



Lyon, le 11 juillet 2019

**La présidente**

N° D191751

**Recommandée avec A.R.**

**Réf.** : ma lettre n° D191409 du 3 juin 2019

**P.J.** : 1

Madame la Directrice,

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 Moulins-Yzeure au cours des exercices 2012 à 2017. Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui les concerne, à vos prédécesseurs.

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.

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

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

Ce rapport devenant publiable et communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément aux dispositions de l'article R. 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.

**Madame Laurence GARO**

Directrice du centre hospitalier de Moulins-Yzeure  
10 avenue du Général de Gaulle  
03006 MOULINS cedex

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

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération la plus distinguée.

**Marie-Christine Dokhélar**



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

**Centre hospitalier de Moulins-Yzeure  
(Département de l'Allier)**

**Exercices 2012 à 2017**

**Observations définitives  
délibérées le 22 mai 2019**

## SOMMAIRE

<b>1-</b>	<b><u>L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT .....</u></b>	<b><u>9</u></b>
1.1-	<b>Le contexte et le territoire .....</b>	<b>9</b>
1.1.1-	Un territoire rural et âgé.....	9
1.1.2-	La refonte du projet régional de santé.....	10
1.2-	<b>La stratégie de l'établissement .....</b>	<b>11</b>
1.2.1-	Le projet d'établissement et la recomposition capacitaire .....	11
1.2.2-	Le projet « Hôpital de demain ».....	11
1.2.3-	Les partenariats du centre hospitalier de Moulins-Yzeure.....	12
1.2.4-	Le groupement hospitalier de territoire Allier-Puy de Dôme .....	13
1.3-	<b>L'activité.....</b>	<b>15</b>
1.3.1-	Indications méthodologiques .....	15
1.3.2-	Le codage .....	15
1.3.3-	L'offre du centre hospitalier de Moulins-Yzeure.....	15
1.3.4-	Le positionnement de l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).....	16
1.3.5-	L'activité d'hospitalisation de court séjour .....	17
1.3.6-	L'activité ambulatoire .....	18
1.3.7-	La valorisation des séjours .....	19
1.3.8-	L'activité de soins de suite et de réadaptation .....	20
1.3.9-	L'activité de psychiatrie.....	21
1.3.10-	La filière de soins des personnes âgées.....	21
<b>2-</b>	<b><u>LA GOUVERNANCE .....</u></b>	<b><u>22</u></b>
2.1-	<b>Le conseil de surveillance.....</b>	<b>22</b>
2.2-	<b>La direction de l'établissement.....</b>	<b>23</b>
2.3-	<b>Les relations tissées avec la maison d'accueil spécialisée d'Yzeure .....</b>	<b>23</b>
2.3.1-	Historique.....	23
2.3.2-	Les prestations .....	23
2.3.3-	La question patrimoniale.....	24
2.3.4-	L'opération de reconstruction de la MAS .....	24
2.3.5-	Conclusion sur cette opération.....	27
2.4-	<b>La contractualisation interne.....</b>	<b>27</b>
2.5-	<b>Le contrôle de gestion .....</b>	<b>27</b>
2.6-	<b>Le système d'information et la dématérialisation.....</b>	<b>28</b>
2.6.1-	Le schéma directeur des systèmes d'information .....	28
2.6.2-	La facturation individuelle à l'Assurance maladie.....	28
2.6.3-	La dématérialisation.....	29
<b>3-</b>	<b><u>LA COMMANDE PUBLIQUE .....</u></b>	<b><u>30</u></b>
3.1-	<b>La fonction d'achats .....</b>	<b>30</b>
3.1.1-	L'organisation des achats.....	30
3.1.2-	La stratégie d'achats .....	31
3.2-	<b>Les principales fonctions externalisées .....</b>	<b>32</b>
3.2.1-	La blanchisserie .....	32
3.2.2-	Les prestations informatiques .....	33
3.2.3-	Les transports sanitaires .....	34
3.2.4-	Conclusion sur la fonction achat.....	34
3.3-	<b>Le programme « Hôpital de Demain » .....</b>	<b>34</b>
3.3.1-	Le programme .....	34
3.3.2-	Un marché public de conception-réalisation.....	35
3.3.3-	La soutenabilité financière du projet.....	37
<b>4-</b>	<b><u>LA FIABILITE DES COMPTES.....</u></b>	<b><u>39</u></b>
4.1-	<b>La certification des comptes à compter de 2016 .....</b>	<b>39</b>
4.2-	<b>Le contrôle interne en matière de procédures comptables et financières.....</b>	<b>39</b>
4.3-	<b>La décomposition budgétaire.....</b>	<b>40</b>
4.3.1-	Un budget principal et des budgets annexes .....	40

4.3.2-	L'identification au répertoire SIRET .....	40
4.3.3-	La décomposition budgétaire de l'activité EHPAD .....	40
<b>4.4-</b>	<b>La fiabilité de l'actif immobilisé .....</b>	<b>41</b>
4.4.1-	L'actif brut immobilisé .....	41
4.4.2-	Les amortissements des actifs immobilisés .....	42
<b>4.5-</b>	<b>La fiabilité du passif .....</b>	<b>43</b>
4.5.1-	Les provisions pour risques et charges .....	43
4.5.2-	Les provisions règlementées .....	43
4.5.3-	Les provisions pour comptes épargne-temps (CET) .....	44
<b>4.6-</b>	<b>La fiabilité des créances d'exploitation .....</b>	<b>46</b>
<b>4.7-</b>	<b>Les opérations de dépenses et de recettes à classer, ou à régulariser .....</b>	<b>48</b>
<b>4.8-</b>	<b>Les opérations pour le compte de tiers .....</b>	<b>48</b>
<b>4.9-</b>	<b>Conclusion sur la fiabilité des comptes .....</b>	<b>50</b>
<b>5-</b>	<b><u>LA SITUATION FINANCIERE .....</u></b>	<b><u>51</u></b>
<b>5.1-</b>	<b>Un déséquilibre d'exploitation qui s'accroît .....</b>	<b>51</b>
5.1.1-	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2018 .....	51
5.1.2-	Le résultat comptable consolidé .....	52
5.1.3-	La neutralisation des dépenses de pharmacie remboursées .....	53
5.1.4-	Les produits d'exploitation .....	54
5.1.5-	Les charges d'exploitation .....	56
5.1.6-	La marge brute .....	58
5.1.7-	La capacité d'autofinancement .....	59
<b>5.2-</b>	<b>La situation bilancielle .....</b>	<b>60</b>
5.2.1-	Les investissements réalisés .....	60
5.2.2-	Le recours à l'emprunt .....	61
5.2.3-	Le besoin en fonds de roulement et la trésorerie .....	62
<b>5.3-</b>	<b>Les prévisions budgétaires .....</b>	<b>63</b>
5.3.1-	Les prévisions relatives à la période de 2012-2017 .....	63
5.3.2-	Les prévisions pour les années 2018 à 2022 .....	64
<b>5.4-</b>	<b>Conclusion intermédiaire sur la situation financière .....</b>	<b>64</b>
<b>6-</b>	<b><u>LES RESSOURCES HUMAINES .....</u></b>	<b><u>65</u></b>
<b>6.1-</b>	<b>La gestion des ressources humaines .....</b>	<b>65</b>
<b>6.2-</b>	<b>Les effectifs .....</b>	<b>65</b>
<b>6.3-</b>	<b>Le temps de travail .....</b>	<b>67</b>
<b>6.4-</b>	<b>L'absentéisme du personnel non médical .....</b>	<b>68</b>
<b>6.5-</b>	<b>Les heures supplémentaires des personnels non médicaux .....</b>	<b>69</b>
<b>6.6-</b>	<b>Le temps de travail additionnel des personnels médicaux .....</b>	<b>71</b>
<b>6.7-</b>	<b>La régularité des éléments de la paie .....</b>	<b>71</b>
6.7.1-	Les vérifications par sondage .....	71
6.7.2-	Rappel des règles applicables en matière de primes et d'indemnités .....	71
6.7.3-	La prime de technicité .....	72
6.7.4-	La « prime diverse » .....	72
6.7.5-	L'avantage en nature pour logement de fonctions .....	73
<b>6.8-</b>	<b>Conclusion intermédiaire sur les ressources humaines .....</b>	<b>74</b>
<b>7-</b>	<b><u>LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES .....</u></b>	<b><u>75</u></b>
<b>7.1-</b>	<b>L'activité des actes et consultations externes .....</b>	<b>76</b>
<b>7.2-</b>	<b>La stratégie de l'établissement en matière d'actes et consultations externes .....</b>	<b>77</b>
7.2.1-	Objectifs stratégiques de l'établissement .....	77
7.2.2-	Notoriété et reconnaissance des actes et consultations externes assurés par l'établissement .....	78
7.2.3-	Évaluations et audits réalisés sur les ACE .....	79
<b>7.3-</b>	<b>L'offre d'actes et consultations externes proposée par l'établissement .....</b>	<b>80</b>
7.3.1-	Les consultations offertes par l'établissement .....	80
7.3.2-	L'organisation de la permanence des soins .....	81
7.3.3-	La couverture des besoins sur le territoire .....	83

<b>7.4-</b>	<b>L'organisation mise en œuvre par l'établissement .....</b>	<b>85</b>
7.4.1-	Organisation spatiale et fonctionnelle.....	86
7.4.2-	La prise de rendez-vous .....	86
7.4.3-	L'admission du patient en consultation .....	87
7.4.4-	Le codage des actes et consultations externes.....	89
7.4.5-	La facturation à l'Assurance maladie.....	89
7.4.6-	La facturation au patient .....	90
<b>7.5-</b>	<b>Les moyens affectés et le résultat financier .....</b>	<b>90</b>
7.5.1-	Effectifs médicaux et non médicaux de l'activité .....	91
7.5.2-	Résultats de l'activité.....	91
<b>7.6-</b>	<b>Le recouvrement des recettes liées aux actes et consultations externes .....</b>	<b>92</b>
<b>7.7-</b>	<b>L'organisation et le suivi de l'activité libérale .....</b>	<b>93</b>
7.7.1-	L'articulation avec l'activité publique des actes et consultations externes.....	93
7.7.2-	L'évolution de l'activité libérale.....	94
7.7.3-	Le contrôle de l'activité libérale .....	95
7.7.4-	Les obligations nouvelles en matière d'activité libérale .....	98
<b>8-</b>	<b><u>ANNEXES.....</u></b>	<b><u>100</u></b>
8.1-	<b>ANNEXE 1 : Présentation des indicateurs Hospidiag utilisés.....</b>	<b>100</b>
8.2-	<b>ANNEXE 2 : Données relatives à l'activité .....</b>	<b>101</b>
8.3-	<b>ANNEXE 3 : Données relatives à la relation avec la MAS .....</b>	<b>103</b>
8.4-	<b>ANNEXE 4 : Données relatives aux achats .....</b>	<b>103</b>
8.5-	<b>ANNEXE 5 : Données relatives à la fiabilité des comptes.....</b>	<b>104</b>
8.6-	<b>ANNEXE 6 : Données relatives aux ressources humaines.....</b>	<b>107</b>
8.7-	<b>ANNEXE 7 : Données relatives aux actes et consultations externes .....</b>	<b>107</b>
8.8-	<b>ANNEXE 8 : Glossaire .....</b>	<b>111</b>
8.9-	<b>ANNEXE 9 : Réponse de Mme GARO, directrice en fonctions .....</b>	<b>113</b>

## SYNTHESE

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure est implanté dans un territoire à dominante rurale, accueillant une population âgée, présentant une situation socio-économique plutôt défavorable, et une offre de soins libérale insuffisante. Il proposait, en 2017, 951 lits et places, dont 365 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il a intégré, dès sa création le 1<sup>er</sup> juillet 2016, le groupement hospitalier de territoire « Allier – Puy-de-Dôme », dont l'établissement support est le centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand.

Seul opérateur du bassin de santé en obstétrique, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure est exposé, en médecine et en chirurgie, à la concurrence d'établissements plus éloignés mais aussi, pour ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, à celle de la polyclinique Saint-Odilon, établissement privé situé à Moulins. Son engagement dans la prise en charge ambulatoire des patients, s'il est inscrit au projet d'établissement, nécessite une mise en œuvre plus résolue.

Depuis sa création, en 1990, la maison d'accueil spécialisée d'Yzeure occupe, sans titre jusqu'en 2016, des locaux appartenant au centre hospitalier avec lequel elle partage une direction commune. Pour en permettre l'extension des capacités d'accueil, le centre hospitalier a engagé une opération de construction neuve pour un montant de 9,6 M€ HT. Cependant, en raison d'une confusion des compétences, le règlement de consultation du marché de conception-réalisation, la notification, ou encore l'acte d'engagement du titulaire du marché ont été signés par le directeur de la maison d'accueil spécialisée. En outre, celui-ci a sollicité et obtenu un permis de construire, sur une assise foncière ne lui appartenant pas. La vente du terrain d'emprise de la construction a, enfin, été réalisée en 2018.

Pour le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, l'investissement le plus important, au cœur du projet d'établissement, a été lancé en 2012. L'opération « Hôpital de demain » prévoyait une tranche ferme relative au plateau medicotechnique et logistique, et une tranche conditionnelle consistant en la reconstruction du plateau d'hospitalisation et de consultations de médecine et de chirurgie. Les travaux de la tranche ferme, financés par l'établissement sans aide extérieure, ont été livrés en 2017 dans le respect de l'enveloppe financière dédiée. La seconde tranche, conditionnelle, a fait l'objet d'une demande d'aide financière, en 2015, auprès du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo), qui n'a toujours pas statué à raison, principalement, de la situation financière dégradée de l'établissement.

Avec des charges qui ont régulièrement augmenté (+ 21,9 M€) et des produits plus atones (+ 11,2 M€) de 2012 à 2017, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure enregistre depuis 2013 un déficit d'exploitation qui s'est creusé en fin de période (- 7,29 M€ en 2017). Le nombre de séjours réalisés en médecine, obstétrique et chirurgie a certes régulièrement progressé entre 2012 (35 045) et 2017 (42 726) mais, dans le même temps, la valeur moyenne du séjour s'est effritée de 15,9 %, en conséquence principalement de la baisse des tarifs décidée au plan national, mais également de la progression du nombre de séjours ambulatoires de médecine dont la tarification est moindre que celle de l'hospitalisation complète.

Depuis 2013, le taux de marge brute est inférieur à 3 % et se dégrade encore en 2017 (1,59 %), et la capacité d'autofinancement brute ne couvre plus les amortissements et provisions, alors que l'opération « Hôpital de demain » n'est pas achevée. L'effort d'investissement déjà réalisé (79,4 M€ sur la période sous revue) a alourdi la charge de la dette et a conduit l'établissement à fortement mobiliser son fonds de roulement. Il se trouve, depuis 2016, dans l'obligation de solliciter l'autorisation de la tutelle pour tout emprunt nouveau.

La situation financière très dégradée de l'établissement est aussi, en partie, imputable à sa difficulté à recruter et fidéliser des médecins. La mise en œuvre du groupement hospitalier de territoire « Allier – Puy-de-Dôme », comptant notamment le centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand, doit permettre d'améliorer l'attractivité de l'hôpital de Moulins-Yzeure.

Les effectifs ont peu augmenté, de 2 181 emplois équivalents temps plein en 2012 à 2 201 emplois en 2017, induisant à une augmentation moyenne des dépenses de personnel de 1,7 % l'an. Si la régularité des éléments de la paie est globalement assurée, l'établissement doit mettre fin en particulier au versement de la « prime diverse », instaurée sans base légale ou réglementaire.

L'activité des actes et consultations externes est dispersée sur 23 points de consultations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle a globalement progressé de 15 % entre 2013 et 2017, avec des recettes ayant augmenté de 6,05 M€ en 2013 à 7,71 M€ en 2017. Dans un bassin de santé où l'offre libérale est insuffisante, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure répond aux besoins de soins en proposant des consultations externes dans de très nombreuses disciplines. Le coût de cette activité n'est pas établi de façon certaine par l'établissement mais, selon les éléments communiqués à la demande de la chambre, l'équilibre économique et financier paraît difficile à assurer.

Dans l'ensemble, la part des actes et consultations externes réalisée dans le cadre de l'activité libérale des praticiens de l'établissement a reculé durant la période d'analyse, passant de 7 594 consultations en 2013 à 4 813 en 2017. La commission de l'activité libérale, en attente d'être renouvelée depuis 2015 par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, ne peut se réunir et assumer ses missions en toute régularité. Néanmoins, l'établissement a réalisé quelques contrôles de l'activité libérale, mais ceux-ci s'avèrent notoirement insuffisants au regard des obligations procédant d'une réglementation très précise en la matière. La chambre invite l'établissement à profiter de la mise en place des nouvelles dispositions introduites en 2017, pour revoir son dispositif.

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation n° 1** : Revoir les relations entre le centre hospitalier et la maison d'accueil spécialisée de sorte à mieux identifier les flux financiers et l'ordonnateur compétent pour chacune des entités.

**Recommandation n° 2** : Recenser de manière exhaustive les besoins, compléter la cartographie des achats et rattacher systématiquement les achats effectués, lors de leur enregistrement dans les bases de données, au marché existant.

**Recommandation n° 3** : Préciser les moyens mobilisés au bénéfice du groupement de coopération sanitaire « Blanchisserie Nièvre-Allier » et les modalités de leur valorisation.

**Recommandation n° 4** : Créer des budgets annexes distincts pour les EHPAD de Moulins et d'Yzeure, afin de mieux identifier les opérations budgétaires et comptables les concernant.

**Recommandation n° 5** : Exclure le montant des heures supplémentaires, traitées en charges à payer, des calculs de détermination de la provision constituée au titre des comptes épargne temps.

**Recommandation n° 6** : Analyser les conclusions de l'enquête pilotée par l'agence régionale de santé sur les consultations externes, puis élaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration.

**Recommandation n° 7** : Revoir les conditions de mise en œuvre de la télémédecine, à l'aune des évolutions apportées par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, pour en développer résolument les applications.

**Recommandation n° 8** : Assurer l'exhaustivité des informations contenues dans les tableaux de service des praticiens, dans le respect de la réglementation de leur temps de travail et notamment de l'article R. 6152-27 du code de la santé publique.

**Recommandation n° 9** : Mettre en œuvre un contrôle effectif et systématique par la commission de l'activité libérale de l'activité des praticiens concernés, en conformité avec les textes qui la régissent.

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 Moulins-Yzeure (CHMY) pour les exercices 2012 à 2017, en veillant à intégrer, autant que possible, les données les plus récentes.

Le contrôle a été engagé par lettre du 23 février 2018, adressée à M. André Salagnac, directeur par intérim du centre hospitalier depuis le 8 mai 2017. Son prédécesseur sur la période contrôlée, M. Pierre Thépot (en fonctions du 5 janvier 2009 au 7 mai 2017), a également été informé par lettre du 23 février 2018. Ils en ont accusé réception respectivement les 24 février 2018 et 28 février 2018.

Mme Laurence Garo, directrice nommée à compter du 1<sup>er</sup> mai 2018, a été informée du contrôle par courrier du 24 mai 2018 dont elle a accusé réception le 25 mai 2018.

M. Pierre-André Périssol, maire de Moulins, président du conseil de surveillance, a également été informé de l'ouverture du contrôle par lettre du 23 février 2018, dont il a accusé réception le 26 février 2018. Le contrôle a par ailleurs été porté à la connaissance du comptable en fonctions, Mme Monique Charbon, par lettre du 23 février 2018.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ l'évolution de l'établissement, notamment dans le cadre de la mise en place du GHT ;
- ♦ la fiabilité et la sincérité des comptes ;
- ♦ la situation financière de l'établissement ;
- ♦ les actes et consultations externes.

Le thème de contrôle relatif aux actes et consultations externes s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale menée sur la période de 2013 à 2017, par la Cour des comptes et plusieurs chambres régionales des comptes.

L'entretien de fin de contrôle prévu par l'article L. 243-1 al.1 du code des juridictions financières a eu lieu le 27 septembre 2018 avec Mme Laurence Garo. Il a également eu lieu, par téléphone, avec M. André Salagnac le 2 octobre 2018, et avec M. Pierre Thépot, le 8 octobre 2018.

Lors de sa séance du 19 décembre 2018, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 12 février 2019 à Mme Laurence Garo ainsi que, pour celles les concernant, à M. André Salagnac et M. Pierre Thépot, et aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 22 mai 2019, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

## 1- L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

Né de la fusion le 1<sup>er</sup> janvier 1995 des hôpitaux de Moulins et d'Yzeure distants de 3 km, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure (CHMY) organise ses activités sur les deux sites. Il dessert, notamment, les 62 000 habitants de l'aire urbaine de Moulins, chef-lieu du département de l'Allier, avec un effectif de 1982 agents équivalents temps plein (ETP) et un budget de fonctionnement de 148 M€.

Il prend en charge les patients en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SSR), en psychiatrie, en unité de soins de longue durée (USLD) ; il accueille également des résidents dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui lui sont rattachés.

Il se situe à 100 km du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand.

Au cours de la période sous revue, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a obtenu la certification de la Haute autorité en santé (HAS) :

- ♦ en 2011, assortie de recommandations relatives à l'engagement dans le développement durable, à la prise en charge de la douleur, à la gestion du dossier patient, et à la démarche qualité de la prise en charge ;
- ♦ en 2017, les recommandations ont porté, cette fois, sur les droits des patients, le parcours du patient, le dossier patient, le management de la prise en charge médicamenteuse du patient et la gestion des équipements et produits au domicile du patient.

**Tableau 1 : Principales données organisationnelles et financières en 2017**

Population (aire urbaine de Moulins, 2014)	62 251 habitants	Effectifs, en ETP	1 982,20
		Nombre de lits et places	951
Produits courants	148,95 M€	Recettes d'investissement hors emprunts	2,24 M€
Charges totales de personnel	111,73 M€	Dépenses d'investissement hors remboursement capital de la dette	9,88 M€
Résultat net comptable	-7,22 M€		

Source : CRC et Hospidiag

### 1.1- Le contexte et le territoire

#### 1.1.1- Un territoire rural et âgé

En 2009, le bassin de santé intermédiaire (BSI) de Moulins, composé de 123 communes, présentait une faible densité de population (34,4 habitants au km<sup>2</sup>), inférieure à la moyenne de l'ancienne région Auvergne (51,7 habitants au km<sup>2</sup>). Parmi les 62 251 habitants que comptait l'aire urbaine de Moulins, où la densité de population est plus élevée (55,4 habitants au km<sup>2</sup>), 29 % d'entre eux avaient plus de 60 ans. Depuis, le nombre de décès a dépassé celui des naissances, en régression, et les perspectives démographiques établies en 2013 envisageaient une baisse de 3,2 % de la population entre 2007 et 2040.

En 2014, le taux de pauvreté<sup>1</sup> de l'aire urbaine de Moulins (13,5 %) était supérieur à celui de la région Auvergne-Rhône-Alpes (12,7 %). Le revenu médian par unité de consommation

<sup>1</sup> Le taux de pauvreté est défini par l'Insee comme étant la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à 60 % du niveau de vie médian, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros).

(19 869 €), avec une part de ménages fiscaux imposés inférieure de plus de deux points, n'atteignait pas celui de la région (20 944 €). Enfin, le taux de chômage y était en nette progression entre 2009 (9,1 %) et 2014 (12,8 %), même s'il demeurait proche de celui relevé pour l'ensemble de la région Auvergne (12,0 % en 2014).<sup>2</sup>

La monographie du bassin de santé intermédiaire, établie par l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes en décembre 2013, indiquait une densité de médecins généralistes (91 praticiens exerçaient en 2011) en retrait de 14 points du niveau régional. Avec 130 médecins spécialistes en 2013, dont plus de la moitié avaient plus de 55 ans, leur densité était également insuffisante (en retrait de - 38 points par rapport à la densité nationale).

Quelque 8,5 % de la population du bassin de santé intermédiaire, soit 9 800 habitants, vivent dans l'une des 20 communes éloignées de plus de 30 minutes des soins urgents (7,0 % au plan régional), mais aucune commune n'est située à plus de 40 minutes d'un service d'urgences ou d'un SMUR.

Outre le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, il existe trois établissements de santé sur le bassin de santé intermédiaire de Moulins :

- ♦ la polyclinique Saint-Odilon, établissement privé situé à 5 km du CHMY, exerce la médecine et la chirurgie ;
- ♦ le centre hospitalier Cœur du Bourbonnais, situé à Tronget (30 km du CHMY) et le centre hospitalier de Bourbon-l'Archambault, à 25 km du CHMY proposent les activités de médecine et de soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les habitants du bassin de santé intermédiaire partent, pour 33 % d'entre eux en médecine et 38 % en chirurgie, se faire soigner ailleurs, principalement dans les établissements de Vichy et de Clermont-Ferrand. À l'inverse, les établissements du bassin de Moulins attirent près de 20 % des patients résidant hors du bassin, en provenance principalement des départements de la Nièvre et de la Saône-et-Loire.

L'activité de gynécologie-obstétrique est réalisée par le seul centre hospitalier de Moulins-Yzeure, qui est également siège du service d'aide médicale urgente (SAMU) et doté d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). L'établissement assure les soins de psychiatrie sur deux des sept secteurs de psychiatrie adulte que compte le département de l'Allier, et sur le secteur de psychiatrie infanto-juvénile couvrant l'ouest du département.

Enfin le bassin de santé intermédiaire de Moulins présentait, en 2013, un taux d'équipement en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes (112 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans) inférieur au taux de l'ancienne région Auvergne (123).

Le 1<sup>er</sup> février 2018, dans le cadre de l'élaboration du schéma régional de santé 2018-2023, l'agence régionale de santé (ARS) a publié un état des lieux de l'offre médico-sociale du département de l'Allier, dans lequel le bassin intermédiaire de Moulins apparaissait toujours comme un territoire rural et âgé, dans une situation socio-économique plutôt défavorable, avec une offre libérale insuffisante.

#### 1.1.2- La refonte du projet régional de santé

Le projet régional de santé (PRS) d'Auvergne, arrêté le 25 avril 2012, avait défini les orientations et les actions à entreprendre sur l'ensemble du territoire pour la période des années 2012 à 2016, selon cinq axes stratégiques : accompagner le vieillissement,

<sup>2</sup> Source : les dossiers complets de l'Insee.

promouvoir l'autonomie et la qualité de vie, maîtriser les risques pour la santé, éduquer à la santé dès le plus jeune âge et préserver la santé mentale<sup>3</sup>.

Rénovés par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les projets régionaux de santé doivent, dorénavant, être constitués :

- ♦ d'un cadre d'orientation stratégique (COS) qui détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;
- ♦ d'un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé ;
- ♦ et d'un programme régional relatif à l'accès, à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le nouveau projet régional de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes, couvrant la période de 2018 à 2028, a été soumis à la concertation, puis arrêté le 29 mai 2018 par le directeur général de l'ARS. Organisé en six objectifs structurants, il ambitionne notamment de mailler le territoire régional en offre de santé de proximité, en appui au maintien à domicile et au développement de la prévention.

## 1.2- La stratégie de l'établissement

### 1.2.1- Le projet d'établissement et la recomposition capacitaire

Le projet d'établissement du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, couvrant les années 2009 à 2013, fixait deux objectifs majeurs : adapter l'offre de soins à la demande réelle et assurer, au meilleur coût, la qualité de la prise en charge. Ces objectifs impliquaient une « mutation structurelle » de l'établissement, en lien avec les projets de coopération, afin de mieux partager les ressources et de renforcer le caractère global de la prise en charge des patients du bassin de santé.

Adopté en juillet 2015, le nouveau projet médical engageait l'établissement, plus particulièrement :

- ♦ à optimiser la gestion des flux des urgences, avec un projet d'amélioration de la gestion des lits ;
- ♦ à poursuivre le virage de l'ambulatoire en chirurgie, et à augmenter la capacité d'accueil en médecine ambulatoire ;
- ♦ à créer un département de cancérologie de référence et à maintenir les efforts pour réduire les durées moyennes de séjour ;
- ♦ à renforcer les programmes de retour à domicile ;
- ♦ à fluidifier la filière gériatrique, et à poursuivre l'accroissement de l'offre de soins en santé mentale.

### 1.2.2- Le projet « Hôpital de demain »

La traduction architecturale de ces projets médicaux successifs, formalisée en un « schéma directeur 2010 / 2030 » se confondant et valant selon l'ordonnateur, au projet d'établissement, a entériné la logique de regroupement des unités de soins, fondée sur les concepts organisationnels définis par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), qui visent à créer des unités de soins de 30 lits, répartis en secteurs de 15 lits. L'opération « Hôpital de demain » en constitue le cœur.

Après avoir mené à bien en décembre 2013, l'opération de regroupement des unités d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile, le projet « Hôpital de demain » (HDD) a été en effet conçu comme une vaste opération intégrant, dans une première phase réalisée entre juillet 2015 et janvier 2017, la construction d'un nouveau bâtiment destiné à accueillir le plateau

<sup>3</sup> <https://www.esante-auvergne.fr/gcs/strategie-regionale-sante>.

médicotechnique et logistique. Livré en 2017, ce denier regroupe dorénavant : le laboratoire, la pharmacie, l'unité de reconstitution des cytostatiques, le magasin général et les cuisines centrales. La seconde phase, qui n'est pas encore engagée, devrait permettre la reconstruction de l'ensemble des structures de consultations et d'explorations fonctionnelles, ainsi que la refonte de l'hospitalisation de chirurgie et de médecine de spécialité.

En avril 2015 encore, le directeur de l'hôpital estimait que le projet « Hôpital de demain » n'avait pas uniquement valeur de volet architectural, car ce schéma immobilier s'inscrivait dans une politique de territoire qui aurait dû conduire à terme :

- ♦ à améliorer les processus et les réseaux de prise en charge, ainsi que les filières de soin, facilité en cela par des plateaux d'hospitalisation interconnectés au plateau médicotechnique ;
- ♦ à mutualiser les structures et les ressources, tout en améliorant les conditions de travail du personnel hospitalier, et en développant ainsi l'attractivité du bassin de santé pour les professionnels ;
- ♦ à favoriser des organisations plus performantes, conduisant à un retour sur investissement.

Les capacités de l'établissement se seraient vues réduites de 48 lits d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique entre 2013 et 2020, tandis que le nombre de places d'hospitalisation partielle aurait progressé de 11 unités sur les mêmes disciplines.

Cependant, en mai 2016, la commission médicale d'établissement (CME) a commencé à émettre des réserves sur la faisabilité financière du projet « Hôpital de demain » et demandé qu'un moratoire soit adopté. Son président a indiqué, durant l'instruction, que l'apparition du « gouffre financier » n'avait pas été alors suffisamment exposée et expliquée à la communauté médicale, qui en a été bien marrie et s'est montrée moins acquise au projet.

*A posteriori*, différents acteurs se sont interrogés, par ailleurs, sur l'ordre de réalisation des deux phases, considérant que d'avoir engagé les opérations par les fonctions non liées directement aux soins, constituait une erreur stratégique. Le directeur en fonctions au moment de ce choix a expliqué, lors de l'entretien de fin de contrôle, qu'il avait été motivé à cette époque par :

- ♦ l'avis défavorable des services vétérinaires quant aux locaux des cuisines, et alors qu'un projet de cuisines communes avec le centre hospitalier de Bourbon-l'Archambault était envisagé ;
- ♦ des locaux de pharmacie qui ne répondaient plus aux normes ;
- ♦ et la vétusté des installations du laboratoire dont la reconstruction était conçue dans le cadre des réflexions menées sur le futur périmètre du groupement hospitalier de territoire.

Les pressions politiques, selon lui, ont également pesé pour conduire à ce choix.

Les réserves, et les exigences subséquentes du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo) conditionnant son soutien financier à l'opération (cf. 3.3- ci-dessous), ainsi que la situation financière fortement dégradée de l'établissement (cf. 5.4- ci-dessous), ont finalement conduit, tout récemment, la nouvelle directrice à geler le projet « Hôpital de demain ».

### 1.2.3- Les partenariats du centre hospitalier de Moulins-Yzeure

En lien avec la politique de coopérations définie au projet d'établissement, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a passé plus de trois cents conventions, dont une quinzaine avec le secteur libéral. Les partenariats tissés avec les établissements hospitaliers publics, notamment le centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, ont donné lieu à plus d'une centaine de conventions. Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure s'est également engagé

dans plusieurs groupements de coopération sanitaire (GSC), notamment :

- ♦ le GCS « centre de cardiologie interventionnelle de l'Allier », constitué avec le centre hospitalier de Vichy depuis 2009 ;
- ♦ le GCS « Oncorad Auvergne » ayant un objectif de rationalisation de l'offre de soins en radiothérapie de proximité. Il associe, en 2019, le centre régional de lutte contre le cancer (CRLCC) Jean Perrin de Clermont-Ferrand et le centre hospitalier Émile Roux du Puy-en-Velay ;
- ♦ le GCS « plateforme de télésanté SIMPA (système d'informations médicales partagées en Auvergne) » depuis 2011, le groupement ayant été créé en février 2010 par le CHU de Clermont-Ferrand, le Centre Jean Perrin et l'Union régionale des médecins libéraux d'Auvergne (URML) ;
- ♦ le GCS « Cardiauvergne », constitué le 15 juin 2011 pour la coordination des soins aux malades insuffisants cardiaques.

Enfin, l'établissement s'est associé, en 2004, à la société d'imagerie libérale de Moulins, sous la forme d'un groupement d'intérêt économique (GIE), afin d'exploiter en commun un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), implanté dans les locaux du centre hospitalier.

#### 1.2.4- Le groupement hospitalier de territoire Allier-Puy de Dôme

Les centres hospitaliers de Bourbon-l'Archambault, Cœur du Bourbonnais à Tronget et de Moulins-Yzeure avaient souhaité constituer la communauté hospitalière de territoire (CHT) du Bourbonnais. Cette coopération, reposant sur un projet médical commun, avait pour objectif d'améliorer la qualité des soins en facilitant le parcours, l'accès et la permanence des soins sur le territoire. Un accord cadre de partenariat a été signé en mai 2011 à cet effet, et un programme de travail avait été élaboré en 2013 pour préparer la convention constitutive de la communauté. Celle-ci n'a toutefois pas abouti, bien que les parties se soient réunies une fois en 2014 ; de nombreuses collaborations perdurent néanmoins entre les trois établissements.

Les communautés hospitalières de territoire ont été en effet supprimées par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Alors que le projet « Hôpital de demain » se fondait sur l'hypothèse d'une transformation de la communauté hospitalière de territoire du Bourbonnais en un groupement hospitalier, dont Moulins aurait été l'établissement support, ce dernier est depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 partie à la convention de groupement hospitalier de territoire (GHT) « Allier – Puy-de-Dôme », également appelé « Territoires d'Auvergne », dont l'établissement support est le CHU de Clermont-Ferrand. Ledit groupement réunit l'ensemble des quinze établissements publics des départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme, couvrant ainsi un territoire particulièrement étendu qui accueille une population de plus d'un million d'habitants.

De l'avis du directeur alors en fonctions, les discussions sur le périmètre du futur groupement hospitalier de territoire ont été âpres, compte-tenu des différentes ambitions politiques qui s'exprimaient alors. Finalement et en accord avec le président de la commission médicale d'établissement, il a préféré se fondre dans le vaste groupement en définitive constitué, avec le risque de difficultés probables de gouvernance, mais dans lequel le centre hospitalier de Moulins-Yzeure aurait évité de devoir, selon lui et à terme, supporter une forme de relégation.

Validé le 8 février 2018, le projet médico-soignant partagé décline les objectifs médicaux du territoire en quatre niveaux :

- ♦ une prise en charge améliorée pour l'ensemble de la population, en particulier pour la population âgée devant s'accroître de plus de 50 % durant les dix prochaines années ;
- ♦ une prise en charge plus complète et plus réactive ;
- ♦ une meilleure accessibilité à l'expertise et au recours ;

- ♦ et le renforcement médical et soignant sur le territoire, pour assurer une répartition adéquate de l'offre et de la permanence de soins.

La mise en œuvre du projet médical de territoire est désormais engagée ; elle doit emporter, selon l'ordonnateur, des conséquences sur les projets médicaux de chaque établissement partie prenante, selon trois axes principaux :

- ♦ l'organisation et la gradation de l'offre de soins ;
- ♦ la définition de filières prioritaires dans lesquelles la coordination médicale, en lien avec le CHU, pourrait aboutir à des pôles inter-établissements, des fédérations ou tous autres types d'organisations renforcées ;
- ♦ et la coordination de filières d'aval, afin de favoriser le transfert des patients dans les établissements périphériques une fois la phase aigüe de prise en charge achevée.

De façon à pouvoir intégrer ces attendus, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a projeté d'adapter son projet médical d'ici la fin de l'année 2018.

Le président de la commission médicale d'établissement a montré au cours de l'entretien - et cela même si le projet territorial de soins infirmiers semblait plus aisément se matérialiser -, une certaine impatience à voir se concrétiser les objectifs du groupement en termes d'organisations et de collaborations médicales. L'enjeu, s'il est prioritairement de mieux répondre aux besoins de soins de la population, est aussi, par ce faire, de freiner la baisse d'activité du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, confronté à des pénuries récurrentes de personnels médicaux en de nombreuses disciplines. Le président de la commission a appelé l'attention, en particulier, sur le départ de 17 praticiens de l'établissement durant les cinq dernières années, plusieurs d'entre eux l'ayant fait pour rejoindre la polyclinique Saint-Odilon toute proche.

À titre d'exemple de coopération possible, et en considération des positions antagonistes fréquemment observées quant à la question des besoins et financement des postes de médecins urgentistes pendant la période estivale, les établissements du groupement hospitalier de territoire se sont accordés, pour l'été 2018, afin de constituer une unité de remplacement de praticiens à l'échelle du territoire, permettant ainsi de limiter le recours à l'intérim médical. Une telle expérience, aux dires du directeur chargé de la stratégie médicale, a été bénéfique et pourrait déboucher, à l'automne 2018, sur un dispositif conventionnel pérenne.

Pour l'heure, en l'état actuel des réflexions engagés, le président de la commission médicale d'établissement et la directrice nouvellement nommée s'accordent sur la nouvelle orientation à retenir pour le projet médical de l'établissement en cours de réécriture ; ils souhaitent l'organiser en trois niveaux :

- ♦ soutenir les disciplines qui constituent le cœur de métier du service public -maternité, urgences, psychiatrie, gériatrie- en relation avec les caractéristiques de la population du bassin de santé, et porter l'effort sur le recrutement médical dans ces disciplines. Il doit s'agir, plus particulièrement, de parvenir à resserrer l'offre de soins sur les besoins des personnes âgées, en développant le court séjour gériatrique, et sur les patients souffrant de maladies chroniques en proposant, par exemple et en lien avec le CHU de Clermont-Ferrand, la prise en charge de la dialyse et de la néphrologie ;
- ♦ consolider, sans nécessairement les développer, les activités de premier recours existantes ;
- ♦ assurer, dans une logique de territoire, les disciplines nécessaires aux besoins de la population telles que l'oncologie et la radiothérapie.

### 1.3- L'activité

#### 1.3.1- Indications méthodologiques

Pour pouvoir décrire et apprécier comparativement l'activité de l'établissement, il sera fait appel aux indicateurs mis en place par Hospidiag.

Porté par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), cet outil a été élaboré en 2010 entre experts de différentes institutions : la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ; la Haute autorité en santé (HAS) ; l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ; l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et, bien entendu, l'ANAP précitée.

Hospidiag a été conçu comme un outil d'aide à la décision pour les gestionnaires hospitaliers, leur permettant de mesurer la performance d'un établissement, uniquement dans le secteur de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), de la comparer à celle d'autres établissements de santé par l'élaboration et l'analyse d'une série d'indicateurs, et de pouvoir ainsi déterminer un positionnement stratégique.

Chaque établissement peut être désormais comparé, au sein d'une base constituée de quelque 1 350 établissements, aux établissements de la même région, ou ceux de la même catégorie (centres hospitaliers, cliniques, CHU...), ou encore ceux présentant le même profil d'activité selon une typologie nationale. C'est cette dernière manière de comparer les établissements qui a été préférée dans le rapport, paraissant la plus pertinente pour examiner la gestion d'un établissement public de santé.

#### 1.3.2- Le codage

Au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, le codage des séances et séjours est entièrement décentralisé et réalisé par les praticiens ou sous leur responsabilité. Le département d'information médicale (DIM) est composé de deux médecins spécialistes en santé publique, cinq techniciens et un agent gestionnaire de données. Il assure depuis 2009, sauf pour l'obstétrique, un contrôle systématique de chaque dossier patient. Les processus du DIM ont été audités au titre de la certification des comptes en 2016 et 2017.

Quant aux actes et consultations externes, le codage est également réalisé par les praticiens, en lien avec le bureau des entrées. Mais depuis 2015, l'établissement a également recours chaque année à un audit externe d'optimisation de la facturation. Les préconisations du prestataire sont étudiées conjointement par le département d'information médicale et le responsable du bureau des entrées ; elles ne sont pas systématiquement suivies. Ce travail a permis à l'établissement d'enregistrer une recette supplémentaire d'un montant cumulé de 216 539 € depuis 2015.

#### 1.3.3- L'offre du centre hospitalier de Moulins-Yzeure

En 2017, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure disposait de 951 lits et places<sup>4</sup>, répartis en :

- ♦ 365 lits et places installés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;
- ♦ 251 en psychiatrie ;
- ♦ 80 en unité de soins longue durée (ULSD) ;
- ♦ 47 en soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ♦ 12 en hospitalisation à domicile (HAD) ;
- ♦ 196 en hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

---

<sup>4</sup> Les capacités des établissements s'expriment en lits, pour l'hospitalisation complète, et en places, pour l'hospitalisation partielle.

Le site de Moulins accueille les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, les soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP). S'y trouvent également les deux EHPAD des Tilleuls (100 lits) et des Cèdres (36 lits), et l'unité de soins de longue durée.

Sur une vaste emprise de 54 hectares, le site d'Yzeure est un ensemble pavillonnaire qui reçoit les unités de soins psychiatriques adulte et infanto-juvénile, ainsi que l'EHPAD des Magnolias, structure récente constituée de quatre maisons de 15 lits. Certains personnels peuvent également y bénéficier d'un logement. Le site héberge également une maison d'accueil spécialisée, établissement départemental autonome.

Enfin, le centre hospitalier gère plusieurs structures extérieures, notamment des centres médico-psychologiques, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des hôpitaux de jour.

Les capacités de l'établissement, stables jusqu'en 2014 avec 1 007 lits et places, ont été réduites de 56 lits et places au cours des trois années suivantes. Cette baisse capacitaire de - 5,6 % a concerné plus particulièrement le court séjour (respectivement - 20, - 13, et - 4 lits et places en médecine, chirurgie et obstétrique, soit un total de - 37 lits et places) et la psychiatrie qui a perdu 26 lits et places avec la fermeture du pavillon Legrain, en 2016, du fait de sa vétusté. Elles correspondaient aussi, aux dires de l'ordonnateur alors en fonctions, aux effets attendus de l'engagement dans la prise en charge ambulatoire, d'une part, et à l'anticipation par ailleurs, d'une réduction de la dotation pour la psychiatrie.

Hors les soins de suite et de réadaptation qui ont connu une augmentation de + 7 lits en 2013, les capacités des autres disciplines ont été maintenues.

La chambre relève toutefois que ces indications de capacités, communiquées par l'établissement dans le cadre du contrôle, diffèrent légèrement de celles figurant dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), pourtant alimentée par l'établissement lui-même. Elle l'appelle à plus de vigilance dans le renseignement de ces données.

Enfin, un solide plateau technique complète ces installations : un bloc opératoire de six salles, un appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM), un centre de dialyse équipé de 14 générateurs, deux accélérateurs de particules pour le traitement des cancers par irradiation...

#### 1.3.4- Le positionnement de l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

Avec une offre de soins qui peut être qualifiée de généraliste<sup>5</sup>, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure se présente comme l'établissement de recours<sup>6</sup> pour le bassin intermédiaire de santé. Sa situation géographique, en limite du département de l'Allier, lui permet en outre d'exercer une certaine attractivité sur les départements voisins de la Nièvre et de la Saône-et-Loire.

En effet, parmi les établissements présentant, au plan national, une offre de soins équivalente en médecine, chirurgie et obstétrique, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure affichait en 2016 une prise en charge à la fois très technique (le pourcentage de groupes homogènes de

<sup>5</sup> Le nombre de racines de groupes homogènes de malades (GHM) en MCO, pour 80 % des séjours, se situe autour de 130 (Hospidiag).

<sup>6</sup> La gradation des soins hospitaliers comporte trois niveaux : un premier niveau de proximité, le niveau de recours et le niveau de référence. La mission de recours conjugue des compétences médicales spécialisées, paramédicales et un plateau technique adapté, organisés pour répondre aux besoins d'expertise du niveau de proximité. Lorsque les besoins correspondent à des activités, dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique, à l'échelle régionale, inter-régionale ou nationale (habituellement dans les CHU), il s'agit alors du niveau de référence.

malades était de 1,4 % contre 1,3 % pour les établissements les plus techniques), ainsi que lourde et complexe (la prise en charge des séjours de niveau de sévérité 3 et 4 était de 17,4 % contre 13,1 % pour les établissements présentant les plus forts taux).

