, le CHV devra renforcer son attractivité en améliorant davantage encore son image et sa notoriété dans les disciplines où les patients se dirigent vers des établissements plus lointains.

¹⁵ L'établissement explique la baisse des hospitalisations de jour par un reclassement en activité externe de certains séjours à la suite d'un contrôle de l'assurance maladie.

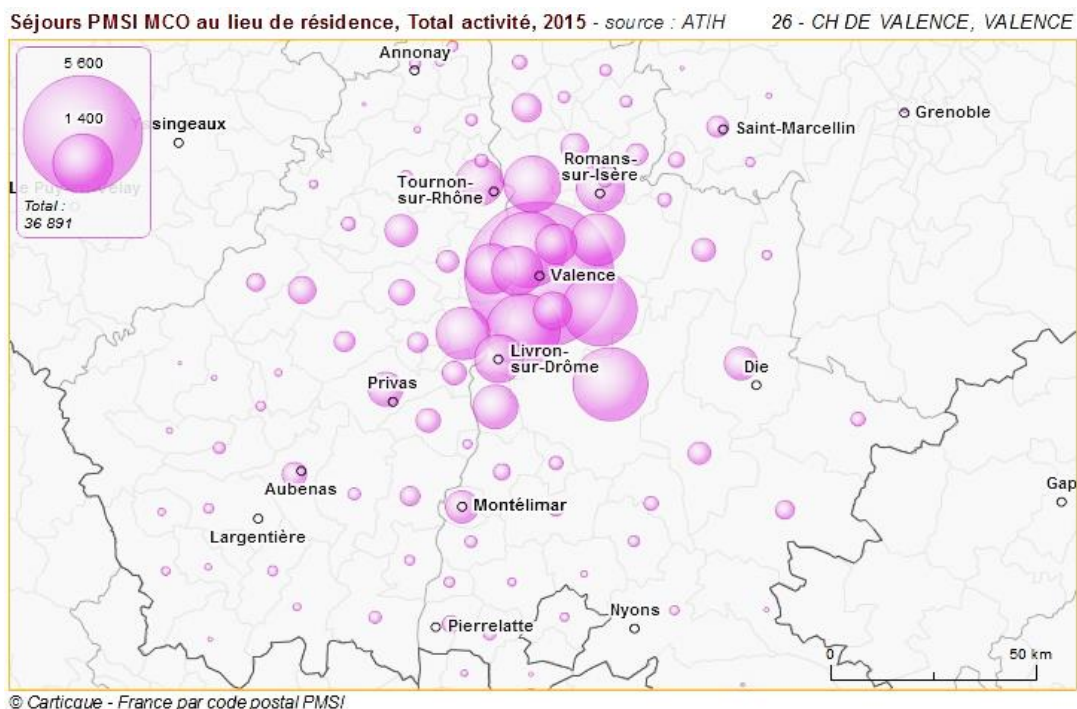
¹⁶ Source : Hospidiag.

¹⁷ L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a décidé, dans un contexte de non-certification de l'établissement par la Haute Autorité de Santé en octobre 2017, de la transformation de la maternité en centre périnatal au 1er janvier 2018.

¹⁸ Part des séjours et des séances de patients d'une zone de soins réalisés hors de cette zone de soins.

¹⁹ Dernières données disponibles sur le site de l'ATIH – ScanSanté. Pour établir les données de taux de fuite l'ATIH propose pour la région Auvergne-Rhône-Alpes un découpage spécifique qui en particulier scinde le territoire de santé Sud en deux zones : Valence et Montélimar. Cette particularité a pour conséquence de majorer les taux de fuites du CHV.

Carte 1



1.3.1.2- Les recettes issues de la tarification des séjours

Les recettes d'activité issues des séjours MCO progressent plus rapidement (+ 20 %) que le nombre de séjours (+ 18 %). Elles atteignent 107 M€ en 2016, soit une augmentation annuelle moyenne de 4 %. Cette progression continue a cessé en 2016, en raison, selon l'ordonnateur, de l'évolution des tarifs nationaux, dont l'impact est estimé à - 1 M€ en 2016, comme en 2017.

Tableau 4 : Evolution des recettes liées aux séjours MCO

en €* 2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2011	
Médecine hospit. complète	46 646 210	51 146 713	53 612 295	56 047 530	57 480 473	56 878 073	+ 22 %
Médecine hospit. de jour	2 926 544	2 766 783	3 059 330	3 143 589	3 216 640	3 427 607	+ 17 %
Médecine séances	3 407 568	3 743 882	3 761 606	3 726 898	4 067 851	4 152 657	+ 22 %
Total médecine	52 980 322	57 657 378	60 433 231	62 918 017	64 764 963	64 458 338	+ 22 %
Chirurgie hospit. complète	26 059 926	27 758 536	29 463 296	28 824 974	29 919 704	29 803 673	+ 14 %
Chirurgie ambulatoire	3 872 956	3 774 631	4 353 511	5 088 019	5 262 004	5 647 178	+ 46 %
Total chirurgie	29 932 882	31 533 167	33 816 807	33 912 992	35 181 708	35 450 851	+ 18 %
Obstétrique hospit. complète	5 981 744	6 487 330	6 660 018	6 839 865	6 922 386	6 892 460	+ 15 %
Obstétrique hospit. de jour	148 530	100 472	83 809	123 755	120 338	112 808	- 24 %
Total obstétrique	6 130 274	6 587 803	6 743 827	6 963 620	7 042 725	7 005 268	+ 14 %
TOTAL MCO	89 043 477	95 778 347	100 993 866	103 794 629	106 989 396	106 914 457	+ 20 %

Source : établissement

*Base de recettes GHS 100 %

C'est en hospitalisation complète de médecine que l'augmentation est la plus marquée avec 10 M€ de recettes supplémentaires. La cardiologie, dont les recettes progressent de 3,5 M€ pour atteindre 12,5 M€ en 2016, est la discipline la plus génératrice de recettes au sein de l'établissement. Les autres activités en forte progression sont la pneumologie – infectiologie (+ 3 M€), les soins palliatifs (+ 2,4 M€), la réanimation (+ 1,7 M€) et la dermatologie (+ 1,3 M€). Toutefois, pour la première fois depuis 2011, l'hospitalisation complète est en baisse en 2016, avec une diminution des recettes de 0,4 M€ alors même que le nombre de séjours a augmenté de près de 600. Cela serait lié à la nature des hospitalisations supplémentaires qui seraient essentiellement des hospitalisations partielles ou des séances.

En chirurgie, la croissance des recettes est orientée vers l'ambulatoire (+ 46 %) plutôt qu'en hospitalisation traditionnelle (+ 14 %). Certaines disciplines ont cependant connu un important développement en hospitalisation complète, notamment la chirurgie orthopédique et traumatologique, dont les recettes progressent de 1,9 M€, qui bénéficie de l'augmentation du temps médical (+ 13 % en ETP), de l'évolution du « case-mix » vers une chirurgie plus lourde et de l'amélioration du codage, notamment des comorbidités. Les recettes de la chirurgie en hospitalisation complète diminuent en 2016 de 0,1 M€.

L'obstétrique voit ses recettes croître à un rythme annuel moyen de 3 % pour dépasser 7 M€ en 2016. Cependant, on observe une certaine stabilisation à partir de 2014 quel que soit le type d'hospitalisation liée aux contraintes d'infrastructures que connaît cette discipline.

1.3.1.3- Les taux d'occupation en MCO

Les taux d'occupation déjà élevés peuvent encore être améliorés.

Tableau 5 : Evolution des taux d'occupation MCO (hors ambulatoire)

en %	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Médecine	+ 84	+ 81	+ 85	+ 85	+ 85	+ 82
Chirurgie	+ 87	+ 94	+ 91	+ 86	+ 86	+ 89
Obstétrique	+ 68	+ 59	+ 81	+ 83	+ 83	+ 84

Source : Hospidiag

En médecine, le taux d'occupation plafonne ces dernières années à 85 %, avec cependant une baisse en 2016 (82 %). Ce niveau satisfaisant²⁰ pourrait encore progresser en regard du taux cible fixé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) à 95 %.

Le même constat peut être fait en chirurgie, avec un taux d'occupation de 89 % en-deçà du taux cible (identique à celui de médecine). La chirurgie présentait d'ailleurs des taux proches de cette cible au cours des années 2012 et 2013.

En revanche, les taux atteints en obstétrique s'améliorent et se rapprochent du taux cible fixé par le ministère à 85 % en 2016.

En chirurgie ambulatoire, le taux d'utilisation des places était de 107 % avec 14 places en 2015. L'emménagement dans de nouveaux locaux en 2016 a permis d'étendre la capacité d'accueil à 20 places, ramenant toutefois le taux d'utilisation à 87 %. Ce ratio reste toutefois théorique dès lors que les six places créées n'ont pas été ouvertes. Le taux cible retenu par la DGOS est de 130 %.

Tableau 6 : Evolution des taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire

²⁰ Les 20 % d'établissements les plus performants dans la même catégorie que celle du CHV présentent un taux d'occupation supérieur à 89 %. Source : Hospidiag.

en %	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Chir ambulatoire	85	82	92	104	107	87

Source : Hospidiag

La chambre constate que l'établissement, qui s'est donné les moyens de développer son activité en augmentant les capacités de son offre de soins, doit atteindre les objectifs de performance fixés aux niveaux régional et national.

1.3.1.4- Les durées de séjour

Les durées moyennes de séjour sont supérieures aux références nationales (IPDMS²¹ > 1) en médecine et en chirurgie. Elles sont en revanche meilleures en obstétrique.

Tableau 7 : Evolution des IP-DMS

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Médecine	1,04	1,03	1,04	1,05	1,07	1,08
Chirurgie	1,02	1,03	1,01	1,01	1,01	1,04
Obstétrique	0,93	0,92	0,95	0,97	0,98	0,97

Source : établissement

Ces chiffres attestent d'une bonne performance en obstétrique dans la mesure où une maternité de niveau 2B concentre des grossesses pathologiques qui potentiellement peuvent induire des séjours hospitaliers plus longs. La chambre appelle cependant l'attention du directeur sur les autres durées de séjour et en particulier celles de médecine qui se sont dégradées pour excéder de 8 % la référence nationale en 2016. En médecine comme en chirurgie, les durées de séjour affichées en 2016 sont les moins performantes. L'établissement dispose ici encore d'un potentiel d'amélioration.

1.3.1.5- Les urgences

L'activité du service des urgences progresse de 16 % en cinq ans, pour atteindre 73 417 passages en 2016, ce qui représente en moyenne 200 passages par jour.

Tableau 8 : Evolution de l'activité des urgences

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation
Nombre de passages	63 297	64 280	65 005	67 251	71 508	73 417	+ 16 %
dont suivi hosp. CH Valence	12 403	13 183	13 501	14 298	14 621	15 365	+ 24 %
dont suivi hosp. hors CH Valence	Inconnu						
dont urgences adultes	48 630	49 474	49 805	51 697	54 595	56 113	+ 15 %
dont urgences pédiatriques	14 667	14 806	15 200	15 554	16 913	17 304	+ 18 %

Source : établissement

Plus de 10 000 passages supplémentaires sont enregistrés en 2016 par rapport à 2011, avec une répartition entre adultes (76 %) et enfants (24 %) stable. Le nombre de passages suivis d'une hospitalisation est stable également autour de 20 à 21 %, chiffre équivalent à celui constaté au niveau national²². L'actuel service d'accueil des urgences ouvert en 2007 a permis d'absorber ce surcroît d'activité mais les tensions liées à des pics d'affluence ont conduit le CHV à mettre en place, en 2016, une batterie d'indicateurs de suivi d'activité permettant

²¹ IP DMS : Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour : rapport entre la durée moyenne de séjour de l'établissement et la durée moyenne constatée au plan national pour un panel d'activités identique.

²² Layla Ricroch et Albert Vuagnat (DREES), février 2017, Études et Résultats, n° 997, Drees.

d'adapter l'organisation à l'activité²³.

Les urgences sont également un enjeu majeur en ce qu'elles constituent une de ses deux principales portes d'entrée. Or selon le CHV, la capacité du service d'accueil des urgences à hospitaliser ses patients²⁴ dans la spécialité ou l'unité la plus adaptée est affectée par le manque de lits d'aval.

Ce manque est l'effet soit de spécialités moins disponibles que d'autres, soit de pics d'activité aux urgences mettant en tension l'hôpital. Ainsi, le service de médecine polyvalente se voit adresser des patients qui relèvent plutôt d'autres spécialités (cardiologie, pneumologie notamment). L'établissement a ainsi dans une étude de la filière « *insuffisants cardiaques* » en 2015, constaté des séjours de niveaux de sévérité 3 et 4 au service de médecine polyvalente de manière régulière.

1.3.2- L'activité externe

L'activité externe regroupe l'ensemble des actes et consultations réalisés au bénéfice de personnes non hospitalisées.

Tableau 9 : Evolution de actes et consultations externes

Actes externes	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation
Consultations	141 505	144 849	137 967	139 345	144 410	148 237	5 %
Biologie	164 798	198 050	206 090	248 946	211 527	NC *	SO
Autres actes**	85 232	99 948	107 390	109 332	119 069	138 131	62 %
Total	391 535	442 847	451 447	497 623	475 006	NS	SO

Source : établissement

*un changement de logiciel de facturation rend temporairement cette donnée indisponible.

**les autres actes sont ceux relevant de la nomenclature CCAM qui sont pour moitié des actes d'imagerie.

Les consultations, seconde porte d'entrée des hospitalisations de l'établissement, ne progressent que de 5 %, ce qui tranche avec les taux d'évolution beaucoup plus marqués constatés sur l'activité d'hospitalisation. Si le taux d'évolution des séjours (+ 18 %), et celui des passages aux urgences (+ 16 %) sont voisins, la faiblesse de l'augmentation des consultations s'explique par une modification de la nomenclature des actes externes qui regroupe aujourd'hui plus de types d'activité ; en 2016, l'agrégation des consultations et des autres actes indique une augmentation de 26 % depuis 2011 pour ces postes.

1.3.3- Les soins de suite et réadaptation (SSR)

Ce service compte 59 lits d'hospitalisation et seize places d'hôpital de jour en 2016, soit un total de 75 lits et places. Le SSR gériatrique a une capacité de 35 lits et de huit places, l'addictologie de 24 lits et de trois places tandis que la cardiologie bénéficie de cinq places ouvertes en 2016. Le projet d'établissement 2016-2018 envisage de doubler le nombre de places en cardiologie.

Tableau 10 : Evolution de l'activité de SSR

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'entrées	915	1 048	1 077	1 211	1 323	1156
Durée moyenne de séjour	24,3	26,1	26,3	21,7	20,3	25,2

²³ L'établissement a notamment analysé le temps de passage dans le service selon l'heure d'arrivée et l'évolution de l'affluence afin de mieux adapter en particulier les horaires de travail du personnel non médical (bilan du COPIL du 12 décembre 2016).

²⁴ 25% des passages aux urgences adultes, soit environ 28 patients par jour.

Taux d'occupation moyen	93,14 %	91,26 %	89,88 %	85,3 %	87,82 %	84,98 %
-------------------------	---------	---------	---------	--------	---------	---------

Source : établissement

Le bassin de Valence présente un taux d'équipement de 1,11²⁵ nettement inférieur à la moyenne régionale de 1,73. Ces capacités ne permettent pas de répondre au besoin de l'établissement, qui a ainsi passé des conventions avec plusieurs établissements publics et privés pour assurer l'aval de ses unités de court séjour. Malgré ces mesures, des sorties de MCO sont retardées, faute de lits disponibles en aval.

1.3.4- Le long séjour et l'hébergement

Les deux unités connaissent un niveau d'activité très élevé et présentent des taux d'occupation proches de la saturation. En effet, avec 98 % de taux d'occupation pour l'USLD et 97 % pour l'EHPAD, le CHV ne peut guère progresser compte tenu des délais minimum nécessaires pour l'admission et l'installation de nouveaux occupants.

Tableau 11 : Evolution de l'activité de long séjour et de l'EHPAD

USLD	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de journées	26 596	26 351	26 261	26 658	26 413	26 545
Nombre d'entrées	59	88	116	76	87	77
taux d'occupation	98 %	98 %	97 %	99 %	98 %	98 %
EHPAD						
Nombre de journées	30 732	31 069	30 580	30 949	30 536	30 723
Nombre d'entrées	38	27	44	32	40	33
taux d'occupation	97 %	98 %	96 %	97 %	96 %	97 %

Source : établissement

Le directeur n'envisage pas d'évolution majeure sur ces activités. Cependant, un projet de reconstruction de l'EHPAD est à l'étude, afin d'améliorer le niveau du confort hôtelier et d'intégrer une unité de douze lits spécialisés dans la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, sans changement de la capacité totale.

Le coût estimé est de 12,4 M€. A ce jour, une aide du conseil départemental de 1 M€ serait prévue. La vente à la commune de Beauvallon d'un terrain à proximité de l'EHPAD devrait générer 0,5 M€ de ressources. Le reste du financement sera déterminé par un plan global de financement pluriannuel après accord du conseil départemental sur l'évolution du prix de journée (les plafonds seront certainement augmentés).

1.4- Le groupement hospitalier de territoire (GHT)

1.4.1- Les coopérations antérieures

Par son statut d'établissement de recours sur le bassin de santé, le CHV a développé de longue date une stratégie de coopération active avec les établissements voisins. En 2015, l'établissement recensait près de 530 conventions de coopération dont 139 avaient été conclues avec les établissements membres aujourd'hui du GHT. Elles couvrent des activités très diverses dans le domaine médical, logistique, de gestion, des achats et de mises à disposition de personnels médicaux ou d'équipements médico-techniques. Le CHV devra s'interroger sur la nécessité de maintenir la totalité des conventions passées avec les établissements membres du GHT, plusieurs d'entre elles pouvant s'inscrire dans le cadre de coopération plus général offert par le GHT.

²⁵ Source : ARS-document préparatoire à la révision du SROS SSR 2014 cité par l'établissement.

A côté de ces coopérations bilatérales, le CHV a fondé le 24 janvier 2014, sous l'impulsion de l'ARS, avec les centres hospitaliers de Crest, Die, Saint-Marcellin, Tournon et les HDN, la communauté hospitalière de territoire (CHT) Rhône-Vercors.

La proximité dans le temps avec l'élaboration du projet médical partagé du GHT a favorisé la reprise des objectifs et des axes structurants du projet de communauté de territoire dans le cadre des travaux du projet de GHT.

Moins d'un an avant la mise en place du GHT et son projet médical partagé de territoire, un projet médical commun a également été adopté par le CHV et les HDN en septembre 2015. A la demande de l'ARS, en décembre 2014, dans la perspective du GHT, ce projet médical a été formalisé, l'agence demandant en particulier la mise en place d'un responsable médical unique pour chacune des filières de prise en charge. Cet objectif n'a été que très partiellement atteint, certaines filières étant pilotées par un binôme ou une cellule de coordination. Un responsable médical unique n'a de fait été mis en place que sur les filières constituées en équipes médicales communes et dirigées par un chef de service unique²⁶. La situation extrême étant celle de la gastro-entérologie où, au moment de la rédaction du projet médical partagé, l'équipe médicale commune était constituée de l'équipe du seul CHV.

Les équipes médicales des deux établissements travaillent conjointement à structurer l'activité des différentes filières. La chambre constate toutefois la difficulté à désigner un responsable médical unique par filière, signe de la persistance d'un clivage entre les équipes des deux structures. Cette situation est un frein à la mise en œuvre d'une réelle coopération.

Par ailleurs, ce projet médical commun se concentre sur des problématiques de disponibilité de compétences médicales et non pas sur la question préalable de la pertinence de disposer de capacités d'hospitalisation concurrentes dans certaines disciplines.

1.4.2- Les étapes antérieures à la constitution du GHT

À la suite du départ de M. BOUQUET²⁷, la commission médicale d'établissement (CME) des HDN a souhaité que le directeur intérimaire ne soit pas membre de l'équipe de direction du CHV, une direction commune lui apparaissant prématurée avant la définition du projet médical de territoire, et « *pour éviter tout conflit d'intérêts*²⁸ ».

Le directeur permanent du CHV a cependant été désigné directeur par intérim des HDN (avec une prise de fonctions au 28 septembre 2011). Si, selon ce dernier, aucune lettre de mission, formelle ou informelle, n'avait été formulée par l'ARS, il ressort de la réponse de l'agence aux observations provisoires de la chambre qu'il s'agissait, dans le cadre d'un objectif de rapprochement entre les deux établissements, de mettre en place à terme une direction commune.

²⁶ Trois filières sont dans cette situation : l'urologie, l'ophtalmologie et la gastro-entérologie.

²⁷ Directeur des HDN jusqu'en 2011.

²⁸ PV de la CME du 25 mai 2011.

Le directeur du CHV a demandé à l'ARS de mettre fin à ses fonctions de directeur intérimaire des HDN quelques mois plus tard, en raison notamment de la communication d'un document sans son assentiment aux médecins de cet établissement²⁹.

Ce cumul de fonctions n'avait par ailleurs pas été jugé pertinent par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans un rapport de mars 2012³⁰ : « *Une direction commune³¹ existe entre le CH de Valence et les hôpitaux Drôme-Nord depuis octobre 2011. Elle devait n'être qu'une étape dans le cadre d'un projet de fusion, mais apparaît aujourd'hui comme un alibi pour masquer l'échec de ce projet* »³².

Le directeur par intérim a été relevé de ses fonctions pour les HDN (avec une cessation de fonctions au 7 octobre 2012) et a continué à être directeur du CHV jusqu'en décembre 2017.

Cette démission, qui a, selon l'ARS, empêché la présentation d'une convention de direction commune aux instances, marque l'échec de la tentative de rapprochement institutionnel du CHV et des HDN.

Au demeurant, cette période d'intérim, avec un objectif de rapprochement mal défini et insuffisamment préparé, a créé au sein de la communauté médicale romanaise un climat de défiance, peu propice à une coopération sur le plan médical entre ces établissements.

1.4.3- La constitution du GHT

Selon l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, appartient à une convention de GHT. Ce groupement, non doté de la personnalité morale, a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Le CHV est partie du GHT « Rhône-Vercors-Vivarais » comme établissement support, avec les HDN, Crest, Die, Cheylard, Lamastre, Tournon, Saint-Marcellin, le centre hospitalier

²⁹ PV du conseil de surveillance du 23 mai 2012 : « *M. BERNARD confirme avoir été amené en CME à indiquer qu'il avait demandé à l'ARS ne plus être directeur par intérim des HDN suite à la note diffusée aux médecins de l'établissement. Cette note, diffusée sans qu'il en soit informé, critiquait trop ouvertement la politique mise en place par l'ARS. Elle semblait aussi maladroite envers les praticiens du CHV et le met en difficulté pour exercer sa mission. Il a donc proposé à l'ARS de lui retirer l'intérim de direction des HDN* ».

Cette note, qui rappelle les conditions de création d'une communauté hospitalière de territoire portée par le CHV, mentionne les spécialités où ce dernier serait en concurrence avec les HDN sans vraiment compléter son offre (maternité par l'ouverture de dix lits, cardiologie par une proposition de recrutement des praticiens de Romans-sur-Isère et de fermeture du service aux HDN). La note conclut à un besoin de complémentarité qui impliquerait d'éviter toute augmentation capacitaire du CHV dans des disciplines concurrentielles.

³⁰ *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*

³¹ Il revient toutefois de relever qu'il ne s'agissait pas juridiquement d'une « *direction commune* ».

³² Selon ce document : « *certaines directions communes sont mises en place sans projet précis de fusion, ou dans des contextes où une telle perspective ne paraît pas forcément pertinente – ainsi dans le cas des CH de Valence et de Romans-sur-Isère. De telles pratiques sont à décourager, car elles rendent de facto le directeur commun seul responsable de la stratégie des deux établissements, alors même que leurs intérêts peuvent être concurrents. Un projet de fusion émerge difficilement dans ces conditions* ». Le rapport fait état de caractéristiques propres aux HDN et au CHV et « *des interrogations sur la pertinence d'un tel projet [nota : de fusion]* ». Les établissements « *sont tous deux de taille importante, le CH de Valence étant légèrement plus gros (2 400 agents, contre 1 850 aux HDN). Le bassin de vie de Valence, plutôt tourné vers le sud du département, est de 220 000 personnes, quand celui des HDN, plutôt tourné vers le nord du département, est de 160 000 personnes. En cas de regroupement géographique de certaines activités sur un site unique (ainsi si toute la chirurgie était transférée à Valence), il n'est pas certain que ce site puisse récupérer toute l'activité des deux structures actuelles, certains patients du bassin de vie de Romans-sur-Isère pouvant se tourner plus probablement vers Grenoble ou Lyon* ».

spécialisé (CHS) le Valmont (psychiatrie)³³ et l'établissement médico-social Le Perron. Ce groupement compte 450 000 habitants³⁴, soit 7 % de la population rhônalpine. Avec un peu plus de 80 habitants au kilomètre-carré, le territoire fait partie des zones les moins denses de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le taux de chômage de la population du GHT est un peu inférieur au niveau national (12,6 % en 2012) et le revenu fiscal moyen en 2011 est nettement plus bas (21,8 k€). La population du GHT est plus âgée que celle de la région et de la France, notamment Die avec un indice de vieillissement de 121 contre 66 pour la région. La part des plus de 75 ans est plus élevée³⁵.

Le bassin hospitalier du GHT est constitué de quatre zones de soins de proximité (ZSP) :

- ♦ deux vastes et relativement peuplées : Valence, Romans-sur-Isère-Saint-Vallier (respectivement 220 000 et 170 000 habitants) ;
- ♦ deux peu peuplées : Tournon et Die (respectivement 50 000 et 10 000 habitants), cette dernière étant par ailleurs étendue et montagnaise.

Tableau 12 : Composition territoriale du GHT

ZSP	Établissements
Tournon (n° 8),	Tournon, Lamastre, Le Cheylard
Valence (n° 10),	Crest, Valence, Le Valmont
Romans-sur-Isère et Saint-Vallier (n° 11)	Hôpitaux Drôme Nord, Saint-Marcellin, Le Perron
Die (n° 12)	Die

Le territoire s'étend sur trois départements : la majeure partie au nord de la Drôme, la moitié au sud de l'Ardèche, et une partie de l'ouest de l'Isère³⁶. Il se caractérise également par une présence disparate des professionnels de santé libéraux, la ZSP de Romans-sur-Isère et Saint-Vallier est moins bien dotée, notamment pour les médecins généralistes.

Le GHT Rhône-Vercors-Vivarais³⁷ représente :

- ♦ 1 103 lits et places de MCO ;
- ♦ 299 lits et places de SSR ;
- ♦ 324 lits de psychiatrie ;
- ♦ 198 places de services de soins infirmiers à domicile ;
- ♦ 10 places d'équipe spécialisée Alzheimer à domicile ;
- ♦ 130 places d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- ♦ 403 médecins en équivalent temps plein (ETP).

³³ Aujourd'hui dénommé centre hospitalier Drôme-Vivarais.

³⁴ Il dessert une population de 449 726 habitants, dont 35 % ont moins de 30 ans, et 26 % plus de 60 ans, ce bassin hospitalier connaît de fortes disparités dans sa densité de population. Celle-ci est majoritairement présente suivant un axe nord-sud, le long du parcours de l'autoroute A7, parmi un ensemble de 316 communes.

³⁵ Source : PMP dans sa version provisoire de juillet 2017.

³⁶ Source : PMP dans sa version provisoire de juillet 2017.

³⁷ Ces statistiques ont été établis avant l'adhésion du Perron au GHT.

La convention constitutive du GHT « Rhône-Vercors-Vivarais » regroupant les établissements publics de la communauté hospitalière de territoire (CHT)³⁸ Rhône-Vercors et trois nouveaux hôpitaux a été signée le 30 juin 2016.

Elle a été précisée dans son objet et dans son organisation par un premier avenant du 20 décembre 2016³⁹. Un second avenant du 1^{er} juillet 2017 a notamment annexé le projet médical partagé (PMP) et décidé de la participation au GHT de l'établissement médico-social du Perron (qui partage une direction commune avec un établissement déjà partie au GHT, le CH de Saint-Marcellin). Conformément à la réglementation, cette convention définit les orientations stratégiques du PMP.

La convention actuelle de GHT stipule que « *le projet médical partagé à venir sera proposé selon une approche par filière⁴⁰ plutôt que par activité* »⁴¹.

La convention instaure des fonctions mutualisées comme le système d'information, la fonction achats, la formation des professionnels ou encore la coordination des instituts et écoles de formation, pour une durée de dix ans renouvelable. Un compte qualité unique pour une certification conjointe, des actions de communication pour l'ensemble des établissements ou encore un département information médicale de territoire pour analyser l'activité sont aussi prévus.