Sur sa zone d'implantation - définie comme étant la zone géographique sur laquelle il réalise 80 % de son activité -, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure captait, en 2017, 51,2 % des patients en médecine, 39,6 % en chirurgie (en baisse respectivement de 4,5 points et 1,2 points par rapport à 2011) et 82,8 % en obstétrique (en hausse de 1,3 points par rapport à 2011). En chirurgie ambulatoire, l'établissement réalisait 19,6 % de l'activité en 2017, devancé par la structure privée de la polyclinique Saint-Odilon, dotée de 139 lits et places et située au sud de Moulins, qui attirait 42,3 % de la patientèle en 2016.

#### 1.3.5- L'activité d'hospitalisation de court séjour

L'activité de court séjour en hospitalisation complète du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, mesurée en nombre de résumés de sortie anonymisés (RSA<sup>7</sup>), a diminué de - 7,2 %, passant de 16 345 RSA en 2012 à 15 164 en 2016.

En médecine, la réduction des capacités d'hospitalisation complète a permis une amélioration du taux d'occupation des lits entre 2012 (81,9 %) et 2017 (85,8 %). Toutefois, l'indice de performance des durées moyennes de séjour (IP-DMS<sup>8</sup>) - qui traduit, lorsqu'il atteint la valeur de un ou une valeur inférieure, l'efficacité de l'organisation médicale -, demeure insuffisamment maîtrisé malgré une très légère amélioration durant la période sous revue (1,124 en 2012 à 1,11 en 2017). En 2016, avec un IP-DMS de 1,114, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure se situait parmi les moins performants des établissements présentant une offre de soins comparable ; 80 % des établissements affichant, en effet, un indice compris entre 0,914 et 1,067.

En hospitalisation de chirurgie, profitant là encore d'une diminution capacitaire, l'établissement présente un taux d'occupation des lits élevé en 2017 (86,7 %). L'indice de performance des durées moyennes de séjour (IP-DMS) s'est amélioré depuis 2014, pour tendre vers la valeur cible de 1 en 2017 (1,01). En revanche, le nombre moyen d'actes par chirurgien, tenant compte de la lourdeur des interventions, a décliné fortement sur la période, pour atteindre 53 625 en 2016. Il est bien en-deçà des niveaux atteints dans les établissements de même type, fluctuant de 57 581 à 83 646.

Enfin, l'activité d'obstétrique affiche un indice de performance des durées moyennes de séjour (IP-DMS) satisfaisant (1,02 en 2017), tout en subissant la baisse de la natalité constatée dans le bassin de santé qui s'est traduite par une diminution de - 16,8 % du nombre d'accouchements entre 2012 (1229) et 2017 (1022) au centre hospitalier de Moulins-Yzeure. Le nombre annuel d'accouchements enregistrés par obstétricien et sage-femme diminue en conséquence (31 en 2016), et est dorénavant inférieur à celui qui peut être constaté dans 80 % des établissements de même type (entre 34 et 40 accouchements).

Sur la base des durées moyennes de séjour (DMS) observées au plan national et rapprochées de celles constatées pour le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, la banque de données hospitalière de France (BDHF, devenue depuis peu FHF Data) évalue, dans l'hypothèse où les journées en excès donneraient lieu à de nouveaux séjours, la possibilité de réaliser une recette supplémentaire qui serait de l'ordre de 3,45 M€ en 2016. Même si ce calcul n'est que théorique, il n'en permet pas moins de prendre la mesure des marges de progression de l'activité de l'établissement, à capacités inchangées.

<sup>7</sup> Employé par le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), le RSA permet la transmission d'informations médicales, une fois les données anonymisées, pour chaque séjour de patient.

<sup>8</sup> IP-DMS : indice de performance – durée moyenne de séjours rapporte le nombre de journées de l'établissement au nombre de journées théoriques.

Par ailleurs, la proportion importante d'entrées en hospitalisation complète, directement à partir des urgences (58,3 %, soit plus d'une entrée sur 2) dénote d'un déficit d'attractivité de l'établissement, qui peine à organiser l'hospitalisation programmée, en lien avec la médecine de ville.

L'ordonnateur en fonctions jusqu'en 2017 a fait valoir qu'avec trois établissements sur un bassin de population n'excédant pas 350 000 habitants, il y avait sans doute lieu à réfléchir à une meilleure répartition de l'offre de soins, probablement trop abondante et redondante, citant à titre d'illustration le niveau d'activité des trois maternités. Selon lui, la radiothérapie constitue un atout pour le centre hospitalier de Moulins-Yzeure qu'il convient de préserver. L'activité étant, par ailleurs, très dépendante des vacances de postes de médecins, la moindre défaillance est pénalisante pour l'établissement. Si cette question doit trouver des réponses pertinentes dans le cadre et la mise en place du groupement hospitalier de territoire « Territoires d'Auvergne », la réalité montre que, quoi qu'il en soit dans les faits, les praticiens acceptent plus difficilement de se déplacer lorsque les trajets sont plus longs, comme celui entre Clermont-Ferrand et Moulins.

#### 1.3.6- L'activité ambulatoire

Au plan national, un programme de développement de la chirurgie ambulatoire a été arrêté pour les années 2015 à 2020 ; il a donné lieu à l'instruction du ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques de ce programme. Celle-ci, afin de se rapprocher des comparaisons internationales, a modifié le périmètre sur lequel est calculé le taux de chirurgie ambulatoire, dans le souci de mieux refléter l'activité réalisée au bloc opératoire. Pour autant, l'indicateur calculé par Hospidiag, et jusqu'à lors utilisé, n'est pas abandonné.

Au cours de la période sous revue, l'activité ambulatoire de médecine du centre hospitalier de Moulins-Yzeure a presque doublé (+ 93,7 %), passant de 1 246 résumés de sortie anonymisés (RSA) en 2012 à 2014 RSA en 2017. Dans le même temps, l'activité de chirurgie ambulatoire a progressé de 19,7 %, de 1 177 RSA à 1369 RSA.

Néanmoins, bien qu'il ait progressé de 5 points sur la période, le taux de chirurgie ambulatoire, tel que calculé par Hospidiag, était encore très faible en 2016 (29,0 %) et 2017 (29,8 %), nettement en-deçà de celui des établissements de même typologie les moins performants (37,2 % en 2016). En outre, le taux des 18 gestes marqueurs<sup>9</sup>, indicateur majeur qui permet de mesurer le niveau de passage de l'établissement de l'activité d'hospitalisation vers l'activité ambulatoire, était également faible jusqu'en 2016 (66,2 %), avant de rejoindre en 2017 la moyenne des établissements comparables (72,2 %).

Dans le cadre de l'évolution de la méthode de calcul précitée, la direction générale de l'offre de soins a fixé au centre hospitalier de Moulins-Yzeure un objectif de 49,4 % à atteindre en 2020 pour le taux de chirurgie ambulatoire, avec une étape intermédiaire à 43,5 % en 2018.

Quelle que soit la méthode appliquée, les taux obtenus et affichés par l'établissement de Moulins-Yzeure demeurent en deçà des exigences de niveau attendues.

Plusieurs causes sont avancées par l'établissement pour expliquer ces résultats :

- ♦ encore pratiquées en 2015 à l'hôpital de Moulins, les chirurgies ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique, qui sont deux spécialités fortement pourvoyeuses de chirurgie ambulatoire, ne sont plus proposées par manque de médecins spécialistes ;
- ♦ l'hôpital souffre d'un déficit en nombre de médecins anesthésistes, spécialité

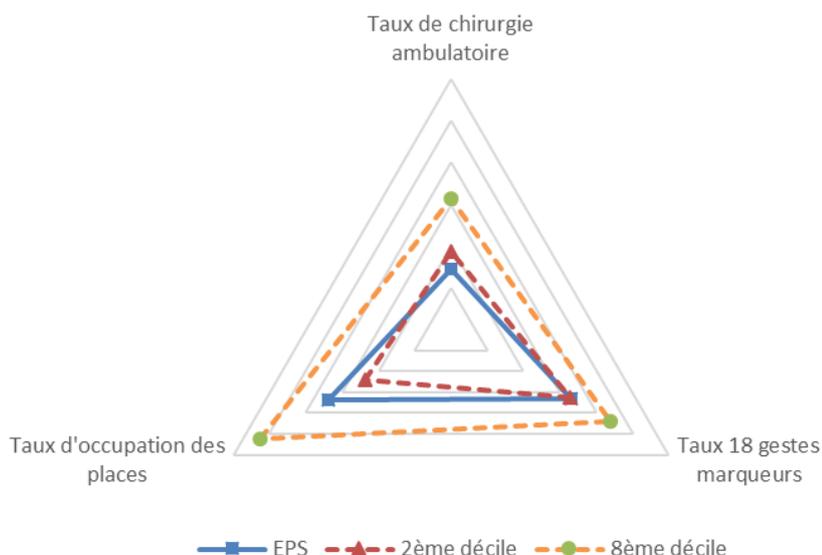
<sup>9</sup> Gestes qui correspondent aux interventions chirurgicales susceptibles d'être réalisées en ambulatoire et dont le potentiel de substitution est de 90 %.

- indispensable et déterminante pour le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- ♦ enfin, un contexte sociodémographique (cf. 1.1.1- ci-dessus) peu favorable au développement de la chirurgie ambulatoire.

L'ordonnateur en fonctions jusqu'en 2017 a précisé qu'au surplus, le praticien qui voit le nombre de ses patients diminuer, et son service de moins en moins fréquenté, aura naturellement tendance à prolonger les séjours. Il a encore ajouté que le même médecin, que l'on n'aura pas manqué de féliciter pour sa pratique ambulatoire, se verra concomitamment reprocher la baisse constatée en parallèle pour les hospitalisations complètes. Enfin et toujours à son estime, la tarification à l'activité ne récompense pas toujours correctement la pratique ambulatoire, notamment en médecine.

Sans mésestimer la mission de service public qui incombe, et est effectivement assurée par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, pas plus que les efforts déjà accomplis, la chambre juge essentiel pour l'établissement d'exploiter les effets et retombées possibles de sa participation au groupement hospitalier de territoire « Territoires d'Auvergne », de façon à pouvoir s'engager résolument dans le « virage ambulatoire » qui constitue un axe prioritaire de la stratégie nationale de santé, et s'est traduit en des objectifs assignés par la Direction générale de l'offre de soins.

**Figure 1 : Indicateurs de chirurgie ambulatoire, en 2016**



Source : CRC d'après des données d'Hospidiag – Données en annexe (Tableau 39)

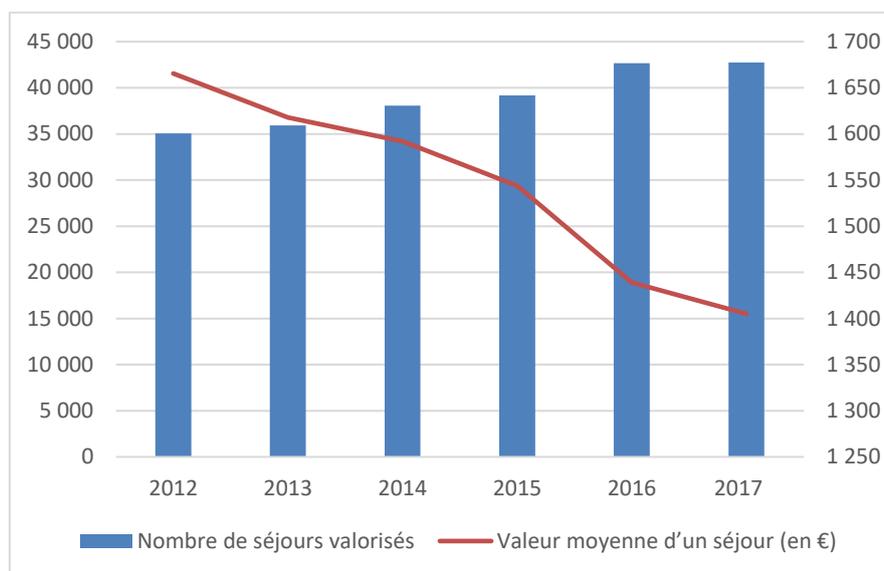
### 1.3.7- La valorisation des séjours

Le montant de la valorisation de l'ensemble des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique a crû de 58,37 M€ en 2012 à 60,03 M€ en 2017, soit + 2,9 %. Le nombre des séjours ayant augmenté, sur la même période, de + 21,9 %, la valeur moyenne d'un séjour a connu une baisse significative de 15,9 % de 2012 (1 665 €) à 2017 (1 405 €).

Interrogé par l'équipe de contrôle durant l'instruction, le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) s'est prévalu de la progression de la part des alternatives à l'hospitalisation complète dans l'activité totale, pour expliquer la contraction de la valorisation moyenne d'un séjour. En particulier, les séances de radiothérapies, chimiothérapies, dialyses, ou autres transfusions, dont la valorisation moyenne (258 € en 2016) est nettement inférieure à celle d'une hospitalisation complète (3 111 € en 2016), en représentaient, en 2016, de l'ordre de 55 % du total des séjours, contre 46 % observés en 2012.

Mécaniquement, sans que la valeur moyenne d'un séjour d'hospitalisation n'ait diminué (+ 4,6 %), pas plus que celle d'un séjour sans nuitée (+ 2,3 %), alors que la valeur d'une séance est demeurée stable (- 0,8 %), le niveau de valorisation moyen, pour tous séjours confondus, a fortement diminué. Associée à une variation à la baisse des tarifs de remboursement par l'Assurance maladie depuis plusieurs années, l'évolution intervenue dans les modalités de prise en charge des patients a une répercussion financière non négligeable pour l'établissement.

**Figure 2 : Nombre de séjours MCO et valeur moyenne**



Source : CRC d'après les données e-PMSI

### 1.3.8- L'activité de soins de suite et de réadaptation

Avec une capacité inchangée depuis 2013 à 47 lits et places, pour un taux d'occupation des lits d'environ 92 %, le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) a réalisé une activité stable au cours de la période sous revue, de près de 15 000 journées d'hospitalisation complète ou partielle par an. La durée moyenne de prise en charge, qui est passée de 36,0 jours en 2012 à 38,1 jours en 2017, est plus élevée que la durée moyenne constatée au plan national (35,6 jours) en 2016<sup>10</sup>.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, les activités de soins de suite et de réadaptation bénéficient d'un nouveau modèle de financement, combinant les modalités historiques de dotation globale à une dotation modulée à l'activité (DMA)<sup>11</sup> ; la mise en œuvre en est progressive, sur une période de cinq ans, pour aboutir à un financement complet en DMA avec la campagne tarifaire de l'exercice 2022. L'établissement a effectué une simulation financière de l'impact de la réforme, en appliquant à l'activité de 2016 les tarifs prévus pour 2017. Il en ressortait, pour cette activité qui génère environ 4,5 % des recettes de l'établissement provenant de l'assurance maladie, une baisse attendue de 0,21 % des financements par rapport au montant qui aurait été obtenu par application des modalités antérieures. Dans les faits, ces derniers se sont révélés légèrement supérieurs, à 3,72 M€ en 2017.

Sans remettre en cause l'échéance de 2022 pour l'application complète de la réforme, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a prolongé de deux ans le dispositif transitoire

<sup>10</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>.

<sup>11</sup> Le nouveau cadre de financement de l'activité SSR a été précisé dans le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation prévue à l'article 78 modifié de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

instauré pour la campagne tarifaire de 2017, avec une proportion de 90 % des financements demeurant assurés sous le régime de la dotation globale.

#### 1.3.9- L'activité de psychiatrie

S'inscrivant dans un mouvement national souhaité pour la prise en charge psychiatrique, de « désinstitutionnalisation » et d'ouverture sur la cité, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a transformé, entre 2012 et 2015, 10 lits d'hospitalisation à temps plein en lits d'hospitalisation à temps partiel, puis en 2016, a supprimé 26 lits d'hospitalisation complète en conséquence de la fermeture du bâtiment Legrain. En avril 2018, 20 lits supplémentaires ont été de nouveau supprimés.

Avec le développement des prises en charge ambulatoires, la file active totale - entendue au sens du nombre de patients qui ont été vus au moins une fois dans l'année - a augmenté de 14,2 % entre 2012 (4 154 patients) et 2017 (4 745 patients).

Au cours de l'entretien de fin de contrôle, l'ordonnateur en fonctions s'est inquiété de la baisse importante des capacités d'hospitalisation sur la période alors que la file active continuait d'augmenter. Il en aurait résulté, selon lui, une dégradation des conditions de travail, du fait d'une concentration des prises en charges de malades, souffrant de pathologies variées, favorisant l'agressivité de ces derniers et induisant, en conséquence, une augmentation de l'absentéisme des personnels soignants.

#### 1.3.10- La filière de soins des personnes âgées

Les activités gériatriques du centre hospitalier de Moulins-Yzeure se répartissent, sur le site de Moulins, entre :

- ♦ 100 lits implantés aux « Tilleuls », établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- ♦ 36 lits d'EHPAD aux « Cèdres » ;
- ♦ 80 lits en unité de soins de longue durée (USLD), également situés aux « Cèdres ».

L'établissement dispose d'une troisième structure d'hébergement, l'EHPAD des « Magnolias », composé de quatre ensembles neufs de 15 lits érigés sur le site d'Yzeure.

#### **L'unité de soins de longue durée**

Avec une capacité inchangée de 80 lits, et un taux d'occupation élevé (près de 100 %), l'unité de soins de longue durée du centre hospitalier de Moulins-Yzeure accueille des patients dont les deux tiers (74,5 %) nécessitent une prise en charge lourde (GIR<sup>12</sup> 1 et 2).

Les conditions de fonctionnement de l'unité de soins de longue durée (USLD) ont fait l'objet d'une convention tripartite pluriannuelle, signée avec le département de l'Allier et l'agence régionale de santé, pour la période de 2011 à 2015. Depuis lors, en méconnaissance des exigences légales posées à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il n'existe plus de convention tripartite, l'établissement demeurant dans l'attente d'une initiative de l'agence régionale de santé et du département pour l'engagement des échanges préalables à la définition d'un accord entre les trois parties prenantes.

Le défaut de conventionnement pouvant affecter l'équilibre des modalités de financement de telles unités de soins, la chambre invite les protagonistes à respecter la règle de droit, en mettant enfin en place une convention tripartite.

---

<sup>12</sup> Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée, calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide d'une grille normalisée, et fixant six niveaux de perte d'autonomie (GIR 1, le plus fort à GIR 6 le plus faible).

### **Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, rattachés au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, se caractérisent par des taux d'occupation élevés et une proportion très importante de patients pris en charge très dépendants, 79 % d'entre eux relevant des GIR 1 et 2.

La convention tripartite, intéressant la période de 2011 à 2015, a défini dans un seul et unique document les conditions de fonctionnement des deux EHPAD implantés sur le site de Moulins et celui situé à Yzeure.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, impose désormais aux agences régionales de santé, aux départements et aux établissements gestionnaires d'EHPAD de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ayant vocation à se substituer aux anciennes conventions tripartites de financement, au terme d'une période de mise en œuvre progressive de cinq ans commençant à courir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. La signature du contrat entraînera l'application d'une tarification spécifique, ainsi que la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) dont le contenu et les modalités d'élaboration ont été précisés par le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016<sup>13</sup>.

Durant l'instruction, les services ordonnateurs ont indiqué que les négociations n'étaient pas encore engagées, s'agissant du CPOM, mais que les travaux d'élaboration en avaient été programmés par arrêté conjoint, du directeur de l'ARS et du président du conseil départemental de l'Allier, en date du 19 décembre 2017. La chambre relève le caractère relativement tardif de l'engagement de la procédure, pour le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, avec la signature du CPOM reportée à l'année 2019.

## **2- LA GOUVERNANCE**

Conformément à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, l'établissement dispose d'un règlement intérieur ; mis à jour en septembre 2017, il a succédé à celui adopté en 2004. Il est composé d'une partie centrale opposable aux personnes hospitalisées ou en consultations sur tous les sites de l'établissement, appelée « règlement général », et complété d'annexes.

### **2.1- Le conseil de surveillance**

Monsieur Pierre-André Périssol, maire de Moulins, a été réélu le 27 juin 2014 à la présidence du conseil de surveillance du centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

La chambre a pu constater la tenue régulière de cette instance, qui exerce au demeurant correctement les compétences qui lui sont confiées par l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

Chaque année, le rapport financier du directeur sur l'activité de l'établissement est ainsi régulièrement présenté à la délibération du conseil de surveillance conformément à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

---

<sup>13</sup> Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

## 2.2- La direction de l'établissement

Monsieur Pierre Thépot a été nommé directeur du centre hospitalier de Moulins-Yzeure par arrêté du 19 décembre 2009. Il en a assuré les fonctions jusqu'au 8 mai 2017, date à laquelle il a été nommé directeur du centre hospitalier de Pointe-à-Pitre.

Monsieur André Salagnac, directeur général adjoint au centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand, a été désigné pour assurer l'intérim du poste à compter du 15 mai 2017.

L'intérim a pris fin avec la nomination, à la date du 1<sup>er</sup> mai 2018, de Mme Laurence Garo en qualité de directrice du centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

La présidence de la commission médicale d'établissement est assurée par le docteur Gilles Hernandez, chef des urgences, élu par ses pairs le 19 novembre 2015 ; il a succédé au docteur Fabrice Cattan.

## 2.3- Les relations tissées avec la maison d'accueil spécialisée d'Yzeure

### 2.3.1- Historique

Établissement public départemental, la maison d'accueil spécialisée (MAS) d'Yzeure, « Le Belvédère », a été créée par arrêté du 1<sup>er</sup> février 1990 du préfet de la région Auvergne. Le préfet du département de l'Allier en a confié la direction, par arrêté du 2 octobre 1990, au directeur du centre hospitalier d'Yzeure, devenu après la fusion des deux hôpitaux intervenue en 1995, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

La maison d'accueil spécialisée d'Yzeure dispose de 60 lits et places pour assurer la mission d'accueil d'adultes handicapés, en situation de grande dépendance.

Sur le motif de simplifications administratives, a été mise en place une convention de direction commune entre les deux établissements, approuvée par le conseil de surveillance de l'hôpital le 9 novembre 2012 et signée le 1<sup>er</sup> décembre 2012.

L'idée d'une fusion juridique des deux structures a été longtemps évoquée, notamment à partir de 2015 à l'occasion du projet de reconstruction de la maison d'accueil spécialisée. Elle a été finalement écartée - les familles, qui ont une place déterminante dans les instances de direction de la maison d'accueil spécialisée, craignant d'être moins présentes dans celles du centre hospitalier -. La prolongation de la direction commune a alors été privilégiée et retenue, sur avis favorable rendu par le conseil de surveillance de l'hôpital le 16 octobre 2017.

### 2.3.2- Les prestations

Depuis l'origine, l'ensemble des prestations logistiques et techniques de la maison d'accueil spécialisée est assuré par le centre hospitalier. Ainsi en est-il des prestations à caractère économique, logistique, administratif, et médical : produits pharmaceutiques ; repas ; vêtements ; linge ; produits d'hygiène ; prestations de blanchisserie ; laboratoire et examens ; réparations des installations et espaces extérieurs ; fourniture d'eau, d'électricité et de chauffage, etc. Il en va de même pour les gestions informatisées : gestion administrative des dossiers de malades ; gestion économique et financière ; facturations ; gestion des ressources humaines et des paies.

Ces prestations sont facturées à la maison d'accueil spécialisée au coût de revient ou à leur prix d'achat ; elles ont représenté un flux financier de 0,71 M€ en 2017, hors loyer (0,5 M€ en 2012), année durant laquelle les mises à disposition de personnels ont été plus nombreuses.

Le directeur a délégué la gestion de la maison d'accueil spécialisée à un directeur adjoint du centre hospitalier.

### 2.3.3- La question patrimoniale

L'arrêté préfectoral du 2 octobre 1990 indiquait que la maison d'accueil spécialisée se situait sur un terrain cédé par le centre hospitalier.

Dans les faits, la parcelle cadastrale (15 CM 264), dont une partie supporte le bâtiment abritant la maison d'accueil spécialisée, n'a jamais connu de division en vue d'une vente. Jusqu'en 2018, le terrain et le bâtiment sont restés propriété du centre hospitalier.

Dans ces conditions, la maison d'accueil spécialisée ne disposait donc d'aucun titre pour justifier d'un droit à occupation d'une partie du domaine public du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, en méconnaissance des principes gouvernant la domanialité publique, désormais codifiés aux articles L. 2122-1 et suivants du code général de la propriété des personnes publiques. Elle bénéficiait au surplus, d'une mise à disposition gratuite des locaux.

Ni le terrain, ni le bâtiment n'apparaissent dans l'état des propriétés du centre hospitalier, transmis à la chambre par l'ordonnateur. Le comptable, après investigations, a pu confirmer l'inscription des biens à l'état de l'actif :

- ♦ le terrain supportant la maison d'accueil spécialisée n'est pas individualisé, il fait partie intégrante de la parcelle cadastrale 15 CM 264, dont l'hôpital est propriétaire depuis la fusion juridique des hôpitaux d'Yzeure et de Moulins en 1995 ;
- ♦ le bâtiment a figuré jusqu'en 2016 à l'actif, au compte c/2131 « bâtiments », sous la dénomination « CMP garçons / Binet ».

Dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, l'établissement a pour la première fois, conclu une convention de location avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016, moyennant un loyer annuel de 35 000 €, dont le terme devrait coïncider avec la livraison des nouveaux locaux de la maison d'accueil spécialisée, attendue pour le premier semestre 2020. Le bâtiment existant doit être alors réutilisé par le centre hospitalier, pour y développer une activité de santé mentale.

Il a été procédé, par ailleurs, à la régularisation durant l'exercice 2017, en comptabilité, de l'enregistrement de la mise à disposition de l'ensemble immobilier, communément dénommé « Pavillon Binet », par imputation au compte c/2418 idoine « Immobilisations affectées ou mises à disposition – autres » ; les dotations au compte d'amortissement ont également été enregistrées d'un coup et pour la totalité de la valeur brute (214 776 €). Au regard de la négligence qui a longtemps prévalu dans le suivi de ces éléments patrimoniaux, mis à disposition (gratuitement) d'une entité juridique tierce, la chambre appelle l'établissement à plus de rigueur et de vigilance dans la tenue de sa comptabilité.

### 2.3.4- L'opération de reconstruction de la MAS

#### 2.3.4.1- La procédure de conception-réalisation

La maison d'accueil spécialisée d'Yzeure - qui avait déjà, selon un ancien ordonnateur, réalisé des travaux d'agrandissement dans les années 2000 (dans des locaux ne lui appartenant donc pas), a souhaité augmenter ses capacités d'accueil pour passer de 60 à 80 places, tout en modernisant ses locaux. Pour ce faire, une opération de « reconstruction » a été engagée en 2015.

Propriétaire du foncier, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a lancé la procédure de marché public de conception-réalisation, par un avis d'appel public à la concurrence publié le

29 septembre 2015. Bien que le projet soit qualifié de « reconstruction », les travaux envisagés ne portent pas sur le bâtiment actuellement occupé par la maison d'accueil spécialisée, mais sur une emprise distincte, située plus au nord de l'implantation actuelle, mais toujours sur la même grande parcelle cadastrale 15 CM 264, impliquant pour ce faire de démolir un bâtiment existant en vue de pouvoir édifier une construction neuve.

À l'issue de la procédure, marquée par la publication par le centre hospitalier de l'avis d'attribution effectuée à la date du 2 février 2017, le marché a été attribué au groupement Eiffage Construction Auvergne, pour un montant de 9,6 M€ HT.

Il apparaît cependant que le règlement de la consultation, la notification du marché intervenue le 20 décembre 2016, ainsi que l'acte d'engagement se présentent comme émanant de l'ordonnateur de la maison d'accueil spécialisée, désignée comme maître d'ouvrage. S'il est vrai que, par l'effet de la convention de direction commune qui lie le centre hospitalier et la maison d'accueil spécialisée, la même personne s'avère de facto habilitée à engager les deux structures, sans que l'autonomie respective n'en soit pour autant remise en cause, c'est *ès-qualités* que l'ordonnateur du centre hospitalier aurait dû viser les différentes pièces du marché dont la procédure a été portée par l'hôpital.

*A contrario*, la chambre a relevé que le jury constitué pour analyser les offres du marché de conception-réalisation, ne comprenait exclusivement que des membres identifiés comme représentants du centre hospitalier, alors que le projet visait à répondre à des besoins de la maison d'accueil spécialisée. Le rapport du jury sur l'analyse des offres, en date du 29 mars 2016, est signé par le directeur de l'hôpital. L'ordonnateur a indiqué que les membres du conseil de surveillance de l'hôpital participant au jury, étaient également membres du conseil d'administration de la maison d'accueil spécialisée, reconnaissant cependant qu'ils n'y siégeaient pas en cette qualité.

Enfin, c'est le représentant de la maison d'accueil spécialisée qui a contractualisé, par acte d'engagement signé le 1<sup>er</sup> juin 2015, avec un assistant technique à maîtrise d'ouvrage (A2MO) pour l'assister dans l'opération.

Interrogés sur la confusion des rôles et des compétences tout au long de la conduite du projet, les ordonnateurs ont expliqué que dans le contexte de rapprochement envisagé entre les deux entités, la « fusion juridique » avait été anticipée. Mais celle-ci n'ayant finalement pas abouti, les pièces du marché ont été « corrigées », de sorte de désigner la maison d'accueil spécialisée comme pouvoir adjudicateur.

Or les textes régissant les marchés publics n'envisagent pas l'hypothèse de la mutation du pouvoir adjudicateur, momentanée ou définitive, susceptible d'intervenir lors d'une procédure de marché en cours de passation<sup>14</sup>. L'ordonnateur du centre hospitalier de Moulins-Yzeure était donc, juridiquement, le seul habilité pour signer toutes les pièces de la procédure de marché qu'il avait lui-même lancé, au nom et pour le compte de l'hôpital. Du fait de la date de publication de l'avis d'attribution, soit le 2 février 2017, la chambre observe que les tiers sont désormais forclos pour saisir le juge administratif d'un recours visant à sanctionner l'irrégularité de la procédure de passation du marché, sur le fondement de l'incompétence de l'auteur de l'acte<sup>15</sup>.

La chambre n'en appelle pas moins l'ordonnateur à une plus grande exigence quant au respect des règles de la commande publique.

<sup>14</sup> Sauf lors des transferts de compétences dans le cadre du développement de l'intercommunalité (réponse à la question écrite n° 100964, publiée le 7 février 2017, Ministère de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales).

<sup>15</sup> Les délais de recours étaient de 31 jours pour la procédure de marché, et de deux mois pour le contrat.

#### 2.3.4.2- *Le permis de construire*

Le projet a donné lieu à un permis de construire dont la demande a été déposée par la maison d'accueil spécialisée, qualifiée de « maître d'ouvrage », le 14 novembre 2017 ; il a été accordé par arrêté du préfet de l'Allier n° 526-2018 du 27 février 2018. Un constat d'huissier du 8 mars 2018 en atteste l'affichage, en conformité avec les prescriptions de l'article R. 600-2 du code de l'urbanisme.

Or en application de l'article R. 423-1 du code de l'urbanisme, une demande de permis de construire ne peut être déposée que par le propriétaire du terrain, son mandataire, ou à défaut, par une personne attestant être autorisée par lui à exécuter les travaux.

Dans le cas d'espèce, la chambre a relevé que le formulaire de demande du permis de construire n'avait pas été renseigné dans sa partie relative à la situation juridique du terrain d'assise de la construction, notamment quant aux droits à construire. Le dossier original, que la chambre a pu consulter sur place, n'indique ni le propriétaire du foncier, ni que le terrain fait partie du domaine public du centre hospitalier, ni qu'une procédure d'autorisation d'occupation temporaire du domaine public n'a été engagée<sup>16</sup> en l'absence de l'annexe PC10 relative à l'accord du gestionnaire du domaine. Depuis la mise en œuvre de l'ordonnance n° 2005-1527 du 8 décembre 2005 relative au permis de construire et aux autorisations d'urbanisme, le préfet n'est plus tenu, dans sa mission de contrôle de légalité, de vérifier la qualité du pétitionnaire, l'existence d'un titre ou encore sa régularité, sauf à l'hypothèse d'une présomption de fraude.

Or, à la date de délivrance du permis de construire, le terrain d'assise de la construction future était encore partie intégrante du domaine public du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, même si le conseil de surveillance de l'hôpital avait accepté le principe de la vente. En conséquence, la maison d'accueil spécialisée, qui n'avait pas reçu mandat pour déposer la demande de permis de construire, ne détenait de ce fait aucun droit à construire sur cette parcelle. Néanmoins, tout requérant serait forcé pour déposer un recours contre ce permis, le délai de deux mois à compter de son affichage étant maintenant dépassé.

#### 2.3.4.3- *La vente du terrain*

Sur autorisation consentie par le conseil de surveillance, le directeur du centre hospitalier de Moulins-Yzeure a vendu à la maison d'accueil spécialisée, le 5 juin 2018, une parcelle de terrain de 9 274 m<sup>2</sup>. Issue de la division de la parcelle cadastrale 15 CM 264, l'emprise foncière a été cédée pour le prix de 90 000 €, conformément à l'estimation des Domaines.

Par cet acte, la maison d'accueil spécialisée est depuis cette date devenue propriétaire du terrain d'emprise de l'opération de reconstruction (parcelle n° CM 345), soit donc bien tardivement au regard des dates de signature du marché de conception-réalisation et de dépôt de la demande, puis de la délivrance du permis de construire.

#### 2.3.4.4- *Le financement de l'opération*

Toutes les dépenses liées à cette opération de « reconstruction » (frais d'annonce des marchés, assistance technique à maîtrise d'ouvrage...) ont été prises en charge par la maison d'accueil spécialisée. La chambre, à l'examen et analyse des comptes du centre hospitalier, n'a pas identifié de charges y afférentes.

---

<sup>16</sup> Article R. 431-13 : Lorsque le projet de construction porte sur une dépendance du domaine public, le dossier joint à la demande de permis de construire comporte une pièce exprimant l'accord du gestionnaire du domaine pour engager la procédure d'autorisation d'occupation temporaire du domaine public.

Le projet figure au plan pluriannuel d'investissement de la maison d'accueil spécialisée ; il a été validé par l'agence régionale de santé le 11 mai 2017, soit donc ici encore postérieurement à la signature du marché de conception-réalisation.

Les travaux ont débuté en juin 2018.

#### 2.3.5- Conclusion sur cette opération

La direction commune que partagent le centre hospitalier de Moulins-Yzeure et la maison d'accueil spécialisée, bien que pertinente au plan de l'efficacité organisationnelle, a entraîné de nombreuses confusions des rôles et des responsabilités dans la représentation des deux personnes morales. Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a méconnu les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exécution des opérations d'investissement, et aux conditions de réalisation des travaux.

La chambre recommande au centre hospitalier de Moulins-Yzeure de revoir les relations qu'il entretient avec la maison d'accueil spécialisée de sorte, d'une part, de mieux identifier les prestations (et leur coût) assurées au bénéfice de cette dernière, et de pouvoir distinguer plus précisément et sûrement l'ordonnateur habilité à intervenir en représentation des intérêts respectifs de chacune des entités, dans les actes de gestion.

Elle l'appelle également à une grande vigilance et une extrême rigueur d'analyse lors du dénouement de l'opération de reconstruction, afin de préserver les intérêts de la collectivité publique, et d'éviter tout risque contentieux lié aux confusions ci-avant constatées.

#### 2.4- La contractualisation interne

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a organisé ses activités de soins en sept pôles cliniques et médicotechniques, réduits à six depuis 2012. Pour chaque pôle, ont été nommés un chef de pôle, un cadre supérieur de santé, un directeur référent de pôle et un assistant de gestion de pôle.

Dans le prolongement de l'adoption du projet médical couvrant les années 2015 à 2019, l'établissement a souhaité en 2016 réviser le périmètre des pôles, et articuler les contrats de pôle autour d'objectifs et d'indicateurs partagés avec l'ensemble des responsables médicaux des services. Mis en place pour quatre ans en avril 2017, ces nouveaux contrats de pôle font l'objet de revues de gestion, deux fois par an.

Le plan d'actions, accompagné d'indicateurs, qui découlait du projet médical validé par la communauté médicale, a été inscrit dans les missions des chefs de pôle. Il repose notamment sur l'édiction de règles de bonnes pratiques en matière de gestion des lits, du contrôle de leurs applications, ainsi que sur la réduction des durées d'hospitalisation. Cette démarche vise à favoriser la participation des pôles à la stratégie de l'établissement.

#### 2.5- Le contrôle de gestion

Le service du contrôle de gestion est directement rattaché à la direction générale. Il est composé d'un contrôleur de gestion, et de 3,4 emplois équivalent temps plein (ETP) affectés sur des postes d'assistants de gestion de pôle.

Il est notamment chargé :

- ♦ du suivi et de la communication des données mensuelles (indicateurs d'activité, tableaux de bord financiers, suivi des effectifs, indicateurs de qualité) relatives aux pôles cliniques et médicotechniques, ainsi que les comptes de résultat analytiques qui les concernent ;

- ♦ de tenir à jour le fichier commun de structure<sup>17</sup> et d'en assurer le paramétrage dans les logiciels métier ;
- ♦ de répondre à la plupart des enquêtes, renseignant en particulier la base d'Angers<sup>18</sup> et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ;
- ♦ de produire le rapport annuel de gestion et la synthèse des chiffres-clés de l'établissement. Les rapports du département d'information médicale sont intégrés aux rapports annuels de gestion, qui comprennent une cartographie par pôle. Les actions menées en matière de gestion des risques et de coopérations, ainsi que les sujets débattus dans les réunions des différentes instances de l'établissement y sont également retracés. Ces rapports, d'environ 150 pages, sont disponibles sur l'intranet de l'établissement ;
- ♦ et de réaliser, en partenariat avec le département d'information médicale, des études médico-économiques.

## 2.6- Le système d'information et la dématérialisation

### 2.6.1- Le schéma directeur des systèmes d'information

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure disposait d'un schéma directeur des systèmes d'information pour la période couvrant les années 2009 à 2013, centré sur le dossier patient informatisé dans le prolongement du précédent schéma.

Un nouveau schéma directeur, intégrant les objectifs stratégiques définis par le projet d'établissement 2014-2018 ainsi que les attentes assignées à la démarche Hôpital numérique<sup>19</sup> dans laquelle l'établissement s'est inscrit, a été adopté pour la période couvrant les années 2014 à 2018 avec pour priorités :

- ♦ la poursuite des actions menées depuis 2008 relatives à l'informatisation de la prise en charge du patient (dossier médical commun, dossier de soins, prescription dans les unités de soins, etc.) ;
- ♦ la communication, dans un contexte multi-sites (développement du système de gestion des risques, partage d'informations au sein de l'établissement et avec ses partenaires) ;
- ♦ et l'aide au pilotage médico-économique (développement de supports pour la gestion du temps de travail médical, la valorisation de l'activité).

À cette fin, une nouvelle instance de gouvernance du système d'information a été mise en place, présidée par un médecin nommé par la commission médicale d'établissement.

Sur l'ensemble de la période 2012-2017, l'établissement a investi 8,8 M€ en matériels informatiques et consacré 7,5 M€ de ses dépenses de fonctionnement au service des techniques d'information et de communication. Ces dernières s'élèvent désormais à 1,4 M€ relevés pour l'exercice 2017, contre seulement 0,8 M€ enregistrés en 2012.

### 2.6.2- La facturation individuelle à l'Assurance maladie

Prévu sous forme d'une expérimentation par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004, la facturation individuelle et directe des consultations et des séjours (FIDES) par les établissements aux caisses d'assurance maladie, dès la sortie du patient (appelée parfois

<sup>17</sup> Le fichier commun de structure (FICOM) décrit le découpage d'un établissement de santé en unités fonctionnelles (UF) permettant, notamment, l'affectation des dépenses et des recettes.

<sup>18</sup> Depuis 1992 et par convention avec la direction générale de l'offre de soins, le centre hospitalier universitaire d'Angers assure la gestion de la base de données des coûts par activité, dite « Base d'Angers ».

<sup>19</sup> La stratégie Hôpital numérique a été lancée en novembre 2011, au plan national, afin de rendre les systèmes d'information hospitaliers plus performants, en particulier en termes de qualité et de sécurité des soins.

« facturation au fil de l'eau »), a été généralisée à tous les établissements publics et privés non lucratifs et pour tout le périmètre MCO par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. Cette généralisation a toutefois été limitée, dans une première phase, aux actes et consultations externes et devait aboutir avant le 1<sup>er</sup> mars 2016<sup>20</sup>. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 en avait décalé le déploiement au 1<sup>er</sup> mars 2018. La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 en a encore repoussé, au 1<sup>er</sup> mars 2022, le déploiement de la facturation individuelle pour ce qui concerne les séjours.

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a mis en place la facturation individuelle pour les actes externes depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 ; il en aurait résulté, selon l'ordonnateur, une amélioration de la rapidité et de la fluidité des encaissements. Le processus n'a encore pas été engagé pour ce qui concerne la facturation des séjours d'hospitalisation.

### 2.6.3- La dématérialisation

Plus globalement, en matière de dématérialisation, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a déployé plusieurs des outils prévus à l'instruction interministérielle du 18 décembre 2017 relative aux modalités de déploiement de la dématérialisation des documents de la chaîne comptable et financière des établissements publics de santé<sup>21</sup>.

#### **Dématérialisation des échanges avec les patients dans le cadre du parcours de soins**

L'établissement propose, depuis 2010, le paiement par carte bancaire au bureau des entrées, et un second terminal a été installé à l'accueil des urgences en mars 2016. Le paiement en ligne par carte bancaire (TiPI) est également en place depuis décembre 2016.

Le déploiement au plan national n'étant prévu qu'à compter d'avril 2019, l'établissement ne s'est pas encore engagé dans la dématérialisation des avis de sommes à payer (Asap) à destination des patients.

#### **Échanges dématérialisés avec les entreprises et établissements publics**

Le centre hospitalier remplit ses obligations en matière de dématérialisation complète des procédures de marchés publics depuis 2012, et notamment l'obligation de réception par voie électronique du document unique de marché européen (Dume) via la plateforme e-marchepublics.com. Toutefois, les processus d'achats et d'approvisionnements nécessitent encore la numérisation de documents.

Le centre hospitalier remplit également ses obligations en matière d'acceptation et de mise à disposition des factures électroniques depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Le traitement des factures reçues demeure cependant manuel, centralisé à la direction des affaires financières, laquelle redistribue ensuite les factures aux différents services liquidateurs. De la même façon, les factures adressées aux autres établissements publics sont déposées manuellement sur le portail Chorus pro ; l'avis des sommes à payer n'est pas plus transmis, via le protocole d'échange standard prévu à cet effet (PES Asap). L'établissement rencontre depuis la fin de 2016, en effet, des difficultés techniques, que ses prestataires informatiques ne sont pas parvenus à résoudre jusqu'à ce jour (cf. 3.2.2- ci-dessous).

#### **Échanges dématérialisés avec le comptable**

Depuis le 30 novembre 2015, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure est entré en phase opérationnelle de dématérialisation des échanges avec les services du receveur (protocole

<sup>20</sup> Décret n° 2014-787 du 8 juillet 2014 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la Sécurité sociale.

<sup>21</sup> Instruction interministérielle n° DGOS/PF5/DGFIP/CL1A/CL2C/2017/343 du 18 décembre 2017 relative aux modalités de déploiement de la dématérialisation des documents de la chaîne comptable et financière des établissements publics de santé.

d'échange standard PESV2). Toutefois, le circuit « retour », qui doit permettre d'informer l'ordonnateur des actions menées par le comptable en matière de dépenses et de recettes (par exemple : la date de paiement des mandats), n'est toujours pas fiable et nécessite une interrogation manuelle sur le logiciel Hélios. L'établissement a relancé ses prestataires informatiques, afin qu'ils effectuent les corrections nécessaires, mais sans résultat à ce jour.

L'établissement a engagé le projet de dématérialisation des pièces justificatives de la dépense à la fin de l'année 2017, avec pour objectif de répondre à l'obligation de dématérialisation fixée dans la loi NOTRÉ au 1<sup>er</sup> janvier 2019. Une note de cadrage a été élaborée à cet effet, en avril 2018, dans laquelle l'ordonnateur évalue le coût pour l'établissement à 100 000 € en investissement et à 20 000 € en fonctionnement au titre de la maintenance.

Enfin, depuis l'exercice 2007, les bulletins de salaire sont dématérialisés sur CD-Rom et transmis au comptable.

La chambre prend note du développement, déjà bien engagé par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, des différentes modalités de déploiement de la dématérialisation des documents de la chaîne comptable et financière.

### **3- LA COMMANDE PUBLIQUE**

#### **3.1- La fonction d'achats**

##### **3.1.1- L'organisation des achats**

Au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, les achats sont effectués par une pluralité d'unités et services : la pharmacie pour les médicaments et dispositifs médicaux ; le laboratoire pour la biologie ; le département ingénierie et technologie pour le biomédical, les travaux, les services, les techniques, l'informatique ; la direction des services économiques et logistique pour la restauration, les achats des moyens généraux, les médicaux et l'hôtelier ; la direction des ressources humaines pour la formation et l'intérim. La cellule des marchés, composée de deux agents, contrôle les procédures pour les achats pour lesquels une « demande de numéro de procédure » lui est adressée. Historiquement, la fonction d'achat était pilotée par la direction des fonctions de supports, en lien avec les services acheteurs, la cellule des marchés et les services financiers.