1.4.4- Le projet médical partagé 2016-2021

Comme le précise l'article L. 6132-1 II du code de la santé publique, « *le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* ». Le projet médical partagé constitue dès lors le fondement même du dispositif de coopération qui doit permettre l'instauration de stratégies médicales de territoire autant axées sur la qualité des soins que sur la gradation des prises en charge au sein de filières structurées.

Le projet médical partagé du GHT décline les orientations stratégiques arrêtées conjointement entre les parties. Il a été établi durant le premier semestre 2016 sur la base d'un cadre méthodologique arrêté par le collège médical du GHT le 13 janvier 2016. A partir de la cartographie de l'offre de soins du territoire et des besoins exprimés par les établissements, les premières orientations stratégiques autour de huit filières⁴² ont été définies. Pour chacune

³⁸ Le CHV a fondé, sous l'impulsion de l'ARS, avec les centres hospitaliers de Crest, Die, Saint-Marcellin, Tournon et les Hôpitaux Drôme Nord la communauté hospitalière de territoire Rhône-Vercors le 24 janvier 2014. Orienté vers l'organisation des soins à l'échelle du territoire, le projet médical de cette nouvelle communauté se voulait être une véritable plateforme de coopération structurée autour de filières déjà existantes ou à créer. Compte tenu de la proximité dans le temps avec l'élaboration du projet médical partagé du GHT, l'ensemble des objectifs et axes structurants du projet de communauté de territoire seront repris dans le cadre des travaux d'élaboration du projet de GHT.

³⁹ Selon l'article L. 6132-3, IV du code de la santé publique un CHU doit être désigné pour coordonner au bénéfice des établissements du GHT les missions d'enseignement médical, de recherche, de gestion de la démographie médicale et de référence-recours. L'avenant désigne les Hospices Civils de Lyon comme CHU partenaire du groupement. Il également précise le contenu des axes de mutualisation des fonctions supports notamment.

⁴⁰ « *Une filière peut être définie à partir de trois critères. Chaque filière correspond à :*

- *un parcours ou une succession d'épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge (consultations et actes externes, hospitalisations en court séjour, soins de suite et de réadaptation, etc.), pour des indications de prises en charge analogues (diagnostic et niveau de sévérité),*
- *pouvant porter sur un profil de patients homogènes (critères populationnels).*

⁴¹ Les établissements se sont engagés à travailler sur plusieurs axes : l'accès aux soins urgents et non programmés, le développement des prises en charge ambulatoire, l'organisation des plateaux techniques notamment de biologie et d'imagerie, la prise en charge des personnes âgées, la psychiatrie dans ses interfaces avec les établissements du GHT et enfin le rôle des CHU.

⁴² Ces huit filières sont la cancérologie, la gériatrie, les urgences, la médecine, la chirurgie, la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique-pédiatrie et la filière médico-technique (imagerie et pharmacie).

d'entre elles, au-delà de l'état des lieux, des besoins complémentaires ont été identifiés afin de répondre aux objectifs d'accès aux soins sur le territoire, de gradation, de sécurité et de qualité des prises en charge.

Le PMP insiste sur la nécessité de consolider et pérenniser les équipes médicales sur le territoire. Dès lors, il est envisagé de mutualiser le recrutement des praticiens hospitaliers et des médecins coordonnateurs des EHPAD et de construire un vivier commun de personnels paramédicaux « rares » tels que les kinésithérapeutes. La contrainte de la démographie médicale touche en effet l'ensemble des établissements de ce territoire.

La chambre rappelle qu'un projet médical partagé vise à mettre en place une gradation des soins hospitaliers et à développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, mais aussi à organiser l'offre de soins de proximité. Elle constate ainsi que le PMP s'est construit sur le plus petit dénominateur commun, pour préserver les projets médicaux des établissements déjà en vigueur, alors que, selon l'article R. 6132-4, second alinéa du code de la santé publique, « les projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ».

Si le projet repose sur une analyse socio-économique précise du territoire, il ne développe aucune analyse médico-économique susceptible d'anticiper et d'organiser des transferts d'activité ou des regroupements de services ou même l'organisation du travail d'équipes mobiles. Il se limite à simplement détailler les filières prioritaires avec les objectifs attachés à chacune.

Dans ces conditions, la chambre recommande au comité stratégique du GHT de veiller à ce qu'une analyse médico-économique précise soit produite non seulement sur le champ MCO/SSR, mais également sur le secteur médico-social, et d'en tirer les conséquences en matière d'organisation de l'offre de soins.

La comparaison de l'offre du CHV et des HDN fait apparaître des spécialités semblables dans les deux établissements, qui peuvent dès lors faire l'objet d'une coopération accrue voire d'une mutualisation.

Tableau 13 : Activités semblables du CHV et des HDN

Filière	CH Valence	Hôpitaux Drôme Nord (Romans-sur-Isère)
Cancérologie	Autorisations de chirurgie sur les cancers digestifs, ORL urologiques, gynécologiques et mammaires.	Autorisations de chirurgie sur les cancers mammaires, ORL et gynécologiques
Gériatrie	Court séjour gériatrique	Court séjour gériatrique
Urgences	Fédération Médicale Inter Hospitalière des urgences	Fédération Médicale Inter Hospitalière des urgences
Médecine	Service d'urgence territorial avec réanimation	Service d'urgence territorial avec surveillance continue
Chirurgie	Vasculaire, orthopédie, ORL urologie, ophtalmologie, viscérale, gynécologie + neurochirurgie avec CHU St-Etienne	Vasculaire, orthopédie, ORL urologie, ophtalmologie, viscérale, gynécologie
Obstétrique	Maternité niveau 2 B avec néonatalogie et soins intensifs	Maternité niveau 2 A avec néonatalogie

Source : établissement - Avant-projet médical partagé du GHT, mis en forme par la CRC

La chambre note que ces deux centres hospitaliers sont géographiquement très proches et au centre du bassin de santé et s'interroge en conséquence sur cette situation singulière où deux offres aussi proches coexistent dans un contexte de raréfaction des ressources en général et des ressources médicales en particulier. La mise en place du GHT devra constituer une

nouvelle opportunité pour renforcer les synergies et limiter la concurrence entre deux établissements publics, eux-mêmes concurrencés par un secteur privé dynamique, notamment en chirurgie.

1.4.5- Les directions communes

Les coopérations entre les établissements se mettent en place plus ou moins facilement en fonction du contexte local médical et politique.

Le directeur du CHV a assuré l'intérim de la direction des centres hospitaliers de Crest et de Die depuis le 1^{er} juin 2016 sans aucune publication de postes vacant de directeur. Le projet de direction commune entre ces trois établissements, porté par l'ARS, avait été accepté par les conseils de surveillance du CHV et du CH de Crest fin 2016⁴³ mais rejeté par celui de Die.

L'ARS a alors décidé de ne pas publier de poste de directeur propre au centre hospitalier de Die, en continuant de confier l'intérim au directeur du CHV, fixant la date de mise en place de la direction commune au 1^{er} septembre 2017. Cette date n'a finalement pas été tenue par l'ARS, malgré une relance du directeur du CHV le 29 juin 2017⁴⁴.

Par délibération du 12 octobre 2017, le CH de Die a finalement donné un avis favorable à une direction commune avec le CHV.

Cette direction commune a été mise en place par arrêté de l'ARS du 21 février 2018 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2018.

La réorganisation de la fonction DRH dans le cadre de la prochaine direction commune à venir est également un enjeu financier dès lors que le CHV en attend 35 k€ d'économies en année pleine à compter de 2018 (cf. infra, plan de redressement).

Le centre hospitalier de Tournon a également validé le principe d'une direction commune avec le CHV lors de son conseil de surveillance du 20 juin 2017, finalement mise en place le 18 janvier 2018 par arrêté de l'ARS du 21 février 2018.

2- LA CONTRACTUALISATION ET LES PROJETS D'ETABLISSEMENT

2.1- La contractualisation externe : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

2.1.1- Le CPOM 2007-2011

Le CHV a signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) Rhône-Alpes⁴⁵ un CPOM le 14 mars 2008 portant sur la période 2007-2011. Ce contrat a fixé des objectifs à l'établissement en matière d'activité, de mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et du programme régional de santé publique et de prévention, de missions d'intérêt général, de coopérations, de qualité et sécurité des soins et enfin de gestion interne. Chacune de ces thématiques a fait l'objet de plusieurs fiches détaillées et un dispositif d'évaluation annuelle très structuré a été défini⁴⁶.

⁴³ Ainsi du PV du conseil de surveillance du CH de Crest du 16 décembre 2016.

⁴⁴ PV du conseil de surveillance du CH de Crest du 15 décembre 2017.

⁴⁵ Devenue aujourd'hui ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

⁴⁶ Il reposait sur :

- un questionnaire de suivi annuel transmis par l'ARS et renseigné par l'établissement ;
- un retour de l'ARH issu de l'exploitation du questionnaire ;

En pratique, le niveau d'évaluation de l'atteinte ou non des objectifs fixés à l'établissement est peu élevé. L'établissement déclare avoir réalisé deux revues intermédiaires pour les périodes 2007/2008 et 2009/2010 sans qu'aucune réunion ne soit organisée.

La chambre relève que le CPOM passé entre l'établissement et l'ARS n'a pas fait l'objet des évaluations annuelles prévues à l'article D. 6114-8 du code de la santé publique et que sa mise en œuvre fait l'objet d'un suivi réduit.

2.1.2- Le CPOM 2013-2018

Un nouveau CPOM a été conclu entre le CHV et l'ARS le 17 décembre 2013 pour une durée de cinq ans à compter du 30 novembre 2013. Ce nouveau contrat se structure autour de trois axes :

- ♦ Les orientations stratégiques de l'établissement :
 - les engagements pris par le CHV en rapport à son positionnement portent sur des actions de coopération avec les établissements du territoire de santé. Les actions attendues du CHV visent à finaliser la communauté hospitalière de territoire. Elles sont également plus particulièrement dirigées vers le CH de Crest (avec un renforcement des coopérations existantes en chirurgie ambulatoire et en soins palliatifs). Il est demandé au CHV de rédiger un rapport sur la maternité de Die et d'étudier pour ce même établissement les conditions de fonctionnement d'un SMUR⁴⁷. Enfin le CHV est invité à renforcer ses coopérations dans le domaine de la télé-imagerie et à mettre en place les conditions permettant à son laboratoire d'anatomocytopathologie de répondre à l'ensemble des besoins du territoire ;
 - compte tenu de sa situation économique, les engagements pris par le CHV dans ce domaine se limitent à l'atteinte d'un taux de marge de 8 % en 2014.
- ♦ Les priorités régionales retenues par l'ARS en référence au PRS et notamment les engagements liés au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), visent à renforcer le positionnement du CHV et à améliorer ses performances. Il est ainsi demandé à l'établissement de développer sa chirurgie ambulatoire, la cible étant fixée à 51 % en 2018. Il doit dimensionner son unité neuro-vasculaire afin d'assurer une prise en charge optimale pour chaque patient victime d'un accident vasculaire cérébral se présentant aux urgences de l'établissement ou d'un autre centre hospitalier du territoire. Le CHV doit aussi contribuer à la mise en place et au bon fonctionnement des filières gériatriques. Il lui est également demandé d'améliorer sa politique de gestion des lits, en particulier en période de tensions. Par ailleurs, l'établissement doit développer l'utilisation de l'outil Trajectoire⁴⁸ en médecine et chirurgie autant qu'en SSR. Enfin le CHV doit dans le domaine de l'informatique finaliser la sécurisation de son dispositif interne et développer les échanges d'informations numérisées avec l'ensemble des professionnels de santé.
- ♦ Les missions spécifiques de l'établissement et les financements ciblés :
 - le CHV doit réserver les financements accordés en dotation MIGAC⁴⁹ aux missions et activités qu'il est tenu de réaliser ;
 - il doit aussi respecter les normes réglementaires ainsi que les capacités accordées dans le cadre des reconnaissances contractuelles (unités de soins intensifs et

-
- ♦ la possibilité d'une rencontre de suivi entre l'établissement et l'ARS à l'issue de l'exploitation du questionnaire par l'ARS.

⁴⁷ SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation.

⁴⁸ L'outil Trajectoire destiné à faciliter la sortie et l'orientation de patients de MCO nécessitant un transfert vers une structure de SSR.

⁴⁹ Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

- unités de surveillance continue) ;
- enfin, le CHV doit respecter les conditions d'utilisation des fonds accordés au titre du fonds d'intervention régionale (FIR) pour la mise en œuvre de certaines activités ciblées.

Pour chaque objectif fixé au CHV, une fiche spécifique est annexée au contrat prévoyant les cibles à atteindre, le calendrier de réalisation et les indicateurs de suivi.

L'article 3 du contrat instaure un dispositif de suivi qui repose sur une revue annuelle de contrat. Celle-ci est précédée d'un rapport annuel d'étape rédigé par l'établissement. L'ARS établit également un rapport à l'issue de la rencontre avec l'établissement et lui adresse ensuite une lettre d'observation qui peut faire l'objet d'une contradiction.

Il est ici encore un très net décalage entre l'exigence et les moyens consacrés à l'élaboration du CPOM et l'attention portée à son évaluation en cours d'exécution. L'établissement a produit un rapport en 2014 et 2015 faisant état du niveau d'atteinte de chacun des objectifs contractualisés. Ces rapports n'ont été exploités qu'en interne dans le cadre des revues de gestion associant les pôles et la direction. Le CHV a ensuite saisi l'ARS afin d'envisager les modalités d'évaluation pour les années suivantes. Cette dernière n'a pas exprimé le besoin d'être destinataire des rapports suivants, attendant le déploiement d'un outil informatique (e-CARS) pour organiser une remontée des informations sur l'exécution des CPOM. Cette situation est inchangée à ce jour.

En réponse aux observations provisoires, l'ARS indique que dans le cadre de leur renouvellement découlant de la parution du projet régional de santé 2018-2028, la réalisation des bilans des contrats est en cours, les CPOM à venir devant comporter des dispositifs d'évaluation plus simples à mettre en œuvre.

2.2- Le projet d'établissement

2.2.1- Le projet d'établissement 2010-2014

Le projet d'établissement 2010-2014 fait suite à une période de dix ans durant laquelle le CHV n'a pas disposé d'un tel projet pourtant obligatoire⁵⁰. Il a été adopté par le conseil de surveillance le 21 octobre 2010.

Ce document est construit autour d'un projet médical qui a pour objectif central de consolider le rôle de référent du CHV dans le bassin de santé. Il est complété d'un projet de soins, d'un projet managérial et d'un projet social. En appui sont également déclinés les aspects hôteliers ainsi que les schémas directeurs immobilier et informatique.

Dans la perspective du projet d'établissement suivant, il a fait l'objet d'un bilan.

⁵⁰ Cf. l'article L. 6143-1 du code de la santé publique qui fixe les compétences du conseil de surveillance.

2.2.2- Le projet d'établissement 2016-2018

Selon le directeur, l'absence de projet d'établissement entre 2014 et 2016 s'explique par la volonté de privilégier la rédaction du projet médical commun CHV-HDN, finalisé en septembre 2015. Le projet d'établissement 2016-2018, adopté par le conseil de surveillance le 21 juin 2016, comporte plusieurs volets : projet médical, projet de soins, projet social et projet de gestion. Sa durée limitée à trois ans, alors qu'elle est en général de cinq années⁵¹, résulte du souhait de s'aligner sur l'échéance du CPOM en cours qui s'achève en 2018. Il est également tenu compte ici de la mise en place du GHT et en particulier du PMP qui nécessitera de revoir au moins partiellement chacun des projets médicaux des établissements parties au groupement.

Le projet médical fait une large place à la coopération avec les établissements publics de santé environnants. Il reprend le projet médical de la CHT (2014) ainsi que le projet médical commun avec les HDN (2015). Il est construit autour de plusieurs thématiques :

- ♦ les filières de soins : envisagées sous l'angle territorial mais aussi d'amélioration du circuit interne des patients. Le projet médical cible les filières sur lesquelles le CHV doit conforter son positionnement d'établissement de recours (cancérologie, périnatalité et pédiatrie, urgence, chirurgie, éducation thérapeutique et gériatrie) ; l'innovation et les projets : tournés là aussi vers l'offre de recours tout en ayant l'ambition d'augmenter l'attractivité pour les équipes médicales par la capacité à développer des surspécialités et le niveau d'expertise de l'établissement. Pas moins de 17 projets sont ainsi détaillés dans le domaine des prises en charge interventionnelles, de nouvelles techniques chirurgicales et d'adaptation de l'offre aux besoins territoriaux ;
- ♦ les fondamentaux : la qualité de la prise en charge, l'éthique, les droits du patient, les relations ville-hôpital, la recherche et la formation.

Le projet médical du CHV reprend les objectifs fixés à l'établissement dans le cadre du CPOM 2013-2018 mais propose également des projets qui lui sont propres visant à conforter son positionnement d'établissement de recours (nouvelles techniques, étude d'opportunité sur la chirurgie cardiaque, troisième IRM, robot chirurgical).

En complément du projet médical, figure un projet de soins centré sur l'efficacité des prises en charge, l'adaptation des ressources à l'activité et les liens avec les autres projets (médical, social). La chambre relève que ce projet ignore la dimension territoriale et l'impact que pourrait avoir l'instauration du GHT sur l'activité soignante.

La dimension territoriale est en revanche bien prise en compte dans le projet de gestion qui fait du renforcement et du développement de la coopération territoriale l'un de ses cinq axes principaux au côté de la politique managériale, de la communication, de la qualité de la prise en charge et de la préparation de l'avenir.

Enfin, le projet d'établissement intègre également un projet social⁵².

La chambre constate que si l'enchaînement des projets d'établissement dans le temps n'est pas optimal, le CHV cherche à se doter depuis 2010 d'un outil de prospective et de planification structurant son offre de soins et son développement. Le nouveau défi avec la mise en place du GHT est à présent d'articuler les moyens de son propre développement avec ceux du

⁵¹ Le code de la santé publique ne fixe pas de durée minimale au projet d'établissement. L'article L. 6143-2 du code de la santé publique précise en revanche une durée maximale qui est de cinq ans.

⁵² Il retient six priorités : l'accueil des agents, la communication et la valorisation des équipes, la formation, la qualité de vie au travail, le rôle des pôles et le soutien à l'encadrement.

territoire et de l'ensemble des établissements qui le composent.

2.3- Les pôles et la contractualisation interne

2.3.1- Le découpage de l'établissement en pôles

Le CHV s'est engagé début 2007 dans un processus d'organisation en pôles. Celui-ci est monté en charge progressivement pour couvrir l'ensemble de l'établissement en 2010 avec un découpage qui n'a plus évolué depuis :

- ♦ sept pôles d'activité cliniques et médicotechniques :
 - chirurgie, anesthésie, bloc ;
 - femme, mère, enfant ;
 - médecine et spécialités ;
 - médecine et pathologies tumorales ;
 - urgences – réanimation ;
 - gériatrie et rééducation ;
 - médicotechnique et santé publique.
- ♦ deux pôles administratifs et logistiques :
 - stratégie et développement ;
 - ressources.

Les pôles cliniques et médicotechniques sont gérés par un exécutif composé d'un chef de pôle accompagné d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif. Il n'y a pas de directeur délégué de pôle dans l'organisation managériale retenue par le CHV qui a opté pour une mise à disposition de l'expertise et du conseil de l'ensemble des directions fonctionnelles à chaque pôle. Les bureaux de pôle doivent se réunir au moins sept fois par an et une assemblée générale de pôle réunissant l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux doit se tenir au moins une fois par an.

Deux revues annuelles de gestion sont organisées avec chacun des pôles pour échanger avec l'équipe de direction sur la situation du pôle et la mise en œuvre des projets. A échéance plus rapprochée, tous les deux mois, le directeur des finances rencontre chaque pôle afin de faire le point sur la situation financière et sur l'activité.

Les objectifs de l'institution sont déclinés au niveau du pôle, après une concertation entre le praticien chef de pôle et la direction de l'établissement. L'issue de cette concertation est formalisée contractuellement.

Si la montée en charge a été progressive, aujourd'hui l'organisation de l'établissement en pôles d'activité n'est pas une simple réponse apportée aux obligations fixées par le code de la santé publique mais constitue un véritable outil de gouvernance.

2.3.2- Les contrats de pôle

Une première série de contrats de pôle, dits « *de démarrage* », a été signée sur la base du volontariat entre décembre 2011 et décembre 2013. Ces contrats ont été destinés à initier le dialogue de gestion entre pôle et direction.

Le dispositif d'intéressement mis en place dès cette première vague de contrats repose sur l'atteinte d'objectifs de qualité et de gestion des risques pour 50 % et d'objectifs économiques et de performance pour 50 %. Une évaluation annuelle de l'atteinte des objectifs est réalisée afin de déterminer si un pôle peut ou non bénéficier de cet intéressement.

Les autres objectifs, non liés à l'intéressement, sont également évalués selon des modalités distinctes. Chaque projet du pôle fait l'objet d'une fiche descriptive comportant des indications sur les moyens à mettre en œuvre et les objectifs à atteindre. Le directeur en concertation avec le directoire décide du caractère positif ou non de l'évaluation selon que les objectifs ont été atteints ou non et que les moyens mis en œuvre soient maîtrisés. Un tableau de suivi de ce dispositif montre que presque tous les projets sous réserves de quelques adaptations bénéficient finalement d'une évaluation positive après le cas échéant un deuxième passage devant le directoire.

Les contrats de pôle couvrent la période 2015-2018 en cohérence avec le projet d'établissement auquel ils ont été annexés, ainsi qu'avec le CPOM qui arrivera à échéance en 2018 également. Les fiches projet de pôle ne sont plus annexées au contrat, à l'inverse des objectifs du CPOM. Il est prévu un dispositif d'intéressement et un dispositif d'évaluation des projets avec passage systématique en directoire.

Il existe enfin une délégation de commandes limitées aux fournitures de bureau pour tous les pôles et aux consommables d'imagerie et de laboratoire d'une part et d'orthèses et corsets d'autre part pour les pôles concernés.

3- LES RESSOURCES HUMAINES

3.1- La fonction des ressources humaines

Jusqu'en 2017, la direction des ressources humaines était compétente également pour les affaires médicales. A compter de janvier 2017, la directrice déléguée de Crest a été recrutée comme directrice des ressources humaines du CHV. Cela s'est accompagnée du transfert de la compétence des affaires médicales à une direction chargée également des projets.

3.2- Le personnel non médical

3.2.1- Effectifs et masse salariale

Les effectifs non médicaux ont connu une progression régulière et assez soutenue.

Tableau 14 : Evolution des effectifs non médicaux (en ETPR⁵³)

ETPR	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution
Personnels administratifs	277,33	289,14	287,76	289,24	292,58	302,15	+ 8,95 %
Personnels des services de soins	1 305,52	1 378,20	1 391,02	1 380,54	1 401,54	1423,52	+ 9,04 %
Personnels éducatifs et sociaux	10,71	12,32	12,54	13,35	14,54	12,89	+ 20,35 %
Personnels médico-techniques	125,64	130,31	130,35	128,52	129,91	128,82	+ 2,53 %
Personnels techniques	249,72	250,01	253,62	254,61	256,24	247,39	- 0,93 %
TOTAL personnel non médical	1 968,92	2 059,98	2 075,29	2 066,26	2 094,81	2114,77	+ 7,41 %

Source : bilans sociaux

Un meilleur dimensionnement des unités de soins et l'augmentation de 11 % des capacités en MCO ont permis une augmentation des séjours (+ 18 %) très supérieure à celle des effectifs (+ 7,4 %), en même temps que s'est développé l'ambulatoire, qui nécessite moins de personnel.

Après un rebond en 2012, l'effectif des titulaires, stagiaires et CDI n'a cessé de diminuer.

⁵³ Equivalent temps plein rémunéré.

L'augmentation des CDI et titulaires entre 2011 et 2012 serait due, selon l'ancien ordonnateur, à des besoins en effectifs jusque-là non satisfaits.

Le bilan social 2012 fait par ailleurs état d'actions mises en œuvre dans le cadre de la réalisation du projet d'établissement avec « la poursuite des mises en stage pour réduire la précarité ».

Tableau 15 : Evolution des effectifs par statut

ETPR	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution
Titulaires, stagiaires et CDI	1 692,75	1 776,96	1 759,94	1 736	1 731,02	1 732,45	+ 2,35 %
CDD et contrats aidés	276,17	283,02	315,35	330,26	363,8	397,38	+ 43,9 %
TOTAL personnel non médical	1 968,92	2 059,98	2 075,29	2 066,26	2 094,82	2 129,83	+ 8,2 %

Source : bilans sociaux / retraitement CRC

En revanche, l'augmentation des effectifs en CDD (et autres contrats) est continue.

Tableau 16 – Evolution des effectifs en CDD

	2012	2013	2014	2015	2016
taux d'absences	8,58%	8,96%	8,29%	8,42%	8,47%
effectifs CDD	283	315	330	363	383
Variation entre 2 années des CDD		32	15	33	20

Source : CHV

Après correction des données 2016⁵⁴, la progression atteint presque 44 %.

La masse salariale des personnels non médicaux croit à un rythme plus soutenu que les effectifs.

Tableau 17 : Evolution de la masse salariale du personnel non médical

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution
Titulaires, stagiaires et CDI	71 647 864	75 441 777	76 960 285	77 446 077	78 290 578	79 390 158	+ 10,8 %
CDD et contrats aidés	8 006 157	8 605 437	9 916 653	10 351 382	11 753 695	13 020 004	+ 62,6 %
TOTAL personnel non médical	79 654 021	84 047 214	86 876 938	87 797 459	90 044 273	92 410 162	+ 16,0 %

Source : bilans sociaux

Le coût moyen par agent augmente de manière continue. La rémunération moyenne par ETPR pour la catégorie des CDD et contrats aidés s'établit à 32 765 € en 2016, le coût moyen ayant progressé de manière significative (+ 13 % depuis 2011).

Tableau 18 : Coût moyen par ETPR

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution
Titulaires, stagiaires et CDI	42 326	42 456	43 729	44 612	45 228	45 825	+ 8 %
CDD et contrats aidés	28 990	30 406	31 446	31 343	32 308	32 765	+ 13 %
TOTAL personnel non médical	40 456	40 800	41 863	42 491	42 984	43 389	+ 7 %

Source : bilans sociaux, retraitement CRC

3.2.2- L'organisation du temps de travail

⁵⁴ Un écart de 15,05 des ETPR 2016 correspondait aux emplois aidés, non comptés dans le bilan social 2016 à la suite d'un oubli.

Aux termes de l'article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements, la durée de travail effectif est définie « *comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles* » ; pour « *les agents qui alternent des horaires de jour et des horaires de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite au prorata des périodes de travail de nuit effectuées* ». Selon le deuxième alinéa de l'article 1^{er} dudit décret, le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures. Selon la jurisprudence, les durées relatives au temps de travail posées par la réglementation sont à la fois un plafond et un plancher⁵⁵.

Cette durée est réduite pour les agents soumis à des sujétions spécifiques, tels que les agents en repos variable, les agents travaillant exclusivement de nuit et les agents en servitude d'internat. Pour les agents en repos variable, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures, hors jours de congés supplémentaires. En outre, les agents en repos variable qui effectuent au moins vingt dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires. A compter du 1^{er} janvier 2004, la durée annuelle de travail effectif pour les agents travaillant exclusivement de nuit a été réduite à 1 476 heures, hors jours de congés supplémentaires.

3.2.2.1- *Le temps de travail*

En pratique, la plupart des agents du CHV effectuent 37h30 par semaine (cinq journées de 7h30 chacune), ce qui leur permet d'acquérir jusqu'à 15 jours ouvrés de RTT par an.

3.2.2.2- *Les congés annuels*

Les droits à congés des personnels des établissements publics de santé sont régis par les dispositions du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002. Au CHV, la durée du congé annuel est conforme à la durée réglementaire de 25 jours pour un agent à temps complet. Le texte prévoit également un ou deux jours supplémentaires si l'agent prend de trois à six jours dans la période du 1^{er} novembre au 30 avril. Ces jours de congés supplémentaires sont donc conditionnés par le respect de cette règle. Le CHV accorde néanmoins systématiquement à tous les agents les deux jours supplémentaires, quelles que soient les dates des congés posés.

La fiche de procédure établie par la DRH concernant les congés annuels confirme cette organisation : « *Soit un total de 28 jours, moins 1 jour pour la journée de solidarité, soit un total de 27 jours de congés annuels pour tous les agents du CHV* ».

Le décret précité autorise un jour supplémentaire aux agents qui fractionnent leurs congés annuels en au moins trois périodes d'au moins cinq jours. Le CHV déduit ce jour de fractionnement au titre de la journée de solidarité instaurée par la loi n° 2008-351 du 16 avril 2008. Ce choix est doublement contestable, car, d'une part, il revient à attribuer systématiquement le jour de fractionnement à tous les agents sans condition, et, d'autre part,

il contrevient à la loi⁵⁶ relative à la journée de solidarité qui exclut spécifiquement la suppression d'un jour de congé annuel comme réponse à l'obligation de réaliser une journée de travail supplémentaire.

⁵⁵ Ex : Cour administrative d'appel de Versailles N°03VE01521 du 23 juin 2005.

⁵⁶ Article 2-I-3° de la loi n° 2008-351 : « *Dans le respect des procédures énoncées aux alinéas précédents, la journée de solidarité peut être accomplie selon les modalités suivantes :*

1° *Le travail d'un jour férié précédemment chômé autre que le 1^{er} mai ;*

2° *Le travail d'un jour de réduction du temps de travail tel que prévu par les règles en vigueur ;*

La chambre invite l'établissement à se conformer aux dispositions législatives et réglementaires s'agissant de la mise en œuvre de la journée de solidarité.

3.2.2.3- La journée d'intéressement collectif

Le CHV a mis en place une journée d'intéressement collectif, journée exceptionnelle d'absence accordée par le directeur, attribuée à tous les personnels non médicaux sous la double condition d'atteinte de l'objectif d'activité prévu à l'EPRD et de limitation du déficit du CHV au maximum à 0,75 % de ses recettes d'exploitation. Ce dispositif d'intéressement figure dans le protocole d'accord relatif à la gestion statutaire et au temps de travail au CHV conclu entre la direction et les trois organisations syndicales.

L'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit le principe d'une prime d'intéressement collective dont les modalités doivent être définies par décret. Les textes d'application ne sont pas encore intervenus. Ce texte fait référence exclusivement à une prime d'intéressement collectif sans envisager la possibilité d'une journée d'intéressement collectif.

Le code de la santé publique prévoit à l'article L. 6143-7 : « (...) *Après concertation avec le directoire, le directeur : (...) définit les modalités d'une politique d'intéressement ;* ». L'article R. 6146-8 du code de la santé publique relatif aux contrats de pôles indique dans son III « *Il [le contrat] précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion* ». Aucune de ces dispositions ne permet l'instauration d'une journée exceptionnelle d'absence au titre de l'intéressement collectif. Les modalités d'intéressement auxquelles il est fait référence portent sur la détermination des critères, quantitatifs ou qualitatifs, et leur pondération ou encore le montant de l'enveloppe réservée à cet usage.

La mise en place de cette journée d'intéressement collectif, qui a été accordée en 2010, 2011, 2012, 2014, 2015 et 2016, n'est ainsi fondée sur aucune disposition législative ou réglementaire. La chambre invite le directeur à mettre fin à ce dispositif afin de se conformer à la réglementation.

La plupart des agents posent cette journée dès lors qu'elle est attribuée.

Tableau 19 : Suivi de la journée d'intéressement

	Année						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de journées dues au titre de l'année	1753	1706	1901	0	1995	2023,5	2049,5
Nombre de journées prises	1172	1525,5	1578,5	0	1744,5	1792,5	1760
nombre de journées non prises	581	180,5	322,5	0	254	231	290,5
% des journées non prises	33,14 %	10,58 %	16,96 %	-	12,73 %	11,42 %	14,17 %

Source : CHV

3.2.2.4- L'absentéisme

Le taux d'absentéisme est stable, avec un pic en 2013 s'expliquant par une hausse de l'absentéisme pour des motifs non médicaux, pour lequel le CHV ne dispose d'aucune marge de manœuvre.

3° *Toute autre modalité permettant le travail de sept heures précédemment non travaillées, à l'exclusion des jours de congé annuel* ».

En revanche, la structure de l'absentéisme évolue : le nombre d'accidents du travail diminue tandis que celui des maladies professionnelles augmente ; surtout, l'absentéisme pour maladie ordinaire représente une part plus importante de l'absentéisme total en fin de période (55,3 % en 2016 contre 50,7 % en 2011).

Tableau 20 : Nombre de jours d'absence par motif

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Ecart	Evolution
Maladie ordinaire	29 859	33 732	34 803	34 131	36 044	36 136	6 277	+ 21 %
Maladie professionnelle	505	361	282	652	2 018	1 881	1 376	+ 272 %
accidents du travail	3 623	3548	2 832	3 089	3 399	2 938	- 685	- 19 %
accidents de trajet	472	82	590	535	941	621	149	+ 32 %
CLM et CLD	8 103	9857	9 211	7 305	7 773	8 498	395	+ 5 %
Motifs non médicaux (maternité, paternité, adoption)	16 355	16 135	19 366	16 092	13 531	15 269	- 1 086	- 7 %
TOTAL	58 917	63 715	67 084	61 804	63 706	65 343	6 426	+ 11 %
Taux d'absentéisme	8,3	8,58	8,96	8,29	8,42	8,47	0	+ 2 %
EMA (Effectif Moyen Annuel)	1 945	2 034	2 052	2 044	2 072	2 115	170	+ 9 %

Source : CHV

Le mode de calcul du taux d'absentéisme est identique pour toutes ces années :
nombre de journées d'absences / (ETP moyen sur l'année * 365)

L'instauration d'un jour de carence en 2012 n'a pas eu d'effet sur l'absentéisme de courte durée, même s'il a permis un gain annuel moyen de 91 k€.

Tableau 21 : Impact du jours de carence

	2012	2013
Nombre de jours de carence prélevés	1604	1626
nombre d'agents concernés	985	1025
Montant total des retenus	89 712,95	95 486,79

Source : bilans sociaux

Le temps de travail annuel au CHV est inférieur au régime légal en raison de l'instauration de la journée d'intéressement.

La question de l'harmonisation du régime de temps de travail dans le cadre des directions aux établissements de Valence, Crest, Die et Tournon, va ainsi se poser.

La chambre recommande aux CHV de profiter de cette occasion pour repenser son dispositif de temps de travail et le régulariser. Cette perspective peut également favoriser une nouvelle organisation de la fonction RH, notamment une montée en compétence et une spécialisation des agents sur certaines thématiques RH comme la retraite, l'invalidité ou la paie.

3.2.3- Les primes et indemnités

La chambre constate que certaines primes, réservées par la réglementation aux seuls fonctionnaires titulaires ou stagiaires⁵⁷, sont attribuées à des agents non titulaires.

⁵⁷ L'instruction DGOS/RH4 n° 2015-108 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière le rappelle en invitant les directeurs

3.2.3.1- Des primes accordées irrégulièrement à des agents contractuels

- La prime spécifique

L'article 1 du décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 qui instaure cette prime (dite « prime Veil ») précise que « *les fonctionnaires titulaires et stagiaires (...) perçoivent une prime spécifique mensuelle ...* ». Le CHV attribue également cette prime aux agents contractuels :

- 187 agents en 2013 pour un montant de 144 906 € ;
- 152 agents en 2014 pour un montant de 125 968 € ;
- 98 agents en 2015 pour un montant de 82 827 € ;
- 64 agents en 2016 pour un montant de 40 943 €.

- La prime de début de carrière

Le décret n° 89-922 du 22 décembre 1989 introduit une prime de début de carrière réservée aux personnels infirmiers titulaires et stagiaires. Les personnels non-titulaires ne doivent pas en bénéficier. Le CHV a pourtant versé cette prime à :

- 151 agents en 2013 pour un montant de 48 287 € ;
- 115 agents en 2014 pour un montant de 43 153 € ;
- 79 agents en 2015 pour un montant de 28 972 € ;
- 51 agents en 2016 pour un montant de 14 366 €.

3.2.3.2- Des primes sans base textuelle

3.2.3.2.1- La prime dite « forfait PMO »

Un agent a perçu au titre du mois de mai 2016 une somme de 438,89 € pour un code paie « 1007 Heures supp imp (14H) » sans qu'une base ou un taux ne soit déterminé⁵⁸.

Au total, 25 agents ont bénéficié en 2016 d'une prime dont le code paie est « 1007 Heures supp imp (14H) », sans qu'une base ou un taux ne soit déterminé.

L'établissement a expliqué que cette prime correspond à un forfait versé aux infirmiers (IBODE, IDE, IADE⁵⁹) qui participent à des prélèvements multi-organes (PMO). Conscient du caractère non réglementaire d'une telle indemnité, l'établissement a tenté à compter de l'année 2017 de mettre en place des astreintes à la place de cette prime dénommée en interne

d'EPS à envisager d'autres modes de rémunération afin de garantir le niveau de rémunération des intéressés : « Si les observations qui ont pu être faites par différentes chambres régionales des comptes ont eu pour objet de rappeler aux établissements que les agents contractuels ne sont pas éligibles aux primes et indemnités dont le bénéfice est réservé, par des textes qui les ont instaurées, aux seuls agents titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, elles ne doivent pas pour autant avoir pour effet de diminuer la rémunération des agents contractuels qui les ont perçues jusqu'à présent.

Une telle diminution constituerait en effet une remise en question de l'une des clauses essentielles de leur contrat susceptible d'entraîner des recours contentieux.

En conséquence, il convient que les établissements concernés prennent les mesures nécessaires pour garantir aux agents contractuels auxquels ils doivent cesser de verser les primes et indemnités auxquelles ils n'ont statutairement pas droit le même niveau de rémunération qu'auparavant.

Ainsi, s'ils ne peuvent verser aux agents contractuels les primes ou indemnités réservées aux fonctionnaires, rien n'interdit que les établissements définissent, par la voie du contrat qui fixe les conditions de rémunération, un montant global de rémunération correspondant, de façon forfaitaire, à la rémunération principale et aux primes et indemnités que perçoivent des agents titulaires exerçant les mêmes fonctions et ayant la même expérience ».

⁵⁸ Ce qui empêche de contrôler les bases de liquidation de cette rémunération.

⁵⁹ IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'État ; IDE : infirmier diplômé d'État ; IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'État.

« forfait PMO »⁶⁰. Ce travail a commencé en janvier 2017 à la suite d'une demande de revalorisation du forfait par les agents.

Toutefois les organisations syndicales ayant refusé à la fin de l'année 2017 le protocole d'accord portant notamment sur la mise en place d'astreinte pour l'activité PMO, cette prime continue d'être versée.

La chambre recommande à l'établissement de mettre fin à cette prime irrégulière.

3.2.3.2.2- La forfaitisation d'heures supplémentaires

Par la forfaitisation des heures supplémentaires (HS), liée au paramétrage du logiciel de paie, l'établissement assimile la rémunération des HS à une prime.

Ainsi pour deux agents en 2016, il est évoqué dans leur décision d'attribution « une prime d'encadrement d'un montant de 90,00 euros brut mensuel » afin de ne pas mentionner formellement une forfaitisation des heures supplémentaires ; cependant les fichiers de paie indiquent, non pas une prime d'encadrement mais une ligne de paie « 1000 Heures supp (moins 14h) » sans base et sans taux. Le paramétrage du logiciel de paie permet le versement d'un montant déterminé sans qu'un nombre d'heures soit renseigné. Cette pratique de forfaitisation est reconnue par l'établissement.

Plusieurs agents sont concernés par cette ligne de paie HS sans taux ni base⁶¹.

Tableau 22 : Exemples d'agents bénéficiant d'une forfaitisation du nombre d'HS en 2016

Agent	Mois												Total général
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Agent 1	90	90	90	90	66								426
Agent 2	75,3	75,3	75,3	75,3	75,3	75,3	75,72	75,72	75,72	75,72	75,72	75,72	906,12
Agent 3	26,15	26,15	26,15	26,15	26,15	26,15						0,54	157,44
Agent 4	45,06	22,53	22,53	22,53	22,53	22,53	22,68	22,68	22,68	8,77	22,68	26,72	283,92
Agent 5	74,58	74,58	74,58	74,58	74,58	74,58	75,06	75,06	75,06	72,68	72,56	75,06	892,96
Agent 6	90	90	90	90	90	90	90	90					720
Agent 7	120,78	120,78	120,78	120,78	120,78	120,78	162,24	127,32	127,32	127,32	127,32	143,52	1539,72
Agent 8	429,9	630,52	429,9	458,56	315,26	386,91	272,27						2923,32
Agent 9	23,32				41,98	69,97	67,71	69,97	69,97	69,97	69,97	67,71	550,57
Agent 10	128,58	128,58	128,58	128,58	128,58	128,58	129,42	129,42	129,42	129,42	129,42	144,96	1563,54
Agent 11		180	90	90	90	90		180					720
Agent 12	90	90	114,81	90	90	90	90	90	21			1,84	767,65
Agent 13	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	1080

La chambre invite l'ordonnateur à mettre fin à cette pratique contraire à la réglementation.

3.2.4- Les heures supplémentaires

Selon la procédure interne, les heures supplémentaires font prioritairement l'objet d'une récupération. Les agents peuvent une fois par an demander la rémunération de la moitié de leur compteur d'heures supplémentaires au maximum, avec un plafond de dix demi-journées

⁶⁰ Après une lettre du 23 février 2017 des infirmiers bénéficiant de cette prime à fin d'une réévaluation salariale de cette activité, l'établissement a répondu par lettre du 17 mars 2017 qu'une telle demande devait « s'articuler avec les dispositifs réglementaires existants, ce qui n'est pas le cas du forfait versé jusqu'à présent ».

⁶¹ Ces agents ont perçu parfois le même montant mensuel au titre de cette ligne de paie mais sans que les modalités de liquidation ressortent des fiches de paie.

pour le personnel encadrant. Enfin, en cas de départ du CHV, le responsable du service doit faire récupérer les heures supplémentaires à l'agent avant son départ ; les heures supplémentaires non récupérées pourront alors faire l'objet d'une demande de paiement.

Les agents étaient soumis au badgeage jusqu'en 2017. Toutefois, à la suite d'un contrôle de l'inspection du travail dénonçant un écrêtage de 15 minutes, l'ordonnateur a décidé d'y mettre fin mais également de restreindre le dispositif du badgeage aux services notamment administratif, le principe pour la majorité des agents devenant celui d'un « *badgeage indicatif* ».

Un syndicat a contesté cette décision devant le tribunal administratif en arguant notamment que l'inscription des horaires réalisés par l'agent dans un cahier présent dans le service, ultérieurement reportés dans le logiciel de temps de travail, ne constituait pas un « *moyen automatisé de comptabilisation* ». Le litige est pendant.

3.2.4.1- *Le stock d'heures supplémentaires*

Le stock d'heures supplémentaires atteint un niveau très important : au 31 décembre 2016, le bilan social fait état d'un nombre d'heures supplémentaires validées mais non encore récupérées ou payées de 41 793 heures pour les seuls personnels des services de soins (contre 38 220 heures en 2015) et de 47 565 heures pour l'ensemble du personnel non-médical (contre 41 463 heures en 2015).

Tableau 23 : stock d'heures supplémentaires

En €	Nombre d'heures	Evolution par rapport à n - 1	Dont heures payées	Dont heures posées dans un CET	Ratio HS payées/ HS
02/01/2011	75 069,86	- 38 698,35	13 810,00	7 213,05	18 %
01/01/2012	44 057,12	- 31 012,74	25 560,48	6 457,69	58 %
01/01/2013	54 814,87	10 757,75	23 495,13	7 781,09	43 %
01/01/2014	41 640,67	- 13 174,20	16 088,90	7 797,34	39 %
01/01/2015	45 322,36	3 681,69	10 930,28	8 597,22	24 %
01/01/2016	41 462,92	- 3 859,44	14 414,66	6 062,21	35 %
01/01/2017	47 565,36	6 102,44	12 687,09	ND	27 %

Source : CHV

Le ratio HS payés sur HS totales démontre qu'une part importante de ces heures supplémentaires sont rémunérées malgré la règle de priorisation à la récupération. En moyenne, plus d'un tiers de ces heures (33,4 %) ont été rémunérées.

3.2.4.2- *Les heures supplémentaires récurrentes*

Certains agents bénéficient chaque mois du paiement d'un nombre d'heures supplémentaires identique, y compris durant leurs périodes de congé. Ce caractère systématique atteste d'un complément de rémunération plutôt que d'une indemnisation versée sur la base d'un dépassement effectif du temps de travail hebdomadaire minimal.

Il s'agit le plus souvent d'accord non formel passé en vue de rémunérer une sujétion ou pour compenser la perte de primes à la suite d'un changement de poste.

La chambre invite l'ordonnateur à mettre fin à cette pratique contraire à la réglementation.

3.2.5- Le défaut de saisine de la commission de déontologie de la fonction publique

Dans sa version applicable du 7 août 2009 au 22 avril 2016, l'article 25 de la loi n° 83-634 du

13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires posait le principe de l'interdiction pour les agents publics d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelle que nature que ce soit. Parmi les exceptions posées figurait celle relative à la création d'entreprise : « II.- L'interdiction d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative et le 1° du I ne sont pas applicables :

1° Au fonctionnaire ou agent non titulaire de droit public qui, après déclaration à l'autorité dont il relève pour l'exercice de ses fonctions, crée ou reprend une entreprise. Cette dérogation est ouverte pendant une durée maximale de deux ans à compter de cette création ou reprise et peut être prolongée pour une durée maximale d'un an. La déclaration de l'intéressé est au préalable soumise à l'examen de la commission prévue à l'article 87 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ».

Il ressort de l'article 3 du décret n° 2007-611 du 26 avril 2007 dans sa version alors applicable⁶² qu'il revient à l'autorité hiérarchique de saisir la commission, l'intéressé pouvant toutefois le faire à titre facultatif⁶³.

Environ 28 demandes de création ou de reprise d'entreprise auraient été adressées par des agents depuis 2011. Toutes ces demandes ont reçu une réponse positive de la part de l'établissement, sans que la commission de déontologie ait été saisie.

Plus particulièrement, un agent des services informatiques a saisi le CHV d'une déclaration de création d'entreprise par une demande du 16 décembre 2014 pour un début d'activité indiqué au 1^{er} février 2015.

Son entreprise, immatriculée le 13 juillet 2015, a pour objet la publication de logiciels, plus particulièrement à destination des professionnels de santé. L'activité de la société est susceptible de placer l'agent dans une situation de conflit d'intérêts compte tenu de ses fonctions.

La chambre rappelle au CHV l'obligation de saisir la commission de déontologie des fonctionnaires aux fins de prévention des conflits d'intérêts et recommande de saisir sans délai la commission du cas précédemment cité.

⁶² Relatif à l'exercice d'activités privées par des fonctionnaires ou agents non titulaires ayant cessé temporairement ou définitivement leurs fonctions et à la commission de déontologie.

⁶³ « I. - Lorsque la saisine de la commission de déontologie présente un caractère obligatoire en application du II de l'article 87 de la loi du 29 janvier 1993 susvisée :

1° L'autorité dont relève l'agent saisit par écrit la commission dans un délai de quinze jours à compter de la date à laquelle elle a été informée du projet de l'agent. Ce dernier reçoit copie de la lettre de saisine ;

2° L'agent intéressé peut saisir directement par écrit la commission, un mois au plus tard avant la date à laquelle il souhaite exercer les fonctions pour lesquelles un avis est sollicité. Il en informe par écrit l'autorité dont il relève ».

3.2.6- La politique d'avancement et d'évaluation

3.2.6.1- L'évaluation

L'établissement a bien mis en place les entretiens professionnels annuels. Certaines des évaluations consultées font apparaître des situations où l'évaluateur, comme notateur ou comme superviseur, était soit le conjoint, soit le parent de l'agent évalué.

Une telle situation, qui résulte de l'organisation interne des services, est susceptible d'affecter l'objectivité attendue d'un évaluateur.

3.2.6.2- La politique d'avancement de grade au choix

La politique d'avancement de grade au choix constitue une modalité ouverte par la loi⁶⁴. Elle doit alors se faire « *par appréciation de la valeur professionnelle et des acquis de l'expérience professionnelle des agents* ».

Le règlement intérieur de la commission administrative paritaire locale (CAPL) du CHV reprend le critère de la valeur professionnelle mais sans en définir les modalités d'appréciation. Il est seulement écrit que « *cet avancement est déterminé pour certains grades par le rang selon décision du Directeur après avis du CTE* » sans que ce critère soit déterminé.

Cette absence de définition a permis l'avancement de grade d'agents qui n'avaient pourtant pas fait l'objet d'un consensus.

Ainsi de la CAPL du 30 novembre 2017 où l'absence de critères précisément définis a entraîné une divergence dans l'interprétation des dossiers présentés, certains membres appréciant les critères selon le rang (soit principalement de l'ancienneté, la notation étant prise en compte mais étant elle-même déterminée pour une large part par l'ancienneté de l'agent), d'autres mettant en avant la qualité du dossier constitué par l'agent et ses compétences à occuper les postes ouverts par l'avancement de grade.

Afin de préciser les critères d'avancement de grade, une modification du règlement intérieur de la CAPL a donc été proposée fin 2017 par l'administration.

Après avoir rappelé le principe de l'appréciation de la valeur professionnelle et des acquis de l'expérience professionnelle des agents, ce projet de règlement pose d'autres critères pour les postes au choix accordés par l'ARS⁶⁵.

A ce jour le règlement n'a cependant pas été modifié sur ce point par la CAPL, ce qui nuit au bon déroulement des avancements de grade et à l'équité du traitement des dossiers des agents, le critère du rang étant équivoque.

⁶⁴ Article 69, 1° de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁶⁵ Le détail de la composition du dossier à présenter par l'agent est établi et des conditions d'avancement sont déterminées selon les grades visés ; ainsi l'accès au grade d'ingénieur est conditionné à l'obtention d'un diplôme, d'un titre ou d'un certificat professionnel, celui d'attaché à une expérience professionnelle d'encadrement.

3.3- Le personnel médical

3.3.1- Effectifs et masse salariale

La stabilité des effectifs médicaux, traduit, selon l'établissement, « *une volonté de pérennisation des médecins sur les postes médicaux pour accroître l'attractivité et la stabilisation des équipes en place* ».

Tableau 24 : Evolution du personnel médical hors internes et étudiants

ETPR	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution
Praticiens hospitaliers temps plein	142,89	141,91	143,78	144,55	150,53	152,91	+ 7 %
Praticiens hospitaliers temps partiel	15,35	15,59	15,51	13,13	10,46	9,84	- 36 %
Praticiens attachés	16,6	16,43	14,2	14,98	14,15	14,82	- 11 %
Praticiens attachés associés	11,17	11,12	10,2	8,72	5,47	5,14	- 54 %
Praticiens contractuels	19,15	20,22	21,24	27,04	28,86	19,66	+ 3 %
Assistants	14,74	16,78	13,32	12,86	14,93	17,84	+ 21 %
Assistants associés	2,17	2,64	2,4	2,68	2,16	2,65	+ 22 %
TOTAL personnel médical	222,07	224,69	220,65	223,96	226,56	222,86	+ 0,4 %

Source : bilans sociaux

Cette stabilité masque des évolutions par statut contrastées : entre 2011 et 2016, le nombre des praticiens hospitaliers à temps plein augmente de dix ETP tandis que ceux des praticiens hospitaliers à temps partiel et des praticiens attachés associés diminuent respectivement de cinq et six ETP.

Surtout, la masse salariale totale augmente de 9 % alors que les effectifs n'augmentent que de 0,4 %.

Tableau 25 : Masse salariale du personnel médical (hors internes et étudiants)

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution
	24 168 126	25 063 845	26 388 103	24 572 673	24 945 795	26 322 621	+ 9 %

Source : bilans sociaux

La masse salariale du personnel médical hors internes et étudiants diminue fortement entre 2013 et 2014 (- 1,8 M€) dans les bilans sociaux, en raison de la non prise en compte, à compter de 2014, de la masse salariale liée au personnel médical remplaçant.

En intégrant le coût du personnel remplaçant, la masse salariale du personnel médical, hors internes et étudiants, augmente entre 2013 et 2014 de 860 k€, en raison d'une augmentation de 3,31 ETP (+ 355 k€) et d'un versement supplémentaire de 487 k€ de TTA, dans le cadre de la compensation partielle d'absences (vacances de poste, disponibilités et congés maternité).

Le taux de rotation du personnel médical, considéré comme important par l'établissement, s'expliquerait par les nouveaux comportements professionnels, les plus jeunes générations de praticiens n'hésitant pas à changer d'environnement dans un contexte de pénurie médicale favorable à la mobilité. Peu de ces praticiens seraient par ailleurs originaires de la région.

Il y a aussi sur certaines spécialités un secteur privé très concurrentiel et proche géographiquement, d'où des départs en imagerie, gastroentérologie, gynécologie-obstétrique ou ophtalmologie.

Tableau 26 : Taux de rotation du personnel médical

Effectifs physiques	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Départs	nd	37	31	40	25	23
Arrivées	nd	28	26	47	25	33
Taux de rotation	9,54 %	12,17 %	10,87 %	17 %	9,44 %	10,29 %

Source : bilans sociaux

3.3.2- Le remplacement médical au CHV

Le remplacement des médecins peut être réalisé par le biais de l'intérim ou du recours direct à des médecins contractuels.

Le recours au travail temporaire a pour objet la mise à disposition d'un salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission (L. 1251-1 du Code du travail).

La loi du 3 août 2009 a autorisé le recours à l'intérim dans la fonction publique. Aujourd'hui, l'article L. 1251-60 du code du travail dispose que « *les personnes morales de droit public peuvent faire appel aux salariés de ces entreprises pour des tâches non durables, dénommées* » dans certains cas⁶⁶.

Une deuxième modalité de travail intérimaire est permise par la loi (L. 1251-4 du code du travail) : l'activité de placement qui consiste à fournir, à titre habituel, des services visant à rapprocher les offres et les demandes d'emploi, sans que la personne assurant cette activité ne devienne partie aux relations de travail susceptibles d'en découler (L. 5321-1 du code du travail). Dans ce cadre, les praticiens se trouvent soumis au plafond réglementaire prévu par le code de la santé publique (cf. infra).

L'établissement en l'espèce ne recourt qu'à cette deuxième modalité.

Enfin, si la réglementation empêche les praticiens hospitaliers à temps partiel d'exercer une activité libérale à l'hôpital⁶⁷, ces derniers peuvent réaliser une activité rémunérée dans d'autres structures, en effectuant notamment des remplacements⁶⁸.

3.3.2.1- Le poids des dépenses liées au remplacement médical

Les dépenses de personnel médical intérimaire n'apparaissent pas dans les bilans sociaux

⁶⁶ « 1° Remplacement momentané d'un agent en raison d'un congé de maladie, d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un congé de présence parentale, d'un passage provisoire en temps partiel, de sa participation à des activités dans le cadre d'une réserve opérationnelle, sanitaire, civile ou autre, ou de l'accomplissement du service civil ou national, du rappel ou du maintien sous les drapeaux ;

2° Vacance temporaire d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu dans les conditions prévues par la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et par le chapitre II du titre V du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique ;

3° Accroissement temporaire d'activité ;

4° Besoin occasionnel ou saisonnier défini au 3° de l'article L. 1242-2.

Lorsque le contrat est conclu au titre des 1°, 3° et 4°, la durée totale du contrat de mission ne peut excéder dix-huit mois. Elle est réduite à neuf mois lorsque l'objet du contrat consiste en la réalisation de travaux urgents nécessités par des mesures de sécurité. Elle est portée à vingt-quatre mois lorsque la mission est exécutée à l'étranger.

Lorsque le contrat est conclu au titre du 2°, la durée totale du contrat de mission ne peut excéder douze mois. Elle est réduite à neuf mois si le contrat est conclu dans l'attente de la prise de fonctions d'un agent.

Le contrat de mission peut être renouvelé une fois pour une durée déterminée qui, ajoutée à la durée du contrat initial, ne peut excéder les durées prévues à l'alinéa précédent ».

⁶⁷ Article L. 6154-1 du code de la santé publique et décision du conseil d'État du 27 juillet 2005 n° 254232 *Viaud*, pour illustration.

⁶⁸ Article R. 6152-222 du code de la santé publique.

2011, 2012 et 2013. Selon les données de l'établissement, elles augmentent de près de 1,6 M€ (soit + 116 %) entre 2014 et 2016, ce qui est considérable.

Tableau 27 : Dépenses de remplacement médical retracés dans les bilans sociaux

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2014-2016
en €	Absence d'indicateur	indicateur non renseigné	Absence d'indicateur	1 366 741	2 926 215	2 951 211	+ 116 %

Ces dépenses de personnel médical intérimaire ne sont pas inscrites au compte 621⁶⁹ en raison du non recours à cette modalité par l'établissement, qui préfère établir avec le praticien une relation contractuelle directe.

L'établissement enregistre les dépenses de personnel médical intérimaire dans un compte H64231 « praticiens contractuels » depuis 2015⁷⁰. Auparavant, ces dépenses étaient simplement inscrites au compte 6423.

Tableau 28 : Comptes 6423 et 64231 (en €)

Comptes	2011	2012	2013	2014	2015	2016
6423	1 465 619	1 953 050	2 995 895	2 937 916	3 424 798	3 669 040
64231	0	0	0	0	2 872 804	3 033 057

Source : balances des comptes

Les dépenses inscrites au compte 64231 ne correspondent pas aux dépenses totales brutes liées au personnel de remplacement médical dans les bilans sociaux.