Dans le cadre de la mise en place du groupement hospitalier de territoire « Territoires d'Auvergne », et conformément au décret n° 2017-701 du 2 mai 2017<sup>22</sup>, la fonction achat a été transférée, au 1<sup>er</sup> janvier 2018 au centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand en sa qualité d'établissement support du groupement. Dans cette configuration, l'établissement support est compétent pour élaborer la politique et les stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat, pour planifier et passer les marchés, et pour assurer le contrôle de gestion des achats. L'établissement, partie au groupement, conserve ainsi la seule responsabilité de l'exécution des marchés.

Un règlement de la fonction achat mutualisée au sein du groupement Territoires d'Auvergne a été élaboré, et la stratégie d'achat fait l'objet de discussions en cours.

Le directeur des fonctions supports du centre hospitalier de Moulins-Yzeure a été mis à disposition du CHU de Clermont Ferrand à hauteur de 10 % de son temps de travail ; il a reçu

---

<sup>22</sup> Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire

délégation pour signer les documents relatifs aux marchés et accords-cadres passés par le groupement. En pratique donc, l'ensemble des besoins et la gestion des achats sont désormais agrégés au niveau du groupement, les achats ne concernant que le seul centre hospitalier de Moulins-Yzeure continuant d'être effectués directement par son directeur des fonctions supports.

Celui-ci estime que le transfert de la fonction d'achat au groupement doit permettre de rassembler les données dans un unique logiciel de pilotage (Per-Augusta), en vue de pouvoir ainsi disposer d'une vue d'ensemble des achats sur tout le territoire. Il permet également d'uniformiser et d'automatiser les conditions et procédures d'achat, comme il en va déjà pour les médicaments. Il ne devrait cependant pas forcément entraîner des économies d'échelle, compte-tenu des contraintes d'approvisionnement et de conditionnement.

### 3.1.2- La stratégie d'achats

La stratégie d'achat du centre hospitalier de Moulins-Yzeure repose sur un « plan d'actions achats » (PAA), visant à planifier les projets d'achat et leurs principales phases, et devant permettre d'identifier les axes d'amélioration de la fonction achat. Ce plan est, depuis 2017, intégré au plan d'actions achats du territoire (PAAT), élaboré par le groupement hospitalier de territoire.

En complément du plan d'actions achat, l'établissement dispose d'une « cartographie » de ses dépenses, par grande famille d'achats et par direction acheteuse, dont l'exploitation des données permet d'estimer le volume des achats de l'établissement, hors investissements, à quelque 34 M€ en 2017 (contre 28,4 M€ en 2012).

Il convient cependant d'observer que cette cartographie n'intègre pas tous les comptes d'achats (c/60, c/61, c/62, c/20 sauf c/204, c/21 et c/23), certaines dépenses d'investissement étant en effet isolées et non décomposées par domaine d'achat.

Elle ne distingue pas non plus, ni n'identifie, les achats selon qu'ils doivent être passés dans le cadre d'un marché formalisé, ou selon que leur montant les dispensent de formalisme préalable (dits « hors marché »). Or ces informations sont nécessaires au pilotage de la fonction d'achat. La Direction générale de l'offre de soins (du ministre en charge de la santé) l'a d'ailleurs rappelé, récemment, dans une note d'information portant nomenclature des catégories homogènes de fournitures et de services des achats hospitaliers du 16 janvier 2018<sup>23</sup>.

Sollicité pour communication de ces renseignements, l'ordonnateur a transmis à la chambre une extraction de la base de données financières, qui permet de constater que le volume annuel moyen des achats est nettement plus élevé que celui ressortant de la cartographie des dépenses, avoisinant 62,2 M€ dont 47,3 M€ au titre du fonctionnement.

Cette extraction semble également indiquer qu'à hauteur de 50 %, les achats ne seraient pas couverts par une procédure formalisée de passation de marché. Une analyse plus fine montre que pour un grand nombre d'achats, le type de procédure mise en œuvre n'a pas été renseigné, annihilant toute tentative de constituer une classification des achats par type de procédure, en vue notamment de distinguer les achats « hors marché ». Selon un précédent ordonnateur (M. Thépot), une longue période d'incertitude quant au devenir de la biologie, en lien avec la réflexion sur la mise en place du groupement hospitalier de territoire, aurait entraîné la réalisation de nombreux achats « hors marché ».

<sup>23</sup> Note d'information DGOS/PF1/PHARE/2018/13 du 16 janvier 2018 portant sur la nomenclature des catégories homogènes de fournitures et de services des achats.

En tout état de cause, les lacunes relevées ont empêché de développer une véritable vision stratégique en matière d'achats et de satisfaction des besoins.

La chambre invite en conséquence l'ordonnateur à se rapprocher du groupement hospitalier de territoire, aux fins de réviser et de compléter la cartographie des achats, et de mettre en conformité avec la nomenclature « achat » et la nomenclature dite des « catégories homogènes de fournitures et de services » recommandées par la note d'information du 16 janvier 2018 de la Direction générale de l'offre de soins.

Elle lui recommande également de mettre en œuvre les procédures nécessaires pour que les achats effectués par l'établissement soient systématiquement rattachés, lors de leur enregistrement dans les bases de données, à un numéro de marché, dont le type de procédure mis en œuvre aura préalablement été renseigné.

**Tableau 2 : Montant des achats**

en M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Volume achats investissements	11,20	13,75	8,44	14,31	31,21	10,21
<i>Dont hors marché</i>	<i>3,00</i>	<i>4,84</i>	<i>3,59</i>	<i>2,13</i>	<i>10,24</i>	<i>4,99</i>
Volume achats fonctionnement	47,89	49,93	44,50	45,53	48,02	48,00
<i>Dont hors marché</i>	<i>27,37</i>	<i>30,76</i>	<i>26,12</i>	<i>23,93</i>	<i>24,56</i>	<i>23,96</i>
<b>Volume Total achats</b>	<b>59,09</b>	<b>63,68</b>	<b>52,94</b>	<b>59,84</b>	<b>79,23</b>	<b>58,21</b>
<i>Dont hors marché</i>	<i>30,38</i>	<i>35,61</i>	<i>29,71</i>	<i>26,06</i>	<i>34,80</i>	<i>28,95</i>
<i>Part du « hors marché »</i>	<i>51%</i>	<i>56%</i>	<i>56%</i>	<i>44%</i>	<i>44%</i>	<i>50%</i>

Source : Établissement, base données financières, comptes achats (c/60, 61, 62, 20 (sauf 204), 21 et 23)

### 3.2- Les principales fonctions externalisées

#### 3.2.1- La blanchisserie

Les centres hospitaliers de Nevers et de Moulins-Yzeure ont constitué, le 20 janvier 2010, le groupement de coopération sanitaire (GCS) « Blanchisserie Nièvre-Allier » auquel ils ont confié la prestation de blanchisserie. En 2017, le GCS comptait quatre membres supplémentaires : la maison d'accueil spécialisée « le Belvédère », les centres hospitaliers de Bourbon-L'Archambault et de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), et la maison de retraite « La Gloriette » à Yzeure.

Le siège du groupement a été fixé au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, lequel met à disposition des locaux, des moyens matériels et humains, et assure la gestion courante. La prestation de blanchisserie est refacturée, sur la base du coût du kilo de linge traité, aux membres du groupement en fonction de leurs consommations.

En lieu et place des rapports annuels d'activité prévus à l'article 14 de la convention constitutive, l'ordonnateur a transmis à la chambre les comptes financiers des exercices 2012 à 2017, accompagnés des procès-verbaux de l'assemblée générale du GCS ayant eu à en connaître.

Interrogées par la chambre durant le contrôle mené sur place, ni la direction des fonctions supports, ni la direction des affaires financières n'ont été en mesure d'apporter des précisions quant aux conditions financières des mises à disposition de moyens consenties au bénéfice du groupement par le centre hospitalier, notamment en terme d'effectifs. La convention constitutive du GCS se contente d'indiquer que l'évaluation des contributions en nature est faite sur la base de leur coût réel, approuvée par l'assemblée générale. Consciente de ces lacunes, l'ordonnatrice en fonctions a indiqué, dans sa réponse aux observations provisoires, avoir engagé la mise en œuvre d'un suivi plus précis des moyens mis à disposition du GCS.

S'appuyant sur les comptes financiers du GCS, la chambre a pu estimer le montant de ces moyens à 2,08 M€ pour 2017, dont 67 % de frais de personnel, contre 2,83 M€ pour 2012 et avec une part relative de 55 % de frais de personnel. La diminution ainsi relevé entre 2012 et 2017 résulte pour l'essentiel de la comptabilisation de frais de location immobilière à partir de 2013 (0,27 M€), en lieu et place de dotations aux amortissements des immobilisations mises à disposition par le centre hospitalier (0,55 M€). Pour partie, elle provient également d'une réduction des frais de personnel due à l'arrêt, en 2016, de la prestation de maintenance réalisée par le personnel de l'hôpital, et dont le GCS n'était pas satisfait.

La chambre constate néanmoins un écart important entre le volume des dépenses libellées « fournisseur CHMY » telles qu'elles apparaissent aux comptes financiers du groupement, avec celui des titres émis par l'hôpital envers le GCS pour les années 2012 (- 0,28 M€), 2015 (- 0,47 M€) et 2016 (+ 0,56 M€).

**Tableau 3 : Valorisation des moyens mis à disposition par le CHMY au GCS**

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total dépenses fournisseur CHMY comptabilisées par le GCS	2 825 875	2 387 130	2 271 456	2 238 055	1 954 545	2 078 151
<i>dont frais de personnel (c/621 et 641)</i>	<i>1 544 369</i>	<i>1 484 692</i>	<i>1 470 296</i>	<i>1 441 164</i>	<i>1 380 066</i>	<i>1 391 920</i>
<i>part des frais de personnel</i>	<i>54,7%</i>	<i>62,2%</i>	<i>64,7%</i>	<i>64,4%</i>	<i>70,6%</i>	<i>67,0%</i>
Total remboursement de frais du GCS perçus par le CHMY (c/708)	2 543 447	2 387 130	2 271 456	1 766 858	2 517 099	2 078 199
Écart comptes GCS et comptes CHMY	<b>-282 428</b>	-	-	<b>-471 197</b>	562 554	48

Source : Établissement, comptes financiers GCS et base titres CHMY

### 3.2.2- Les prestations informatiques

Le centre hospitalier de Moulins Yzeure est membre-adhérent du groupement d'intérêt public (GIP) « Santé informatique Limousin Poitou Charentes » (SILPC) depuis le 25 avril 2016 pour la production et la gestion de la paie, l'assistance aux applicatifs métiers (ressources humaines, gestion financière, gestion administrative des malades, gestion des majeurs protégés) et les services du réseau des adhérents. Ces prestations ont représenté un coût global de 150 000 € en 2017.

L'établissement a, par ailleurs, confié la maintenance de ces applicatifs métiers à la société Maincare Solutions, dans le cadre d'une procédure négociée sans mise en concurrence, en application de l'article 35.II-8 de l'ancien code des marchés publics en vigueur jusqu'en 2015, puis de l'article 42-3 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics<sup>24</sup>. Les contrats « types » de licence et de maintenance des logiciels, établis par le prestataire et approuvés par le centre hospitalier, ont été renouvelés en 2013 et 2014, puis en 2017 et 2018, pour une période d'un an reconductible quatre fois. Ils ont emporté une dépense de fonctionnement d'un montant de 280 000 € en 2017.

La chambre s'étonne au regard du coût annuel des prestations informatiques que, face aux difficultés techniques persistantes rencontrées dans le développement de la dématérialisation des échanges avec les entreprises et le comptable public, l'établissement n'ait pas jusqu'à ce jour fait jouer les clauses prévues au contrat de maintenance de la société Maincare Solutions dans le cas d'une indisponibilité majeure des applicatifs. Quant au contrat conclu avec le GIP SILPC ne comportant aucune clause pénalisante, l'ordonnateur a indiqué que des discussions étaient en cours pour les insérer dans les conditions particulières du cahier des charges.

<sup>24</sup> Peuvent être négociés sans publicité préalable ni mise en concurrence, les marchés et les accords-cadres qui ne peuvent être confiés qu'à un opérateur économique déterminé pour des raisons techniques, artistiques ou tenant à la protection de droits d'exclusivité.

La chambre invite l'établissement à veiller au respect et à l'application des clauses pénales des contrats, susceptibles de participer, dans les meilleurs délais, à la résolution des dysfonctionnements et obstacles techniques divers entravant le développement des échanges dématérialisés.

### 3.2.3- Les transports sanitaires

Sur la période 2012-2017, les dépenses de transport du centre hospitalier de Moulins-Yzeure ont représenté une dépense moyenne annuelle de 0,5 M€.

Ils ont fait l'objet d'un premier marché unique couvrant la période du 20 août 2012 au 19 août 2016, conclu avec un groupement solidaire de trois sociétés à l'issue d'une procédure d'appel d'offres ouvert, sur la base des articles 33, 55 à 59 de l'ancien code des marchés publics. L'établissement a ensuite procédé par appel d'offres ouvert, par référence articles 66 et 67 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016. Les prestations sont facturées avec un taux de remise de 3 % pour les véhicules sanitaires légers (VSL), et de 9 % pour les ambulances sur le tarif conventionnel départemental de l'Assurance maladie.

Cependant, et nonobstant la circonstance qu'elles ont diminué de 11 % entre 2012 (517 267 €) et 2017 (458 308 €), les dépenses de transport ont été en réalité réalisées hors marché formalisé depuis 2016 pour plus de la moitié d'entre elles, dans la mesure où seules les dépenses de transports sanitaires terrestres concernant les patients sont couvertes par des marchés. La chambre invite en conséquence l'établissement à réexaminer les conditions dans lesquelles il passe commande des prestations de transports, dans le respect des différents seuils règlementairement fixés.

### 3.2.4- Conclusion sur la fonction achat

Le contrôle sur place et les éléments des réponses souvent insatisfaisants apportés par l'ordonnateur ont révélé diverses faiblesses et l'insuffisante maîtrise des procédures dans l'organisation de la fonction achats, amplifiées par l'éclatement entre de nombreux acteurs et une certaine déperdition des informations concernant les dossiers. Une meilleure exploitation des applicatifs métiers paraît indispensable, afin de permettre de mieux appréhender l'ensemble de la fonction et d'en développer ainsi le pilotage stratégique.

L'exercice prochain d'une compétence mutualisée, au sein du groupement hospitalier de territoire, doit constituer le prétexte d'une réflexion à mener sur l'organisation interne de la fonction.

## 3.3- Le programme « Hôpital de Demain »

### 3.3.1- Le programme

Au cours de la période sous revue, plusieurs opérations immobilières ont été conduites :

- l'ouverture, en 2011, d'un centre d'hémodialyse sur le site de Moulins ;
- la démolition, en 2012, de deux pavillons sur le site d'Yzeure permettant la construction d'un nouveau bâtiment, livré en décembre 2013, destiné à l'hospitalisation de pédopsychiatrie ;
- le réaménagement de locaux sur le site de Moulins, en 2013, pour accueillir les consultations des chirurgies vasculaire, viscérale, bariatrique et urologique, accompagné de la livraison de 12 bureaux de médecins et de 19 chambres pour les internes ;
- et, en 2015, après l'acquisition d'une parcelle de terrain en face de l'hôpital, l'aménagement d'un parc de stationnement de 280 places à l'usage exclusif du personnel.

La plus structurante des opérations, menées durant la période contrôlée, a concerné le projet baptisé « Hôpital de demain (HDD) », au cœur du schéma directeur immobilier. Ce programme, lancé en 2012 pour un montant global estimé à 87,33 M€ TTC toutes dépenses confondues, prévoyait deux tranches :

- ♦ une tranche ferme, consistant en la construction d'un plateau médicotechnique et logistique permettant de regrouper la pharmacie, l'unité de préparation des anticancéreux, le laboratoire, les cuisines centrales, le magasin central et l'installation de production des énergies froide et chaude ;
- ♦ et une tranche conditionnelle de reconstruction du plateau d'hospitalisation et de consultation, organisant l'offre d'hospitalisation de médecine et de chirurgie sur deux niveaux, avec les plateaux de consultation et d'exploration en rez-de-chaussée.

À ces constructions, devaient s'ajouter plusieurs opérations de réhabilitation de bâtiments existants, ainsi que la destruction de bâtiments libérés et rendus vacants.

Les travaux de la tranche ferme ont été engagés en 2015 ; le nouveau pôle médicotechnique et logistique du centre hospitalier de Moulins-Yzeure est opérationnel depuis janvier 2017. Décliné sur trois niveaux, le bâtiment abrite sept services (secteur tertiaire, magasin, cuisine, relais lingerie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie à usage intérieur, unité de préparation anticancéreuse).

### 3.3.2- Un marché public de conception-réalisation

#### 3.3.2.1- La procédure de passation

Le programme, dans sa globalité, a fait l'objet d'un marché public de conception-réalisation, tel que prévu par la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée, dite « loi MOP ». En conformité avec les articles 37 et 69 du code des marchés publics en vigueur en 2013 et avec l'article L. 6148-7 du code de la santé publique, l'établissement a mis en œuvre la procédure d'appel d'offres restreint en vue de la passation du marché. L'avis d'appel à candidatures a été publié le 10 juillet 2013.

Tout au long de la procédure de sélection, l'établissement s'est fait accompagner par deux assistants techniques à maîtrise d'ouvrage, qui ont élaboré un dossier d'analyse pour chacun des projets, en appui des commissions techniques internes composées de cadres de santé et d'agents des équipes techniques et logistiques.

Le jury constitué pour l'analyse des offres<sup>25</sup>, s'est réuni le 9 septembre 2013 ; il a retenu cinq des six candidatures reçues, sur la base de leurs références et capacités techniques et financières, conformément au règlement de la consultation. Puis il a procédé, les 16 et 17 janvier 2014, à leurs auditions, retranscrites dans un procès-verbal. Le jury s'est réuni de nouveau le 23 janvier 2014 afin d'analyser les offres, en fonction des six critères d'attribution prévus au règlement de la consultation. Il a, enfin, retenu et classé deux projets sur les cinq présentés.

Le directeur de l'établissement, après avoir consulté les diverses instances du centre hospitalier -conseil de surveillance, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement- entre janvier et février 2014, a décidé d'attribuer le marché au groupement

---

<sup>25</sup> Le jury comprenait neuf membres avec voix délibérative (le directeur, le président du conseil de surveillance, le président de la CME, un représentant du CH de Montluçon, un représentant du conseil d'architecture et d'environnement de l'Allier, un représentant du conseil régional d'Auvergne de l'ordre des architectes, un représentant des usagers, la directrice des soins et un représentant des personnels au conseil de surveillance). Participaient également 19 membres avec voix consultative, dont un représentant de l'ARS, le comptable et des représentants de personnels médicaux et non médicaux de l'établissement.

GFC Construction le 27 février 2014. Il n'a cependant pas suivi l'avis du jury, qui avait classé ce candidat en seconde position.

Si les motifs qui ont conduit à retenir le second dans la liste arrêtée par le jury figurent effectivement au procès-verbal de la réunion spécifique que le conseil de surveillance a tenue le 24 février 2014, la chambre a relevé néanmoins que ces éléments de motivation ne figurent pas explicitement à la décision d'attribution. L'ordonnateur alors en fonctions a précisé que le jury avait effectivement classé en seconde position le candidat finalement retenu, mais que les commissions techniques internes l'avaient classé en première position comme étant mieux-disant, avant que le conseil de surveillance n'ait souhaité revenir sur ledit classement. La chambre rappelle que, en application de l'article 80 du code des marchés publics dans sa version en vigueur en 2014, le pouvoir adjudicateur est tenu d'indiquer, dans sa décision, les motifs qui ont conduit au choix de l'offre de l'attributaire.

### 3.3.2.2- L'exécution de la tranche ferme

La chambre a examiné l'exécution de la tranche ferme du marché de conception réalisation confié au groupement GFC Construction<sup>26</sup>, sans relever d'anomalie. La réception des travaux a été prononcée sans réserve le 20 janvier 2017, respectant ainsi les délais fixés après les modifications du planning intervenues par avenants n° 2 et n° 4.

En cours d'exécution, le marché a fait l'objet de six avenants emportant une réduction modique de 21 753 € sur le montant global initial du marché, ainsi porté à 57,20 M€ HT à l'issue des travaux de la tranche ferme. Les décomptes généraux définitifs, tenant compte de la révision des prix négative, ont été approuvés à hauteur de 26,74 M€ TTC. Complété des dépenses liées aux autres prestataires (assistante technique à maîtrise d'ouvrage, contrôle technique, etc.), aux autres frais d'études et d'insertion, et aux travaux annexes, dont 2,37 M€ de frais d'études relatifs à la tranche conditionnelle, le cumul des dépenses réalisées entre 2014 et 2018 s'est établi à 31,61 M€.

À l'issue de la réalisation de la tranche ferme, l'enveloppe financière initiale se trouvait donc respectée.

L'établissement a assujéti l'affermissement de la tranche conditionnelle à la condition de l'obtention d'un financement spécifique dans le cadre de l'examen du projet par le Coperno (voir ci-après), et à la situation financière de l'établissement. L'article 12 du cahier des clauses administratives particulières n'ouvre aucun droit à indemnisation du titulaire en cas de non-affermissement.

**Tableau 4 : Marché de conception-réalisation HDD, montants à la date de signature**

en €	Honoraires phase conception	Travaux	Total HT	Total TTC
Tranche ferme	3 650 749	18 682 772	22 333 521	26 800 225
Tranche conditionnelle	2 520 434	32 371 294	34 891 727	41 870 072
<b>Total</b>	<b>6 171 182</b>	<b>51 054 066</b>	<b>57 225 248</b>	<b>68 670 298</b>

Source : documents du marché HDD

<sup>26</sup> GFC Construction / Chabane & Partenaires / ARTELIA Bâtiment & Industrie / CSD Ingénieurs / CONVERGENCE INGENIERIE RESTAURATION / IQUALIS SANTE / ELIX

**Tableau 5 : Marché de conception-réalisation après réalisation de la tranche ferme**

en €	Montant après avenant		Décompte généraux définitifs	
	Montant HT	Montant TTC	Hors révision TTC	Révision des prix
Tranche ferme	22 436 484	26 923 781	26 923 781	-183 788
<i>dont part études</i>	3 650 749	4 380 898	4 380 898	34 110
<i>dont travaux</i>	18 785 735	22 542 882	22 542 882	-217 898
Tranche conditionnelle	34 767 011	41 720 414		
TOTAL	57 203 495	68 644 194		

Source : documents du marché HDD

### 3.3.3- La soutenabilité financière du projet

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, n'ayant perçu aucune aide financière pour la tranche ferme du projet « Hôpital de demain », a totalement financé l'investissement, en grande partie par le recours à l'emprunt, à hauteur de 26,3 M€ et pour de longues durées de 25 à 30 ans.

Le financement de la tranche conditionnelle a, quant à lui, été soumis au comité interministériel de performance et de modernisation de l'offre de soins (Copermo), qui l'a déclaré éligible dès novembre 2015. Pour ce faire, l'établissement s'était engagé depuis 2013 sur plusieurs axes de travail, qualifiés d'axes de performance. Ce projet a dû intégrer, en outre, les objectifs fixés à l'établissement dans le cadre du plan d'économies sur l'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) pour la période couvrant les années 2015 à 2017. Ce plan de performance, prévoyant 11,5 M€ d'économies et 2,8 M€ de recettes supplémentaires, passait notamment par :

- ♦ l'amélioration de l'indice de performance des durées moyennes de séjour (IP DMS) ;
- ♦ la réduction des capacités d'hospitalisation du court séjour (- 71 lits), tout en favorisant la pratique ambulatoire (+ 22 places) ;
- ♦ l'application aux services de soins, dès lors que l'architecture le permettait, des maquettes d'organisation en ressources humaines recommandées par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ;
- ♦ l'optimisation des blocs opératoires, avec la fermeture d'une salle en 2016 et d'une autre en 2017.

En outre, la vente de terrains et de biens divers devait permettre de compléter le plan de financement. Ainsi, un programme de cessions de 25 hectares à mener entre 2017 et 2022, pour permettre à la commune de réaliser une zone d'aménagement concerté (ZAC) dénommée « Sainte Catherine », a été engagé. En juillet 2018, un compromis de vente entre la ville d'Yzeure et l'hôpital a été ainsi signé, pour un montant de 1,65 M€ conforme à l'avis du service des Domaines.

Suivant les recommandations de l'agence régionale de santé, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a sollicité une aide de 15 M€ auprès du Copermo, dont 8,8 M€ en subvention d'équipement amortissable sur 30 ans, et 6,2 M€ en aide en exploitation échelonnée sur cinq ans. Malgré tout, pour mener l'opération à son terme, l'établissement devait encore mobiliser des emprunts à hauteur de 44 M€.

À la demande du Copermo formulée le 19 avril 2016, et compte-tenu des interrogations sur la faisabilité financière de l'opération, le programme de la tranche conditionnelle a été revu. En avril 2017, l'hôpital a présenté un projet moins ambitieux, sur deux étages d'hospitalisation de 60 lits environ, avec l'identification de trois secteurs de spécialités en ambulatoire (15 places de chirurgie, 12 places de médecine, 12 places d'oncologie), et l'extension du secteur des urgences. Selon le directeur alors en fonctions, cette réduction du programme, si elle était difficile à organiser au plan architectural, constituait la seule solution pour aboutir à un projet réalisable. Le début des travaux demeurait alors envisagé pour 2019.

L'ordonnateur qui lui a succédé a exprimé, au cours de l'entretien de fin de contrôle, le sentiment qu'à sa prise de poste, la communauté hospitalière n'avait pas pleinement conscience de la situation financière dégradée de l'établissement. Celle-ci considérait, selon lui, que l'organisation spatiale de l'hôpital n'était pas adaptée pour permettre l'application des ratios en personnels recommandés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), en vue de réduire les charges y afférentes, et qu'il fallait donc attendre la livraison de la phase conditionnelle pour agir en ce sens. Cet attentisme a pu contribuer à aggraver encore la situation financière de l'établissement.

En effet, dès 2013 puis de manière continue depuis 2015, la capacité d'autofinancement était devenue insuffisante pour couvrir le remboursement de la dette existante. C'est donc dans l'attente d'une amélioration de la trajectoire financière de l'établissement que le Copermo a reporté, une nouvelle fois, sa décision au dernier quadrimestre 2018.

Selon l'ordonnateur en fonctions au début de l'année 2017, le Copermo était très attentif au taux de marge, difficile à améliorer dans un modèle économique où le développement de l'activité était exclu. Il a estimé également que le projet « Hôpital de demain » aurait mérité d'être examiné dans une logique territoriale, et non seulement du seul point de vue de l'établissement. Le directeur qui lui a succédé, confirmant la complexité de programmation pour réduire fortement le périmètre du programme, estimait nécessaire l'engagement de l'établissement dans un « plan de performance ». Ce dernier a notamment reposé sur le regroupement de la chirurgie et la fermeture d'un pavillon de psychiatrie, afin de réaliser des économies sur les charges de personnel. Sur ces bases, le directeur général de l'agence régionale de santé, présent à la réunion du conseil de surveillance de juin 2018, avait exprimé son soutien au projet.

Enfin, les travaux dits « invariants », c'est-à-dire considérés comme devant être réalisés quelle que soit la décision du Copermo, d'un montant estimatif de 7 M€, ont également dû être arrêtés en 2017.

Sollicitée sur le devenir de l'opération « Hôpital de demain », la directrice de l'établissement a indiqué avoir proposé au conseil de surveillance, lors de sa séance du 29 juin 2018, un réexamen du projet et l'étude de toutes les alternatives, dans la continuité des doutes exprimés par la commission médicale d'établissement sur la faisabilité du projet dès mai 2016.

Les atermoiements qui ont affecté le projet « Hôpital de demain », depuis son lancement en 2012, interrogent quant à sa conduite à terme, en l'état, dans le contexte de 2019. De l'avis de la chambre, et compte-tenu de la nécessité d'une modernisation des structures et organisations de l'établissement, il paraît indispensable de remobiliser les équipes et les personnels sur un projet redimensionné répondant aux besoins de la population, dans un environnement concurrentiel d'offre de soins à ne pas ignorer, et devant permettre d'escompter tout à la fois une amélioration de la qualité des soins pour les patients et de l'environnement professionnel des personnels.

**Tableau 6 : Plan de financement prévisionnel du projet HDD**

En € TTC	Investissement	Financement		
		Aides	Emprunts	Autofinancement
HDD tranche ferme	29 345 456	-	26 300 000	3 045 456
HDD tranche conditionnelle	58 788 830	15 000 000	43 788 830	-
<b>TOTAL projet HDD</b>	<b>88 134 286</b>	<b>15 000 000</b>	<b>70 088 830</b>	<b>3 045 456</b>

Source : CRC d'après le dossier destiné au Copermo

#### **4- LA FIABILITE DES COMPTES**

##### **4.1- La certification des comptes à compter de 2016**

En application de l'arrêté du 21 octobre 2015, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure est soumis à la certification de ses comptes depuis l'exercice 2016.

Dès 2013, il s'y était préparé avec la mise en place d'un comité de pilotage, l'élaboration d'un plan d'actions et la création d'une gestion documentaire. Il s'est fait accompagner dans la mise œuvre, entre octobre 2015 et février 2016, pour un montant de prestations de 69 300 €, par le cabinet Grant Thornton, prestataire retenu par le groupement d'achat « UniHA » à l'issue d'une mise en concurrence. Il a bénéficié, pour cela, d'un soutien financier de 50 000 € de l'agence régionale de santé.

Le travail de fiabilisation des comptes a porté essentiellement sur les immobilisations, le patrimoine, les provisions, l'analyse des créances-clients, les séjours sur deux exercices, et les stocks déportés.

Les comptes des exercices 2016 et 2017 ont été certifiés par le commissaire aux comptes (cabinet Ernst & Young), ce dernier ayant émis une unique réserve sur la mise en œuvre de l'amortissement par composants ; la même réserve a été renouvelée en 2017, pour les seuls budgets annexes cette fois-ci.

##### **4.2- Le contrôle interne en matière de procédures comptables et financières**

Le travail préparatoire à la certification des comptes avait pointé, en 2015, des lacunes dans le dispositif de contrôle interne, notamment l'hétérogénéité des procédures entre les services, l'absence d'identification des risques, et le manque de formalisation des contrôles mis en place. Pour y remédier, l'établissement a élaboré un plan de contrôle interne, revu à chaque réunion du comité de pilotage suivant la certification des comptes.

Le dispositif de contrôle interne en matière de procédures comptables et financières est organisé au sein de chaque direction fonctionnelle ou service responsable d'une dépense ou d'une recette, et contrôlé par la direction des affaires financières. Des réunions sont organisées régulièrement, en présence du directeur de l'établissement et des directeurs concernés, afin d'effectuer le suivi de l'activité soumise à tarification, des dépenses de personnel, des recettes des titres 2 et 3 et du plan pluriannuel d'investissement.

Un calendrier de clôture des comptes a été défini, qui permet à la direction des affaires financières et aux différents intervenants d'achever les opérations avant le 31 janvier de l'année suivante, en conformité avec les dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 relatives à la journée complémentaire.

Au niveau de la paie, des dispositifs de contrôle interne ont été mis en place, en 2015 pour les personnels médicaux et en 2016 pour les personnels non médicaux, en complément des contrôles réalisés tous les mois.

Si le commissaire aux comptes a salué, en 2017, le travail accompli sur le contrôle interne de la paie, il a souligné la nécessité de poursuivre la démarche au regard des immobilisations, des achats, des stocks et de l'informatique.

### 4.3- La décomposition budgétaire

#### 4.3.1- Un budget principal et des budgets annexes

En 2018, le budget du centre hospitalier de Moulins-Yzeure comporte un budget principal et cinq budgets annexes, dont un budget A0 « dotation non affectée » qui regroupe des biens du domaine privé (issus essentiellement de dons et legs) pour lesquels il perçoit des fermages, droits de pêche et loyers pour des montants d'un modeste niveau.

L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit que chacune des activités annexes mentionnées à l'article R. 6145-2 du code de la santé publique doit faire l'objet d'un budget annexe, repéré par une lettre mnémotechnique. Ainsi les lettres B, E et J, depuis 2004, correspondent respectivement aux activités d'unité de soins de longue durée (USLD), d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de maison de retraite (MR).

Comme suite à l'invitation de la chambre, l'ordonnateur a indiqué avoir sollicité la direction départementale des finances publiques de l'Allier afin de modifier le libellé « Maison de retraite » attribué, à tort, au budget annexe E2, pour lui préférer celui d'« EHPAD » plus approprié et conforme à la nature de l'activité réalisée, et pour éviter ainsi toute interprétation erronée.

Les budgets annexes J0 « maison de retraite », E1 « long séjour » et B0 « long séjour » et C0 « école paramédicale » ont été clôturés en 2012, après transfert de titres non soldés sur ces anciens budgets.

#### 4.3.2- L'identification au répertoire SIRET

La chambre a pu constater des incohérences entre les données figurant à l'avis de situation au répertoire SIRENE tenu par l'INSEE et la numérotation au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), mais également entre ces dernières et les informations inscrites au compte financier du centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

Ces discordances nuisent à la qualité de l'information et peuvent également avoir pour effet d'entraîner une reprise erronée, par la Direction générale des finances publiques (DGFIP), des flux de données provenant des comptes de gestion.

L'ordonnateur est invité à veiller à faire corriger les codifications FINESS et SIRET, afin de les mettre en conformité avec les activités effectivement réalisées dans chaque budget annexe, et de s'assurer de l'exactitude des informations reprises dans les comptes financiers. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, il a indiqué avoir engagé la démarche corrective préconisée.

#### 4.3.3- La décomposition budgétaire de l'activité EHPAD

Le budget annexe E2 du centre hospitalier de Moulins-Yzeure retrace, sans les distinguer, les écritures comptables de plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :

- ♦ l'EHPAD Les Magnolias constitué de quatre maisons de 15 lits, implantées sur le site de l'hôpital d'Yzeure, et le seul enregistré comme établissement aux fichiers INSEE et FINESS ;
- ♦ l'EHPAD Les Tilleuls à Moulins de 100 lits ;
- ♦ l'EHPAD Les Cèdres à Moulins de 36 lits ;
- ♦ et 10 places d'accueil de jour.

Ces structures, situées sur deux sites géographiquement éloignés, offrent des conditions d'hébergement différentes et emploient du personnel en grande partie dédié. Quand bien même l'établissement dispose d'une comptabilité analytique qui lui permet d'obtenir des comptes de résultats distincts, la chambre recommande de différencier budgétairement et comptablement à tout le moins les deux EHPAD, celui de Moulins et celui d'Yzeure, au sein de deux budgets annexes E particuliers, en vue de pouvoir développer une approche de gestion individualisée et plus pertinente.

De fait, l'instruction budgétaire et comptable M21, dans le but de déterminer les différents flux financiers et dans un souci de plus grande transparence des coûts et sources de financement, prévoit que chacune des activités annexes repérée par une lettre mnémotechnique, peut se subdiviser, soit par exemple, pour l'activité d'EHPAD, en E1, E2, E3... (et plus)<sup>27</sup>.

#### 4.4- La fiabilité de l'actif immobilisé

Au titre des diligences de contrôles visant, classiquement, à s'assurer de la fiabilité des comptes, la chambre a examiné les modalités de traitement et d'enregistrement :

- ♦ des apports et subventions d'investissement ;
- ♦ des dettes financières ;
- ♦ des dettes fournisseurs ;
- ♦ des fonds déposés par les hospitalisés et hébergés ;
- ♦ des stocks ;
- ♦ des charges et produits constatés d'avance ;
- ♦ des charges et produits rattachés ;
- ♦ des reports de charges ;
- ♦ de la taxe sur les salaires ;
- ♦ de la taxe sur la valeur ajoutée.

Elles n'ont révélé aucune anomalie.

##### 4.4.1- L'actif brut immobilisé

À la suite du diagnostic réalisé en 2015 dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, un recensement exhaustif extra comptable des immobilisations a été réalisé, et son suivi a été confié à un agent dédié, sur la base de procédures d'inventaire formalisées. En 2016, l'établissement a en outre inventorié le matériel roulant, le matériel biomédical et les équipements informatiques, représentant 850 fiches d'immobilisations pour un total de 2,95 M€ en valeur brute.

Le rapprochement entre l'inventaire et l'état de l'actif a donné lieu, en 2016, à des corrections au bilan d'ouverture. Plus de 11 000 fiches d'actif immobilisé, d'une valeur nette comptable nulle et d'une valeur brute non significative (moins de 5 000 €) ont été sortis du bilan, avec un impact de - 7,16 M€ sur la valeur brute des actifs. L'établissement a également dissocié les terrains et les bâtiments, et imputé la totalité de ces derniers au compte c/2131 « Bâtiments ». L'ensemble de ces écritures a eu pour effet d'augmenter les capitaux propres de + 4,48 M€.

L'hôpital a poursuivi le travail de fiabilisation des comptes d'immobilisations en 2017, afin notamment d'appliquer l'amortissement par composants à la totalité des bâtiments (c/2131), et de corriger les durées d'amortissement des principales immobilisations, en cours d'amortissement et portées au compte c/2135 « Installations générales, agencements, aménagements des constructions ». Ce travail a, cette fois, eu un impact négatif sur les capitaux propres (c/106) à hauteur de - 3,6 M€.

---

<sup>27</sup> Circulaire DGS-5 B/DHOS-F2/MARTHE n° 2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Au 31 décembre 2017, les actifs immobilisés (c/20 et c/21) représentaient 187,43 M€. L'établissement en estime le taux de vétusté à respectivement, 56 % et 71,4 % pour les constructions et pour les installations techniques, matériel, outillage industriel et mobilier.

Durant la période sous revue, l'établissement a ainsi enregistré quelque 24,7 M€ de sorties d'actifs, en valeur brute, liés essentiellement aux travaux de fiabilisation des comptes. La cession de 1,9 M€ d'actifs bruts (1,16 M€ en valeur nette comptable) lui a permis de dégager 1,4 M€ de plus-value sur la période de 2012 à 2017. Les écritures de cession ont été régulièrement et correctement passées en comptabilité.

#### 4.4.2- Les amortissements des actifs immobilisés

Le principe de l'amortissement par composants, la nécessité de fixer des durées d'amortissement cohérentes avec la durée d'utilisation économique des différents éléments du patrimoine immobilisé et la pratique au *pro rata temporis*, sont rappelés dans l'instruction budgétaire et comptable M21 et dans le guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux du 16 septembre 2011.

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure pratiquait l'amortissement à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle de la mise en service de l'équipement, et des durées d'amortissement plus longues que celles prévues par l'instruction M21 (jusqu'à 90 ans pour certains bâtiments, 15 ans pour le matériel biomédical et jusqu'à 5 ans pour les équipements informatiques). La chambre a constaté que l'annexe dédiée F2 du compte financier ne comportait jusqu'en 2016 aucune information quant aux méthodes d'amortissement pratiquées pour les bâtiments ce que l'établissement a justifié par des durées assez hétérogènes.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'établissement a appliqué l'amortissement linéaire au *pro rata temporis*, à compter de la date de mise en service ou d'acquisition, conformément aux prescriptions en vigueur de l'instruction M21 (mise à jour du 1<sup>er</sup> janvier 2017). Il a, en outre, progressivement mis en œuvre l'amortissement par composants<sup>28</sup> y compris pour les dépenses de gros entretien.

L'instruction M21 a, en effet, réaffirmé le principe de cette modalité particulière d'amortissement - qu'il convient toutefois d'apprécier au cas par cas -, dès lors que la durée d'amortissement des éléments constitutifs d'un actif est significativement différente pour chacun des éléments, et que le composant représente une forte valeur unitaire. Dans le cas contraire, l'immobilisation reste un bien non décomposable.

De nouvelles durées d'amortissement, qui figurent à l'annexe PF1 du compte financier de 2016, ont été fixées par composants ; elles sont appliquées aux immobilisations venant à être mises en service, après décision du directeur.

Pour les bâtiments existants, cette approche s'est étalée sur les exercices 2016 (13,3 M€ d'actifs traités) et 2017 (21,07 M€ d'actifs traités). Les corrections d'erreurs et le changement de méthode comptable en matière d'amortissements ont été réalisés, dans le cadre de la certification des comptes, selon la procédure de correction dite « en situation nette »<sup>29</sup> prévue

<sup>28</sup> L'instruction M21 indique que si les éléments constitutifs d'un actif « ont chacun des utilisations différentes, chaque élément est comptabilisé séparément et un plan d'amortissement propre à chacun de ces éléments est retenu. Les éléments principaux d'immobilisations corporelles devant faire l'objet de remplacement à intervalles réguliers, ayant des utilisations différentes ou procurant un potentiel de service à l'établissement selon un rythme différent et nécessitant l'utilisation de taux ou de modes d'amortissement propres, doivent être comptabilisés séparément dès l'origine ou lors des remplacements ».

<sup>29</sup> Les établissements publics de santé corrigent « en situation nette » les erreurs commises au cours d'exercices antérieurs, c'est-à-dire au sein des passifs du haut de bilan plutôt qu'au compte de résultat de l'exercice au cours

par l'instruction budgétaire et comptable M21<sup>30</sup>, qui permet d'en neutraliser l'impact sur le résultat de l'exercice concerné. Ces opérations ont entraîné une diminution des capitaux propres de 8,27 M€ en 2016, et de 4,04 M€ en 2017.

Toutefois, l'ensemble des immobilisations n'a pas pu être traité de suite, ce qui a donné lieu à la réserve du commissaire aux comptes dans ses rapports de certification pour 2016 et 2017. Le coût d'une mise en œuvre immédiate de l'amortissement par composants avait été évalué :

- ♦ à 9 M€ à l'ouverture de l'exercice 2016 et à 9,1 M€ à la clôture, soit un résultat diminué de 0,1 M€ à la clôture 2016 ;
- ♦ à 3,2 M€ à l'ouverture de l'exercice 2017 et à 3,4 M€ à la clôture, soit un résultat diminué de 0,2 M€ à la clôture 2017.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnatrice en fonctions a indiqué que, finalement, la démarche avait pu être menée à son terme, ce qui devrait permettre au commissaire aux comptes de lever sa réserve pour l'exercice 2018.

#### 4.5- La fiabilité du passif

##### 4.5.1- Les provisions pour risques et charges

L'établissement a réduit de moitié le montant de ses provisions entre 2012 (14,24 M€) et 2014 (7,00 M€), pour les réévaluer ensuite, par l'effet de l'avancement des opérations de régularisation opérées dans le cadre de la fiabilisation des comptes ; elles ont atteint 9,48 M€ en 2017.

Plusieurs risques et charges identifiés par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure ont donné lieu à constitution de provisions, réajustées depuis 2014 :

- ♦ au compte 1511 pour les litiges pendants, concernant essentiellement les contentieux avec les agents, à hauteur de 0,23 M€ en 2017 ;
- ♦ au compte 158 en lien avec les validations de services qui peuvent être demandées par les agents (1,41 M€ en 2017), ainsi que pour l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), correspondant aux droits acquis des agents non titulaires concernés (0,45 M€ pour le personnel non médical et 0,13 M€ pour le personnel médical en 2017) ;
- ♦ au compte 1518 pour des litiges, impliquant notamment l'Assurance maladie, qui ont été dénoués.

Le travail de fiabilisation des comptes a également conduit à annuler des provisions, en procédure de correction d'erreur.

##### 4.5.2- Les provisions règlementées

Les provisions règlementées sont définies par l'instruction M21 comme étant « *des provisions qui ne correspondent pas à l'objet normal d'une provision. Elles sont comptabilisées en application de dispositions législatives ou réglementaires.* ». Les dotations aux provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations (compte 142) doivent provenir exclusivement des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement, destinées à lisser les surcoûts liés aux investissements nouveaux ; les dotations budgétaires en compensation des charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers doivent l'être en amont des investissements à réaliser.

---

duquel elles sont constatées. Une erreur d'un exercice antérieur est une omission ou une inexactitude des états financiers portant sur un ou plusieurs exercices antérieurs et qui résultent de la non utilisation ou de l'utilisation abusive d'informations fiables. Parmi ces erreurs figurent les effets d'erreurs de calcul, les erreurs dans l'application des méthodes comptables, des négligences, des mauvaises interprétations, des faits et des fraudes.

<sup>30</sup> Au Tome 2, chapitre 10, §1.1.

Dans le cadre de la certification des comptes, l'établissement a procédé à la régularisation de l'ensemble des provisions constituées jusqu'alors (6,09 M€ au 31 décembre 2013), considérées comme des dotations en lieu et place de subventions, et enregistrées en conséquence, à tort, en provisions réglementées :

- ♦ le solde des provisions existant au 31 décembre 2013, de 5,19 M€, a été régularisé sur l'exercice 2014 ;
- ♦ les dotations en provisions réalisées jusqu'en 2014, qui concernaient les travaux pour la psychiatrie et la dialyse, ont fait l'objet de reprises au compte de résultat jusqu'en 2014, puis ont été soldées par correction d'erreur en 2015 (- 0,9 M€) au titre des régularisations opérées.

Depuis 2015, en l'absence de dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide aux investissements futurs, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure n'enregistre plus de provisions au compte 14.