Tableau 29 : Dépenses totales du personnel dit d'intérim médical (en €)

	Compte 64231	Bilans sociaux
2015	2 872 804	2 926 215
2016	3 033 057	2 951 211

Selon les données comptables (progression d'au moins 107 % entre 2011 et 2016) ou selon les données issues des bilans sociaux (augmentation de 116 % entre 2014 et 2016), les dépenses liées à l'intérim médical augmentent brutalement : en 2016, le montant total de l'intérim médical (3 M€) dépasse le niveau du déficit constaté (- 2,7 M€).

La décision de ne pas mouvementer le compte 621 résulte du choix de ne recourir à des agences d'intérim que dans le cadre de l'activité de placement : cela permet de supporter une TVA moins élevée car portant sur le montant facturé pour la mise en relation et non sur le montant de la rémunération globale versée à l'intérimaire, qui est plus importante.

Toutefois, la chambre observe que l'établissement, dans le cadre du recours à des praticiens contractuels, n'applique pas le plafond réglementaire (cf. infra).

3.3.2.2- Le cumul d'activités de certains PH à temps partiel

Les praticiens disposent d'un pouvoir de négociation au détriment des finances des EPS compte tenu de la réglementation en vigueur qui permet à un praticien hospitalier à temps

⁶⁹ « Compte 621 – Personnel extérieur à l'établissement.

Le personnel temporaire généralement appelé « personnel intérimaire » est défini comme étant le personnel salarié d'un tiers, mis temporairement à la disposition de l'établissement ».

⁷⁰ Selon la nomenclature comptable M21 le compte 64231 « Praticiens contractuels en CDD » vise les contractuels recrutés selon l'article R. 6152-402 du code de la santé publique. Cet article vise l'ensemble des praticiens contractuels.

partiel d'un établissement de travailler comme remplaçant dans d'autres (cf. supra).

Un grand nombre préfèrent le cadre du travail en intérim, comme le Dr. A, travaillant à mi-temps au centre hospitalier de Montélimar depuis 2013 comme médecin urgentiste. Ce médecin a pu venir travailler en intérim à Valence au cours des années 2015, 2016 et 2017 pour un montant total de 13 k€.

Plusieurs praticiens intervenant comme contractuels auprès du CHV travaillent ou ont travaillé dans d'autres établissements comme praticiens titulaires en 2017⁷¹.

Ainsi de deux praticiens ayant travaillé au pôle chirurgie, anesthésie et bloc à Valence qui sont à temps partiel au centre hospitalier d'Albertville pour l'un, au centre hospitalier de Montélimar pour l'autre et ayant coûté respectivement 44 178 € et 20 333 € au titre des remplacements effectués au CHV.

On peut également citer deux praticiens urgentistes, l'un étant un praticien à temps partiel (60 %) au CH de Montélimar et l'autre travaillant à temps partiel au CH intercommunal de Cavaillon.

Toujours en 2017, une mission de remplacement a été effectuée au CHV par un PH titulaire à 80 % d'un autre établissement du GHT, en l'espèce des HDN. Le Dr. B a travaillé au CHV du 3 au 9 avril 2017, pour une rémunération s'élevant à 650 € nets par jour ; au total, ce praticien a perçu une somme d'au moins 4 550 €, à laquelle s'ajoutent les remboursements effectués pour les déplacements (222,70 €) et l'hébergement (131,80 €).

Le Dr. B a ainsi perçu une rémunération des HDN tant en avril qu'en mai 2017, rémunération qui s'est donc cumulée avec celle perçue du CHV.

Surtout, à son traitement et à son indemnité de sujétion perçus pour ces deux mois, s'ajoutait une indemnité d'engagement exclusif qui est incompatible avec toute activité libérale et toute activité exercée dans un autre établissement de santé. Le montant perçu pour ces deux mois à ce titre s'est élevé à 455,77 €.

3.3.2.3- *Le dévoiement du statut de disponibilités pour convenances personnelles*

Un PH peut demander à être placé en disponibilité pour convenances personnelles. Cette disponibilité n'est pas de droit : elle s'effectue sous réserve des nécessités de service pour une durée d'un an renouvelable sans qu'elle puisse excéder un total de dix années sur l'ensemble de la carrière⁷². Surtout, utiliser cette modalité statutaire pour s'engager dans d'autres établissements avec une charge de travail réduite et une meilleure rémunération ne correspond pas à l'esprit de la réglementation, les praticiens concernés pouvant en revanche démissionner.

En l'espèce, des praticiens du CHV et des HDN ont pu demander une disponibilité pour convenances personnelles dans le but, non déclaré, de travailler dans d'autres établissements pour une charge de travail moindre et une meilleure rémunération. Cette pratique, génératrice de surcoût, n'est pas de bonne gestion surtout lorsqu'elle intervient entre des établissements appartenant au même GHT.

Le Dr. B après avoir été placé en disponibilité pour convenances personnelles à compter du 7 mai 2017, a travaillé comme médecin contractuel pour le compte du CHV en 2017. Les

⁷¹ Selon les informations disponibles sur les bases de données ouvertes de l'établissement.

⁷² Article R. 6152-64 du code de la santé publique pour les praticiens hospitaliers à temps plein et article R. 6152-245 du code de la santé publique pour les PH à temps partiel.

rémunérations perçues au titre du travail effectué entre avril et octobre 2017 s'élèvent à 21 k€ pour 31 jours de travail. Par rapport aux traitements perçus en moyenne en 2017 par un praticien des HDN (soit environ 5 305,4 € par mois), cette somme perçue au titre du travail intérimaire correspond à environ quatre mois de travail aux HDN.

Cette concurrence joue également en sens inverse : un praticien (le Dr. C) du CHV s'est mis en disponibilité au 1^{er} septembre 2015 et a exercé pour plus de 56 k€ de missions d'intérim auprès des HDN en un an (entre le mois de décembre 2015 et le mois de décembre 2016).

Par ailleurs, un troisième praticien du CHV placé en disponibilité pour convenances personnelles entre le 1^{er} février et le 10 mai 2016 a pu travailler comme médecin intérimaire pendant cinq jours aux HDN pour un coût total de 7 493,94 €.

Cette concurrence sur l'intérim médical est couteuse pour les finances hospitalières de l'ensemble des établissements du GHT, dès lors qu'un praticien peut, pour un salaire nettement supérieur, travailler moins et donc réaliser moins d'actes auprès des patients, les établissements devant alors trouver d'autres praticiens dans un contexte de pénurie médicale. En l'absence de coordination et de coopération effectuées a minima au sein du GHT, les établissements alimentent donc un cercle peu vertueux débouchant au total sur moins de ressources médicales pour un coût plus élevé.

Les praticiens concernés ont bénéficié d'une mise en disponibilité pour convenances personnelles normalement accordée sous réserve des nécessités du service. Or les tensions sur les professions médicales observées notamment en anesthésie impliquent que ces mises en disponibilité affectent nécessairement la bonne marche des services sanitaires.

L'utilisation de la mise en disponibilité pour convenances personnelles par les praticiens titulaires dans des établissements publics de santé afin de pouvoir travailler comme contractuel dans d'autres établissements proches, constitue une dérive, contraire à l'intérêt du service public hospitalier et, plus généralement, à la qualité de la prise en charge des patients.

Il conviendrait, à l'avenir, que les ordonnateurs concernés, saisis d'une demande de mise en disponibilité ou de renouvellement au moins deux mois avant la date à laquelle elle pourrait débiter, apprécient ces demandes selon les nécessités de service, afin d'éviter une utilisation dévoyée du statut de mise en disponibilité pour convenances personnelles, susceptible d'affecter le bon déroulement du service.

3.3.3- L'organisation du temps de travail médical

Selon l'article R. 6152-27 du code de la santé publique, « *le service hebdomadaire [nota : d'un praticien hospitalier à temps plein] est fixé à dix demi-journées, sans que la durée du travail puisse excéder quarante-huit heures, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées* ».

Aux termes de l'arrêté du 30 avril 2003⁷³, le directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS), prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale après consultation des chefs de service ou des responsables de structure. Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement. Par ailleurs, la COPS « *établit un bilan annuel de l'organisation et du*

⁷³ Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement ».

Au cas présent, les PV de la COPS évoquent des points précis (présentation d'enquêtes nationales ou locales sur la permanence des soins, évolution du dispositif de permanence de soins dans certains services, questions diverses etc.) mais ne contiennent pas l'état détaillé de l'organisation des activités et du temps de présence médicale⁷⁴.

Il n'est par ailleurs pas établi de bilan annuel en la matière.

Au demeurant, la COPS ne s'est pas réunie en 2017.

La répartition des sujétions par roulement entre les praticiens, et notamment celles attachées à la mise en place du repos quotidien et du repos de sécurité, doit être arrêtée dans un tableau de service nominatif mensuel. En l'espèce, l'ordonnateur n'exerce le contrôle de temps de travail des médecins que « *par le biais de plannings de service* ».

Il n'y a dans certaines spécialités aucun tableau de service, comme en chirurgie ophtalmologie, et chirurgie orthopédique et traumatologique, en chirurgie ORL et cervico-faciale, alors que des montants importants ont été versés en temps de travail additionnel ou en indemnité de sujétion. De telles rémunérations, comme celles relatives au traitement principal, supposent la validation d'un tableau de service par le chef de service puis par l'ordonnateur attestant du travail effectué.

Enfin, les tableaux de service existants ne sont signés ni par le chef de service, ni par l'ordonnateur.

La chambre constate la défaillance du contrôle du temps de travail médical et recommande au CHV de veiller à ce que les tableaux de service soient :

- ♦ renseignés pour tous les praticiens ;
- ♦ signés par les chefs de service concernés et l'ordonnateur ;
- ♦ exhaustifs et fiables.

3.3.4- La rémunération des médecins en TTA

L'article R. 6152-27 du code de la santé publique prévoit, pour les praticiens hospitaliers à temps plein, que : « *le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.*

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel ».

⁷⁴ Le PV du 26 avril 2016 mentionne simplement : « *Il y a actuellement 16 lignes d'astreintes (dont la neurochirurgie gérée par Saint-Etienne) qui fonctionnent au CH de Valence, 12.5 lignes de garde de senior et 8 lignes de garde d'interne* ».

L'instruction du 31 mars 2014⁷⁵ rappelle par ailleurs l'obligation de conclure un contrat avec le praticien aussi bien pour « *les situations de recours prévisionnel que [pour celles] de recours ponctuel à du temps de travail additionnel* ». Il est également rappelé que le « *choix du praticien de rémunération du temps réalisé pendant l'astreinte sous la forme de temps de travail additionnel ne supprime pas, pour le praticien, la nécessité de remplir en parallèle ses obligations de service comptabilisées par quadrimestre* ».

La mesure de la durée de travail accomplie par un praticien s'effectue sur une période de référence de quatre mois⁷⁶.

Le contrôle du temps de travail médical se fait globalement sur le fondement des tableaux de service. Les praticiens perçoivent leurs émoluments ainsi que leurs indemnités et allocations (dont celle liées à la « *participation à la permanence des soins ou de réalisation de périodes de travail au-delà des obligations de service hebdomadaire* ») après attestation du service fait par le biais d'un tableau mensuel de service réalisé « *validé par le chef de pôle ou, à défaut, par le responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne* »⁷⁷.

Le versement d'une indemnité de TTA, même si elle a pour fondement la réalisation d'astreinte, implique la production d'un tableau de service afin que l'ordonnateur puisse s'assurer de la réalisation des obligations hebdomadaires par les praticiens, condition sine qua non pour autoriser le versement d'indemnités destinées à rémunérer un travail médical supplémentaire.

Les dispositions législatives et réglementaires susmentionnées ont été méconnues dans un certain nombre de cas.

L'absence de système de décompte du temps de travail médical au CHV fait reposer sur la seule déclaration des médecins le calcul de leur TTA. Le défaut de tableaux de service dans certaines spécialités empêche tout contrôle de la part de l'ordonnateur.

Par ailleurs, de nombreux praticiens hospitaliers du CHV perçoivent une indemnité de TTA à des échéances mensuelles.

Ainsi, le Dr. D a perçu un montant mensuel de TTA toute l'année 2016 à l'exception du mois d'août, pour un montant total annuel de plus de 24 k€.

⁷⁵ Instruction n° DGOS/RH4/2014/101 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 dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁷⁶ C'est au terme d'un quadrimestre qu'il peut être constaté qu'un praticien a rempli son obligation de service hebdomadaire et, le cas échéant, qu'il a réalisé du temps de travail additionnel (TTA).

⁷⁷ L'article R. 6152-23 et suivants pour les praticiens hospitaliers à temps plein ainsi que l'article R. 6152-220 et suivants pour les praticiens hospitaliers à temps partiel.

Le Dr. E a perçu un TTA du mois de mai 2011 au mois d'août 2013 puis du mois d'octobre 2013 au mois de janvier 2015 et enfin du mois de mai 2015 au mois d'août 2016. Sur un total de 58 versements pendant cette période, 46 ont concerné un même montant unitaire de 236,98 €, ce qui fait du TTA un surplus de rémunération assimilable plus à un complément de rémunération qu'au paiement d'un travail supplémentaire.

La situation du Dr. F entre 2013 et 2017 est analogue, avec un versement presque chaque mois. Cette pratique est toujours en cours.

Enfin, certains praticiens ont perçu du TTA alors même qu'ils n'ont produit aucun tableau de service. Ainsi, en chirurgie orthopédique et traumatologique, le montant versé en TTA et en indemnité de sujétions s'élève à 200 k€ entre 2011 et octobre 2017 pour cinq praticiens.

Tableau 30 : Rémunération en TTA et en indemnités de sujétions des praticiens du service hospitalisation et chirurgie orthopédique et traumatologique en euros

Matricule	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total général
10041	13 117	19 281	9 323	15 726	11 377	3 569	9 186	81 579
29345	11 775	10 354	10 356	7 273	8 906	11 887	7 428	67 979
29935	12 880	2 292						15 171
540453					3 322	12 910		16 233
541332					1 665	8 745	9 198	19 608
Total général	46 447	40 400	26 206	30 811	31 449	45 451	30 133	200 570

Source : bulletins de paie

3.3.5- La rémunération du temps de trajet dans le cadre d'astreinte

L'arrêté du 30 avril 2003⁷⁸ a été modifié par l'arrêté du 8 novembre 2013 ; parmi les changements opérés, la rémunération du déplacement au cours d'une astreinte opérationnelle ou de sécurité (de 65,41 €) a été supprimée.

L'établissement faisait d'ailleurs état de ce changement dans un PV de la COPS du 29 novembre 2013⁷⁹.

Pourtant, des rémunérations pour déplacement dans le cadre d'astreinte opérationnelle ou de sécurité ont continué d'être versées⁸⁰. Entre 2014 et octobre 2017, les praticiens ont reçu plus de 332 k€ au titre de ces frais.

Selon l'ancienne réglementation applicable jusqu'au 18 novembre 2013, cette indemnité à partir du deuxième déplacement était portée à 73,73 €. Elle a également été supprimée par l'arrêté du 18 novembre 2013. Pourtant, l'établissement a continué à la verser. Entre 2014 et octobre 2017, le montant versé à ce titre par le CHV s'élève à près de 52 k€.

⁷⁸ Relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁷⁹ « Un arrêté du 8 novembre 2013 est venu amender celui de 2003 sur l'organisation et l'indemnisation de la continuité et permanence des soins. JY. PETIT fait une présentation brève de l'arrêté sachant qu'une circulaire d'application est attendue, l'arrêté considère désormais le temps de trajet des astreintes comment du temps effectif de travail et l'application du repos quotidien à l'issue du déplacement en astreinte. Il est fait notion aussi de registres de temps travaillés ».

⁸⁰. Ainsi pour un praticien qui a renseigné une indemnité de déplacement en novembre 2015 sur le tableau des astreintes opérationnelles, rémunérée sur sa paie de décembre 2015.

3.3.6- Les médecins contractuels

3.3.6.1- *Le plafonnement des rémunérations*

L'article R. 6152-416 du code de la santé publique prévoit que la rémunération statutaire d'un praticien contractuel est au maximum celle d'un praticien hospitalier à temps plein au 4^{ème} échelon, majorée de 10 %.

L'arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé, fixe la rémunération annuelle brute d'un praticien hospitalier 4^{ème} échelon à 52 303,8 €, ce qui, majorée de 10 %, porte la rémunération annuelle brute maximale du praticien contractuel à 57 534 €, soit 4 795 € par mois, soit, rapporté sur une journée, environ 250 € bruts.

A Valence, cette règle de plafonnement n'est pas respectée, ce qui induit des conséquences financières notables.

Un grand nombre de médecins contractuels ont perçu des rémunérations bien supérieures au plafond réglementaire. De janvier à octobre 2017, sont concernés au moins 129 praticiens ayant travaillé au moins un jour au CHV.

A titre d'illustration, pour trois praticiens ayant travaillé chaque mois entre janvier et octobre 2017, le dépassement par rapport au plafond réglementaire pour cette période s'élève à 109 k€, somme à laquelle s'ajoutent les frais de déplacement pris en charge pour un de ces praticiens à hauteur de 993 €.

Concernant l'ensemble des praticiens contractuels dont la rémunération perçue dépassait le seuil réglementaire pour le mois de janvier 2017, l'évaluation du préjudice financier pour l'établissement, constitué de l'écart entre les rémunérations versées et les rémunérations plafonnées par les dispositions réglementaires, s'élève au moins à 104 k€ pour ce mois.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur affirme ne pas avoir enfreint la réglementation dès lors que les médecins contractuels, s'ils avaient été recrutés directement par le CHV, pouvaient être considérés comme des médecins remplaçants et obéir de ce fait au régime de l'intérim.

La chambre constate qu'il y a une confusion entre l'objet et les modalités du recrutement. Dès lors qu'un praticien contracte directement avec l'établissement (que ce praticien ait été démarché directement par l'établissement ou qu'il ait été présenté par une agence de placement), les conditions de rémunération doivent respecter les dispositions du code de la santé publique relatives aux praticiens contractuels. Cela est à distinguer de l'intérim médical, qui consiste en la mise à disposition d'un praticien dans un établissement public de santé par une entreprise de travail temporaire.

S'agissant précisément de cette dernière modalité de travail, il n'existait pour la période sous revue, aucun plafonnement réglementaire.

Le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé a instauré à compter du 1^{er} janvier 2018 un salaire brut maximum pour la rémunération d'un praticien mis à disposition dans un établissement public de santé par une entreprise de travail temporaire. L'arrêté du même jour

fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire a arrêté la somme de 1 170,04 € pour une journée de vingt-quatre heures⁸¹.

Le CHV n'ayant pas conclu de convention avec des agences d'intérim et ne se trouvant donc pas lié par des contrats en cours, il peut donc appliquer dès aujourd'hui ce plafonnement s'il décide de recourir à cette modalité de recrutement.

3.3.6.2- La situation particulière de deux médecins contractuels

3.3.6.2.1- Une absence de contrat

Tous les contrats conclus entre le Dr. G et le CHV ont été examinés.

Ce praticien a été recruté pour une durée d'un an à compter du 1^{er} janvier 2007 par un contrat conclu avec l'établissement le 26 décembre 2006.

Il n'a pas été conclu d'autre contrat par la suite avant le 17 octobre 2014. Ce contrat court cependant à compter du 1^{er} janvier 2008 pour une durée d'un an renouvelable. Un autre contrat a été produit par l'établissement, daté également du 17 octobre 2014 mais stipulant une date d'effet au 1^{er} janvier 2009 pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

Ces contrats ont donc été conclus postérieurement à la période de prise d'effet stipulée, de sorte que le praticien, qui a été rémunéré chaque mois (à l'exception de novembre 2013) entre 2011 et 2014, a travaillé hors de tout cadre contractuel au moins du mois de janvier 2011 au mois d'octobre 2014.

Tableau 31 : Rémunération perçue au Dr. G sur la période en euros

Année	Mois												Total général
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
2011	1 056	1 056	1 056	1 056	1 053	1 056	1 056	1 056	2 113	1 056	1 056	1 056	13 727
2012	658	1 446	1 054	1 054	1 054	1 054	1 060	1 173	1 063	1 063	1 062	1 062	12 804
2013	1 061	1 057	1 057	1 057	1 057	1 057	1 057	1 057	1 061	390	-	2 784	12 692
2014	1 053	1 058	1 058	1 058	1 053	1 058	1 058	1 058	1 053	1 053	1 053	1 058	12 668
2015	1 055	1 055	1 051	1 055	1 055	1 055	1 055	-	-	-	-	-	7 383
2016		1 053	1 048	1 048	1 048	1 053	1 053	2 107	13	-	1 055	1 060	10 540
2017				1 046			1 060	1 065					3 170
Total général	4 884	6 725	6 324	7 374	6 320	6 333	7 399	7 515	5 302	3 563	4 226	7 019	72 985

3.3.6.2.2- Des rémunérations injustifiées

- le Dr. H

Les obligations de service définies par les contrats consistent en « deux demi-journées hebdomadaires en fonction de l'activité figurant sur le tableau de service ».

S'agissant de la rémunération versée le contrat stipule que : « Article 4 – Rémunération, carrière

Le praticien attaché percevra les émoluments mensuels calculés en fonction de son échelon et de la durée des obligations hebdomadaires de service conformément aux dispositions de l'article 14 du décret susvisé. »

Ce contrat ne permet donc pas de définir le montant de la rémunération versée alors même

⁸¹ Avec une période transitoire d'application le montant étant porté à 1 404,05 € pour l'année 2018 et à 1 287,05 € pour l'année 2019.

que la nomenclature des pièces justificatives exige pour un médecin contractuel une convention précisant les modalités de sa rémunération.

Par ailleurs, son bulletin de paie n'indique pas l'échelon sur le fondement duquel le traitement serait calculé, se limitant à mentionner inutilement une base et un taux d'intérêt inconnu.

Il est versé chaque mois un montant identique pour du TTA, pour un jour et demi.

C'est une décision prise chaque mois par la directrice des affaires médicales qui valide ce temps. Par rapport aux tableaux de service, la notion de temps de travail additionnel est confondue avec celle d'obligations de service. Ainsi, en octobre 2016, la directrice décide que l'intéressé percevra « *1,5 indemnité pour temps de travail additionnel de jour au titre du temps de travail supplémentaire effectué au sein du service Gynécologie obstétrique pour la période du 1^{er} au 31 octobre 2016. (présence le 21/10/2016)* ».

Le tableau de service fait état de la présence de ce praticien pour deux demi-journées le 21 octobre 2016. Il a en réalité effectué les obligations de service prévues par son contrat mais n'a pas effectué de TTA, comme le rappelle la mention d'un seul jour pour le mois d'octobre 2016.

- le Dr. G

Les obligations de service définies par le contrat conclu en 2014 mais rétroactif à compter de 2009, consistent en « *deux demi-journées hebdomadaires en fonction de l'activité figurant sur le tableau de service* ».

S'agissant de la rémunération versée, le contrat stipule que : « Article 4 – Rémunération, carrière

Le praticien attaché percevra les émoluments mensuels calculés en fonction de son échelon et de la durée des obligations hebdomadaires de service conformément aux dispositions de l'article 14 du décret susvisé. »

Le contrat ne permet pas en réalité de définir le montant de la rémunération versée alors même que la nomenclature des pièces justificatives exige pour un médecin contractuel une convention précisant les modalités de sa rémunération.

Il peut être également fait état des mêmes griefs que pour le Dr. H :

- son bulletin de paie n'indique aucun échelon pour calculer son traitement, mentionnant une base et un taux d'intérêt inconnu ;
- il est versé chaque mois un montant identique pour du TTA (pour un jour et demi).

La directrice des affaires médicales valide ce temps chaque mois. Par rapport aux tableaux de service, la notion de TTA est confondue avec celle d'obligations de service. La directrice a même validé un service fait pour une période qui n'était pas encore commencée (sa décision du 5 juillet 2016 atteste d'un service fait pour la période d'octobre 2016 avec une présence au 14 octobre 2016).

Enfin, les versements de TTA ont été mensuels et constants pour ces deux praticiens, en méconnaissance de la réglementation.

Ainsi, pour ces deux praticiens, la rémunération du TTA a servi d'appoint à l'issue d'une négociation afin d'atteindre la rémunération qu'ils demandaient⁸².

3.3.7- L'activité libérale

L'activité libérale se conçoit comme l'accessoire de l'activité publique : le praticien ne peut effectuer des consultations, des hospitalisations ou des actes médico techniques s'il n'offre pas ces mêmes prestations d'abord dans le secteur public.

Sous certaines conditions posées aux articles L. 6154-1 et suivants du code de la santé publique, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans un établissement public de santé sont autorisés à y exercer une activité libérale dès lors que des missions de service public n'y font pas obstacle.

Cette activité libérale, qui peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation, « s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique ».

Par ailleurs, aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

3.3.7.1- L'évolution de l'activité libérale

Le praticien peut encaisser lui-même ses honoraires ou en confier le recouvrement à l'administration de l'établissement. Dans tous les cas, il doit fournir au directeur de l'établissement un état récapitulatif de son activité libérale⁸³.

En 2016, sur 31 praticiens du CHV ayant pratiqué une activité libérale, dix-huit ont choisi de percevoir leurs honoraires par entente directe avec le patient.

Quel que soit le mode de recouvrement choisi, le praticien doit verser trimestriellement une redevance sur ses honoraires à l'établissement, qui est enregistrée au compte 7531.

L'établissement comptabilise un niveau élevé de redevance, malgré une diminution continue avec une moyenne annuelle entre 2011 et 2017 de 619 k€ et un niveau de 469 k€ en fin de période.

Tableau 32 : Redevances versées au titre de l'activité libérale en euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne annuelle
CHV	766 939	775 257	760 938	596 663	491 571	473 872	468 946	619 169
Compte 7531*	708 815	771 875	747 397	592 226	479 051	462 785	ND	537 450

Source : balance des comptes/ CHV *Les écarts entre les données du CHV et celles comprises sur le compte 7531 s'expliquent par des rattachements à l'exercice⁸⁴.

Au titre de leur activité libérale, les praticiens ont perçu des montants élevés.

⁸² Cela ressort également d'une pièce trouvée lors de l'instruction qui montre que le service des ressources humaines a dû composer avec les éléments de rémunérations afin d'atteindre la cible de 1 000 euros nets mensuels.

⁸³ Article R. 6154-3 du code de la santé publique.

⁸⁴ Ainsi en 2013 des titres ont été émis mais correspondant à une redevance du quatrième trimestre 2012.

Ainsi, en 2015, les douze praticiens percevant le montant d'honoraires le plus élevé avaient une rémunération moyenne de 157 k€. Hormis pour deux de ces praticiens, les montants déclarés à l'établissement étaient systématiquement inférieurs à ceux retracés par l'assurance maladie par le biais du relevé SNIR. S'agissant de l'activité libérale en 2014, le tableau synthétisant les données par praticien ne comprenait pas le montant des honoraires SNIR. Selon le CHV, cela s'expliquait par le défaut d'envoi par la CPAM de ces renseignements.

Tableau 33 : Praticiens du CHV ayant perçu le montant le plus élevé d'honoraires au titre de l'activité libérale en 2015

N° RPPS	discipline/spécialité	proportion activité libérale		Activité privée : montant € honoraires SNIR annuel
		CS	Actes CCAM	
10003122495	Ophthalmologie	16 %	59 %	364 337
Praticien n° 1	Pathologie Cardio-Vasculaire	Non renseigné	19 %	235 839
Praticien n° 2	Pathologie Cardio-Vasculaire	0 %	19 %	225 908
Praticien n° 3	Ophthalmologie	6 %	15 %	170 855
Praticien n° 4	Radiodiagnostic - Imagerie	Non renseigné	28 %	140 358
Praticien n° 5	Pathologie Cardio-Vasculaire	Non renseigné	13 %	130 524
Praticien n° 6	Oto-Rhino-Laryngologie	20 %	32 %	126 072
Praticien n° 7	Radiodiagnostic - Imagerie	0 %	35 %	118 269
Praticien n° 8	Radiodiagnostic - Imagerie	0 %	38 %	116 136
Praticien n° 9	Radiodiagnostic - Imagerie	5 %	28 %	101 998
Praticien n° 10	Chirurgie orthopédique	10 %	16 %	108 399
Praticien n° 11	Chirurgie orthopédique	13 %	34 %	109 171

Source : CHV, documents produits à l'appui des PV de la CAL

3.3.7.2- Le contrôle exercé par la commission d'activité libérale

Aux termes de l'article L. 6154-5 du code de la santé publique « *dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité* ». Cette commission est chargée, de veiller au respect de la réglementation ainsi que des stipulations des contrats⁸⁵. Elle doit se réunir une fois par an⁸⁶.

En l'espèce, le Dr. Victor MARGESCU (ophtalmologue) a dépassé les 50 % d'activité pour les actes et déclaré une rémunération de 350 k€ au titre de l'activité libérale en 2016.

Le PV de la CAL du 20 juin 2016 indique que ce dépassement n'est pas le premier et que son dossier est transmis à l'ARS.

Le PV de la CAL du 25 juin 2015 fait état déjà des dépassements de ce praticien pour l'année 2014. Il est indiqué que ces dépassements du nombre d'actes CCAM effectués au titre de l'activité libérale par rapport à ceux réalisés en activité publique, ont été constatés depuis 2011 et « *mentionnés au cours des quatre dernières commissions d'activité libérale et ont fait l'objet de plusieurs rappels de règles* » transmises par lettres et courriels au praticien.

Les anciens PV indiquaient que ce praticien avait déjà été informé de ces irrégularités et qu'il s'était engagé à y mettre fin (ainsi du PV du 4 juillet 2013).

⁸⁵ R. 6154-5 du code de la santé publique.

⁸⁶ R. 6154-14 du code de la santé publique.

A l'issue d'une instruction conduite par la CPAM de la Drôme, le Dr. MARGESCU a expliqué « *qu'une part non négligeable de l'activité des internes qu'il supervise ne lui est pas attribuée* ».

Alors que les dispositions de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique prévoient que l'activité publique doit être exercée personnellement et à titre principal, la CAL a décidé de consentir « *une souplesse au niveau du recensement de l'activité publique des praticiens qui tient compte de l'activité des internes lorsque le senior participe à l'examen* ».

La CAL reconnaît « *qu'une partie des actes des internes est systématiquement attribué au chef de service* », les membres de la CAL proposant « *de demander aux secrétariats d'améliorer la répartition du codage des internes* ».

Des actes réalisés par des internes en l'absence de médecins séniors sont codés au bénéfice de ces deniers.

Pourtant, le praticien doit assurer lui-même les consultations, interventions et actes en hospitalisation pour ceux imputés à son activité publique et il ne peut pas les déléguer à un autre praticien ni aux praticiens de son service. La vérification de ce point incombe à la CAL.

La chambre constate que le codage au profit des chefs de service d'actes réalisés en autonomie par les internes ou d'autres praticiens ne bénéficiant pas du plein exercice, a pour effet de majorer indument la part des actes réalisés au titre de l'activité publique des praticiens exerçant par ailleurs une activité libérale.

Le PV de la CAL de 2015 indique qu'une « *nouvelle CAL devra être programmée (sur septembre ou octobre en fonction des données disponibles) afin d'évaluer l'évolution de l'activité du Dr. MARGESCU* ». La chambre constate que cette réunion extraordinaire de la CAL ne s'est pas tenue.

Tableau 34 : Activité libérale du Dr. MARGESCU entre 2011 et 2016

	Proportion activité libérale		Activité privée : montant € honoraires SNIR annuel
	CS	Actes CCAM	
2011	ND	60 %	235 633
2012	ND	64 %	241 599
2013	29 %	59 %	271 759
2014	27 %	68 %	Non renseigné mais 324 773 euros de revenus déclarés
2015	16 %	59 %	364 337
2016	22 %	63 %	Non renseigné mais 83 196 euros de revenus déclarés

Source : CHV, documents produits à l'appui des PV de la CAL

En 2016, quatre praticiens, dont le Dr. MARGESCU, présentent une activité libérale déclarée supérieure à celle réalisée soit en termes de nombre d'actes, soit en termes de nombre de consultations.

Le PV de la CAL du 22 juin 2017 évoque le départ du Dr. MARGESCU et un courrier qui sera transmis au Dr. J « *pour rappel de la réglementation applicable en la matière* ».

La chambre observe ainsi que pendant six années de suite, un praticien a dépassé le plafond réglementaire du nombre d'actes sans qu'aucune décision n'ait été prise par l'établissement ; il a ainsi conservé son autorisation d'activité libérale malgré la constatation récurrente d'irrégularités. Il ressort en particulier de l'article L. 6154-6 du code de la santé publique que l'autorisation d'exercice de l'activité libérale peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'ARS (DGARS) en cas de non-respect par le praticien des obligations « *qui lui*

incombent en vertu des lois et règlements » ; il revient au directeur de l'hôpital ou au président de la commission d'activité libérale d'informer le DGARS de ces manquements.

3.3.7.3- Les contrats d'activité libérale

Selon l'article L. 6154-4 du code de la santé publique, « *les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire. Ce contrat, d'une durée de cinq ans, est transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'agence régionale de santé avec son avis ainsi que ceux du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement* ». L'approbation du contrat par le directeur général vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale, ce qui a conduit la jurisprudence à écarter la nature contractuelle de l'acte et à le qualifier d'acte unilatéral du DGARS⁸⁷.

Un contrat type posant les stipulations minimum et obligatoires est prévu par l'article R. 6154-4 du code de la santé publique.

L'établissement a retranscrit l'essentiel des clauses du contrat type pour les contrats conclus antérieurement à 2017. Il est également précisé dans une annexe non signée par les parties les plages horaires réservées à l'activité libérale.

Un contrat approuvé en octobre 2017 contient une clause selon laquelle le praticien s'engage à communiquer chaque mois un « *tableau prévisionnel de service puis le tableau réalisé précisant les jours ou demi-journée consacrés aux activités publiques et libérales* », l'établissement reprenant en partie l'obligation introduite à l'annexe de l'article R. 6154-4 du code de la santé par le décret du 11 avril 2017⁸⁸. Il pourrait pleinement s'y conformer en exigeant également la production trimestrielle d'un « *état récapitulatif de l'exercice de l'activité libérale précisant le nombre et la nature des actes et des consultations effectuées au titre de chacune d'elles* ».

Depuis 2017, les contrats d'activité libérale doivent inclure une clause introduite à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 selon laquelle le praticien s'engage « *en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte* ».

Le contrat produit ne contient pas cet engagement mais l'ordonnateur a indiqué vouloir l'introduire dans les prochains contrats.

D'une manière générale, la mention de l'activité libérale n'apparaît pas sur les tableaux de service. Ainsi, en gynécologie, pour un praticien pour lequel les tableaux de service 2015 comme 2016 ne mentionnent pas l'activité libérale alors même que les montants annuels déclarés sont importants (25 774 € en 2015 et 55 760 € en 2016). C'est également le cas pour un autre médecin en 2015 qui a pourtant déclaré percevoir 70 065 € au titre de l'activité libérale (le relevé SNIR faisant état de 75 134 €).

L'ordonnateur justifie cette absence de mention de l'activité libérale par le fait que les contrats contiennent en annexe les demi-journées réservées à cette activité. La chambre constate que ces annexes s'analysent comme des documents prévisionnels qui ne préjugent donc pas de l'activité réalisée tant au cours de ces plages qu'en dehors ; la mention de l'activité libérale

⁸⁷ CE du 3 février 2003, *Syndicat national de défense pour l'exercice libéral de la médecine à l'hôpital*.

⁸⁸ Décret n° 2017-523 du 11 avril 2017 modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé.

dans les tableaux de service est le seul moyen d'attester de la nature de l'activité réalisée.

La chambre recommande à l'ordonnateur de mieux encadrer l'activité libérale en veillant, d'une part, à sa mention dans les tableaux de service réalisés, et, d'autre part, à la reprise de l'ensemble des clauses et des engagements prévus par les textes dans les contrats d'activité libérale.

*

La chambre constate de nombreuses anomalies relatives à la gestion du personnel médical.

L'absence de tableaux de service dans certaines spécialités a empêché tout contrôle par l'ordonnateur du travail effectivement réalisé par les praticiens et a fortiori du temps de travail additionnel.

L'augmentation des dépenses d'intérim tient à la pénurie de certaines spécialités médicales, mais elle est aggravée par le manque de coopération entre les établissements publics, parfois au sein du GHT.

Le CHV a rémunéré des praticiens contractuels au-delà des plafonds réglementaires, dans des proportions très importantes.

Des praticiens autorisés à exercer une activité médicale à l'hôpital n'ont pas respecté, et parfois pendant plusieurs années, les obligations réglementaires de plafonnement de cette activité, sans réaction de la part du CHV comme de l'ARS, faute d'information en la matière.

4- LA FIABILITE DES COMPTES

Les travaux de fiabilisation menés par l'établissement dans le cadre de la préparation à la certification des comptes ont permis de corriger certaines pratiques ou méthodes comptables afin de garantir la sincérité et la régularité des comptes. Ces corrections sont intervenues au bilan d'ouverture pour une première certification des comptes clôturés le 31 décembre 2015. Les progrès réalisés par le CHV dans ce domaine lui ont permis d'obtenir une certification des comptes 2015 sans réserve. Plusieurs points méritent cependant d'être signalés.

4.1- Le principe de sincérité et de régularité

4.1.1- Le suivi des immobilisations et de l'état de l'actif

Les écart d'inventaire entre le comptable et l'ordonnateur ont été corrigés au bilan d'ouverture 2015 sur le compte d'immobilisation « matériel et outillage », de même que les écarts résiduels sur l'ensemble des autres comptes. De la même manière les biens mis au rebut ou cédés qui figuraient toujours à l'actif ont fait l'objet de régularisations. Enfin, le rapprochement entre l'état de l'actif et l'application de gestion de la maintenance du biomédical a permis de purger l'actif de l'ensemble des équipements qui n'étaient plus en service.

4.1.2- L'intégration des immobilisations en cours

Le compte 23 enregistre les charges relatives aux opérations d'investissement en cours de réalisation. Une fois l'opération terminée le coût total de celle-ci est imputé sur le compte d'immobilisation définitif, le compte 20 s'il s'agit d'une immobilisation incorporelle ou le compte 21 dans le cas d'une immobilisation corporelle.

Hormis en 2014 et 2015 et en lien avec des travaux de restructuration, le rapport entre les immobilisations en cours et les immobilisations est satisfaisant.

4.1.3- Le calcul des amortissements

Des durées d'amortissement excessives concernant deux bâtiments (réhabilitation du bâtiment principal et pôle mère enfant) ont été corrigées, passant de 50 à 35 ans à l'occasion de la certification. L'établissement a mis en œuvre la règle d'amortissement par composant à compter de 2016.

4.1.4- La comptabilisation des stocks

Le CHV comptabilise depuis l'exercice 2015 les stocks présents dans les services. Auparavant, seul le stock central était comptabilisé, les logiciels de gestion considérant toute sortie du stock central comme une consommation.

Le CHV a régulièrement procédé aux écritures de correction en balance d'entrée 2015.

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

4.2.1- Le rattachement des charges à payer

Hormis quelques situations très conjoncturelles qu'il était difficile à l'établissement d'anticiper, les charges sur exercices antérieurs constatées sur les différents exercices traduisent une qualité insuffisante de la comptabilité d'engagement.

Tableau 35 : Charges sur exercices antérieurs en euros

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
6721- Charges de personnel	212 696	364 797	841 907	724 559	447 416	417 731
6722-Charges à caractère médical			12 203	1 754		13 564
6723-Charges à caractère hôtelier	14 453	95 087	146 073	600 397	79 618	245 456
6728-Autres charges	83 889	279 465	192 377	169 108	72 257	7 827
672-Total	311 038	739 349	1 192 560	1 495 818	599 291	684 578

Source : comptes de gestion

L'établissement explique que les montants importants constatés sur les charges de personnel sur exercices antérieurs en 2013 et 2014 sont consécutifs à une accélération au cours de ces deux exercices du traitement par la CNRACL⁸⁹ des dossiers pour validation de services qu'il était difficile d'anticiper. Pour le reste, il s'agit principalement de défauts d'engagement concernant soit l'exécution de conventions, soit la réalisation de missions d'intérim.

Sur les autres postes, il s'agit là encore de défauts d'engagement. Le montant élevé constaté en 2014 sur les charges hôtelières résulte de la mise en œuvre récente (2013) du GCS de restauration qui aurait tardé à transmettre sa dernière facture de l'exercice (476 k€) parvenue après la clôture des comptes du CHV. Si le CHV n'était pas en mesure de procéder au

⁸⁹ Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

rattachement de charge à l'euro près, il est pour autant anormal que la charge ait été totalement ignorée sur l'exercice 2013 et reportée intégralement sur 2014. Ainsi, les résultats 2013 et 2014 sont faussés.

La chambre appelle l'attention du directeur sur le respect de la comptabilité d'engagement.

4.2.2- Le rattachement des produits à l'exercice

A la clôture de l'exercice 2014, l'établissement s'est mis en conformité avec la nouvelle règle de comptabilisation des séjours réalisés à cheval sur deux exercices, règle établie conjointement par la direction générale de l'organisation des soins et la direction générale des finances publiques⁹⁰.

Il s'agit de séjours commencés avant le 31 décembre N et achevés après le 1^{er} janvier N+1. Leur facturation n'est émise qu'à l'issue du séjour en N+1. Cependant, le principe d'indépendance des exercices impose que les produits correspondant à la partie du séjour réalisée en N soient rattachés à cet exercice sous forme d'un produit à recevoir.

S'agissant d'un changement de méthode comptable, il convient de neutraliser la première année l'impact sur le résultat, qui peut être très significatif, au moyen d'une écriture de correction en situation nette⁹¹. Or l'établissement n'a pas procédé de la sorte et a traité à la clôture 2014 l'opération de rattachement comme si elle avait été réalisée de la même manière à la clôture de l'exercice 2013. Il a ainsi enregistré à tort un produit au compte de résultat de 1,488 M€ et a majoré en conséquence indument le résultat de l'exercice 2014 qui s'établissait à 1,068 M€ pour le budget principal. La chambre observe que cette opération a faussé le résultat de l'exercice 2014. Sans cette écriture irrégulière, le résultat de l'exercice 2014 aurait été déficitaire.

4.3- Le principe de prudence et la constitution des provisions

A la suite de la certification, les montants de provision pour CET ont été ajustés.

S'agissant des provisions pour risques et charges liées aux transports SMUR secondaires⁹²,

⁹⁰ Fiche comptable n° 16 : « comptabilisation et valorisation des produits liés aux séjours à cheval » - DGOS-DGFIP.

⁹¹ La première année de mise en œuvre, N, l'opération de rattachement se fait à la clôture de l'exercice sur les séjours de fin d'année et conduit à enregistrer un produit supplémentaire sur N. Mais, dans la mesure où la même opération de rattachement n'avait pas été comptabilisée à la clôture de l'exercice précédent N-1, le produit qui aurait dû être rattaché à N-1 est en fait constaté sur N. On enregistre donc, la première année de mise en œuvre, une double comptabilisation des produits à rattacher sur un même exercice. Ceci fausse le résultat de manière significative en majorant les produits de l'exercice N. Pour neutraliser cet impact il est nécessaire de passer une écriture de correction directement au bilan sans passer par le compte de résultat, dite correction en situation nette (cf. fiche n° 16, p.3 et instruction M21 tome 2, chapitre 10).

⁹² En vertu de l'article R. 6123-15 du code de la santé publique il convient de distinguer entre :

- les transports primaires, qui correspondent aux transports de patients du lieu de prise en charge (par exemple domicile) vers l'établissement de santé réalisant l'acte ou la prestation correspondant au motif du transport ;
- les transports secondaires, qui correspondent aux transports réalisés pour le patient entre deux établissements de santé pour un séjour provisoire ou définitif et aux transports de retour à domicile des patients.

Depuis la circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 définissant les règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, les conditions de facturation des transports SMUR secondaire ont été à l'origine d'un important contentieux entre ces établissements : les établissements demandeurs de tels transports n'ont plus payé les transports commandés tandis que les établissements effecteurs ne reconnaissaient pas la valeur juridique de cette circulaire. Le décret n° 2017-390 du 23 mars 2017 entendait simplifier le droit en supprimant toute possibilité de facturer les transports secondaires à compter du 1^{er} mars 2017 et en abondant simultanément la dotation MIG SMUR en compensation de la perte subie par les établissements sièges de SMUR. Depuis cette date, le financement par cette MIG est donc désormais possible pour couvrir toutes les interventions SMUR et ceci, quel que soit le lieu de prise en charge médicale du patient, dès lors qu'il y a sortie du SMUR. Cependant la prise

le CHV a fait le choix à partir de 2015 de provisionner les créances relatives à la facturation de ces transports. Au 31 décembre 2016, cette provision s'élevait à 851 k€.

Le risque d'irrecouvrabilité demeurant entier, l'établissement avait fait preuve de prudence en couvrant ce risque par la constitution d'une provision.

En 2017 l'ensemble des titres émis pour les transports SMUR secondaires a été annulé.

La provision SMUR initialement constituée a été reprise en totalité.

La méthode de calcul de la provision pour dépréciation des comptes de tiers a été revue afin de mieux cerner les risques de non-recouvrement. Une méthode statistique fondée sur le taux moyen de non-recouvrement estimé par débiteur a été mise en place. Les dossiers supérieurs à 10 k€ font l'objet d'un examen au cas par cas.

5- LA SITUATION FINANCIERE

Sauf indications contraires :

- ♦ les sources des tableaux présentés ci-après (dans ce chapitre et en annexe) sont les comptes de gestion du comptable public, retraités par le logiciel d'analyse financière des juridictions financières ;
- ♦ les données retracées concernent l'ensemble des budgets sous un angle consolidé.

5.1- **La formation de la CAF brute**

5.1.1- Les produits bruts de l'exploitation

Les produits bruts de l'exploitation⁹³ tous budgets confondus du CHV s'établissent à plus de 193 M€ en 2016. Durant la période sous revue ils progressent en moyenne de 3,3 % par an (cf. annexe).

Cette croissance résulte pour plus de deux tiers de la progression des produits de l'activité hospitalière ; il convient également de relever la hausse des subventions et des rétrocessions de médicaments de près de 5 M€ sur la période. L'augmentation des subventions d'exploitation à partir de 2012 correspond à la mise en place du fonds d'intervention régional (FIR) et doit de ce fait être rattachée à la progression des produits de l'activité. Il ne s'agit en réalité pas d'une véritable recette supplémentaire dans la mesure où le FIR est alimenté par prélèvement sur la dotation liée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Les produits retracés sur la ligne « *ventes de marchandises* » correspondent aux rétrocessions de médicaments. Leur augmentation s'accompagne d'une progression équivalente des charges, ce qui neutralise tout effet positif sur la CAF.

en charge des factures émises antérieurement à cette nouvelle disposition et restant impayées n'a fait l'objet d'aucun traitement particulier. De plus une décision récente du Conseil d'État (n° 393311 du 8 février 2017) tranche en faveur d'une clinique qui refusait d'honorer plusieurs factures de transports secondaires à un CHU.

⁹³ Il s'agit de l'ensemble des produits, y compris les subventions, perçus par l'établissement en contrepartie d'une activité.

Les produits bruts de l'exploitation des budgets annexes représentent 2,5 % de l'ensemble des produits en 2016 et sont stables en valeur.

5.1.1.1- Les produits de l'activité hospitalière

Les produits de l'activité hospitalière augmentent de 3,3 % en moyenne par an, soit 24 M€ au total. Ils atteignent plus de 163 M€ en 2016, représentant 85 % des produits bruts tous budgets confondus contre 89 % en 2011 (cf. annexe).

- Les produits de la tarification à l'activité

Les produits de la tarification à l'activité, correspondant aux recettes issues de la facturation des séjours d'hospitalisation et des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus, progressent en moyenne de 3,5 % par an.

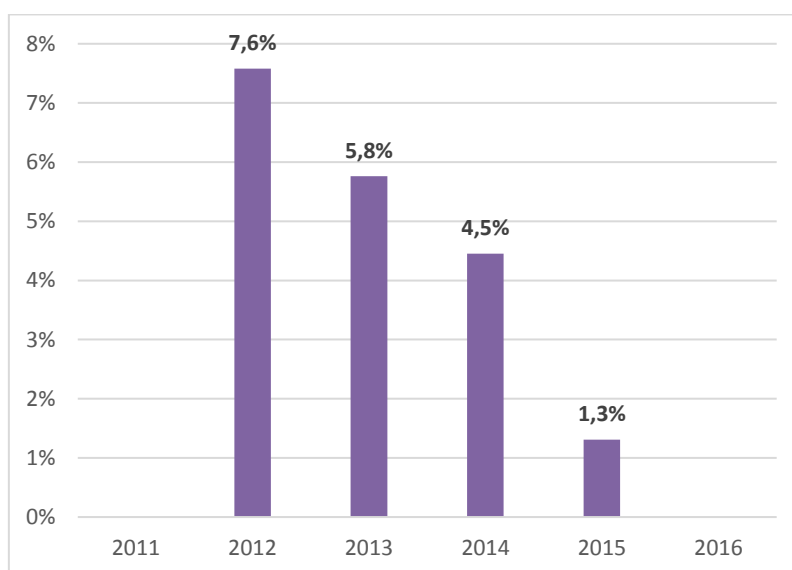
Tableau 36 : Evolution des produits de la tarification à l'activité

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Produits de la tarification à l'activité (a)	95 687 458	101 368 948	107 070 617	111 427 498	113 251 464	113 760 521	+ 3,5%
Dont pdts de la tarification des séjours	83 236 331	89 544 324	94 705 952	98 921 605	100 213 068	100 113 327	+ 3,8 %
Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus	12 451 127	11 824 624	12 364 665	12 505 893	13 038 396	13 647 195	+ 1,9 %

Entre 2011 et 2016, la progression des seules recettes issues de la facturation des séjours est de 20 % pour une croissance de 18 % du nombre de séjours.

Les produits de la tarification des séjours n'ont cessé d'augmenter jusqu'en 2015, avant de se stabiliser en 2016.

Figure 3 : Taux d'évolution des produits de la tarification des séjours



Source : ANAFI – retraitement CRC

Le CHV dispose aujourd'hui d'une marge de progression plus faible en matière de recettes

liées à l'activité avec une baisse de 0,1 % entre 2015 et 2016 ; il doit dorénavant assurer une bonne maîtrise de ses dépenses pour garantir son équilibre budgétaire.

Les produits des médicaments et dispositifs médicaux connaissent une relative stabilité dans un contexte de forte croissance de l'activité. Cette situation est à souligner car ces postes de recettes sont très dynamiques au plan national. L'établissement n'explique cette situation particulière que par les mouvements d'entrée-sortie sur la liste des produits remboursés ou encore par la présence ou non de patients réclamant un traitement particulièrement onéreux. La chambre constate que deux activités grandes consommatrices de dispositifs médicaux implantables ayant connu un fort développement sur la période, la cardiologie interventionnelle et la chirurgie orthopédique, n'ont pas pesé sur le rythme de croissance de ce poste.

- ♦ Les produits forfaitaires

Les produits forfaitaires sont composés de la dotation de financement des MIGAC⁹⁴, de la dotation annuelle de financement de l'activité SSR et de forfaits destinés à couvrir le socle de financement des activités d'urgence et de prélèvements transplantations d'organes.

Tableau 37 : Evolution des produits forfaitaires

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Produits forfaitaires	18 411 693	16 724 225	15 512 850	15 845 959	16 884 489	18 670 520	+ 0,3 %
Dont forfait urgences, prélèvements et transplantations	3 409 248	3 662 062	3 674 865	3 674 865	3 846 517	3 989 402	+ 3,2 %
Dont MIGAC	11 266 764	9 297 320	8 045 098	8 159 875	9 030 178	10 710 068	- 1,0 %
Dont DAF	3 735 681	3 764 843	3 792 887	4 011 219	4 007 794	3 971 050	+ 1,2 %

En apparence, le montant des produits forfaitaires est en recul du fait d'une diminution de la dotation MIGAC jusqu'en 2013. Cette baisse de l'enveloppe MIGAC s'explique par la création du FIR alimentée progressivement par transfert de ressources provenant de la dotation MIGAC⁹⁵.

Si l'on agrège FIR et dotation MIGAC, la tendance s'inverse : une progression de 4,5 M€ est constatée de 2011 à 2016 après retraitement des aides exceptionnelles obtenues pour soutenir tant l'exploitation que l'investissement.

Tableau 38 : Evolution des financements MIGAC + FIR

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dotation MIGAC	11 266 764	9 297 320	8 045 098	8 159 875	9 030 178	10 710 068
Dotation FIR		1 719 163	4 001 040	9 509 409	4 878 922	5 018 694
TOTAL MIGAC+FIR	11 266 764	11 016 483	12 046 138	17 669 284	13 909 100	15 728 762
Retraitement aides			2 000 000	5 000 000		
TOTAL MIGAC+FIR hors AIDES	11 266 764	11 016 483	10 046 138	12 669 284	13 909 100	15 728 762

Source : établissement, retraitement chambre régionale des comptes

- ♦ Les produits faisant l'objet d'une tarification spécifique

⁹⁴ Missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation.

⁹⁵ Cette opération avait pour but d'isoler certains financements sur lesquels le ministère de la santé souhaitait offrir davantage de marge de manœuvre aux agences régionales de santé dans l'allocation des moyens aux établissements.

Les produits résultant de l'activité externe (consultations, actes et passages aux urgences) progressent de 3,4 M€, à un rythme annuel moyen supérieur à 7 %. Ils représentent en 2015 plus de 7 % du chiffre d'affaires de l'établissement.

Tableau 39 : Evolution des produits à tarification spécifique

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique	10 198 442	11 079 905	11 940 656	12 735 860	13 580 989	14 894 986
dont consultations externes	8 996 320	8 116 118	8 835 924	9 380 990	10 002 712	11 108 092
dont forfaits urgences	1 094 960	1 076 064	1 088 043	1 116 958	1 160 737	1 074 897
Dont autres forfaits (sécurité + techniques)	107162	1 887 723	2 016 689	2 237 913	2 417 540	2 711 996

Cette importante augmentation repose principalement sur les forfaits techniques facturés à l'occasion d'actes d'imagerie de coupe (scanner, IRM).

- Les produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie

Les produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie relèvent :

- soit du reste à charge pour les patients assurés sociaux ;
- soit de la facturation effectuée à l'encontre de patients étrangers ou d'autres établissements de santé.

Tableau 40 : Evolution des restes à charge

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie	15 069 411	15 666 072	15 606 393	15 292 952	15 240 938	16 289 589	+ 1,6 %
Dt pdts à la charge des patients et complémentaires santé	12 343 806	12 795 221	12 763 081	13 139 401	12 894 815	14 071 216	+ 2,7 %
Dt pdts sur patients étrangers et autres établissements	2 725 605	2 870 851	2 843 313	2 153 550	2 346 122	2 218 373	- 4,0 %

Les restes à charges progressent en moyenne de 1,6 % par an. Ce taux d'évolution est faible au regard de la progression de l'activité, de l'évolution des tarifs journaliers et des taux de prise en charge.

La chambre invite l'établissement à sécuriser sa chaîne de facturation afin de garantir l'exhaustivité des recettes facturées.

Les autres produits facturés aux patients étrangers et autres établissements diminuent pour plus de 500 k€.

Tableau 41 : Evolution des comptes 733 et 734

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation
733-Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	1 616 603	1 558 393	1 754 327	1 194 481	1 234 945	1 252 254	- 364 349
734-Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement	1 109 003	1 312 459	1 088 985	959 070	1 111 177	966 118	- 142 885

Source : Comptes de gestion

La baisse des produits provenant de la facturation aux patients étrangers n'appelle pas d'observation. Toutefois, les produits relevant de la facturation à d'autres établissements auraient dû progresser. Compte tenu du plateau technique dont il dispose (imagerie,

cytogénétique, anatomopathologie) le CHV pourrait multiplier les accords avec les établissements environnants afin que ceux-ci lui adressent en priorité leurs demandes d'examen.

En réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur indique que si plusieurs accords avec des établissements environnants en particulier en imagerie et en anatomopathologie ont été conclus⁹⁶, le principal d'entre eux, à savoir les HDN, aurait refusé de s'inscrire dans une coopération avec l'établissement valentinois malgré plusieurs propositions en ce sens.

5.1.1.2- Les rétrocessions de médicaments

Passant de 5,5 M€ en 2011 à 11,2 M€ en 2016, ces recettes sont directement liées à la liste des médicaments autorisés à la rétrocession. Ainsi, la très forte augmentation enregistrée en 2014 correspond à l'introduction sur cette liste d'une nouvelle molécule très coûteuse destinée au traitement de l'hépatite C.

Tableau 42 : Evolution des rétrocessions de médicaments

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. annuelle moyenne
Rétrocession de médicaments	5 463 228	6 019 998	5 854 734	8 273 140	9 451 978	11 194 530	15,4 %

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

L'évolution des produits des rétrocessions est directement liée à celle des charges afférentes. Seule la marge facturée sur chaque vente constitue in fine une recette nette affectant positivement la CAF et le résultat. Cette marge représente 227 k€ en 2016.