#### 4.5.3- Les provisions pour comptes épargne-temps (CET)

Selon les prescriptions du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 modifié<sup>31</sup>, précisées par l'arrêté du 17 avril 2014<sup>32</sup>, l'établissement doit constater une provision pour chaque jour épargné sur les comptes épargne temps des agents, valorisée en fonction d'un montant forfaitaire correspondant à la catégorie statutaire, et majorée des cotisations patronales en vigueur.

Le montant de la provision constituée par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, après avoir diminué entre 2012 (2,97 M€) et 2013 (2,33 M€), a fortement progressé depuis lors pour atteindre 7,25 M€ en 2017. Cette vive croissance (+ 87,6 %) a résulté des régularisations, menées dans le cadre des travaux de fiabilisation des comptes en procédure de correction d'erreur en situation nette, visant à couvrir la totalité des jours inscrits sur les comptes épargne temps des agents, et à solder les écarts constatés sur les compteurs pour les années antérieures.

Elle résulte également de l'augmentation du stock de jours épargnés, passé de 39 631 jours en 2012 à 51 268 jours en 2017, soit + 29,4 %. En la matière d'ailleurs, l'agence régionale de santé, au vu de l'analyse des bilans sociaux de 2016 des établissements de son ressort, a noté que les personnels non médicaux du centre hospitalier de Moulins-Yzeure disposaient, en moyenne, de 17,4 jours sur leur compte épargne temps (9,9 en 2013), alors que cette moyenne se situait à 5,9 jours au plan régional.

Le taux de provisionnement, respectivement de 58 % et de 29 % pour les personnels médicaux et pour les personnels non médicaux, est passé à 100 % pour les premiers en 2015 pour les seconds en 2017.

À l'examen, il est apparu que les tableaux des provisions, figurant à l'état IC1 du compte financier, n'indiquaient ni le nombre de jours provisionnés pour les exercices 2012 à 2015, ni la distinction entre personnel médical et personnel non médical pour les exercices 2012 et 2014, les données n'y ayant été détaillées qu'à compter de l'année 2016. Par ailleurs, les informations relatives aux stocks de jours épargnés, transmises par l'établissement en cours de contrôle, divergent de celles insérées aux bilans sociaux pour les années 2012 à 2016. Les écarts observés proviendraient, selon l'ordonnateur, de la prise en compte dans les données

<sup>31</sup> Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière modifié par le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012.

<sup>32</sup> Arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière.

définitives du droit d'option des agents<sup>33</sup> qui peut être exercé jusqu'au 31 mars de l'année N+1 (entre le maintien sur le CET, le paiement forfaitaire ou le versement sur le compte de retraite additionnelle).

L'établissement détermine le niveau de la provision à constituer, au 31 décembre de l'année, sur la base du stock des jours inscrits sur les comptes épargne temps augmenté du solde de jours de congés annuels, dans la limite de cinq jours, du solde des jours de réduction de temps de travail (RTT), mais aussi et sans limitation du nombre de jours correspondant aux compteurs d'heures supplémentaires.

Au surplus, la fraction de jours restant en solde pour une année, et dépassant le plafond réglementaire de 10 jours pour les agents ayant un compteur pérenne supérieur à 20 jours, est également prise en compte pour la détermination du montant de la provision à constituer, l'établissement considérant devoir le faire par prudence jusqu'à la date limite d'exercice du droit d'option.

La direction des ressources humaines effectue ensuite un contrôle de cohérence, entre l'estimation réalisée au 31 décembre et le solde des comptes épargne temps des agents ressortant après le 31 mars, puis rend compte auprès de la direction des affaires financières pour correction des provisions.

La chambre rappelle que les heures supplémentaires, en ce qu'elles constituent un élément de la rémunération, doivent suivre à ce titre les mêmes modalités d'enregistrement comptable que le traitement principal, donnant lieu à comptabilisation d'une charge à payer (c/4286), principe que semble avoir respecté l'établissement au cas particulier (0,10 M€ en 2017 et 0,19 M€ en 2012).

Ces heures supplémentaires peuvent aussi, lorsqu'elles n'ont été ni récupérées, ni rémunérées, être converties en jours et venir abonder le compte épargne temps de l'agent, participant par suite au calcul de la provision y afférente. Mais pour ce faire, l'accord de l'agent doit avoir été recueilli au préalable, et ce avant la fin de l'exercice, conformément à la procédure réglementaire en traitant spécifiquement (note de service et traçabilité du traitement de la demande de l'agent)<sup>34</sup>. Or, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure n'a pas organisé de semblable procédure pour autant, il intègre mécaniquement le solde des heures supplémentaires ressortant au 31 décembre dans les modalités de calcul de la provision pour compte épargne temps.

Certes la méthode employée pour le calcul de la provision est renseignée à l'annexe au compte financier, mais le centre hospitalier de Moulins-Yzeure n'en a pas moins méconnu les dispositions du décret du 3 mai 2002 précité, qui prévoient que seuls les jours épargnés, à la demande des agents, sur leurs comptes épargne temps à la clôture de l'exercice, donnent lieu à constitution d'une provision.

En outre, en inscrivant des charges à payer au titre des heures supplémentaires, tout en incluant dans la provision, pour la totalité du solde, les mêmes heures consenties en jours versés sur les comptes épargne temps, l'établissement les prend en compte doublement.

En conséquence, la chambre invite l'établissement à modifier ses pratiques, dans le strict respect du cadre réglementaire afférent, de sorte de distinguer les heures supplémentaires

---

<sup>33</sup> L'agent dispose d'un droit d'option, selon certaines conditions, pour le maintien total de ses jours sans limite sur le CET, le paiement forfaitaire de ses jours ou le versement des jours sur le compte de la retraite additionnelle de la fonction publique pour les agents titulaires. Ce droit d'option est proposé tous les ans avant le 31 mars pour les agents disposant de plus de 20 jours sur un CET historique.

<sup>34</sup> Évolution des tomes 1 à 3 de l'instruction M21 au 1<sup>er</sup> janvier 2017, Tome 1, compte 15, page 16 ; Fiche n° 18 « les passifs sociaux dans les EPS, DGFIP-DGOS, février 2017.

devant donner lieu en fin d'année à l'enregistrement d'une charge à payer, de celles qui sont converties, à la demande expresse des agents, en jours venant alimenter les comptes épargne temps et devant être prises en considération pour établir le montant de la provision à constituer.

#### 4.6- La fiabilité des créances d'exploitation

Au cours de la période sous revue, le montant des restes à recouvrer a atteint en moyenne de l'ordre de 9,95 % de l'ensemble des produits courants consolidés. Ils se rapportent pour une large part à des titres émis en décembre, ou durant la journée complémentaire, pour des séjours enregistrés au cours des deux derniers mois de l'année. Au 31 décembre 2017, 85 % des restes à recouvrer concernaient ainsi l'Assurance maladie pour un montant de 8,96 M€, et l'ensemble des autres organismes pratiquant le tiers payant pour 2,06 M€. Les créances relevant de procédures contentieuses représentaient 5,1 % des 12,98 M€ de restes à recouvrer (soit 0,63 M€), dont 84,5 % au titre des hospitalisés et consultants.

Sur l'ensemble de la période sous revue, le taux des restes à recouvrer en procédures contentieuses n'a pas excédé le seuil de 3 % habituellement admis comme n'emportant pas d'enjeux financiers significatifs, plafonnant à 0,47 % des produits consolidés du centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

L'établissement a accentué sur la période l'attention portée aux titres en souffrance, procédant plus régulièrement et rigoureusement à l'admission en non-valeur des créances devenues irrécouvrables (0,43 M€ en 2017 contre 0,06 M€ en 2012), dont il assure l'apurement des prises en charge (au c/4152) en conformité avec la réglementation. Il ne dispose toutefois pas de plan pluriannuel d'admission en non-valeur, effectuant l'analyse des risques liés aux difficultés de recouvrement au coup par coup. Malgré l'absence de convention conclue avec le comptable public quant aux modalités particulières de recouvrement, un seuil minimum d'engagement des poursuites de 5 € est appliqué aux créances impayées et les services se rencontrent régulièrement.

Le délai moyen de recouvrement des créances envers les patients hospitalisés et consultants, ou les mutuelles, s'est établi durant la période de 2012 à 2016 dans une fourchette plutôt haute, de 90 à 120 jours.

Par ailleurs, en application de l'instruction M21, les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à la constitution d'une provision pour dépréciation, qui peut être évaluée sur la base d'une méthode statistique (qui ne doit pas cependant conduire à en minorer le niveau). En 2014 et 2015, dans le cadre des travaux de fiabilisation de ses comptes, l'établissement a procédé à la révision et à diverses régularisations des comptes de dépréciations, en utilisant la procédure de correction d'erreur en situation nette, sans pour autant en avoir expliqué les motifs dans les annexes des comptes financiers. Interrogé sur ce point, l'établissement a indiqué avoir retenu, pour l'exercice 2014, une méthode consistant à fixer le montant de la dépréciation au niveau de l'ensemble des créances non recouvrées se rapportant aux années antérieures à 2011. Cette provision s'étant avérée insuffisante, une correction au bilan de + 0,8 M€ a été comptabilisée.

Depuis 2015, l'établissement a revu ses méthodes de provisionnement des dépréciations et formalisé sa procédure. La provision est dorénavant calculée au 31 décembre de l'année N en additionnant 25 % des restes à recouvrer de l'année N-1, 50 % de ceux de N-2, 75 % de ceux de N-3 et 100 % des restes à recouvrer plus anciens. Elle fait donc l'objet d'ajustements comptables (dotation ou reprise) chaque année, par budget, sur la base de l'état des restes à recouvrer établi au 31 décembre. Cette procédure est décrite en annexe du compte financier 2016. Par application de ces principes d'évaluation, la provision constituée en 2015 s'est

révélée supérieure au risque ainsi calculé ; l'établissement a alors procédé à une correction en situation nette à hauteur de - 0,2 M€ sur l'exercice 2015.

En retenant les mêmes méthodes que celles adoptées depuis 2015 par l'établissement, la chambre a constaté pour les exercices 2016 et 2017 que le montant de la provision pour dépréciation, à savoir 672 050 € en 2016 et 634 855 € en 2017, couvre effectivement l'ensemble du risque porté par les créances contentieuses, identifiées comme telles en comptabilité pour 670 274 € en 2016 et 630 717 € en 2017. Mais, au regard du montant des pertes sur créances irrécouvrables (396 340 € en 2016 et 428 306 € en 2017), il paraît excéder très nettement le niveau du risque réel. Pour illustration, la même méthode de calcul appliquée aux données de 2013 aurait conduit à un provisionnement à hauteur de 135 % des créances contentieuses et de 638 % des pertes sur créances irrécouvrables constatées en 2014.

En conséquence, et sans douter de la pertinence du principe d'une méthode statistique retenue pour l'évaluation des dépréciations, parfaitement autorisé par l'instruction budgétaire et comptable M21, la chambre recommande à l'établissement de revoir ses modalités pratiques de mise en œuvre, en concertation avec le comptable, afin d'aboutir à une estimation plus précise du montant de la dépréciation des créances au regard de l'appréciation des risques réels d'irrécouvrabilité susceptibles de conduire, in fine, à l'admission en non-valeur des titres en souffrance. L'ordonnatrice en fonctions envisage d'examiner cette recommandation pour l'exercice 2019.

Mais il ne s'agit pas, en tout état de cause et à l'estime de la chambre, d'ignorer une tendance à la dégradation que révèle l'augmentation du montant des admissions en non-valeur, de 0,06 M€ en 2012 à 0,43 M€ en 2017, qui atteste d'un risque accru de pertes susceptible d'être accentué, dans le cas particulier de l'hôpital de Moulins-Yzeure, par un délai moyen de recouvrement de près de quatre mois, tant auprès des patients hospitalisés et consultants, que des mutuelles.

Par ailleurs, la chambre a constaté que les titres annulés (compte c/673) ne comportaient pas systématiquement le motif justifiant l'annulation ou la réduction ; ainsi en particulier :

- ♦ pour le budget annexe USLD, des mandats correctifs de l'exercice 2013 pour 25 804,55 € et de l'exercice 2015 pour 35 961,28 € ;
- ♦ pour le budget annexe EHPAD, des mandats correctifs de l'exercice 2012 pour 56 453,26 € et de l'exercice 2015 pour 54 372,69 €.

La chambre invite fortement l'ordonnateur à respecter en la matière les prescriptions résultant de l'annexe 1 à l'article D. 1617-19 du CGCT, en sa version issue du décret n° 2007-450 du 25 mars 2007<sup>35</sup> applicable aux établissements publics de santé (notamment la rubrique 142), qui impose de produire, à l'appui des mandats d'annulation de titres, un état précisant la nature de l'erreur commise.

---

<sup>35</sup> Remplacé par le décret n° 2016-33 du 20 janvier 2016, rubrique 132.

Tableau 7 : Restes à recouvrer au 31 décembre

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Restes à recouvrer amiables (a)	16 849 501	11 349 187	14 675 888	13 106 363	11 046 528	12 336 967
Restes à recouvrer contentieux (b)	468 384	548 275	479 156	462 471	670 274	630 717
<b>Restes à recouvrer amiable et contentieux (c= a+b)</b>	<b>17 317 885</b>	<b>11 897 462</b>	<b>15 155 044</b>	<b>13 568 834</b>	<b>11 716 802</b>	<b>12 967 685</b>
Produits courants de fonctionnement (hors subventions et production immobilisées) consolidés (d) titre 2 (sauf 735) et titre 3 BA	134 166 078	134 874 151	140 789 531	140 404 700	141 951 700	140 047 565
<i>Taux de restes à recouvrer</i>	<i>12,91%</i>	<i>8,82%</i>	<i>10,76%</i>	<i>9,66%</i>	<i>8,25%</i>	<i>9,26%</i>
<i>Taux de restes à recouvrer contentieux</i>	<i>0,35%</i>	<i>0,41%</i>	<i>0,34%</i>	<i>0,33%</i>	<i>0,47%</i>	<i>0,45%</i>
<b>Dépréciation des comptes de redevables</b>	<b>151 802</b>	<b>145 207</b>	<b>948 417</b>	<b>842 475</b>	<b>739 864</b>	<b>738 412</b>
<i>Taux de provisionnement des restes à recouvrer</i>	<i>0,88%</i>	<i>1,22%</i>	<i>6,26%</i>	<i>6,21%</i>	<i>6,31%</i>	<i>5,69%</i>
<i>Taux de provisionnement des restes à recouvrer contentieux (f/b)</i>	<i>32,41%</i>	<i>26,48%</i>	<i>197,93%</i>	<i>182,17%</i>	<i>110,38%</i>	<i>117,07%</i>
<b>Créances irrécouvrables</b>	<b>56 738</b>	<b>68 140</b>	<b>115 874</b>	<b>289 001</b>	<b>396 340</b>	<b>428 306</b>
<i>Provisions pour dépréciations/créances irrécouvrables</i>	<i>267,55%</i>	<i>213,10%</i>	<i>818,49%</i>	<i>291,51%</i>	<i>186,67%</i>	<i>172,40%</i>

Source : CRC

#### 4.7- Les opérations de dépenses et de recettes à classer, ou à régulariser

Au cours de la période sous revue, le taux de dépenses à classer ou à régulariser est resté, à l'exception de l'année 2012, inférieur au seuil d'alerte habituellement admis de 0,2 %.

À l'inverse, le taux de recettes à classer ou à régulariser a été toujours supérieur à 0,35 %, sauf en 2015. Le comptable a indiqué avoir dédié, à compter de 2013, un agent de la trésorerie à l'apurement des comptes d'imputation provisoire, ce qui a permis de réduire le taux de 0,76 % en 2012 à 0,07 % en 2015. Mais depuis 2016, en raison de difficultés rencontrées par le poste comptable, certaines écritures jugées moins urgentes ont pu être mises en suspens, expliquant ainsi la hausse du taux des recettes à classer ou régulariser, soit 0,45 % en 2017 pour un montant de 0,69 M€.

La chambre rappelle à l'établissement qu'en application de l'instruction budgétaire et comptable M21, les comptes d'imputation transitoire ou d'attente du chapitre 47 doivent être apurés, aussitôt connue et déterminée l'imputation certaine ou définitive pour les opérations y ayant été inscrites dans un premier temps. Elle invite en conséquence l'établissement à respecter ces principes de comptabilisation, en vue de réduire le taux des recettes à classer ou à régulariser ressortant en fin d'exercice.

#### 4.8- Les opérations pour le compte de tiers

L'exercice de l'activité libérale par un médecin hospitalier est encadré par les articles L. 6154 et R. 6154 du code de la santé publique ; il doit faire l'objet d'un contrat passé avec l'établissement, approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé. Le praticien peut choisir, librement, entre le recouvrement direct de ses honoraires ou leur recouvrement par la trésorerie de l'établissement.

Lorsque le praticien perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration, les sommes encaissées par le régisseur de l'hôpital sont reversées au comptable public, qui les enregistre dans le compte individuel du praticien. En cas de paiement différé, l'établissement émet une facture à l'encontre de la caisse d'Assurance maladie pour la part prise en charge, et établit un avis de recouvrement à l'encontre du patient pour la part restant à sa charge. Seules les sommes effectivement perçues directement ou de manière différée, notamment par remboursement de l'Assurance maladie, peuvent être reversées au praticien, mensuellement, déduction faite de la redevance prévue au contrat prélevée trimestriellement<sup>36</sup>. La fiche n° 34, insérée en annexe de l'instruction M21, décrit la procédure comptable à respecter et réserve, à cet effet, des comptes spécifiques.

Durant la période sous revue, de 11 à 13 praticiens ont exercé selon les années une activité libérale au centre hospitalier de Moulins-Yzeure (cf. 7.7.3- ci-dessous). Entre 2012 et 2017, sept d'entre eux ont confié le recouvrement de leurs honoraires à l'hôpital ; depuis juin 2017, tous les praticiens sont passés à l'encaissement direct.

À l'examen de la balance réglementaire des comptes du grand livre, la chambre a relevé que les comptes dédiés (c/4583 « Activité libérale- Redevables » et c/4584 « Activité libérale-Praticiens ») n'avaient fait l'objet d'aucun mouvement entre 2012 et 2017. Le comptable a confirmé qu'en l'absence d'avis de recouvrement de la part de l'établissement, les ordres de paiement au praticien ont été enregistrés au compte provisoire c/4728 (dépenses à régulariser) puis qu'après encaissement des honoraires, le compte provisoire c/4718 (recettes à régulariser) a été mouvementé ; en parallèle, le compte du praticien c/4245 a été dûment débité et crédité pour apurement des comptes provisoires.

La procédure comptable prévue par l'instruction M21 a ainsi été mise en échec. Outre la question du respect de la réglementation en vigueur, la pratique du centre hospitalier s'est traduite par un reversement des honoraires réalisé sur la base de la valorisation des actes et consultations pratiquées, sans attendre ni les remboursements effectifs de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires, ni les paiements différés effectués par les patients.

Sur un strict plan comptable, ces opérations ne devant pas *a priori* avoir d'impact sur le solde d'exécution budgétaire, ni sur le résultat de l'établissement, devaient apparaître clairement parmi les « opérations pour le compte de tiers » (c/458). En outre, la pratique de l'hôpital aboutit, de fait, à consentir des avances de trésorerie aux praticiens ; elle est bien évidemment irrégulière, nonobstant la circonstance que l'ordonnateur lui accorde l'avantage de simplifier la gestion des honoraires, au regard des décalages observés avec le recouvrement final des créances, auprès des patients ou des caisses d'assurance maladie et mutuelles.

En l'absence de suivi précis et permanent de l'activité libérale par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, la chambre s'est appuyée sur les états de développement des soldes du compte d'imputation provisoire c/4728 pour évaluer le montant de l'avance de trésorerie ainsi consentie par l'établissement à ses praticiens exerçant une activité libérale : chiffrées à 414 270 € en 2012, lesdites avances ont reculé à 27 106 € en 2016.

En outre, ainsi que n'avait pas manqué de le relever le rapport d'audit du poste comptable réalisé en juin 2016, le total des sommes effectivement perçues par l'établissement au titre de l'activité libérale des praticiens n'a jamais couvert complètement le montant des avances accordées irrégulièrement. De fait, compte-tenu des difficultés qui peuvent apparaître dans la chaîne de facturation et des éventuels contentieux, une part de la valorisation des actes et consultations externes n'aboutit jamais à paiement.

---

<sup>36</sup> Article R. 6154-3 du code de la santé publique.

Ce n'est que dans le courant de l'année 2015, que le receveur hospitalier a sollicité l'établissement pour qu'il soit mis fin à la pratique tout autant irrégulière que coûteuse. Le montant total des sommes non reversées a été apprécié à 153 853 € (91 895 € au titre de l'activité libérale et 61 957 € au titre de la redevance). En outre, aucune action de recouvrement ne pouvait être mise en œuvre en l'absence d'émission, par l'ordonnateur, de titres de recettes exécutoires. Néanmoins, un dispositif de recouvrement dit amiable, assorti d'un échelonnement, a été instauré de 2015 à 2018, en lien avec l'ordonnateur, en vue de récupérer les sommes indûment versées au bénéfice des praticiens concernés.

Au 31 décembre 2018, les trop-perçus n'avaient pas encore été remboursés en totalité. La chambre invite l'établissement à régulariser rapidement cette situation.

Les irrégularités constatées révèlent les défaillances dans le suivi et le pilotage de l'activité libérale par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure. Le comptable, à l'origine de la détection et de la révélation des pratiques de l'hôpital, en 2015, avant d'engager le recouvrement des créances ainsi détenues à l'encontre des praticiens, a été le seul en mesure de fournir à la chambre les éléments nécessaires à l'instruction du contrôle en la matière.

En outre, l'absence d'informations sur l'activité libérale, devant être insérées au rapport financier en tant qu'opérations réalisées pour le compte de tiers, n'a pas permis d'en restituer au conseil de surveillance une vision agrégée et de mesurer les variations de trésorerie induites, comme le préconise la Direction générale des finances publiques<sup>37</sup>.

La chambre recommande en conséquence à l'établissement de santé d'organiser un meilleur suivi des opérations pour compte de tiers dans le respect des procédures prévues par l'instruction budgétaire et comptable M21, s'agissant notamment de celles afférentes à l'activité libérale des praticiens. Elle invite également l'ordonnateur à en rendre compte, en renseignant correctement, complètement et avec rigueur les annexes obligatoires du compte financier prévues à cette fin.

**Tableau 8 : Chiffre d'affaires et redevance de l'activité libérale**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Chiffre d'affaires global	632 304	761 947	821 223	752 089	744 013	824 609
<i>Dont par l'intermédiaire du CH</i>	<i>397 457</i>	<i>399 081</i>	<i>522 766</i>	<i>342 575</i>	<i>235 759</i>	<i>106 407</i>
Redevance TTC	125 621	146 744	126 002	115 909	117 329	120 929
<i>Dont par l'intermédiaire du CH</i>	<i>64 406</i>	<i>64 877</i>	<i>76 105</i>	<i>43 315</i>	<i>25 091</i>	<i>11 577</i>

Source : Établissement

#### 4.9- Conclusion sur la fiabilité des comptes

Au cours de la période sous revue, l'activité du centre hospitalier de Moulins-Yzeure a fait l'objet d'un suivi dans les différentes composantes budgétaires, du budget principal et de plusieurs budgets annexes. Les discordances, qu'il incombe à l'ordonnateur de faire corriger, entre numéros FINESS et SIRET permettant d'identifier les différentes activités, nuisent à la bonne qualité de l'information financière. En outre, alors que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) que gère l'établissement sur le site d'Yzeure et celui de Moulins sont nettement différenciées, leurs budgets sont fondus à tort, sans distinction, dans un budget annexe unique.

Engagé dans un travail de fiabilisation dès 2013, qui a nécessité des écritures de régularisation selon la procédure de correction en « situation nette » visant à neutraliser les effets induits sur le résultat de l'exercice, l'établissement a vu ses comptes certifiés par le commissaire aux comptes, et ce depuis les exercices 2016 et 2017.

<sup>37</sup> DGFIP, opérations compte de tiers.

Des ajustements et améliorations s'avèrent toutefois encore nécessaires, en termes de fiabilisation comptable, notamment en matière de constitution des provisions pour comptes épargne temps et pour dépréciation des créances de redevables.

## **5- LA SITUATION FINANCIERE**

Les chambres régionales des comptes utilisent un outil d'analyse financière dont la démarche diffère quelque peu de celle retenue par le logiciel IDAHO utilisé par le réseau des receveurs hospitaliers. Les observations et appréciations, formulées dans la suite des développements, s'appuient sur cet outil tout en faisant référence, à chaque fois que nécessaire, aux indicateurs IDAHO que connaissent bien les établissements publics de santé.

### **5.1- Un déséquilibre d'exploitation qui s'accroît**

#### 5.1.1- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2018

En application des dispositions de l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé a conclu, le 10 mai 2013, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le centre hospitalier de Moulins-Yzeure pour une durée de cinq ans, qui devait notamment permettre, avec le soutien financier de l'agence, la mise en œuvre du projet « Hôpital de demain », repensé dans la perspective d'une stratégie élargie au territoire de la communauté hospitalière de territoire du Bourbonnais. Des revues annuelles du contrat d'objectifs ont été effectuées en 2014 et 2015.

Dans le cadre du plan d'économie national - dit « Plan triennal 2015-2017 » - visant à réduire le taux de progression de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM), l'établissement s'était notamment engagé à :

- ♦ développer la fonction achats dans un objectif d'obtenir 2 M€ de gains d'achats ;
- ♦ contenir la masse salariale en-deçà de 100,25 M€ (hors évolutions statutaires nouvelles ou augmentation du point d'indice) ;
- ♦ améliorer la supervision financière pour atteindre un taux de marge brute non aidée de 7%, porté à 8 %<sup>38</sup> dans le cadre de l'examen du projet « Hôpital de demain » par le Copermo ;
- ♦ prendre le virage ambulatoire en adaptant les organisations et en réduisant les capacités d'hospitalisation ;
- ♦ améliorer les durées moyennes de séjour et les taux d'occupation en court séjour.

Enfin, afin d'assurer la soutenabilité financière du projet « Hôpital de demain », le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a défini, en 2017, un plan interne de performance visant à renforcer ces objectifs, ensuite déclinés dans les contrats avec les pôles cliniques et médicotechniques signés la même année.

Dans le courant 2018, et en méconnaissance de l'article L. 6114-1 précité, l'agence régionale de santé et le centre hospitalier de Moulins-Yzeure n'avaient pas encore engagé de négociations en vue de l'établissement d'un contrat d'objectifs et de moyens pour la période postérieure au précédent contrat (venu à terme en 2018).

Plusieurs actions ont cependant d'ores et déjà été engagées par l'établissement, telles la suppression de lits d'hospitalisation, la maîtrise des dépenses de personnel, la pertinence et

---

<sup>38</sup> Objectif de référence issu du rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF) de mars 2013 puis repris par le Copermo depuis, pour permettre aux établissements de financer leur investissement.

l'efficacité des soins, dans l'objectif de réduire le déficit annuel de 1,4 M€ pour les exercices 2018 et 2019, et d'augmenter le taux de marge brute d'au minimum 1 % chaque année - condition indispensable pour obtenir une décision de financement favorable pour le projet « Hôpital de demain » -.

#### 5.1.2- Le résultat comptable consolidé

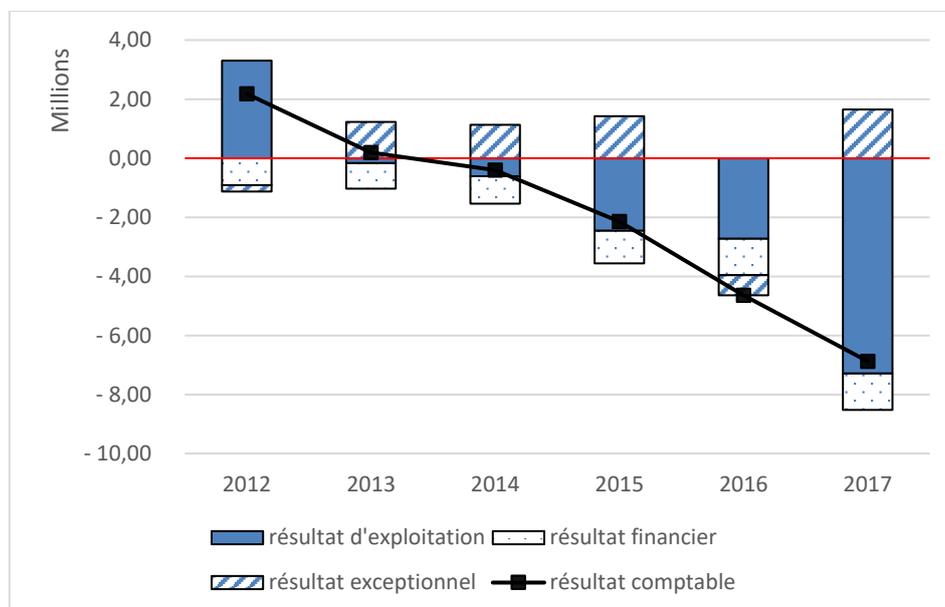
Le résultat net comptable consolidé du centre hospitalier de Moulins-Yzeure est passé d'un excédent de 2,18 M€ en 2012 à un déficit de - 6,88 M€ en 2017, soit une dégradation de 9,06 M€ sur la période, portée presque exclusivement par le budget principal (- 7,57 M€).

Cette évolution provient essentiellement de la faible progression des produits d'exploitation (+ 1,5 % en moyenne annuelle), passant de 142,86 M€ en 2012 à 154,10 M€ en 2017, conjuguée à une augmentation deux fois plus dynamique (+ 3,0 % en moyenne annuelle) des charges d'exploitation, de 139,55 M€ à 161,39 M€ sur la même période. Dès 2013, les dépenses ont excédé les recettes.

Le résultat net comptable de 2013 (0,19 M€) est resté excédentaire en raison des reprises de provisions (2,9 M€), et les déficits constatés en 2014 (- 0,41 M€) et 2015 (- 2,15 M€) ont été limités par des produits de cessions d'immobilisations. Ne bénéficiant plus de ces produits exceptionnels, le déficit s'est ensuite accentué pour atteindre - 6,88 M€ en 2017. Couplés aux aides financières exceptionnelles accordées par l'agence régionale de santé, ces éléments variables purement conjoncturels ont masqué un déficit structurel nettement plus important, et ce dès 2013 (- 9,07 M€ en 2017).

En conséquence, avec un report à nouveau déficitaire qui s'est accentué, les fonds propres de l'établissement se sont tassés de 17,1 M€, soit une diminution de 45 %, et ce malgré les apports en capital (y compris les aides de l'agence régionale de santé au fonds de roulement) de 6,67 M€ sur la période (20,97 M€ en 2017 contre 38,07 M€ en 2012).

**Figure 3 : Évolution du résultat comptable consolidé**



Source : CRC d'après les comptes financiers

**Tableau 9 : Soldes intermédiaires de gestion, budget consolidé**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits d'exploitation	135,84	135,25	142,44	143,74	145,38	144,74
Valeur ajoutée	105,47	103,33	106,73	107,11	107,36	107,11
Résultat économique brut	6,40	0,15	1,15	0,68	0,65	-0,80
Marge brute d'exploitation	9,09	3,51	5,34	3,77	3,84	2,23
Capacité d'autofinancement brute	8,27	2,73	4,45	3,30	1,42	2,00
<b>Résultat net comptable</b>	<b>2,18</b>	<b>0,19</b>	<b>-0,41</b>	<b>-2,15</b>	<b>-4,65</b>	<b>-6,88</b>

Source : CRC

**Tableau 10 : Résultat structurel**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Résultat net comptable	2 178 477	193 961	-406 586	-2 145 878	-4 645 456	-6 877 796
- aides exceptionnelles ARS (Soutien financier)		644 901	344 901	344 901	344 901	547 629
- résultat exceptionnel	-213 705	1 224 141	1 132 858	1 419 611	-681 938	1 644 690
<b>Résultat structurel</b>	<b>2 392 182</b>	<b>-1 675 081</b>	<b>-1 884 345</b>	<b>-3 910 389</b>	<b>-4 308 419</b>	<b>-9 070 116</b>

Source : CRC

### 5.1.3- La neutralisation des dépenses de pharmacie remboursées

S'agissant des achats de pharmacie, les établissements bénéficient pour les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, ainsi que pour ceux qui sont sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU), d'un remboursement intégral en application des articles L. 162-22-7 et L. 162-16-5-2 du code de la Sécurité sociale.

L'article L. 5126-4 du code de la santé publique (CSP) autorise, par ailleurs, les centres hospitaliers à vendre au public certains médicaments, dont la liste est fixée par le ministre de la santé, qui présentent des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou qui nécessitent un suivi de la prescription ou de la délivrance. De tels médicaments sont remboursés aux établissements sur la base des prix de cession pratiqués auprès du public (article R. 5126-110 du CSP).

Au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, les recettes provenant de ces médicaments, rétrocédés et remboursés, ont fortement augmenté sur la période, passant de 5,34 M€ en 2012 à 8,90 M€ en 2017, du fait surtout de l'arrivée de nouvelles molécules (notamment en chimiothérapie), et de l'activité de cardiologie (sondes, moniteurs, stimulateurs, systèmes de télésurveillance, poses de prothèses).

Il a été relevé cependant que la direction des finances de l'établissement ne suivait pas avec précision la consommation de ces produits ; les données communiquées par la pharmacie, à l'issue du contrôle sur place, se sont ainsi révélées en décalage avec les dépenses constatées.

Ces achats, presque intégralement remboursés, n'ont cependant qu'une incidence modeste sur les budgets hospitaliers, correspondant à la marge, généralement faible dégagée entre prix d'achat et montant du remboursement perçu. En conséquence, pour les besoins de l'analyse financière, la chambre a pris en compte un volume d'achats équivalent à la recette, et a procédé à leur neutralisation dans son appréciation des soldes intermédiaires de gestion.

**Tableau 11 : Flux financiers de pharmacie à neutraliser**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cession et rétrocession de médicaments	2 049 014	1 108 405	1 864 409	2 181 615	2 645 174	2 729 850
Produits des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus	3 292 428	3 842 579	4 964 021	5 255 631	5 355 432	6 168 791

Source : Comptes financiers

#### 5.1.4- Les produits d'exploitation

Hors pharmacie rétrocédée et remboursée, les produits d'exploitation consolidés du centre hospitalier de Moulin-Yzeure ont progressé, en moyenne annuelle, de 0,8 % de 2012 (130,50 M€) à 2017 (135,84 M€), cette dernière année étant en déclin par rapport à 2016 (137,38 M€).

Les seuls produits retirés de l'activité hospitalière et des subventions d'exploitation reçues en contrepartie d'activité ont représenté 86 % de l'ensemble des produits d'exploitation.

**Tableau 12 : Produits d'exploitation, budget consolidé**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produit de l'activité hospitalière hors recettes MO et DMI remboursés (dont MIGAC)	110,62	107,80	113,15	113,65	114,19	112,94
Dotations et produits tarification des budgets annexes	13,31	13,27	13,60	13,92	13,79	13,82
Produits annexes	5,35	5,09	5,08	5,09	5,22	5,09
Prestations services, tx, études divers	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,00
Subventions d'exploitation en contrepartie d'activité (FIR)	1,21	4,03	3,61	3,51	4,06	3,91
Production immobilisée	-	0,11	0,15	0,13	0,12	0,08
<b>Produit d'exploitation</b>	<b>130,50</b>	<b>130,30</b>	<b>135,62</b>	<b>136,30</b>	<b>137,38</b>	<b>135,84</b>

Source : CRC

#### 5.1.4.1- Les produits de l'activité hospitalière

Durant la période sous revue, le montant des produits de l'activité hospitalière a connu une hausse modérée de 2,1 %, passant de 110,62 M€ en 2012 à 112,94 M€ en 2017, malgré une baisse sensible des dotations au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC, - 2,67 M€).

Les produits de la tarification à l'activité, après avoir progressé en moyenne annuelle de 1,3 % entre 2012 (55,64 M€) et 2016 (58,53 M€), se sont rétractés en 2017 (57,45 M€), en lien avec la baisse d'activité constatée. Ils auront malgré tout progressé, au total, de 1,81 M€ sur la période et, ajoutés aux forfaits pour les urgences (+ 0,45 M€), auront en grande partie compensé la baisse des financements reçus au titre des MIGAC.

Les recettes tirées des consultations externes, en forte hausse (+ 1,15 M€, soit 27,4 %), ont permis au final la croissance des produits à la charge de l'Assurance maladie (+ 1,27 M€, soit 1,2 %). Elles ont représenté près de la moitié de l'évolution des produits de l'activité hospitalière (49,8 %).

Participant à hauteur d'un tiers (+ 0,77 M€) à la progression de l'ensemble des produits de l'activité, les produits à la charge des patients et des assurances complémentaires de santé ont également connu une augmentation sensible, évoluant de 4,20 M€ en 2012 à 5,36 M€ en 2017. Ils ont bénéficié, alors même que le nombre de journées a diminué, de l'augmentation des tarifs journaliers de prestation (TJP), servant de base au calcul pour le ticket modérateur, et arrêtés chaque année par le directeur de l'agence régionale de santé sur proposition de l'établissement (10 % en 2013).

Tableau 13 : Produits de l'activité hospitalière

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Produits de la tarification à l'activité (a) hors remboursement MO et DMI</b>	<b>55,64</b>	<b>55,43</b>	<b>57,99</b>	<b>58,08</b>	<b>58,53</b>	<b>57,45</b>
<b>Produits forfaitaires (b)</b>	<b>41,57</b>	<b>38,81</b>	<b>40,38</b>	<b>39,88</b>	<b>39,70</b>	<b>39,42</b>
<i>Dont forfait urgences, prélèvements et transplantations</i>	1,96	1,96	1,96	1,96	2,31	2,41
<i>Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)</i>	8,79	5,86	7,03	6,63	6,20	6,12
<i>Dont dotations annuelles de financement (DAF)</i>	30,82	30,99	31,39	31,29	31,19	30,89
<b>Produits de l'hospitalisation (a+b=c) neutralisé</b>	<b>97,21</b>	<b>94,24</b>	<b>98,37</b>	<b>97,96</b>	<b>98,23</b>	<b>96,88</b>
<b>Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)</b>	<b>4,82</b>	<b>4,88</b>	<b>5,37</b>	<b>5,59</b>	<b>6,17</b>	<b>6,43</b>
<i>Dont consultations externes</i>	4,20	4,26	4,69	4,85	5,22	5,36
<i>Dont forfait accueil et traitement des urgences</i>	0,55	0,55	0,61	0,63	0,73	0,71
<i>Dont autres forfaits</i>	0,06	0,07	0,08	0,12	0,22	0,36
<b>Produits à la charge de l'assurance maladie (c+d=e)</b>	<b>102,04</b>	<b>99,12</b>	<b>103,74</b>	<b>103,56</b>	<b>104,40</b>	<b>103,31</b>
<b>Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (f)</b>	<b>8,59</b>	<b>8,68</b>	<b>9,41</b>	<b>10,09</b>	<b>9,79</b>	<b>9,63</b>
<i>Dont pdts à la charge des patients et complémentaires santé</i>	7,91	8,06	8,85	9,16	8,99	8,68
<i>Dont pdts sur patients étrangers et autres établissements</i>	0,68	0,62	0,56	0,93	0,80	0,95
<b>Produits de l'activité hospitalière (e+f)</b>	<b>110,62</b>	<b>107,80</b>	<b>113,15</b>	<b>113,65</b>	<b>114,19</b>	<b>112,94</b>
<i>en % des produits d'exploitation</i>	85%	83%	83%	83%	83%	83%

Source : CRC

#### 5.1.4.2- Les missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation

S'agissant des produits forfaitaires de l'activité hospitalière, les financements des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) ont reculé de 30,4 % sur la période (de 8,79 M€ à 6,12 M€), avec une baisse particulièrement marquée entre 2012 et 2013 (- 5,86 M€).

Cette variation est liée aux effets induits de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012<sup>39</sup>, qui a créé le fonds d'intervention régional (FIR) et a entraîné le transfert d'une partie des ressources jusque-là réservées au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Les financements alloués au titre du FIR sont comptabilisés en tant que des subventions d'exploitation (c/74), en principe versées en contrepartie d'actions spécifiques, alors que les financements des MIGAC sont considérés comme des dotations (c/73) et donc intégrés dans les produits retirés de l'activité hospitalière.

Tous budgets confondus, l'ensemble des financements MIGAC et FIR perçus par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure (hors soutien financier) a progressé de 5,1 % (soit + 0,52 M€), de 10,26 M€ en 2012 à 10,78 M€ en 2017, dont l'essentiel sous forme de dotations renouvelables (9,86 M€ en 2017). L'établissement a, de fait, bénéficié de quelque 22,26 M€ au titre du FIR durant la période d'analyse, qui ont donc en définitive plus que compensé la diminution des financements des MIGAC.

<sup>39</sup> Le FIR a été créé par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement pour la Sécurité sociale pour 2012 et son décret d'application n° 2012-271 du 27 février 2012.

Tableau 14 : Dotations MIGAC et FIR

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MIGAC MCO	8,79	6,01	7,04	6,66	6,21	6,26
MIGAC SSR	-	-	-	-	-	0,00
FIR	1,47	4,27	3,86	3,85	4,29	4,52
<b>TOTAL MIGAC FIR (hors soutien financier)</b>	<b>10,26</b>	<b>10,28</b>	<b>10,90</b>	<b>10,51</b>	<b>10,50</b>	<b>10,78</b>
<i>dont reconductible</i>	9,27	9,25	9,30	8,87	9,67	9,86
<i>dont non reconductible</i>	0,99	1,03	1,59	1,64	0,82	0,93
<b>Soutien financier</b>	-	<b>0,64</b>	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,55</b>
<i>FIR AC investissements hors plans nationaux</i>	-	0,34	0,34	0,34	-	-
<i>FIR AC restructuration et soutien financier</i>	-	0,30	-	-	0,34	0,55

Source : Établissement et arrêtés de l'ARS

#### 5.1.5- Les charges d'exploitation

##### 5.1.5.1- Les charges de personnel consolidées

Les charges de personnel consolidées ont augmenté, en moyenne annuelle, de + 1,7 % entre 2012 (102,75 M€) et 2017 (111,73 M€), alors que les effectifs croissaient de 19,57 emplois équivalents temps plein pour atteindre 2 201 ETP en 2017.

Leur part dans les dépenses totales, neutralisées des achats de pharmacie remboursés ou rétrocédés, a reculé de 75,3 % en 2012 à 72,3 % en 2017 ; les autres dépenses connaissant une progression plus dynamique. Cependant, elles ont consommé l'essentiel des recettes provenant de l'Assurance maladie (92,7 % en 2017).

Les rémunérations du personnel ont augmenté de + 4,89 M€ au cours de la période sous revue, à raison principalement de la croissance des rémunérations des personnels non médicaux titulaires et stagiaires (+ 1,85 M€) et sous contrat à durée déterminée (+ 1,07 M€), ainsi que de celle enregistrées pour les praticiens contractuels (+ 1,21 M€). La part des rémunérations des personnels non médicaux en contrat à durée déterminée ou en contrat aidé, rapportée à la rémunération totale des personnels non médicaux, a progressé de 10,0 % en 2012 à 11,68 % en 2017. Pour les personnels médicaux, le poids relatif des rémunérations des praticiens contractuels et internes dans le total des rémunérations médicales, a augmenté de manière plus significative, passant de 23,4 % en 2012 à 31,6 % en 2017.

L'ordonnateur explique l'accroissement du montant des rémunérations des personnels médicaux par la revalorisation salariale dont ont bénéficié les praticiens hospitaliers à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016, et par les changements intervenus dans la structure des statuts médicaux au sein du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, du fait notamment d'un recours plus fréquent aux contrats de cliniciens, plus onéreux certes, mais qui permettent de contenir les dépenses liées à la permanence des soins. Aux dires du directeur des affaires médicales, ce phénomène est en effet corrélé à la vacance d'une quarantaine de postes de médecins (sur un effectif total de 177 ETP médicaux que compte le centre hospitalier de Moulins-Yzeure), dont une vingtaine est, selon lui, indispensable à la bonne marche de l'établissement. La transition générationnelle est compliquée à gérer, à l'exemple de la gynécologie où trois des six praticiens ont fait valoir leur droit à la retraite dans un court laps de temps. Ce contexte défavorable est général à l'échelle du groupement hospitalier de territoire.

Les charges sociales ont progressé de + 2,78 M€ sur la période, en partie du fait de la croissance des rémunérations, et cela malgré l'arrêt du versement de la cotisation à l'UNEDIC depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015 (- 0,35 M€ par an). Les impôts et taxes liés au personnel ont, par ailleurs, augmenté de 0,66 M€ sur la même période.

Les charges de personnel externe se sont fortement accrues, passant de 0,41 M€ en 2012 à 1,13 M€ en 2017. Selon l'ordonnateur, l'absentéisme récurrent dans le secteur logistique, ainsi que la pénurie de praticiens, aux urgences et pour certaines spécialités, ont contraint l'établissement à recourir à des prestations d'intérim. Il indique ainsi, dans son rapport financier se rapportant à 2016, que si les dépenses d'intérim non médical sont en forte hausse (+ 75 % en 2016), celles de l'intérim médical reculent (- 15 %), comme en atteste l'indicateur RH10 d'Hospidiag qui, bien que positionnant le centre hospitalier de Moulins-Yzeure parmi les moins efficaces sur ce point, est passé de 1,5 à 1,0 entre 2012 et 2016.