5.1.1.3- Les produits annexes

Avec près de 5 M€, les produits annexes représentent 2,5 % de l'ensemble des produits en 2016. Ils ont progressé à un rythme moyen annuel de 7,2 %.

Tableau 43 : Evolution des produits annexes

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. annuelle moyenne
Produits annexes	3 455 942	4 263 299	4 548 727	4 845 781	5 105 756	4 903 538	7,2 %

Les principales évolutions portent sur les produits issus de la majoration pour chambre particulière, qui ont connu une progression moyenne annuelle de 45 % (0,96 M€ en 2016 contre 0,22 M€ en 2011) et les mises à disposition de personnel contre remboursement passées de 1,5 M€ en 2011 à 1,9 M€ en 2016.

S'agissant de la facturation des chambres particulières, l'établissement considère disposer encore d'une marge de progression⁹⁷ et s'est fixé un objectif de gain de 70 k€ en 2018 grâce à une amélioration du taux de facturation de ces chambres⁹⁸.

5.1.1.4- Les produits de l'activité des autres budgets (USLD et EHPAD)

Les produits relatifs aux budgets annexes de long séjour et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes n'ont que très peu évolué passant de 7,4 M€ en 2011 à 7,9 M€ en 2015.

⁹⁶ Notamment les CH de Crest, de Die dans ces deux spécialités et avec le CH de Privas pour l'imagerie uniquement.

⁹⁷ Cf. le rapport du directeur sur l'EPRD 2017.

⁹⁸ Cf. le rapport du directeur sur l'EPRD 2018.

Ils représentent 4,2 % du total des produits de gestion tous budgets confondus (cf. annexe).

5.1.2- La formation de la valeur ajoutée

La valeur ajoutée constitue un indicateur économique de la création de richesse apportée par l'établissement. Elle se calcule par différence entre le produit total et les consommations intermédiaires (biens et services).

Les consommations intermédiaires s'établissent à 55,9 M€ en 2016 et représentent environ 29 % des produits d'exploitation. Elles progressent en moyenne de 4,6 % par an (cf. annexe), soit à un rythme semblable à celui de ces mêmes produits (4,4 %).

Les achats ont progressé de 11,3 M€ (5,5 % en rythme annuel), dont une augmentation de 5 M€ entre 2015 et 2016. Les plus fortes évolutions concernent les médicaments (+ 8,3 M€) et les dispositifs médicaux (+ 3,9 M€). Deux autres familles d'achats viennent tempérer ces très fortes hausses. L'alimentation (- 1 M€) ne fait plus l'objet d'achats directs par le CHV pour la confection des repas depuis 2013 avec la mise en place du GCS de restauration avec les HDN. Pour la même raison, le poste des fournitures hôtelières a baissé de plus de la moitié jusqu'en 2015 (- 0,48 M€), avant une légère hausse en 2016 (+ 212 k€). Les charges afférentes n'ont pour autant pas complètement disparu puisqu'elles se retrouvent dans la contribution que l'établissement verse au GCS, qui n'intervient toutefois pas au niveau de la formation de la valeur ajoutée⁹⁹.

Les charges de services extérieurs sont en légère diminution (- 0,2 M€). La baisse très importante des primes d'assurance, de près de 1 M€, a permis de compenser les augmentations constatées sur l'entretien et les réparations tant sur le matériel médical (+ 0,3 M€) que non médical (+ 0,1 M€).

La valeur ajoutée s'est appréciée de 4,2 % en moyenne chaque année depuis 2011 (cf. annexe). Elle s'élève à près de 133 M€ en 2016 contre 108,1 M€ en 2011. Le rythme d'évolution toutefois ralentit en fin de période. Il convient de tenir également compte de l'externalisation de la prestation repas, qui se traduit par un transfert de charges des comptes de consommations intermédiaires vers les autres charges de gestion, ce qui majore mécaniquement le montant de la valeur ajoutée.

5.1.3- La formation de la marge brute d'exploitation

La marge brute d'exploitation a doublé, passant de 8,5 M€ en 2011 à 16,1 M€ en 2015. Elle représente sur ce dernier exercice 8,3 % des produits courants, taux que l'on considère généralement comme l'objectif à atteindre pour garantir le financement des investissements passés et à venir.

Ce bon résultat tient en partie à la maîtrise des dépenses de personnel, qui progressent en moyenne de 3,1 % par an alors que la valeur ajoutée augmente à un rythme annuel moyen de

⁹⁹ Cette contribution enregistrée au compte 652 intervient dans le calcul de la marge brute d'exploitation (qui correspond au résultat économique brut majoré des autres produits de gestion et diminué des autres charges de gestion).

5 %. La forte progression des autres charges de gestion en 2013 et 2014, qui pèse sur la marge brute, résulte de la mutualisation de la fonction restauration dans le cadre du GCS déjà citée.

Toutefois, compte tenu de l'augmentation de près de 4 M€ des charges de personnel en 2016, la marge brute diminue, de sorte que le taux de marge baisse à 6,7 % (cf. annexe).

Le taux de marge, hormis en 2015, est systématiquement inférieur à la cible de 8 %.

Les projections disponibles pour 2017 et 2018 de l'établissement¹⁰⁰ indiquent une dégradation de ce taux, passant à 4,76 % en 2017 puis à 4,07 % selon l'EPRD 2018.

Cette dégradation persistante du taux de marge est un signe d'alerte, le CHV ne pouvant en réalité plus investir sans l'appui de l'ARS.

5.1.4- La capacité d'autofinancement brute

La reconstitution de la marge brute s'accompagne d'une forte appréciation également de la capacité d'autofinancement, qui double entre 2011 et 2015, avant de baisser de plus de 2 M€ en 2016 pour s'établir à 10,2 M€. Ce niveau de capacité d'autofinancement a été atteint également grâce à la stabilité des frais financiers.

Tableau 44 : Evolution de la capacité d'autofinancement brute

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. annuelle moyenne
Marge brute d'exploitation	8 487 512	10 896 308	13 138 526	16 146 209	16 084 306	13 251 300	+ 9,3 %
- Frais financiers nets réels	3 360 724	3 639 871	3 524 561	3 373 614	3 208 542	2 962 880	- 2,5 %
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	1 565 128	1 675 747	2 009 603	2 302 274	712 717	1 450 678	- 1,5 %
- Charges exceptionnelles réelles	658 478	1 320 907	2 581 643	2 053 070	1 093 735	1 514 538	+ 18,1 %
= Capacité d'autofinancement brute	6 033 439	7 611 276	9 041 925	13 021 799	12 494 746	10 224 560	+ 11,1 %
<i>en % du total des produits</i>	3,71 %	4,43 %	5,04 %	6,94 %	6,47 %	5,13 %	+ 6,7 %

Les charges exceptionnelles, et plus particulièrement les charges sur exercices antérieurs et les annulations de titres, ont progressé de façon importante jusqu'en 2013 avant de retrouver progressivement un niveau plus habituel. L'augmentation des charges sur exercices antérieurs témoigne de difficultés dans le rattachement des charges à l'exercice auquel elles se rapportent. Ce point doit faire l'objet d'une vigilance particulière dans le cadre du respect du principe d'indépendance des exercices.

Selon l'établissement, la CAF continue de se détériorer en 2017, faisant peser un risque sur la poursuite du programme d'investissement¹⁰¹.

5.2- Le financement des investissements

5.2.1- La formation de la capacité d'autofinancement nette et les principaux investissements réalisés ou en cours

En lien avec l'évolution de la CAF brute, la CAF nette atteint un pic en 2014 pour en revanche devenir très déficitaire en 2016 (cf. annexe).

L'enchaînement des opérations immobilières de reconstruction et rénovation des bâtiments

¹⁰⁰ Compte financier provisoire et note du 22 décembre 2017 sur l'exécution de l'EPRD 2017 et les hypothèses retenues pour l'élaboration de l'EPRD 2018.

¹⁰¹ Rapport du directeur EPRD 2018.

d'hospitalisation au cours de ces dernières années a pu en partie être financé directement par l'établissement, mais a nécessité pour une autre part la mobilisation de nouveaux emprunts (près de 30 M€ depuis 2011, cf. annexe). L'ARS a apporté également plus de 30 M€ à compter de 2014, ce qui a permis au CHV d'investir tout en se désendettant (cf. infra).

Les projets de l'établissement, en cours et à venir, portent à présent sur l'extension et la modernisation du plateau technique. Même si le principal d'entre eux a fait l'objet d'une participation financière de l'ARS¹⁰², la nécessité de mobiliser de nouveaux emprunts à brève échéance peut présenter un risque de dégradation de la situation financière du centre hospitalier. Ce risque apparaît d'autant plus marqué que l'équilibre budgétaire retrouvé sur la période 2013-2015 repose avant tout sur le développement conséquent de l'activité et des recettes. Or, comme le démontre le résultat enregistré en 2016, cette stratégie principalement orientée sur la croissance du chiffre d'affaires peut rapidement se retourner, sans que l'établissement ne dispose pleinement des leviers nécessaires au rétablissement de la situation.

5.2.2- Le PPI 2016-2023

Le PPI affecte en premier lieu les exercices 2016 (21,9 M€) et 2017 (15,2 M€) avant de se stabiliser entre 10 et 12 M€ par année, pour finalement s'établir à moins de 8 M€ en 2023.

Selon le PPI et le rapport du directeur sur l'EPRD 2016, trois opérations sont distinguées :

- les opérations prioritaires (10 M€) répondant à une nécessité de mise aux normes et qui sont en cours de réalisation. Pour l'essentiel, il s'agit de l'opération de modernisation dont la phase 2 s'est achevée en début d'année 2016 avec la réception de la nouvelle barre ouest qui abrite le bâtiment de chirurgie. La phase 3 prévoit le désamiantage et la démolition d'une aile ;
- le renouvellement des immobilisations existantes (43 M€). Cette ligne comprend les équipements lourds supérieurs à 250 K€ et peut occasionner des variations importantes d'une année sur l'autre ;
- le « plan directeur » pour 45,5 M€. Plusieurs opérations sont démarrées (IRM 3 ou Logistique médico technique avec la restructuration des laboratoires anapathologie). L'opération la plus structurante consiste à rénover et mettre aux normes plusieurs unités du plateau technique de l'établissement ainsi que certains services de soins critiques. Le coût dans le scénario de base est estimé à 27,5 M€ pour les travaux¹⁰³.

La rénovation de l'EHPAD de Beauvallon (coût total d'environ 11 M€) n'est pas prévue dans ce plan. Une autorisation du département conditionne l'avancement de ce dossier. Les impacts financiers de cette opération sont cependant absorbés par le budget annexe consacré à l'EHPAD. Cette opération devrait donc être neutre du point de vue des capacités financières propres au champ sanitaire de l'activité de l'hôpital.

Le financement du PPI repose sur une marge brute à 8 %, une subvention sous forme de crédits FIR¹⁰⁴ versée par anticipation dès 2016 et un recours maîtrisé à l'emprunt.

La subvention attendue au titre du FIR de 20 M€ pour 2016, a finalement été versée en 2017. 384 k€ ont été versés cette même année dans le cadre du plan hôpital numérique.

¹⁰² Si en 2017 l'hôpital a pu lancer son opération d'investissement de reconstruction du bloc et d'aménagement de la maternité, cela a été permis par une aide de l'ARS de 20 M€ versée au titre du FIR.

¹⁰³ 28,9 M€ pour le coût total de l'opération.

¹⁰⁴ Fonds d'intervention régional.

Le remboursement du capital de la dette (41 M€ d'ici 2023) devait être nettement supérieur aux emprunts mobilisés dans le cadre du PGFP :

Tableau 45 : Evolution prévisionnelle de l'endettement

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Remboursement d'emprunt en capital	5 543 683	5 922 579	6 050 636	5 094 452	4 983 797	4 585 741	4 741 296	4 882 004
Nouveaux emprunts	-	3 000 000	4 000 000	5 000 000	5 000 000	4 000 000	4 000 000	-

Source : PPI / rapport du directeur EPRD 2016

Les ratios de la dette durant la période 2016-2023 sont en nette amélioration. L'encours de la dette tomberait à 73 M€ en 2023, compte tenu de la trajectoire de désendettement constatée depuis 2011 et de l'aide apportée par l'ARS en investissement (cf. infra).

Tableau 46 : Evolution prévisionnelle des ratios liés à l'endettement en euros

	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023
Ratio d'indépendance financière	48%	47%	46%	46%	47%	46%	46%	44%
Ratio d'apurement cumulé	1,83	1,94	1,95	1,95	1,92	1,92	1,90	1,97
Ratio d'apurement annuel	1,97	1,97	2,46	2,55	2,69	2,54	2,46	2,36
Durée apparente de la dette	7,54	6,76	7,02	6,91	7,03	6,90	6,82	6,29
Encours de la dette sur produits	42%	40%	39%	39%	39%	38%	37%	34%

Source : PPI

Les données constatées en 2016 indiquent que l'objectif a été atteint concernant l'encours de dette rapporté aux produits ; en revanche, le ratio d'indépendance financière est resté plus élevé que prévu (cf. infra).

Surtout, le scénario sur lequel est construit le PPI (un taux de marge brute de 8 %) est très optimiste, le taux de marge passant sous ce seuil dès 2016 (6,65 %) et au moins jusqu'en 2018 (de l'ordre de 4 % en 2017 et 2018).

En réponses aux observations provisoires, l'ordonnateur juge qu'au vu de la dégradation significative du résultat comptable, les hypothèses arrêtées initialement dans le PPI 2016-2023 sont caduques. La chambre l'invite donc à établir un nouveau PPI dans les meilleurs délais.

5.3- Le résultat consolidé

5.3.1- Le résultat comptable

Le résultat consolidé s'améliore à compter de 2013 et connaît un excédent important pendant trois années successives. Toutefois, des erreurs d'écriture relativisent la performance constatée pour l'exercice 2014.

Tableau 47 : Résultat consolidé en euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (Provisoire)
Recettes H	162 985 329	171 786 824	183 469 815	188 980 760	193 598 345	200 165 923	212 926 579
Dépenses H	164 136 338	173 996 021	182 472 039	187 912 508	192 197 999	202 871 236	219 437 128
Compte Résultat Principal - H	- 1 151 009	- 2 209 197	997 776	1 068 253	1 400 346	- 2 705 313	- 6 510 549
Recettes B	4 192 554	4 555 430	4 590 932	4 545 449	4 429 632	4 396 514	4 490 045
Dépenses B	4 192 544	4 500 920	4 537 541	4 156 756	4 215 845	4 390 204	4 566 517
Compte Résultat USLD	0	54 511	53 391	388 693	213 788	6 310	- 76 472
Recettes E	3 209 869	3 660 585	3 400 166	3 712 318	3 489 459	3 676 466	3 757 880
Dépenses E	3 209 869	3 493 863	3 409 247	3 552 775	3 673 064	3 709 927	3 755 444
Compte Résultat EHPAD	0	166 723	- 9 081	159 543	- 183 605	- 33 461	2 436
Recettes A	20 908	19 253	440 709	15	15	15	15
Dépenses A	12 762	12 653	23 814	6 666	6 478	5 936	5 582
Compte Résultat DNA	8 147	6 600	416 895	- 6 651	- 6 462	- 5 920	- 5 567
Recettes G							202 410
Dépenses G							202 410
Compte résultat G							0
Recettes consolidées	170 408 650	180 022 093	191 901 622	197 238 543	201 517 452	208 238 918	221 174 519
Dépenses consolidées	171 551 513	182 003 457	190 442 641	195 628 705	200 093 385	210 977 303	227 764 671
Résultat Consolidé	- 1 251 908	- 1 981 364	1 458 981	1 609 837	1 424 067	- 2 738 385	- 6 590 152

Source : CHV

Les résultats 2013 et 2014 sont affectés par la mise en œuvre du GCS de restauration qui aurait tardé à transmettre sa dernière facture de l'exercice (476 k€) parvenue après la clôture des comptes du CHV, cela majorant d'autant le résultat 2013 et diminuant le résultat 2014.

Cette mauvaise écriture a été plus que compensée par le non rattachement des séjours à cheval entre deux exercices (cf. supra). L'établissement a enregistré à tort un produit au compte de résultat de 1,488 M€, et a majoré en conséquence indument le résultat de l'exercice 2014 pour le budget principal qui s'établissait à 1,068 M€. Sans cette écriture irrégulière, le résultat de l'exercice 2014 aurait été déficitaire.

Le déficit de l'année 2016 s'explique avant tout par l'augmentation des charges ; l'adoption du protocole PPCR¹⁰⁵ affecte les charges de personnel à hauteur de 510 k€ selon l'établissement, tandis que la méthode d'amortissement par composant de l'actif immobilier dès 2016 a eu pour effet de majorer les charges d'amortissement de 724 k€.

A l'inverse, les produits d'exploitation se stabilisent : le dynamisme d'activité en 2016 (augmentation de 3,3 % des séjours MCO par rapport à 2015) ne se traduit pas par une valorisation équivalente, les recettes tirées des séjours MCO connaissant même une légère baisse en 2016¹⁰⁶.

Les projections financières pour l'exercice 2017 faisaient apparaître une détérioration du déficit budgétaire avec une projection du résultat estimée à - 6,6 M€, finalement évalué à 7,8 M€ pour le budget principal par l'ordonnateur en réponse des observations provisoires de la chambre.

Il ressort de l'article D. 6143-39 du code de la santé publique que le directeur général de

¹⁰⁵ Parcours professionnels, carrières et rémunérations.

¹⁰⁶ 106 914 457 € contre 106 989 396 € pour l'année précédente.

l'agence régionale de santé (DGARS) demande au directeur d'un EPS de présenter un plan de redressement en application de l'article L. 6143-3 du même code lorsque, soit il estime que la situation financière l'exige, soit notamment si le déficit du compte de résultat principal du CH excède de 3 % du total des produits du compte de résultat principal de l'exercice. Au vu des projections, ce dépassement du seuil des 3 % pourrait jouer pour l'année 2017 (avec un déficit du budget H représentant 3,16 % des produits de ce même budget).

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique que le directeur général de l'ARS lui a effectivement demandé de produire un plan de redressement sous trois mois (avant le 26 juin 2018) compte tenu du résultat prévisionnel issu du RIA 2.

5.3.1.1- Le cas particulier du budget annexe DNA

Selon l'article R. 6145-12 : « Les dépenses et les recettes imputables aux activités assurées par les établissements publics de santé sont retracées dans le cadre d'un état des prévisions de recettes et de dépenses unique. Toutefois, font l'objet d'un compte de résultat prévisionnel annexe les opérations d'exploitation concernant chacun des services ou activités suivants : 1° Exploitation de la dotation non affectée aux services hospitaliers et des services industriels et commerciaux mentionnés à l'article L. 6145-7 (...) ».

L'article L. 6145-7 du code de la santé publique dispose que en particulier que : « Sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux ».

Le CHV dispose d'un compte de résultat annexe A relatif à l'exploitation de la dotation non affectée (DNA) et qui correspond à la gestion de biens immobiliers légués au centre hospitalier.

Le résultat largement excédentaire de ce compte de résultat en 2013 s'explique par la vente d'un immeuble (dit « Racamier ») pour plus de 425 k€¹⁰⁷, rattaché à la DNA depuis le début dans sa gestion, ce bien immobilier comprenant un local pharmaceutique et des logements loués à des tiers.

Les dépenses de ce budget consistent en l'entretien de ce bien et dans celui des logements de fonction dévolus aux directeurs de l'établissement.

Aujourd'hui, compte tenu de l'absence de recettes et de la nature des dépenses engagées sur ce budget, l'établissement pourrait clôturer ce budget et inscrire ces dépenses et ces recettes dans le budget principal. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique que ce budget pourra être clôturé au 31 décembre 2018.

5.3.2- Les « plans de redressement » internes

Le CHV a bénéficié d'une activité et de recettes en progression continue et a bâti son redressement budgétaire entre 2011 et 2015 sur cette dynamique.

En 2016 toutefois, la progression des recettes d'activité marque le pas, ce qui affecte le résultat, qui redevient déficitaire après trois exercices excédentaires successifs.

¹⁰⁷ Source : rapport du directeur 2014.

Un plan d'amélioration de la performance portant sur les années 2017-2019 a été formalisé en 2016 par le CHV pour rétablir l'équilibre budgétaire. Il a reposé toutefois à 80 % sur l'augmentation des recettes et à 20 % sur la réduction des dépenses.

La chambre observe que la stratégie consistant à faire de l'augmentation de l'activité et des recettes le levier quasi-exclusif du rétablissement de l'équilibre budgétaire, n'était pas sans risque, ce que montre le résultat largement déficitaire de 2017 (avec un déficit prévu de 6,6 M€ selon l'établissement).

A la fin de l'année 2017 cependant, l'établissement a adopté un « *plan de redressement* » se fondant davantage sur les dépenses : dans une note présentée en CME le 18 octobre 2017, il est fait état de projections pour 2017 inquiétantes, avec une sous-exécution des recettes d'activité de 1 702 427 € (situation à fin août 2017)¹⁰⁸. Afin d'y faire face, un plan de redressement a été élaboré. Sa version actualisée (plan du 18 décembre 2017) et joint à l'EPRD 2018, comprend 52 actions réparties selon huit thématiques pour un gain total attendu de près de 2,8 M€ en 2018.

Tableau 48 : Synthèse du « *plan de redressement* » interne de fin 2017

Thématiques	Nombre d'actions	Gain espéré (en €)
Virage ambulatoire	6	689 595
attractivité du personnel	3	130 500
modernisation des process de travail	6	123 002
pertinence des soins	7	110 000
coopération - GHT - PHARE	8	111 002
Investissements ciblés	5	553 000
Maîtrise de la masse salariale et des charges d'exploitation	12	743 429
renforcement du contrôle interne	5	330 000
TOTAL	52	2 790 528

Source : CHV

Ce plan contient des mesures précises et chiffrées pour la plupart, assorties d'un calendrier de réalisation. Début 2018, elles apparaissent en majorité à mettre en œuvre ou en cours de mises en œuvre.

Parmi les actions évoquées, certaines peuvent appeler les observations suivantes :

- ♦ l'économie attendue de 285 k€ liée à la réduction progressive de capacitaire en obstétrique est très incertaine pour 2018 en raison de son calendrier de réalisation (mise en œuvre à compter de septembre 2018 dans le meilleur des cas) et de la condition de baisse de la DMS d'un jour pour la spécialité compte tenu des très bonnes performances du CHV déjà constatées en la matière¹⁰⁹ ;
- ♦ l'économie liée à l'instauration du jour de carence à compter du 1^{er} janvier 2018 est évaluée à 259 300 € alors même que le gain annuel moyen était de 91 k€ lorsque le dispositif était appliqué en 2012 et 2013. Cette évaluation est surestimée dans un contexte de relative stabilité de l'absentéisme ;
- ♦ un gain de 200 k€ est attendu de l'actualisation de la clef de TVA ; une réclamation a été adressée à l'administration fiscale et un contact a été noué avec un avocat ; cette perspective de gain est trop hypothétique pour figurer en tant que telle dans le plan de redressement.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique avoir retiré cette dernière

¹⁰⁸ Selon l'établissement, la sous-exécution des recettes d'activité s'explique principalement par la baisse importante en volume du nombre de journées d'hospitalisation enregistrées en 2016 (séjours ≥ 3 nuits) avec - 3 069 journées brutes de RUMS soit - 1,93 %.

¹⁰⁹ Selon le rapport d'activité 2015, la DMS du pôle femme mère enfant était de 2,85 et en son sein, celle du service gynécologie obstétrique de 2,21.

mesure d'économie du plan compte tenu des incertitudes l'entourant.

Si la démarche d'un plan d'économies intervient tardivement, elle est souhaitable et la chambre encourage l'ordonnateur à tenir ce plan. En effet, concentrer ses efforts sur la maîtrise des dépenses constitue la meilleure garantie pour le CHV du rétablissement de l'équilibre budgétaire dans un contexte incertain d'évolution de l'activité et des tarifs¹¹⁰.

5.4- La situation patrimoniale

5.4.1- Les ressources stables

Les ressources stables se composent des fonds propres élargis et des emprunts à moyen et long terme.

Entre 2011 et 2014, elles oscillent entre 144 et 149 M€. L'année 2015 marque une rupture avec un montant de 159 M€, qui s'explique en raison moins d'une diminution des dettes financières que d'une progression de près de 11 M€ des fonds propres élargis (en raison de la constitution de provisions pour plus de 5 M€ et d'une augmentation des apports pour un montant semblable). Toutefois, elles diminuent fortement en 2016 pour diminuer à 134 M€ : les réserves baissent de 6 M€, le report à nouveau est négatif et atteint 6,7 M€, tout comme le résultat de l'exercice (- 2,7 M€). Par ailleurs, les dettes financières baissent également de près de 6 M€.

Tableau 49 : Evolution des ressources stables

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Fonds propres élargis	54 737 065	52 742 884	54 379 229	58 669 793	69 374 938	50 618 111	- 1,6 %
+ Dettes financières	94 887 022	91 712 126	92 430 890	91 118 231	89 679 576	83 821 287	- 2,4 %
Ressources stables	149 624 087	144 455 010	146 810 120	149 788 024	159 054 514	134 439 398	- 2,1 %

5.4.1.1- Les fonds propres élargis

Les fonds propres élargis progressent de près de 15 M€ atteignant 69,4 M€ en 2015 (cf. annexe), mais diminuent nettement dès l'année suivante (50,6 M€).

Si l'affectation des résultats constitue le principal facteur d'évolution jusqu'en 2013, des corrections comptables ont profondément affecté le niveau et la répartition de ces fonds entre les différents postes en 2014 et 2015 (cf. supra). Elles sont à l'origine du décrochage constaté en 2014, qui voit le montant des apports augmenter comme celui des provisions, tandis que le report à nouveau baisse de plus de 3 M€. Les réserves augmentent également en 2015, compte tenu des corrections relatives aux stocks et aux amortissements notamment.

¹¹⁰ Baisse annoncée des tarifs de séjours en 2018 de 0,5 % après une baisse de 0,9 % en 2017 et de 1 % en 2016.

5.4.1.2- La dette à moyen et long terme

La dette connaît une diminution pour atteindre à 83,8 M€ en 2016.

Tableau 50 : Evolution de l'endettement

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Emprunts et dettes financières	94 824 431	91 679 566	92 430 128	91 107 209	89 667 654	83 809 724	- 2,4 %
+ Autres dettes	62 592	32 561	762	11 022	11 922	11 562	- 28,7 %
= Dettes financières	94 887 022	91 712 126	92 430 890	91 118 231	89 679 576	83 821 287	- 2,4 %

Pour autant, l'établissement dépasse deux des trois seuils d'alerte fixés pour conserver son autonomie en matière de décision¹¹¹ de recours à l'emprunt. La dette constitue donc un élément de fragilité dans la structure financière globale du CHV. Bien que ce niveau élevé d'endettement trouve son origine en dehors de la période contrôlée, force est de constater l'impact qu'il a encore aujourd'hui sur l'équilibre financier.

Tableau 51 : Evolution des indicateurs d'alerte d'endettement

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Seuils
Indépendance financière	63 %	63 %	63 %	61 %	56 %	62 %	50 %
Ratio de solvabilité	15,7	12	10,2	7	7,2	8	10 ans
Dettes financières rapportées au produit total	56,60 %	51,80 %	49,00 %	46,90 %	45,40 %	40,92 %	30 %

Au 31 décembre 2017, le stock de dette s'est élevé à 78 M€ et ne présente pas de risque particulier. Il est constitué, fin 2017, de 19 emprunts dont 16 à taux fixe et trois à taux variable non structurés. Tous les contrats sont classés en 1A selon la « charte Gissler ».

Toutefois, un contrat était précédemment classé 1C. Il s'agit d'un contrat avec échange de taux au capital restant dû de 6 750 k€ au 31 décembre 2017.

Tableau 52 : Principales caractéristiques du prêt structuré

Référence emprunt	Date de passage en phase structurée	Date d'échéance de la phase structurée	Formule de calcul du taux d'intérêt de la phase structurée
MPH270078EUR	01/07/2010	01/07/2014	4,42 %

Source : CHV

Ce contrat conclu en 2010 pour un montant de 9 166 k€ et une période de 27 ans et six mois comprenait deux phases :

- ♦ une première phase jusqu'au 1^{er} juillet 2014 exclu à un taux fixe annuel de 4,42 % ;
- ♦ une seconde phase consistant en deux branches :
 - soit un taux d'intérêt variable égal à l'indice EURIBOR trois mois majoré d'une marge de 0,10 % ;
 - soit, en cas de transformation du taux variable en taux fixe, un taux annuel de 4,75 %.

Cette dernière faculté était laissée au libre choix de l'établissement bancaire qui l'a

¹¹¹ L'article D. 6145-70 du code de la santé publique prévoit qu'un établissement dépassant dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé :

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

judicieusement exercée à son profit.