**Tableau 15 : Charges de personnel consolidées**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Rémunération du personnel	66,84	69,36	70,46	70,86	71,44	71,72
+ Charges sociales totales sur personnel	25,50	26,84	27,83	28,17	27,90	28,28
+ Honoraires médecine libérale et indemnités d'enseignement	-	-	-	-	-	-
+ Autres charges de personnel	1,10	0,97	1,00	0,96	0,85	0,98
- Atténuations de charges portabilité CET	0,08	0,07	0,00	0,09	0,09	0,02
+ Impôts et taxes liés au personnel	8,99	9,35	9,63	9,72	9,74	9,65
Dont taxe sur les salaires	6,25	6,53	6,66	6,72	6,76	6,84
<b>= Charges de personnel interne</b>	<b>102,34</b>	<b>106,45</b>	<b>108,92</b>	<b>109,62</b>	<b>109,84</b>	<b>110,60</b>
+ Charges de personnel externe	0,41	0,64	0,53	0,57	0,81	1,13
<b>= Charges de personnel totales consolidées</b>	<b>102,75</b>	<b>107,08</b>	<b>109,45</b>	<b>110,19</b>	<b>110,66</b>	<b>111,73</b>
CP externe / CP totales	0,40%	0,60%	0,48%	0,52%	0,74%	1,01%
CP totales en % des produits courants hors pharmacie neutralisée	77%	79%	78%	78%	78%	80%

Source : CRC, d'après les comptes financiers

**Tableau 16 : Données générales, tous budgets**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Dépenses totales (hors achats médicaments remboursés et récédés)</b>	<b>136,37</b>	<b>141,76</b>	<b>148,11</b>	<b>149,87</b>	<b>153,06</b>	<b>154,55</b>
dont dépenses de personnel D1	102,75	107,08	109,45	110,19	110,66	111,73
<b>Recettes totales</b>	<b>143,89</b>	<b>146,91</b>	<b>154,53</b>	<b>155,17</b>	<b>156,42</b>	<b>156,57</b>
dont recettes de l'assurance maladie R1 (hors remboursement médicaments)	118,73	118,50	123,17	123,11	124,21	120,53
D1/dépenses (en %)	75,3%	75,5%	73,9%	73,5%	72,3%	72,3%
D1/R1 (en %)	86,5%	90,4%	88,9%	89,5%	89,1%	92,7%
"marge"	13,5%	9,6%	11,1%	10,5%	10,9%	7,3%

Source : CRC, d'après les comptes financiers – « marge » : pourcentage des recettes de l'Assurance maladie non consommées par les charges de personnel

#### 5.1.5.2- Les consommations intermédiaires

Les consommations intermédiaires, hors achats de pharmacie remboursés ou récédés, ont progressé de + 11,4 % entre 2012 (22,38 M€) et 2017 (24,93 M€), soit une augmentation globale de 2,55 M€ à raison de 1,06 M€ au titre des achats et de 1,49 M€ pour les prestations de services.

Si la progression des achats paraît relativement bien maîtrisée (+ 1,5 % en moyenne annuelle), celle des prestations de services évolue dynamiquement (+ 3,3 % en moyenne annuelle). Trois postes expliquent l'essentiel de cette évolution :

- depuis 2014, l'établissement enregistre une dépense annuelle de 0,49 M€ pour la location de serveurs informatiques ;
- l'entretien et les réparations à caractère non médical enregistrent une augmentation

- de 0,37 M€ sur la période ;
- ♦ enfin, dans le même temps, les frais postaux et de télécommunications ont connu une hausse de 0,21 M€.

**Tableau 17 : Consommations intermédiaires**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
- achats neutralisés de la pharmacie rétrocédée et remboursée	13,84	14,83	15,40	15,32	15,80	14,89
- services extérieurs	3,08	3,30	3,28	3,76	4,00	3,99
- autres services extérieurs	5,44	5,61	6,08	5,90	6,02	6,03
- impôts et taxes (hors personnel)	0,02	0,02	0,02	0,04	0,03	0,02
<b>Consommations intermédiaires</b>	<b>22,38</b>	<b>23,75</b>	<b>24,78</b>	<b>25,01</b>	<b>25,85</b>	<b>24,93</b>

Source : Comptes financiers

#### 5.1.6- La marge brute

Au cours de la période sous revue, la croissance des consommations intermédiaires (+ 2,55 M€) et de la sous-traitance médicale (+ 1,16 M€) a permis de maintenir à près de 78,6 % depuis 2015 le niveau de la valeur ajoutée au regard des produits d'exploitation ; ces derniers ayant relativement peu augmenté (4,1 %) entre 2012 (130,50 M€) et 2017 (135,84 M€).

Depuis 2013, la valeur ajoutée dégagée de l'activité du centre hospitalier de Moulins-Yzeure (103,33 M€) est insuffisante pour couvrir les charges de personnel (107,08 M€). L'augmentation de ces dernières au cours de la période (+ 8,7 %, soit + 8,99 M€) s'est avérée nettement supérieure à celle de la valeur ajoutée (+ 1,6 %, soit 1,64 M€), contribuant à dégrader la marge brute - qui rend compte de ce que l'établissement dégage de son exploitation courante pour couvrir ses charges financières, d'amortissements et de provisions.

Aussi, quoique demeurant positive, la marge brute n'est plus suffisante depuis 2013 pour couvrir les dotations aux comptes d'amortissements et les frais financiers (163 %), la dégradation se poursuivant jusqu'en 2017 (392 %) ; elle traduit les difficultés de l'établissement à dégager des marges de son exploitation courante.

Le taux de la marge brute rapportée aux produits d'exploitation, passé de 6,7 % en 2012 à 2,6 % en 2013, après s'être légèrement redressé en 2014 (3,79 %), a poursuivi sa dégradation jusqu'en 2017 (1,59 %). Il est très éloigné du niveau de 8 % recommandé par l'instruction interministérielle du 4 mars 2016<sup>40</sup>. Le taux de marge brute non aidée, une fois neutralisées les aides de l'agence régionale de santé, est encore plus faible (1,20 % en 2017).

**Tableau 18 : Des produits d'exploitation à la marge brute, budget consolidé**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Produits d'exploitation (hors rétrocessions et remboursements)</b>	<b>130,50</b>	<b>130,30</b>	<b>135,62</b>	<b>136,30</b>	<b>137,38</b>	<b>135,84</b>
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	2,65	3,21	4,11	4,18	4,18	3,80
<b>= Production propre</b>	<b>127,85</b>	<b>127,08</b>	<b>131,51</b>	<b>132,12</b>	<b>133,20</b>	<b>132,03</b>
<b>- Consommations intermédiaires</b>	<b>22,38</b>	<b>23,75</b>	<b>24,78</b>	<b>25,01</b>	<b>25,85</b>	<b>24,93</b>
<b>= Valeur ajoutée</b>	<b>105,47</b>	<b>103,33</b>	<b>106,73</b>	<b>107,11</b>	<b>107,36</b>	<b>107,11</b>
<i>en % des produits d'exploitation</i>	<i>80,8%</i>	<i>79,3%</i>	<i>78,7%</i>	<i>78,6%</i>	<i>78,1%</i>	<i>78,8%</i>
+ autres subventions	0,58	0,68	0,67	0,44	0,63	0,46
- charges de personnel	102,75	107,08	109,45	110,19	110,66	111,73

<sup>40</sup> Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
+ remboursement de frais entre budgets	3,10	3,22	3,19	3,32	3,33	3,36
<b>= résultat économique brut</b>	<b>6,40</b>	<b>0,15</b>	<b>1,15</b>	<b>0,68</b>	<b>0,65</b>	<b>-0,80</b>
+ autres produits de gestion	3,16	3,87	4,48	3,62	3,89	3,72
- autres charges de gestion	0,47	0,51	0,29	0,53	0,71	0,69
<b>= Marge brute d'exploitation</b>	<b>9,09</b>	<b>3,51</b>	<b>5,34</b>	<b>3,77</b>	<b>3,84</b>	<b>2,23</b>
<i>Taux de marge brute (en % des produits courants de fonctionnement c/70 à 75 hors 7087)</i>	6,77%	2,60%	3,79%	2,69%	2,71%	1,59%
dont volume aides soutien financier ARS	-	<b>0,64</b>	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,55</b>
<i>Taux marge brute hors aides</i>	6,77%	2,12%	3,55%	2,44%	2,46%	1,20%

Source : CRC, d'après les comptes financiers, neutralisation des achats et recettes de médicaments remboursés et rétrocedés

### 5.1.7- La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement a suivi les mêmes évolutions que la marge brute, à l'exception d'une légère amélioration en 2017 due à un remboursement exceptionnel de 1,2 M€ perçu de l'URSAFF en régularisation de l'annulation des cotisations chômage versées entre 2012 et 2014. Elle s'est ainsi réduite de 8,27 M€ en 2012, à 2,00 M€ en 2017 - année où, sans cette recette exceptionnelle, la capacité d'autofinancement n'aurait été que de 0,8 M€ -, pour ne plus représenter que 1,47 % des produits courants de fonctionnement.

Dans le même temps, les dotations nettes aux comptes d'amortissements et de provisions, du fait notamment de l'opération « Hôpital de demain » et de la mise en œuvre de la méthode de comptabilisation des amortissements au *pro rata temporis*, ont crû de 3,14 M€ entre 2012 (6,38 M€) et 2017 (9,52 M€). Elles ne sont plus couvertes par la capacité d'autofinancement brute depuis 2013.

Négatif depuis 2015, le niveau de la capacité d'autofinancement nette, qui prend en compte le remboursement du capital de la dette (4,2 M€ en 2015 et 4,75 M€ en 2017), s'avère encore plus alarmant à l'heure où l'établissement envisage la poursuite de la restructuration de son secteur de court séjour. Il atteint en effet - 2,75 M€ en 2017.

**Tableau 19 : La capacité d'autofinancement, budget consolidé**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Formation de la CAF</b>						
<b>Excédent brut d'exploitation</b>	<b>6,40</b>	<b>0,15</b>	<b>1,15</b>	<b>0,68</b>	<b>0,65</b>	<b>-0,80</b>
+ Autres produits d'exploitation	3,16	3,87	4,48	3,62	3,89	3,72
- Autres charges d'exploitation	0,47	0,51	0,29	0,53	0,71	0,69
<b>Marge brute d'exploitation</b>	<b>9,09</b>	<b>3,51</b>	<b>5,34</b>	<b>3,77</b>	<b>3,84</b>	<b>2,23</b>
- Frais financiers réels	0,92	0,86	0,93	1,11	1,24	1,23
+ Produits exceptionnels hors cessions	0,62	0,50	0,38	1,27	0,32	1,77
- Charges exceptionnelles réelles	0,52	0,42	0,33	0,62	1,50	0,77
<b>CAF</b>	<b>8,27</b>	<b>2,73</b>	<b>4,45</b>	<b>3,30</b>	<b>1,42</b>	<b>2,00</b>
<b>Affectation de la CAF</b>						
+ Quote-part des subventions virées au compte de résultat	0,17	0,18	0,22	0,53	0,66	0,67
- Dotations nettes aux amortissements	5,38	5,72	6,66	6,56	7,07	8,76
- Dotations nettes aux provisions	1,00	<b>-3,00</b>	<b>-0,71</b>	<b>-0,34</b>	<b>-0,50</b>	0,77
+ Produits des cessions d'éléments d'actif	0,13	0,00	1,97	0,33	0,12	0,01
- Valeur comptable des éléments d'actif cédés	0,00	-	1,10	0,08	0,27	0,03
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>2,18</b>	<b>0,19</b>	<b>-0,41</b>	<b>-2,15</b>	<b>-4,65</b>	<b>-6,88</b>

Source : CRC d'après les comptes financiers

Tableau 20 : Le taux de CAF, budget consolidé

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>CAF brute (M€)</b>	<b>8,27</b>	<b>2,73</b>	<b>4,45</b>	<b>3,30</b>	<b>1,42</b>	<b>2,00</b>
<i>Taux de CAF brute (rapporté aux produits d'exploitation hors pharmacie remboursée)</i>	<i>6,34%</i>	<i>2,10%</i>	<i>3,28%</i>	<i>2,42%</i>	<i>1,03%</i>	<i>1,47%</i>
Annuité d'emprunt	3,96	3,59	3,92	4,22	4,64	4,75
<b>CAF nette (M€)</b>	<b>4,31</b>	<b>-0,85</b>	<b>0,54</b>	<b>-0,91</b>	<b>-3,22</b>	<b>-2,75</b>
<i>Taux de CAF nette (rapporté aux produits d'exploitation hors pharmacie remboursée)</i>	<i>3,30%</i>	<i>-0,66%</i>	<i>0,39%</i>	<i>-0,67%</i>	<i>-2,35%</i>	<i>-2,03%</i>

Source : CRC d'après les comptes financiers

## 5.2- La situation bilancielle

### 5.2.1- Les investissements réalisés

Au cours de la période sous revue, l'effort d'équipement du centre hospitalier de Moulins-Yzeure a été particulièrement soutenu ; il a atteint un montant cumulé de 79,39 M€, soit un niveau moyen de 13 M€ par an.

Outre l'opération « Hôpital de demain » qui a capté près de 40 % des financements, les investissements réalisés ont notamment porté :

- ♦ en 2012, sur la création d'un deuxième plateau technique de radiothérapie (4 M€) et le remplacement du scanner (0,85 M€) ;
- ♦ en 2013, sur la construction d'un nouveau bâtiment de pédopsychiatrie (4,4 M€) et d'une crèche<sup>41</sup> pour les enfants du personnel (1 M€ dont 0,35 M€ de subventions), ainsi que le remplacement des serveurs informatiques (1,3 M€) ;
- ♦ en 2014, sur l'aménagement de locaux de chirurgie « Calmette 4 » et de logements destinés aux internes (1,6 M€) ;
- ♦ en 2016, sur la mise en place d'un système de gestion des urgences « EXOS » pour le SAMU (0,83 M€).

Le suivi des immobilisations et la programmation du renouvellement des équipements est assuré par le département « travaux, maintenance et sécurité » de l'établissement, qui établit, après recensement des besoins auprès des services, un plan prévisionnel des investissements ainsi qu'un plan annuel d'équipement biomédical. Les prestations d'entretien et de maintenance sont réalisées, soit en interne par des agents de l'établissement, soit par des entreprises prestataires.

L'actif immobilisé, tenant compte des sorties réalisées dans le cadre des travaux de fiabilisation des comptes (cf. 4.4- ci-dessus), a ainsi progressé de 19,90 M€ pour atteindre 80,55 M€ au 31 décembre 2017.

En définitive donc, avec une capacité d'autofinancement cumulée sur la période sous revue négative (- 2,90 M€), et des recettes d'investissement cumulées de 15,23 M€, l'établissement ne sera parvenu à financer, par mobilisation de ses ressources propres, que 15,5 % de ses dépenses d'équipement.

<sup>41</sup> Ce projet était inscrit au projet social 2013-2017. La maison de l'enfance a été construite sur une parcelle propriété du centre hospitalier, en copropriété avec Moulins-Habitat et l'association Entr'Aide à l'Enfance, gestionnaire de la crèche dont 29 places sont réservées pour le personnel hospitalier. Depuis l'ouverture, le 2 décembre 2013, la contribution annuelle du CHMY au fonctionnement de la crèche s'élève à 145 000 €. Sont inscrits sur l'année, avec des horaires variables, 40 à 50 enfants du personnel hospitalier.

**Tableau 21 : Dépenses d'équipement, budget consolidé**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>- Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)</b>	<b>9,74</b>	<b>11,99</b>	<b>7,88</b>	<b>13,26</b>	<b>26,64</b>	<b>9,88</b>
Dont immobilisations incorporelles	0,28	0,54	3,03	3,94	0,87	0,35
Dont terrains, constructions et agencements	0,84	2,59	1,08	1,33	5,23	6,90
Dont autres immobilisations corporelles	5,18	5,11	2,78	3,13	2,46	0,62
Dont immobilisations en cours	3,43	3,75	0,98	4,86	18,08	2,01

Source : CRC d'après les comptes financiers

**Tableau 22 : Financements propres disponibles**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>= Capacité d'autofinancement nette (a)</b>	<b>4,31</b>	<b>-0,85</b>	<b>0,54</b>	<b>-0,91</b>	<b>-3,22</b>	<b>-2,75</b>
+ Apports en capital	-	0,37	0,00	0,01	4,49	1,81
+ Subventions d'équipement reçues	0,10	0,31	0,38	0,77	0,48	0,42
+ Produits de cession	0,13	0,00	1,97	0,33	0,12	0,01
+ annulation mandats sur exercices antérieurs	-	-	-	-	-	3,55
<b>= Recettes d'investissement hors emprunt (b)</b>	<b>0,22</b>	<b>0,68</b>	<b>2,35</b>	<b>1,10</b>	<b>5,08</b>	<b>5,79</b>
<b>= Financements propres disponibles (a+b)</b>	<b>4,54</b>	<b>-0,17</b>	<b>2,88</b>	<b>0,19</b>	<b>1,86</b>	<b>3,03</b>

Source : CRC d'après les comptes financiers

### 5.2.2- Le recours à l'emprunt

Les immobilisations réalisées durant la période de contrôle ont été financées à hauteur de 75 % par de nouveaux emprunts (59,46 M€), ainsi que par la mobilisation du fonds de roulement qui a été divisé par deux entre 2012 (16,33 M€) et 2017 (8,35 M€). Le volume des dettes financières, qui avait légèrement décliné entre 2012 (25,77 M€) et 2013 (22,19 M€), a finalement doublé pour atteindre 55,41 M€ en 2017.

La durée apparente de la dette a nettement augmenté sur la période, dépassant les 10 années dès 2015 (12,4), pour atteindre désormais 27,8 années en 2017. Le ratio d'indépendance financière, qui rapporte l'encours de dette aux capitaux permanents, s'est détérioré, excédant 50 % depuis 2016 (55,5 % et 62,3 % en 2017), et l'encours de la dette, rapporté aux produits de fonctionnement, se situe dès 2016 au-delà de 30 % (33,5 % puis 35,4 % en 2017).

Depuis 2016, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure se retrouve donc, en application des dispositions de l'article D. 6145-70 du code la santé publique<sup>42</sup>, dans la situation de devoir solliciter l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé pour tout recours à un nouvel emprunt de plus de 12 mois.

**Tableau 23 : Financement des investissements**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)	9,74	11,99	7,88	13,26	26,64	9,88
- Financement propre disponible	4,54	-0,17	2,88	0,19	1,86	3,03
<b>= Besoin de financement</b>	<b>-5,20</b>	<b>-12,11</b>	<b>-4,99</b>	<b>-13,07</b>	<b>-24,78</b>	<b>-6,84</b>
Nouveaux emprunts de l'année	8,72	-	13,50	13,40	16,14	7,70
<b>Reste à financer</b>	<b>3,52</b>	<b>-12,11</b>	<b>8,51</b>	<b>0,33</b>	<b>-8,65</b>	<b>0,86</b>

Source : CRC, d'après les comptes financiers

<sup>42</sup> Issu du décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 - art. 1.

Tableau 24 : Dette du budget consolidé

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dettes financières (M€)	25,77	22,19	31,77	40,95	52,45	55,41
Annuité d'emprunt (M€)	3,96	3,59	3,92	4,22	4,64	4,75
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables)	33,5%	30,3%	38,2%	45,8%	55,5%	62,3%
Durée apparente de la dette (dette financière / CAF brute) en années	3,1	8,1	7,1	12,4	37,1	27,8
Dette financière rapporté au total des produits	17,9%	15,1%	20,6%	26,4%	33,5%	35,4%

Source : CRC d'après les comptes financiers

### 5.2.3- Le besoin en fonds de roulement et la trésorerie

Sous l'effet de l'augmentation de l'actif immobilisé et des opérations de fiabilisation des comptes, le fonds de roulement de l'établissement, de 16,33 M€ en 2012, s'est fortement réduit pour ne plus représenter que 8,35 M€ en 2017, soit l'équivalent de 23 jours de charges courantes (hors pharmacie remboursée ou rétrocédée). Le niveau des fonds propres a été quasiment divisé par deux sur la période, passant de 38,07 M€ en 2012 à 20,97 M€ en 2017.

Dans le même temps, le besoin de fonds de roulement de gestion est resté relativement stable autour de 12,78 M€, en raison essentiellement de l'augmentation des stocks et en-cours (+ 0,46 M€), mais aussi de l'accroissement plus important des dettes envers les fournisseurs (+ 2,03 M€) que des créances sur redevables et comptes rattachés (+ 1,82 M€).

Le besoin en fonds de roulement net global, qui prend en compte les autres dettes et créances (- 0,24 M€) ainsi que les provisions pour risques et charges (- 2,64 M€), s'est amélioré à compter de 2014 (13,46 M€), pour atteindre 7,92 M€ en 2017, représentant ainsi 22 jours de charges courantes.

Tout au long de la période sous revue, exprimées en nombre de jours d'exploitation, les créances sur les patients et les mutuelles, même si elles tendent à diminuer, sont demeurées supérieures aux dettes fournisseurs, alors même que le délai moyen de paiement s'est dégradé (70 jours d'exploitation en 2017 contre 52 jours en 2012). L'établissement paie donc ses fournisseurs plus rapidement qu'il n'est payé.

En conséquence, et n'ayant pas obtenu de crédit ouvert à court terme, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a dû faire face à une gestion tendue de sa trésorerie. La trésorerie nette de l'établissement a été fortement mobilisée, y compris la trésorerie dite passive correspondant aux fonds en dépôt ; elle a ainsi reculé de 11 M€ en 2012 à 0,43 M€ en 2017, ce qui équivaut tout juste à une journée de charges courantes.

Tableau 25 : Besoin en fonds de roulement

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Stocks et en-cours	1,38	1,33	1,25	1,32	2,00	1,84
Redevables et comptes rattachés	17,12	17,34	20,97	20,34	17,86	18,94
-Dettes fournisseurs	6,05	6,89	7,35	7,98	8,65	8,08
<b>=Besoin en fonds de roulement de gestion</b>	<b>12,45</b>	<b>11,78</b>	<b>14,87</b>	<b>13,67</b>	<b>11,21</b>	<b>12,70</b>
+Autres dettes et créances	-2,15	-2,38	-0,72	0,04	-2,65	-2,39
-Intérêts courus non échus	0,10	0,09	0,11	0,15	0,18	0,16
-Provisions pour risques et charges	4,87	2,83	0,58	2,12	2,12	2,23
<b>= Besoin en fonds de roulement net global</b>	<b>5,33</b>	<b>6,47</b>	<b>13,46</b>	<b>11,44</b>	<b>6,27</b>	<b>7,92</b>

Source : CRC, d'après les comptes financiers

Tableau 26 : Trésorerie nette

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ressources stables	76,99	73,15	83,22	89,39	94,59	88,91
<i>dont fonds propres</i>	38,07	38,63	40,96	36,09	30,02	20,97
<i>dont subventions d'investissement</i>	3,78	3,92	4,08	5,59	5,53	5,28
<i>dont provisions réglementées et CET</i>	9,37	8,41	6,41	6,76	6,59	7,25
<i>dont dettes financières</i>	25,77	22,19	31,77	40,95	52,45	55,41
- Actif immobilisé	60,66	66,88	67,00	73,52	87,00	80,55
<b>= Fonds de roulement (a)</b>	<b>16,33</b>	<b>6,26</b>	<b>16,22</b>	<b>15,87</b>	<b>7,59</b>	<b>8,35</b>
<i>en nombre de jours de charges courantes (neutralisées des achats remboursés)</i>	50	19	47	45	21	23
<b>Besoin en fonds de roulement net global (b)</b>	<b>5,33</b>	<b>6,47</b>	<b>13,46</b>	<b>11,44</b>	<b>6,27</b>	<b>7,92</b>
<i>dont redevables et comptes rattachés</i>	17,12	17,34	20,97	20,34	17,86	18,94
<i>dont dettes fournisseurs</i>	6,05	6,89	7,35	7,98	8,65	8,08
<i>dont provisions pour risques et charges hors CET</i>	4,87	2,83	0,58	2,12	2,12	2,23
<i>en nombre de jours de charges courantes (neutralisées des achats remboursés)</i>	16	19	39	32	17	22
<b>Trésorerie nette (c-d)</b>	<b>11,00</b>	<b>-0,21</b>	<b>2,76</b>	<b>4,43</b>	<b>1,33</b>	<b>0,43</b>
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	34	-1	8	13	4	1
<i>dont trésorerie active</i>	11,72	0,58	3,59	5,32	2,16	1,25
<i>dont trésorerie passive tirée des fonds en dépôt</i>	0,72	0,79	0,82	0,89	0,83	0,82
<i>dont trésorerie passive tirée de financement à très court terme</i>	-0,00	-	-	-	-	-

Source : CRC d'après les comptes financiers

### 5.3- Les prévisions budgétaires

#### 5.3.1- Les prévisions relatives à la période de 2012-2017

Le rapprochement entre les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) et les comptes financiers montre que les charges et les produits consolidés réalisés ont été supérieurs, en moyenne, de respectivement 3,0 % et 2,5 % aux prévisions, avec une amélioration en fin de période.

Entre 2012 et 2014, le poids des charges à caractère médical et des charges d'amortissement, de provisions et exceptionnelles a été sous-évalué, ce qui peut, en partie, s'expliquer par les travaux de fiabilisation des comptes alors menés. En 2016, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses avait pris en compte, de manière anticipée, le plan global de financement présenté au Copermo (soit 1,4 M€ de produits d'exploitation), dont la décision a finalement été reportée à 2017, puis à 2018. Malgré cela, l'établissement est parvenu à améliorer la qualité et la fiabilité de ses projections pour l'exercice.

En 2017, dans le contexte de déséquilibre financier, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses n'a été approuvé que le 2 mai par le directeur général de l'agence régionale de santé. Ce dernier avait, en effet, refusé la première version transmise par l'établissement, et exigé que les prévisions soient revues afin d'être mises en cohérence avec les éléments de cadrage fixés. En conséquence, les écarts entre les provisions et les réalisations ont été amenés, pour ne représenter que 2,8 % sur les charges et 0,1 % sur les produits en 2017.

Au cours de la période sous revue, et compte-tenu de l'intervention de l'agence régionale de santé en 2017, les écarts constatés entre prévision et exécution attestent, à l'estime de la chambre, d'une assez bonne maîtrise par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure de l'exercice de préparation budgétaire. Et ce d'autant plus que, depuis la mise en œuvre du décret

n° 2015-1687 du 16 décembre 2015<sup>43</sup>, les établissements doivent élaborer leurs prévisions budgétaires avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année, sans disposer des arrêtés tarifaires pour lesquels le calendrier n'a pas été modifié et sont habituellement publiés en février N+1.

#### 5.3.2- Les prévisions pour les années 2018 à 2022

Le directeur général de l'agence régionale de santé a approuvé, par décision du 12 février 2018, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'exercice. Pour établir ces prévisions, l'établissement avait fait l'hypothèse d'une maîtrise des dépenses de personnel (- 0,7 %, soit - 1,5 M€) à raison des effets attendus des réorganisations prévues et du non-remplacement des départs à la retraite, ainsi que d'une hausse modérée des recettes (+ 1,5 %).

Par ailleurs, l'établissement n'ayant communiqué aucune donnée quant au plan global de financement prévisionnel (PGFP) pour 2019-2022, contrairement aux prescriptions de l'article R. 6145-66 du code de la santé publique, l'agence l'a invité à fournir sous trois mois (soit avant mai 2018), un dossier comportant les opérations considérées comme indispensables (invariants) et des données sur la tranche conditionnelle de l'opération « Hôpital de demain ». En octobre 2018, le plan global de financement prévisionnel n'avait toujours pas été transmis aux services de tutelle.

En l'absence de PGFP, la chambre peut estimer que la marge brute nécessaire à l'établissement pour couvrir la charge de la dette actuelle (sans nouvel emprunt) et les besoins en investissements courants évalués à 3 M€, devrait se situer au niveau minimal de 9 M€, soit un taux de marge brute supérieur à 6 %, données et exigences qui paraissent difficilement concevables en l'état de la situation actuelle.

#### 5.4- Conclusion intermédiaire sur la situation financière

Depuis 2013, avec un taux de marge brute inférieur à 3 % des produits courants de fonctionnement, l'établissement ne dispose plus de marge suffisante dégagée de son exploitation courante pour financer ses investissements. Les opérations de réorganisation capacitaire mises en œuvre depuis 2015 n'ont pas permis de renouer avec une évolution dynamique des produits de l'activité, alors que les charges ont continué en parallèle de progresser.

En poursuivant malgré tout son effort d'investissement (79,39 M€), l'établissement a alourdi la charge de la dette dont l'encours a doublé. Il a également dû fortement mobiliser son fonds de roulement (8,7 M€), déjà affaibli par des fonds propres ne représentant plus qu'un tiers de ses financements stables. Il se trouve dorénavant et réglementairement dans l'obligation de solliciter l'autorisation de l'agence régionale de santé pour tout recours à l'emprunt. Enfin, la trésorerie a été totalement utilisée.

Avec un résultat d'exploitation érodé, des charges financières et des dotations aux amortissements en hausse du fait principalement de l'effort d'investissement, le déficit s'est creusé et la capacité d'autofinancement ne couvre plus le remboursement de la dette depuis 2015.

L'établissement a consenti des efforts en réduisant ses capacités et en cherchant à diminuer les durées moyennes de séjour, dans un contexte de baisse générale des tarifs à l'activité, et alors même qu'une grande incertitude subsiste encore quant à la réalisation de son principal projet immobilier.

---

<sup>43</sup> Décret n° 2015-1687 du 16 décembre 2015 relatif à la procédure budgétaire des établissements de santé.

Il a réussi à contenir la progression des dépenses mais face à l'atonie de ses recettes, imputable essentiellement à sa grande difficulté à pourvoir, de manière durable, à tous les postes médicaux, il ne peut que tendre à une efficience optimale. La chambre prend toutefois acte des progrès en termes d'organisation, avec notamment la mise en place, à compter de 2017, de conférences budgétaires internes et une meilleure communication à l'attention de la communauté médicale et hospitalière sur la situation financière dégradée.

Toutes les alternatives à la tranche conditionnelle de l'opération « Hôpital de demain » devront être explorées, à l'aune notamment du nouveau contexte induit par l'implication dans le groupement hospitalier de « Territoires d'Auvergne », et susceptible peut-être de dégager des perspectives d'amélioration de l'attractivité de l'hôpital pour assurer le recrutement d'équipes médicales mieux établies localement, qui conditionne directement le dynamisme des recettes tirées de l'activité.

## **6- LES RESSOURCES HUMAINES**

### **6.1- La gestion des ressources humaines**

La gestion des ressources humaines (y compris le contrôle de la paie) est assurée par la direction des ressources humaines pour le personnel non médical, en lien étroit avec la direction des soins, et par la direction des affaires médicales pour le personnel médical.

Le recrutement des personnels non médicaux est précisément suivi et organisé. Les services disposent d'un tableau des emplois, croisé à l'outil de gestion du temps de travail, pour piloter les effectifs et le temps de travail dans l'établissement. Ces données sont produites mensuellement et sont partagées avec les différents pôles dans le cadre du dialogue de gestion. Depuis 2016, la direction des ressources humaines et celle des soins travaillent en commun, en vue d'une adéquation des moyens humains avec l'activité réelle. Néanmoins, selon l'ordonnateur, l'organisation spatiale des services en unités de 15, 22 ou 26 lits, imposée par la configuration des locaux, rend l'exercice difficile. Dans cette même démarche, une équipe de remplacement, constitué de deux aides-soignantes et de quatre infirmiers, a été mise en place en 2018, tandis que dans le même temps, le recours aux remplacements et les prolongations de contrats ont été soumis au visa préalable et obligatoire de la direction des ressources humaines.

Les plannings de travail ont été informatisés en 2005, et le contrôle automatique du temps de travail (pointeuse) a été déployé en 2008 pour les personnels non médicaux.

Pour ce qui concerne le personnel médical, les trames d'organisation ne sont pas systématiquement établies et les tableaux de service ne sont pas tous tenus à jour, malgré le développement en 2015 de l'outil informatique de gestion du temps de travail pour intégrer l'ensemble des paramètres du temps médical. Le recrutement de praticiens ou d'intérimaires est suivi par la direction des affaires médicales.

### **6.2- Les effectifs**

#### **La cohérence des données**

La chambre a pu constater que les données disponibles de l'établissement relatives aux effectifs n'étaient pas cohérentes entre elles.

En effet, la comparaison du volume des effectifs, exprimés en emplois équivalents temps plein moyens rémunérés (ETPR), figurant à l'annexe AI3 du compte financier, au bilan social ou encore communiqués par l'établissement dans le cadre du contrôle, montre des écarts qui

peuvent être significatifs. L'annexe A13 n'a pas été, par ailleurs, documentée entre 2012 et 2014. L'ordonnateur a expliqué que ces écarts étaient dus à la méthodologie employée pour établir les données (consolidation tous budgets, prise en compte des internes dans le personnel médical et de l'intérim médical).

La chambre appelle en conséquence l'établissement à une plus grande vigilance dans la cohérence des données relatives aux effectifs, et ce d'autant plus qu'elles servent ensuite à calculer des ratios utiles au pilotage, ainsi qu'aux comparaisons établies entre hôpitaux. Dans l'instruction de son contrôle, la chambre s'est appuyée sur les dernières données fournies par l'ordonnateur.

### L'évolution des effectifs

Les effectifs totaux du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, après avoir augmenté entre 2012 (2 181 ETP) et 2014 (2 244 ETP), ont connu une baisse régulière ensuite, pour atteindre 2201 ETP en 2017. Au final, ils auront progressé de 19,6 ETP sur la période, soit un taux moyen annuel de 0,2 %.

Le personnel médical a enregistré une croissance de 22,1 ETP, s'établissant à 177,17 ETP au terme de l'année 2017.

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure doit faire face, depuis plusieurs années, à un déficit important en personnels médicaux qu'il pallie, en partie, par l'accueil d'un plus grand nombre d'internes (+ 15,8 ETP). Pour pourvoir aux vacances, pour des durées ne pouvant pas excéder six ans, il a fait le choix de privilégier les postes de cliniciens - statut introduit par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Et il applique, strictement, les stipulations de la réglementation de 2017 relative à l'intérim médical<sup>44</sup> lorsqu'il doit, malgré tout, y recourir. Il en subit les conséquences, étant perçu comme peu attractif par les officines de placement, qui se montrent, par suite, d'autant moins diligentes pour répondre aux sollicitations de l'établissement (quand elles ne sont pas purement ignorées, de propos délibéré et concerté, par lesdites officines).

Les effectifs du personnel non médical ont progressé jusqu'en 2014 (+ 46 ETP) puis, en lien avec les réorganisations capacitaires opérées (chirurgie, psychiatrie...), ont retrouvé en 2017 (2 024 ETP) leur niveau de 2012 (2 026 ETP). Toutefois, ce mouvement s'est accompagné d'un renforcement des effectifs en agents contractuels et emplois aidés (+ 28 ETP), au détriment des emplois permanents (- 31 ETP).

Ces évolutions globales, quoique très raisonnées, n'ont pas été suffisantes pour enrayer la dégradation de la situation financière et compenser l'atonie des produits d'exploitation.

**Tableau 27 : Effectifs, en ETP**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Personnel médical</b>						
PH temps plein	78,52	82,06	83,20	87,40	85,74	88,79
PH temps partiel	6,68	5,53	3,40	2,98	3,26	2,50
Praticiens attachés renouvelables	13,59	12,51	6,68	14,52	12,51	10,13
<b>Total 1</b>	<b>98,79</b>	<b>100,10</b>	<b>93,28</b>	<b>104,90</b>	<b>101,51</b>	<b>101,42</b>
HU temporaires						
Praticiens contractuels et attachés	31,85	36,55	46,90	33,68	36,55	35,56
Internes et étudiants	24,43	28,88	31,36	35,08	37,92	40,19
<b>Total 2</b>	<b>56,28</b>	<b>65,43</b>	<b>78,26</b>	<b>68,76</b>	<b>74,47</b>	<b>75,75</b>
<b>Effectif PM total</b>	<b>155,07</b>	<b>165,53</b>	<b>171,54</b>	<b>173,66</b>	<b>175,98</b>	<b>177,17</b>

<sup>44</sup> Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé et arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Personnel non médical (ETP)</b>						
Personnel administratif	171,37	170,22	171,20	171,19	170,53	175,04
Personnel soignant et éducatif	1 242,16	1 250,95	1 251,98	1 232,15	1 227,58	1 227,10
Personnel technique	165,19	162,09	166,29	160,18	156,43	175,04
Personnel médicotechnique	66,49	68,24	66,30	63,26	61,75	60,48
<b>Total FPH (1)</b>	<b>1 645,21</b>	<b>1 651,50</b>	<b>1 655,76</b>	<b>1 626,78</b>	<b>1 616,29</b>	<b>1 637,65</b>
CDI (2)	110,34	121,82	112,62	112,04	98,83	87,21
<i>dont personnel soignant et éducatif</i>	<i>81,36</i>	<i>82,16</i>	<i>78,04</i>	<i>75,20</i>	<i>59,88</i>	<i>56,28</i>
<b>Personnel permanent (1+2)</b>	<b>1 755,55</b>	<b>1 773,32</b>	<b>1 768,38</b>	<b>1 738,82</b>	<b>1 715,12</b>	<b>1 724,86</b>
CDD	264,16	289,96	284,10	289,91	301,34	285,03
Emplois aidés (CES / C-CAE)	6,92	8,60	20,48	24,51	25,83	14,21
<b>Total personnel non médical</b>	<b>2 026,62</b>	<b>2 071,88</b>	<b>2 072,96</b>	<b>2 053,23</b>	<b>2 042,29</b>	<b>2 024,10</b>
<b>Effectif total en ETP</b>	<b>2 181,70</b>	<b>2 237,41</b>	<b>2 244,50</b>	<b>2 226,89</b>	<b>2 218,27</b>	<b>2 201,27</b>

Source : Établissement

### 6.3- Le temps de travail

L'accord local relatif à la réduction du temps de travail est ancien ; signé le 28 février 2002, il n'a pas été révisé depuis. Mais dans les faits, la chambre a pu constater que les dispositions régissant réellement le temps de travail au sein de l'établissement procèdent d'une multitude de notes de services diverses, qui complètent, amendent ou abrogent les termes de cet accord historique, ce qui est fâcheux quant à la régularité, la transparence et la bonne appréhension du régime en vigueur.

Les dispositions retenues pour les agents travaillant de jour, quel que soit le type de roulement (fixes et variables), n'appellent pas d'observation. Pour le personnel de nuit, la note de service n° 2002-41 du 8 juillet 2002 indique que les agents disposent de 25 jours de congés annuels et ne peuvent prétendre aux jours de congés supplémentaires (sujétions particulières, compensations, récupérations). Les notes de services prises ultérieurement (25 août 2004 et 14 février 2006) ne sont pas revenues sur ces règles. Néanmoins, l'ordonnateur a indiqué, sans que cela soit clairement formulé dans les notes de service, que les jours de congés supplémentaires au titre des sujétions spéciales étaient inclus dans le roulement des agents, de sorte à respecter les dispositions du décret n° 2007-826 du 11 mai 2007<sup>45</sup> qui a fixé l'obligation de travail des personnels de nuit à 1 476 heures<sup>46</sup> annuelles.

La chambre l'invite à mettre en place et à tenir à jour un guide sur la gestion du temps de travail qui permette de clarifier les dispositions applicables par type de roulement (jour/fixes/variables/nuit) et ce, en conformité avec la durée légale de travail.

Sollicité dans le cadre de l'état des lieux des pratiques en matière de gestion du temps de travail dans la fonction publique, qui a donné lieu à un rapport du président du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale au Premier ministre en mai 2016, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a répondu à une enquête menée par l'Inspection générale des affaires sociales en octobre 2015.

Cette dernière a noté de bonnes pratiques (suivi mensuel des effectifs, gestion rigoureuse des autorisations d'absence...) et relevé des axes d'amélioration pour lesquels plusieurs actions avaient été, du reste déjà projetées : refonte de l'arborescence du logiciel de temps de travail avec l'aide du prestataire ; réflexion sur le temps de travail de nuit ; roulement jour / nuit ; passage aux douze heures ; mise en place d'un guide sur la gestion du temps de travail. Ainsi, à titre d'illustration, s'il existe un suivi des effectifs réels, celui-ci s'articule sur l'exploitation d'extractions du logiciel de gestion du temps de travail, que tous les services ne renseignent

<sup>45</sup> Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007 modifiant le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>46</sup> Les agents travaillant exclusivement de nuit bénéficient de deux jours de sujétions.

pas toujours correctement. En outre, l'établissement ne dispose toujours pas, en 2018, de l'outil de requêtage permettant d'avoir une vue d'ensemble des effectifs journaliers nécessaires. Cette gestion est encore rendue plus délicate, quand il s'agit de prendre en compte les capacités en lits des services (dont découlent les besoins en effectifs), dictées par les contraintes résultant directement de la configuration des locaux que le projet « Hôpital de demain » visait aussi à corriger.

Nombre des actions envisagées n'ont pas été mises en œuvre à la fin de l'année 2018. Interrogé par l'équipe de contrôle, l'ordonnateur a indiqué que la refonte de l'arborescence du logiciel de gestion du temps n'avait pas été techniquement possible d'où la question latente de devoir se doter d'un nouveau logiciel. C'est aussi de propos délibéré qu'a été privilégié le partage de fiches pratiques, sur l'intranet, en lieu et place d'un guide rénové de la gestion du temps de travail. En définitive donc, seul le passage en douze heures a été institué, dans les services de la maternité en 2016, puis de la pédiatrie, des urgences et de la réanimation en 2017.

La chambre invite néanmoins l'établissement à mettre en œuvre les mesures nécessaires pour obtenir, de façon certaine, les données relatives aux effectifs journaliers nécessaires (saisie/paramétrage) et aux effectifs réels, afin d'assurer véritablement une gestion fine des effectifs. Dans la réponse apportée aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnatrice en fonctions a indiqué avoir engagé ce travail en 2019.

#### **6.4- L'absentéisme du personnel non médical**

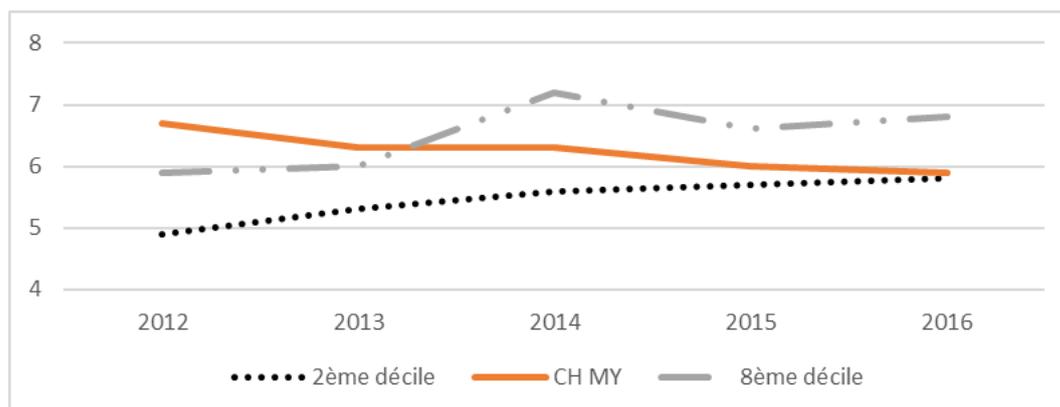
Le taux d'absentéisme des personnels non médicaux du centre hospitalier de Moulins-Yzeure a été réduit de 6,7 % en 2012 à 5,9 % en 2016, permettant à l'établissement de se situer cette dernière année, parmi les 20 % d'hôpitaux présentant le taux le plus faible.

L'établissement mène, chaque année, une étude sur l'absentéisme de ses personnels, qu'il compare à celui des établissements de la région. L'agence régionale de santé, qui a analysé les bilans sociaux de 2016 des établissements de son ressort, a relevé la bonne maîtrise par l'hôpital de Moulins-Yzeure de l'absentéisme du personnel, tant médical que non médical, entre 2013 et 2016, tout en pointant un taux plus dégradé pour la seule population des aides-soignants (plus de 9 %), équivalent à plus de sept semaines d'absence par an et par agent, tous motifs d'absence confondus.

En 2017, année où l'absentéisme a connu une légère progression (+ 0,58 points pour le personnel non médical) l'établissement a renforcé son contrôle des absences non justifiées, par la mise en œuvre d'une procédure mensuelle s'appuyant sur les dispositifs de comptage du temps de travail des agents. Par ailleurs, depuis 2014, la prime de service brute des agents subit une décote de 1/140<sup>ème</sup> par journée d'absence (congé maladie, longue maladie et longue durée), le reliquat ainsi dégagé étant redistribué aux agents ayant eu moins de six jours d'absence.

Enfin, l'équipe de remplacement permet, depuis 2018, de simplifier la gestion des absences imprévisibles.

Figure 4 : Taux d'absentéisme du personnel non médical, en %



Source : Hospidiag – 2<sup>ème</sup> décile = taux d'absentéisme en-dessous duquel se situent 20 % des établissements où ce taux est faible – 8<sup>ème</sup> décile = taux d'absentéisme au-dessus duquel se situent 20 % des établissements où ce taux est élevé

### 6.5- Les heures supplémentaires des personnels non médicaux

L'accord local sur le temps de travail, signé en 2002, réservait les heures supplémentaires aux emplois pour lesquels le recrutement s'avérerait difficile ; il les limitait à dix heures par mois et par agent (selon les dispositions modifiées au 1<sup>er</sup> janvier 2006). Les heures supplémentaires sont, selon l'ordonnateur, prioritairement récupérées ; l'indemnisation, restant exceptionnelle, intervient sur demande expresse de l'agent auprès de la direction des ressources humaines, qui peut décider de ne pas l'accorder.

Les heures supplémentaires effectuées sont saisies dans le logiciel de gestion du temps de travail et sont suivies par l'encadrement direct de l'agent. Au terme de l'année, un bilan individuel est dressé et les heures supplémentaires non récupérées et non indemnisées sont intégrées au compte épargne temps (CET) de l'agent, dans la limite de 120 heures jusqu'en 2013, et pour la totalité depuis.

Par note de service du 11 mars 2011, l'établissement avait mis en place un mécanisme d'incitation des agents pour qu'ils réalisent des heures supplémentaires, mécanisme permettant d'inscrire les heures supplémentaires aux comptes des agents pour un nombre supérieur à celui effectivement accompli<sup>47</sup>. Ce dispositif a eu pour effet d'augmenter sensiblement le stock d'heures (36 227 heures en 2013) et, par l'effet de la transformation d'une partie de ces heures en fin d'année, celui des comptes épargne temps. Il a été mis fin à cette mesure en 2014, et rappelé par note de service que les heures supplémentaires effectuées au-delà du plafond réglementaire (15 heures ou 18 heures par mois) ne pouvaient donner lieu à aucune compensation, ni sous forme d'indemnités, ni sous forme de repos compensateurs<sup>48</sup>.

L'évolution des pratiques ayant produit ses effets (27 419 heures en 2014, soit - 24 %), l'analyse précitée des bilans sociaux, effectuée par l'agence régionale de santé, avait montré une bonne gestion des heures supplémentaires, au cours de la période couvrant les années 2013 à 2016, par l'établissement, comparativement aux autres établissements de la région :

- les heures supplémentaires indemnisées représentaient, en 2016, 0,2 % de la masse salariale, pour une médiane régionale à 0,7 % ;
- les heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées au 31 décembre étaient limitées à 13 heures par agent (médiane à 25 heures / agent) ;

<sup>47</sup> Par exemple, un agent ayant effectué une heure supplémentaire de jour se verra bénéficier de 1h15mn à son compteur. S'il effectue cette heure dans les horaires de nuit, il bénéficiera de 2h.

<sup>48</sup> Décision du conseil d'État du 23 décembre 2010.

- ♦ les heures supplémentaires payées ou non récupérées équivalaient à 1 % des agents équivalents temps plein (pour une médiane à 1,5 %).

Toutefois, tout en restant en-deçà des moyennes régionales constatées en 2016, le volume des heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées a repris sa progression pour atteindre un niveau équivalent à celui de 2013, avec 33 891 heures en 2017.

En outre, selon les données de la paie, les heures supplémentaires liquidées en 2017 au titre de l'indemnité horaire pour travaux supplémentaires (IHTS) ont été multipliées par trois (9 830 heures, soit 0,26 M€) par rapport à la moyenne annuelle constatée sur les cinq années précédentes (3 485 heures, soit 0,08 M€).

Dans le cadre de la contradiction, l'ordonnateur a justifié cette augmentation par l'intégration, à compter de 2017, au sein du même code de paie « heures supplémentaires » de l'ensemble des heures d'intervention des agents, y compris les astreintes qui bénéficiaient auparavant d'un code spécifique. Or, en la matière, la chambre observe qu'il convient de distinguer le régime du service des astreintes organisé par le décret n°2003-507 du 11 juin 2003<sup>49</sup>, et celui des indemnités horaires pour travaux supplémentaires régi par le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002.

Cette double évolution – augmentation des heures rémunérées et du nombre d'heures en stock – peut, en partie, être imputée à la légère progression de l'absentéisme en 2017, mais traduit également la volonté de l'établissement de contenir l'augmentation du volume des jours stockés sur les comptes épargne temps des agents.

**Tableau 28 : Indemnités horaires pour travaux supplémentaires du personnel non médical (IHTS)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Volume d'heures supplémentaires liquidées au titre des IHTS	3 433,3	3 934,8	3 287,5	3 116,5	3 653,4	9 830,1
<i>Dont rappel exercices antérieurs</i>	401,13	889,89	149	150,05	526,13	355,92
Montant rémunéré des IHTS (hors charges), en €	97 373	97 082	79 832	66 975	81 374	259 794

Source : Paies

**Tableau 29 : Solde des heures supplémentaires du personnel non médical, au 31 décembre**

	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Personnel non médical</b>	<b>36 227</b>	<b>27 419</b>	<b>31 615</b>	<b>27 811</b>	<b>33 891</b>
<i>dont personnels soignants</i>	27 018	18 909	21 682	19 307	24 012
<i>dont infirmiers</i>	15 807	11 292	12 844	12 422	14 712
<i>dont aides-soignants</i>	5 393	5 008	5 643	4 684	6 462
<i>dont assistants médico- administratifs (AMA)</i>	2 818	2 657	2 405	1 172	2 360

Source : Bilans sociaux

<sup>49</sup> Décret n°2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

## 6.6- Le temps de travail additionnel des personnels médicaux

Le temps de travail additionnel (TTA) des personnels médicaux correspond au temps de travail réalisé au-delà de leurs obligations de service de dix demi-journées par semaine (ou de 48 heures par semaine, pour ceux qui sont en décompte horaire)<sup>50</sup>.

Au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, le volume des plages de temps de travail additionnel indemnisé, après avoir fléchi entre 2012 (1242 h) et 2014 (1047 h), est reparti à la hausse pour atteindre 1524 heures en 2017. La rémunération correspondante, hors charges, a augmenté de 44 % sur la période, passant de 0,27 M€ en 2012 à 0,38 M€ en 2017.

Selon l'analyse des bilans sociaux effectuée par l'agence régionale de santé, le taux de fréquence du temps de travail additionnel rapporté à l'effectif médical, exprimé en emplois équivalent temps plein, avait fortement progressé entre 2014 (5,6 %) et 2016 (14,5 %), bien au-delà du taux médian de 6,5 % calculé à l'échelle régionale. Ce résultat confirme, s'il en était besoin, les difficultés de recrutement médical que rencontre l'établissement, notamment pour couvrir les grilles de service des urgences et du SMUR ou encore pour assurer l'anesthésie-réanimation. Il induit, en outre, un accru risque d'usure professionnelle qui peut contribuer, selon le directeur en charge de la stratégie médicale, au départ de certains praticiens de l'établissement.

Par ailleurs, la pénurie de temps médical a un effet direct sur les comptes épargne temps des personnels, qui peuvent être alimentés, comme le permet l'article R. 6152-804 du code de la santé, par le report de cinq jours au plus de congés annuels, de jours de RTT et de jours de récupération au titre des périodes de temps de travail additionnel, ou encore d'astreintes et de déplacements lorsqu'ils n'ont pas donné lieu à indemnisation. Le stock ainsi constitué n'a cessé de croître, passant de 31,9 jours en moyenne en 2014 par praticien à 40,2 jours en 2016, bien au-delà, ici encore, à la moyenne constatée au plan régional (26,4 jours).

## 6.7- La régularité des éléments de la paie

### 6.7.1- Les vérifications par sondage

Lors du contrôle sur place au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, la chambre a pu constater la bonne tenue des dossiers individuels du personnel non médical sur un échantillon, tous statuts représentés.

Outre le contrôle des heures supplémentaires présenté ci-avant, la chambre a également procédé à une analyse de divers éléments de traitement pour les années 2012 à 2017, concernant notamment la nouvelle bonification indiciaire (NBI) et la prime de fonctions et de résultats (PFR). Elle n'a pas relevé d'anomalie particulière méritant observation.

Enfin, elle s'est intéressée aux décisions individuelles relatives à la prime de technicité des ingénieurs, à la prime libellée « prime diverse » sur les bulletins de paie, et à l'avantage en nature pour logement de fonctions.

### 6.7.2- Rappel des règles applicables en matière de primes et d'indemnités

L'article 20 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires, pose le principe selon lequel « *les fonctionnaires ont droit, après service fait, à une rémunération comprenant le traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial*

---

<sup>50</sup> 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.

de traitement ainsi que les indemnités instituées par un texte législatif ou réglementaire ». Aucune prime ou indemnité ne peut donc être attribuée aux agents si elle n'a pas été préalablement créée par un texte législatif ou réglementaire.

Par ailleurs, conformément à la jurisprudence du conseil d'État reprise dans l'instruction de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 2 avril 2015<sup>51</sup>, si les établissements publics de santé ne peuvent verser aux agents contractuels les primes et indemnités réservées aux fonctionnaires, rien ne leur interdit de définir, par la voie du contrat, 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. Les établissements peuvent également instaurer des dispositifs indemnitaires spécifiques, à condition toutefois que ces dispositifs s'appliquent à tous les agents contractuels placés dans une situation comparable. Un tel dispositif n'existe pas au centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

L'attribution d'une prime ou indemnité doit être formalisée par une décision attributive individuelle émanant du directeur, par référence aux textes législatifs ou réglementaires l'instituant, et pour les agents contractuels, en conformité avec les stipulations de leurs contrats<sup>52</sup> de travail. Selon l'ordonnatrice, la situation aurait été régularisée en 2018 pour ce qui concerne les agents contractuels.

#### 6.7.3- La prime de technicité

Les ingénieurs hospitaliers titulaires ou stagiaires bénéficient d'une prime de technicité dont le montant mensuel est arrêté par l'autorité investie du pouvoir de nomination, en fonction de leur valeur professionnelle<sup>53</sup>. Elle est plafonnée à 45 % du traitement brut indiciaire du bénéficiaire (60 % pour les ingénieurs généraux) et est exclusive de la prime de service et de l'indemnité de sujétion spéciale.

Au cours de la période couvrant les années 2012 à 2016, 14 agents titulaires et contractuels en ont bénéficié ; le taux en a été fixé dans la limite du plafond réglementaire, à savoir dans une fourchette allant de 25 % à 45 % de leur traitement brut indiciaire.

Toutefois, selon l'analyse des paies, quelques agents bénéficiaires ont également perçu jusqu'en 2014, irrégulièrement, une indemnité de sujétion spéciale. Ces situations ont donné lieu à correction depuis.

#### 6.7.4- La « prime diverse »

L'analyse des bulletins de paies conduite par la chambre a, par ailleurs, montré que 20 agents avaient bénéficié d'une prime qualifiée de « prime diverse » et codifiée sous le numéro 1350, dont le montant et la fréquence de versement (annuel, mensuel, ponctuel, régulier) apparaissaient extrêmement variables. Des agents de différents grades en ont bénéficié (ingénieur, agent de maîtrise, adjoint administratif), trois étant au surplus des agents non titulaires, dont un emploi aidé en contrat unique d'insertion (CUI).

Selon les états analytiques mensuels des dépenses de personnel pour la période couvrant les années 2012 à 2016, le montant cumulé de la prime a atteint 256 186 € ; il faut y ajouter les versements, d'un total de 14 341 €, intervenus à titre de rappels de l'année N-1, non comptabilisés dans les états analytiques, mais figurant dans les bulletins de salaires de cinq agents concernés. Au total donc, les agents bénéficiaires ont été primés, à hauteur 270 528 €.

<sup>51</sup> Instruction n° DGOS/RH4/2015/108 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

<sup>52</sup> Liste des pièces justificatives des dépenses des EPS, rubrique 220223.

<sup>53</sup> Décret n° 91-870 du 5 septembre 1991 relatif à l'attribution d'une prime de technicité aux ingénieurs hospitaliers.

Interrogé sur le fondement et la référence juridique de la prime, l'ordonnateur a transmis (au terme de diverses interventions, réitérées durant plusieurs semaines) les décisions attributives individuelles. Toutes prises par M. Pierre Thépot, elles précisent que les personnels gratifiés sont ceux considérés comme « faisant fonctions », ou exerçant des missions particulières, mais dont le statut ou le grade ne permettait pas de bénéficier de primes et indemnité à ce titre. Les décisions libellent cette prime, codifiée 1350 sur les bulletins de paie, de différentes manières, la qualifiant parfois de « prime annuelle » ou de « prime mensuelle ».

Pour les seuls agents non titulaires, les (laborieuses) investigations menées ont permis, malgré tout, d'apporter quelques éclairages, sans toutefois toujours obtenir de preuves tangibles :

- ♦ sur les bulletins de salaires de 2015 d'un agent non titulaire, apparaît une « prime diverse » de 62,47 € qui, aux dires de l'ordonnateur, correspondrait à des heures supplémentaires mal codées ;
- ♦ un agent, contractuel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et assurant les fonctions de directeur adjoint, a perçu une « prime diverse » de 6 500 € en 2016. L'ordonnateur a justifié ce versement par l'attribution de la prime de fonction et de résultat (PFR), conformément à l'avenant n° 1 à son contrat signé le 27 janvier 2015. Les montants de la part fonctions (14 900 €) et de la part résultats (6 500 €) au titre de l'année 2015 ont été régulièrement formalisés par décisions individuelles. La chambre a pu vérifier qu'il s'agissait effectivement de la part résultats, victime d'une erreur de codage dans les lignes de paie (erreur qui s'est reproduite également en 2017) ;
- ♦ enfin, un autre agent non titulaire qui assurait des fonctions d'encadrement, a perçu une « prime diverse » de 901,80 € en 2016. Celle-ci correspondrait, selon l'ordonnateur, à l'équivalent d'une nouvelle bonification indiciaire (NBI) de 15 points, qui ne pouvait lui être attribuée. La chambre n'a pas pu obtenir communication du contrat de travail susceptible, en droit, d'avoir prévu une telle rétribution particulière.

Pour les agents titulaires, cette prime attribuée sans référence à un texte législatif ou réglementaire permettant d'en attester la régularité, et parfois pour des montants cumulés non négligeables (entre 26 800 € et 93 830 €), a été versée en sus des autres primes et indemnités dont ces agents étaient déjà bénéficiaires (NBI, prime de service, prime de technicité, IDTE, IFTS...).

Même si les fonctions particulières assurées par ces agents titulaires paraissent devoir expliquer la volonté du directeur de l'établissement de leur accorder une rémunération complémentaire, la décision attributive d'une telle « prime diverse » n'en demeure pas moins illégale.

En 2017, la « prime diverse » a encore été versée au bénéfice de quatre agents pour des montants individuels compris entre 3 600 € et 7 000 €. Selon l'ordonnatrice en fonctions, il a été mis définitivement fin au versement de cette prime durant le contrôle de la chambre, en octobre 2018.

#### 6.7.5- L'avantage en nature pour logement de fonctions

En application du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010<sup>54</sup>, un logement peut être attribué par nécessité absolue de service à certains agents de la fonction publique hospitalière (personnels de direction, directeurs des soins, agents astreints à des gardes de direction ou techniques de 40 journées minimum), obligés, du fait de leurs fonctions, à résider dans ou à proximité de leur établissement. À défaut, lorsque le patrimoine de l'hôpital ne permet pas d'assurer leur logement, ils bénéficient soit d'un logement locatif mis à leur disposition, soit d'une indemnité

<sup>54</sup> Décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 sur les logements de fonction pour nécessité absolue de service et utilité de service dans la fonction publique hospitalière.

compensatrice mensuelle. La gratuité du logement nu, dépourvu de biens meubles, s'accompagne de la fourniture à titre gratuit de l'électricité, du chauffage, du gaz et de l'eau, à l'exclusion de toute autre prestation.

Cet avantage en nature est soumis aux cotisations sociales (art. L.242-1 et suivants du code de la Sécurité sociale) et, au même titre que la rémunération, imposable à l'impôt sur le revenu (article 82 du code général des impôts). Le montant à prendre en considération correspond à la valeur locative cadastrale à laquelle est appliquée un abattement pour sujétions de 30 %<sup>55</sup>, et les avantages accessoires pris en charge par l'employeur (eau, gaz, électricité, chauffage, etc.) sont ajoutés pour leur montant réel.

Au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, par décision du directeur, 11 agents ont bénéficié d'avantages en nature pour logement de fonctions au cours de la période sous revue.

Cependant, l'établissement n'a pas pris en compte les avantages accessoires et a, en outre, appliqué depuis 2012 un taux d'abattement de 33 %, au lieu des 30 % prévus par la réglementation pour valoriser l'avantage en nature, ce qui a eu pour effet de le minorer (au regard des cotisations et du revenu imposable). Suite aux observations de la chambre, l'ordonnatrice a indiqué avoir engagé la révision des modalités de valorisation des avantages en nature liés au logement.

Par ailleurs, le décret précité exige que le bilan d'exécution des dépenses d'investissement, de gros entretien et d'entretien courant au bénéfice des logements concernés, doit faire l'objet d'une présentation annuelle devant l'assemblée délibérante de l'hôpital. Ce que le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a omis de faire en 2016 et 2017. L'ordonnateur, qui s'était engagé à le faire, a présenté ce point à la réunion du conseil de surveillance de décembre 2018.

#### **6.8- Conclusion intermédiaire sur les ressources humaines**

Les effectifs du centre hospitalier de Moulins-Yzeure ont peu progressé entre 2012 (2181 ETP) et 2017 (2201 ETP). La part des emplois permanents a reculé avec, pour le personnel médical, un recours accru aux internes et, pour les personnels non médicaux, un renforcement des effectifs contractuels et des emplois aidés. Néanmoins, l'évolution globale raisonnée des effectifs aura été insuffisante pour enrayer la dégradation de la situation financière, largement imputable à la faible progression des produits d'exploitation.

Les dispositions relatives au temps de travail, dont le socle est contenu dans l'accord local signé en 2002, font l'objet d'une multitude de notes qui rendent difficile leur lisibilité. Un état des lieux des pratiques en matière de gestion du temps de travail avait été effectué à la demande de l'Inspection générale des affaires sociales en 2015. Les axes d'amélioration qui en sont ressortis n'ont, pour leur plus grande part, pas encore donné lieu à mise en œuvre.

L'absentéisme du personnel non médical est maîtrisé au centre hospitalier de Moulins-Yzeure. Les heures supplémentaires sont plus nombreuses à faire l'objet d'une rémunération, et le stock de celles qui restent non récupérées et non indemnisées en fin d'année, après avoir diminué, a retrouvé en 2017 le niveau atteint en début de période. Cette double évolution traduit la volonté de l'établissement de contenir le nombre de journées sur les comptes épargne temps des agents, ayant pour origine la conversion des heures supplémentaires.

Au titre de la régularité des éléments de paie, la chambre a constaté que le centre hospitalier de Moulins-Yzeure avait octroyé à 20 agents, au cours de la période sous revue, une « prime

---

<sup>55</sup> BOI-RSA-BASE-20-20-20160801.

diverse » ne reposant sur aucun fondement juridique. Elle l'invite, au minimum, à mettre fin aux versements y afférents.

## 7- LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

Les actes et consultations externes effectués à l'hôpital n'ont pas de définition réglementaire explicite. L'instruction du 15 juin 2010<sup>56</sup> permet toutefois d'en cerner le champ, par opposition aux activités tarifées à l'activité : « *ne doit pas donner lieu à facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé antérieurement sous dotation globale* ».

Dans le cadre de l'enquête commune à la Cour et aux chambres régionales des comptes, le périmètre retenu correspond à celui qui a servi de base à la Commission des comptes de la Sécurité sociale<sup>57</sup> dans son analyse de septembre 2015, défini comme étant « *non seulement les actes et consultations réalisées dans le cadre de l'activité externe de l'établissement de santé, mais également l'ensemble des prestations hospitalières sans hospitalisation* ».

Pour être pris en charge par l'Assurance maladie et donner lieu à remboursement, les actes et consultations externes doivent, selon les prescriptions de l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale, être inscrits sur la liste des actes et des prestations, arrêtée par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM). Cette liste est organisée, depuis 2005, en deux principales nomenclatures :

- la classification commune des actes médicaux (CCAM) qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins (imagerie, échographies, chirurgie...) ;
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (consultations, biologie, soins infirmiers ainsi que les éventuelles majorations qui peuvent s'appliquer, notamment la nuit et les jours fériés).

S'ajoutent les forfaits techniques de radiologie, ainsi que les prestations hospitalières sans hospitalisation :

- le forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) pour les passages aux urgences qui n'ont pas donné lieu à hospitalisation ;
- le forfait de sécurité et environnement (SE) pour les soins réalisés sans hospitalisation, mais nécessitant le recours au secteur opératoire ou à une surveillance du patient dans un milieu hospitalier ;
- le forfait pour frais de petit matériel (FFM), lorsque les soins nécessitent la consommation de matériels de petite chirurgie dans les établissements qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence ;
- les forfaits correspondant aux alternatives à la dialyse en centre (autodialyse...) ;
- les forfaits correspondant aux dispositifs médicaux utilisés ;
- le forfait prestation intermédiaire, créé en 2017 pour rémunérer les consultations complexes, nécessitant l'intervention coordonnée d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et donnant lieu à la rédaction d'une synthèse médicale.

Dans le cadre de l'enquête, le rapport s'attache à analyser globalement l'ensemble des actes et consultations externes sur le même périmètre que celui que la Commission des comptes

<sup>56</sup> Instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

<sup>57</sup> Les Comptes de la Sécurité Sociale - septembre 2015.

de la Sécurité sociale a choisi. Il envisagera également l'examen plus spécifique de l'organisation de l'activité de consultation sur rendez-vous, visant à rendre un avis sur les symptômes du patient, à établir un diagnostic, et plus généralement à prodiguer des prescriptions sous forme d'une ordonnance, comme pourrait le faire un médecin en ville.

### 7.1- L'activité des actes et consultations externes

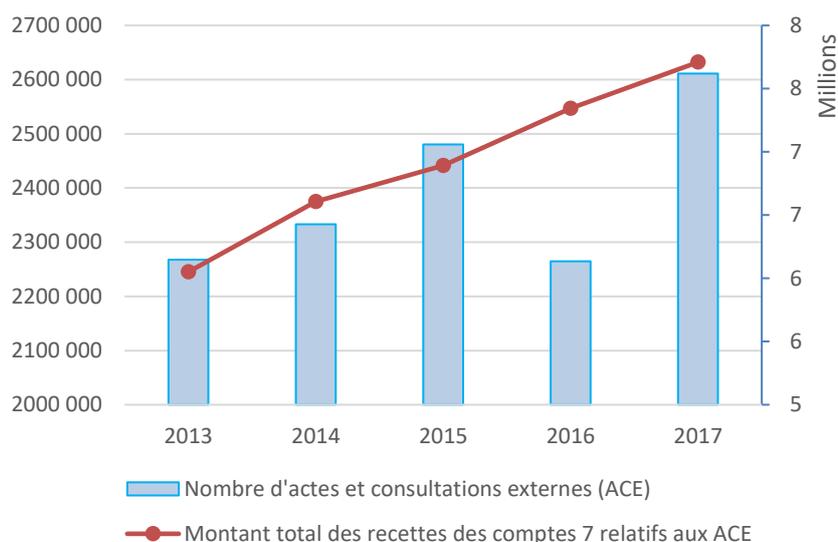
Le nombre d'actes et de consultations externes réalisés au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, calculé selon la méthode utilisée pour la Commission des comptes de la Sécurité sociale, a globalement progressé de 15,1 % entre 2013 (2,27 millions) et 2017 (2,61 millions). Quelque 86 % concernant le secteur de la biologie. L'ensemble de l'activité ainsi mesurée correspond, en moyenne, à 1,9 actes et consultations externes par habitant accueilli dans l'aire urbaine de Moulins en 2017. Dans cet ensemble, les seules consultations généralistes et spécialistes, en augmentation de 24,6 % sur la période d'analyse, n'en ont représenté que 4,6 % en volume, soit 118 897 consultations en 2017.

Pour fixer l'ordre de grandeur, lorsqu'il assure 100 journées d'hospitalisation en MCO, l'établissement effectue en moyenne 2 250 actes et consultations externes chaque année.

Le montant de la base de remboursement par l'Assurance maladie, correspondant au total des actes et consultations externes, a crû de 28,3 %, passant de 4,87 M€ en 2013 à 6,25 M€ en 2017. La part générée par les urgences a été stable, autour de 35,6 % en montant, entre 2013 et 2016, avant de diminuer en 2017 (33,8 %).

Au total, la recette pour l'établissement, y compris les produits à la charge des patients, des organismes complémentaires et des compagnies d'assurance est passée de 6,05 M€ en 2013 à 7,71 M€ en 2017, soit + 27,4 %. Rapportée aux recettes totales en médecine, chirurgie et obstétrique, la part relative revenant au produit des actes et consultations externes a connu une croissance régulière sur la période, évoluant de 5,4 % en 2013 à 6,5 % en 2017.

Si les actes de biologie sont les plus nombreux, avec une recette induite de 0,50 M€ en 2017 en progression de 36,8 % depuis 2013, ils ne représentent que 8,1 % du montant total de la base de remboursement. Les montants les plus élevés proviennent des consultations spécialisées (17,4 % du montant total en 2017), des consultations généralistes (16,4 %), des actes d'imagerie (13,7 %) et des échographies (11,2 %). Les soins infirmiers ont connu une baisse importante en volume entre 2015 (60 384 actes) et 2016 (26 073 actes), correspondant cependant à un recul plus modeste en montant (- 90 810 €), du fait d'une modification de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) interdisant à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2015 la facturation des actes infirmiers aux urgences. Couplée à la diminution des actes de biologie observée dans le même temps, en conséquence des opérations d'investissement et des travaux menés par l'établissement, l'évolution du nombre des actes infirmiers explique pour l'essentiel le fléchissement observé en 2016, sans que le montant remboursé en soit réellement affecté dans la mesure où ces actes sont relativement peu rémunérateurs.

**Figure 5 : Nombre et recettes des actes et consultations externes**

Source : CRC d'après les données Ovalide et établissement

**Tableau 30 : Indicateurs relatifs aux actes et consultations externes**

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'actes et consultations externes (ACE)	2 267 721	2 333 056	2 480 655	2 264 565	2 611 085
Nombre de consultations généralistes et spécialistes	95 432	107 819	117 623	119 598	118 897
Nombre de patients vus pour la première fois en consultation	-	-	-	-	9 274
Nombre d'ETP dédiés aux ACE (hors médecins)	55,1	57,0	58,2	59,3	57,8
Montant total des recettes des comptes 7 relatifs aux ACE	6 050 830 €	6 606 698 €	6 891 613 €	7 344 740 €	7 709 654 €
Montant de la recette des ACE (hors forfaits)	5 431 158 €	5 929 182 €	6 147 585 €	6 397 273 €	6 416 100 €
Montant total de la recette MCO	111 642 267 €	118 117 963 €	118 903 409 €	119 546 570 €	119 108 338 €
Nombre de journées d'hospitalisation MCO	104 438	107 072	102 630	102 003	95 960
Nombre d'ACE / 100 journées d'hospitalisation MCO	2 171	2 179	2 417	2 220	2 721
Montant total de la recette ACE / montant de la recette MCO	5,4%	5,6%	5,8%	6,1%	6,5%
Montant de la recette ACE / 100 consultations	5 691,13 €	5 499,20 €	5 226,52 €	5 348,98 €	5 396,35 €
Nombre d'ETP des personnels supports (hors médecins) / pour 1 000 consultations	0,58 ETP	0,53 ETP	0,50 ETP	0,50 ETP	0,49 ETP
Nombre de premières consultations / nombre total de consultations	-	-	-	-	7,8%

Source : CRC depuis les données Ovalide et établissement

## 7.2- La stratégie de l'établissement en matière d'actes et consultations externes

### 7.2.1- Objectifs stratégiques de l'établissement

Si le projet médical du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, couvrant les années 2015 à 2019, évoque à de nombreuses reprises la question des consultations externes, et notamment des consultations avancées<sup>58</sup>, l'établissement ne l'a pas identifiée, pour autant, comme un axe stratégique majeur. Néanmoins, l'ordonnateur, dans ses réponses à la chambre, en a dessiné les contours :

<sup>58</sup> Les consultations avancées sont des consultations effectuées par un praticien d'un établissement A, au sein d'un établissement B, dans le cadre d'une convention liant les deux établissements.

- ♦ maintenir l'offre de consultation de l'établissement et la développer en fonction des possibilités permises par la démographie médicale. Se pose toutefois la question du maintien des consultations dans les disciplines qui ne sont pas porteuses de nouvelles hospitalisations (par exemple l'ophtalmologie), alors que leur suppression entraînerait une diminution, voire une disparition, de l'offre de soins de cette spécialité sur le territoire de Moulins ;
- ♦ diminuer les délais avant l'obtention d'un rendez-vous en consultation, ou pour la réalisation d'un acte en externe ;
- ♦ mettre en œuvre des consultations avancées sur les établissements de proximité (centre hospitalier de Bourbon-l'Archambault, hôpital Cœur de Bourbonnais à Saint-Pourçain) ;
- ♦ développer la téléconsultation que l'établissement propose déjà en réponse pour la prise en charge des détenus du centre pénitentiaire, pour les consultations gériatriques, la télécardiologie ou encore dans le cadre de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'ordonnateur en fonctions a fait valoir que, face aux carences de l'offre médicale libérale dans le bassin de santé, les patients s'adressent naturellement au centre hospitalier. Il considère que les actes et consultations externes, qui mobilisent du temps de praticien hospitalier pour répondre à un besoin de la population, ne sont pas pour autant une activité économiquement rentable, ni même équilibrée, pour l'hôpital. Un ancien ordonnateur y voit le moyen de fidéliser la patientèle, d'alimenter la notoriété de l'établissement, de développer l'hospitalisation programmée et d'inciter les médecins spécialistes à venir travailler dans l'établissement. C'est, selon lui, un « maillon du parcours de soins indispensable ».

Le « plan de performance 2014-2024 », très contingent de l'opération immobilière « Hôpital de demain », visait explicitement à l'optimisation des consultations externes, par la création d'un plateau pour les consultations polyvalentes de chirurgie et de médecine au sein du bâtiment à construire sur le site de Moulins. Par ailleurs, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure organise déjà des consultations avancées, notamment en chirurgie viscérale à l'Hôpital Cœur du Bourbonnais.

Le projet médico-soignant de territoire précise que le CHU de Clermont-Ferrand, établissement support du groupement hospitalier de territoire « Allier – Puy-de-Dôme », mobilise 62 emplois ETP médicaux, au titre des consultations avancées et de prestations croisées avec les établissements parties au groupement. L'ordonnateur du centre hospitalier de Moulins-Yzeure estime que cet apport en compétences est majeur et cite, à titre d'exemple, les consultations avancées assurées à Moulins par deux professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH) du CHU.

Signe de l'importance accordée par l'établissement aux consultations externes, quand bien même il n'existe pas d'instance de pilotage dédiée, celles-ci font l'objet d'orientations et d'un suivi, à l'aide du contrôle de gestion, dans le cadre des contrats de pôle. Lors des revues semestrielles de gestion des pôles, sont systématiquement analysées les évolutions du nombre d'actes et de consultations externes, des consultations avancées, du délai d'obtention d'un rendez-vous et du nombre d'actes de télémedecine. Chaque praticien est également destinataire, mensuellement, d'un relevé de son activité de consultation.

#### 7.2.2- Notoriété et reconnaissance des actes et consultations externes assurés par l'établissement

Les activités de consultation externe du centre hospitalier de Moulins-Yzeure sont peu visibles pour le grand public : le site internet de l'établissement n'apporte que quelques informations très généralistes ; l'annuaire « Pages jaunes » ne détaille pas les disciplines couvertes ; la prise de rendez-vous par internet n'est pas proposée. Dans sa réponse aux observations

provisoires de la chambre, l'ordonnatrice en fonctions a indiqué s'être attachée à apporter des améliorations quant au détail des informations de l'annuaire et quant à la prise de rendez-vous.

Pour la médecine de ville et les autres acteurs de santé, il n'existe pas de communication spécifique en matière de consultations externes, mais l'établissement entretient avec eux des relations régulières permettant de diffuser des informations relatives à la vie de l'hôpital. Ainsi, chaque trimestre, le journal interne, support de communication de quatre pages, est diffusé à l'ensemble de ces différents acteurs, ce qui permet de leur faire connaître, notamment, la mise en œuvre de nouvelles consultations. Également, chaque année l'établissement adresse aux médecins libéraux une plaquette de présentation de tous les services, avec leurs coordonnées. Enfin, des actions ponctuelles de communication peuvent être menées à l'occasion d'évènements spécifiques : ouverture d'une nouvelle activité, présentation de la messagerie sécurisée<sup>59</sup> en santé...

Les patients venant consulter à l'hôpital peuvent avoir été adressés par un médecin hospitalier, un médecin libéral ou encore s'être spontanément présentés aux consultations externes. Ce mode d'adressage ne fait pas l'objet d'un suivi de la part de l'établissement. Pareillement, ce dernier ne distingue pas les patients dont il s'agit de la première consultation ; il ne s'est préoccupé d'en établir le décompte que pour répondre aux sollicitations de la chambre. En 2017, ils ont ainsi représenté 7,8 % du total des patients des consultations généralistes et spécialistes.

Néanmoins, chaque année l'établissement mène des enquêtes de satisfaction auprès des patients pour des examens de biologie externe, des séances de radiothérapie, des radiologies et pour diverses autres consultations. En 2015, 433 questionnaires ont pu être recueillis après une consultation externe (hors gynécologie). Sans être représentative, compte-tenu des 90 749 consultations réalisées cette année en dehors de celles des urgences, cette enquête apporte quelques enseignements : seuls 20 % des répondants avaient été conseillés par leur médecin traitant ; le délai de prise de rendez-vous paraissait satisfaisant ou très satisfaisant pour 70 % d'entre eux, et ce alors même qu'ils déclaraient des délais pouvant être supérieurs à trois mois.

### 7.2.3- Évaluations et audits réalisés sur les ACE

L'établissement fait appel à un prestataire, chaque année depuis 2015, afin d'optimiser la facturation des consultations et actes externes. Ses rapports sont analysés conjointement par le médecin du département d'information médicale et le responsable du bureau des entrées, avant de décider de la mise en œuvre éventuelle des préconisations. Entre 2015 et 2017, ces opérations ont permis un complément de facturation à l'assurance maladie de 0,25 M€, dont il faut déduire la rémunération de 0,03 M€ servie au prestataire pour en apprécier les gains réels.

À l'occasion de la mise en œuvre de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) pour les consultations externes, un adjoint des cadres avait été recruté au bureau des entrées en 2013. À son départ, en 2017, deux personnes ont été formées sur ces problématiques et parallèlement, le contrôle de la chaîne de facturation des consultations externes a été intégré au plan de contrôle interne de l'établissement, établi en préparation et dans la perspective de la certification des comptes.

Dans le cadre du plan d'économies sur l'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) se rapportant à la période de 2015 à 2017, et s'imposant à tous les établissements

<sup>59</sup> Un système de messagerie sécurisée de santé, réservé à l'ensemble des professionnels de santé, leur permet d'échanger entre eux et par mail des données de santé à caractère personnel.

de santé, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a mis en œuvre en octobre 2016 le « Macrodiagnostic » bâti par l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), permettant d'évaluer la maturité organisationnelle de l'établissement. L'un des chapitres de cet « autodiagnostic » portait sur les consultations externes et permettait, notamment, de relever que l'établissement disposait de « plus de quatre points de consultations ».

En 2017, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a participé à une enquête menée par l'agence régionale de santé visant à identifier les bonnes pratiques en matière d'organisation des soins externes et à comparer les établissements entre eux. C'est sur le fondement du constat régional suivant que l'enquête a été lancée :

- ♦ le temps médical consacré aux consultations externes est significatif : 20 % des emplois en ETP médicaux cliniciens à l'hôpital (soit plus que l'opérateur) ;
- ♦ les consultations externes sont souvent un préalable à l'hospitalisation programmée. Elles devraient être un mode d'entrée à privilégier dans la mesure où elles facilitent grandement l'organisation des séjours au sein de l'établissement ;
- ♦ elles sont trop souvent l'objet d'une mauvaise expérience pour les usagers (temps d'attente, difficultés pour le paiement, ...).

Plus détaillé, cet autodiagnostic, couplé à un recueil d'activité et à l'exploitation des sources de données existantes, consistait en un audit organisationnel sur les enjeux stratégiques, de qualité, d'adéquation des ressources humaines et d'analyse des pratiques organisationnelles. En préambule, l'enquête précisait ce qu'il fallait entendre par « point de consultation », à savoir un lieu géographique constitué d'une ou plusieurs salles de consultations, d'une salle d'attente et d'une équipe commune. Les salles de consultations pouvaient aller de simples bureaux de médecin, utilisés pour recevoir les patients, jusqu'aux salles armées d'équipements lourds.

Le premier enseignement de cette démarche consiste dans le constat d'une très grande dispersion des consultations externes au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, avec 23 lieux (ou « points ») de consultations de médecine, chirurgie et obstétrique identifiés, comportant au total 81 salles, et sans compter les autres disciplines présentes (Psychiatrie, SSR...).

L'analyse a porté sur 14 points de consultations, comportant un total de 73 salles, et couvrant 22 des spécialités MCO concernées par les consultations externes au centre hospitalier de Moulins-Yzeure. Le résultat a montré que, globalement, l'établissement ne se distinguait pas des autres établissements ayant participé à l'enquête. Il présentait toutefois, outre la dispersion précitée des points de consultation, des marges d'amélioration sur plusieurs facteurs d'appréciation, en matière notamment de la maîtrise de la facturation, de l'optimisation du parcours du patient, ou encore de l'organisation administrative. Par-delà cette évaluation globale, il convient de noter pour Moulins-Yzeure une certaine hétérogénéité des points de consultations, trois d'entre eux ayant été identifiés comme sensiblement moins performants.

Pour autant, et bien que le schéma immobilier « Hôpital de demain » portait le projet de regroupement des consultations externes, aucune démarche particulière n'a été engagée en conséquence de ce travail d'analyse ; l'établissement en impute le défaut de réaction jusqu'à ce jour aux changements ayant affecté intervenus dans la direction du centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

### **7.3- L'offre d'actes et consultations externes proposée par l'établissement**

#### **7.3.1- Les consultations offertes par l'établissement**

Dans un département où les densités en médecins généralistes (142 médecins pour 100 000 habitants) et spécialistes (136) sont très en retrait par rapport aux densités régionales (158 et 182) et nationales (155 et 185), le centre hospitalier de Moulins-Yzeure pallie ces

insuffisances en proposant des consultations externes dans de très nombreuses disciplines (cf. Tableau 103 en annexe).

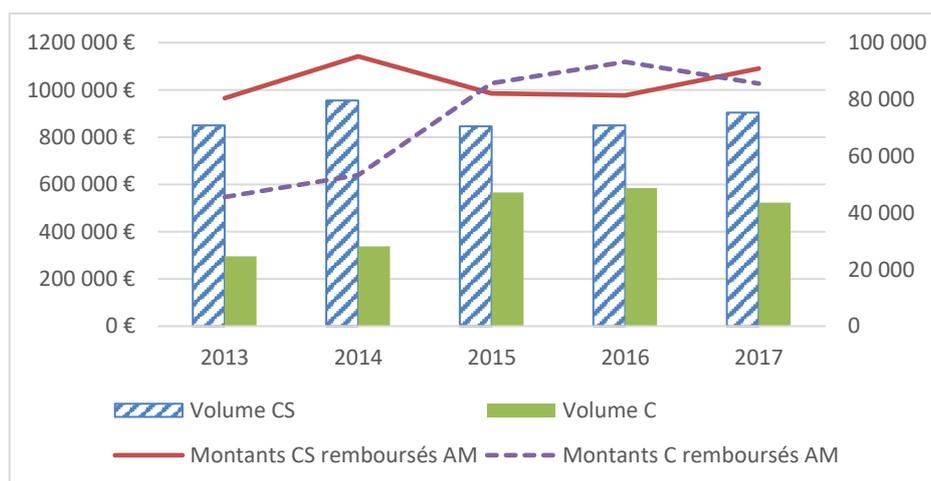
En 2017, cette activité a comptabilisé plus de 350 000 actes et consultations publiques et privées, valorisées à 6,34 M€ dont plus de la moitié au titre de l'imagerie, la gynécologie, les urgences générales et le laboratoire.

Les actes d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont réalisés dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique (GIE), créé en 2004 et associant la société civile de moyens « société pour l'IRM de Moulins ». Les plages d'utilisation de l'appareil, installé dans les locaux de l'hôpital, sont partagées à parts égales entre les deux partenaires et les charges d'exploitation et d'investissement font l'objet d'une répartition définie au règlement intérieur du GIE. La facturation est assurée directement par le partenaire auquel le patient s'est adressé et, pour ce qui concerne le centre hospitalier, entre dans le processus de codification des actes et forfaits dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En 2017, l'activité d'IRM a permis au centre hospitalier de Moulins-Yzeure de réaliser un excédent de 0,34 M€. Néanmoins, les prochains départs à la retraite des praticiens libéraux interrogent l'établissement quant au devenir du GIE.

Au sein de l'activité des actes et consultations externes, il convient de distinguer les consultations externes publiques, généralistes ou spécialisées, qui sont codifiées au sein de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et correspondent aux actes cliniques des médecins, comparables à ceux de la médecine de ville. Cette activité, qui constitue une forme de « vitrine » aux yeux du public, participe à la notoriété de l'établissement.

Elle a progressé, en volume, de 95 532 consultations en 2013 à 118 897 consultations en 2017, soit + 24,6 %, et en montants remboursés par l'assurance maladie de 1,51 M€ en 2013 à 2,12 M€ en 2017, soit + 40 %.

**Figure 6 : Actes cliniques médicaux cotés en NGAP**



Source : CRC depuis les données Ovalide ePMSI – C : consultations généralistes – CS : consultations spécialistes

### 7.3.2- L'organisation de la permanence des soins

La réponse apportée par l'hôpital aux besoins de soins de la population doit respecter, en premier lieu, le principe de la continuité des soins se traduisant par l'obligation réglementaire d'assurer, à tout moment, la prise en charge des patients déjà hospitalisés. Dans ce cadre, et

pendant les heures d'ouverture habituels, de nouveaux patients peuvent être également accueillis. Les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés, le dispositif de permanence des soins en établissement de santé (PDSES), organisé sous forme de gardes et d'astreintes selon un schéma territorial défini par l'agence régionale de santé, permet l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents.

L'agence régionale de santé est également compétente pour organiser la permanence des soins en ambulatoire (PDSA), dont l'objet est de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux et des centres de santé. Dans l'Allier, où n'existe ni structure équivalente à « SOS médecins », ni maison de garde, les appels au titre de la permanence des soins ambulatoires sont reçus par un assistant de régulation médicale du SAMU, qui redirige alors cet appel vers un médecin libéral participant au dispositif. Ce dernier peut se trouver dans les locaux mêmes du SAMU, ou être joint au téléphone selon des procédures validées par l'ARS, en lien avec l'association des médecins libéraux de l'Allier.

Si, en toute logique, la permanence des soins ambulatoires et les urgences hospitalières sont faites pour se compléter, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a constaté, du fait notamment des carences de la médecine de ville, un doublement du nombre de passages aux urgences entre 2003 (21 000 passages) et 2017 (40 000 passages). Mais, les passages suivis d'une hospitalisation ont relativement peu augmenté (+ 16 %), comparativement à ceux qui n'ont donné lieu qu'à des consultations (+ 133 %).

Pour éviter la congestion des urgences, l'établissement a organisé depuis 2009 une « filière courte ». Celle-ci, grâce au filtre d'une infirmière d'orientation en charge de mettre en œuvre des protocoles de pré-diagnostic, par délégation du médecin comme l'autorise l'article D. 6124-18 du code de la santé publique, permet de diriger les patients dont l'état de santé le justifie vers un bureau de consultation médicale. Cette consultation, gérée distinctement et assurée par les médecins urgentistes dans des locaux proches des urgences, ne perturbe pas ainsi les consultations externes programmées. Renforcée en 2018 par le recrutement d'un praticien supplémentaire, la filière courte comptabilise près de 8 700 passages par an, intégrés dans l'activité des urgences.

Un tiers du montant remboursé par l'assurance maladie pour les consultations externes publiques, généralistes ou spécialisées, codifiées au sein de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), et correspondant aux actes cliniques des médecins, provient des urgences. De façon quelque peu contre-intuitive, les consultations généralistes y sont les plus nombreuses (76,5 % en moyenne), progressant en moyenne de 2,6 % par an entre 2013 (17 988 consultations) et 2017 (19 895), en raison principalement des modalités de codification en vigueur jusqu'en 2017.

Jusqu'à très récemment, s'agrégeaient en dans cette catégorie des consultations généralistes aux urgences, celles que réalisent les médecins urgentistes obligatoirement cotées « généralistes » (lettre « C »), ainsi que les avis ponctuels des médecins spécialistes de l'établissement. Ces derniers, sous réserve que ce médecin n'ait pas reçu le patient dans les six mois précédant l'avis, et qu'il ne le verra pas dans les six mois<sup>60</sup> qui suivent, sont également cotés en « C ». Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017, des lettres clés spécifiques ont été instituées dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), afin d'isoler ces avis ponctuels de médecins spécialistes ; elles devraient conduire, à compter de 2018, à une décréue des actes cliniques cotés « C » aux urgences. Il n'existe pas de suivi spécifique pour ces avis ponctuels.