La chambre constate qu'à la suite de cette transformation, ce prêt conclu pour une durée très longue est très couteux pour le CHV, qui n'a pu bénéficier du taux d'intérêt variable (qui aurait été négatif entre 2014 et 2017 à tout le moins) et doit maintenant supporter un taux fixe élevé compte tenu des conditions actuelles de marché.

Le tableau d'amortissement indique que le taux d'intérêt applicable à compter du 1^{er} octobre 2014 pour le reste de la durée du prêt était évalué à zéro du fait de l'application du taux variable.

Il ressort ainsi de l'échéancier le plus récent du prêt que le CHV aura payé, pour un montant souscrit de plus de 9,16 M€ en 2010, 6 M€ en charges d'intérêt pour un coût total du crédit de près de 15,2 M€.

5.4.2- Les emplois stables

Jusqu'en 2015, l'actif immobilisé net s'accroît faiblement. Seul le poste des immobilisations en cours connaît une nette augmentation qui correspond aux opérations de travaux non achevés. Ces opérations d'investissement sont la rénovation de l'aile ouest du bâtiment principal (24 M€) destinée à accueillir l'ensemble des services de chirurgie et la construction d'un nouveau bâtiment devant recevoir le troisième IRM de l'établissement (4 M€, travaux + équipement).

En 2016 l'actif immobilisé diminue (cf. annexe).

5.4.3- La formation de la trésorerie

Le fonds de roulement connaît son plus bas niveau en 2012 à 8,8 M€ sous l'effet d'un faible recours à l'emprunt cette année et de la dégradation des fonds propres liés aux déficits successifs. Depuis, il ne cesse de progresser pour atteindre 19,4 M€ en 2015. La conjonction d'un niveau de fonds de roulement qui s'apprécie de 4,2 M€ et d'un besoin en fonds de roulement en recul de 1,1 M€, a permis à la trésorerie de s'établir à 5,5 M€ en 2015 alors qu'elle n'était que de 0,6 M€ en 2011.

En revanche, le fonds de roulement a diminué en 2016 pour atteindre 7 M€, en lien notamment avec la dégradation de la situation financière. Le besoin en fonds de roulement a cependant également baissé, de sorte que la trésorerie se maintient à un niveau représentant plus de 10 jours de charges courantes fin 2016.

Tableau 53 : Evolution de la trésorerie

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Fonds de roulement	15 205 468	8 764 460	11 883 939	12 813 975	19 422 650	7 026 745	- 14,30 %
- Besoin en fonds de roulement net global	14 312 963	5 861 005	8 826 312	5 411 210	13 227 099	1 543 580	- 35,90 %
= Trésorerie	892 505	2 903 455	3 057 627	7 402 765	6 195 551	5 483 165	+ 43,8 %
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	2,1	6,4	6,5	15,4	12,5	10,6	+ 38,6 %

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes

Toutefois, en fin de période, des tensions sont apparues sur la trésorerie, le CHV devant procéder à un tirage sur une ligne de trésorerie pour 1 M€ pour assurer le paiement des charges d'exploitation dans l'attente d'un recours à l'emprunt à l'automne 2017. Selon la direction des affaires financières, ces frais auraient pu être évités avec une transmission au fil de l'eau des données d'activité au DIM pour codage : « au 1^{er} août 2017, 2 341 305 € n'ont pu

être encaissés sur l'activité réalisée à fin juin faute de codage dans les temps impartis ».

L'ordonnateur lie ces retards de codage à un contrôle de la CPAM intervenu à compter de la mi-2017 et portant sur 1 277 dossiers, soit environ 15 000 séjours.

Pour autant, ces difficultés sont structurelles, ce qui a conduit au recrutement d'un nouveau TIM, pour un gain attendu en année pleine de 150 k€¹¹². A cela, doit s'ajouter l'arrêt de la sous-traitance pour le codage, pour un gain annuel estimé à 38 k€.

6- LA COMMANDE PUBLIQUE

6.1- Organisation de la direction des achats sur la période

Le CHV a réorganisé sa fonction achat et créé une direction spécifique en 2009. Cette direction des achats est rattachée au pôle ressources aux côtés de la direction des travaux et de la logistique, de la direction des finances et du contrôle de gestion et de la direction des ressources humaines. Le directeur des achats est également le chef du pôle ressources. Les effectifs de la direction des achats se décomposent comme dans le tableau suivant.

Tableau 54 : Les effectifs de la direction des achats (en ETP)

Direction : 0,5 directeur et 1 responsable achats (AAH) 1 juriste 1 agent cellule de dématérialisation - secrétariat			
Filière	Acheteur	Acheteur-adjoint	Gestionnaire
Médical	1	0,8	2
Produits généraux et hôteliers	1	1	1
Travaux – énergie – informatique	1	0	2

Source : établissement

Le directeur des achats occupe en théorie cette fonction à mi-temps depuis le mois de janvier 2017 car il exerce les fonctions d'adjoint au chef d'établissement sur son autre mi-temps.

En pratique, le directeur des achats est placé en congé longue maladie depuis le 24 octobre 2016, son intérim étant exercé par la directrice de l'approvisionnement, des travaux et de la logistique.

Un juriste est en appui de chacune des filières pour apporter son expertise sur les procédures considérées comme sensibles. La différence entre les fonctions d'acheteur de filière et d'acheteur-adjoint n'apparaît pas clairement dans les procédures internes. En pratique, l'acheteur est chargé de la passation et la stratégie relative à l'achat en question, l'acheteur adjoint se chargeant de suivre l'exécution du marché.

La filière médicale ne couvre pas les produits relevant de la pharmacie, qui gère ses propres procédures d'achat. L'établissement justifie cette exclusion importante¹¹³ par le faible nombre de marchés passés en direct par la pharmacie (deux à trois par an). L'essentiel des achats pharmaceutiques est réalisé dans le cadre d'un groupement d'achats géré par Drôme Vivarais (soit le centre hospitalier spécialisé Le Valmont).

Si la démarche de structuration d'une direction des achats doit être soulignée, l'organisation retenue est inachevée. En tant qu'établissement support du GHT, le CHV a la charge d'organiser la fonction achat au niveau de l'ensemble du groupement. Il a profité de cette

¹¹² Cf. rapport du directeur sur l'EPRD 2018.

¹¹³ Les comptes 6021 et 6022 représentent 36 M€ d'achats en 2015.

occasion pour repenser l'organigramme complet de la fonction sur le nouveau périmètre.

6.2- La stratégie d'achat

Le CHV ne dispose pas d'un document écrit présentant sa stratégie globale d'achat, de sorte qu'il n'existe pas d'orientations générales, vis-à-vis tant des fournisseurs que des services demandeurs. L'établissement adhère à des groupements d'achats, a recours à des centrales d'achats et passe également ses propres procédures de marché sans que ces différentes possibilités ne s'inscrivent dans une stratégie globale. Le choix entre l'une ou l'autre de ces modalités est effectué au cas par cas à l'occasion des renouvellements de marché. Il n'exerce pas non plus de veille sur l'offre des différents fournisseurs par manque de temps et de moyens. Ses relations avec les différents fournisseurs potentiels ne s'établissent qu'à l'occasion du lancement de procédures d'achats. En revanche, il existe bien une veille juridique assurée par une juriste rattachée à la direction des achats.

Une charte de l'achat dont les objectifs sont de fixer les règles d'achat, de rappeler la déontologie de l'achat et d'être le document de référence pour l'ensemble des équipes participant au processus d'achat, est en cours de validation. Ce projet dessine les grandes lignes d'une politique d'achat. Les orientations générales sont complétées par des objectifs opérationnels qui ne sont toutefois pas inscrits dans un calendrier ni hiérarchisés en termes de priorités. Le respect des principes et l'atteinte des objectifs risquent fort d'être difficilement mesurables. L'établissement gagnerait à décliner sa stratégie globale d'achat en plans d'actions par domaine, fixant les objectifs à atteindre ainsi que les échéances retenues.

Malgré l'absence de stratégie globale d'achat, le centre hospitalier se fixe depuis 2011 des objectifs de performance en gains sur achats dans le cadre du programme PHARE¹¹⁴. Il ne recourt pas pour cela à l'ensemble des outils mis à disposition par le programme national, mais opère de façon pragmatique en recherchant des gains marché par marché à chaque fois qu'une nouvelle procédure doit être lancée.

S'agissant du système d'information, il n'existe pas d'outils dédiés aux achats et le logiciel de gestion économique et financière n'est pas utilisé au mieux dans une perspective de suivi des achats. Ainsi, l'établissement n'est pas en mesure de produire la répartition des achats réalisés en marchés et hors marché répartis par familles homogènes de produits. Dans ces conditions, il est difficile d'effectuer un recensement des besoins par famille homogène de produits et de services.

La cartographie des dépenses réalisée sur le périmètre du GHT par un prestataire extérieur à la fin de l'année 2017 est peu précise. Les données utilisées par cette cartographie ne sont pas fiabilisées. Le prestataire n'a pas communiqué de taux de marge d'erreur.

Sa tâche était rendue difficile par la non homogénéisation des systèmes d'informations (SI) des établissements du GHT.

La mutualisation à venir de la fonction SI à l'horizon 2020 devrait permettre à l'établissement d'élaborer une cartographie achat fiable et précise.

6.3- La fonction achat dans le cadre du GHT

Il ressort de l'article 107 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé que « *l'établissement support du GHT assure notamment la fonction achat*

¹¹⁴ Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables (PHARE) : programme porté par la DGOS qui vise à dégager des économies « intelligentes » sur les achats hospitaliers pour redonner des marges de manœuvre aux hôpitaux.

pour le compte des établissements parties au GHT ». Comme les fonctions mutualisées du GHT, la fonction achat doit être effective au plus tard au 1^{er} janvier 2018.

Il incombe aux établissements parties du GHT les missions :

- ♦ d'identification et opportunité des besoins dans le cadre de la préparation du marché ;
- ♦ l'exécution des marchés.

L'établissement support est chargé dans le cadre de la passation des marchés de :

- ♦ la consolidation et l'évaluation des besoins ainsi que de la stratégie d'achat,
- ♦ la publication des marchés, leur notification et le choix des titulaires.

En outre, l'établissement support doit assurer la mise en place d'une cellule juridique des marchés et le contrôle de gestion de la fonction achat mutualisée.

L'organisation mutualisée a été arrêtée lors du comité stratégique du 15 décembre 2017.

Tableau 55 : Description de la fonction achat du GHT

ETAPE DU PROCESSUS	ETABLISSEMENT CONCERNE
L'identification et l'opportunité du besoin	Etablissement partie au GHT
L'analyse et la consolidation des besoins	Etablissement support du GHT
L'élaboration de la politique d'achat et des stratégies d'achat	Etablissement support du GHT
La passation du marché	Etablissement support du GHT
L'exécution du marché	Etablissement partie au GHT Hors avenants des futurs marchés

Source : CHV

Par ailleurs, pour les petits achats (inférieurs à 25 k€ HT pour une situation d'urgence ou pour un besoin spécifique à l'établissement partie d'une part, les achats courant inférieurs à 10 k€ HT d'autre part), des personnels des établissements membres du GHT chargés de la fonction achat ont été mis à disposition à titre partiel du CHV, afin de bénéficier d'une délégation de signature (de trois mois renouvelable une fois) de la part de l'ordonnateur de l'établissement support ; cela doit permettre d'assurer juridiquement l'achat par le CHV pour les besoins individuels de chaque membre.

S'agissant des moyens humains mis en œuvre, un travail a été mené par les directions et agents des services achats de l'ensemble des établissements parties. Le temps consacré à chaque étape du processus achat a été décomposé pour définir le temps à attribuer à la fonction achat mutualisée.

Pour le GHT Rhône-Vercors-Vivarais, il est prévu environ 13 ETP pour assurer cette fonction mutualisée achat.

6.4- Le marché de réservation des berceaux

Après avoir décidé de ne plus assurer en interne la prestation de crèche, le CHV a décidé de passer un marché relatif à la réservation et à la mise à disposition de berceaux et de places dans une structure collective de la petite enfance pour son personnel.

Il s'agit d'un marché à procédure adaptée estimée à 1 625 k€ HT sur six ans dans le planning prévisionnel ; la durée a ensuite été ramenée à cinq ans pour une évaluation annuelle de 400 k€ (soit 2 M€). Le marché a été publié le 25 février 2015 pour une réception des offres au 4 juin 2015.

La notification du marché était attendue au 1^{er} juillet de la même année pour un début de prestation au 1^{er} janvier 2016. La date exacte de début de marché n'est pas définie par le CCAP valant acte d'engagement¹¹⁵ cela pouvant s'expliquer par le besoin de laisser le temps au candidat retenu de construire l'équipement.

Au moins trois candidatures ont été déclarées recevables. Une seule d'entre elles permettait une ouverture en début d'année 2016 (celle de la société A avec une ouverture prévue la première semaine de décembre 2015). Les deux autres prévoient une ouverture en juin 2016 pour la société B et en mai 2016 pour la société C.

6.4.1- La composition de la commission de choix et l'appréciation des sous-critères

L'établissement n'a pas de procédure relative à cette commission pour les marchés à procédure adaptée¹¹⁶. Il a été indiqué par l'établissement que « *avant la publication de chaque marché, sont établis les membres de la commission technique qui seront en charge de l'analyse des candidatures et des offres. Les membres de cette commission technique est revue à chaque marché suivant le département d'achat et les spécialistes nécessaires pour permettent de juger chaque candidatures/offres* ».

En l'espèce une fiche de présence située à la suite du d'un document comportant une pré-analyse des offres fait apparaître huit membres :

- ♦ quatre agents du CHV (dont le directeur des achats, une directrice adjointe, un agent des ressources humaines et le gestionnaire du marché) ;
- ♦ quatre représentants d'organisation syndicale.

Le règlement de consultation prévoit les critères et sous-critères de sélection des offres ainsi que leur méthodologie d'appréciation¹¹⁷.

Le critère n° 2 est divisé en sous-critères¹¹⁸. Le sous-critère n° 2 relatif au personnel a été apprécié non pas selon la qualification des équipes ou en fonction de tout critère témoignant d'une prise en charge de qualité des enfants, mais en fonction de critères sociaux, plus particulièrement les avantages accordés au personnel.

Ainsi, l'analyse des offres s'intéresse pour la société C à la grille des salaires et aux avantages

¹¹⁵ Le document stipule que le marché est « *conclu pour une durée d'un an à compter de la date d'utilisation du premier berceau, renouvelable quatre fois sans toutefois pouvoir excéder une durée de cinq ans* ».

¹¹⁶ La procédure interne de « *sélection fournisseur* » indique une commission technique de choix entre les étapes de réception des offres et celle du choix du titulaire du marché. Aucune procédure ne fixe les règles de fonctionnement de cette commission.

¹¹⁷ « *Critère n° 1 : prix de l'offre pour 45 % ;
Critère n° 2 : valeur technique de l'offre pour 45 % ;
Critère n° 3 : distance du CHV pour 10 %* ».

¹¹⁸ « *Fonctionnement de la crèche (projet pédagogique, le règlement intérieur, association des parents dans le rôle de la crèche, etc.) : 30 ;*

Le personnel – organigramme cible et qualification des équipes (effectif par métier, CV, etc.) ;

Structure envisagée (plans, qualité des équipements et normes environnementale) : 20 ;

Organisation et gestion (modalités : d'évaluation des pratiques professionnelles, d'accès à la formation continue et sécurité (fréquence), pour traiter les échanges difficiles entre parents) ».

La méthode d'attribution des points du critère n° 2 est la suivante :

peu satisfaisant :	1
moyennement satisfaisant :	2
satisfaisant :	3
très satisfaisant :	4.

accordés au personnel (13^{ème} mois, tickets restaurants, chèques vacances, tickets cadeau). Il est ensuite mentionné la composition de l'équipe (23 ETP au total) et un pool de remplaçants entre les directeurs des crèches (au nombre de trois en l'espèce, la société n'ayant que trois établissements).

La réponse au critère par la société est jugée très satisfaisante.

Pour la société B, arrivée deuxième, le sous-critère est apprécié en se fondant sur la même grille d'évaluation, le rapport notant l'absence pour l'heure de convention collective et « *d'avantage pour le personnel de type ticket restaurant ou autre* ».

Cette préoccupation liée aux avantages des salariés se retrouve dans l'appréciation de la troisième candidature où l'on évoque au titre des points négatifs, une amplitude de présence des personnels sur le site très importante (ce qui en soi devrait être considéré comme un avantage pour les familles qui peuvent laisser leurs enfants plus longtemps) ; surtout, « *le personnel du centre hospitalier de Valence qui sera repris perd le bénéfice de la prime de service (13^{ème} mois). La réponse du critère est jugée moyennement satisfaisante* », comme pour la deuxième candidature.

Cette appréciation ambiguë du sous-critère du personnel aboutit à faire retenir l'offre de la société la société C.

Tableau 56 : Extrait du rapport d'analyse des offres

	NOTATION			CALCUL		
	Société B	Société C	Société A	Société B	Société C	Société A
Critère n° 1 - Prix	362 650,00	400 000,00	462 500,00	45,00	40,80	35,30
Critère n° 2 - Valeur technique de l'offre						
Fonctionnement de la crèche	4	4	2	30,00	30,00	15,00
le personnel	2	4	2	15,00	30,00	15,00
Structure envisagée	2	4	4	10,00	20,00	20,00
Organisation et gestion	4	4	3	20,00	20,00	15,00
Points du critère				75,0	100,0	65,0
Pondération des points du critère				33,8	45,0	29,3
Critère n°3- Distance du CHV	4,00	3,00	3,00	10,00	7,50	7,50
Total général de la pondération des critères				88,75	93,30	72,05

En effet, si le sous-critère du personnel est neutralisé, c'est l'offre de la société B qui arrive en tête de la sélection.

Tableau 57 : Résultat après neutralisation du sous-critère lié au personnel

	Société B	Société C
Prix	45	40,8
Valeur technique de l'offre	40,5	45
<i>Fonctionnement</i>	30	30
<i>Personnel</i>	30	30
<i>Structure envisagée</i>	10	20
<i>Organisation et gestion</i>	20	20
Pondération	40,5	45
Distance du CHV	10	7,5
Total	95,5	93,3

Par ailleurs, à la suite de la négociation, les sociétés B et A ont réduit leurs tarifs, la société C maintenant les siens.

La consultation des mémoires techniques des trois offres indique que les deux sociétés non retenues ont pourtant produit l'argumentation la plus détaillée, notamment s'agissant du

sous-critère relatif au personnel avec :

- ♦ pour la société B, une description détaillée de la composition de l'effectif, de sa qualification, de la rémunération, des conditions de travail du personnel, du personnel d'encadrement. Les modalités de recrutement, de remplacement du personnel, de formation et de soutien professionnel par un psychologue sont également précisées ;
- ♦ pour la société A, la composition de l'équipe, ses qualifications, son temps de travail, un planning prévisionnel de l'équipe sur une journée ventilée par âge, les missions de chaque catégorie d'agent sont détaillés, tout comme les rémunérations proposées par profil de poste et les avantages sociaux accordés.

Inversement, le mémoire technique de la société C est beaucoup plus succinct sur tous ces points avec une simple mention de l'équipe. Cela explique que les questions posées par l'administration à la suite du dépouillement des offres soient plus fournies pour la société C, compte tenu de l'imprécision de son offre écrite¹¹⁹.

La chambre constate que tant la composition atypique de la commission d'analyse des offres que la manière dont a été apprécié le sous-critère relatif au personnel reflètent la préoccupation pour le CHV moins de répondre à la satisfaction des futurs utilisateurs de l'équipement (personnel travaillant au CHV et leurs enfants) que d'assurer les meilleures conditions salariales et de travail au personnel de la crèche. Cette manière d'apprécier le sous-critère ne ressortait d'aucun document du marché, de sorte que les candidats pouvaient l'interpréter comme une évaluation de la qualification des équipes ou de la qualité de la prise en charge des enfants par le personnel. Enfin, l'appréciation équivoque de ce sous-critère a été déterminante dans le choix de la société attributaire.

6.4.2- La durée du marché

Les besoins exprimés par le CHV dans le cadre de ce marché impliquent pour le candidat retenu la nécessité de construire une crèche, l'équipement devant se trouver à proximité de l'enceinte de l'hôpital.

Cette situation pose la question du choix de l'instrument juridique pour répondre à ce besoin, la société attributaire devant être en mesure de rentabiliser son investissement par une durée d'exploitation suffisamment longue.

Or, au titre de la capacité économique et financière (cf. AAPC), le pouvoir adjudicataire s'est limité à exiger des pièces relatives à tout empêchement de concourir à des marchés publics ou des déclarations sur l'honneur de non commission d'infraction : aucune information relative à la soutenabilité financière des projets n'a été demandée.

Sans qu'existe une durée maximum pour les marchés publics, une durée excessive au regard de la nature des prestations pourrait être regardée comme ayant pour objet de méconnaître la nécessaire remise en concurrence, selon une périodicité raisonnable, des prestataires¹²⁰.

¹¹⁹ Exemples de questions : « Quelle organisation mise en place pour le remplacement de la Directrice en cas d'absence prolongée ? ».

Il est indiqué « 1 ETP Directrice », alors que l'intéressée est présente sur trois sociétés.

Indiquer le salaire net par grade/poste de travail ? »

¹²⁰ Il ressort de l'article 16 du code des marchés publics alors applicable que : « Sous réserve des dispositions fixant la durée maximale pour les accords-cadres et les marchés à bons de commande, les marchés complémentaires passés en procédure négociée ainsi que les marchés relatifs à des opérations de communication, la durée d'un marché ainsi que, le cas échéant, le nombre de ses reconductions, sont fixés en tenant compte de la nature des prestations et de la nécessité d'une remise en concurrence périodique.

Un marché peut prévoir une ou plusieurs reconductions à condition que ses caractéristiques restent inchangées et que la mise en concurrence ait été réalisée en prenant en compte la durée totale du marché, périodes de reconduction comprises... ».

La durée d'un marché doit être fixée compte tenu de la nature des prestations¹²¹ : la passation d'un marché prévoyant une ou plusieurs reconductions n'est possible que si la mise en concurrence a porté sur la durée totale d'exécution du marché, si ses caractéristiques restent inchangées et si le nombre de reconductions a été indiqué dans le marché initial.

En l'espèce, le directeur des achats voulait conclure le marché pour une durée de six ans ; à la suite d'un avis juridique rappelant la jurisprudence et préconisant une durée de quatre ans, il a été décidé d'arrêter une durée de cinq ans. Compte tenu de la nature des prestations, cette durée résulte de la volonté de permettre au titulaire du marché de rentabiliser la construction de l'équipement rendue nécessaire par l'obtention du marché.

Aujourd'hui, une grande partie du chiffre d'affaires de la société repose sur le marché conclu avec le CHV (CA de 578 k€ en 2013¹²² ; paiement en 2017 du CHV de 411 k€).

Le risque est la reconduite du même prestataire à l'échéance d'un marché déjà long (soit cinq ans avec le jeu des reconductions tacites), afin de lui permettre de rentabiliser son investissement ; cette situation peut nuire à la qualité de la mise en concurrence à venir.

Ainsi, l'hôpital paie de manière indirecte la construction de la structure d'accueil de la petite enfance en renonçant de fait à changer de prestataire à l'issue du premier marché.

Un marché global (comme un marché de conception, de réalisation et d'exploitation) dont la durée tient compte des délais nécessaires à la réalisation des objectifs et des engagements qui en constituent l'objet, aurait pu permettre à la société attributaire d'avoir un contrat suffisamment long pour rentabiliser son investissement.

La chambre constate que l'établissement ne s'est pas posé la question du choix de l'instrument juridique et n'a donc pas eu recours à l'instrument le plus adéquat pour permettre la construction et l'exploitation d'une structure dont le retour sur investissement ne peut être réalisé sur une courte période.

6.5- La gestion des déchets hospitaliers

En vertu de l'article L. 541-2 du code de l'environnement¹²³, le producteur de déchets à risque¹²⁴ est légalement responsable de leur élimination.

¹²¹ Conseil d'État 23 février 2005, *ATMMP*, n° 264712.

¹²² Les données les plus récentes relatives au CA de la société n'ont pas été produites.

¹²³ « Toute personne qui produit ou détient des déchets dans des conditions de nature à produire des effets nocifs sur le sol, la flore et la faune, à dégrader les sites ou les paysages, à polluer l'air ou les eaux, à engendrer des bruits et des odeurs et, d'une façon générale, à porter atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement, est tenue d'en assurer ou d'en faire assurer l'élimination conformément aux dispositions du présent chapitre, dans des conditions propres à éviter lesdits effets.

L'élimination des déchets comporte les opérations de collecte, transport, stockage, tri et traitement nécessaires à la récupération des éléments et matériaux réutilisables ou de l'énergie, ainsi qu'au dépôt ou au rejet dans le milieu naturel de tous autres produits dans des conditions propres à éviter les nuisances mentionnées à l'alinéa précédent ».

¹²⁴ Déchets d'activités de soins à risques infectieux : DASRI.

6.5.1- La passation du marché de déchets hospitaliers

Une offre « est inacceptable si les conditions qui sont prévues pour son exécution méconnaissent la législation en vigueur, ou si les crédits budgétaires alloués au marché après évaluation du besoin à satisfaire ne permettent pas au pouvoir adjudicateur de la financer » (1° du I de l'article 35 du CMP).

Dans le cadre de cette procédure, les acheteurs publics sont tenus d'éliminer les offres inappropriées (alinéa 2 du V de l'article 66 du CMP). En revanche, ils peuvent négocier avec un candidat ayant présenté une offre irrégulière ou inacceptable, pour permettre au candidat de régulariser son offre.

Le coût excessif des offres déposées par rapport à l'estimation initiale est une cause licite de déclaration d'infructuosité (CE, 25 déc. 1994, *Commune du Vésinet*, n° 131680). Le juge administratif sanctionne cependant toute décision déclarant un appel d'offres infructueux dont le but réel est de justifier l'attribution du marché à un candidat qui ne pouvait y prétendre dans le cadre de la procédure concurrentielle.

Par ailleurs, si des crédits budgétaires alloués par le pouvoir adjudicateur lui donnent la possibilité de financer l'offre, celle-ci ne peut pas être rejetée comme inacceptable, quand bien même son prix se situerait largement au-dessus du montant estimé du marché. Ainsi, une offre supérieure de 25 % à l'estimation des services de l'acheteur n'emporte pas systématiquement la qualification d'offre inacceptable (CE, 24 juin 2011, *OPIEVOY*, n° 346665).

Le CHV, en tant que coordonnateur d'un groupement comprenant un total de huit EPS, a lancé un marché relatif à la prestation de collecte, de transport et d'élimination des DASRI en juin 2013 pour une durée de quatre ans et un montant estimatif de 1 585 k€ HT.

L'avis d'appel d'offres a été diffusé le 2 juillet au BOAMP pour une date limite de remise d'offre au 29 août 2013.

Les deux offres reçues ont été déclarées inacceptables au motif d'une augmentation des coûts par rapport au coût facturé de + 6,48 % et de + 6,96 %.

L'offre de la société Véolia s'élevait à 424 k€ HT par an, soit un total de 1 696 k€ HT sur la durée du marché, soit effectivement plus de 6,96 % du coût estimatif (qui a apparemment été déterminé en se fondant sur le coût de la prestation payée alors sans actualisation au regard de la période à venir).

L'offre de la société SITA MOS était moins élevée : 422 k€ HT par an, soit un total pour la période de 1 688 k€ HT, soit effectivement 6,48 % de plus que le montant estimatif projeté par le CHV.

Le rapport justifie la qualification d'offres inacceptables par le contexte financier contraint global pour les EPS dans les termes suivants :

« Au regard des budgets de financement alloués et dans le cadre du plan de retour à l'équilibre des établissements de santé conformément à la loi HPST, le coordonnateur du groupement de commandes, pouvoir adjudicateur du marché, décide de déclarer la présente procédure infructueuse au motif d'offres inacceptables ».

Cette justification générale ne permet pas de déclarer infructueuse la procédure.

Après une déclaration d'infructuosité au motif d'offres inacceptables, une procédure en marché négociée a été relancée le 5 septembre 2013 avec les deux candidats ayant présenté une offre à l'appel d'offres initial, de sorte que le marché a été soumis à l'article 35 I 1° du code des marchés publics.

Le second rapport d'analyse des offres fait état de propositions aux montants légèrement moins élevés.