---

<sup>60</sup> Le délai avant et après l'avis du consultant a été ramené à quatre mois par décision de l'UNCAM du 24 juillet 2017.

Tableau 31 : Consultations réalisées aux urgences

	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Consultations spécialistes</b>					
Volume (en nb actes)	4 735	5 408	6 294	6 987	7 139
Montants remboursés AM	104 566 €	126 104 €	149 912 €	174 101 €	184 308 €
<b>Consultations généralistes</b>					
Volume (en nb actes)	17 988	18 862	20 580	21 242	19 895
Montants remboursés AM	414 744 €	449 225 €	519 363 €	589 187 €	540 583 €
<b>Total</b>					
Volume (en nb actes)	22 723	24 270	26 874	28 229	27 034
Montants remboursés AM	519 309 €	575 329 €	669 275 €	763 288 €	724 892 €

Source : ePMSI Ovalide

### 7.3.3- La couverture des besoins sur le territoire

Si le centre hospitalier de Moulins-Yzeure privilégie le développement des consultations externes dans les disciplines qui relèvent de sa mission de service public (consultations de suivi pré-ou post hospitalisation et consultations d'expertise), il participe néanmoins au-delà, et activement, à la couverture des besoins de soins du territoire lorsque la médecine libérale est insuffisante voire absente. C'est ainsi que l'établissement est le seul à proposer, par exemple, des consultations de pédiatrie sur le bassin de population de Moulins. La clinique Saint-Odilon, unique établissement privé de Moulins, propose quant à elle des consultations de chirurgie, d'oto-rhino-laryngologie ou encore de diététique.

Le nouveau projet régional de santé (PRS) Auvergne-Rhône-Alpes établi pour la période couvrant les années 2018 à 2028, adopté par un arrêté du directeur de l'agence régionale de santé le 25 mai 2018, entend mailler la région de points fixes de consultations (centres de santé), et affiche les objectifs suivants en matière de consultations avancées :

- ♦ renforcer l'organisation de l'offre chirurgicale dans le cadre de coopérations entre établissements de santé, et développer des consultations spécialisées avancées dans les établissements de santé ne disposant pas d'un plateau technique de chirurgie ;
- ♦ développer l'accès aux consultations de recours ou d'expertise sur les maladies chroniques, pour les professionnels de santé du médicosocial et de ville, en utilisant les outils de la télémédecine ou d'autres modalités organisationnelles.

#### 7.3.3.1- Les consultations avancées

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure accueille en ses murs, par convention avec le CHU de Clermont-Ferrand, des consultations avancées en hématologie, chirurgie pédiatrique et génétique, réalisées pour certaines par des professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH). La partie du traitement et des cotisations sociales correspondant à l'exercice de cette activité est remboursée au CHU par l'hôpital de Moulins-Yzeure qui, par ailleurs, défraie directement les intervenants de leurs frais de déplacement. Depuis 2018, l'établissement participe également au paiement de la prime d'exercice territorial, dont les modalités sont déterminées par l'arrêté du 14 mars 2017<sup>61</sup>, pour les deux PU-PH qui interviennent sur plusieurs établissements du territoire. L'ensemble de ces consultations est facturé par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure et entre dans la base des montants remboursés par l'assurance maladie.

<sup>61</sup> Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des ministres des affaires sociales et de la santé, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, et de l'économie et des finances

Aux dires de l'ordonnateur, la présence des médecins du CHU constitue un point fort pour l'établissement et est particulièrement appréciée ; elle offre en outre la possibilité aux patients du bassin de santé de Moulins d'accéder à une expertise médicale, à proximité de leur domicile.

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure accueille également des praticiens du centre hospitalier de Vichy dans des disciplines pour lesquelles il manque de médecins. Il n'assimile cependant pas de telles interventions à des consultations avancées, considérant qu'elles n'engendrent pas de recrutement nouveau de patientèle, et ne constituent pas de consultation d'expertise.

Par ailleurs, deux médecins du centre hospitalier de Moulins-Yzeure assurent des consultations de chirurgie viscérale et orthopédique au centre hospitalier Cœur du Bourbonnais, situé à une trentaine de kilomètres, dans le cadre d'une convention d'activité d'intérêt général telle qu'autorisée par l'article R. 6152-30 du code de la santé publique. Ce type de conventionnement permet à des praticiens hospitaliers à temps plein, après accord du directeur de l'établissement qui les emploie, de consacrer un maximum de deux demi-journées par semaine à des activités dans ou hors leur établissement d'affectation, dès lors que celles-ci présentent un caractère d'intérêt général. Les consultations des deux médecins impliqués donnent lieu à facturation par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

Un troisième praticien assure des consultations de cardiologie au centre hospitalier Cœur du Bourbonnais, sans toutefois qu'aucune relation conventionnelle n'ait été établie jusqu'à ce jour entre les deux établissements, faisant ainsi peser des risques accrus en termes de partage de responsabilités. L'hôpital de Moulins, après avoir financé l'investissement biomédical (échographe), parvient cependant à rassembler les éléments utiles à la facturation. La chambre recommande à l'établissement de régulariser les modalités d'intervention de son praticien auprès de l'hôpital Cœur du Bourbonnais.

Les sages-femmes du centre hospitalier de Moulins-Yzeure interviennent également, dans un cadre conventionnel de mise à disposition, auprès du centre hospitalier de Decize, également situé à une trentaine de kilomètres mais en région Bourgogne-Franche-Comté, depuis la fermeture de la maternité de l'établissement en 2010. Un praticien gastroentérologue y assure aussi, dans le cadre d'une activité d'intérêt général, des consultations que le centre hospitalier de Moulins-Yzeure n'assimile cependant pas à des consultations avancées, pour les mêmes raisons que précédemment exposées. Les actes effectués sont facturés par l'hôpital de Decize.

L'activité de consultations avancées des médecins du centre hospitalier de Moulins-Yzeure est examinée, chaque année, au cours des revues de gestion des pôles cliniques et médicotéchniques.

#### 7.3.3.2- La télémédecine

En 2011, le directeur du centre hospitalier de Moulins-Yzeure a engagé l'établissement dans le projet européen « *Regional telemedicine forum* », avec pour objectif de réduire les durées d'hospitalisation des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), en leur proposant un suivi par téléconsultation. À cette occasion, l'équipe médicale a contribué à la publication du guide « *Good Practice Guidelines on Telemedicine Services for Chronic Obstructive Pulmonary Disease* » réalisé dans le cadre du projet européen. Ce projet, baptisé « *Altermed Massif* », a bénéficié de subventions à hauteur de 0,41 M€ entre 2012 et 2016, et nécessité un investissement de 0,59 M€ de la part de l'établissement.

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure mobilise également la télémédecine dans le cadre de ses relations avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(EHPAD), en particulier pour des consultations de psycho-gériatrie, ainsi qu'avec les unités sanitaires du bassin de santé pour des consultations d'anesthésie.

Néanmoins, et malgré le recrutement d'un chargé de mission pour le développement de la télémédecine en 2013, l'activité demeure marginale et n'est pas à la mesure des ambitions et de l'investissement déjà réalisé : moins de 40 téléconsultations ont été effectuées en 2017.

S'il n'existe plus, aujourd'hui, de freins technologiques au développement de la télémédecine, force est de constater qu'elle peine à prendre son essor au centre hospitalier de Moulins-Yzeure. Ceci peut, en partie, s'expliquer par l'absence jusqu'alors de financement pérenne de cette activité, couplée à des aspects juridiques et administratifs encore complexes. Récemment cependant, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a autorisé, dans son article 54<sup>62</sup>, la négociation au plan national des tarifs de la télémédecine et leur entrée dans le droit commun des financements. Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure doit devoir se saisir de cette opportunité pour insuffler un nouvel élan à son activité de télémédecine dont les avantages, en termes de prise en charge de la population, sont indiscutables dans un bassin de santé comme celui de l'établissement. Le profil du nouveau chargé de mission, arrivé en octobre 2017 et tourné vers la coordination gériatrique, constitue un atout supplémentaire.

#### 7.4- L'organisation mise en œuvre par l'établissement

Alors que le flux des consultations réalisées dans le cadre des urgences peut difficilement être régulé, les consultations externes proposées par les praticiens d'un établissement de santé donnent lieu, idéalement, à des flux de circulation de patients structurés, sur lesquels interviennent plusieurs catégories de personnels.

Au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, les actes cliniques effectués par les médecins en consultations externes hors urgences, ont atteint le nombre de 91 863 en 2017, en progression de 26,3 % depuis 2013 (72 709). Les consultations généralistes en représentent 28 % en moyenne, sur les trois dernières années.

Les montants remboursés par l'Assurance maladie ont progressé plus rapidement, de 40,3 % entre 2013 (0,99 M€) et 2017 (1,39 M€), au sein desquels 37 % sont liés aux consultations généralistes.

**Tableau 32 : Consultations externes hors urgences**

	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Consultations spécialistes</b>					
Volume (en nb actes)	66 047	74 236	64 181	63 888	68 139
Montants remboursés AM	860 539 €	1 016 096 €	834 867 €	802 584 €	905 653 €
<b>Consultations généralistes</b>					
Volume (en nb actes)	6 662	9 313	26 568	27 481	23 724
Montants remboursés AM	131 971 €	189 671 €	508 513 €	529 339 €	486 581 €
<b>Total</b>					
Volume (en nb actes)	72 709	83 549	90 749	91 369	91 863
Montants remboursés AM	992 509 €	1 205 766 €	1 343 380 €	1 331 924 €	1 392 234 €

Source : Ovalide ePMSI

<sup>62</sup> Cet article permet à l'assurance maladie et aux syndicats signataires de la convention médicale de déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation, c'est-à-dire des consultations par un professionnel médical d'un patient à distance, et de télé-expertise, à savoir la sollicitation par un professionnel médical d'un ou plusieurs avis d'autres professionnels médicaux.

#### 7.4.1- Organisation spatiale et fonctionnelle

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure avait engagé le regroupement de ses consultations externes de chirurgie dans les années 2000 au premier étage du bâtiment Mercier, puis en 2012 au quatrième étage du bâtiment Calmette, plateaux confiés à la responsabilité d'un même cadre de santé. Ce mouvement de concentration physique dont les conséquences financières n'ont pas spécifiquement été étudiées, devait prendre toute son ampleur dans le cadre de l'opération « Hôpital de demain », dont la réalisation est pour le moins différée (cf. 3.3- ci-dessus).

Il persiste donc encore 23 points de consultations de médecine, chirurgie et obstétrique dans l'établissement, sans compter ceux de psychiatrie et de médecine physique et de réadaptation, ainsi que l'a relevé le diagnostic effectué en 2017 (cf. 7.2.3- ci-dessus). En outre, les regroupements physiques des consultations de chirurgie sur les plateaux Mercier et Calmette n'ont pas modifié la décomposition en unités fonctionnelles, l'hôpital comptant neuf unités fonctionnelles de consultations de chirurgie.

Néanmoins, les regroupements opérés ont déjà facilité l'identification du circuit des consultations concernées. Le bureau des entrées, unique pour l'établissement, comporte néanmoins un guichet dédié exclusivement aux patients des consultations externes, pour les orienter vers les deux plateaux de consultation situés dans le même bâtiment. Des circuits courts ont également été mis en place pour les urgences ophtalmologiques, et les consultations d'orthopédie bénéficient d'une prise en charge immédiate lorsque le patient a été vu aux urgences dans les huit derniers jours.

L'unité de lieu favorise les échanges entre praticiens de disciplines différentes, ainsi que le partage de certains matériels (par exemple pour l'ophtalmologie). Les personnels soignants, dont les équipes sont mutualisées, développent à cette occasion leur polyvalence et de nouvelles fonctions ont vu le jour : temps paramédical pour l'éducation des patients en urologie ; infirmier de stomathérapie<sup>63</sup> ou infirmier préleveur<sup>64</sup>. De nouvelles pratiques médicales ont pu aussi être développées : nasofibroscopie<sup>65</sup> ; cystoscopie<sup>66</sup> ; ou encore bilans urodynamiques. Pour la chirurgie de l'obésité, a été spécifiquement élaboré un parcours de soins où interviennent, outre le chirurgien, un médecin nutritionniste, un psychologue, un infirmier préleveur et un infirmier d'éducation.

Par ailleurs, élément pratique déterminant du développement de l'activité dans un secteur à dominante rurale, les patients des consultations externes bénéficient d'un parc de stationnement qui leur est réservé.

#### 7.4.2- La prise de rendez-vous

Pour le public, la prise d'un rendez-vous de consultation externe s'effectue essentiellement par téléphone auprès du standard de l'hôpital qui redirige l'appel vers le secrétariat du service concerné. Il n'existe pas d'accueil automatisé, ni de procédure par internet.

Le système d'information comprend, depuis 2012, un module de prise de rendez-vous (CrossWay), accessible à tous les secrétariats depuis tout poste informatique, et qui permet de vérifier instantanément la disponibilité des créneaux horaires qu'y consacrent les praticiens.

---

<sup>63</sup> L'infirmier stomathérapeute apporte son aide aux malades porteurs de dérivations digestives et/ou urinaires, de plaies chroniques, carcinologiques, d'escarres, de fistules ou souffrant de troubles de la continence urinaire ou fécale.

<sup>64</sup> L'infirmier préleveur assure les prélèvements sanguins et d'autres échantillons biologiques.

<sup>65</sup> La nasofibroscopie est l'examen des conduits nasaux à l'aide d'un fibroscope spécifique.

<sup>66</sup> La cystoscopie est un examen médical d'exploration des parois internes de la vessie, effectué par endoscopie.

Le département d'information médicale a instauré un suivi mensuel des délais d'obtention des rendez-vous ; il a procédé en outre à une enquête ponctuelle, sur la semaine du 8 juin 2016, en appelant directement les secrétariats afin de vérifier les délais effectivement apposés aux patients. Ce suivi, qui ne se limite pas aux deux plateaux de consultations externes, mais englobe également les points de consultations disséminés dans l'établissement, montre une grande diversité des délais d'obtention d'un rendez-vous selon la discipline concernée, et probablement aussi en fonction du praticien qui l'assure. Ainsi, si en oto-rhino-laryngologie un rendez-vous peut être obtenu sous huit jours, ce délai peut atteindre plusieurs mois, voire toute une année, en ophtalmologie.

L'étude comparative réalisée par l'agence régionale de santé (cf. 7.2.3- ci-dessus) et relatif à 14 points de consultation sur les 23 que compte l'établissement, se fondait sur un recueil manuel d'informations effectué entre le 6 mars 2017 et le 2 avril 2017. Ce relevé visait à mesurer, outre les délais d'obtention d'un rendez-vous, l'activité des consultations externes, son organisation, la rapidité d'envoi des comptes rendus, mais aussi à dessiner le profil des patients.

Ainsi, l'étude a permis de constater en particulier un délai d'obtention d'un premier rendez-vous - à distinguer d'un rendez-vous de suivi d'un patient déjà vu en consultations externes - nettement plus élevé au centre hospitalier de Moulins-Yzeure en cardiologie (144 jours) que pour la moyenne des établissements participant au parangonnage (87 jours) et, à l'inverse, sensiblement plus court en angiologie<sup>67</sup> (16 jours contre 51 jours).

Par ailleurs, alors qu'aucune analyse n'est menée habituellement en interne sur le profil des patients des consultations externes, l'étude comparative de l'ARS a permis, par discipline, de distinguer les nouveaux patients dans le flux de patients, et d'apprécier dans quelle proportion les patients avaient été adressés par leur médecin traitant. Ainsi, le recrutement de nouveaux patients est-il particulièrement important en neurologie (88 %), où deux tiers des patients sont adressés par la médecine de ville et pour lesquels le délai d'obtention de rendez-vous est pourtant élevé (64 jours). En cardiologie, avec un délai d'obtention d'un rendez-vous qui excède les quatre mois, seuls 11 % des patients ont été adressés par leur médecin traitant.

Cette enquête a apporté un éclairage tout-à-fait pertinent et des plus utiles, pour les spécialités étudiées, sur les conditions dans lesquelles s'effectue le recours aux consultations externes des différents établissements participants (dont le centre hospitalier de Moulins-Yzeure) ; elle n'a toutefois pas abouti à une analyse des besoins du territoire par l'agence régionale de santé.

#### 7.4.3- L'admission du patient en consultation

##### **Le dossier du patient**

L'admission du patient est assurée par le bureau des entrées, service qui compte 20 agents regroupés sur le site de Moulins, auxquels s'ajoutent 4 agents dédiés au service des urgences, et 4 autres sur le site d'Yzeure.

Tous les patients en consultation sur le site de Moulins, quelle que soit la spécialité concernée, sont accueillis par le bureau des entrées qui leur consacre une filière d'attente spécifique, afin qu'ils soient pris en charge rapidement.

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure pratique l'admission préalable, ou « préadmission », qui consiste à demander au patient de se présenter quelques jours avant sa prise en charge, afin de recueillir les informations administratives et de facturation, et de constituer le dossier médical.

---

<sup>67</sup> L'angiologie, ou médecine vasculaire, s'intéresse aux vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Pour chaque patient pris en charge par l'établissement, pour un séjour ou pour une consultation, est créé un dossier patient informatisé dans lequel sont conservés les informations administratives et les documents relatifs à sa prise en charge (observations, courriers, prescriptions, résultats d'examen...). Ce dossier se double, pour les seuls patients hospitalisés, d'un « dossier patient archives » où sont matérialisées les informations du dossier papier informatisé, auxquelles s'ajoutent d'autres éléments provenant des services de soins. Conformément à la politique adoptée en la matière par l'hôpital de Moulins-Yzeure, ce « dossier patient archives » est mis à disposition des équipes de soins pendant toute la durée du séjour, et suit le patient lors de ses différents déplacements pour investigations ou lors de ses changements d'unité de soins.

Dès lors, lorsqu'un patient se présente pour une consultation, le bureau des entrées vérifie qu'il est déjà enregistré dans la base des dossiers patients informatisés et dans l'affirmative, réclame le « dossier patient archives » au service des archives de l'établissement. S'il n'y pas de dossier médical papier, outre la création d'un dossier patient informatisé, un dossier de consultation papier est créé, qui pourra ensuite être intégré au « dossier patient archives » si le patient venait à être hospitalisé.

### **La professionnalisation du processus d'admission**

#### *L'identitovigilance*

Afin de garantir l'identification correcte des patients tout au long de leur prise en charge et dans les échanges de données administratives et médicales, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure met en œuvre des procédures d'« identitovigilance », dont l'objectif est de limiter les risques liés à l'identification différente d'un même usager dans son parcours de soins. L'établissement recourt en outre à l'outil de consultation des droits intégrée (CDRi), service de consultation et de récupération automatisée des droits des assurés à l'Assurance maladie obligatoire, intégré au logiciel de gestion administrative des patients.

À l'échelle du groupement hospitalier de territoire, les établissements ont adopté, en mars 2017, une « charte d'identification du patient » dans l'objectif de rapprocher les identifiants utilisés par chaque établissement, dans l'attente de la mise en place du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (dit « NIR » ou « numéro de Sécurité sociale ») comme identifiant national de santé, en application du décret du 27 mars 2017<sup>68</sup>.

#### *Procédures*

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a élaboré une « politique du dossier patient » dotée d'un ensemble de procédures. Notamment, un guide de classement définit le contenu du « dossier patient archives » et organise sa présentation, tant sur le plan des informations administratives que sur le plan clinique. La recherche en urgence d'un « dossier patient archives » fait également l'objet d'une procédure, accessible sur l'intranet de l'établissement,

#### *L'envoi du compte-rendu de consultation*

Le centre hospitalier ne relève pas le délai moyen global pour l'envoi du compte-rendu de consultation au médecin traitant. L'enquête menée en 2017 a montré, pour les points de consultation audités, que si 76 % des comptes rendus étaient dactylographiés le jour même, le taux de comptes rendus adressés le jour même n'était que de 22 %. Toutefois, sauf pour l'obstétrique où il était de 16 jours, le délai moyen par discipline n'excédait pas les six jours.

### **Conservation des informations médicales**

Une note de service interne de novembre 2013 a rappelé les délais réglementaires de

---

<sup>68</sup> Décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé.

conservation des dossiers médicaux, et institué un mode de repérage par des pastilles de couleur.

Une fois toutes les tâches relatives à la consultation terminées (courriers, retours d'examen...), les « dossiers patient archives » sont retournés au service des archives médicales de l'établissement, où les règles générales de conservation leurs sont appliquées. Ils peuvent toutefois être conservés dans le service lorsqu'il s'agit d'un patient amené à revenir dans un délai maximum de six mois.

#### 7.4.4- Le codage des actes et consultations externes

Le codage des actes et consultations externes est réalisé soit directement par le médecin, soit par la secrétaire médicale sous la responsabilité du médecin. Le département d'information médicale n'a pas inclus les actes et consultations externes dans son plan de contrôle ; c'est donc le bureau des entrées qui s'en charge.

Néanmoins, le département d'information médicale s'assure de la bonne application de la circulaire dite « frontière »<sup>69</sup>. Ce texte de 2006, actualisé par l'instruction du ministre de la Santé et des Sports du 15 juin 2010<sup>70</sup>, vise à fixer une frontière entre la prise en charge relevant de l'hospitalisation et celle relevant de l'activité externe.

La plateforme e-PMSI de recueil de l'activité permet certains contrôles de la qualité du codage réalisé par les établissements. Notamment, un score est établi pour ce qui concerne les actes et consultations externes, exprimé en pourcentage de factures pour lesquelles au moins une ligne de facturation peut présenter une anomalie (codes non compatibles avec la spécialité de l'exécutant, actes dont les effectifs paraissent atypiques, actes atypiques pour une activité externe...). En 2017, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure affichait un score de 3,6 %, signe d'une bonne maîtrise de la codification.

#### 7.4.5- La facturation à l'Assurance maladie

La mise en œuvre de la facturation individuelle des actes et consultations externes aux caisses d'Assurance maladie (FIDES) est effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 au centre hospitalier de Moulins-Yzeure ; elle est désormais complètement intégrée, aux dires de l'ordonnateur.

Lors du déploiement, le codage des actes était déjà quasi-exhaustif ; en outre, avec un taux de passage des patients par le bureau des entrées très élevé, les informations administratives manquantes (notamment la lecture de la carte Vitale) pouvaient être aisément récupérées.

Pour faciliter cette évolution, le bureau des entrées a été renforcé d'un adjoint des cadres, aux compétences reconnues en informatique et en statistique, chargé notamment de mettre en place les requêtes informatiques dans le cadre du contrôle interne. Par ailleurs, le bureau des entrées disposait d'une expérience de facturation directe avec celle de l'activité libérale qu'il assurait jusqu'alors. La mise en place informatique, accompagnée de formations, s'est correctement déroulée.

Cependant quelques difficultés sont apparues lors de la mise en place de la FIDES :

- ♦ les premiers mois, les agents n'avaient pas d'accès à l'outil de consultation des droits intégrée (CDRi). Les lecteurs de cartes ont été installés très rapidement ;
- ♦ la base de données des débiteurs (caisses d'Assurance maladie, assurances

<sup>69</sup> Circulaire du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

<sup>70</sup> Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

complémentaires...) n'était pas à jour et comportait de nombreux doublons. Sa mise à jour a nécessité un important travail de correction ;

- ♦ les règles de facturation paraissaient particulièrement complexes aux agents, ce qui a été la cause de 70 % des rejets liés au parcours de soins, lors des tests préparatoires de développement ;
- ♦ aucune formation spécifique n'a été dispensée aux agents du bureau des entrées, l'apprentissage s'est effectué en situation. C'est encore un point d'attention aujourd'hui pour l'établissement ; il aurait justifié de la part de l'Assurance maladie un accompagnement plus étroit ;
- ♦ enfin, le suivi des indicateurs relatifs aux actes et consultations externes s'est trouvé perturbé, notamment pour établir des comparaisons au regard des années précédentes.

Pour autant, l'établissement retire globalement un bilan positif de la mise en œuvre de la facturation individuelle, notamment en termes de trésorerie et d'impact sur le besoin en fonds de roulement lors de la première année d'application.

Mais il estime le circuit, en cas de refacturation d'un titre annulé, particulièrement lourd. En effet, notamment dans les situations de rupture de droits à la couverture maladie universelle, la facturation doit être reprise dans son intégralité, ce qui peut nécessiter plusieurs mois pendant lesquels l'établissement ignore l'état d'avancement du dossier.

#### 7.4.6- La facturation au patient

Selon l'ordonnateur, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure ne rencontre pas de difficultés particulières dans la pratique du tiers payant auprès des organismes complémentaires. Il fait part, toutefois, de deux phénomènes qui entraînent souvent une prolongation des délais de facturation, voire de devoir procéder à une nouvelle facturation :

- ♦ depuis plusieurs années, les mutuelles connaissent un mouvement de concentration, souvent accompagné d'un changement d'opérateur technique, dont les modalités manquent parfois de lisibilité (les informations contenues sur les cartes d'affiliations sont souvent trop synthétiques et source d'erreurs, difficile d'identifier les bons interlocuteurs après les fusions d'organismes...)
- ♦ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, tout employeur du secteur privé a l'obligation, instaurée par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, de proposer une couverture complémentaire de santé à ses salariés, en complément des garanties de base de l'Assurance maladie. Or, afin d'obtenir les meilleures conditions économiques, les employeurs remettent très régulièrement les organismes complémentaires en concurrence et n'hésitent pas à en changer. Ces fréquentes modifications, dont les bénéficiaires ne sont pas toujours bien informés, conduisent durant les périodes de transition à la présentation au bureau des entrées de documents d'affiliation dont les informations ne sont plus à jour.

Pour la part restant à sa charge, le patient est amené à repasser par le bureau des entrées, dont les horaires sont adaptés pour pouvoir l'accueillir, une fois sa consultation terminée. Ainsi 1293 dossiers ont donné lieu, en 2017, à un encaissement en régie pour un montant total de 90 494 €. Le patient se voit également proposer le télépaiement par internet.

#### 7.5- Les moyens affectés et le résultat financier

Le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a instauré une charte de fonctionnement, pour l'ensemble de ses consultations externes, qui rappelle les missions, les règles de fonctionnement, le rôle des professionnels et les modalités de coordination de ces secteurs.

Des fiches de postes ont été établies pour les personnels intervenant dans l'activité de consultations externes, sur les plateaux ou dans les services.

#### 7.5.1- Effectifs médicaux et non médicaux de l'activité

Il n'existe pas, au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, d'unité fonctionnelle regroupant l'ensemble des consultations externes. La connaissance des coûts de cette activité n'est donc que partielle.

Pour répondre aux interrogations assez précises de la chambre en la matière, l'établissement a rassemblé dans un tableau des effectifs, ceux qui sont affectés aux différentes unités fonctionnelles existantes de consultations externes, ainsi que ceux qui assurent une telle activité dans les services de soins où cette activité n'est pas individualisée. L'imagerie, le laboratoire et les urgences n'ont pas été pris en compte.

Entre 2013 et 2017, sur ce périmètre, les effectifs ont augmenté de 8,3 %, soit 5,54 emplois en équivalents temps plein (ETP) dont 2,84 ETP médicaux. Dans le même temps, le coût des effectifs, y compris les charges sociales, a crû de 18,2 %, évoluant de 3,69 M€ en 2013 à 4,36 M€ en 2017 (+ 0,67 M€). Les coûts se rapportant à la rétribution des personnels médicaux expliquent pour 67 % l'augmentation observée.

#### 7.5.2- Résultats de l'activité

De la même manière et sur le même périmètre, le contrôle de gestion de l'établissement a reconstitué les résultats comptables des consultations externes.

Toutefois, les bases dont sont extraites les données relatives au personnel (logiciel RH pour connaître les grades et logiciel de gestion économique et financière pour les données comptables) étant différentes, des écarts sont apparus au regard des données précédentes. Ils s'expliquent par la prise en compte, dans le logiciel économique et financier, de toutes les dépenses hors paie (intérim, journée complémentaire...).

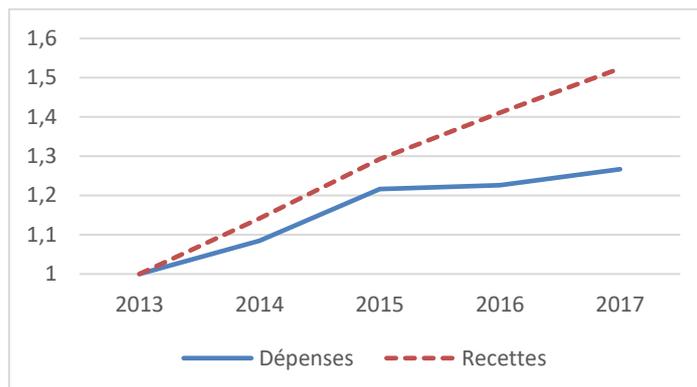
Avec un taux de charges indirectes que l'établissement évalue et fixe uniformément à 25 % pour l'ensemble des unités fonctionnelles, les comptes de résultats des consultations externes font ressortir un déficit important, de l'ordre de 2 M€ jusqu'en 2015 ; depuis lors, il tend à reculer pour atteindre 1,55 M€ en 2017.

De 2013 à 2017, les dépenses ont en effet connu une croissance dynamique de 26,7 %, correspondant à un taux annuel de progression de 6,1 %, avec une rupture de tendance à partir de 2016 :

- ♦ le taux de croissance moyen annuel s'établit à 10,3 % de 2013 (5,41 M€) à 2015 (6,59 M€) ;
- ♦ il a été ensuite plus mesuré, de l'ordre de 2,1 %, pour un montant de dépense 6,86 M€ en 2017.

La croissance des recettes a été plus linéaire et plus dynamique ; elles ont ainsi augmenté continuellement de 2013 à 2017, progressant de 3,48 M€ à 5,30 M€, sans toutefois atteindre le niveau des dépenses.

Sur ces bases certes imparfaites, la chambre relève que l'activité de consultations externes constitue sans nul doute un atout pour l'établissement et participe à la satisfaction des besoins de la population du bassin de santé, tout en peinant à atteindre l'équilibre financier entre les dépenses et les charges qu'elle induit et le surplus de recettes qu'elle engendre.

**Figure 7 : Dépenses et recettes des consultations externes, en base 100 en 2013**

Source : CRC depuis les données de l'établissement

#### 7.6- Le recouvrement des recettes liées aux actes et consultations externes

En termes comptables, le montant total recouvré au titre de l'ensemble du périmètre des actes et consultations externes, tel qu'utilisé par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (cf. 7- ci-dessus), a augmenté de 27,4 % sur la période, passant de 6,05 M€ en 2013 à 7,71 M€ en 2017.

La part relative des produits acquittés pour les patients, les organismes complémentaires et les compagnies d'assurance, dont le montant a augmenté de 0,11 M€ sur la période, s'est tassée, reculant de 19,4 % du total (soit 1,18 M€) en 2013 à 16,7 % (soit 1,28 M€) en 2017. Inversement, la part des produits en provenance de l'Assurance maladie est passée de 80,6 % (soit 4,88 M€) à 83,3 % (soit 6,42 M€) sur la même période.

Des écarts ont été observés, entre ces données comptables et les montants figurant dans e-PMSI (Ovalide) au titre des produits à la charge de l'Assurance maladie, notamment en 2016 et 2017. Interrogé sur ce point, l'ordonnateur a indiqué que l'instabilité à la direction des finances en 2015 (ni directeur, ni attaché, changement des deux adjoints des cadres) avait eu pour conséquence un mauvais enregistrement des produits à recevoir à la clôture de l'exercice. Il a précisé aussi que la part facturée aux organismes complémentaires et aux patients avait été, à tort, enregistrée au compte c/73122 en lieu et place du compte c/732421. Une fois ces mauvais traitements corrigés, les écarts persistants d'un niveau ramené à 45 000 €, peuvent trouver à s'expliquer par les conceptions différentes des systèmes comptables et de suivi microéconomique.

Pour finir, l'établissement n'identifie pas spécifiquement les produits et titres annulés sur exercices antérieurs (c/772 et c/673) qui touchent aux actes et consultations externes. Quant aux créances irrécouvrables relatives aux actes et consultations externes, la dotation correspondante fait l'objet, comme pour toutes les autres créances irrécouvrables, d'une méthode de calcul reposant sur l'antériorité des créances. Elles ont représenté de 25 000 € à 65 000 € chaque année.

**Tableau 33 : Détail des recettes des actes et consultations externes, en €**

Compte		2013	2014	2015	2016	2017
	<b>Produits à la charge de l'assurance maladie</b>	<b>4 875 544</b>				
73121	Consultations et actes externes - produits de l'assurance maladie	4 256 537	4 689 276	4 847 560	5 182 128	5 356 596
73122	Forfaits accueil et traitement des urgences	548 016	605 224	629 971	731 276	714 746
73123	Forfait petit matériel					
73124	Forfait sécurité et environnement hospitalier	64 229	70 724	98 627	69 339	74 556
73125	Spécialités pharmaceutiques ou dispositifs médicaux	6 577		13 074	36 912	52 359
73126	Forfaits techniques et assimilés	185			142 192	226 406
	<b>Produits à la charge des patients, organismes complémentaires et compagnies d'assurance</b>	<b>1 175 286</b>				
73241	Consultations et actes externes					
732411	Ticket modérateur forfaitaire – consultations et actes externes	1 404	3 204	3 186	3 564	6 240
732412	Consultations et actes externes, dont ticket modérateur	1 173 032	1 236 803	1 296 838	1 171 283	1 270 149
732415	Spécialités pharmaceutiques ou dispositifs médicaux administrés en consultations externes, relevant de l'article L162-27 ou L165-1 du code de la Sécurité sociale					
73242	Forfaits					
732421	Forfaits ATU					
732422	Forfaits petit matériel					
732423	Forfait sécurité et environnement hospitalier	850	1 467	2 357	8 045	8 602
73243	Forfaits techniques et assimilés					
	<b>Total</b>	<b>6 050 830</b>				

Source : Établissement

## 7.7- L'organisation et le suivi de l'activité libérale

Après des établissements publics de santé qui les emploient, les praticiens exercent principalement une activité publique - ou de « secteur public » - qui entre dans leurs missions en leur qualité de salariés de l'hôpital, et dont le produit revient à l'établissement.

La faculté leur est offerte, dans un cadre défini par la loi, de délivrer des soins dans les conditions de la médecine de ville, dans les locaux mêmes de l'hôpital. La recette de cette activité libérale - ou de « secteur privé » - revient aux praticiens concernés.

### 7.7.1- L'articulation avec l'activité publique des actes et consultations externes

Historiquement, dans le but d'inciter les médecins à venir exercer à l'hôpital public tout en leur permettant de fidéliser leur patientèle, l'ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 a ouvert un droit à l'exercice d'une activité privée au sein des établissements dans lesquels ils ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique. Désormais régie par les articles L. 6154-1 et suivants du code de la santé publique, cette activité libérale peut être mise en œuvre, dès lors que l'intérêt du service public n'y fait pas obstacle, par les seuls praticiens hospitaliers exerçant à temps plein et sous la triple condition :

- ♦ qu'ils exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- ♦ que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

- ♦ que le nombre de consultations et 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.

Parmi les praticiens du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, 13 d'entre eux, exerçaient dans diverses disciplines une activité libérale en mai 2018.

Aux dires de l'ordonnateur, cette pratique permet de conserver des compétences médicales dont l'établissement a besoin, notamment lorsque la différence de rémunération avec la pratique libérale ou en établissement privé est défavorable à l'hôpital (radiothérapie, radiologie...). Elle est également utile pour dynamiser l'activité de l'établissement, soit à son bénéfice propre (exemple de la chirurgie urologique), soit pour compléter l'offre de soins à la population (exemple de la psychiatrie).

Pour autant, sans stratégie globale explicite du centre hospitalier de Moulins-Yzeure, en matière d'actes et consultations externes, la chambre estime que le développement observé, correspond bien plus sûrement à la première explication, où l'appétence du praticien guide la mise en œuvre d'une consultation dans sa discipline, qu'à la seconde pour laquelle il n'existe pas d'analyse des besoins dans le bassin de population qui pourrait servir de base à une telle démarche. Par ailleurs, si la notoriété du centre hospitalier de Moulins-Yzeure bénéficie, sans conteste, de l'éventail de consultations externes qu'il propose, comme c'est le cas pour la plupart des établissements de santé, il est impossible de mesurer quel en est l'impact réel.

#### 7.7.2- L'évolution de l'activité libérale

L'article R. 6154-3 du code de la santé publique prévoit que le praticien peut encaisser lui-même ses honoraires d'activité libérale, ou en confier le recouvrement à l'établissement. Dans le premier cas, il doit fournir au directeur un état récapitulatif de son activité libérale.

En 2014, l'établissement s'est doté d'un dispositif de transmission électronique des feuilles de soins qui permet, notamment, un remboursement plus rapide au patient, mais oblige le praticien à encaisser lui-même ses honoraires d'activité libérale. Les médecins concernés pour lesquels le recouvrement était assuré exclusivement, à leur demande, par le bureau des entrées, ont, au fur et à mesure, adopté la télétransmission. Depuis juin 2017, tous encaissent directement leurs honoraires et sont donc amenés à produire une déclaration d'activité.

La codification de l'activité libérale dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) n'est pas obligatoire – il n'existe d'ailleurs pas de procédure de recueil dédiée -, même si certains praticiens l'enregistrent malgré tout, sans que les données, en ce cas, soient transmises sur e-PMSI/Ovalide. Toutefois, pour connaître cette activité, l'établissement est destinataire, outre les déclarations que doivent lui fournir les praticiens, des relevés d'activité issus du système national inter-régime (SNIR) de l'Assurance maladie, qui lui sont communiqués tous les six mois.

Le praticien est tenu de verser à l'administration, conformément à l'article D. 6154-10-3 du code de la santé publique, une redevance dont le montant est calculé en tenant compte de la totalité des honoraires, dépassements inclus, à hauteur de :

- ♦ 15 % pour les consultations ;
- ♦ 16 % pour les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie ;
- ♦ 60 % pour les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie ;
- ♦ 20 % pour les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel.

Par exception, sont exclus de l'assiette de la redevance les honoraires perçus au titre des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil, comme par exemple l'imagerie par résonance magnétique ou le scanner<sup>71</sup>.

Mesurée en nombre de consultations, l'activité libérale a connu une baisse de plus d'un tiers entre 2013 (7 594) et 2017 (4 813). Le montant de la redevance perçue par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, compte-tenu des modalités de calcul ci-dessus, a ainsi reculé de 146 744 € en 2013 à 120 929 € en 2017, pendant que le montant déclaré des honoraires évoluait de 761 947 € à 824 609 €.

**Tableau 34 : Redevance perçue au titre de l'activité libérale**

	2013	2014	2015	2016	2017
Nb de consultations	7 594	7 676	6 781	5 063	4 813
Chiffre d'affaire (€)	761 947	821 223	752 089	744 013	824 609
Redevance (€)	146 744	126 002	115 909	117 325	120 929

Source : Établissement

### 7.7.3- Le contrôle de l'activité libérale

#### 7.7.3.1- Les contrats d'activité libérale

L'exercice d'une activité libérale est conditionné à la signature d'un contrat, sur la base d'un contrat-type, entre le praticien et l'établissement, pour une durée de cinq ans, soumis à l'approbation de l'agence régionale de santé<sup>72</sup>, après avis du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement.

Le praticien peut exercer son activité libérale dans la limite de deux demi-journées par semaine<sup>73</sup>, sachant qu'une demi-journée ne peut excéder cinq heures<sup>74</sup>. Sa participation à une activité d'intérêt général, telle que définie à l'article R. 6152-30 du code de la santé publique, abaisse d'autant ce plafond.

Il doit également s'assurer que le nombre de consultations et le nombre d'actes en secteur privé soient au plus égaux, respectivement, à ceux qu'il réalise en secteur public. Enfin, il est soumis à une exigence de transparence vis-à-vis du patient.

Les sanctions prévues, en cas de manquement par un praticien à ses obligations, sont la suspension ou le retrait pur et simple de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, après avis ou sur proposition de la commission de l'activité libérale.

La chambre a pu constater, à l'examen des contrats des praticiens effectuant une activité libérale au centre hospitalier de Moulins-Yzeure en 2018, que ceux-ci respectaient le contrat type, indiquaient tant les plages de consultations privées que celles des consultations publiques et que la signature de l'agence régionale de santé y avait été apposée. Néanmoins, les avis du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement, qui doivent accompagner les demandes d'exercice libéral, n'y figurent pas quoique l'établissement indiquât qu'ils sont effectivement requis. Au cours de la période sous revue, aucune demande n'a été rejetée par l'agence régionale de santé.

<sup>71</sup> Article D. 6154-10-1 du CSP.

<sup>72</sup> Article L. 6154-4 et annexe 61-2 du CSP.

<sup>73</sup> Circulaire DHOS/F4/M2/DGCP/6B 2001 n°561 du 26 novembre 2001 relative à l'application des dispositions relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements publics de santé.

<sup>74</sup> CE. Avis. 6 février 1996 et lettre DH/PM1/n°292 du 19 novembre 1997.

### 7.7.3.2- *Le fonctionnement de la commission d'activité libérale*

La commission de l'activité libérale, instituée par l'article L. 6154-5 du code de la santé publique, a pour objet de veiller au bon déroulement de l'activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant, ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elle se réunit au moins une fois par an.

La composition de cette commission est régie par l'article R. 6154-12 du code de la santé publique, et le mandat de ses membres est de trois ans<sup>75</sup>. Le président est élu à bulletin secret parmi ses membres. Pour le centre hospitalier de Moulins-Yzeure, la constitution de la commission de l'activité libérale a fait l'objet d'un arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en date du 12 juin 2012. Sont invités aux réunions le directeur de l'établissement, le directeur en charge de la stratégie médicale et la directrice des affaires financières.

La composition de la commission aurait dû, compte-tenu de la durée des mandats, être renouvelée en 2015. L'agence régionale de santé, qui avait élaboré un projet en 2016, n'avait toujours pas, au moment de l'instruction menée par la chambre, pris l'arrêté nécessaire, soit donc plus d'un an après la parution du 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, et interférant notamment sur la composition et les conditions de fonctionnement de la commission de l'activité libérale. Ce n'est finalement que le 22 novembre 2018 que le directeur général de l'agence régionale de santé a pris l'arrêté déterminant la composition de ladite commission pour le centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

En conséquence, cette instance, qui avait pour habitude de tenir ses réunions une fois par an en fin d'année, n'a pas pu se réunir en 2017 dans sa nouvelle composition procédant du décret précité.

Il a été constaté par ailleurs, que le représentant de la caisse d'Assurance maladie présent à la réunion du 2 octobre 2014 n'était pas celui nominativement désigné par l'arrêté du 12 juin 2012, et que les réunions de novembre 2015 et décembre 2016 se sont déroulées avec des participants qui ne pouvaient (pas ou plus) justifier d'une désignation nominative par le directeur général de l'agence régionale de santé. Sans base juridique certaine, les contrôles effectués par la commission, et mentionnés dans ses rapports annuels, perdent toute légitimité.

### 7.7.3.3- *Les contrôles opérés par la commission de l'activité libérale*

#### **Les principes généraux**

Les règles du contrôle de l'activité libérale, telles qu'elles découlent des articles L. 6154-1 à L. 6154-6 et R. 6154-1 à R. 6154-27 du code de la santé publique, ont été précisées par la circulaire du ministère de la Santé et des Solidarités n° DHOS/M2/2005/469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale, au rôle de la commission locale, à la procédure à suivre dans le cas d'une suspension ou d'un retrait de l'autorisation d'exercer une activité libérale, et à certaines dispositions relatives à cette activité.

Ainsi il appartient, notamment, à la commission de l'activité libérale de vérifier que le nombre des actes et le nombre de consultations effectués au titre de l'activité libérale n'excèdent pas celui effectué au titre de l'activité publique, ainsi que de s'assurer que les praticiens qui exercent une activité libérale exercent bien à titre principal une activité publique de même nature, en se référant notamment au volume des actes réalisés. Elle doit, pour ce faire, fixer des règles communes de recueil et d'analyse des données, avec l'aide de la direction de

---

<sup>75</sup> Article R6154-14 du CSP.

l'établissement. Un tel règlement intérieur de l'activité libérale n'existe pas au centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

Enfin, conformément à l'article R. 6154-11 du code de la santé publique, la commission est tenue d'établir un rapport annuel sur l'ensemble des conditions d'exercice de l'activité libérale, et sur les informations financières qui lui sont communiquées (tous les six mois) par les organismes de Sécurité sociale. Ce rapport est transmis à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

### **Les compétences de la commission en termes de contrôles**

Pour effectuer ses contrôles, la commission de l'activité libérale du centre hospitalier de Moulins-Yzeure dispose d'un tableau de données élaboré par la direction de l'établissement. Sur une page figure, pour chaque praticien, le nombre d'actes et de consultations dispensés, en distinguant ce qui relève du secteur public et ce qui procède de l'activité libérale. La redevance payée à l'établissement est également mentionnée.

Il ressort de la lecture des rapports et des procès-verbaux de ladite commission, par ailleurs assez succincts, que celle-ci vérifie essentiellement que le volume des actes et des consultations effectués en activité libérale n'excède pas celui qui est réalisé en secteur public. Sporadiquement, il est fait mention, très brièvement, d'autres points d'intérêt.

Pourtant le champ de contrôle, tel qu'il est défini par l'article R. 6154-11 du code de la santé publique et précisé par la circulaire du 14 octobre 2005 précitée, est nettement plus vaste.

La commission d'activité libérale doit en particulier s'assurer que les demi-journées consacrées par un praticien à son activité libérale sont clairement indiquées sur le tableau de service, et surtout respectées par le praticien. Cette vérification n'étant pas effectuée, la chambre a entendu procéder par elle-même à ce contrôle et s'est fait, pour ce faire, communiquer les tableaux des services accomplis en 2017 par les praticiens concernés.

Il s'est avéré que, pour plusieurs praticiens, les tableaux de service ne mentionnent pas les demi-journées consacrées à l'activité libérale. Certains tableaux de service sont quasi vierges. La chambre n'a donc pas été en mesure d'effectuer ce contrôle. Incidemment, elle a pu noter qu'un médecin avait été mobilisé, au regard du tableau de service validé, tout le mois de décembre 2017 sans aucun jour de repos et en astreinte de sécurité chaque nuit, au mépris des règles élémentaires de sécurité tant pour le patient que pour le praticien lui-même.

Outre l'impossibilité de vérifier la part de l'activité de secteur privé comparativement à celle de secteur public, ces lacunes jettent le doute, plus généralement, sur la régularité des procédures de liquidation de la paie mises en œuvre au centre hospitalier de Moulins-Yzeure. En effet, en application des dispositions réglementaires<sup>76</sup>, les tableaux mensuels de service, annotés des modifications qui auraient été apportées et arrêtés par le directeur de l'établissement comme état des services faits, servent de fondement au calcul des éléments de rémunération. La chambre invite l'établissement à revoir les modalités de renseignement des tableaux de service, de manière à les rendre plus fidèles à l'activité réalisée et à permettre ainsi une liquidation régulière de la paie.

La commission a également pour mission de comparer les données d'activités fournies par chaque praticien, complétées par la notification des honoraires, par rapprochement avec les

---

<sup>76</sup> Article R6152-23 du code de la santé publique et 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.

relevés établis par l'Assurance maladie (relevés SNIR<sup>77</sup>) à partir des demandes de remboursement des patients. Même si, aux dires de l'ordonnateur, la direction des affaires financières effectue un contrôle de cohérence entre ces données, la commission de l'activité libérale doit s'emparer de la question et exercer pleinement son contrôle. Elle lui incombe, en outre, de vérifier la régularité du paiement de la redevance par le praticien.

Son rôle consiste encore à s'assurer de l'exhaustivité et de la qualité des informations reçues par le patient, afin de lui garantir les meilleures conditions de transparence et d'équité dans son choix d'être orienté vers le secteur d'activité libérale. Elle doit s'assurer, en particulier, qu'en cas d'hospitalisation, les patients formulent expressément et par écrit leur choix d'être traités au titre de l'activité libérale d'un praticien<sup>78</sup>.

Ces derniers points n'ont pas fait l'objet de contrôle de la part de la commission de l'activité libérale. Pour sa part, la chambre a pu s'assurer, lors de ses investigations sur place, que les horaires et tarifs des consultations privées étaient clairement affichés dans les salles d'attente des plateaux de consultations

Enfin, la commission a à connaître des dépassements d'honoraires pratiqués au sein de l'hôpital, ainsi que des délais d'accueil des patients selon le secteur de prise en charge. Les procès-verbaux de la commission du centre hospitalier de Moulins-Yzeure ne font mention qu'une seule fois d'une telle préoccupation. Une enquête « flash » sur les délais d'obtention d'un rendez-vous a certes été menée par l'établissement sur une semaine, en juin 2016, par appel dans les secrétariats. Mais celle-ci entrait dans le cadre plus global de l'analyse des consultations externes, et n'impliquait pas spécialement la commission de l'activité libérale. Elle a fait ressortir des délais pour une consultation privée, selon le praticien concerné, égal ou inférieur à celui d'un rendez-vous de consultation publique, sans que l'écart soit véritablement significatif.

De l'ensemble de ces constats, la chambre en conclut que le centre hospitalier de Moulins-Yzeure n'opère qu'un contrôle très partiel de l'activité libérale, que la commission de l'activité libérale n'a toujours pas été constituée par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé et qu'en conséquence, ses missions ne peuvent être régulièrement assurées.

#### 7.7.4- Les obligations nouvelles en matière d'activité libérale

Les modalités d'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitaliers ont été profondément réformées par deux textes récents, une ordonnance du 12 janvier 2017<sup>79</sup> et un décret du 11 avril 2017<sup>80</sup> visant à en renforcer le contrôle.

Les principales évolutions sont les suivantes :

- ♦ les établissements doivent tenir un recueil informatisé du nombre et de la nature des actes et des consultations réalisées au titre de l'activité publique de chaque praticien hospitalier, de façon à assurer une meilleure lisibilité du respect des plafonds de temps consacré à l'activité libérale. Les praticiens ont l'obligation de renseigner ce recueil et d'apporter une information sur les recettes, le nombre de consultations, le nombre et la nature des actes qu'ils effectuent et les dépassements d'honoraires

<sup>77</sup> Édité par la CPAM, le relevé SNIR retrace l'activité de chaque praticien exerçant en libéral. Les montants qui y figurent diffèrent légèrement de ceux déclarés par le praticien, du fait du délai laissé au patient pour en demander le remboursement. Ce dernier peut survenir plus d'un an après la réalisation de l'acte ou de la consultation.

<sup>78</sup> Article R. 6154-7 du Code de la santé publique.

<sup>79</sup> Ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>80</sup> 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.

- éventuellement pratiqués (article L. 6154-3 CSP) ;
- ♦ le contrat d'activité libérale doit correspondre à un nouveau modèle, arrêté par voie réglementaire, comprenant une clause de non-réinstallation du médecin (article L. 6154-2 CSP) dans un rayon de 3 à 10 kilomètres pendant une période de 6 à 24 mois ;
  - ♦ la composition de la commission de l'activité libérale est peu modifiée, mais le président de la commission médicale d'établissement et les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'établissement ne peuvent plus en être élus président, comme c'était précisément le cas au centre hospitalier de Moulins-Yzeure ;
  - ♦ le pouvoir de contrôle de la commission est renforcé.

La composition de la commission d'activité libérale du centre hospitalier de Moulins-Yzeure ayant enfin été arrêtée par l'agence régionale de santé en novembre 2018, le nouveau cadre légal a connu un début de mise en œuvre. L'établissement a, en particulier, constitué un bureau de trois membres au sein de la nouvelle commission, chargé d'assurer le suivi des décisions et de définir le programme de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale. Il lui faudra, ensuite, veiller à mettre effectivement en œuvre les différents contrôles tels que désormais prévus par les textes régissant l'activité libérale.

## 8- ANNEXES

### 8.1- ANNEXE 1 : Présentation des indicateurs Hospidiag utilisés

Les 69 indicateurs d'Hospidiag sont définis chacun dans une fiche technique et servent tant au dialogue interne à l'établissement, qu'à ses échanges avec l'ARS. Ainsi la circulaire de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 10 janvier 2012<sup>81</sup> en préconise l'utilisation pour l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), l'instruction DGOS du 2 janvier 2013<sup>82</sup> pour l'élaboration du bilan social, ou encore la circulaire interministérielle du 5 juin 2013<sup>83</sup> pour les projets d'investissements à soumettre au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

Si la dénomination de certains indicateurs paraît assez évidente (par exemple le taux d'occupation des lits), pour d'autres, elle mérite d'être explicitée. Ainsi ont été notamment utilisés, dans le rapport d'observations, pour évaluer l'activité de l'établissement :

- ♦ l'indicateur de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) : cet indicateur compare la durée moyenne de séjour (DMS) de l'établissement, à celle attendue en appliquant les DMS de référence à chaque groupe homogène de malades. Il synthétise ainsi la sur-performance, ou la sous-performance de l'organisation médicale de l'établissement ; il doit idéalement être inférieur à 1 ;
- ♦ la zone d'attractivité : la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux, dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nb séjours médicaux / Nb habitants) les plus élevés. Classées de manière décroissante, ne sont retenues que les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement ;
- ♦ la part de marché : cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à *s'imposer* (c'est le terme employé par Hospidiag) et de mettre en évidence ses concurrents, privés ou publics ;
- ♦ le nombre de racines de groupes homogènes de malades : cette information permet d'apporter une indication sur le profil de l'établissement (les « racines » permettent de ranger les GHM par grande pathologies) : établissement généraliste (couvrant un large spectre de racines de GHM) ou spécialiste (couvrant un nombre réduit de racines de GHM). Est considéré comme généraliste un établissement qui se compte de l'ordre de 130 racines de groupes homogènes de malades ;
- ♦ le pourcentage de groupes homogènes de malades de recours / référence : cet indicateur mesure le pourcentage de l'activité réalisée sur des GHM pris en charge principalement, mais non exclusivement, dans les établissements hospitalo-universitaires. Il mesure une « technicité » de la prise en charge ;
- ♦ le taux des 18 gestes marqueurs : cet indicateur mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire, au travers de l'analyse des 18 gestes, reconnus à dire d'experts, comme pouvant être pratiqués en chirurgie ambulatoire.

Si les indicateurs d'Hospidiag sont incontournables pour l'évaluation médico-économique du secteur de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé, ils n'en présentent pas moins, comme tout indicateur, certains défauts. La transposition de concepts

<sup>81</sup> Circulaire DGOS/PF3 n° 2012-09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

<sup>82</sup> Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>83</sup> Circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

empruntés au secteur marchand, dominé par des principes économiques de rentabilité et de concurrence, en constitue, de l'avis de la chambre, la principale limite. Ainsi, par exemple, l'augmentation de l'activité, qui se conçoit pour toute entreprise industrielle ou commerciale, ne peut être assimilée a priori à une meilleure performance, dans la mesure où l'objectif premier des établissements hospitaliers consiste à satisfaire au mieux les besoins de santé de la population, et non d'en encourager sans fin la demande de soins et d'interventions, dans le souci aussi de la maîtrise des dépenses de santé et d'une adéquation optimale des moyens financés en grande partie par la Sécurité sociale.

Pour ce motif, la chambre a préféré se référer à la notion de « zone d'implantation » plutôt qu'à celle retenue par Hospidiag de « zone d'attractivité », ou encore faire état de « part de séjours » ou de « part relative de prise en charge des patients » plutôt que de « part de marché ».

## 8.2- ANNEXE 2 : Données relatives à l'activité

**Tableau 35 : Capacité, en lits et places**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine	282	272	276	264	258	262
Chirurgie	93	93	86	86	87	80
Obstétrique	27	27	23	23	23	23
<b>Total MCO s. courte durée en HC et HTP</b>	<b>402</b>	<b>392</b>	<b>385</b>	<b>373</b>	<b>368</b>	<b>365</b>
Psychiatrie générale	228	228	228	224	198	198
Psychiatrie infanto-juvénile	49	53	53	53	53	53
Soins de suite et réadaptation	40	47	47	47	47	47
Soins longue durée	80	80	80	80	80	80
Autres disciplines (HAD)	12	12	17	17	12	12
<b>Total sect. hôpital</b>	<b>811</b>	<b>812</b>	<b>810</b>	<b>794</b>	<b>758</b>	<b>755</b>
Total hébergement	196	196	196	196	196	196
<b>TOTAL</b>	<b>1 007</b>	<b>1 008</b>	<b>1 006</b>	<b>990</b>	<b>954</b>	<b>951</b>

Source : Établissement

**Tableau 36 : Typologie de l'offre MCO au CHMY**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours	131	130	129	135	136	133
Pourcentage des GHM « recours / référence » dans l'activité	1,4%	1,5%	1,5%	1,4%	1,4%	1,5%
Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4	14,7%	15,0%	15,9%	16,6%	17,4%	17,5%

Source : Hospidiag et établissement pour 2017

**Tableau 37 : Parts des séjours réalisés par le CHMY sur sa zone d'implantation**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine	55,7%	55,8%	55,5%	55,9%	52,6%	51,2%
Chirurgie (HC)	40,8%	41,3%	42,6%	39,5%	39,1%	39,6%
Obstétrique	81,5%	82,4%	84,1%	83,6%	82,3%	82,8%
Chirurgie ambulatoire	20,9%	21,0%	20,3%	20,2%	19,5%	19,6%

Source : Hospidiag et établissement pour 2017

**Tableau 38 : Activité d'hospitalisation du court séjour**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de RSA de médecine (HC)	11 331	11 280	11 519	11 609	11 058	10 672
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	3 552	3 542	3 713	3 379	3 292	3 229
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	1 462	1 358	1 416	1 302	1 280	1 263
Nombre d'accouchements	1 229	1 147	1 188	1 097	1 073	1 022
Nb d'actes chirurgicaux	4 069	4 168	4 298	4 119	4 009	4 329
Nb d'ATU	23 882	23 845	24 904	27 827	29 302	28 859
Pourcentage d'entrées en HC en provenance des urgences	58,8%	58,3%	57,6%	58,3%	58,3%	58,7%

Source : Hospidiag et établissement pour données 2017

**Tableau 39 : Taux d'occupation et DMS en hospitalisation complète MCO**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb de lits installés en médecine	249	249	253	241	231	235
Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)	81,9%	81,7%	81,0%	83,9%	83,2%	85,8%
IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1,124	1,121	1,122	1,075	1,114	1,110
Nb de lits installés en chirurgie	79	85	72	72	72	71
Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)	85,0%	76,5%	95,4%	87,2%	84,4%	86,7%
IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1,037	1,034	1,100	1,086	1,076	1,010
Nb de lits installés en obstétrique	33	27	29	29	29	23
Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)	58,6%	65,9%	63,1%	55,8%	52,3%	62,8%
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	1,072	1,068	1,058	1,060	1,035	1,020

Source : Hospidiag et établissement pour les données 2017

**Tableau 40 : Activité ambulatoire de court séjour**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	1 246	1 278	1 439	1 661	2 132	2 414
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	1 177	1 188	1 254	1 328	1 343	1 369
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	272	311	264	290	245	245
Taux de chirurgie ambulatoire	24,9%	25,1%	25,3%	28,2%	29,0%	29,8%
Taux de chirurgie ambulatoire (méthode issue de l'instruction de 2015)	-	-	-	-	34,1%	34,2%
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	67,1%	66,6%	68,8%	69,7%	66,2%	72,2%
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	66,9%	57,5%	71,3%	75,5%	67,9%	69,1%

Source : Hospidiag et établissement pour données 2017

**Tableau 41 : Indicateurs d'activité en SSR**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb de lits et places installés en SSR	40	47	47	47	47	47
Nb de Journées HP et HC	14 922	14 586	14 702	15 131	14 811	15 022
Taux occupation des lits	92,7%	90,6%	90,6%	93,1%	90,9%	92,3%
Durée de prise en charge HC	35,96	36,71	38,26	33,59	39,52	38,10
Poids du SSR dans l'activité de l'EPS	4,5%	4,4%	4,4%	4,6%	4,5%	4,7%

Source : Établissement et Scansanté – HC : Hospitalisation complète – HP : hospitalisation partielle

**Tableau 42 : Indicateur en psychiatrie**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb de lits HC	191	184	184	181	155	155
Taux d'occupation des lits HC	96,7%	98,1%	98,1%	98,6%	94,4%	101,6%
File active totale	4 154	4 487	4 610	4 828	4 727	4 745

Source : Établissement – HC : hospitalisation complète

**Tableau 43 : Indicateurs en unité de soins de longue durée (USLD)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb de lits	80	80	80	80	80	80
Entrées	39	46	48	23	34	41
Journées réalisées	29 013	29 417	29 303	29 293	29 354	29 067
Taux d'occupation	99,4%	100,7%	100,4%	100,3%	100,5%	99,5%

Source : Établissement

**Tableau 44 : Indicateurs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb de lits	196	196	196	196	196	196
Entrées	41	60	45	42	51	46
Journées réalisées	71 383	70 258	70 581	70 808	71 106	71 160
Taux d'occupation	99,8%	98,2%	98,7%	99,0%	99,4%	99,5%

Source : Établissement

### 8.3- ANNEXE 3 : Données relatives à la relation avec la MAS

**Tableau 45 : Remboursements versés par la MAS au CHMY (en €)**

Par budget	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Budget principal	477 871	479 754	533 200	551 561	523 074	780 706**
<i>Dont mises à disposition de personnel</i>	-	-	29 451	41 053	-	152 677
Budget annexe P1*	23 267	18 205	-	-	-	-
<b>Total remboursement</b>	<b>501 139</b>	<b>497 959</b>	<b>533 200</b>	<b>551 561</b>	<b>523 074</b>	<b>780 706</b>

Source : Établissement, base titres – (\*) Autres activités sociales et médico-sociales relevant de l'article 312-1 du CASF - \*\* dont loyers de 35 000 € de 2016 et de 2017.

### 8.4- ANNEXE 4 : Données relatives aux achats

**Tableau 46 : Dépenses de transports**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
transports sur achats (c/6241)	91 065	95 708	38 943	31 909	35 264	31 990
transports d'usagers (c/6245)	400 355	449 995	441 383	424 985	475 721	426 318
transports collectifs de personnel (c/6247)	2 279		183			
transports divers (c/6248)	23 568	25 730	28 194	22 938		
<b>Total général TTC</b>	<b>517 267</b>	<b>571 433</b>	<b>508 703</b>	<b>479 832</b>	<b>510 985</b>	<b>458 308</b>
<i>Dont mandaté marché transports sanitaires terrestres (à compter du 20 aout 2012)</i>	76 860	342 570	318 239	264 554	246 021	210 991

Source : Établissement, base mandats

## 8.5- ANNEXE 5 : Données relatives à la fiabilité des comptes

Tableau 47 : Provisions

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Réglementées pour renouvellement d'immobilisations (c/142)	6 396 789	6 086 669	898 085	-	-	-
Réglementées Propre assureur (c/144)	-	-	-	-	-	-
Total provisions réglementées	6 396 789	6 086 669	898 085	-	-	-
CET (ancien c/143 puis c/153)	2 969 012	2 327 086	5 516 374	6 758 627	6 590 781	7 251 325
Litiges (c/1511)	-	-	-	85 000	204 725	234 725
Risques autres (c/1518)	1 547 496	1 192 505	581 662	281 662	281 662	-
Risques et charges sur emprunts (c/152)	-	-	-	-	-	-
Gros entretien ou grande révisions à répartir sur plusieurs exercices (c/ 157)	-	-	-	-	-	-
Charges autres (c/158)	3 323 370	1 641 770	-	1 750 047	1 916 326	1 993 471
Total provisions pour risques et charges	7 839 878	5 161 360	6 098 036	8 875 336	8 993 494	9 479 521
<b>TOTAL DES PROVISIONS</b>	<b>14 236 667</b>	<b>11 248 029</b>	<b>6 996 121</b>	<b>8 875 336</b>	<b>8 993 494</b>	<b>9 479 521</b>
dont dotations	1 204 670	122 994	337 192	2 120 598	1 252 842	2 743 997
dont reprises	-38 695	1 535 421	84 081	182 008	590 180	1 392 007
dont régularisations	-	-	-3 537 737	1 291 104	234 386	-584 301
<b>Solde provision pour risque et charges annuelles</b>	<b>-1 243 365</b>	<b>1 412 427</b>	<b>-253 111</b>	<b>-1 938 590</b>	<b>-662 662</b>	<b>-1 351 990</b>

Source : comptes financiers

Tableau 48 : Produits de cessions d'actifs

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produit des cessions d'éléments d'actifs (a)	126 641	800	1 974 430	328 100	116 190	9 710
Valeur comptable des éléments d'actif cédés (b)	1 898	-	1 027 432	68 600	32 518	33 022
<b>Plus ou moins-value de cession (a-b)</b>	<b>124 743</b>	<b>800</b>	<b>946 998</b>	<b>259 500</b>	<b>83 672</b>	<b>-23 312</b>

Source : Établissement et compte financier

Tableau 49 : Provision et nombre de jours épargnés au compte épargne temps

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Provision personnel non médical, en €	1 069 612	926 958	3 197 197	4 094 215	3 730 085	4 565 933
Nombre de jours CET*	32 387	32 385	33 877	37 451	39 155	45 269
Valorisation des jours CET en € (charges comprises)*	2 944 852	3 197 195	3 462 960	3 862 773	4 010 868	4 565 933
Taux de provision	36%	29%	92%	106%	93%	100%
Provision personnel médical, en €	1 899 400	1 400 128	2 319 177	2 664 412	2 860 696	2 685 392
Nombre de jours CET*	7 244	5 346	6 130	5 923	6 394	5 999
Valorisation des jours CET (charges comprises)*	3 208 981	2 368 057	2 746 352	2 664 412	2 860 696	2 685 392
Taux de provision	59%	59%	84%	100%	100%	100%
<b>Total de la provision CET</b>	<b>2 969 012</b>	<b>2 327 086</b>	<b>5 516 374</b>	<b>6 758 627</b>	<b>6 590 781</b>	<b>7 251 325</b>

Source : comptes financiers et établissement. Les valorisations des jours CET du PM de 2012 à 2014 ont été estimés par la chambre en l'absence de données de l'établissement.

Tableau 50 : État des restes à recouvrer au 31 décembre 2017

En €	amiable	contentieux	total	dont émis en N	dont émis en N-1	dont émis en N-2	dont émis en N-3	dont émis antérieurement
Hospitalisés	1 098 526	533 126	<b>1 631 652</b>	1 094 415	189 313	106 834	121 706	119 384
Caisse SS	8 963 176	26	<b>8 963 202</b>	8 788 413	131 776	36 945	4 656	1 413
État	1 750	-	<b>1 750</b>	1 750	-	-	-	-
Département	256 512	10 318	<b>266 830</b>	230 898	16 985	30	1 418	17 499
Autres tiers payants	1 971 435	83 662	<b>2 055 097</b>	1 600 703	121 246	238 404	37 544	57 200
Autres débiteurs	45 568	3 585	<b>49 153</b>	22 190	23 378	-	-	3 585
<b>Total</b>	<b>12 336 967</b>	<b>630 717</b>	<b>12 967 685</b>	<b>11 738 369</b>	<b>482 698</b>	<b>382 213</b>	<b>165 324</b>	<b>199 081</b>
Calcul de la dépréciation selon méthode de l'établissement			634 855	-	120 674	191 107	123 993	199 081

Source : compte financier 2017

Tableau 51 : Du résultat d'exploitation au résultat net comptable, budget consolidé

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits d'exploitation	142,86	145,13	151,63	153,01	155,28	154,10
Charges d'exploitation	139,55	145,29	152,24	155,46	158,00	161,39
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>3,31</b>	<b>-0,17</b>	<b>-0,61</b>	<b>-2,45</b>	<b>-2,72</b>	<b>-7,29</b>
Produits financiers	0,04	0,02	0,01	0,04	0,05	0,03
Charges financières	0,96	0,88	0,95	1,15	1,29	1,26
<b>Résultat financier</b>	<b>-0,92</b>	<b>-0,86</b>	<b>-0,93</b>	<b>-1,11</b>	<b>-1,24</b>	<b>-1,23</b>
<b>Résultat courant</b>	<b>2,39</b>	<b>-1,03</b>	<b>-1,54</b>	<b>-3,57</b>	<b>-3,96</b>	<b>-8,52</b>
Produits exceptionnels	0,99	1,76	2,88	2,12	1,09	2,45
Charges exceptionnelles	1,20	0,54	1,75	0,70	1,78	0,81
<b>Résultat exceptionnel</b>	<b>-0,21</b>	<b>1,22</b>	<b>1,13</b>	<b>1,42</b>	<b>-0,68</b>	<b>1,64</b>
Total produits	143,89	146,91	154,53	155,17	156,42	156,57
Total charges	141,71	146,71	154,94	157,31	161,06	163,45
<b>résultat comptable</b>	<b>2,18</b>	<b>0,19</b>	<b>-0,41</b>	<b>-2,15</b>	<b>-4,65</b>	<b>-6,88</b>

Source : Comptes financiers

Tableau 52 : Résultats nets, tous budgets

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Budget principal	1 171 207	1 297	-628 090	-2 649 896	-4 584 321	-6 400 511
Budget annexe A (DNA)	157 842	36 862	260 543	307 100	34 331	17 896
Budget annexe B (ULSD)	320 004	33 540	37 017	98 152	100 850	-84 919
Budget annexe E (EHPAD)	492 323	38 359	-19 156	23 629	-208 203	-434 032
Budget annexe P1	43 222	69 099	16 232	115 002	55 607	39 868
Budget annexe P2	-6 121	14 803	-73 133	-39 865	-43 720	-16 099
<b>Résultat net comptable</b>	<b>2 178 477</b>	<b>193 961</b>	<b>-406 586</b>	<b>-2 145 878</b>	<b>-4 645 456</b>	<b>-6 877 796</b>

Source : Comptes financiers

**Tableau 53 : Évolution des fonds propres**

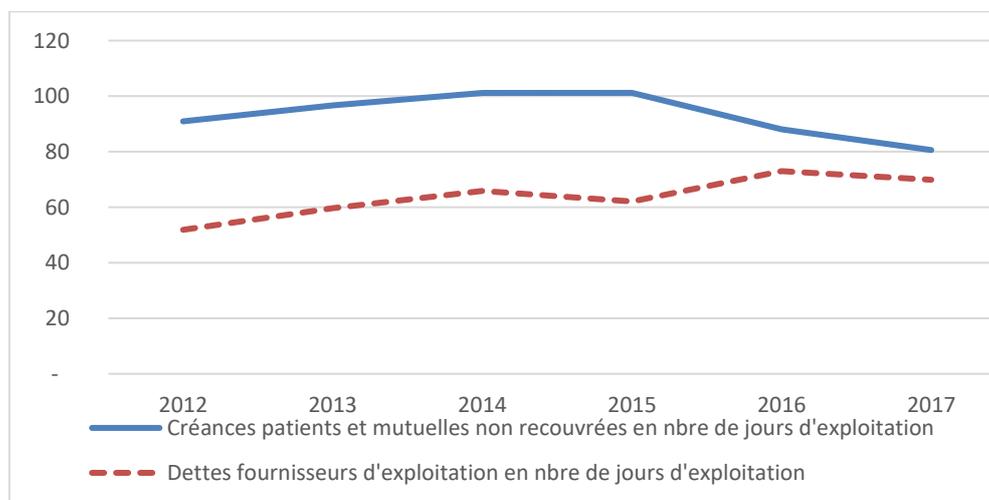
En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fonds propres	38 068 240	38 628 213	40 956 196	36 091 436	30 023 459	20 966 309
dont report à nouveau	-125 936	44 251	2 814 257	-2 215 675	-5 357 745	-10 334 041
dont résultat de l'exercice net comptable	2 178 477	193 961	-406 586	-2 145 878	-4 645 456	-6 877 796
dont apports en capital (yc aides ARS affecté au fonds de roulement)	-	366 013	41	10 515	4 485 227	1 810 158

Source : comptes financiers

**Tableau 54 : Actif immobilisé**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Immobilisations incorporelles	0,53	0,98	3,96	4,50	1,95	4,17
Immobilisations corporelles	55,42	60,32	56,48	61,35	57,03	75,90
Immobilisations en cours	4,16	5,08	6,06	7,19	27,53	0,00
immobilisations reçues en affectations	0,01	0,01	0,01	-	-	-
immobilisations affectées ou mises à disposition	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48
Participations et immo. Financières	0,05	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
<b>Total actif immobilisé</b>	<b>60,66</b>	<b>66,88</b>	<b>67,00</b>	<b>73,52</b>	<b>87,00</b>	<b>80,55</b>

Source : CRC d'après les comptes financiers

**Figure 8 : Dettes fournisseurs et créances patients et mutuelles amiables, en jours d'exploitation**

Source : CRC

**Tableau 55 : Prévisions et réalisations, budget consolidé**

En M€	Charges			Produits		
	EPRD initial	Compte financier	Écart	EPRD initial	Compte financier	Écart
2012	140,66	143,92	2,32%	140,68	145,97	3,76%
2013	146,66	148,89	1,52%	146,68	149,08	1,64%
2014	149,45	157,06	5,10%	149,48	156,66	4,80%
2015	153,84	159,51	3,68%	151,49	157,36	3,87%
2016	159,14	163,70	2,86%	157,76	159,06	0,82%
2017	159,08	163,45	2,75%	156,49	156,57	0,05%

Source : CRC, d'après les comptes financiers

## 8.6- ANNEXE 6 : Données relatives aux ressources humaines

Tableau 56 : Temps de travail additionnel

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Volume d'heures rémunérées (plages TTA indemnisée)	1 242	1 411	1 047	1 299	1 272	1 524
Volume financier (hors charges)	266 392 €	319 007 €	321 718 €	308 429 €	312 769 €	384 658 €
Volume d'heures de travail additionnel non payé et non récupéré au 31/12	nc	nc	nc	1 300	1 403	43

Source : Établissement

## 8.7- ANNEXE 7 : Données relatives aux actes et consultations externes

Tableau 57 : Nombre d'actes et consultations externes

	2013	2014	2015	2016	2017
<b>NGAP</b>	<b>2 189 331</b>	<b>2 246 244</b>	<b>2 389 464</b>	<b>2 160 376</b>	<b>2 504 620</b>
<b>Consultations spécialistes</b>	70 782	79 644	70 475	70 875	75 278
<i>dont consultations</i>	44 896	53 491	44 171	44 446	46 643
<i>dont majorations coordination de spécialiste</i>	24 570	24 774	24 437	24 419	26 571
<i>dont majorations de nuit</i>	749	782	1 054	1 170	1 211
<i>dont majorations férié</i>	567	597	813	840	853
<b>Consultations généralistes</b>	24 650	28 175	47 148	48 723	43 619
<i>dont consultations (C + G)</i>	17 765	20 876	37 873	39 465	34 556
<i>dont majorations nuit (CN + GN)</i>	2 770	2 818	3 118	3 676	3 856
<i>dont majorations férié (CF + GF)</i>	1 933	2 082	3 606	3 555	3 719
<i>dont majorations milieu de nuit</i>	2 182	2 399	2 551	2 027	1 488
<b>Biologie</b>	1 964 794	1 980 629	2 146 565	1 952 684	2 287 597
<b>Soins infirmiers (y compris majorations)</b>	64 495	73 216	60 384	26 073	28 369
<b>Autres (actes de sages-femmes, échographie, orthoptie)</b>	64 610	84 580	64 892	62 021	69 757
<b>CCAM</b>	<b>50 115</b>	<b>56 987</b>	<b>60 228</b>	<b>69 874</b>	<b>70 818</b>
<i>Actes imagerie</i>	26 557	29 061	29 802	34 511	33 919
<i>Actes techniques médicaux</i>	10 826	14 985	16 490	19 997	20 041
<i>Actes d'échographie</i>	10 926	10 365	10 059	10 899	12 002
<i>Actes de chirurgie</i>	1 767	2 122	2 604	2 737	2 853
<i>Autres (obstétrique, anesthésie, soins dentaires)</i>	39	454	1 273	1 730	2 003
<b>Forfaits techniques de radiologie</b>	<b>4 025</b>	<b>3 759</b>	<b>2 691</b>	<b>4 463</b>	<b>6 211</b>
<b>Forfaits d'accueil et de traitement des urgences</b>	<b>23 092</b>	<b>24 775</b>	<b>26 855</b>	<b>28 453</b>	<b>28 000</b>
<b>Forfait de sécurité et environnement hospitalier (SE)</b>	<b>1 151</b>	<b>1 290</b>	<b>1 410</b>	<b>1 395</b>	<b>1 436</b>
<b>Dispositifs médicaux</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
<b>Forfaits alternative à la dialyse en centre</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Forfaits frais de matériel (FFM)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Forfait prestations intermédiaires</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Source : ePMSI Ovalide

**Tableau 58 : Montants remboursés par l'Assurance maladie au titre des ACE**

En €	2013	2014	2015	2016	2017
<b>NGAP</b>	<b>2 211 825</b>	<b>2 563 462</b>	<b>2 796 279</b>	<b>2 834 543</b>	<b>2 965 282</b>
<b>Consultations spécialistes</b>	965 104	1 142 200	984 780	976 686	1 089 961
<i>dont consultations</i>	856 627	1 027 636	850 818	833 181	918 228
<i>dont majorations coordination de spécialiste</i>	60 928	61 579	60 597	60 508	87 298
<i>dont majorations de nuit</i>	30 670	34 153	47 058	54 671	56 174
<i>dont majorations férié</i>	16 879	18 832	26 306	28 325	28 261
<b>Consultations généralistes</b>	546 714	638 896	1 027 876	1 118 526	1 027 164
<i>dont consultations (C + G)</i>	319 644	391 881	707 283	755 679	681 146
<i>dont majorations nuit (CN + GN)</i>	116 071	123 209	138 450	174 447	169 799
<i>dont majorations férié (CF + GF)</i>	58 638	65 054	115 230	122 117	127 192
<i>dont majorations milieu de nuit</i>	52 362	58 752	66 913	66 283	49 027
<b>Biologie</b>	368 244	386 043	430 655	425 787	503 654
<b>Soins infirmiers (y compris majorations)</b>	156 685	181 938	161 851	71 041	79 279
<b>Autres (actes de sages-femmes, échographie, orthoptie)</b>	175 078	214 385	191 118	242 504	265 223
<b>CCAM</b>	<b>1 807 652</b>	<b>1 919 189</b>	<b>1 990 325</b>	<b>2 167 706</b>	<b>2 352 798</b>
<i>Actes imagerie</i>	789 618	797 288	786 325	812 291	855 171
<i>Actes techniques médicaux</i>	378 108	455 706	461 557	542 113	587 150
<i>Actes d'échographie</i>	579 426	571 082	585 958	624 940	697 948
<i>Actes de chirurgie</i>	58 193	75 598	99 433	109 554	117 562
<i>Autres (obstétrique, anesthésie, soins dentaires)</i>	2 306	19 515	57 052	78 808	94 968
<b>Forfaits techniques de radiologie</b>	<b>233 295</b>	<b>203 860</b>	<b>151 789</b>	<b>224 733</b>	<b>281 803</b>
<b>Forfaits d'accueil et de traitement des urgences</b>	<b>547 991</b>	<b>587 601</b>	<b>617 602</b>	<b>588 103</b>	<b>577 733</b>
<b>Forfait de sécurité et environnement hospitalier (SE)</b>	<b>64 229</b>	<b>70 724</b>	<b>71 290</b>	<b>69 339</b>	<b>74 556</b>
<b>Dispositifs médicaux</b>	<b>6 494</b>	<b>972</b>	<b>6 047</b>	<b>3 647</b>	-
<b>Forfaits alternative à la dialyse en centre</b>	-	-	-	-	-
<b>Forfaits frais de matériel (FFM)</b>	-	-	-	-	-
<b>Forfait prestations intermédiaires</b>	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>4 871 486</b>	<b>5 345 807</b>	<b>5 633 331</b>	<b>5 888 072</b>	<b>6 252 173</b>

Source : ePMSI Ovalide

**Tableau 59 : Résultat des consultations externes**

	En €	Titre 1	Titre 2	Titre 3	Titre 4	Charges indirectes (25%)	Total	Résultat
<b>2013</b>	<i>Dépenses</i>	3 735 004	369 131	59 559	166 904	1 082 650	5 413 248	
	<i>Recettes</i>	2 622 079	471 474	388 225			3 481 778	<b>-1 931 470</b>
<b>2014</b>	<i>Dépenses</i>	3 891 481	508 333	117 085	181 578	1 174 619	5 873 096	
	<i>Recettes</i>	3 071 966	537 739	364 559			3 974 264	<b>-1 898 832</b>
<b>2015</b>	<i>Dépenses</i>	4 288 230	655 775	162 582	161 442	1 317 007	6 585 037	
	<i>Recettes</i>	3 717 658	631 270	152 265			4 501 193	<b>-2 083 844</b>
<b>2016</b>	<i>Dépenses</i>	4 327 201	650 035	132 871	201 241	1 327 837	6 639 185	
	<i>Recettes</i>	4 024 915	716 396	170 719			4 912 030	<b>-1 727 155</b>
<b>2017</b>	<i>Dépenses</i>	4 376 419	713 282	142 564	253 970	1 371 559	6 857 795	
	<i>Recettes</i>	4 216 143	833 315	255 387			5 304 846	<b>-1 552 949</b>

Source : Établissement

**Tableau 60 : Spécialités proposées en activité libérale, mai 2018**

<b>Spécialité</b>	<b>Nombre de praticiens</b>
Cardiologie	1
Cardiologie (coronarographie)	1
Cardiologie (rythmologie)	1
Chirurgie urologique	2
Gastroentérologie	1
Gynécologie-obstétrique	3
Psychiatrie	1
Radiologie	2
Radiothérapie-oncologie	1

Source : Établissement

Tableau 61 : Délais d'obtention d'un rendez-vous et profil des patients de consultation

	Gynéco-Obst	Ophthalmo	Cardio	Chir Dig	Ortho	Anesth	Uro	Pédiatrie	Radiothérapie	Gastro	Odonto	Oncologie	Endocrino	Neurologie	Chir Vasculaire	Géronto Gériatrie	ORL	Diabéto- Endocrino	Angiologie	Pneumo	Autres
<b>Indicateurs</b>																					
<b>Délais de RDV - Vacances publiques (jours)</b>																					
Délais 1ère dispo (hors patients primo)	27	89	209	28	14		44	99	44	33	13	84	69	70	14	38	21			123	
<b>Délais médian 1ère dispo (hors patients primo, région)</b>	<b>41</b>	<b>49</b>	<b>98</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>38</b>	<b>48</b>	<b>39</b>	<b>52</b>	<b>20</b>	<b>45</b>	<b>120</b>	<b>64</b>	<b>22</b>	<b>51</b>	<b>27</b>	<b>118</b>	<b>83</b>	<b>78</b>	<b>13</b>
Délais 1ère dispo (patients primo)	18	49	144	28	10	30	27	68		31	16	7	92	64	14	75	31		16	52	
<b>Délais médian 1ère dispo (primo, région)</b>	<b>32</b>	<b>49</b>	<b>87</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>10</b>	<b>54</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>76</b>	<b>61</b>	<b>17</b>	<b>51</b>	<b>29</b>	<b>110</b>	<b>51</b>	<b>77</b>	<b>37</b>
<b>Profil des consultants (consultations publiques)</b>																					
Tx de primo dans la spécialité	7%	35%	18%	33%	10%	52%	13%	18%	82%	52%		22%		88%	21%	27%				13%	
<b>Tx de primo dans la spécialité (région)</b>	<b>19%</b>	<b>31%</b>	<b>31%</b>	<b>33%</b>	<b>12%</b>	<b>61%</b>	<b>23%</b>	<b>18%</b>	<b>37%</b>	<b>45%</b>	<b>44%</b>	<b>16%</b>	<b>25%</b>	<b>33%</b>	<b>53%</b>	<b>46%</b>	<b>35%</b>	<b>18%</b>	<b>45%</b>	<b>27%</b>	<b>37%</b>
Tx d'adressage par les médecins de ville	2%	2%	11%	23%	8%		5%	8%	6%	33%		13%	19%	62%	16%	53%				7%	
<b>Tx d'adressage par les médecins de ville (région)</b>	<b>7%</b>	<b>11%</b>	<b>25%</b>	<b>29%</b>	<b>25%</b>	<b>7%</b>	<b>22%</b>	<b>10%</b>	<b>6%</b>	<b>55%</b>	<b>11%</b>	<b>13%</b>	<b>23%</b>	<b>33%</b>	<b>37%</b>	<b>46%</b>	<b>19%</b>	<b>8%</b>	<b>21%</b>	<b>25%</b>	<b>55%</b>

Source : agence régionale de santé - Période de recueil du 6 mars au 2 avril 2017

Tableau 62 : Délais d'envoi des comptes rendus

	Gynéco-Obst	Ophthalmo	Cardio	Chir Dig	Ortho	Anesth	Uro	Pédiatrie	Radiothérapie	Gastro	Odonto	Oncologie	Endocrino	Neurologie	Chir Vasculaire	Géronto Gériatrie	ORL	Diabéto- Endocrino	Angiologie	Pneumo	Autres
<b>Indicateurs</b>																					
<b>Comptes rendus (jours)</b>																					
Délai moyen de frappe de CR	13	0	0	0	0		1			1	0	1	3	0	2	0	0			0	
<b>Délai moyen médian de frappe de CR (région)</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Délai moyen d'envoi de CR	16	0	1	2	2		4			6	0	4	5	0	6	3	0			2	
<b>Délai moyen médian d'envoi de CR (région)</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Tx de CR frappé le jour-même	7%	80%	66%	95%	100%		72%			36%	100%	64%		88%		60%	100%			74%	
Tx de CR envoyé le jour-même		73%	50%	5%	1%		23%				100%	9%		88%			100%				

Source : Benchmark 2017

**8.8- ANNEXE 8 : Glossaire**

<b>AC</b>	Aide à la contractualisation
<b>ACE</b>	Actes et consultations externes
<b>AMO</b>	Assurance maladie obligatoire
<b>AMO</b>	Assistance à la maîtrise d'ouvrage
<b>ANAP</b>	Agence nationale d'appui à la performance
<b>ARS</b>	agence régionale de santé
<b>ASAP</b>	Avis des sommes à payer
<b>ATU</b>	Accueil et traitement des urgences
<b>BDHF</b>	Banque de données hospitalières de France
<b>BSI</b>	Bassin de santé intermédiaire
<b>CAF</b>	Capacité d'autofinancement
<b>CET</b>	Compte épargne-temps
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHT</b>	Communauté hospitalière de territoire
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>COPERMO</b>	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>CRPA</b>	Compte de résultat prévisionnel annexe
<b>CRPP</b>	Compte de résultat prévisionnel principal
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>DAF</b>	Dotations annuelles de fonctionnement
<b>DGFIP</b>	Direction générale des Finances Publiques
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DIM</b>	Département de l'information médicale
<b>DMA</b>	Dotations modulées à l'activité
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>DNA</b>	Dotations non affectées
<b>DUME</b>	Document unique de marché européen
<b>EBE</b>	Excédent brut d'exploitation
<b>EHESP</b>	École des hautes études en santé publique
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EPRD</b>	État prévisionnel de recettes et de dépenses
<b>EPS</b>	Établissement public de santé
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>FAI</b>	Forfait activités isolées
<b>FAU</b>	Forfait annuel urgences
<b>FHF</b>	Fédération hospitalière de France
<b>FIDES</b>	Facturation individuelle des établissements de santé
<b>FINESS</b>	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
<b>FIR</b>	Fonds d'intervention régional
<b>FMESPP</b>	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
<b>GCS</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>GCSM</b>	Groupement de coopération sanitaire de moyens
<b>GHM</b>	Groupe homogène de malades
<b>GHS</b>	Groupe homogène de séjours
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>GVT</b>	Glissement vieillesse technicité
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé

<b>HPST</b>	Hôpital, patient, santé, territoire
<b>IADE</b>	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
<b>IBODE</b>	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
<b>ICNE</b>	Intérêts courus non échus
<b>ICR</b>	Indice de coût relatif
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'État
<b>IFSI</b>	Institut de formation en soins infirmiers
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IP-DMS</b>	Indice de performance - durée moyenne de séjour
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la Sécurité sociale
<b>MAS</b>	maison d'accueil spécialisée
<b>MCO</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique
<b>MERRI</b>	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
<b>MIG</b>	Missions d'intérêt général
<b>MIGAC</b>	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
<b>MiPiH</b>	Midi-Pyrénées informatique hospitalière
<b>MOP</b>	Maîtrise d'ouvrage publique
<b>NGAP</b>	Nomenclature générale des actes professionnels
<b>ONDAM</b>	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
<b>PES-V2</b>	Protocole d'échange standard - Version 2
<b>PGFP</b>	Plan global de financement pluriannuel
<b>PH</b>	Praticien hospitalier
<b>PHARE</b>	Performance hospitalière pour des achats responsables
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation du système d'information
<b>PMT</b>	Projet médical de territoire
<b>PPI</b>	Plan pluriannuel d'investissement
<b>PREF</b>	Plan de retour à l'équilibre financier
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>PU-PH</b>	Professeur des universités - Praticien hospitalier
<b>RSA</b>	Résumé de sortie anonymisé
<b>RUM</b>	Résumé d'unité médicale
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements
<b>SAMU</b>	Service d'aide médicale urgente
<b>SAU</b>	Service d'accueil des urgences
<b>SIG</b>	Solde intermédiaire de gestion
<b>SIRENE</b>	Système d'identification du répertoire des entreprises
<b>SIRET</b>	Système informatique pour le répertoire des entreprises sur le territoire
<b>SMUR</b>	Service mobile d'urgence et de réanimation
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire
<b>SRS</b>	Schéma régional de santé
<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>T2A</b>	Tarifification à l'activité
<b>TIPI</b>	Titres payables sur Internet
<b>TJP</b>	Tarif journalier de prestation
<b>TVA</b>	Taxe sur la valeur ajoutée
<b>USC</b>	Unité de soins continus
<b>USLD</b>	Unité de soins de longue durée
<b>VNC</b>	Valeur nette comptable
<b>ZAC</b>	Zone d'aménagement concerté



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

[auvergnerrhonealpes@crtc.ccomptes.fr](mailto:auvergnerrhonealpes@crtc.ccomptes.fr)