Tableau 58 : Synthèse des offres en euros

		HT annuel	Sur quatre ans	Différence avec le prix estimatif initial*
AO	Veolia	424 035,94	1 696 143,76	110 400,92
	SITA MOS	422 132,02	1 688 528,08	102 785,24
Négociations	Veolia 1 ^{er} offre	404 084,58	1 616 338,32	30 595,48
	Veolia seconde offre	394 734,20	1 578 936,80	- 6 806,04
	SITA MOS 1 ^{ère} offre	427 124,02	1 708 496,08	122 753,24
	SITA MOS 1 ^{ère} offre variante	413 812,02	1 655 248,08	69 505,24
	SITA MOS 2 ^{ème} offre	424 628,02	1 698 512,08	112 769,24
	SITA MOS 2 ^{ème} offre variante	412 148,02	1 648 592,08	62 849,24

*Soit 1 585 742,84 € HT pour quatre ans, soit 396 435,71 € annuel.

Le précédent marché couvrant les années 2009 à 2013 était déjà détenu par Veolia propreté. La faible différence de montant entre les offres faites lors de la première procédure de mise en concurrence en 2013 avec le montant du besoin estimé alors puis avec le montant de l'offre finalement retenue à l'issue de la procédure de négociation démontre que la procédure n'aurait pas dû être déclarée infructueuse

Si la déclaration d'infructuosité a permis d'obtenir une baisse de prix, elle a eu également pour effet de privilégier la société déjà titulaire et dont l'offre aurait été vraisemblablement classée deuxième à l'issue de la première mise en concurrence, si les offres reçues alors n'avaient pas été qualifiées d'inacceptables.

6.5.2- La gestion globale des déchets

L'établissement a mis en place un suivi des déchets afin d'améliorer leur tri et leur traitement.

Ainsi a été réalisé un audit interne entre le 13 octobre et le 12 décembre 2014 sur le tri des déchets dans les services de soins et qui a donné lieu à un rendu en février 2015.

L'objet de l'étude était d'optimiser le tri des déchets d'activités de soins de l'établissement et plus particulièrement des DASRI, des déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM) et des objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) par une méthode d'échantillonnage¹²⁵.

Il en est résulté des indicateurs sur le niveau de remplissage et de fermeture des sacs, d'une part, la décomposition des contenus des sacs selon leur destination par pôle, d'autre part.

Un audit similaire avait été réalisé en 2011 puis en 2013.

¹²⁵ Deux sacs de DASRI, deux sacs de DAOM et deux sacs d'OPCT prélevés dans chaque service.

La comparaison des résultats indique une dégradation de la pertinence du tri dans les sacs jaunes destinés à la collecte des DASRI et une progression pour les sacs noirs destinés au DAOM. L'audit de 2011 n'avait pas porté sur les OPCT et les résultats de 2013 sont semblables à ceux de 2014.

Tableau 59 : Résultats de l'audit des déchets réalisé en 2014
Synthèse générale 2014

	Sacs JAUNES			Collecteur OPCT		Sacs NOIRS		
	DASRI	DAOM	AUTRES	OPCT	AUTRES	DASRI	DAOM	AUTRES
TOTAL 2014	53%	45%	2%	87%	13%	5%	89%	5%
Résultats 2013	58%	42%	0%	86%	14%	5%	93%	2%
Résultats 2011	61%	39%	0%			7%	70%	23%
Résultat 2014 des unités auditées en 2013	64%	34%	2%	89%	11%	7%	88%	5%

A l'issue de cette étude, sont proposées des mesures de correction consistant en des actions de sensibilisation du personnel soignant et la mise en place systématique des doubles supports de sac pour les DASRI.

Compte tenu des impératifs liés au développement durable et au coût du traitement des déchets, la chambre encourage l'ordonnateur à poursuivre ces mesures d'audit et à renforcer les mesures de sensibilisation afin de progresser dans leur tri en réduisant en particulier la présence de DAOM dans les sacs destinés aux DASRI.

6.5.3- L'exécution du marché de déchets hospitaliers dangereux

6.5.3.1- Des difficultés dans l'exécution du marché

Les HDN ont interpellé le CHV le 3 décembre 2013 en sa qualité de coordonnateur du groupement d'un défaut d'exécution de la prestation :

- ♦ les horaires de ramassage sur leur site ont été modifiés sans aucune concertation ;
- ♦ le nombre de bacs déposés est inférieur au nombre de bacs enlevés ;
- ♦ des bacs identifiés comme abîmés ont été remplacés par la société par des bacs également abîmés¹²⁶.

Le CHV a alors envoyé une lettre datée du 10 décembre 2013 à la société.

Un autre membre du groupement, le centre hospitalier des Vals d'Ardèche, a informé le CHV par courriel du 11 mars 2015 d'un problème récurrent sur la prestation en cours sous-traitée à la société MEDCLEAN auprès d'une résidence de l'établissement. Ainsi, les collectes des 6, 9 et 11 mars 2015 n'ont pas été effectuées.

Le CHVA avait déjà alerté la société sous-traitante mais sans résultat.

En réponse à la réclamation du CHV, la société Véolia indique que la société sous-traitante

¹²⁶ S'agissant du non remplacement de bacs abîmés l'article 12.8 du CCP oblige la société à remplacer « impérativement » tout bac défectueux, le non remplacement de bacs défectueux entraînant la seule pénalité prévue par le marché à l'article 16 du CCP. En l'espèce aucune pénalité n'a toutefois été infligée.

ayant été depuis peu placée en cessation de paiement et qu'elle reprendrait les prestations à compter du 13 avril 2015.

A la suite d'une lettre du CHV du 23 novembre 2016 par laquelle l'établissement se plaignait du non-respect des horaires de collecte et de la non prise en charge de l'ensemble des bacs, la société a imputé ces fautes à un agent qui aurait fait l'objet d'un entretien disciplinaire le 16 décembre 2016.

6.5.3.2- Le contrôle des prestations par le CHV

La décomposition du prix du marché figure ci-après.

Tableau 60 : Décomposition du prix du marché relatif aux DASRI

Offre de base : collecte, transport et élimination des déchets d'activité de soins par incinération	Prix unitaire HT mensuel par bac		Prix unitaire HT par collecte et par établissement	Prix unitaire HT à la tonne
	Sans timon	Avec timon		
Mise à disposition, lavage et maintenance du matériel de collecte	15,00 €	20,00 €		
Enlèvement et transport			87,54 €	
Traitement des déchets <u>hors TGAP</u>				330,00 €
Montant de la <u>TGAP</u>				10,74 €

Source : CHV

Le marché prévoit un système de traçabilité des bacs et permet le contrôle par le CHV et les établissements membres du groupement du nombre de bacs enlevés par la société. L'établissement procède bien à ce contrôle, comme le montre un bordereau d'enlèvement produit et un tableau de suivi de ces bordereaux (lien vers pièces de contrôle et les indicateurs de suivi).

En revanche, aucun système ne permet le contrôle du poids des bacs, alors qu'une part importante du montant finalement facturé dans le cadre du marché dépend de cette donnée. Ainsi selon le CHV, plus de 70 % de la facturation sur la période 2014 à 2017 est imputable au poids des déchets collectés.

Tableau 61 : Décomposition de la facturation

		TOTAL TTC	Répartition
Période du : 01/01/14 au 31/12/17			
VEOLIA	Mise à disposition du matériel de collecte	69 446	11 %
	Enlèvement et transport	109 928	18 %
	Traitement des déchets	414 002	70 %
	TGAP	12 917	
		606 292	100 %

Source : CHV

Les services de l'établissement ont toutefois pu faire un contrôle de cohérence en rapportant le tonnage déclaré par la société au nombre de bacs enlevés pour avoir un poids moyen par bac puis contrôler son évolution dans le temps.

Pour autant, le pouvoir adjudicataire reste dépendant des déclarations du titulaire du marché dès lors que les bacs déposés ne sont pas pesés et qu'il n'existe pas de possibilité pour les services de l'établissement de contrôler la pesée effectuée par la société.

En effet, les relevés d'enlèvements des déchets ne sont pas contradictoires.

Au demeurant, le CHV n'effectue pas de sondage en liaison avec le destructeur afin de contrôler les tonnages déclarés.

Entre 2014 et 2017, le prix du traitement à la tonne de ces déchets augmente de 7 %.

Tableau 62 : Coût moyen de la tonne de DASRI (en € et T.T.C.)

2014	2015	2016	2017	Evolution
620,12	638,74	651,48	662,09	7 %

Source : CHV

Dans le cadre du marché à venir (début du marché prévu en juin 2018), le CHV entend améliorer le suivi des quantités collectées en exigeant que le prestataire mette en œuvre un système de traçabilité des bacs permettant aux établissements de disposer notamment du poids collecté. Pour autant, cela ne ressort pas des stipulations du projet de CCP, même si une revue de contrat est prévue tous les semestres comportant notamment la revue d'indicateurs comme le poids de DASRI / jour d'hospitalisation ou le poids de DASRI/ lit.

La chambre souligne qu'un véritable suivi des déchets à risque a été institué au CHV. Il pourrait toutefois être amélioré par la réalisation de relevés contradictoires et par la mise en place de contrôles aléatoires du poids des bacs effectivement enlevés.

7- **ANNEXES**7.1- **Répartition des patients****Tableau 63 : Médecine en %**

Rang	Etablissement	2014	2015	2016
1	CH DE VALENCE	39,6	39,9	40,6
2	HOPITAL PRIVE DROME ARDECHE	17,3	16,2	16,2
3	HOSPICES CIVILS DE LYON	7,6	7,2	7,1
4	HÔPITAUX DROME NORD	7,2	7,1	6,7
5	CH CREST	3,7	3,6	3,8
6	CLINIQUE LA PARISIERE	3,1	3,3	3,6

Source : Hospidiag

Tableau 64 : Chirurgie (hospitalisation complète) en %

Rang	Etablissement	2014	2015	2016
1	CH DE VALENCE	31,6	32,8	34,7
2	HOPITAL PRIVE DROME ARDECHE	31,5	29,1	27,1
3	HOSPICES CIVILS DE LYON	5,8	6,2	5,9
4	HÔPITAUX DROME NORD	5,3	5,3	5,1
5	CLINIQUE LA PARISIERE	4,1	3,8	3,8
6	CHU GRENOBLE	2	2,2	2,3
7	CH DES VALS D'ARDECHE	1,5	1,9	2
8	CHU SAINT ETIENNE	1,7	1,9	2
9	CH DE DIE	1,3	1,3	1,6
10	SA CLINIQUE KENNEDY	1,5	1,2	1,1

Source : Hospidiag

Tableau 65 : Chirurgie ambulatoire en %

Rang	Etablissement	2014	2015	2016
1	HOPITAL PRIVE DROME ARDECHE	46,9	47,1	47,1
2	CH DE VALENCE	23,2	22,4	21,8
4	CLINIQUE LA PARISIERE	7,6	6,8	7,8
5	SA CLINIQUE KENNEDY	4,3	4,7	5,1
6	HÔPITAUX DROME NORD	3,5	3,6	3,1
7	CH CREST	2,1	1,9	2
8	HOSPICES CIVILS DE LYON	1,5	1,7	1,8
9	CH DES VALS D'ARDECHE	0,9	1,1	1,2
10	CHU GRENOBLE	0,8	1	0,9
11	CH DE DIE	0,9	1	0,7

Source : Hospidiag

Tableau 66 : Obstétrique en %

Rang	Etablissement	2014	2015	2016
1	CH DE VALENCE	60,2	60,4	62,9
2	HOPITAL PRIVE DROME ARDECHE	19,5	19,8	17,8
3	HÔPITAUX DROME NORD	8,8	8,4	8,5
4	HL DE TOURNON	3	2,9	2,8
5	GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE	1,6	1,8	1,5
6	CH DES VALS D'ARDECHE	1,2	1,1	1,3
7	CH CREST	1,7	1,3	1,2
8	HOSPICES CIVILS DE LYON	1,2	0,9	1,1
9	CH DE DIE	0,8	0,7	0,8
10	CHU GRENOBLE	0,6	0,8	0,4
11	CH D'ARDECHE MERIDIONALE	0	0,1	0,1
12	CHU SAINT ETIENNE	0,1	0	0,1

Source : Hospidiag

Tableau 67 : Cancérologie – Hospitalisations

Rang	Etablissement	2014	2015	2016
1	CH DE VALENCE	34,7	36,5	34,7
2	HOPITAL PRIVE DROME ARDECHE	23,9	23,9	25,6
3	HOSPICES CIVILS DE LYON	10,2	9,5	8,5
4	CENTRE LEON BERARD	6,1	6,1	6,3
5	CLINIQUE LA PARISIERE	3,5	3,6	4,4
6	HÔPITAUX DROME NORD	4,4	3,9	4
7	CH CREST	3,2	2,9	2,6
8	CHU GRENOBLE	1,7	1,4	1,7
9	CH DES VALS D'ARDECHE	1,8	1,8	1,6
10	HL DE TOURNON	1	1,1	1,4

Source : Hospidiag

Tableau 68 : Cancérologie - Chimiothérapies

Rang	Etablissement	2014	2015	2016
1	CH DE VALENCE	45,9	49,9	49,6
2	HOPITAL PRIVE DROME ARDECHE	21,7	19,1	21,1
3	CENTRE LEON BERARD	10,3	9	8,4
4	HÔPITAUX DROME NORD	8,7	8,6	7,8
5	HOSPICES CIVILS DE LYON	5,5	6,5	5,9
6	GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE	2,3	2,1	1,7
7	CHU GRENOBLE	1	1	1,2
8	CH CREST	1,1	0,9	0,7
9	CH DES VALS D'ARDECHE	0,6	0,4	0,6
10	CHICAS GAP-SISTERON	0,3	0,3	0,4
11	GROUPEMENT HOSPITALIER MUTUALISTE DE GRENOBLE	0,7	0,7	0,4
12	CLINIQUE LA PARISIERE	0,2	0,2	0,3

Source : Hospidiag

7.2- Les tableaux de la situation financière

Tableau 69 : Evolution des produits bruts de l'exploitation

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. annuelle moyenne
Produits de l'activité hospitalière	139 367 004	144 839 151	150 130 516	155 302 268	158 957 879	163 615 616	3,3 %
+ Dotations et produits de tarification des budgets annexes	7 362 994	8 137 378	7 894 894	8 064 166	7 868 212	7 967 797	1,6 %
= Produits de l'activité (a)	146 729 998	152 976 529	158 025 410	163 366 435	166 826 091	171 583 413	3,30 %
Produits annexes du budget H	3 455 942	4 263 299	4 548 727	4 845 781	5 105 756	4 903 538	7,2 %
+ Pdts annexes des budgets annexes	0	0	0	0	0	0	ns
= Produits annexes (b)	3 455 942	4 263 299	4 548 727	4 845 781	5 105 756	4 903 538	7,2 %
Prestations services, tvx, études, divers (c)	5 500	18 590	10 540	11 466	3 830	3 825	- 7,0 %
Ventes de marchandises (d)	5 463 228	6 019 998	5 854 734	8 273 140	9 451 978	11 194 530	15,4 %
Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité (e)	98 350	1 781 029	4 055 240	4 509 409	4 776 127	4 943 039	118,9 %
= Prod. bruts de l'exploitation (a+b+c+d+e)	155 753 017	165 059 445	172 494 650	181 006 231	186 163 781	192 778 570	4,4 %

Tableau 70 : Evolution des produits de l'activité hospitalière

en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Produits de la tarification à l'activité (a)	95 687 458	101 368 948	107 070 617	111 427 498	113 251 464	113 760 521	3,5 %
+ Produits forfaitaires (b)	18 411 693	16 724 225	15 512 850	15 845 959	16 884 489	18 670 520	0,3 %
+ Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique (c)	10 198 442	11 079 905	11 940 656	12 735 860	13 580 989	14 894 986	7,9 %
= Produits à la charge de l'assurance maladie (a+b+c=d)	124 297 593	129 173 079	134 524 123	140 009 317	143 716 942	147 326 027	3,5 %
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (e)	15 069 411	15 666 072	15 606 393	15 292 952	15 240 938	16 289 589	1,6 %
Produits de l'activité hospitalière (d+e)	139 367 004	144 839 151	150 130 516	155 302 268	158 957 879	163 615 616	3,3 %

Tableau 71 : Evolution des produits des budgets annexes¹²⁷

Budgets B,E en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Tarif hébergement pris en charge par le département	572 092	779 866	730 877	754 927	747 884	711 694	+ 4,5 %
+ Participation du résident à l'hébergement	1 480 488	1 898 510	1 923 067	1 959 233	1 882 252	1 974 047	+ 5,9 %
+ Tarif dépendance couvert par l'APA	113 168	913 273	688 293	736 299	681 606	757 106	+ 46,2 %
+ Participation du résident au tarif dépendance	952 451	371 277	387 308	390 229	361 979	349 046	- 18,2 %
+ Forfait annuel soins - Caisses	2 544 268	0	0	0	0	0	ns
+ Dotation globale de financement tarifs soins	1 700 527	4 174 452	4 165 349	4 223 479	4 194 491	4 175 905	+ 19,7 %
= Dotations et produits de tarification des budgets B, E (USLD, EHPAD)	7 362 994	8 137 378	7 894 894	8 064 166	7 868 212	7 967 797	+ 1,6 %

Tableau 72 : Evolution des consommations intermédiaires

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Achats (a)	37 118 770	38 422 420	37 950 743	40 753 662	43 195 009	48 427 672	5,5 %
+ Services extérieurs (b)	6 193 980	5 848 575	6 575 025	6 479 822	5 981 045	5 992 657	- 0,7 %
+ Autres services extérieurs (c)	3 047 162	3 351 260	3 081 888	3 499 694	3 358 431	3 718 349	4,1 %
+ Impôts & taxes, hors taxes sur le personnel (d)	25 831	25 695	25 566	24 292	27 070	30 594	3,4 %
= Consommations intermédiaires (a+b+c+d)	46 385 743	47 647 950	47 633 222	50 757 471	52 561 555	58 169 272	4,6 %
- Remboursement de frais des BA consolidé	1 868 152	2 298 953	2 302 770	2 234 294	2 183 741	2 285 149	4,1 %
= Consommations intermédiaires consolidées après remboursement des frais des BA	44 517 591	45 348 997	45 330 452	48 523 177	50 377 814	55 884 123	4,6 %

¹²⁷ La variation annuelle moyenne de la part soins est calculée après regroupement du forfait annuel et de la dotation globale en 2011.

Tableau 73 : Evolution de la valeur ajoutée

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. annuelle moyenne
= Valeur ajoutée	108 076 453	116 003 553	123 324 313	128 454 661	131 579 805	132 983 956	4,2 %
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	69 %	70 %	71 %	71 %	71 %	69 %	- 0,1 %
Valeur ajoutée budget H	102 057 639	109 569 805	116 939 351	122 214 562	125 492 181	126 697 365	4,4 %
<i>en % des produits d'exploitation du budget H</i>	69 %	70 %	71 %	71 %	70 %	69 %	- 0,1 %
Valeur ajoutée budgets B, E, J	6 027 647	6 442 343	6 399 690	6 244 671	6 090 469	6 290 432	0,9 %
<i>en % des produits d'exploitation des budgets B,E,J</i>	82 %	79 %	81 %	77 %	77 %	79 %	- 0,7 %

Tableau 74 : Evolution de la marge brute d'exploitation

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Valeur ajoutée	108 076 453	116 003 553	123 324 313	128 454 661	131 579 805	132 983 956
+ Autres subventions	1 104 709	798 093	842 388	724 487	842 413	868 969
- Charges totales de personnel*	106 884 984	112 185 192	115 996 617	117 497 719	120 980 640	124 830 702
+ Remboursement de frais entre budgets	1 868 152	2 298 953	2 302 770	2 234 294	2 183 741	2 285 149
= Résultat économique brut	4 164 330	6 915 406	10 472 854	13 915 723	13 625 319	11 307 372
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	2,70 %	4,20 %	6,10 %	7,70 %	7,30 %	5,90 %
+ Autres produits de gestion	5 564 597	5 900 224	5 975 196	5 960 840	5 994 420	5 684 508
- Autres charges de gestion	1 241 415	1 919 323	3 309 525	3 730 354	3 535 433	3 740 580
= Marge brute d'exploitation	8 487 512	10 896 308	13 138 526	16 146 209	16 084 306	13 251 300
<i>Taux de marge brute (soit marge brute en % des produits courants de fonctionnement)</i>	5,20 %	6,30 %	7,30 %	8,60 %	8,30 %	6,70 %
- Retraitement aides*			2 000 000	5 000 000		**
Marge brute "non aidée"	8 487 512	10 896 308	11 138 526	11 146 209	16 084 306	13 251 300
Taux de marge brute non aidée (soit marge brute en % des produits courants de fonctionnement)	5,23 %	6,34 %	6,21 %	5,94 %	8,33 %	6,65 %
Total produits courants de fonctionnement	162 437 261	171 762 999	179 318 550	187 767 852	193 142 543	199 288 380

*sont retranchées les aides non ciblées qui n'ont pas vocation à entrer dans la marge brute car non stables.
 **Il est à noter que 6 M€ perçus au titre de l'AC en 2016 n'ont pas été retraités car selon l'établissement il s'agit de produits constatés d'avance n'intervenant au crédit du compte de classe 7 que l'année suivante¹²⁸. Ils ne sont donc pas inscrits en recettes d'exploitation en 2016 et ne peuvent donc être retirés des produits courants d'exploitation pour la détermination de la marge brute hors aides.

Source : établissement / arrêtés de notification de l'ARS.

¹²⁸ Le solde créditeur des produits constatés d'avance (compte 487) passe de 2 006 721 € au 31 décembre 2015 à 10 142 990 € au 31 décembre 2016 : l'ARS a versé en 2016 au CHV 8 M€ d'avances de trésorerie sur les dotations budgétaires 2017 (6 M€ d'AC et 2 M€ de DAF) d'où l'accroissement significatif du solde de ce compte au 31/12/2016.

Tableau 75 : la CAF nette et le financement propre disponible

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	6 033 439	7 611 276	9 041 925	13 021 799	12 494 746	10 224 560	58 427 745
Dont CAF budget H	5 777 595	7 085 357	8 909 614	12 541 084	12 338 123	10 069 494	56 721 267
Dont CAF budgets B, E, J	245 768	517 261	131 831	485 271	160 991	158 891	1 700 015
Dont CAF budget C	-	-	-	-	-	-	0
Dont CAF budgets L, M, N, P	-	-	-	-	-	-	0
Dont CAF budget A	10 075	8 658	481	- 4 557	- 4 368	- 3 826	6 464
- Annuité en capital de la dette	5 024 942	5 174 896	5 231 236	5 322 920	5 460 974	5 879 350	32 094 318
Dont remboursement d'emprunts obligataires remboursables in fine	-	-	-	-	-	-	0
= Capacité d'autofinancement nette (a)	1 008 496	2 436 380	3 810 689	7 698 880	7 033 772	4 345 210	25 324 931
<i>en % du produit total</i>	<i>0,65 %</i>	<i>1,48 %</i>	<i>2,21 %</i>	<i>4,25 %</i>	<i>3,78 %</i>	<i>2,25 %</i>	
+ Apports en capital	-	-	-	5 096 287	4 850 249	950	9 947 486
+ Subventions d'équipement reçues	-	-	-	-	96 287	-	96 287
+ Produits de cession	17 990	119 096	455 132	15 815	30 565	21 421	660 019
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	17 990	119 096	455 132	5 112 102	4 977 101	22 371	10 703 792
= Financement propre disponible (a+b)	1 026 486	2 555 476	4 265 821	12 810 982	12 010 873	4 367 581	36 010 733

Tableau 76 : Structure du financement des investissements

	Investissement	Subvention ou apport	Emprunt	Financement propre disponible
Année 2011	9 855 951,08	0	13 000 000	1 026 486
Année 2012	10 399 476,14	0	2 000 000	2 555 476
Année 2013	8 235 716,62	0	5 950 000	4 265 821
Année 2014	11 117 845,27	5 096 287,00	4 000 000	12 810 982
Année 2015	14 568 540,53	5 042 823,00	4 000 000	12 010 873
Année 2016	15 947 774,71	0	8 666 668	- 4 299 087
Année 2017 (prévisionnel)	9 623 721,71	20 327 482,00	0	ND
TOTAL	79 749 026,06	30 466 592,00	28 950 000,00	28 370 551

Source : CHV / retraitement CRC

Tableau 77 : Evolution des fonds propres élargis

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Apports	16 365 528	16 365 528	16 365 528	35 144 815	40 332 450	40 333 400	19,8 %
+ Réserves	12 478 676	12 482 154	12 488 754	12 905 649	16 813 265	10 683 591	- 3,1 %
+ Report à nouveau	1 352 284	205 944	- 1 782 020	4 810 723	1 553 467	- 6 654 319	N.C.
+ Résultat de l'exercice	- 1 142 863	- 1 981 364	1 458 981	1 609 837	1 424 067	- 2 738 384	19,1 %
= Fonds propres	29 053 626	27 072 262	28 531 243	54 471 025	60 123 249	41 624 288	7,5 %
+ Subventions d'investissement	98 447	85 630	72 813	59 996	124 209	93 157	- 1,1 %
+ Provisions réglementées	25 584 992	25 584 992	25 775 173	4 138 773	8 975 086	8 748 272	- 19,3 %
+ Droits de l'affectant et du remettant	0	0	0	0	152 394	152 394	nd
= Fonds propres élargis	54 737 065	52 742 884	54 379 229	58 669 793	69 374 938	50 618 111	- 1,6 %

Tableau 78 : Evolution de l'actif immobilisé

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moyenne
Immobilisations incorporelles	707 613	781 496	622 261	572 916	397 254	242 533	- 19,3 %
+ Immobilisations corporelles	133 533 469	130 172 706	128 199 429	122 456 705	113 566 832	118 334 011	- 2,4 %
+ Immobilisations en cours	175 956	4 734 593	6 100 935	13 938 973	25 195 863	8 359 194	116,4 %
+ Immo. affectées ou mises à disposition	-	-	-	-	467 409	467 409	SO
+ Participations et immo. financières	1 582	1 756	3 556	5 456	4 506	9 506	43,1 %
Total actif immobilisé	134 418 620	135 690 551	134 926 181	136 974 050	139 631 864	127 412 653	- 1,1 %

Source : Comptes de gestion, retraitement chambre régionale des comptes



- DIRECTION GENERALE -

Réf : FS/SP/AB - 129/2018
Téléphone : 04 75 75 75 11
Télécopie : 04 75 75 72 40

Valence, le 9 novembre 2018

CRC Auvergne, Rhône-Alpes

KAR A181684 KJF

12/11/2018

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
AUVERGNE-RHONE-ALPES
124 Bd Vivier Merle
CS23624
69503 LYON Cedex 3

Objet : Rapport d'observations définitives

Réf. : votre courrier du 10 octobre 2018 reçu le 11 octobre 2018

Madame la Présidente,

Suite à la transmission du rapport d'observations définitives du contrôle des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier de Valence pour les exercices 2011 à 2016, vous trouverez ci-joint, des éléments de réponses aux recommandations et observations émises.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, mes salutations distinguées.

P/ le Directeur Général,
La Directrice adjointe chargée des
projets et des affaires médicales

Stéphanie PIOCH



– DIRECTION GENERALE –



**REMARQUES RELATIVES AU RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES**

Page 4 : Il faut noter 11 salles de bloc et non 12.

Page 7 : l'arrivée de Monsieur Serveaux est après le 20 avril 2018.

Page 23 : il est fait détail de 8 filières définissant les orientations stratégiques du projet médical partagé, manquent la filière HAD & Ville-Hôpital ainsi que la filière biologie qui ne sont pas listées.

Page 39 : 3.2.3.1. Des primes accordées irrégulièrement à des agents contractuels

S'agissant de la prime de service aux contractuels entre 2013 et 2015, les agents titulaires partis à la retraite le 31.12.N-1 ont vu leur prime de service de l'année N-1 versée sur l'année N, année lors de laquelle ils ont été embauchés de nouveau par l'établissement mais en tant que contractuel.

Exemple : Olivier FRAGON qui a pris sa retraite en juillet 2014 mais qui a eu le versement de sa prime de service en mars 2015 alors qu'il avait été embauché après sa retraite comme contractuel.

Page 36 : 3.2.4 Les heures supplémentaires

Il n'y a plus de personnel encadrant en heures avec 10 DJ de récupérations.

Page 50 : 3.3.7.1. : Commission d'Activité libérale : la CAL 2018 a été sollicitée sur le respect des dispositions législatives encadrant l'activité libérale. Un courrier a été transmis à chaque praticien ne respectant pas les dispositions législatives en vigueur.

Recommandation n°5 : le contrat de développement est en cours de formalisation et repose sur des économies issues de l'ajustement capacitaire ; concernant la maîtrise des dépenses, les effectifs de PNM à fin septembre 2018 enregistrent une baisse de 40 ETP par rapport à la même période 2017.

Les publications de la chambre régionale des comptes
Auvergne-Rhône-Alpes
sont disponibles sur le site internet des juridictions financières :
<https://www.ccomptes.fr>

Chambre régionale des comptes
Auvergne-Rhône-Alpes
124-126 boulevard Vivier Merle CS 23624
69503 Lyon Cedex 03

auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr