



Le président

Bordeaux, le 27 août 2019

à

Dossier suivi par :
Evelyne Legrand, Greffière de la 4^{ème} section
T. 05-56-56-47-00
Mel. : nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr

Réf : contrôle n° 2018-0400

Objet : notification du rapport d'observations définitives relatif
au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier
de Brive

P.J. : 1 rapport

Lettre recommandée avec accusé de réception

Madame Sandrine BERGER
Directrice par intérim du Centre hospitalier de Brive
1, boulevard du Docteur Verlhac
19112 BRIVE-LA-GAILLARDE

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Brive concernant les exercices 2012 et suivants, ainsi que la réponse qui y a été apportée.

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

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

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations est transmis au préfet, au directeur départemental des finances publiques de la Corrèze ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé.

Jean-François Monteils



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE (Département de la Corrèze)

Exercices 2012 et suivants

Le présent document qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 2 juillet 2019

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHESE	3
LA RECAPITULATION DES RECOMMANDATIONS	6
INTRODUCTION.....	8
1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SON TERRITOIRE	9
1.1 Un territoire en déclin démographique, vieillissant et s'appauvrissant... ..	9
1.1.1 Des besoins caractéristiques d'une population qui vieillit et s'appauvrit.....	10
1.1.2 ... Et une offre caractérisée par une densité moindre de professionnels de santé	12
1.1.3 Un établissement qui conforte son positionnement sur sa zone d'attractivité	13
1.2 Le centre hospitalier de Brive : un centre hospitalier bien doté pour répondre à sa mission, une gouvernance présente.....	15
1.2.1 Une brève présentation du CH de Brive	15
1.2.2 Des compétences pleinement exercées par les instances, une organisation polaire conforme aux dispositions du code de la santé publique depuis 2018.....	17
1.2.3 Des documents stratégiques respectés dans leurs objectifs mais un CPOM muet sur les résultats en termes de ressources humaines	22
1.2.4 La coopération	27
1.3 Le CH de Brive dans le groupement hospitalier de territoire du Limousin.....	29
2 UNE ACTIVITE EN CROISSANCE MAIS UNE DUREE MOYENNE DE SEJOUR ENCORE TROP LONGUE.....	31
2.1 Des capacité d'accueil en augmentation	31
2.2 Une activité contrastée : une croissance régulière du nombre de séjours mais un nombre de séances qui baisse jusqu'en 2017.....	34
2.3 Des parts de marché qui augmentent d'où une position dominante en obstétrique.....	36
2.4 Une activité plutôt bien positionnée en terme d'évolution tarifaire	38
2.5 Une durée moyenne de séjours plus élevée que dans les autres établissements : des recettes potentielles non perçues.....	40
3 LA FIABILITE DES COMPTES : DES BILANS FIABLES A COMPTER DE 2014	41
3.1 Le bilan d'ouverture 2015.....	42
3.2 Une interrogation quant à l'évaluation du montant des créances portées au bilan.....	44
3.3 Une chaîne de facturation qui reste à réaménager, un faible risque d'irrécouvrabilité des anciennes créances.....	45
3.4 La tenue des régies.....	47
3.5 La fiabilité du résultat de l'exercice satisfaisante	48
4 UNE SITUATION FINANCIERE QUI SE DETERIORE JUSQU'EN 2017, PUIS S'AMELIORERAIT EN 2018	49
4.1 Une première approche de la situation financière : la définition du déséquilibre financier par le code de la santé publique.....	49
4.1.1 Une CAF brute en baisse	51
4.1.2 La baisse de la CAF brute du budget principal s'explique par une hausse plus rapide des charges que des produits du budget principal.....	52

4.1.3	Une baisse de la CAF nette qui ne permet pas de financer les investissements : un recours plus important à l'emprunt	58
4.2	L'analyse du bilan : une forte baisse du fonds de roulement qui entraîne celle de la trésorerie, négative en 2017	59
4.2.1	Une baisse du fonds de roulement, un prélèvement significatif afin de financer l'important programme d'investissement	59
4.2.2	Une capacité à emprunter limitée	62
4.2.3	Un besoin en fonds de roulement en légère hausse	64
4.2.4	Une trésorerie négative en fin de période	66
4.3	L'analyse du PGFP : une appréhension de son exécution à conforter.....	66
5	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	68
5.1	Les effectifs.....	68
5.1.1	Une gestion des effectifs qui intègre une gestion prévisionnelle des compétences	68
5.1.2	Le temps de travail du personnel non médical : des heures supplémentaires non réglementairement payées	70
5.2	L'attribution de la NBI aux agents du SMUR	73
5.3	La prime de service	75
5.4	Une politique en faveur des travailleurs handicapés ambitieuse mais difficile à évaluer.....	76
5.4.1	Des objectifs ambitieux	76
5.4.2	Des résultats en nette amélioration	77
6	LA GESTION DES DECHETS ISSUS DES ACTIVITES DE SOINS À RISQUES INFECTIEUX.....	78
6.1	Le respect par l'établissement de ses obligations en matière de tri, de collecte, de conditionnement, et de stockage	78
6.1.1	Une quantité de DASRI à éliminer qui régresse depuis 2015, un coût qui croît	78
6.1.2	Tri, collecte, conditionnement et stockage : des procédures validées, une réalité qui s'en écarte	80
6.2	Le respect par le CH de Brive de ses obligations en matière de transport.....	81
6.3	Le respect par le CH de Brive de ses obligations en matière de suivi de l'élimination des DASRI.....	83

SYNTHESE

Le centre hospitalier dans son environnement

Membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Limousin, dont l'établissement support est le CHU de Limoges, situé au cœur d'un territoire en décroissance démographique et vieillissant, le centre hospitalier de Brive offre une large palette de soins : court-séjour, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Au 31 décembre 2017, le centre hospitalier de Brive dispose ainsi d'un total de 622 lits dont 429 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et de 129 places.

La gouvernance

Les instances de gouvernance du centre hospitalier de Brive se prononcent bien sur leurs champs de compétences et sont informées par la direction. Jusqu'à la signature des nouveaux contrats de pôle, en 2018, l'organisation en pôles était inaboutie, la délégation gestion prévue par le code de la santé publique n'ayant pas été mise en œuvre jusqu'à maintenant.

Le centre hospitalier de Brive est bien doté des documents stratégiques prévus par ce même code comme le projet d'établissement, mais que depuis 2013. Il convient de préciser que celui-ci est assez peu disert sur la partie financière qui sous-tend l'atteinte des objectifs qu'il s'assigne. Le centre hospitalier a bien mis en place une évaluation des plans d'actions pour atteindre ces objectifs.

S'agissant du contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'Agence régionale de Santé (ARS), celui-ci s'avère muet sur les résultats à obtenir en matière de ressources humaines. Quant à la partie « plan triennal », son évaluation s'avère peu probante dans la mesure où les « cibles 2015 et 2016 » ne sont pas renseignées.

L'activité du centre hospitalier

La capacité d'accueil du centre hospitalier de Brive a crû sur la période 2012-2017, grâce à la hausse du nombre de lits en médecine et en soins de suite et de réadaptation, mais également en raison de la confortation du nombre de places en ambulatoire. Cette augmentation du capacitaire est avant tout due à des redéploiements entre disciplines en ce qui concerne les lits.

Logiquement, il s'en suit une croissance des séjours, portée par la hausse de ceux en médecine mais paradoxalement une baisse des séjours, que l'ordonnateur dit être « conjoncturelle », son nombre étant à la hausse en 2018.

Le centre hospitalier de Brive conforte son positionnement d'établissement de premier recours sur sa zone de chalandise. Celui-ci a mis en œuvre un case-mix plutôt bien positionné en termes d'évolution tarifaire, hors séjours. En effet, sur les 24 domaines d'activités déployés, 11, soit près de 60 % des séjours, ont vu leur tarif moyen par séjour et le nombre de séjour augmenter. Par contre, ce bon constat est altéré par une durée moyenne de séjour plus élevée que dans les autres établissements comparables, minorant les recettes d'activité globale perçues.

La fiabilité des comptes et l'analyse financière

Le centre hospitalier de Brive a vu ses comptes certifiés sans réserve, à compter de l'exercice 2015.

Le résultat consolidé est négatif depuis 2015¹. La situation financière s'est significativement dégradée pour aboutir en 2017 à une trésorerie négative. La capacité d'autofinancement nette (CAF) a subi une baisse notable de 84 %. Ainsi, l'effort réel d'investissement a été financé par un prélèvement notable sur le fonds de roulement et grâce à un recours croissant à l'emprunt aboutissant à un ratio d'indépendance financière et à un poids de la dette supérieurs aux seuils définis par l'article D. 6145-70 du code de santé publique. Aussi, l'établissement ne peut donc plus recourir à l'emprunt sans l'accord préalable du directeur général de l'ARS.

La détérioration de la CAF consolidée est principalement due à celle de la CAF du budget principal dont les produits ont crû moins vite que les charges. En effet, alors que les produits de l'activité (recettes totales de l'assurance maladie) ont augmenté de 12,4 %, les charges de personnel progressaient de près de 20 %, celles-ci s'avérant supérieures de 5 % à ceux-là.

Les budgets annexes sont également venus accroître ce déséquilibre, leur CAF brute consolidée devenant négative en 2016, après une baisse continue depuis 2012.

Le centre hospitalier de Brive se doit donc d'être vigilant quant à la maîtrise des charges de personnel, notamment du personnel médical, les plus dynamiques. Pour l'ordonnateur cette dégradation budgétaire et financière est conjoncturelle, les résultats constatés sur l'exercice 2018 se révélant positifs, « *permettant une amélioration durable des indicateurs financiers, et notamment le début d'une politique de désendettement progressif* ». La chambre rappelle, néanmoins, que le contrôle s'étant déroulé au cours de l'exercice 2018, elle n'a pas pu porter une appréciation sur celui-ci.

Le personnel et le temps de travail

La gestion du personnel ne paraît pas optimale en matière de temps de travail. Ainsi, pour le personnel non médical, sur la période sous contrôle, il a été attribué de manière systématique des jours de fractionnement pourtant sous condition préalable d'octroi. Le CH de Brive s'est engagé à paramétrer son logiciel *ad hoc* pour y remédier. Il est par ailleurs constaté le paiement irrégulier d'heures supplémentaires.

Enfin, la politique en faveur des travailleurs handicapés a obtenu des résultats satisfaisants puisqu'en 2017 le taux d'emploi direct atteint presque 5,73 %, l'obligation légale étant de 6 %. L'ordonnateur indique l'avoir dépassée en 2018.

La gestion des déchets issus des activités de soins à risques infectieux (DASRI)

Si les procédures de tri, collecte, conditionnement et stockage des DASRI sont bien validées et conformes à la réglementation en vigueur, un audit de 2016 a constaté que, pour autant, 84 % des sacs contenant des DASRI étaient non identifiés et qu'« *un tiers des sites présentent des DASRI avec un contenu non conforme* ». Le centre hospitalier de Brive s'est engagé à lancer un nouvel audit pour vérifier que des améliorations ont eu lieu quant à l'effectivité du tri sélectif.

Par ailleurs, la chambre constate des lacunes dans le contrôle de son transporteur ainsi que sur les volumes de DASRI qu'il destine à leur élimination puisqu'il ne les pèse pas à leur

¹ -221 981,35 € en 2015, -2 034 772,98 € en 2016 et -1 054 759,45€ en 2017

départ. Le centre hospitalier de Brive n'est donc pas en mesure de vérifier que la facturation qui lui est faite est la bonne.

Enfin s'agissant du suivi de leur élimination, alors qu'il est comptable de leur bonne destruction, le centre hospitalier de Brive ne s'assure pas qu'une partie des DASRI, ceux contenant des produits cytotoxiques notamment, le soit effectivement. En effet, le CHU de Limoges, avec lequel il est lié par convention pour détruire la totalité de ses DASRI, adresse ces déchets à un autre site d'élimination mais ne l'informe pas de la réalité de celle-ci.

Sur l'ensemble de ces observations relatives à la gestion de ces déchets, le CH de Brive a pris des engagements pour y remédier, outre le lancement d'un nouvel audit du tri sélectif, comme la signature des bordereaux et l'indication du poids ainsi que la révision, avec le CHU de Limoges, des termes de la convention qui les lie afin de rappeler les obligations de chacune des parties. La chambre régionale des comptes prend note de ces engagements.

RECOMMANDATIONS

Recommandations faites au cours du contrôle actuel

Recommandation n° 1 : faire contresigner les contrats de pôle par le président de la CME, conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

[Recommandation mise en œuvre]

Recommandation n° 2 : mettre en place une délégation de gestion pour les chefs de pôle dans les contrats de pôle, conformément l'article R. 6146-8 II du code de la santé publique.

[Recommandation mise en œuvre]

Recommandation n° 3 : rechercher une amélioration de l'ensemble de la chaîne de facturation en amont afin de limiter au mieux la masse des titres restant à recouvrer.

[Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 4 : organiser un contrôle périodique des régies.

[Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 5 : détailler chaque année les opérations majeures dans le PGFP afin de pouvoir appréhender son exécution.

[Recommandation non mise en œuvre]

Recommandation n° 6 : établir dans chaque rapport de gestion un bilan cumulé des investissements et de leur financement puis le comparer au PGFP.

[Recommandation non mise en œuvre]

Recommandation n° 7 : appliquer la réglementation concernant l'attribution des jours de congés dits « hors période ».

[Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 8 : appliquer la réglementation en matière d'heures supplémentaires en mettant en place un système de contrôle automatisé de comptage.

[Recommandation non mise en œuvre]

Recommandation n° 9 : servir une NBI non proratisée aux chauffeurs et ambulanciers travaillant à temps plein non affectés à 100 % au SMUR.

[Recommandation mise en œuvre]

Recommandation n° 10 : évaluer les résultats attendus de l'audit de mars 2016 sur la procédure de tri des DASRI au sein du CH de Brive.

[Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 11 : assurer un contrôle des quantités de DASRI transportées qui oblige le CH de Brive à vérifier l'agrément du transporteur, à effectuer une pesée des déchets au départ de Brive et à renseigner en totalité la partie I des bordereaux de suivi.

[Recommandation en cours de mise en œuvre]

INTRODUCTION

L'ouverture du contrôle a été notifiée à M. Vincent DELIVET ordonnateur en fonctions depuis le 1^{er} aout 2010, et à M. Frédéric SOULIER, président du conseil de surveillance, par courriers du 5 février 2018 dont ils ont accusé réception, respectivement les 7 et 8 février 2018.

Les entretiens de début et de fin de contrôle avec l'ordonnateur ont respectivement eu lieu les 12 mars et 29 novembre 2018.

La chambre a délibéré sur le rapport d'observations provisoire lors de sa séance du 22 janvier 2019, lequel a été transmis par courrier du 12 mars 2019 à l'ordonnateur qui en a accusé réception le 18 mars 2019. Celui-ci a transmis ses réponses par courrier, reçu au greffe de la chambre le 13 mai 2019.

Trois extraits de ce rapport provisoire ont été adressés. Seul le CHU de Limoges a répondu à celui qui lui a été envoyé, par courrier du 13 mai 2019, reçu au greffe de la chambre, le 16 mai suivant.

1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SON TERRITOIRE

1.1 Un territoire en déclin démographique, vieillissant et s'appauvrissant...

Le territoire d'un établissement de santé peut s'apprécier à travers son « territoire de démocratie médicale » et sa zone d'attractivité.

En vertu de l'article L.1434-16 du code de la santé publique « *l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que les accès aux soins de premiers recours...* ». C'est un territoire géographique défini par consensus entre les acteurs locaux et l'ARS. Il se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité englobant tous les offreurs « de santé » dont les établissements sanitaires et/ou médico-sociaux y constituent un point d'appui pour la structuration de l'offre de premier recours (professionnels de santé libéraux, maisons de santé...). C'est à ce niveau de territoire de proximité que se situent les structures de prise en charge externe de la santé mentale. En Limousin, il a été retenu un territoire de santé unique. La Corrèze est découpée en 3 territoires de proximité autour de Brive-Tulle-Ussel. Le centre hospitalier de Brive est intégré au territoire de proximité constitué autour de Brive.

Au-delà de ce territoire de santé, la zone d'attractivité d'un établissement se définit comme étant la zone géographique où 80 % des patients ont leur lieu de résidence principale. Ainsi, les patients du centre hospitalier de Brive résident très majoritairement dans trois départements : la Corrèze (73,55 % des patients), le Lot (11,36 % des patients) et la Dordogne (10,06 %). Ainsi, près de 95 % de sa patientèle résident dans trois départements dont deux ne sont pas issus de l'ancienne région Limousin. Au contraire, sa zone de chalandise s'étend donc, aujourd'hui, sur deux régions, Nouvelle-Aquitaine (Corrèze et Dordogne) et Occitanie (Lot).

1.1.1 Des besoins caractéristiques d'une population qui vieillit et s'appauvrit

Il est donc primordial de connaître la situation démographique et socio-économiques de ces trois départements. Les tableaux ci-après la résument :

Tableau n° 1 : Une population stable sur le territoire de santé

	2009	2014	Évolution (%)
<i>Corrèze</i>	243 352	241 340	- 0,8
<i>Dont Brive</i>	49 231	46 961	- 4,6
<i>Dordogne</i>	412 082	416 350	+ 1
<i>Lot</i>	173 562	173 648	+ 0,05
TOTAL	828 996	831 338	0,28

Source : INSEE

Tableau n° 2 : Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans (dont + de 75 ans)

	2009	2014	Évolution (en %)
<i>Corrèze</i>	74 757 (32 888)	79 112 (33 592)	5,8 (2,1)
<i>Dont Brive</i>	14 988 (6 655)	15 194 (6 927)	1,4 (4,1)
<i>Dordogne</i>	129 712	142 417	9,8
<i>Lot</i>	55 784	60 921	9,3
Total	260 253	282 450	8,5

Source : INSEE

Tableau n° 3 : Données socio-économiques comparées Corrèze – Brive-la-Gaillarde

	Données socio-économiques	2009	2014	Evolution (%)
Corrèze	Nbre de chômeurs	8 763	11 075	26,4
	Taux de pauvreté*	13,1 %	13,6 %	
Brive	Nbre de chômeurs	2 514	3 062	21,8
	Taux de pauvreté*	17,1** (13,5 % en France)	17,5 % (14,2 % en France)	

Source : INSEE

*Le taux de pauvreté se définit par rapport à un seuil de pauvreté qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population. Il s'agit donc du nombre de personnes vivant en dessous de ce seuil rapportée à la population.

** Le taux ici donné est celui de l'année 2012, ne retrouvant pas sur le site de l'INSEE celui de 2009.

Le territoire de santé corrézien connaît une tendance lourde à la baisse démographique qui s'accompagne d'un vieillissement notable de sa population², avec l'apparition d'une poche de pauvreté, au sens de l'INSEE³, bien marquée dans la principale ville du département de la Corrèze.

Les deux autres départements sur lequel rayonne le CH de Brive connaissent également les mêmes tendances, à quelques exceptions près.

Tableau n° 4 : Données démographiques – évolution

	2009		2014		Evolution (%)	
	population	+ 60 ans	Population	+ 60 ans	population	+ 60 ans
Dordogne	412 082	129 712	416 350	142 417	1	9,8
Lot	173 562	55 784	173 648	60 921	0,05	9,2

Source : INSEE

En effet, entre 2009 et 2014, alors que les populations de ces deux départements stagnent, le poids des plus de 60 ans s'accroît, passant respectivement de 31,5 % à 34,2 % pour la Dordogne et de 32,1 % à 35,1 % pour le Lot.

² En 2014, les plus de 60 ans représentaient 48,8 % pour le département et 47,8 % à Brive contre, respectivement, en 2009, 44,3 % et 43,8 %.

³ Entre 2009 et 2014, le taux de chômage a augmenté tant pour le département que pour la ville de Brive passant, respectivement, de 8,2 % à 10,5 %, et de 11,8 % à 15,5 %. Dans le même temps, le taux de chômage en France (y compris outremer) s'élevait, aux même dates, de 10 % à 10,4%.

Selon l'actuel directeur⁴, en 2016, le bassin d'attractivité représente un bassin de population qui avoisine 400 000 habitants : 243 000 pour le département de la Corrèze, 75 000 habitants pour le Nord du Lot et 75 000 habitants de la partie Est de la Dordogne (Sarlat, Terrasson).

Tableau n° 5 : Données socio-économiques - évolution

	Données socio-économiques	2009	2014	Évolution (%)
Dordogne	Nbre de chômeurs	19 652	25 582	30,2
	Taux de pauvreté*	16,3 %	16,4 %	
Lot	Nbre de chômeurs	7 787	9 434	21,2
	Taux de pauvreté*	15,8 % (13,5 % en France)	15,1 % (14,2 % en France)	

Source : INSEE

* Le taux de pauvreté se définit par rapport à un seuil de pauvreté qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population. Il s'agit donc du nombre de personnes vivant en dessous de ce seuil rapportée à la population.

On assiste, pour ces deux départements, à une très forte hausse du nombre de chômeurs, le taux de chômage sur la même période s'établissant au-dessus du taux national⁵.

Le constat est clair : le CH de Brive est au cœur d'un territoire en décroissance, qu'elle soit démographique ou économique, plus ou moins forte selon les zones géographiques considérées. La population vieillit rapidement, ce qui induit une orientation vers des types d'offres de soins spécifiques.

1.1.2 ... Et une offre caractérisée par une densité moindre de professionnels de santé

Il convient de renforcer ce constat avec, en 2016, une densité de professionnels de santé moindre dans ces trois départements par rapport à une moyenne nationale, ce qui a d'indéniables conséquences sur la structure de l'offre de soins en particulier du CH de Brive.

⁴ Procès-verbal, Conseil de Surveillance, 15 mars 2016.

⁵ Entre 2009 et 2014, le taux de chômage a augmenté pour ces deux départements passant, pour la Dordogne, de 11,2 % à 14,5 %, et de 10,5 % à 12,7 %, pour le Lot. Dans le même temps le taux de chômage en France (y compris outremer) s'élevait, aux même dates, de 10 % à 10,4%.

Tableau n° 6 : Démographie médicale médecins en activité totale* (en nombre) – évolution comparée

	2012	2015	Evolution (%)	2020 ⁶
<i>Corrèze</i>	683	669	- 2	651
<i>Dordogne</i>	991	932	- 6	883
<i>Lot</i>	441	414	- 6,1	401

Source : Conseil national de l'Ordre des médecins – Atlas régionaux

*L'activité totale est définie par le Conseil de l'Ordre comme étant composée des médecins en activité régulière, des médecins remplaçants ainsi que des médecins temporairement sans activité

Tableau n° 7 : Densité médicale en nombre de médecins en activité régulière* pour 100 000 habitants en 2016⁷

	Ensemble médecins	Dont généralistes	Dont spécialistes
<i>Corrèze</i>	282,1	149,7	131,3
<i>Dordogne</i>	221,9	129,7	92,2
<i>Lot</i>	270,9	158,7	112,2
<i>France</i>	284,4	132,1	152,3

Source : Conseil national de l'Ordre des médecins – Atlas régionaux

*Selon la définition ordinale, l'activité régulière est composée de médecins qui exercent une activité sur un ou plusieurs sites autorisés.

1.1.3 Un établissement qui conforte son positionnement sur sa zone d'attractivité

En 2016, les quatre établissements qui ont les parts de marchés les plus élevées sur la zone d'attractivité du CH de Brive figurent dans le tableau ci-après :

⁶ L'Atlas national du CNOM pour 2018 : le nombre de médecins en activité totale est de 632 en Corrèze, soit bien en-deçà de la prévision précédente. Pour la Dordogne et le Lot, la décade se poursuit mais moins rapidement que pour la Corrèze.

⁷ Densité des professionnels de santé pour 100 000 habitants, en 2016

	Ens. Médecins	dont généralistes	dont spécialistes	Dentistes	IDE	Kinés	Pharmaciens
<i>Corrèze</i>	292	155	137	57	1 320	93	128
<i>Dordogne</i>	238	138	99	51	908	86	101
<i>Lot</i>	288	163	125	61	1 133	127	104
<i>France métropolitaine</i>	341	155	185	64	1 005	130	114

Sources : DREES; ASIP santé, INSEE

Tableau n° 8 : Parts de marché de CH de BRIVE

Rang	Catégorie	Dépt	Établissement	2012	2013	2014	2015	2016
Médecine								
1	CH	19	CH BRIVE	43,4	45,2	45,6	46,0	45,5
2	CLI	19	Centre médico-chirurgical « les cèdres »	15,5	19,0	18,3	18,7	19,5
3	CHR	87	CHU Limoges	9,5	8,7	9,2	8,2	8,6
4	CLI	19	Clinique Saint Germain	7,9	4,3	4,7	5,4	5,4
Chirurgie hospitalisation complète								
1	CH	19	CH BRIVE	24,3	24,7	25,6	27,0	27,6
2	CLI	19	Centre médico-chirurgical « Les cèdres»	29,9	30,9	29,8	30,2	28,9
3	CLI	19	Clinique Saint Germain	15,3	14,1	14,1	13,2	12,3
4	CHR	87	CHU Limoges	9,0	8,8	8,5	8,6	8,4
Obstétrique								
1	CH	19	CH BRIVE	52,4	49,9	51,8	52,9	53,5
2	CLI	19	Clinique Saint Germain	35,0	37,8	35,0	32,9	32,3
3	CH	9	CH Cœur de Corrèze	4,4	4,6	5,1	5,7	4,9
4	CHR	7	CHU Limoges	2,7	3,2	3,1	3,1	3,9

Source : Hospidiag

Dans les trois disciplines, la position du CH de Brive s'améliore au détriment notamment de la clinique Saint-Germain et du CHU de Limoges (sauf en obstétrique). En obstétrique, la position du CH de Brive devrait devenir « hégémonique » en 2018 compte tenu de la fermeture de la maternité de la clinique Saint-Germain. Toutefois, pour la chirurgie en hospitalisation complète, le CH de Brive doit faire face à la concurrence de la clinique des Cèdres, sur l'oncologie⁸.

Pour l'ordonnateur, « le CH de BRIVE entend maintenir le partenariat fort déjà existant entre tous les professionnels de cancérologie animé par son pôle cancérologie. L'évolution de

⁸ La clinique appartient au groupe de santé Elsan. Elle s'est vue refuser par l'agence régionale de santé (ARS) la validation de son projet d'unité d'oncologie, refus soutenu publiquement par le CH de Brive. Cf. les dépêches de APM news.com des 31 mai, 6 et 15 juin 2018.

l'offre de soins sur le territoire briviste permet d'envisager le maintien de deux pôles chirurgicaux : la clinique des Cèdres d'une part, le pôle constitué par l'hôpital et la clinique Saint-Germain d'autre part [...], ce dernier devenant le premier opérateur en chirurgie de BRIVE ».

1.2 Le centre hospitalier de Brive : un centre hospitalier bien doté pour répondre à sa mission, une gouvernance présente

1.2.1 Une brève présentation du CH de Brive

Le total des produits du centre hospitalier de Brive a atteint 159,63 M€ en 2017 soit une hausse de près de 14,58 % depuis 2012, soit en moyenne 3,4 M€ € par an.

Le centre hospitalier de Brive propose une large palette d'offre de soins :

- de court-séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) ;
- des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- et des soins de psychiatrie ;
- ainsi que de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Pour mettre en œuvre cette offre de soins, en 2017, sa capacité d'accueil comportait 622 lits d'hospitalisation et 129 places d'hospitalisation de jour, le tout se répartissant entre le court-séjour (66,58%), les soins de suite et de réadaptation (14,25 %), la psychiatrie (11,32 %), et l'EHPAD (9,19 %).

En complément de ces capacités d'accueil, le centre hospitalier dispose d'un plateau technique comportant 7 salles d'exploration fonctionnelles, 7 salles de blocs opératoires, 5 salles de bloc obstétrical fonctionnel, 1 IRM, 1 scanner, 4 échographes, 3 salles de radiologie, une salle d'angioplastie, un laboratoire, un service de stérilisation, une unité de reconstitution des cytotoxiques. Le projet d'établissement constatant que l'évolution des prises en charge s'oriente vers une utilisation plus répandue des scanners prévoyait l'acquisition d'un second scanner en remplacement d'une salle de radiologie conventionnelle.⁹

Les effectifs médicaux ont augmenté malgré une baisse de plus de 10 % pour les chirurgiens. Il est également noté pour les personnels non médicaux une hausse significative des personnels en service de soins et des personnels de direction et administratifs. Pour ces derniers, les personnels de direction ont diminué du fait de regroupement de directions fonctionnelles, alors que les personnels administratifs ont augmenté pour renforcer les secrétariats médicaux dont l'activité s'est développée.

⁹⁹ CH de Brive, projet d'établissement 2013-2017, p.45

Tableau n° 9 : Évolution des effectifs (en ETP)

	2012	2013	2014	2015	2016	Evol 2012- 2016 (%)
Médicaux	121,2	120,78	122,44	118,50	124,19	2,47
<i>Dont médecins (hors anesthésiste)</i>	74,6	74,72	74,92	75,3	80,62	8,07
<i>Dont chirurgiens (hors gynécologues-obstétriciens)</i>	14,6	13,87	14,03	12,73	12,96	- 11,23
<i>Dont anesthésistes</i>	4,8	5,43	4,78	4,43	5,00	4,17
<i>Dont gynécologues-obstétriciens</i>	3,0	3,73	3,14	2,53	3,29	9,67
Non médicaux	1 595,11	1 599,91	1 648,54	1.638,63	1.655,87	3,81
<i>Dont personnels de direction et administratifs</i>	204,3	205,34	215,19	217,07	223,97	9,63
<i>Dont personnels des services de soins</i>	1 088,5	1 091,19	1 123,94	1 115,74	1 123,40	13,4
<i>Dont personnels éducatifs et sociaux</i>	38,28	35,07	34,25	33,51	35,61	-6,97
<i>Dont personnels médico-techniques</i>	93,41	94,35	94,29	95,25	94,44	1,10
<i>Dont personnels techniques et ouvriers</i>	170,77	173,96	180,91	177,06	178,45	4,50

Source : Hospidiag

Enfin, le CH de Brive a été certifié sans réserve mais avec recommandation d'amélioration par la Haute Autorité de la Santé (HAS), le 20 avril 2016, avec 4 recommandations d'amélioration portant sur le dossier patient, le parcours du patient, les médicaments et les droits des patients.

Le centre hospitalier a fourni le plan d'actions répondant à ces recommandations. Pour chacun des quatre items, il liste les points à résoudre et l'état d'avancement du plan. Il en est recensé 14 :

- 5 pour le droit des patients dont 2 ont fait l'objet d'actions correctives ;
- 3 pour le parcours du patient dont 2 ont fait l'objet d'actions correctives ;

- 2 pour le dossier patient dont une a fait l'objet d'une action corrective ;
- 4 pour le management de la prise en charge médicamenteuse.

Le compte *qualité* est réactualisé tous les deux ans (2016, 2018).

La résolution des problèmes mis en exergue par la HAS, il y a plus de deux ans, n'est donc réalisée qu'à un peu plus d'un tiers. Certains problèmes devant être réglés d'ici la fin de l'année 2018, la réponse complète à la certification de la HAS ne devrait être obtenue qu'en décembre 2019 puis décembre 2020, soit plus de 4,5 ans¹⁰ après sa visite. Il s'agit pourtant de points sensibles, respectivement relatifs aux prescriptions médicamenteuses qui « *ne sont pas toutes conformes* » et « *les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient [qui] ne sont pas toujours tracés en temps utile dans le dossier du patient* ».

En réponse, l'ordonnateur a souhaité préciser que concernant la prescription médicamenteuse, « *[celle-ci] est désormais informatisée à 90 % ce qui résout la majorité des problèmes relevés, et un Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins a été signé avec l'ARS et l'Assurance-Maladie. [...]. Enfin, des audits du circuit du médicament sont régulièrement réalisés selon un plan d'actions* ». S'agissant de la tenue du dossier patient, « *des améliorations [ont été] constatées lors des contrôles T2A, intervenues suite au perfectionnement de l'outil informatique* ». Il reviendra donc à la HAS de constater lors de sa prochaine campagne de certification la levée de ses recommandations.

1.2.2 Des compétences pleinement exercées par les instances, une organisation polaire conforme aux dispositions du code de la santé publique depuis 2018

Il convient de signaler que l'actuel directeur occupe son poste depuis 1^{er} août 2010, ce qui confère à la gouvernance de ce CH une certaine stabilité, qui a pu favorablement jouer sur le fonctionnement de ses instances.

La composition et le fonctionnement des différentes instances (conseil de surveillance, directoire, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, notamment) ont été examinés. Ces instances se prononcent bien sur leurs champs de compétences et sont correctement informées par la direction.

Quelques points sont à relever néanmoins qui ne remettent pas en cause ce constat positif.

La direction est aujourd'hui commune entre le centre hospitalier et l'EHPAD de Rivet. En effet, M. DELIVET a d'abord assuré l'administration provisoire de l'EHPAD de Rivet à compter du 1^{er} novembre 2015. Sa mission a duré jusqu'à la fin 2016. Cette situation s'étant stabilisée, afin de terminer cette administration provisoire, une convention de direction commune entre le CH de Brive et l'EHPAD du Rivet a été établie.

Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2018, la direction commune a été réorganisée avec la création de quatre directions : direction des affaires médicales et de coopérations territoriales, direction des usagers et de la communication et des affaires juridiques, direction de

¹⁰ Trois points devraient être résolus pour juin 2019.

l'innovation, de la qualité et de la gestion des risques et direction des structures pour personnes âgées. La première est chargée de gérer toutes les relations qui se développent avec le CHU de Limoges dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) et d'assurer le suivi du partenariat avec la clinique Saint-Germain.

Les rapports annuels : une information des instances à parfaire

Jusqu'à l'exercice 2014 inclus, le rapport de gestion se décomposait en 4 parties : instances et organigramme, rapport d'activité, rapport financier et annexe au compte financier. À compter de l'exercice 2015, le rapport d'activité et le rapport financier sont deux documents distincts.

Le rapport d'activité privilégie la présentation de tableaux au détriment de leur analyse. En outre, s'il reprend, en les explicitant, l'analyse des évolutions, il ne présente pas d'éléments comparatifs avec d'autres établissements de sa strate et/ou par rapport aux objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ou du projet d'établissement. Pour l'ordonnateur, ce rapport annuel contient bien les éléments attendus, les informations relatives au dialogue de gestion avec l'ARS et le suivi des objectifs du projet d'établissement étant fournis aux instances. Cependant, pour la chambre, des comparaisons avec ses pairs, même limitées à l'année N-2, et précédentes, présentent des intérêts de mise en perspective. En matière d'investissement, il ne cumule pas les sommes sur un même projet sur plusieurs exercices ce qui permettrait une comparaison avec le plan global de financement pluriannuel. Le fait que « *Les principaux investissements so[ie]nt présentés dans un chapitre dédié et les montants globaux des principales opérations sont mentionnés* » n'infirme pas l'observation de la chambre qui ne portait que sur la comparabilité de ceux-ci par rapport à un prévisionnel, laquelle constitue une information utile quant au degré d'avancement des projets concernés et à l'évolution de leurs coûts, notamment.

Le bilan social présente une vingtaine d'indicateurs regroupés autour de cinq thèmes : évolution des effectifs et de la masse salariale, gestion du temps et disponibilité des ressources humaines, gestion des compétences, dialogue social et santé et sécurité au travail. Pour autant, il ne permet pas de situer le CH de Brive au sein de sa strate d'établissement.

La périodicité des réunions des organes de la gouvernance : un respect des seuils réglementaires à compter de 2014

Le nombre annuel de réunions de chacune de ces instances appelle certaines observations comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 10 : Fonctionnement des instances

	Fréquence/rappel base juridique	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>conseil de surveillance</i>	4/CSP art. R. 6143-11	5	5	4	4	5	5
<i>Directoire</i>	8/CSP art. D. 6143-35-5	7	7	12	12	13	13
<i>commission médicale d'établissement</i>	4/CSP art. R. 6144-6	5	5	4	5	5	6
<i>comité technique d'établissement</i>	4/CSP art. R. 6144-69	6	6	4	5	5	5
<i>comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail</i>	4/code du travail art. L. 4614-7	4	4	4	5	5	6
<i>commission de soins infirmiers et rééducation médico-techniques</i>	3/CSP R. 6146-14	5	5	4	5	5	5
<i>comité de lutte contre les infections nosocomiales</i>	3/CSP art. R. 6111-2	ND	ND	ND	3	3	3
<i>commission administrative paritaire locale</i>	Sur demande	2	3	3	4	4	3
<i>commission activité libérale</i>	1/CSP art. R. 6154-14	1	1	1	1	1	1

Source : chambre régionale des comptes d'après les procès-verbaux fournis par le CH de Brive

En réponse, l'ordonnateur a souhaité préciser que le CLIN s'était bien réuni trois fois par an en 2012 et 2014, et deux fois en 2013. S'agissant du directoire, il se serait réuni 12 fois par an en 2012 et 2013, soit au-delà du nombre minimal réglementaire. Toutefois, pour ces deux instances, la chambre avait tenu compte du nombre de procès-verbaux adressés par le CH de Brive pour réaliser son tableau. Or, en l'absence de tels documents joints pour attester de ces modifications souhaitées, la chambre maintient son tableau.

Il est constaté que jusqu'en 2013 inclus, le nombre minimal de réunions de certains des organes de la gouvernance du CH de Brive, imposé par les textes ci-dessus rappelés, n'a pas été respecté. Ainsi, le directoire n'a-t-il véritablement tenu le rythme des réunions fixé par la réglementation qu'à compter de 2015. Si pour l'ordonnateur, compte tenu de sa réponse précédente, le directoire a bien respecté le nombre de réunions annuelles réglementaire, dans la mesure où aucun document en atteste, la chambre considère que ce nombre n'a été respecté qu'à compter de 2014.

Une organisation polaire avec délégation de gestion depuis 2018

Conformément à l'article L. 6146-1 du CSP, l'établissement a constitué, par décision n° 2011-7 du 13 juillet 2011 huit pôles, dont sept cliniques, avec le pôle « femme-mère-enfant », et un regroupant les fonctions support :

- Le pôle cancérologie regroupe 4 unités médicales : hématologie hospitalisation complète et oncologie hospitalisation complète, onco-hématologie hospitalisation de jour et radiothérapie ;
- Le pôle chirurgie et anesthésie rassemble 6 services (chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale, chirurgie urologie, chirurgie traumatologie et orthopédie, spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique) et 2 unités médicales (unité ambulatoire médico-chirurgicale et centre de planification) ;
- Le pôle médecine regroupe 6 services (la médecine interne, rhumatologie, maladies infectieuses et tropicales ; médecine physique et de réadaptation, néphrologie-hémodialyse, pneumologie, neurologie) et 3 unités médicales (maladies infectieuses, médecine rhumatologie, médecine interne) ;
- Le pôle gériatrie regroupe 4 unités médicales : gériatrie aiguë, soins de suite et de réadaptation gériatrique, unité de moyen séjour et USLD-EHPAD ;
- Le pôle psychiatrie rassemble 3 services : la psychiatrie enfants, la psychiatrie adultes et l'addictologie ;
- Le pôle surveillance médicale continue rassemble 3 services (réanimation, cardiologie et urgences) et 4 unités médicales (prélèvement d'organes et tissus, coronarographie diagnostique interventionnelle, UHCD et SMUR) ;
- Enfin, le pôle fonctions support est constitué de 5 services : pharmacie à usage intérieur, service d'information médicale, imagerie, biologie médicale, gestion administrative, logistique, technique et bloc opératoire.

Par décision n° 2012-27 du 23 novembre 2012, un pôle « femme-mère-enfant » a été créé. L'unité de moyen séjour est rattachée au service de médecine physique et réadaptation au sein du pôle médecine et le service d'hémodialyse est intégré au pôle surveillance médicale continue.

À l'arrivée de l'actuel directeur en août 2010, il n'y avait pas de contrats de pôle. En janvier 2011, deux contrats de pôle ont été signés : l'un avec le pôle gériatrie et l'autre avec le pôle oncologie. Ces deux contrats étaient conclus pour quatre ans. Les discussions avec les autres pôles se sont poursuivies pour préciser les contenus de leur projet et alimenter la réflexion sur le projet d'établissement 2012-2017. Les contrats de pôles ont donc été finalisés en 2013 y compris les deux contrats de pôle datant de 2011 qui ont été réécrits, mais, « *le choix a été fait de ne pas signer un contrat de pôle en tant que tel pour le pôle support du fait de l'hétérogénéité des activités le composant* »¹¹.

Contrairement à ce que prévoit l'article L. 6146-1 précité, ils ne sont pas contresignés par le président de la CME. Ainsi « *il [ne peut] attester [r...], par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement* ». L'ordonnateur précise néanmoins que « *Les nouveaux contrats de pôles signés en 2018 respectent bien ce formalisme* ».

¹¹ Réponse du CH de Brive, questionnaire n°4 du 15 mai 2018

En vertu de l'article R. 6146-8 II du CSP, « *le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans [divers] domaines [...]* » qu'il liste, le but étant de favoriser la responsabilisation de ce chef de pôle. Mais, pour le CH de Brive, si une telle délégation de gestion n'a pas été mise en place c'est qu'elle « *implique un niveau d'investissement des chefs de pôle dans la gestion administrative et financière de l'établissement ainsi qu'un niveau de responsabilité juridique qui ne sont pas souhaités, dans l'immédiat, par les responsables de pôle* »¹². Or, tant la lettre que la logique des pôles sont bien de faire en sorte que cette autonomie de gestion soit mise en place. Elle ne peut donc être refusée par ceux-là même qu'elle concerne, niant ainsi la notion de pôle. En réponse, l'ordonnateur précise qu'une délégation de gestion figure dans les contrats de pôle signés en 2018 et porte sur les mensualités de remplacement des personnels soignants, la formation médicale et non médicale, l'achat de petites fournitures et l'intéressement en fonction des indicateurs de qualité du recueil de l'information médicale.

Le système d'information décisionnel met à disposition de chaque pôle des tableaux de bord qui regroupent des indicateurs d'activité traditionnelle (entrées, durée moyenne de séjour (DMS), taux d'occupation, indice de performance...), des indicateurs liés à l'activité d'hospitalisation, des indicateurs d'activité externe. Des tableaux de bord « consommation de ressources » regroupent des indicateurs de ressources humaines, de dépenses directes à caractère médical, de dépenses à caractère hôtelier et général et des consommations d'actes d'imagerie et de laboratoires.

Cette organisation s'appuie sur des comptes de résultat analytique par pôle (CREA) qui confrontent les dépenses aux recettes telles qu'elles peuvent être calculées à partir des règles de la T2A. Il s'agit d'un outil rétrospectif mais qui a vocation à servir de base pour établir des budgets de service prévisionnels. Le tableau des coûts case-mix (TCCM) compare par grande catégorie de dépense, les coûts constatés dans le pôle et les coûts de même nature qui seraient constatés par un pôle fictif ayant la même activité en groupes homogènes de malades et muni des coûts de référence de l'échelle nationale des coûts.

Un intéressement réparti entre les pôles les résultats excédentaires du budget principal dont le montant annuel, pondéré en fonction du poids financier de chaque pôle, sera arrêté en directoire. Cet intéressement peut faire l'objet d'un reversement sous forme d'attribution de crédits pour l'achat d'équipement médicaux ou non médicaux mais également d'un droit de tirage sur des crédits de remplacement ou sur des crédits de formation.

Le suivi de l'exécution des contrats de pôle est effectué à travers plusieurs documents :

- un suivi de chaque contrat de pôle ; pour chaque objectif, il indique son niveau de réalisation (réalisé/en cours/en attente) et les mesures à mettre en œuvre, enfin le « statut » qui est un code couleur qui reprend le niveau de réalisation ;
- un tableau de bord médico-économique par pôle et par service qui regroupe les dépenses directes totales, les recettes directes totales, la marge brute médicale, le coût par séjour des dépenses médicales, le taux d'occupation des lits installés... ;
- la revue de pôle qui indique pour chaque service le nombre de revues de mortalité et de morbidité/comité de retour d'expériences réalisées sur un an, le nombre de plaintes et de

¹² CH de Brive, Projet d'établissement 2013-2017 p.126

réclamations, et l'indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins annuels (IPAQSS) ;

- les données d'activité qui regroupent la variation de plusieurs indicateurs dont le nombre de séjours, des recettes T2A, des dépenses, de la marge brute, de la valorisation, de l'indice DMS.

Recommandation n°1 : faire contresigner les contrats de pôle par le président de la CME, conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

Recommandation n°2 : mettre en place une délégation de gestion pour les chefs de pôle dans les contrats de pôle, conformément l'article R. 6146-8 II du code de la santé publique.

1.2.3 Des documents stratégiques respectés dans leurs objectifs mais un CPOM muet sur les résultats en termes de ressources humaines

Un projet d'établissement complexe

Sur la période sous revue, trois projets d'établissement doivent se succéder. En effet, l'exercice 2012 conclut un précédent cycle, sur lequel il n'y a pas eu de projet d'établissement. Lui succède le suivant portant sur la période 2013-2017, qui a reçu l'avis favorable à l'unanimité du CTE¹³ et a été adopté par le conseil de surveillance lors de sa séance du 8 février 2013. À compter du 1^{er} janvier 2018, il cède sa place à un nouveau projet d'établissement 2018-2022 adopté par le conseil de surveillance du 5 octobre 2018.

Selon les termes mêmes de ce projet 2013-2017, ce document se veut « *un document stratégique dont la cohérence repose sur la démarche retenue pour son élaboration : partir des besoins des malades, s'appuyer sur les projets de pôles, travailler spécifiquement des thématiques transverses impliquant plusieurs pôles, exploiter l'important travail mené par les différentes commissions de l'établissement* »¹⁴.

Il se décompose en trois parties : une première qui porte exclusivement sur la question sanitaire, une deuxième relative à la gouvernance, aux fonctions supports, notamment sur les achats et le système d'information et aux ressources humaines, et une troisième circonscrite à la question financière, singulièrement dans son volet investissement, et à l'évaluation du projet.

Cette présentation n'est pas conforme à l'article L. 6143-2 du CSP qui prévoit que le projet d'établissement est constitué de plusieurs projets spécifiques cohérents entre eux, qui ici ne sont déclinés en tant que tels. En effet, cet article dispose que « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un*

¹³ Procès-verbal – séance du 7 février 2013

¹⁴ CH de Brive, Projet d'établissement 2013-2017 p.6

projet social. [...] Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. [...] Il peut être révisé avant ce terme ».

Par ailleurs, l'article L. 6143-2-1 du même code, en vigueur au moment de la rédaction de ce projet, précise que « Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. [...] Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement. [...] Le comité technique d'établissement est chargé de suivre chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme ».

Pour autant, cette présentation, assumée, réunit bien les volets attendus. Ainsi, la partie I du projet d'établissement correspond au projet médical, comme la partie II au projet social.

Cependant, si la partie III peut être rattachée à la politique générale de l'établissement, la chambre régionale des comptes note qu'elle n'a pas été formalisée dans ce document. Par conséquent, le conseil de surveillance n'a pas pu se prononcer en toute connaissance sur les implications financières induites par ce projet d'établissement. Or, dès le 1^{er} paragraphe de l'introduction de ce projet, les instances décisionnaires ont souhaité rappeler toute l'importance de la question financière. En effet, l'objectif de satisfaction des besoins de la population ne peut être atteint sans « [...] optimis[er] les ressources financières que [...] confie [au CH de Brive] la société. Ces objectifs de qualité et de maîtrise budgétaire sont indissociables : rien de souhaitable ne peut se faire sans investissement et respect d'un équilibre budgétaire [...] »¹⁵.

Enfin, l'évaluation renvoie aux « pilotes [...] définis [...] la responsabilité de décliner de façon annuelle un plan d'action de mise en œuvre du Projet d'Établissement »¹⁶. Il devra être présenté « avant chaque début d'exercice au Conseil de Surveillance et fer[a] l'objet d'un suivi infra-annuel par le Directoire »¹⁷. De l'examen des procès-verbaux des séances du conseil de surveillance, il ressort que chaque plan d'actions annuel lui a été présenté. En revanche, l'examen des relevés de conclusions du directoire révèle que le bilan infra-annuel ne lui est pas présenté. Toutefois, dans sa réponse, le directeur précise, sans produire de documents, que « le Directoire [...] a donc effectué lors de ses concertations régulières un suivi permanent de la mise en œuvre du Projet d'Établissement. Il a procédé aux ajustements nécessaires, sous le contrôle du Conseil de surveillance [...] ».

Par ailleurs, en vertu de l'article L. 6143-2 du CSP, « Le projet d'établissement, [...] doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnés au titre III du présent livre. [...] ». Le projet d'établissement 2013-2017 précise qu'il s'inscrit dans le respect des orientations des différents volets du projet régional de santé et des objectifs du CPOM conclu avec l'ARS pour la période 2012-2016. « Ces objectifs ont été fixés en tenant compte des discussions en cours lors de l'élaboration du projet d'établissement. Ils sont au nombre de cinq et se retrouvent pleinement dans le projet d'établissement : structurer le pôle Femme-

¹⁵ Projet d'établissement 2013-2017, p. 5

¹⁶ Ibidem, p. 185

¹⁷ Ibidem

Mère-Enfant ; développer les alternatives à l'hospitalisation complète ; optimiser les parcours de soins (accidents vasculaires cérébraux, oncologie, gériatrie, addictions, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins palliatifs ...) ; ouvrir le plateau technique de l'hôpital aux acteurs de santé du territoire ; allier efficacité des organisations et personnalisation des prises en charge »¹⁸.

La chambre régionale des comptes souligne que les quatre premiers items constituent plutôt des moyens que des objectifs de santé publique.

Selon l'établissement¹⁹, les principaux axes de réalisation ont été :

- Le parcours de soins des patients :
 - mise en place de la filière accident ischémique transitoire/accident vasculaire cérébral avec le CHU de Limoges ;
 - extension du service d'oncologie de 15 lits et création d'un secteur d'hospitalisation de semaine qui vient compléter l'offre de soins existante : 30 lits au total dont certains réservés à l'hématologie, 18 places d'hôpital de jour, 3 accélérateurs de particules et un secteur de consultations pluridisciplinaires ;
 - ouverture du centre de gériatrie et de gérontologie clinique en mai 2016 qui propose une filière de soins gériatrique complète (consultations, hospitalisation, unité de soins de longue durée) et une filière de soins spécialisés pour maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (consultations mémoires, unités d'hospitalisation spécifiques, accueil de jour thérapeutique et unité de soins de longue durée adaptée) ;
 - la prise en charge de la douleur chronique ;
 - le regroupement des activités ambulatoires ;
 - la mise en place d'une infirmière coordonnatrice de parcours ;
 - le changement de l'IRM.
- La coordination des parcours de soin avec les partenaires extra-hospitaliers :
 - La mise en place des dispositifs MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) et PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) permettant d'assurer et coordonner le maintien à domicile de la personne âgée en situation de grande vulnérabilité ;
 - le groupement de coopération sanitaire (GCS) en santé mentale de la Corrèze ;
 - l'unité transversale d'éducation thérapeutique du patient et de prévention de la Corrèze (UTEP) ;
 - le renforcement des liens ville-hôpital.

Sur la période sous revue, hors l'année 2012, le CH de Brive était donc doté d'une feuille de route stratégique, mais sans vision financière de ce projet d'établissement lors de son adoption. L'ordonnateur souligne que la traduction financière du projet d'établissement 2013-2017 se retrouve dans le PGFP. La chambre relève que le projet d'établissement, tout en rappelant l'importance de cette partie, ne la présentait pas. La chambre ne méconnaît pas, comme pour le PGFP, le caractère prévisionnel, donc aléatoire, de cet exercice.

¹⁸ Ibidem, p. 6

¹⁹ Site internet

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012-2017

Régi par les articles L.6114-1 à L.6114-5, D.6114-1 à D.6114-8 et R.6114-9 à R.6114-10 du CSP, il a été signé le 17 juillet 2012 et a pris effet le 1^{er} août 2012, pour une durée de cinq ans.

Signé après le CPOM, le projet d'établissement a bien tenu compte des grandes thématiques stratégiques qu'il développe, qui sont inscrites à l'article 2, au nombre de cinq :

- structurer le pôle Femme-Enfant ;
- développer les alternatives à l'hospitalisation complète ;
- optimiser les parcours de soins (AVC, cancérologie, gériatrie, addictologie, psychiatrie, SSR, soins palliatifs...) ;
- ouvrir le plateau technique de l'hôpital aux acteurs de santé du territoire ;
- allier efficacité des organisations et personnalisation de la prise en charge.

Il est toujours délicat de bien appréhender en quoi ces objectifs sont stratégiques pour ce CH en particulier, dans la mesure où il n'y a pas de préambule qui explicite le contexte de leur définition. Il faut donc se contenter du renvoi de l'article 1 du CPOM vers les orientations du projet régional de santé « *et notamment du schéma régional de l'organisation des soins* », non immédiatement intelligibles. Il conviendrait qu'un tel contrat qui engage deux parties sur des fonds publics soit plus clair sur les motifs de la mise en avant d'objectifs stratégiques qui vont nécessairement contraindre l'établissement à s'organiser pour y répondre, sauf à considérer que ce CPOM n'a d'autres finalités que de lister les autorisations et des réorganisations de l'offre de soins déconnectée de la réalité vécue par ce CH dans son territoire de santé.

L'article 2 prend bien soin de renvoyer à des annexes pour la mise en œuvre des objectifs. Or, outre 4 annexes « autorisations et pilotage de l'activité » et une annexe non opposable sur le « rappel des engagements contractuels de l'établissements hors CPOM », il comprend 6 annexes « orientations stratégiques », soit une de plus que les objectifs auxquels elles sont censées être associées. En effet, n'ayant pas le même intitulé, il n'est pas sûr, par exemple, que l'annexe 1 soit bien celle qui décline « *les modalités de [la] réalisation [...]* » de l'objectif stratégique n°1. D'autant plus que la structuration du pôle Femme – Enfant est devenue un des indicateurs de suivi d'objectifs opérationnels relatifs à « *[la réalisation] des recompositions issues des orientations du SROS-PRS impactant l'établissement...* »²⁰.

En outre, l'annexe 2 « développer les coopérations » fixe comme objectifs opérationnels le développement d'un axe de coopération privilégié avec le CH de Tulle et le renforcement des coopérations avec les établissements de santé du département et des départements limitrophes. Mais cet objectif stratégique, selon cette annexe, ne se retrouve pas immédiatement (voire pas du tout) dans les cinq objectifs définis à l'article 2 du CPOM.

De même, l'annexe 5 qui fait une distinction peu compréhensible entre l'orientation stratégique « faire progresser le pilotage interne » et l'objectif opérationnel « faire progresser le management et ses outils de gestion », orientation stratégique qui ne se trouve pas dans la liste de l'article 2. De plus, on peut s'interroger sur la pertinence d'indicateurs de suivi qui

²⁰ CPOM, annexe 1, p. 9

visent à caractériser une progression (« Faire progresser le management et les outils de gestion ») dont la valeur initiale est de 100 %.

L'annexe 4 « développer la chirurgie ambulatoire » stipule parmi ses objectifs opérationnels « substituer la chirurgie à temps complet par la chirurgie ambulatoire » et fixe le taux global de chirurgie ambulatoire à 50 % en 2017 alors qu'il n'était que de 16,5 % en 2012.

L'annexe 6 « optimiser la politique des ressources humaines » fixe un objectif de réduction de l'absentéisme (taux de 9,7 % en 2017), de maîtrise du turn-over (3 % en 2017 pour le personnel non médical) et une maîtrise du nombre de jours déposés sur les CET.

Ce CPOM a fait l'objet d'un rapport final d'évaluation. Parmi les objectifs considérés comme réalisés figurent :

- la structuration du pôle femme-enfant ;
- l'élaboration du projet d'établissement ;
- la signature de la convention constitutive du GHT ;
- la formalisation du GCS de santé mentale ;
- la formalisation de la filière gériatrie sur le bassin de vie ;

Parmi les objectifs non atteints figurent :

- la maîtrise du turn-over : l'objectif était 3 % et la réalité 2016 est de 7,90 % pour le personnel médical et 14,64 % pour le personnel non médical ;
- aucun recrutement sur les métiers sensibles pour le personnel médical.

Il est à souligner que pour chacun des indicateurs suivants « taux de recouvrement hospitalisés et consultants », « taux de recouvrement sécurité sociale », « taux de recouvrement mutuelles » et « taux de recouvrement département », aucune donnée n'est mentionnée et un commentaire précise : « *nous ne disposons pas du taux de recouvrement par débiteur* ».

La question que pose le CPOM est bien celle de son suivi, particulièrement si l'on tient compte de l'opposabilité des annexes, principe fixé à l'article 2 du CPOM, dont les modalités d'application sont arrêtées à l'article 6. En effet, si le CPOM a été globalement respecté, dans ses aspects mesurables, il est à souligner, néanmoins, que l'établissement d'un bilan est délicat, d'autant plus que l'annexe portant sur les ressources humaines est muette alors qu'elle est porteuse d'enjeux financiers et sociaux d'importance. Ainsi, s'agissant des axes stratégiques comme la « structuration du pôle Femme-Enfant », celui-ci apparaît à la fois comme objectif stratégique et comme indicateur de suivi. Certains objectifs sont considérés comme réalisés alors que le CPOM ne fixait ni indicateur de suivi (par exemple « accentuer la coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge des patients » ; « Favoriser l'accès aux soins en mettant en place et en développant la télémedecine ») ni cible (taux de recours à l'HAD, taux de médecine et chirurgie un objectif ambulatoire). Enfin, concernant plus spécifiquement le bilan en matière de politique des ressources humaines (annexe 6 du CPOM), dans la mesure où aucune cible 2016 n'est fournie, hors le taux d'évolution des effectifs, on ne saurait pouvoir apprécier un taux de réalisation des objectifs. Le fait que l'item « motifs de non-réalisation ou de réalisation partielle des objectifs » ait été renseigné pour chacun des objectifs, ne peut, pour autant, amener à conclure que ces objectifs aient été réalisés. Il est à noter une augmentation significative de plus de 1000 jours d'absence de personnels médicaux pour raison

de santé et un taux de turnover du personnel non médical relativement important qui s'explique par le nombre de départs en retraite.

Conscient de ses « imperfections », le ministère de la santé a élaboré un CPOM nouvelle génération, plus simple, plus compact. Considérant la nécessité de poursuivre les engagements contractuels définis dans le cadre du CPOM au regard du projet régional de santé (PRS) applicable, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a conclu, le 16 août 2017, avec le CH de Brive, pour la durée restant à courir jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau PRS, un contrat socle prorogeant les orientations stratégiques du CPOM précédent.

Le plan triennal

Le plan triennal couvre la période 2015 à 2017. Structuré en blocs sous la responsabilité des ARS et des caisses de sécurité sociale, il a pour but d'intensifier l'efficacité médico-économique des soins et de l'hôpital, tout en étant marqué par le virage ambulatoire. Il se compose d'une feuille de route stratégique fixant les objectifs et leurs déclinaisons, et d'une feuille de route opérationnelle définissant les modalités pratiques de mise en œuvre de chacun des objectifs.

Au-delà des feuilles de route, il fixe un objectif de maîtrise de la masse salariale découlant des transformations des organisations. Il est structuré autour de cinq blocs (virage ambulatoire et transformation organisationnelle, gestion des transports, politique d'achat, pertinence des actes, gestion des médicaments), pour chacun desquels sont définis des objectifs et des actions.

Le directoire est le comité de pilotage du plan triennal pour le CH de Brive. Un « reporting » doit y être organisé de manière régulière pour adapter le calendrier du plan aux événements particuliers de la vie de l'établissement, aux impacts possibles de la constitution du GHT sur le plan triennal et ses objectifs, aux constats faits sur le déroulement des actions. Chaque objectif fait l'objet d'un découpage en actions planifiées dans le temps ; un indicateur de référence est retenu pour chaque objectif, et fait l'objet un « reporting » régulier auprès de l'ARS via l'accompagnement organisé par l'ANAP au travers d'un outil spécifique au suivi du plan.

Ce plan triennal a fait l'objet d'un bilan dans le cadre du rapport final d'évaluation du CPOM (p.19-20). Mais celui-ci est peu exploitable car les colonnes « cible 2015 » et « cible 2016 » ne sont pas renseignées et les résultats 2016 concernant les produits de santé ne le sont pas davantage.

1.2.4 La coopération

La communauté hospitalière de territoire (CHT) a été créée en septembre 2011 et regroupait à l'origine le CHU de Limoges et quatre établissements. Elle s'est étendue en septembre 2012 à onze centres hospitaliers parmi lesquels le CH de Brive. Cette CHT a débouché sur plusieurs coopérations qui ont bien fonctionné comme le recours à la télé-médecine qui permettait de recueillir l'avis d'un médecin neuro-vasculaire du CHU de Limoges avant une éventuelle thrombolyse réalisée par les médecins du CH de Brive. Ainsi, selon le projet d'établissement 2013-2017 du CH de Brive, « *ce dispositif fonctionne bien mais il conviendra d'approfondir la gestion de l'aval avec les autres établissements du territoire de santé, en particulier du Centre Hospitalier de Tulle, pour permettre aux malades d'être proches*

de leurs domiciles et éviter d'emboliser les lits de neurologie du CH de Brive destinés à accueillir les patients en phase aiguë »²¹.

Dans le domaine de la maladie d'Alzheimer, le CH de Brive a un partenariat avec le CCAS de Brive, France Alzheimer et Téléassistance Corrèze pour développer la plate-forme des aidants. Le projet d'établissement 2013-2017 prévoit que le CH présentera avec tous ses partenaires un dossier de MAIA, ouverte à ce jour.

Un tableau, communiqué par l'établissement, recense les conventions actives de nature très diverses, passées avec des établissements hospitaliers, des EHPAD, des personnes physiques, des associations ou des collectivités. Ces conventions portent sur des thèmes centraux comme le prélèvement d'organes (CH de Tulle, CH d'Ussel, aéroport de Brive, société « ambulance Bugeat » ...), les consultations avancées (CH de Saint-Céré, CH de Tulle, CHU de Limoges), transfert de malades (CH de Saint-Céré, CH de Tulle, CH d'Ussel, CHU de Limoges) et des coopérations techniques avec des cliniques.

Parmi les conventions portant sur le personnel médical, deux ont pour objet des activités d'intérêt général (AIG) : la convention entre le CH de Brive et l'association limousine d'utilisation du rein artificiel à domicile (ALURAD) d'une part, et d'autre part, la convention entre le CH de Brive et l'association départementale des pupilles de l'enseignement public de la Corrèze (ADPEP). Ces activités d'intérêt général sont régies par l'article R. 6152-30 du CSP qui prévoit que *« Les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à titre permanent, peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés assurant une ou plusieurs des missions définies à l'article L. 6112-1 dès lors que l'activité envisagée concerne l'une desdites missions ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'établissement de santé et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé. »*

Signée le 29 avril 2013, la convention entre le CH de Brive et l'ALURAD a pour objet de formaliser leurs relations, de définir les conditions de mise à disposition de moyens dans le cadre de la prise en charge de patients suivis et d'assurer la continuité des soins. Dans le cadre de leur activité, trois praticiens hospitaliers du service de néphrologie-dialyse du CH de Brive *« sont autorisés à bénéficier d'une activité d'intérêt général à l'ALURAD pour participer aux staffs médicaux sur le site de l'ALURAD de Brive »* et à *« intervenir à Ussel pour réaliser les visites une fois par mois »*. Sur le plan financier, l'ALURAD *« s'engage à verser aux intéressés une rémunération déterminée conformément à la grille de la convention collective nationale des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés à but non lucratif du 31 octobre 1951. [...] L'ALURAD rembourse au Centre Hospitalier, la prime d'indemnité de service public exclusif au prorata temporis »*. Il est constaté que la date de signature (29 avril 2013) est postérieure à la date d'effet prévue à l'article VI-2 (1^{er} janvier 2013).

²¹CH de Brive, Projet d'établissement 2013-2017, p.90. Ou comme la prise en charge des addictions, CH de Brive, Projet d'établissement 2013-2017, p.96.

Signée le 5 mai 2000, la convention entre le CH de Brive et l'ADPEP de Corrèze « *a pour objet d'organiser les conditions d'exercice des deux demi-journées de travail d'intérêt général du docteur [...] à l'I.M.E. de Sainte-Fortunade* ». Elle autorise ce médecin à signer un contrat de travail de droit privé précisant les conditions dans lesquelles il exerce ses fonctions de psychiatre à l'institut médico-éducatif (IME). Il est à souligner que le contrat de travail annexé à la convention ne porte pas la signature du médecin. Enfin, contrairement à ce que prévoit l'article R.6152-30 du CSP, la convention ne comporte aucune disposition de remboursement total ou partiel des émoluments par l'ADPEP au CH de Brive. Il convient de la mettre en conformité avec l'article du CSP précité. L'ordonnateur indique que cette convention est caduque du fait du départ à la retraite le 31 janvier 2017 du praticien concerné. Cependant, cette caducité ne doit pas faire oublier le fait que pendant la durée de sa mise en œuvre, elle n'a jamais été conforme aux dispositions ci-dessus rappelées.

1.3 Le CH de Brive dans le groupement hospitalier de territoire du Limousin

La stratégie de regroupement a conduit à poursuivre la logique de la CHT existante dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire (GHT).

L'article 107 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit l'obligation pour chaque établissement public de santé d'adhérer à un GHT. L'objet du GHT vise à définir une stratégie publique de prise en charge commune et graduée sur un projet médical partagé déclinant les offres de soins de proximité, de recours et de référence. Le fil conducteur de cette stratégie de groupe public repose sur l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité et sur la mise en commun de fonctions supports dans une optique d'harmonisation des pratiques professionnelles et de rationalisation de l'offre de soins.

Le conseil de surveillance, en sa séance du 2 mai 2016, a pris acte de la volonté du directeur général de l'ARS de constituer un GHT Limousin par transformation de la CHT existante. Il a, néanmoins, tenu à rappeler préalablement « [...] *qu'un tel regroupement ne correspond à la problématique d'évolution du système de santé sur le territoire naturel desservi par le CH de Brive, [...] Il s'interroge également sur l'opérationnalité d'un GHT comportant 17 établissements et souhaite que la dynamique en cours sur Brive ne soit pas stoppée par une possible lourdeur bureaucratique inhérente à une telle structure. C'est pourquoi, le Conseil de surveillance du Centre hospitalier de Brive, compétent en matière de validation des orientations stratégiques de l'établissement, formule expressément trois souhaits :*

- *que la convention constitutive du GHT positionne de façon explicite le centre hospitalier de Brive comme établissement de recours sur la Corrèze avec les activités qui en découlent, rôle qu'il tient de fait en matière d'offre de soins sur ce territoire et pour d'autres situés dans les départements limitrophes (Nord du Lot et Est de la Dordogne) ;*
- *que la place du centre hospitalier de Brive dans la gouvernance du GHT soit celle qu'est en droit d'attendre le deuxième établissement de santé du Limousin ;*
- *que le pilotage de la psychiatrie au sein du groupement ne remette pas en cause le rôle majeur du GCS Corrèzien en santé mentale ».*

La convention constitutive de ce GHT a été signée le 30 juin 2016. Son préambule précise que « *Cette stratégie publique de groupe prend en considération le poids et le positionnement de certains établissements limousins importants par leurs missions, le dimensionnement de leurs activités, et plateaux techniques, l'organisation extra-hospitalière qu'ils animent, notamment en termes de recours. Il s'agit du CHU de Limoges, du CH de Brive dans l'offre de soins sanitaires ainsi que du CHS d'Esquirol dans l'offre de santé mentale* ».

Son article 7 définit l'objet du groupement en se référant à l'objet d'un GHT, tandis que son article 8 stipule que l'établissement support est le CHU de Limoges. Son article 11-2 précise que le directeur du CH de Brive est l'un des cinq vice-présidents du comité stratégique. L'article 19 liste les activités optionnelles organisées en commun, imagerie diagnostique et interventionnelle, biologie médicale et pharmacie hospitalière. Enfin, son article 20 porte sur le fonctionnement hospitalier et stipule que les établissements contribuent aux opérations selon une clé de répartition qui n'est cependant pas fixée.

L'avenant n° 2 du 12 juillet 2017 prévoit « *la création d'un groupement de coopération sanitaire de droit public afin de permettre le maintien du groupement régional de commande* », la poursuite des marchés en cours d'exécution et que les établissements s'engagent à faire converger la fin de leur marché par voie d'avenant ou de modification, afin de permettre l'organisation de marchés mutualisés.

Le projet médico-soignant du GHT dans sa version du 20 juin 2017 retient 11 filières prioritaires : périnatalité, maternité et pédiatrie ; urgences, SMUR et SAMU ; oncologie ; maladies du cœur et des vaisseaux ; santé mentale ; diabétologie ; maladies neurologiques vasculaires ; endoscopies interventionnelles ; insuffisance rénale chronique ; soins critiques et prélèvements d'organes ; gériatrie, gérontologie et troubles neuro-cognitifs majeurs de la personne âgée.

Ainsi le CH de Brive est-il reconnu comme établissement de recours pour la filière oncologie. Pour celle « *maladies du cœur et des vaisseaux* », il s'agit de formaliser des plages opératoires dédiées pour les patients ayant bénéficié d'un bilan de santé cardiologique au CH de Brive, de renforcer la coopération avec le service des soins de suite et de réadaptation (SSR) ambulatoire, de renforcer la collaboration avec le CHU sur l'angioplastie coronaire. Le CH de Brive ne conservera pas ses patients diabétiques qui sont transférés au CH de Tulle.

Ce projet intègre des orientations en matière d'organisation territoriale en infectiologie et en éducation thérapeutique du patient, des activités organisées en commun (imagerie, biologie, pharmacie) et des fonctions mutualisées (DIM de territoire), et de recherche.

Il propose une structuration d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences adaptées aux enjeux du GHT en matière de démographie médicale. Ainsi, il précise que les directeurs des affaires médicales des 18 établissements ont élaboré une cartographie dynamique des personnels médicaux afin d'identifier le nombre de postes médicaux à pourvoir et de préparer une prospective à 5 ans pour anticiper au mieux les besoins de recrutement à venir.

2 UNE ACTIVITE EN CROISSANCE MAIS UNE DUREE MOYENNE DE SEJOUR ENCORE TROP LONGUE

2.1 Des capacité d'accueil en augmentation

Implantés au centre de Brive, outre l'hôpital psychiatrique H. Laborit, sept bâtiments composent l'établissement. Le bâtiment principal regroupe le court séjour (MCO), le plateau technique, la gériatrie, le bureau des admissions et le service social. Les autres accueillent respectivement les urgences, la maternité, l'oncologie, les services administratifs, la médecine physique et la rééducation fonctionnelle, la dialyse. Jusqu'en 2016, la Résidence Bel Air où se trouvent l'EHPAD (47 lits) et l'USLD (33 lits) se situaient également sur cet emplacement.

Il convient de mentionner qu'au 23 janvier 2018, la maternité du CH de Brive a fusionné avec celle de la clinique Saint-Germain, lesquelles étaient distantes de 400 m, ce qui permettra d'aboutir à un nombre de 1 500 naissances par an.

Tableau n° 11 : Évolution du nombre de lits et places installés

<i>Evolution de la capacité</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2012- 2017 En nbre	Evolution 2017/2012 En %
<i>Lits Médecine</i>	283	283	297	301	301	314	+31	11
<i>-dont lits de soins intensifs</i>	9	9	9	9	9	9	0	0
<i>-dont lits de surveillance continue</i>	0	0	0	0	0	12	+12	ND
<i>dont lits de réanimation</i>	14	14	14	15	15	15	+1	7,14
<i>-dont pédiatrie</i>	26	Nd	Nd	16	16	16	-10	-38,46
<i>Lits Chirurgie</i>	91	91	87	75	75	75	-16	- 17,6
<i>Lits Gynéco-obstétrique</i>	26	26	30	30	30	30	+4	15,4
<i>Total Lits MCO</i>	400	400	414	406	406	419	+19	4,75
<i>Lits Psychiatrie</i>	42	42	42	42	42	42	0	0
<i>Lits SSR</i>	83	83	83	83	92	102	+19	22,9
<i>Lits Personnes âgées</i>	80	80	80	80	69	59	-21	- 26,25
TOTAL LITS	605	605	619	611	609	622	+17	2,8
<i>Pédiatrie HDJ</i>	4	4	4	4	4	4	0	0
<i>Hémodialyse</i>	16	16	16	16	16	20	+4	25
<i>Oncologie de jour</i>	18	18	18	18	18	18	0	0
<i>Médecine ambulatoire</i>	8	8	8	17	17	17	+9	112,5
<i>Chirurgie ambulatoire</i>	6	6	9	9	12	12	+6	100
<i>Médecine physique et réadaptation</i>	5	5	5	5	5	5	0	0
<i>Psychiatrie Adultes</i>	20	20	20	20	20	20	0	0
<i>Psychiatrie enfants</i>	23	23	23	23	23	23	0	0
<i>Accueil de jour gériatrique</i>	10	10	10	10	10	10	0	0
Total places	110	110	113	122	125	129	+19	17,3

Source : Rapports de gestion, tableau de synthèse

Durant la période sous revue, les capacités d'accueil ont augmenté de 17 lits et 19 places. Ainsi, la médecine (+31), la gynéco-obstétrique (+4) et les SSR ont vu leurs capacités d'hébergement augmenter, tandis que la chirurgie (-16) et les soins aux personnes âgées (-21) les voyaient diminuer. L'ordonnateur conteste une partie des données du tableau n°11, portant sur le nombre total de lits pour les seuls exercices, 2013 et 2014. En effet, selon ses chiffres, ce nombre total serait respectivement de 623 et 622, soit une différence en moins, en ce qui concerne le tableau de la chambre, de 18 et 3 lits. Mais, comme il est indiqué en source de ce tableau, celui-ci ne fait que compiler des données figurant dans les rapports de gestion du CH de Brive, informations communiquées aux instances dirigeantes. La chambre s'interroge donc sur le nombre de lits à retenir pour ces exercices.

En 2016, l'ouverture du centre de gériatrie et de gérontologie clinique (C2GC) s'est traduite par l'ouverture de 12 lits supplémentaires en médecine gériatrique pour porter à 43 lits la capacité totale du service, 9 lits supplémentaires en SSR gériatriques portant la capacité totale du service à 27 lits et la fermeture de 11 lits en USLD. Le site de Bel Air n'accueille plus les activités d'EHPAD. Les activités d'USLD (22 lits dont 12 d'UHR) et d'accueil de jour thérapeutique gériatrique (10 places) sont regroupées sur le C2GC.

L'année 2017 a été marquée par l'ouverture du bâtiment dédié à la réanimation et à la nouvelle unité de surveillance médicale continue. Les capacités en soins de suite et de réadaptation gériatriques ont été majorées de 10 lits conformément à l'autorisation de l'ARS. En 2017, 10 lits d'EHPAD ont été temporairement fermés pour permettre l'accroissement du nombre de lits en soins de suite et de réadaptation « gériatrique » conformément à l'autorisation de l'ARS. Ils ont été rouverts en août 2018. Le nombre de postes en hémodialyse a augmenté et un hôpital de jour en addictologie a été créé.

L'évolution positive du capacitaire est d'abord due à la croissance du nombre de places, et avant tout de l'ambulatoire (107,14 %).

Le CH de Brive a donc vu ses capacités évoluer de manière positive. De nombreux redéploiements entre disciplines ont également été réalisés.

2.2 Une activité contrastée : une croissance régulière du nombre de séjours mais un nombre de séances qui baisse jusqu'en 2017

Les évolutions sont décrites par le tableau ci-après :

Tableau n° 12 : Évolution de l'activité de court séjour

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>RSA Médecine</i>	12 900	13 488	13 963	14 328	14 375	14 302
<i>RSA Chirurgie</i>	3 737	3 787	3 852	3 800	3 735	3 971
<i>RSA Obstétrique</i>	1 220	1 058	1 106	1 069	1 024	1 041
<i>Nombre de séjours</i>	17 857	18 333	18 921	19 197	19 134	19 314
<i>Médecine ambulatoire</i>	2 033	2 440	2 268	2 293	2 421	2 989
<i>Chirurgie Ambulatoire</i>	1 047	1 188	1 261	1 473	1 624	1 627
<i>Obstétrique ambulatoire</i>	499	495	477	545	537	497
<i>Total ambulatoire</i>	3 579	4 123	4 006	4 311	4 582	5 113
<i>Séances chimiothérapie</i>	7 227	7 226	7 597	7 866	7 930	7 211
<i>Séances de radiothérapie</i>	20 363	19 074	21 301	19 616	18 038	17 681
<i>Séances d'hémodialyse</i>	9 132	8 831	8 806	8 611	9 284	9 563
<i>Autres séances</i>	1 739	1 719	1 782	1 857	1 625	1 510
<i>Total séances</i>	38 461	36 850	39 486	37 950	36 877	35 965
<i>Accouchements</i>	950	809	827	832	826	806
<i>Actes chirurgicaux</i>	4 076	4 211	4 197	4 331	4 350	4 431
<i>Accueil et Traitement Urgences</i>	21 106	21 100	22 359	23 505	24 901	27 680
<i>Actes d'endoscopie</i>	2 444	2 567	2 725	2 775	3 013	2 909

Source : Hospidiag, indicateur CI-A1 à CI-A14.

En 2017, le CH de Brive a produit 19 314 séjours soit une augmentation de 8,2 % depuis 2012. Cette croissance régulière est d'abord portée par celle des séjours en médecine, de 10,9 % sur la période, qui compense la baisse des séjours en obstétrique. Même si celle-ci est significative, soit – 14,7 % sur la période, elle est à relativiser dans la mesure où le poids de l'obstétrique dans le case-mix « séjours » est faible, soit 5,8 % en moyenne annuelle. Ce poids qui illustre la faible natalité du département, ne doit pour autant pas masquer le fait que cette activité est importante pour le CH de Brive et son territoire, comme indiqué infra.

Par ailleurs, on peut noter que l'activité rapportée au nombre de lits a faiblement crû de 0,8 %. De 44,64 séjours par lits en 2012, ce ratio se stabilise à 45 en 2017, après un pic de 47,3 séjours par lits en 2015. Cette faible évolution reflète la croissance conjointe sur le même trend du nombre de lits et de séjours. Toutefois, l'exercice 2017 semble amorcer une baisse de ce rapport, chutant de 4,5 %. Il illustre le fait que les lits du CH de Brive perdraient de leur productivité. Cela est surtout vrai pour les lits d'obstétrique qui passent de 46,9 séjours produits

en 2012 à 34,7 en 2017, perdant 12,22 séjours par lits. La fusion des maternités devrait pouvoir rehausser ce taux.

En 2017, le nombre de séjours en ambulatoire s'élèvent à 5 113 soit une hausse de 42,86 % sur la période. Le CH de Brive a donc bien pris le virage ambulatoire.

S'agissant des séances, sur la période, leur nombre a baissé de 6,5 %, entraîné par celles notables en radiothérapie de 24,32 %. Selon l'ordonnateur, « la baisse des séances sur la période s'explique d'une part par l'évolution des techniques de prise en charge (développement des thérapies orales, évolution des indications de radiothérapie), et d'autre part par l'impact d'une problématique de personnel médical en radiothérapie. Depuis, la consolidation du pôle de cancérologie par des recrutements de radiothérapeutes et d'oncologues médicaux de très bon niveau [...] ainsi que l'ouverture de places supplémentaires en hémodialyse ont permis une augmentation significative des séances en 2018 (+5%) [...] ».

L'activité hors court séjour est retracée ci-après :

Tableau n° 13 : Évolution de l'activité hors court-séjour

		2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>SSR</i>	Séjours	958	1 013	983	960	952	1 015
	Taux d'occupation	97,25%	97,90 %	97,95 %	95,43 %	95,78%	95,21 %
<i>USLD</i>	Journées	12 015	11 949	11 911	11 994	9 267	7 894
	Taux d'occupation	99,48 %	99,20 %	98,89 %	99,58 %	98,76 %	98,31 %
<i>EHPAD</i>	Journées	17 123	17 002	16 736	16 764	15 973	15 759
	Taux d'occupation	99,54 %	99,11 %	97,56 %	97,72 %	92,86 %	97,52 %
<i>PSYCHIATRIE</i>	Journées	13 303	13 241	13 528	14 087	14 484	13 237
	Taux d'occupation	89,32 %	89,54 %	92,66 %	92,50 %	95,65 %	87,81 %

Source : CH Brive, réponse à la question n° 38 du questionnaire n°1

Sur la période, les taux d'occupation sont très élevés. S'agissant du SSR, il convient de noter que le taux d'occupation diminue alors que le nombre de séjours augmente. Cette évolution est à mettre en regard de la hausse du nombre de lits, de près de 23 % entre 2015 et 2017. Cette dernière interroge sur sa pertinence puisque c'est à partir de cette période que le taux d'occupation décline. En effet, un lit de SSR recueillait 11,5 séjours par an en 2012 contre 9,9 en 2017. Pour l'ordonnateur, « Un travail important a été réalisé pour diminuer les DMS en SSR ce qui peut expliquer une légère diminution du taux d'occupation qui reste très élevé [...] en dépit de l'ouverture de lits supplémentaires. Le territoire de Brive est le moins doté en lits de SSR de la région Nouvelle-Aquitaine. C'est pourquoi le Projet Régional de Santé 2018-2023 prévoit la création de capacités supplémentaires sur Brive ».

L'activité baisse tant en USLD qu'en EHPAD, et plus rapidement pour la 1ère, soit respectivement de 34,3 % et de 8 %, mais les taux d'occupation se maintiennent malgré un nombre de lits en diminution de 26 %. Pour le CH de Brive, *« la baisse du nombre de journées en EHPAD s'explique, d'une part par la baisse temporaire du nombre de lits, et d'autre part par l'ouverture d'une unité d'hébergement de moyenne durée. Elle est destinée à accueillir des patients âgés sortant d'une phase aigüe de leur pathologie mais n'ayant plus de soins médicaux nécessitant leur maintien en hospitalisation. La durée moyenne de séjour y est d'un mois renouvelable une fois. Cette période est destinée à préparer l'entrée de la personne en EHPAD tant d'un point de vue médical, social que psychologique. Le turn-over important de cette unité, inhabituel en EHPAD, occasionne mécaniquement une baisse du nombre de journée. Cependant, cette unité permet d'optimiser les DMS en hospitalisation complète ».*

2.3 Des parts de marché qui augmentent d'où une position dominante en obstétrique

Les parts de marché du CH de Brive ont globalement progressé entre 2012 et 2017. Seule la chimiothérapie perd des parts de marché, de manière significative entre 2016 et 2017, en baissant à 69,2 %. L'hôpital est surtout concurrencé par le centre médico-chirurgical « les Cèdres », notamment en chirurgie (28,9 % de parts de marché). L'ordonnateur précise néanmoins que *« La baisse, conjoncturelle, d'activité en chimiothérapie s'explique par le fort développement de thérapies orales et la période de transition sur l'équipe médicale au moment de la gestion de départs à la retraite. En 2018, les séances de chimiothérapies ont progressé de 7 %. Le département de la Corrèze a un des taux de fuite les plus faible en cancérologie de la région Nouvelle-Aquitaine pour un département ne comportant ni de CHU, ni de CLCC [...]. Une analyse des taux de fuite en 2018 a démontré que les patients étaient majoritairement vers des CHU (Limoges) ou des CLCC (Bordeaux, Gustave Roussy à Paris). Il ne s'agit donc pas de fuites à proprement parler mais d'orientation des patients pour une prise en charge hyperspécialisée non-disponible à Brive ».*

Avec une maternité de niveau 2, l'établissement est en position dominante en obstétrique sur sa zone d'attractivité (53,5 % de parts de marché). Au deuxième rang (28,9 %), se place la maternité de niveau 1 de la clinique Saint-Germain qui a fusionné avec celle du CH de Brive à compter du 1^{er} janvier 2018.

Tableau n° 14 : Parts de marché en court séjour

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evoluti on 2012/20 17 (en points)
<i>Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité</i>	43,3	45,2	45,6	46	45,5	47,4	4,1
<i>Part de marché globale en médecine sur la région</i>	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	0,1
<i>Part de marché globale en chirurgie sur la zone d'attractivité</i>	24,3	24,7	25,6	27	27,6	29,8	5,5
<i>Part de marché globale en chirurgie sur la région</i>	0,9	0,9	0,9	1	1	1	0,1
<i>Part de marché globale en obstétrique sur la zone d'attractivité</i>	52,4	49,9	51,8	52,9	53,5	54,1	1,7
<i>Part de marché globale en obstétrique sur la région</i>	1,5	1,3	1,4	1,5	1,4	1,5	0
<i>Part de marché globale en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité</i>	1,1	2,2	2,3	3,5	4	4	+2,9
<i>Part de marché globale en chirurgie ambulatoire sur la région</i>	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,1
<i>Part de marché globale en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séance)</i>	33,6	35,5	37,6	38,2	39,0	38,1	5,5
<i>Part de marché globale en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)</i>	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	0,2
<i>Part de marché globale en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité</i>	75,8	72,2	75,4	79,3	77,3	69,2	-6,6

Source : Hospidiag

2.4 Une activité plutôt bien positionnée en terme d'évolution tarifaire

L'équipe de contrôle a analysé l'évolution du tarif moyen par séjour et du nombre de séjours et a obtenu les données suivantes :

Tableau n° 15 : Évolution du tarif et du nombre de séjours par domaine d'activité

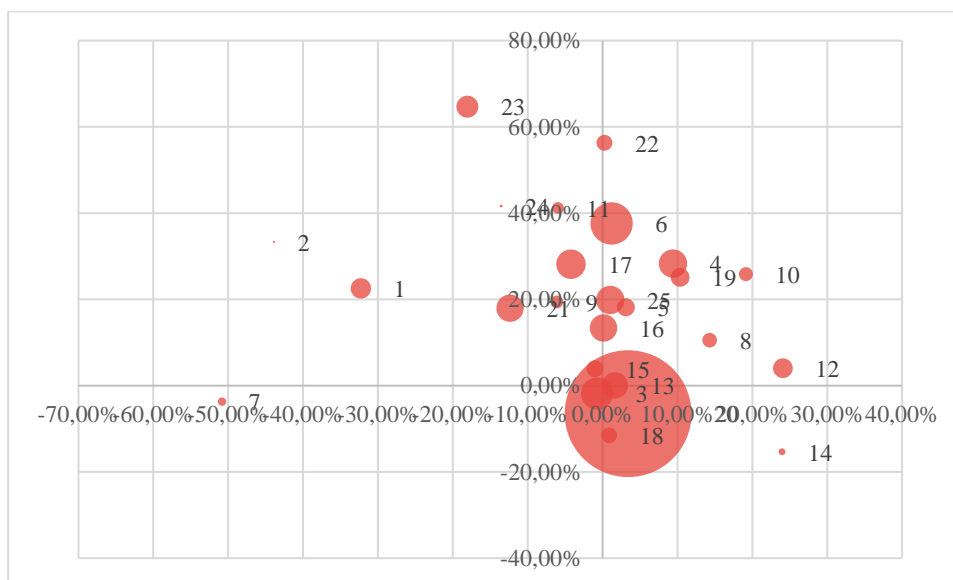
	Domaine d'activité	Évolution du tarif moyen par séjour	Évolution du nombre de séjours de séjours 2012-2017	Nombre de séjours en 2017
1	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	-32,29 %	22,56%	929
2	Brûlures	-43,88 %	33,33%	12
3	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	-0,74 %	-1,82%	2315
4	Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	9,40 %	28,31%	1795
5	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	3,11 %	18,17%	722
6	Digestif	1,21 %	37,62%	3995
7	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	-50,83 %	-3,70%	156
8	Endocrinologie	14,30 %	10,55%	482
9	Gynécologie – sein	-6,11 %	19,41%	363
10	Hématologie	19,14 %	25,86%	438
11	Maladies infectieuses (dont VIH)	-5,96 %	41,20%	305
12	Nouveau-nés et période périnatale	24,08 %	4,05%	873
13	Obstétrique	1,65 %	0,06%	1542
14	Ophthalmologie	23,96 %	-15,32%	105
15	ORL, Stomatologie	-1,03 %	3,93%	635
16	Orthopédie traumatologie	0,12 %	13,38%	1678
17	Pneumologie	-4,22 %	28,16%	1934
18	Psychiatrie	0,87 %	-11,52%	553
19	Rhumatologie	10,35 %	25,12%	792
20	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	-12,36 %	17,97%	1674
21	Tissu cutané et tissu sous-cutané	0,25 %	56,32%	569

	Domaine d'activité	Évolution du tarif moyen par séjour	Évolution du nombre de séjours 2012-2017	Nombre de séjours en 2017
22	Toxicologie, Intoxications, Alcool	-18,06 %	64,69%	1082
23	Traumatismes multiples ou complexes graves	-13,56 %	41,67%	17
24	Uro-néphrologie et génital	1,02 %	19,87%	1798
25	Séances	3,41 %	-6,49%	35965
	TOTAL			60729 dont 24 764 hors séances

Source : e-pmsi, Scansanté

Ce résultat obtenu peut être illustré par le graphique suivant :

Graphique : Évolution comparée du tarif moyen par séjour et du nombre de séjour par domaine d'activité



Dans ce graphique, le volume de la sphère est proportionné au nombre de séjours, son positionnement à droite de l'axe horizontal signifie que son taux moyen par séjour a progressé, et son positionnement en partie supérieure de l'axe vertical signifie que le nombre de séjours sur la période a crû. La situation est favorable pour l'établissement lorsque le tarif croît pour les domaines d'activités pour lesquels le nombre de séjours est le plus important et/ou croissant. Sur les 24 domaines d'activités (hors séances) :

- 11 domaines, regroupant 59,3 % des séjours, sont en situation favorable puisque leur tarif moyen par séjour et le nombre de séjours ont augmenté ;

- 2 domaines d'activités, regroupant 2,66 % des séjours, ont une évolution tarifaire favorable mais connaissent une baisse d'activité ;
- 11 domaines d'activités, représentant 38,04 % des séjours, ont une évolution tarifaire défavorable.

Le domaine « séances » connaît une évolution tarifaire favorable mais une baisse d'activité.

L'établissement a produit ses comptes de résultat analytiques par pôle.

2.5 Une durée moyenne de séjours plus élevée que dans les autres établissements : des recettes potentielles non perçues

L'optimisation de la durée moyenne de séjour (DMS) est décrite par l'indicateur IP-DMS (Indice de performance DMS) qui compare la DMS de l'établissement à celle standardisée de son case-mix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM. Il synthétise ainsi la sur/sous performance de l'organisation médicale de l'établissement (hors ambulatoire).

Tableau n° 16 : Évolution des IP durées moyennes de séjours (DMS), hors ambulatoire

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2012-2017
<i>Médecine</i>	1,057	1,051	1,015	1,024	1,03	1,024	-0,033
<i>Chirurgie</i>	1,128	1,172	1,094	1,090	1,129	1,111	-0,017
<i>Obstétrique</i>	1,061	1,066	1,051	1,076	1,076	1,058	-0,003

Source : Hospidiag

L'indicateur est toujours supérieur à 1, ce qui signifie, qu'en moyenne, les DMS du CH de Brive sont plus longues que celles des autres établissements, ce qui le défavorise financièrement puisqu'en moyenne, pour un même GHM²², le CH de Brive mobilise plus de

²² Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de décrire et de classer chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM) auquel est associé un (ou plusieurs) groupe(s) homogène(s) de séjours (GHS). Ces derniers conditionnent le tarif de prise en charge du séjour par l'assurance maladie. Un groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO. Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenu dans le résumé de sortie standardisé de chaque patient.

ressources alors qu'il est rémunéré au même prix que les autres établissements. Les objectifs du CPOM, qui étaient un IP-DMS MCO < 1 chaque année, n'ont donc pas été atteints.

Une des causes de cette DMS élevée pourrait résider, comme le projet d'établissement 2013-2017 le soulignait, dans l'importance de l'activité des trois secteurs de soins de suite qui ne permet pas toujours de répondre aux besoins d'aval du court séjour dans les délais espérés. Selon le projet d'établissement²³ « *L'analyse des patients accueillis montre que ces trois unités [de soins de suite] couvrent bien le champ des autorisations d'activités et disposent de spécificités facilitant les orientations. [...] l'Unité de Moyen Séjour constitue l'aval du court séjour de l'hôpital. Il accueille des patients âgés, polypathologiques et très souvent dépendants ou à risques de dépendance* ». Pour remédier à ces difficultés, ce projet prévoyait « *la création d'une unité de huit lits de médecine polyvalente, travaillant en liens étroits avec les urgences et permettant de prendre en charge rapidement des patients souvent polypathologiques qui jusqu'à présent étaient souvent hébergés dans des services inadéquats* ». Il est exact que le taux d'occupation des lits de soins de suite et de réadaptation est élevé.

Tableau n° 17 : Taux d'occupation des lits SSR Gériatrie

2012	2013	2014	2015	2016	2017
ND	97,4	98,0	100	94,0	95,0

Source : Rapport d'activité CH de Brive

Le CH de Brive indique que ce taux d'occupation serait de 97,5 % en 2018. Le CH de Brive pourrait développer, dans le cadre du GHT, des coopérations avec d'autres établissements pour fluidifier son SSR.

3 LA FIABILITE DES COMPTES : DES BILANS FIABLES A COMPTER DE 2014

Le centre hospitalier de Brive est concerné par la procédure de certification des comptes à compter de l'exercice 2015 (arrêté du 1^{er} aout 2014).

Le conseil de surveillance, dans sa séance du 26 juin 2015, a confié cette mission au cabinet KPMG Entreprise Limousin Vienne.

Le rapport sur l'exercice 2015 a été remis le 15 juin 2016 et celui sur l'exercice 2016 le 15 juin 2017 ; le rapport sur l'exercice 2017 a été remis le 8 juin 2018.

Les comptes annuels 2015, 2016 et 2017 ont été certifiés sans réserves. Cependant, le bilan d'ouverture 2015 contient plusieurs corrections.

²³ CH Brive, Projet d'établissement 2012-2017, p.101

3.1 Le bilan d'ouverture 2015

Les normes d'exercice professionnel des commissaires aux comptes prévoient l'établissement d'un bilan d'ouverture à l'occasion de la première année de certification des comptes²⁴.

L'instruction comptable M21 prévoit la possibilité de corriger des « erreurs » passées. Ainsi, « 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 duquel elles sont constatées. Cette disposition s'applique même lorsque les corrections d'erreurs concernent des opérations qui auraient dû, lors des exercices antérieurs, transiter par le compte de résultat »²⁵. Les subdivisions utilisées sont celles du compte 1068 « Autres réserves ».

Cette procédure permet ainsi de régulariser certaines écritures sans conséquences sur les comptes de la section de fonctionnement et partant sur le résultat net de l'exercice de l'établissement. Conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21 et à l'avis n° 2012-05 du 18 octobre 2012 du conseil de normalisation des comptes publics, les corrections d'erreurs et les changements de méthodes opérés ont été comptabilisés par prélèvement sur les fonds propres au 1^{er} janvier 2015, avec un impact sur la situation nette, cependant limité.

²⁴ Extrait de la norme NEP-510 : « Lorsque le commissaire aux comptes intervient au titre de la première année de son mandat, il vérifie que le bilan de clôture de l'exercice précédent repris pour l'ouverture du premier exercice dont il certifie les comptes, qualifié de bilan d'ouverture, ne contient pas d'anomalies significatives susceptibles d'avoir une incidence sur les comptes de l'exercice.

²⁵ Extrait M21, Tome 2, chapitre 10, §1.

Tableau n° 18 : Corrections apportées au bilan d'ouverture 2015

<i>Correction</i>	<i>Décision</i>	<i>Montant</i>
<i>Changements de méthode</i>		-3 786,96
<i>Dont amortissement prorata temporis</i>	Décision n° 2016-9	-111 347,11
<i>Dont amortissement par composant</i>	Décision n° 2016-06	-667 348,49
<i>Dont durée d'amortissement</i>	Décision n° 2016-07 et n° 2016-08	34 873,29
<i>Dont durée amortissement subventions</i>	Décision n° 2016-14	517 341,73
<i>Corrections des valorisations</i>		-194 845,21
<i>Régularisation de l'amortissement d'un bâtiment non amorti</i>	Décision n° 2016-11	-156 361,60
<i>Provisions réglementées</i>	Décisions n° 2016-13 et 2016-18	-1 169 486,00
<i>Provisions pour risques et charges</i>	Décisions n° 2016-13 et 2016-18	1 406 324,00
<i>Produits constatés d'avance</i>	Décision n° 2016-17	144 811,48
<i>Indemnité GIPA</i>	Décision n° 2016-41	-57 776,00
<i>Stocks déportés</i>	Décision n° 2016-18	111 318,00
TOTAL		-198 631,57

Source : rapport du commissaire aux comptes sur les comptes annuels, exercice 2015 page 9.

Ainsi, l'impact comptable au passif à l'ouverture du bilan 2015 des changements de méthodes et des corrections de valorisations 2015 ne représente-t-il que 0,17 % du passif, par l'effet des contractions de comptes.

Le bilan 2015 apparaît comme fiable. Toutefois, si le montant global de la correction sur les provisions est faible ($1\,406\,324 - 1\,169\,486 = 236\,838$ € soit 2,36 % des provisions), il a des conséquences sur l'évolution du fonds du roulement.

3.2 Une interrogation quant à l'évaluation du montant des créances portées au bilan

La chambre régionale des comptes observe que sur l'ensemble de la période, une part non négligeable des créances annulées n'était pas réémise, ce qui interroge sur leur qualité juridique, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 19 : Annulations et réémissions de titres – en €

Tous budgets	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Somme 2012-2017
C/ 673	170 470,56	198.892 ,15	226 607,39	551 038,93	300 680,86	422 656,81	1 870 346,7
C/ 772 1	103 992,31	104 457,28	127 419,30	381 268,20	174 688,38	245 053,27	1 136 878,74
Ecart (C/772 1 – C/673)	-66 478,25	-94 434,87	-99 188,09	-169 770,73	-125 992,48	-177 603,54	-733 467,96
Total des produits. Net constaté	134 454 055,77	136 440 171,00	144 487 653,00	145 385 315,03	151 265 819,64	163 234 974,53	875 267 988,97
% de l'écart / total des produits	0,05	0,07	0,07	0,12	0,08	0,11	0,08

Source : comptes financiers

Même si le montant des créances « perdues » est faible par rapport aux produits globaux, il s'élève néanmoins à 733 467,96 € sur la période 2012-2017, représentant 39,22 % en moyenne annuelle du montant des créances annulées.

Il conviendrait en conséquence que l'établissement appréhende mieux l'émission des titres de recettes, donc leur matérialité, afin de ne pas perturber la compréhension du compte de résultat.

Pour l'ordonnateur, « En 2018, l'écart est de -125 092,29 €. Une explication de cet écart est la suivante : de nombreux titres sont annulés et passés ensuite en facturation côté assurance maladie (par exemple des titres à des mutuelles pour des patients en affection longue durée), la somme n'est donc pas perdue ». Cette réponse, ne concernant que le seul exercice 2018, non étudié par la chambre, ne permet pas d'expliquer l'écart existant entre ces annulations et réémissions.

3.3 Une chaîne de facturation qui reste à réaménager, un faible risque d'irrécouvrabilité des anciennes créances

La fiabilité des créances peut aussi être altérée par le risque de non recouvrement. Ce risque est d'autant plus élevé que les montants sont élevés, la date d'émission du titre ancienne et que le taux de provisionnement est faible.

Tableau n° 20 : Restes à recouvrer des exercices courants, précédents et antérieurs au 31 décembre N par type de créancier

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2012-2016	Évolution 2012-2017
<i>Hospitalisés et consultants</i>	1 565 871,57	1 559 028,86	1 883 547,84	1 830 355,60	1 475 338,65	1 467 113,04	-5,78	-6,31
<i>Caisses de sécu sociale</i>	17 562 533,87	4 417 708,59	13 596 492,47	26 230 359,05	26 454 650,42	18 863 591,67	50,63	7,41
<i>Etat</i>	29 577,83	29 577,83	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,00	-100,00
<i>Département</i>	55 718,89	34 541,67	92 694,51	109 813,38	99 619,45	139 233,76	78,78	149,89
<i>Autres tiers payants</i>	3 924 901,17	3 498 392,04	3 760 076,95	3 198 021,26	2 910 686,90	3 457 047,29	-25,84	-11,92
<i>Autres débiteurs</i>	115 665,11	293 078,25	393 725,82	463 891,98	937 493,03	956 593,39	710,52	727,04
Total	22 654 268	9 832 327,24	19 726 537,59	31 832 441,27	31 877 788,45	24 883 579,15	41,43	9,84

Source : comptes financiers

Tableau n° 21 : Restes à recouvrer au 31 décembre 2017 par exercice et créancier

	Hospitalisés et consultants	Caisse sécurité sociale	Département	Autres tiers payants	Autres débiteurs	TOTAL
<i>2007 et antérieurs</i>	8 573,52	0,00	0,00	0,00	0,00	8 573,52
<i>2008</i>	9 643,73	0,00	0,00	0,00	0,00	9 643,73
<i>2009</i>	36 554,77	0,00	0,00	0,00	0,00	36 554,77
<i>2010</i>	54 348,13	0,00	502,30	0,00	0,00	54 850,43
<i>2011</i>	85 355,26	0,00	33,15	0,00	0,00	85 388,41
<i>2012</i>	101 167,01	0,00	391,50	86,52	0,00	101 645,03
<i>2013</i>	120 489,60	59 018,79	6 313,82	36 721,46	0,00	222 543,67
<i>2014</i>	129 342,95	577,53	11 245,20	15 250,52	0,00	156 416,20
<i>2015</i>	151 010,96	1 717,39	12 212,19	29 506,74	1 851,86	196 299,16
<i>2016</i>	192 548,88	6 849,40	7 563,31	99 595,09	15 055,74	321 612,42
<i>2017</i>	578 078,21	18 795 428,56	100 972,29	3 275 886,96	939 685,39	23 690 051,41

Source : compte financier 2017

Les créances en fin d'exercice ont augmenté de 9,84 % sur la période. Toutefois, il est observé une inversion de tendance en 2017 : en effet, entre 2012 et 2016, l'augmentation est de 40,71 % puis en 2017 il y a une baisse de -21,94 % . Au 31 décembre 2017, elles s'élèvent à 24 883 579,15 €.

Si les créances antérieures à 2013 ne représentent que 1,2 % du total des créances à recouvrer, il n'en demeure pas moins qu'en valeur absolue, ce montant reste significatif, soit 296 655,89 €.

Le créancier le plus important est la sécurité sociale (26 454 650,42 €) dont 26 134 846,63 € avec une date de prise en charge en 2016. Parmi ces dernières créances, figurent d'une part 3 184 430,03 € correspondant à une dotation dont la date de prise en charge est le 24 juin 2016. D'autre part, de ce total, 7 521 811,94 € correspondent à l'activité de mars 2016 dont le titre n'a été émis et envoyé au comptable que 9 mois après la fin des séjours révélant ainsi une difficulté dans la chaîne de facturation. En effet, ce titre, s'il a bien fait l'objet d'une émission en mai 2016, comme l'indique l'ordonnateur, a été annulé et réémis le 20 janvier 2017. Ce problème de chaîne de facturation avait déjà été souligné dans le précédent rapport de la chambre régionale des comptes et peut être illustré, pour l'activité de court séjour, par l'indice de facturation et pour les autres activités par le délai entre la date de sortie du patient et la date d'émission du titre de recettes.

Tableau n° 22 : L'indice de facturation (en %)²⁶

Tableau n° 23 : 2012	2013	2014	2015	2016	2017
6,0	9,6	3,3	8,2	10,5	8,8

Source : Hospidiag

Ainsi, l'indice de 10,5 % en 2016 signifie que seulement 89,5 % de l'activité d'un mois donné a été facturée durant ce même mois ce qui situe le CH de Brive plus proche du 8^{ème} décile (15,4) que du 2^{ème} décile (3,6) des établissements de même typologie. Si la détérioration de 2016 peut être en partie attribuée au passage à la facturation individuelle qui a été mise en place au 1^{er} février 2016, il n'en va pas de même pour l'importante détérioration relevée en 2015. Interrogé²⁷, l'ordonnateur a précisé : « *Un retard est constaté entre l'activité et sa facturation du fait d'un décalage dans le recueil de l'information médicale et de sa retranscription dans les courriers de sorties d'hospitalisation. L'activité externe est facturée au fil de l'eau par le service de facturation. Cet indice va être amené à s'améliorer du fait de mesures prises pour optimiser la chaîne de facturation : développement d'outils informatiques, décentralisation de l'accueil médico-administratif, assistance du département de l'information médicale au plus près des services* ».

L'établissement avait conscience de ces difficultés puisque l'optimisation de la chaîne de facturation était l'un des objectifs fixés dans le projet d'établissement 2013-2017. L'impact

²⁶ L'indice de facturation se calcule par la formule suivante :

$$3 - \frac{\text{Montant avril facturé en avril} - \text{Montant mai facturé en mai} - \text{Montant juin facturé en juin}}{\text{Montant avril facturé au 31/12} \quad \text{Montant mai facturé au 31/12} \quad \text{Montant juin facturé au 31/12}}$$

3

Avec : montant X facturé en X : montant lié à l'activité du mois X facturé durant le mois X
 Montant X facturé au 31/12 : total du montant facturé au 31/12 au titre de l'activité du mois x

Ainsi, si l'activité de chaque mois est facturée durant ce mois, l'indice sera égal à 0 %. En revanche, si aucune facturation n'a lieu durant le mois en cours, l'indice sera de 100 %. L'objectif est donc de tendre vers 0.

²⁷ Questionnaire n°2, question n°2

de la facturation au fil de l'eau de l'activité externe était évalué entre 360 000 à 540 000 factures et celle de l'hospitalisation entre 140 000 et 210 000 factures.

On note toutefois une amélioration de la chaîne de facturation en 2017.

Tableau n° 23 : Délai moyen entre la date de sortie du patient et l'émission du titre de recettes – en nombre moyen de jours

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution
<i>Budget H</i>	35	35	35	35	35	35	0
<i>Budget H – Mutuelles et patients</i>	25	25	25	25	25	25	0
<i>USLD</i>	42	42	42	42	42	42	0
<i>EHPAD</i>	42	42	42	42	42	42	0

Source : CH de Brive, Réponse question n°2 de notre second questionnaire

L'ordonnateur explique ces délais de la manière suivante : « Pour les recettes assurances maladie du budget H : les données PMSI sont transmises à l'assurance maladie 30 jours après le jour de sortie du patient, Pour les recettes mutuelles et patients du budget H, la facturation a lieu entre 3 et 4 semaines (entre 21 et 28 jours) après la sortie du patient. Pour les budget B et E, la facturation est établie entre le 10 et le 15 du mois suivant le mois sur lequel elle porte soit un délai entre 40 et 45 jours ».

Il est à souligner l'absence de réduction de ce délai sur la période. L'ordonnateur indique que « l'établissement a débuté un travail sur l'optimisation de chaîne de facturation via les contrats de pôle [...] mais également via le circuit du patient. En effet, les guichets du bureau des entrées ont été fermés en avril 2018 et l'accueil du patient se fait directement dans les secrétariats médicaux. A terme, c'est là également que sera facturé le reste à charge au patient avant sa sortie pour limiter les restes à recouvrer et les admissions en non-valeur ».

Recommandation n°3 : rechercher une amélioration de l'ensemble de la chaîne de facturation en amont afin de limiter au mieux la masse des titres restant à recouvrer.

3.4 La tenue des régies

Si le contrôle des régies appartient au comptable public, il appartient également à l'ordonnateur d'assurer le contrôle de leur fonctionnement, selon les périodicités et modalités déterminées par lui. En effet, selon l'article R. 1617-17 du code général des collectivités locales applicable aux établissements publics de santé en vertu de l'article R. 6145-54-1 du code de la santé publique, et en application des dispositions de l'instruction codificatrice n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006, les contrôles approfondis sur place des régies peuvent être effectués par le comptable, l'ordonnateur, par les autorités habilitées à contrôler le comptable et l'ordonnateur et par l'Inspection générale des finances. Cette instruction a été complétée par une circulaire DGFIP n° 2013/05/11118 du 3 juin 2013 relative aux consignes actualisées des régies de

recettes et/ou d'avances et par l'instruction DGFIP n° 2012/12/7596 du 28 janvier 2012 relative à la sécurisation des régies et des dépenses du secteur public local. Celles-ci prévoient un contrôle au moins tous les deux ans des régies « à risques » et au moins tous les six ans pour les autres régies.

Le CH de Brive a mis en place sept régies de recettes, une régie d'avance et une régie de dépôts. Chacune de ces régies a fait l'objet d'un acte de création, d'un acte de nomination du régisseur et de la fixation d'un montant maximal d'encaissement autorisé. Le montant annuel des recettes collectées peut être très important. En effet, pour 2017, il s'est élevé à 250 050,22 € à la « régie pour l'activité libérale » et 94 299,61 € pour la « régie des recettes des produits hospitaliers ».

Sur la période examinée, seules 4 régies ont fait l'objet d'une vérification (IFSI, IFAS, CSAPA, recettes des produits hospitaliers)²⁸. Ainsi la régie pour l'activité libérale qui collecte les plus importantes recettes n'a pas été contrôlée. De plus, la réglementation prévoit qu'à chaque nomination d'un nouveau régisseur, une vérification doit être effectuée, ce qui n'a pas été le cas comme lors de la nomination du régisseur actuel de la régie des repas des accompagnants, le 19 janvier 2015.

Ces vérifications sont d'autant plus justifiées que celles effectuées en 2015 ont permis de détecter des dysfonctionnements importants. Sur la régie du CSAPA, selon l'ordonnateur « *il a été détecté que certains participants ne payaient pas, ou que partiellement, le prix fixé pour participer à ce stage. Ainsi, il y avait un nombre de participants qui ne correspondait pas à la somme récoltée par le régisseur pour chaque stage. La Trésorerie est intervenue* ».

L'ordonnateur précise que « *Les actes constitutifs des régies sont en cours de révision avec la Trésorerie pour créer un compte de dépôt au [T]résor pour chaque régie [...] et réorganiser leur contrôle. La régie d'activité libérale va être complètement revue à cette occasion. Un contrôle périodique sera établi sur cette régie* ». La chambre en prend acte.

Recommandation n°4 : organiser un contrôle périodique des régies.

3.5 La fiabilité du résultat de l'exercice satisfaisante

Si les charges ne sont pas correctement rattachées à l'exercice, cela réduit les charges de l'exercice N et accroît celles de l'exercice suivant. De même un mauvais rattachement des produits peut diminuer le résultat de l'exercice N et accroître celui de l'exercice suivant.

Le taux de rattachement des charges varie de 0,57 % en 2011 à 1,41 % en 2017. Ce taux paraît très faible et pourrait découler d'un arrêt précoce des engagements dans l'année.

Un report de charges améliore le résultat de l'exercice en cours. Toutefois, ce taux de report est toujours inférieur à 0,2 % et n'appelle donc pas d'observation.

²⁸ Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), institut de formation des aides-soignants (IFAS) et centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

4 UNE SITUATION FINANCIERE QUI SE DETERIORE JUSQU'EN 2017, PUIS S'AMELIORERAIT EN 2018

Le centre hospitalier de Brive dispose, en plus de son budget principal (H), de six budgets annexes :

- dotation non affectée (DNA) ;
- unité de soins de longue durée (USLD) ;
- établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- accueil de jour thérapeutique gériatrique (AJTG) ;
- centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- écoles de formations paramédicales (IFSI/IFAS).

Le budget principal concentre environ 97 % des charges et des produits, c'est pourquoi l'analyse présentée ci-après portera essentiellement sur celui-ci. Il conviendra de s'intéresser aux budgets annexes lorsque nécessaire.

Le contrôle du CH de Brive s'étant déroulé au cours de l'année 2018, il n'a pas été possible à la chambre d'étudier les comptes de cet exercice.

4.1 Une première approche de la situation financière : la définition du déséquilibre financier par le code de la santé publique

L'article D. 6143-39 du CSP fixe plusieurs critères de déséquilibre financier, qui se cumulent ou pas, pour les établissements de santé dont le total des produits du compte du résultat principal excède dix millions d'euros. Ainsi :

- le résultat comptable du budget principal présentant un déficit supérieur à 3 % du total des produits de l'exercice du compte de résultat principal, pour la majorité des établissements publics de santé, calculé par différence entre les produits et les charges du compte de résultat principal et corrigé des charges et des produits sur exercices antérieurs comptabilisés au cours de l'exercice en cours²⁹ ;
- une capacité d'autofinancement représentant moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues, soit une insuffisance d'autofinancement ;
- une capacité d'autofinancement³⁰ insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts figurant dans le tableau de financement compte non tenu des

²⁹ Ou 2 % du total des produits du compte principal de l'exercice, pour les établissements publics de santé mentionnés à l'article D.6141-15 et ceux dont les emplois de directeur sont des emplois fonctionnels.

³⁰ La capacité d'autofinancement correspond à l'ensemble des ressources financières générées par les opérations de gestion de l'établissement et dont il pourrait disposer pour couvrir ses besoins financiers. Elle mesure la capacité de ce dernier à financer sur ses propres ressources les besoins liés à son existence, tels que les investissements ou les remboursements de dettes. Il s'agit donc d'un indicateur essentiel de la situation financière d'un établissement.

remboursements infra-annuels sur les emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie, ce qui correspond à une capacité d'autofinancement nette négative.

Tableau n° 24 : Les indicateurs de l'article D. 6143-39 du code de la santé publique et le CH de Brive – Budget principal

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Part du déficit du budget principal par rapport au total des produits³¹</i>	ND	ND	ND	0,27	1,13	0,8
<i>Niveau de la CAF BRUTE (toutes activités confondues) par rapport au total des produits</i>	9,2	5,6	6,3	4,6	3,3	3,4
<i>Niveau de la CAF NETTE (toutes activités confondues)</i>	9 383	4 176	5 382	2 882	842	1 476

Source : CH Brive, comptes financiers et rapports de gestion

Sur la période, aucun de ces trois indicateurs n'atteint le seuil de déséquilibre financier. Pour autant, il est constaté que ces ratios décrivent une situation financière qui se tend, et ce singulièrement depuis 2015. En effet, si le déficit du budget H s'estompe en pourcentage du total des produits, les niveaux des CAF brute et nette deviennent préoccupants, divisés par deux pour la première et par plus de trois, en trois ans pour la seconde. Leur baisse s'intensifie en 2016, au moment où la part du déficit du budget principal repart significativement à la hausse.

Il convient donc d'analyser les raisons de cette tendance négative.

³¹ Le résultat comptable du budget principal a évolué comme suit, en € :

2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution
2 610 185,08	862 086,88	3 219 077,59	- 397 038,38	-1 746 928,81	830 764,12	- 131,8 %

4.1.1 Une CAF brute en baisse

Le tableau ci-après présente de manière synthétique les principaux postes financiers du CH de Brive, de manière consolidée.

Tableau n° 25 : Évolution de la capacité d'autofinancement brute consolidée en €

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution
<i>Produits courants consolidés (c/70 à 75) a)</i>	137 646 001	137 963 149	145 655 012	147 200 803	151 510 986	156 274 158	13,53
<i>Total BP</i>			139 325 189	140 843 325	145 631 705	150 500 989	15,17
Dont produits assurance maladie(c/731)	130 677 836 107 340 147	131 852 856 106 657 327	111 311 427	112 009 879	116 095 616	117 541 993	
<i>Total BA</i>			6 329 823	6 357 477	5 879 281	5 773 170	-17,15
Dont produits assurance maladie (c/731)	6 968 165 1 192 982	6 110 292 1 151 080	1 259 262	1 221 833	892 144	770 738	-35,39
<i>Charges courantes consolidées (c/60 à 65) b)</i>	124 055 762	128 412 486	134 834 661	138 786 927	144 590 418	149 583 350	20,58
<i>Total BP</i>	118 501 992	122 592 703	128 756 669	132 672 672	138 715 131	143 834 928	21,38
Dont charges de personnel	72 749 027	76 054 684	88 301 522	80 702 139	82 648 636	85 824 861	17,97
<i>Total BA</i>	5 553 770	5 819 783	6 077 992	6 114 256	5 875 287	5 748 422	3,5
Dont charges de personnel	3 695 847	3 885 452	4 077 758	3 960 741	3 865 754	3 839 659	3,89
<i>Résultat courant consolidé</i>	13 580 279	9 550 663	10 790 441	8 413 876	6 920 568	6 690 808	-50,73
<i>Résultat courant BP</i>	12 175 844	9 260 153	10 568 520	8 170 653	6 916 574	6 666 061	-45,25
<i>Résultat courant BA</i>	1 414 395	290 509	231 921	243 223	3 994	24 747	-98,25
<i>Résultat financier consolidé (c/76 – c/66) c)</i>	-1 645 229	- 1 703 505	-1 592 791	-1 518 183	-1 589 227	-1 552 065	5,66
<i>Résultat financier BP</i>	-1 645 229	-1 703 505	-1 592 791	-1 518 188	-1 526 950	-1 518 421	7,71
Dont charges financières	1 645 229	1 703 505	1 582 791	1 518 188	1 558 394	1 532 344	-6,86
<i>Résultat financier BA</i>	0	0	0	5	-62 277	-33 644	ND
<i>Résultat exceptionnel consolidé (c/77-c/67, hors 775,776, 777 et 675 et 676) d)</i>	872 372	69 494	94 271	-68 013	173 299	172 329	-80,25
<i>Résultat exceptionnel BP</i>	793 254	73 594	81 739	-60 445	-141 833	178 965	-77,44
<i>Résultat exceptionnel BA</i>	79 118	-4 100	12 532	-7 568	-31 466	- 6 635	-108,39
<i>CAF brute consolidée (a-b+c+d)</i>	12 814 376	7 916 651	9 321 829	6 827 579	5 158 041	5 311 073	-58,55
<i>CAF Brute BP</i>	11 323 863	7 630 242	9 057 768	6 592 020	5 247 791	5 326 605	-52,96
<i>CAF Brute BA</i>	1 490 513	286 409	264 061	235 559	- 89 750	-15 532	-101,03

Source : CH de Brive, comptes financiers, État A3

Sur la période, la CAF consolidée baisse de 7 503 303 €, liée à une baisse du résultat courant consolidé de 6 889 471 € et à une baisse du résultat exceptionnel de 700 043 €. Mais cette baisse de la CAF consolidée découle essentiellement de celle du budget principal (- 4 997 258 €). Il est toutefois noté un léger redressement de la CAF brute en 2017.

4.1.2 La baisse de la CAF brute du budget principal s'explique par une hausse plus rapide des charges que des produits du budget principal

4.1.2.1 Les produits du budget H augmentent mais de manière limitée

Tableau n° 26 : Évolution des produits du budget H (en €)

Produits	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution
Titre 1 produits versés par l'assurance maladie	107 685 359	106 657 327	111 311 427	116 276 290	120 917 597	122 617 921	14 932 562 (13,87 %)
Titre 2 autres produits de l'activité hospitalière	9 554 317	9 826 458	10 124 070	10 530 034	10 149 824	10 807 450	1 253 133 (13,12 %)
Titre 3 autres produits	17 214 380	19 956 385	22 452 156	18 578 991	20 198 398	23 786 634	6 572 254 (38,18 %)
TOTAL	134 454 056	136 440 171	144 487 653	145 385 315	151 265 820	157 212 005	22 757 949 (16,93 %)

Source : CH Brive, comptes financiers, Exécution de l'EPRD

Le titre 1 « Produits versés par l'assurance maladie » comprend les produits de la tarification des séjours (et séances) (73111), les produits des médicaments facturés en sus des séjours (73112), les produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours (73113), les forfaits annuels (73114), la dotation annuelle de financement (73117), la dotation Missions Intérêt Général Actions de Coopération (73118), les produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique (7312 dont consultations et actes externes), le Fonds d'Intervention Régional (7471) et les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie (7722).

Le titre 2 comprend les produits de la tarification non pris en charge par l'assurance maladie, les forfaits journaliers (MCO, SSR, psychiatrie) et les produits à la charge de l'État, des collectivités locales autres organismes publics.

Le titre 3 comprend en particulier les rétrocessions de médicaments (7071), les remboursements de frais par les budgets annexes (7087), les produits financiers (76) et les produits exceptionnels (77)³². Il a crû de 38,18 % alors même qu'en 2015, les crédits du Fonds d'Intervention Régional ont été transférés du titre 3 vers le titre 1. Le montant de ce fonds s'élevait à 4 063 216 € en 2014 et 4 266 410,92 € en 2015.

Conformément à la structure de l'activité, les produits versés par l'assurance maladie constituent l'essentiel des produits (80,54 % en 2017). C'est donc sur ce titre que l'analyse se concentrera.

³² La composition complète des titres est jointe en annexe.

Les produits liés à l'activité de court-séjour et aux séances étant largement majoritaires (76,45 % en moyenne sur la période), l'analyse de leur évolution est présentée ci-dessous. Pour l'ATIH, une séance correspond à une venue dans un établissement de santé d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement sa fréquentation récurrente pour un motif thérapeutique spécifique comme la chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie, ou transfusion sanguine, notamment³³.

Tableau n° 27 : Détail de la valorisation de l'activité de court séjour

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Nombre de séjours/séances transmis</i>	60 156	59 602	62 744	61 754	60 913	60 730
<i>BR Séjours transmis</i>	71 339 479	72 978 912	75 977 872	76 362 505	77 409 667	78 292 350
<i>Nombre de séjours valorisés (retenus)</i>	58 830	58 239	61 199	60 205	59 650	59 326
<i>BR séjours supprimés</i>	1 047 725	1 153 333	1 266 479	1 237 969	1 257 700	1 415 180
<i>BR séjours valorisés</i>	70 291 755	71 825 579	74 711 093	75 124 536	76 151 967	76 877 169
<i>Montant remboursé AM Valorisation GHS</i>	61 194 845	62 069 563	64 681 476	65 666 077	66 222 109	66 484 170
<i>Montant remboursé AM Extrême bas</i>	-626 563	-449 574	-477 151	-503 948	- 567 988	-181 857
<i>Montant remb AM Valorisation DMS extrêmes hautes</i>	763 599	718 048	627 657	553 365	699 252	773 668
<i>Montant AM Valorisation actes GHS 9615 en hospitalisation</i>	5 082	3 763	3 770	6 240	9 893	17 296
<i>Montant AM valorisation supplément</i>	5297745,776	5390474,91	5588888,49	5194400,91	5651087,06	5 519 743
<i>Montant AM Total valorisation</i>	66 633 464	67 722 374	70 419 172	70 782 216	71 863 318	72 999 524
<i>Montant AM IVG</i>	102 314	157 388	146 837	164 403	161 126	143 951
<i>Montant AM Molécules onéreuses</i>	7 159 840	7 104 909	7 538 616	7 621 636	7 384 291	8 482 981
<i>Mont DMI</i>	1 846 857	2 004 357	2 269 770	2 374 191	2 642 079	2 750 527
<i>Activité externe</i>	6 041 447	6 517 220	6 710 946	7 138 981	7 319 349	8 015 585
<i>Total recettes AM</i>	82 218 874	83 506 248	87 101 229	88 081 429	89 370 163	92 392 568

Source : SCAN SANTE

Lecture : où BR est la base de remboursement, GHS le groupe homogène de séjours et DMI les dispositifs médicaux implantables

Sur la période 2012-2017, les recettes en provenance de l'assurance maladie ont donc augmenté de 12,37 % . Cette augmentation est d'abord liée à celle de la base de remboursement des séjours valorisés. Cette hausse de la base de remboursement des séjours valorisés découle en priorité de l'augmentation du nombre de séjours transmis (+574).

Ainsi la croissance des recettes n'a pas été limitée par celle de l'activité mais par une DMS trop élevée : en effet, il est à souligner que chaque année le solde entre valorisation DMS

³³ ATIH, C-IM, Avril 2008, p.1

extrême haute et valorisation DMS basse est positif. Toutefois, le fait que les DMS de l'établissement soient en moyenne supérieures à celles de la base nationale (IP-DMS < 1) conduit à une perte théorique de recettes que l'établissement a explicité dans le tableau ci-dessous. Le raisonnement est le suivant : si l'établissement avait les mêmes DMS que l'ensemble des établissements de sa catégorie, il aurait, en moyenne, réduit la durée de chaque séjour. Cela aurait permis de « libérer » des lits pour produire plus de séjours.

Tableau n° 28 : Perte financière théorique (en k€)

Source : e-psmsi - tableaux :						
	19	1.D.2.EDMS	1.D.2.EDMS	1.D.2.EDMS	1.D.2.EDMS	1.D.2.EDMS
Année entière	2012	2013	2014	2015	2016	2017
nb journées ets	116 933	120 678	118 850	119 113	120 874	120 286
nb journées standardisées	110 824	113 145	116 081	115 617	114 458	115 797
IP	0,95	0,94	0,98	0,97	0,95	0,96
Calcul interne CHB :						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de journées réalisées par le CH de Brive	116 933	120 678	118 850	119 113	120 874	120 286
Nombre de journées standardisées Hôpital NATIONAL	110 824	113 145	116 081	115 617	114 458	115 797
Journées potentiellement perdues	-6 109	-7 533	-2 769	-3 496	-6 416	-4 489
PERFORMANCE GLOBALE	0,95	0,94	0,98	0,97	0,95	0,96
DMS ETS (hors séance)	6,57	6,54	6,24	6,17	6,27	6,18
PMCT moyen (hors séance) en €	2 500 €	2 400 €	2 400 €	2 400 €	2 400 €	2 400 €
Perte financière théorique en K€ (GHS)	-2 324 581	-2 764 576	-1 064 869	-1 359 691	-2 456 031	-1 743 223

NB : Perte = (journées perdues/DMS) x PMCT

Source : CH DE BRIVE, question numéro 7, questionnaire n°2

Le calcul du CH de Brive pose comme principe que toutes les journées « potentiellement perdues » auraient constitué des séjours supplémentaires. Ainsi, il est présupposé que, d'une part, la DMS trop longue aboutit à un taux d'occupation très élevé ce qui empêche d'accueillir plus de séjours et, d'autre part, qu'il y aurait une demande de soins actuellement non satisfaite. Ce n'est pas le cas au CH de Brive, les taux d'occupation ayant été très inférieurs à 100 % excepté en chirurgie depuis 2015 :

Tableau n° 29 : Taux d'occupation des lits de court-séjour

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Médecine</i>	84,1	83,6	80,8	79,3	81,4	79,3
<i>Chirurgie</i>	83,9	88,9	79,9	93,5	96,9	101,6
<i>Obstétrique</i>	59,9	51,9	53,0	51,3	49,6	48,5

Source : Hospidiag, indicateur A13, A14, A15

Il est donc peu probable que toute ou partie de ces « journées théoriquement gagnées » en réduisant la DMS auraient toutes conduites à des séjours supplémentaires générant des recettes. Le CH surestime le gain potentiel latent, qu'une amélioration de sa DMS produirait.

Par ailleurs, le fait de ne pas intégrer le « montant de remboursement de l'assurance maladie lié aux DMS extrêmes hautes » dans le calcul, en le neutralisant, contribue également à cette surestimation.

Enfin, *a contrario*, le fait, dans la formule de calcul du gain potentiel, d'utiliser la DMS de l'établissement qui est supérieure à celle de l'ensemble des établissements le minimise. En effet, comme la DMS est au dénominateur, le fait d'utiliser la DMS de l'établissement qui est supérieure à celle de l'ensemble des établissements, réduit le rapport journées perdues/DMS et donc accroît la perte = (journées perdues/DMS) x PMCT (poids moyen du cas traité). À titre illustratif, pour 2017, la perte serait de 1743 k€, si l'on divise le nombre de journées potentiellement perdues par la DMS du CH Brive, le résultat étant multiplié par le poids moyen du cas traité exprimé en € (soit (4489/6,18) *2400). Mais, si l'on prend en compte la DMS de l'ensemble des établissements (source hospidiag) égale à 5,92, la perte serait de : (4489/5,92)*2400 = 1 819 k€, donc supérieure à celle retenue par le CH de Brive.

Le CH de Brive s'est engagé dans une réflexion pour fluidifier les parcours afin d'améliorer sa DMS. En effet, « *Le gain escompté par une baisse des DMS est de deux ordres : soit une augmentation de recettes générée par l'accroissement d'activité permise par une meilleure utilisation des lits, soit une baisse des dépenses induites par une réorganisation du capacitaire (opération plus complexe à mener du fait de la configuration des locaux). L'établissement a engagé une réflexion sur l'amélioration de la gestion des lits pour accroître l'efficacité de son organisation [...]. Le travail actuellement engagé dans le cadre du projet d'établissement 2018-2022 s'appuie sur une analyse interne (chemins cliniques, mise en place de la Récupération Améliorée Après Chirurgie, développement de l'ambulatoire, analyse des process internes en matière d'examen complémentaires, travail sur la détection des publics fragiles et préparation de la sortie...) et sur un travail avec les partenaires du territoire* ».

Concernant l'évolution des recettes du titre 3 (+ 6 572 254 € soit 38,18 %), elle découle de l'augmentation des rétrocessions de médicaments dont l'augmentation (+32 %) s'explique par les traitements onéreux relatifs à l'hépatite C, à la mucoviscidose et au développement des chimiothérapies orales.

4.1.2.2 Les charges du budget H

Elles représentaient 132 M€ en 2012 et 158 M € en 2017.

Tableau n° 30 : Charges du budget principal (en €)

<i>Charges</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution
<i>Titre 1 charges de personnel</i>	81 554 592	85 713 276	89 058 542	91 086 731	93 399 727	97 104 130	15 549 538 (19,07 %)
<i>Titre 2 charges à caractère médical</i>	28 434 81 4	28 169 30 7	30 805 22 8	32 801 99 0	36 066 80 3	38 210 179	9 775 365 (34,38 %)
<i>Titre 3 charges à caractère hôtelier et général</i>	10 718 14 2	10 987 80 6	11 109 87 1	11 203 73 2	12 001 24 6	11 988 990	1 270 848 (11,86 %)
<i>Titre 4 charges d'amortissements et de provisions</i>	11 136 32 2	10 707 69 4	10 294 93 4	10 689 90 0	11 544 97 1	10 739 470	-396 852 (-3,56 %)
<i>Total</i>	131 843 8 71	135 578 0 84	141 268 5 76	145 782 3 53	153 012 7 48	158 042 769	-3,56

Source : CH Brive, Comptes financiers, Exécution de l'EPRD

L'évolution des charges de personnel résulte d'un effet volume (7,8 ETP de personnel médical et 108,55 ETP de personnel non médical) lié en partie à l'ouverture de nouveaux services, et d'un effet-prix (revalorisation des salaires, augmentation de la valeur du point, Glissement vieillesse technicité, augmentation des taux de charges employeur, parcours professionnel carrière retraite pour les catégories A et B).

Tableau n° 31 : Évolution des charges de personnel du budget général, en k€

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution
<i>Personnel médical (PM)</i>	17 342	18 846	19 180	20 128	20 875	22 117	4 775 (27,53 %)
<i>Personnel non médical (PNM)</i>	64 428	66 867	69 878	1 016	72 525	74 987	10 559 (16,39 %)

Source : CH Brive, Rapports d'activité

L'augmentation des charges du titre 2 résulte d'une hausse des achats des produits pharmaceutiques et autres produits à usage médical (6 286 k€), de fournitures, de produits finis et petit matériel médical (2 689 k€) et des rétrocessions et médicaments onéreux, l'achat de molécules innovantes pour la cancérologie et remboursés en sus (2 390 k€).

L'augmentation des charges du titre 3 découle de celle notamment des dépenses d'entretien et des créances irrécouvrables, de l'enchérissement des denrées alimentaires, des énergies et fluides.

Enfin, les charges du titre 4 stagnent.

En conclusion, la variation à la hausse des charges s'explique surtout par l'accélération de celles du titre 2 mais également par l'importance de celles de personnels.

4.1.2.1. La CAF des budgets annexes

Tableau n° 32 : CAF de chaque budget annexe, en K€

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Produits réels budget A</i>	5	0	0	0	0	0
<i>Charges réelles budget A</i>	3	0	0	0	0	0
<i>CAF BUDGET A</i>	2	0	0	0	0	0
<i>Produits réels budgets B E J</i>	4 750	4 009	4 127	4 213	3 703	3 704
<i>Charges réelles budget B E J</i>	3 635	3 875	4 102	4 094	3 896	3 742
<i>CAF Budget B E J</i>	1 115	134	25	119	- 193	- 38
<i>Produits réels budget C</i>	1 865	1 786	1 741	1 679	1 621	1 558
<i>Charges réelles budget C</i>	1 629	1 634	1 637	1 644	1 622	1 560
<i>CAF Budget C</i>	236	152	104	35	- 1	- 2
<i>Produits réels budget P</i>	372	243	397	407	515	485
<i>Charges réelles P</i>	235	243	261	325	410	460
<i>CAF Brute budget P</i>	137	0	136	82	105	25
<i>Total</i>	1 490	286	265	236	- 89	- 15

Source : ANAFI, CAF BUDGET, A=Dotation non affectée, B : Unité de soins de longue durée ; C : écoles et IFSI ; E : EHPAD ; J : Maison de retraite, P : autres activités relevant de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

De 2012 à 2015, la CAF brute de chacun de ces budgets est positive, mais tous suivent une tendance plus ou moins rapide à la baisse. Depuis 2016, hors le budget annexe relatif aux EHPAD, ils présentent tous une CAF brute négative. Pour celui-ci, la baisse de l'autofinancement est cependant significative, soit près de 82 %.

Pour le budget B, ce déséquilibre est dû à une baisse des produits réels en 2016 (-510 k€) nettement supérieure à celle des charges réelles (-198 k€), conséquence de la fermeture de

11 lits suite à l'ouverture du C2GC en mai 2016. Pour le budget E le déficit est lié au déficit de la section soins et à une baisse du nombre de journées, cette dernière s'expliquant, pour l'ordonnateur, d'une part par la baisse temporaire du nombre de lits et d'autre part par l'ouverture d'une unité d'hébergement de moyenne durée accueillant des patients âgés sortant d'une phase aigüe de leur pathologie mais n'ayant plus besoins de soins médicaux nécessitant leur maintien en hospitalisation et en attente d'une entrée en EHPAD d'où un turn-over élevé. Il convient également de prendre en compte « *une sous dotation de la section soins avec un PATHOS datant de 2014 (il a été revu fin 2018)* ». Pour le budget C, le déficit est lié à une baisse de la subvention du conseil régional.

En conclusion, ils ne contribuent pas à renforcer la situation financière du CH, mais plutôt à accentuer son déséquilibre.

4.1.2.3 Un taux de marge brute qui se dégrade

Le taux de marge brute, qui mesure la marge que l'établissement dégage sur son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions, est inférieur depuis 2015 à l'objectif fixé dans le CPOM (7 %) et à la cible (8 %) ; sur la période, il se dégrade fortement (-6,1 points).

Tableau n° 33 : Taux de marge brute (en %)

2012	2013	2014	2015	2016	2017
10,0	7,0	7,5	5,8	4,6	3,9

Source : ANAFI

4.1.3 Une baisse de la CAF nette qui ne permet pas de financer les investissements : un recours plus important à l'emprunt

Tableau n° 34 : Évolution de la CAF nette (en k€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution
CAF brute	12 814	7 917	9 322	6 828	5 158	5 311	-7503 (-58,5%)
Amortissement du capital de la dette	3431	3740	3 940	3 945	4 316	3 835	404 (11,8%)
CAF nette	9 383	4 176	5 382	2 882	842	1 476	-7907 (- 84,3%)
Encours au 31/12/N	46 066	42 460	42 884	44 938	49 123	51 287	5221 (11,3%)

Source : analyse des équilibres financiers fondamentaux, fiche 1

La CAF brute, toujours supérieure au remboursement du capital des emprunts, permet de dégager un autofinancement positif. Toutefois, sa chute cumulée avec une hausse de cet amortissement, entraîne une baisse très significative de la CAF nette, qui chute de 87 %. Toutefois, l'ordonnateur indique qu'en 2018 « *le résultat consolidé [est] positif (536 840,37 €) [lequel] couplé à une baisse significative des investissements améliore nettement la CAF (+ 2938 k€)* ».

Même positive, elle s'avère insuffisante pour financer, à elle seule, les investissements. Le CH de Brive doit donc recourir à l'emprunt pour ce faire. La hausse non négligeable de son encours de la dette le démontre.

4.2 L'analyse du bilan : une forte baisse du fonds de roulement qui entraîne celle de la trésorerie, négative en 2017

L'analyse du bilan s'effectue à travers « le retraitement » du bilan comptable pour obtenir le « bilan financier » qui permet de vérifier l'adéquation entre la stabilité des financements et la durée de vie des biens.

4.2.1 Une baisse du fonds de roulement, un prélèvement significatif afin de financer l'important programme d'investissement

Le fonds de roulement net global (FRNG) correspond à la différence entre les ressources stables (dotations, subventions, emprunts, amortissements, réserves, reports à nouveau et provisions) qui constituent le passif, et les emplois stables du bilan que sont les immobilisations. S'il est négatif, cela signifie que les immobilisations ont été financées en partie avec des financements de court terme, s'il est positif et supérieur au besoin en fonds de roulement, cela signifie que non seulement les financements stables ont permis de financer l'investissement mais également les besoins de financement liés au décalage entre le délai de recouvrement des créances et celui de paiement des créanciers.

Tableau n° 35 : Le tableau de financement (en k€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution En k€ Et en %
Immobilisations corporelles c/21	139 418	132 944	137 464	142 674	161 892	173 286	33 868 24,29
Immobilisations en cours, c/23	5 990	10 848	10 300	16 217	4 770	0	-5 990 -100
Créance dite article 58	1 165	1 165	1 165	1 165	1 165	1 165	0 0
Autres c/20, c/26, c/27, c/41661	191	124	67	66	67	67	-124 -64,92
Total des emplois	146 754	145 081	148 996	160 122	167 894	174 518	27 764 18,92
Apports, c/102	15 081	15 134	15 154	14 361	14 376	14 407	-674 -4,47
Excédents affectés à l'investissement, c/10682	7 312	8 004	9 957	13 765	13 931	12 312	5 000 68,38
Subventions d'investissement c/13	2 668	2 998	2 906	2 871	3 195	2 934	266 9,97
Emprunts c/16 sauf c/166, c/1688 et c/169	46 066	42 461	42 884	44 938	49 123	51 288	5 222 11,34
Amortissements des immobilisations c/28	79 701	75 304	77 236	83 135	87 037	93 965	14 264 17,9
Réserve de trésorerie C/10685	5 584	5 584	5 584	5 584	5 584	5 584	0
Report à nouveau c/110 et c/119	-1 927	0	2 399	2 525	1 360	-686	1 241 -64,4
Résultat de l'exercice	2 620	824	3 335	-222	-2 035	-1 055	-3 675 140,27
Provisions réglementées c/14	9 358	8 862	5 316	4 006	3 746	3 493	-5 865 -62,67
Provisions pour risques et charges, c/15	3 753	3 954	4 117	5 614	5 822	5 1851	1 398 37,25
Dépréciations des stocks, comptes de tiers et comptes financiers c/39, c/49, c/59	396	596	586	565	908	602	206 52,02
Total des ressources	170 613	163 722	169 475	177 143	183 047	187 995	17 382 10,19
fonds de roulement	23 849	18 640	20 479	17 020	15 153	13 477	-10 372 -43,49

Source : CH Brive, comptes et rapports financiers

Ainsi, sur la période, le fonds de roulement a diminué de 10 372 k€ (43,49 %) en raison d'une variation plus importante des emplois (27 764 k€) que des ressources les finançant (+ 17 382 k€).

En effet, les immobilisations corporelles traduisant les investissements effectués expliquent à elles seules la hausse des emplois. Elles reflètent un réel effort d'investissement puisqu'elles résultent de travaux consolidés pour 7 000 000 € en 2017 et 18 000 000 € en 2016. L'établissement a consenti un très gros et récent effort en matière d'infrastructures, les biens stables ayant augmenté de 25,5 M€ en trois ans (travaux de construction à hauteur de 30,7 M€ intégrés depuis 2015). L'investissement s'est traduit par la construction d'un nouveau bâtiment

abritant le centre de gériatrie et de gérontologie clinique³⁴, la construction du service de réanimation et surveillance médicale continue (7 M€).

L'effort d'investissement peut s'apprécier à travers la hausse de la valeur des immobilisations corporelles, leur taux de renouvellement et la baisse de taux de vétusté des équipements.

Tableau n° 36 : L'effort d'investissement

<i>Investissement</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evol. %
<i>Immobilisations corporelles (k€)</i>	145 507	143 886	147 764	158 891	166 662	173 286	27 779 (19,09 %)
<i>Taux de renouvellement des immobilisations</i>	6,2	7,0	6,4	8,5	7,1	5,3	-0,9
<i>Taux de vétusté des équipements</i>	76,8	74,7	76,5	74,2	73,1	75,6	-1,2

Source : Rapports de gestion et comptes financiers, analyse rétrospective

Ainsi, le CH a donc un niveau d'investissement satisfaisant puisque, même s'il baisse en 2017, son taux de renouvellement des immobilisations s'établit au double de la médiane des établissements de taille identique. De même, son taux de vétusté des équipements est stable et demeure inférieur à la médiane des établissements de même taille (80,37).

Dans la mesure où sur la période on observe une forte dégradation du résultat (- 4 655 k€) et des provisions réglementées (- 5 612 k€), conséquence de la correction effectuée au bilan d'entrée 2015 dans le cadre de la certification des comptes (- 1 169 k€), le CH a dû les financer en recourant à l'emprunt (+ 5 222 k€) et grâce aux excédents affectés à l'investissement (+ 5 000 k€). Toutefois, compensant à peine ces baisses, le CH de Brive a dû opérer un substantiel prélèvement sur son fonds de roulement pour financer son important effort d'investissement.

Par ailleurs, alors qu'en 2012 la CAF nette finançait la totalité de l'investissement, elle n'en finance plus que 7,16 % en 2016 et 16,05 % en 2017, d'où un recours accru à l'emprunt se traduisant par une augmentation de l'encours de la dette de 7,08 % en cinq ans.

³⁴ Les travaux de construction du bâtiment devant abriter les services et activités de la gériatrie ont débuté en octobre 2013 et l'ouverture au public a eu lieu le 9 mai 2016. Cette structure comprend trois unités de court séjour gériatrique (43 lits), dont deux lits de soins palliatifs, deux unités de soins de suite et de réadaptation (25 lits), une unité cognito-comportementale (10 lits), une unité d'hébergement renforcé (12 lits) et une unité d'accueil spécifique Alzheimer (12 lits).

Tableau n° 37 : Évolution du taux d'autofinancement de l'investissement (en k€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution
<i>CAF brute</i>	12 814	7 917	9 322	6 828	5 158	5 311	-7503 (-58,55%)
<i>Amortissement du capital de la dette</i>	3 431	3 740	3 940	3 945	4 316	3 835	404 (11,77%)
<i>CAF nette</i>	9 383	4 176	5 382	2 882	842	1 476	-7907 (-84,27%)
<i>Investissement</i>	8 958	10 013	9 514	13 435	11 776	9 199	
<i>CAF nette / Investissement</i>	104,74	41,71	56,57	21,45	7,15	16,05	
<i>Encours de la dette au 31/12/N</i>	46 066	42 460	42 884	44 938	49 123	51 287	5 281

Source : analyse des équilibres financiers fondamentaux, fiche 1

4.2.2 Une capacité à emprunter limitée

Cette augmentation, associée à la baisse de la CAF, se traduit par une forte augmentation de la durée apparente de la dette traduisant une détérioration de la capacité de désendettement et donc une dégradation de l'indépendance financière.

Tableau n° 38 : L'endettement

<i>Endettement</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Emprunts et dettes assimilées (en k€)</i>	46 066	42 461	42 884	44 938	49 123	51 288
<i>Durée apparente de la dette (en années)</i>	3,6	5,4	4,6	6,6	9,6	9,7
<i>médiane établissements comparables</i>	Nd	Nd	Nd	9,1	8,4	8,2
<i>Indépendance financière (en %)</i>	50,9	48,3	48,6	48,0	50,6	4,6
<i>médiane établissements comparables</i>	Nd	Nd	Nd	52,9	53,5	4,9
<i>Taux d'intérêt de la dette (en %)</i>	3,6	3,8	3,7	3,5	3,4	3,1

Source : CH de Brive, rapports financiers, et analyse rétrospective

L'encours de la dette s'élève à 51 288 k€ en 2017 soit une hausse de 11,34 % par rapport à 2012.

L'article D. 6145-70 du CSP définit les critères selon lesquels un établissement doit obtenir l'accord préalable du DGARS pour emprunter : « *Le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois*

caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé :

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

Ces critères sont calculés à partir du compte financier du dernier exercice clos de l'établissement selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

Le directeur de l'établissement adresse sa demande d'autorisation assortie d'un plan global de financement pluriannuel mis à jour afin d'évaluer l'impact prévisionnel du projet d'emprunt sur l'équilibre financier de l'établissement. Si l'établissement est soumis à l'obligation de produire un plan de redressement conformément à l'article L. 6143-3, le directeur présente une actualisation de ce plan en précisant la trajectoire de désendettement qui en résulte. Dès réception de la demande d'autorisation, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit, pour avis, le directeur régional des finances publiques qui dispose d'un délai de quinze jours pour se prononcer. À l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé dispose d'un délai d'une semaine pour notifier sa décision au directeur de l'établissement.

En 2017, l'établissement remplit donc deux de ces trois critères de l'article D. 6145-70 puisque :

- son niveau d'indépendance financière (54,6%) dépasse le taux de 50 % tout en restant légèrement inférieur au taux médian des établissements de sa strate ;
- la durée apparente de la dette (9,7) double en trois ans et se situe au-dessus du niveau médian (8,19), tel que défini dans le rapport financier du comptable et proche du second critère, 10 ans ;
- le poids de la dette (encours de la dette rapporté au total des produits) passe à 32,02 %, ce qui le place au-dessus du taux de 30 %.

Par conséquent, le CH de Brive ne pourrait pas souscrire un nouvel emprunt pour une durée supérieure à 12 mois sans l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS.

Toutefois, l'ordonnateur indique qu'en 2018 les indicateurs financiers évoluent favorablement puisque la durée apparente de la dette passe à 6,33 ans en 2018 contre 9,66 ans en 2017. Le taux d'indépendance financière (55,6 %) et le taux d'endettement (31,8 %) restent au-dessus des seuils réglementaires mais devraient s'améliorer significativement à horizon 2020.

Selon le rapport du commissaire aux comptes portant sur l'exercice 2016, la dette est constituée de 89 % d'emprunts à taux fixe et 11 % à taux variable. Ces derniers incluent les emprunts structurés pour un total de capital restant dû de 1 642 671 €. Les nouveaux contrats inscrits en 2016 sont à taux fixe. Selon la direction, l'établissement privilégie un panachage des taux fixes et taux variables avec un objectif initial de 50/50 mais, au regard des taux récents, des emprunts à taux fixes ont été privilégiés. Les amortissements sont progressifs et trimestriels. En 2017, la dette à taux variable représente un reste dû en capital de 5 037 361,25 € soit 9,82 % de l'encours total. Les taux variables sont des taux encadrés.

L'établissement ne dispose pas d'un outil spécifique de gestion de la dette. Le CH consulte plusieurs établissements bancaires sur la base d'un cahier des charges formalisé. Leur analyse est retranscrite dans un document transmis au directeur qui opère le choix de l'organisme retenu.

La trésorerie est gérée en continu par une attachée d'administration hospitalière en lien direct avec la direction des finances publiques particulièrement depuis la mise en place de la tarification à l'activité. L'établissement a eu recours à des lignes de trésorerie en 2012 et 2017. Il a sollicité à plusieurs reprises l'organisme bancaire principal pour renégocier ses emprunts sans résultat à ce jour.

4.2.3 Un besoin en fonds de roulement en légère hausse

Le besoin en fonds de roulement (BFR) correspond au besoin de financement engendré par l'activité de l'établissement, c'est-à-dire au décalage entre l'encaissement des créances et le paiement des dettes d'exploitation. Il est donc égal au surplus de l'actif circulant (créances et stocks) sur le passif circulant. L'actif circulant correspond aux besoins immédiats qu'il est nécessaire de financer pour alimenter le cycle d'exploitation alors que le passif circulant correspond aux dettes envers les fournisseurs.

Tableau n° 39 : Évolution du BFR

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution
<i>Stocks</i>	1 599	1 348	1 416	1 479	1 718	2 062	463
<i>Hospitalisés et consultants</i>	1 566	1 559	1 884	1 830	1 475	1 471	-95
<i>Caisses de sécurité sociale</i>	16 397	3 253	13 565	26 450	27 123	18 765	2 368
<i>Départements</i>	56	35	93	110	100	139	83
<i>Mutuelles et autres tiers-payants</i>	3 441	3 615	3 963	3 421	3 224	3 791	350
<i>Etat et collectivités locales</i>	0	12	414	378	60	354	354
<i>Autres créances</i>	9 519	13 784	9 815	1 556	1 634	1 962	-7 557
<i>Dépenses à classer</i>	35	5	5	7	20	65	30
Créances	32 612	23 612	31 153	35 231	35 353	28 608	-4 004
<i>Dettes fournisseurs et comptes rattachés</i>	4 716	2 985	3 721	5 211	4 888	6 037	1 321
<i>Dettes fiscales et sociales</i>	4 333	2 673	2 788	2 865	2 764	3 212	-1 121
<i>Avances reçues</i>	0	0	0	0	295	391	391
<i>Dettes sur immobilisations et comptes rattachés</i>	555	59	774	2 021	2 363	1 739	1 184
<i>Autres dettes diverses</i>	297	1 064	616	1 349	1 360	1 754	1 457
<i>Recettes à classer ou à régulariser</i>	9 139	613	6 236	10 133	10 784	928	-8 211
Dettes	19 041	7 411	14 134	21 580	22 455	14 061	-4 980
BFR	13 572	16 200	17 019	13 651	12 898	14 548	976

Source : CH Brive, comptes et rapports financiers

En 2017, le BFR du CH de Brive représente 35,17 jours de charges courantes et se situe légèrement au-dessus de la médiane des établissements de la strate à 31,63 jours³⁵.

Sur la période, les créances ont diminué (- 4 004 k€) moins que les dettes (- 4 980 k€). La baisse des créances est liée à celle des « autres créances » (-7 557 k€) : cette baisse a essentiellement lieu en 2015 (-8 259 k€) et résulte d'une avancée de la date d'émission des titres sur la caisse pivot se traduisant par une hausse des créances sur les caisses de sécurité sociale (12 885 k€).

Les créances sur les caisses de sécurité sociale, qui ont crû de 2 368 k€ sur la période, connaissent une diminution très nette en 2017 grâce principalement à l'apurement effectué en fin d'exercice contrairement aux deux exercices précédents. Pour autant, elles représentent un volume très important de restes à recouvrer par rapport aux exercices de début de période en

³⁵ Analyse financière rétrospective du CH de Brive 2013-2017, page 14. Rapport du comptable public.

raison des émissions tardives de fin de gestion et des rattachements. Les restes à recouvrer sur la sécurité sociale (18,765 M€) sont, pour la plupart, des créances de flux de l'exercice 2017. Les restes à recouvrer sur mutuelles sont en augmentation sensible (+ 350 k€), demeurant à un niveau élevé lié aux nombreux rejets de paiements. Les restes à recouvrer sur les hospitalisés et les consultations ont légèrement baissé mais demeurent à un niveau important (1,467 M€).

La forte diminution des dettes en 2017 résulte de celle des recettes à classer (- 9 856 k€) qui découle principalement de l'imputation de recettes en comptes de tiers sur des titres d'assurance maladie en fin de gestion. En effet, jusqu'en 2016, il y avait plus de 10 000 k€ de recettes dont l'établissement n'arrivait pas à identifier le débiteur. Toutefois, en 2017, cette identification a pu être réalisée, le débiteur étant une caisse de sécurité sociale. Les dettes sur fournisseurs, les dettes fiscales et sociales et les dettes diverses augmentent en raison essentiellement d'un fléchissement des disponibilités en janvier 2018 qui a conduit à retarder le paiement de ces dettes tout en respectant le délai global de paiement prévu par la réglementation.

4.2.4 Une trésorerie négative en fin de période

Sur la période, hors l'exercice 2012, il est constaté que la trésorerie, qui est égale à la différence entre le fond de roulement et le besoin en fonds de roulement, bien que positive, se fixe à un niveau assez faible. En 2017, le FDR ne couvre plus le BFR générant ainsi une trésorerie négative en fin de période comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 40 : Trésorerie en k€

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution (%)
FRNG	23 849	18 640	20 479	17 020	15 153	13 477	-10 372 (-43,49)
BFR	13 571	16 200	17 019	13 651	12 898	14 548	977 (7,2%)
Trésorerie	10 278	2 440	3 460	3 369	2 255	-1 071	-11 348 (- 89,6 %)

Source : CH de BRIVE, analyse financière rétrospective effectuée par le comptable public.

4.3 L'analyse du PGFP : une appréhension de son exécution à conforter

Pour l'ordonnateur, « sur la période 2012/2018 les objectifs de la politique d'investissement ont été les suivants :

- moderniser l'établissement et l'inclure dans des démarches de développement durable ;

- *consolider son offre de soins sur le territoire et développer son plateau technique ;*
- *renforcer son rôle de recours dans des secteurs tels que la gériatrie, l'oncologie ou encore l'obstétrique ;*
- *sécuriser son fonctionnement et sa structure ;*
- *développement du circuit ambulatoire et du bloc ».*

Pour y répondre, le projet d'établissement 2013-2017 prévoyait une palette d'investissements allant de l'extension du bâtiment d'oncologie (fin des travaux en 2014), ou la construction d'un bâtiment dédié à la gériatrie (fin des travaux 2015) en passant par la reconstruction de la réanimation avec une unité de surveillance continue (2016) ou le réaménagement du secteur de l'hospitalisation ambulatoire et la création d'un espace adapté aux actes externes (2016-2017), notamment.

Par ailleurs, le projet d'établissement 2013-2017 prévoyait la restructuration du bâtiment Bel Air comprenant des lits USLD et d'EHPAD dont une UHMD (unité d'hébergement de moyenne durée) permettant de fluidifier la filière.

En vertu de l'article R.6145-65 du CSP, *« le plan global de financement pluriannuel de l'établissement, fixé par le directeur, définit les orientations pluriannuelles des finances de l'établissement. Il retrace l'ensemble de ses dépenses et de ses recettes prévisionnelles pour une durée minimale de cinq ans glissants, tant en exploitation qu'en investissement, et présente l'évolution prévisionnelle de la marge brute, de la capacité d'autofinancement, du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie de l'établissement sur la période pour laquelle il est fixé. Le plan détermine notamment les dépenses prévisionnelles résultant de la réalisation de l'ensemble des opérations mentionnées au programme d'investissement prévu à l'article L. 6143-7 et leurs modalités de financement tant en investissement qu'en exploitation. Toutes les opérations appelées à figurer dans le programme d'investissement et les engagements hors bilan sont inscrits dans le plan global de financement pluriannuel de l'établissement ».*

L'article R.6145-66 du même code prévoit que le plan est révisé annuellement et transmis au directeur général de l'ARS en vue de son approbation et précise qu'il est mis à jour en tant que de besoin au cours de l'exercice *« dès lors qu'une nouvelle opération est inscrite dans le programme d'investissement ou dès lors que les prévisions de recettes et de dépenses sont substantiellement modifiées ».*

La chambre régionale des comptes a examiné les fichiers des états prévisionnels des recettes et dépenses (EPRD), en particulier ceux qui correspondent au tableau de financement prévisionnel sur la période 2013-2021. Elle a constaté que, pour les exercices 2013, 2014 et 2015, ne figure pas le détail des opérations majeures. De plus, pour les autres exercices, la liste et les appellations des opérations majeures varient d'un EPRD à l'autre. Ainsi, alors que sur l'EPRD 2012 quatre opérations majeures étaient planifiées jusqu'en 2017³⁶, on ne retrouve aucun de ces intitulés dans l'EPRD 2016 et seulement un dans l'EPRD 2017. Il est dès lors ardu de pouvoir suivre concrètement une opération par le biais de ce document.

Le CH de Brive souhaite préciser que *« les opérations d'investissements sont suivies dans le plan pluriannuel d'investissement et gardent un intitulé fixe d'année en année. Nous sommes en mesure de suivre le décalage des opérations dans le temps de façon très précise*

³⁶ Colonnes descentes eaux usées, Restructuration BMC, filière gériatrique et Construction bâtiment école

avec les réactualisations infra annuelles du PPI ». Pour la chambre, il n'y aurait donc que des avantages à traduire ce suivi dans les EPRD.

Sur le fond, en application des dispositions de l'article D. 6145-67 du CSP, le directeur général de l'ARS du Limousin ne s'est pas opposé aux PGFP 2013 et 2015, a approuvé formellement le PGFP 2016 et tacitement le PGFP 2014. Par contre, il s'était opposé au PGFP 2012 en demandant à l'établissement d'y intégrer les activités du SIBTU (Syndicat Inter-hospitalier Brive-Tulle-Ussel) et un désendettement progressif sur la durée du plan.

Recommandation n°5 : détailler chaque année les opérations majeures dans le PGFP afin de pouvoir appréhender son exécution.

Recommandation n°6 : établir dans chaque rapport de gestion un bilan cumulé des investissements et de leur financement puis le comparer au PGFP.

5 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Pour analyser la régularité et l'efficacité de la gestion des ressources humaines, l'équipe de contrôle a examiné quatre points : la gestion des effectifs et des compétences, la gestion du temps de travail, la gestion des rémunérations et le respect de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

5.1 Les effectifs

5.1.1 Une gestion des effectifs qui intègre une gestion prévisionnelle des compétences

L'effectif du CH est constitué de 226 praticiens (y compris les internes) et de 1 815 personnels non médicaux, ce qui se traduit en équivalents-temps plein rémunérés, par le tableau ci-après :

Tableau n° 41 : Évolution de l'effectif rémunéré (en ETPR)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2012- 2017(%)
Médicaux	117,89	121,12	120,73	121,80	125,49	128,14	8,69
<i>Praticiens hospitaliers temps plein</i>	78,34	79,83	74,79	77,11	81,61	82,90	4,11
<i>praticiens hospitaliers à temps partiel</i>	6,15	5,49	5,31	4,55	4,79	5,05	17,89
<i>Praticiens attachés</i>	10,21	10,59	8,89	9,8	10,83	10,03	-1,76
<i>Praticiens attachés associés</i>	8,04	9,61	9,82	6,44	4,00	4,64	-42,29
<i>Praticiens contractuels</i>	12,38	10,90	14,19	19,41	19,95	18,51	49,52
<i>Assistants des hôpitaux</i>	2,57	4,7	7,83	4,51	3,31	5,80	125,68
<i>Non médicaux</i>	1 595,91	1 634,72	1 681,64	1 687,45	1 704,46	1 724,7	8,07
<i>Personnels de direction et administratifs</i>	203,92	206,91	217,15	219,51	226,24	226,19	10,9 2
<i>Personnels des services de soins</i>	1 074,94	1 101,84	1 126,65	1 134,34	1 142,82	1167,49	8,61
<i>Personnels éducatifs et sociaux</i>	54,75	59,38	59,02	59,00	60,68	61,50	12,33
<i>Personnels médico-techniques</i>	92,39	93,45	93,99	94,43	93,67	92,29	-0,11
<i>Personnels techniques et ouvriers</i>	169,89	172,73	184,84	180,19	181,04	177,24	4,33
TOTAL	1 713,8	1 755,84	1 802,37	1 809,25	1 829,95	1 862,84	8,70

Source : CH de Brive, Bilans sociaux

Le nombre d'ETPR a globalement augmenté de 8,7 % sur la période 2012-2017 et s'établit à 1 862,84 en 2017. On constate en premier lieu que les évolutions des effectifs tant médicaux que non médicaux ont suivi la même tendance, qu'au surplus, les personnels soignants ont connu le même taux de croissance. Cela dénote un certain équilibre global au sein des équipes soignantes quant à la répartition des effectifs.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que ce sont des effectifs non affectés aux soins qui ont le plus crû, soit les personnels de direction et administratifs, la hausse la plus significative en termes d'ETPR. Pour l'ordonnateur, les personnels concernés par cette hausse sont principalement les secrétaires médicales affectées dans les services de soins, traditionnellement classées dans la catégorie des personnels administratifs. L'augmentation est liée à l'ouverture de nouvelles activités sur la période (+15,3 ETPR).

5.1.1.1 La gestion quotidienne des effectifs

L'établissement n'utilise pas d'outil en routine permettant une évaluation de la charge de travail quotidienne. Toutefois, en fonction des situations de travail analysées par l'encadrement et corroborées par les statistiques d'activité, il est effectué des analyses permettant d'ajuster les effectifs nécessaires. La réévaluation des postes de travail est ainsi suivie pour l'ensemble des services de soins.

Concernant le maintien de l'effectif journalier nécessaire à la prise en soins notamment lors de situation d'absentéisme inopiné et/ou prévu (et ce quel que soit le motif : absence pour

maladie, autorisation d'absences, absence pour formation), plusieurs dispositifs cohabitent afin d'apporter la meilleure réponse en matière d'ajustement de planning.

Le rappel des personnels de soins (infirmière diplômée d'État, aide-soignante, aide médico-psychologique, agent de service hospitalier qualifié) les week-end et fériés donne lieu au paiement d'heures supplémentaires soit 1 042 heures supplémentaires pour un montant de 25 601 € (hors charges) en 2016. Cependant, « le rappel des agents en semaine n'est pas institutionnellement évalué, il ne fait donc l'objet ni d'un suivi ni d'un paiement d'heures supplémentaires »³⁷. Cependant, pour le CH de Brive « *La Direction des Soins effectue un suivi précis des remplacements inopinés en semaine qui donnent lieu à récupération et exceptionnellement à indemnisation en heures supplémentaires* ».

Des lignes d'astreinte IDE et AS de week-end sont activées sur les différents pôles cliniques, la contribution des personnels étant assise sur le principe du volontariat soit 232 heures d'intervention et 1 794 heures d'astreinte en 2016.

	<i>Astreintes</i>	<i>Sur interventions</i>
IDE (début janvier 2016)	<i>1 458 heures pour un montant de 4 541 €</i>	<i>177 heures pour un montant de 4 280 €</i>
AS (début juin 2016)	<i>336 heures pour un montant de 927 €</i>	<i>55 heures pour un montant de 1 233 €</i>

Source : CH Brive, Bilan social 2016, p.40-

5.1.1.2 La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences s'appuie en premier lieu sur l'existence de fiches de postes. Les fiches de poste sont généralisées au sein de l'établissement. Elles sont élaborées par référence au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Elles font l'objet d'une mise à jour à l'occasion de la vacance d'un poste ou d'une réorganisation.

La GPMC doit permettre de prévoir les besoins en effectifs par métiers et compétences afin d'ajuster les recrutements, les promotions et les formations. Le CH de Brive présente, dans chacun de ses bilans sociaux, les besoins en personnel, sur quatre exercices, en se focalisant sur les « métiers en tensions ».

5.1.2 Le temps de travail du personnel non médical : des heures supplémentaires irrégulièrement payées

Le temps de travail dans les établissements publics hospitaliers est régi par le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail. Son article 1 prévoit que « *La durée du travail est fixée à 35 heures par semaine dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée. / Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées. Cette durée est réduite pour les agents soumis à des sujétions spécifiques dans les conditions prévues aux articles 2 à 4 ci-après* ». Son article 2 liste quatre catégories d'agents concernées par des sujétions spéciales : 1° Les agents en repos variables ; 2° Les agents travaillant exclusivement de nuit ;

³⁷ Bilan social 2016, p. 41.

3° Les agents en servitude d'internat. Son article 3 précise que la durée de travail annuelle effectif est fixée à 1 582 heures pour les agents en repos variables et 1560 heures pour les agents travaillant exclusivement de nuit.

Le temps de travail, une durée légale à respecter

Le CH de Brive a élaboré un « Guide de gestion du temps de travail ». En constante évolution, la dernière version (8°) est datée de janvier 2017.

En application du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié, le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum pour les agents en repos fixe, 1 582 heures pour ceux en repos variables qui effectuent 10 à 19 dimanches et jours fériés par an et 1 568 pour ceux qui en effectuent au moins 20.

Tableau n° 42 : Temps de travail du personnel non médical (en heures)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Agents à repos fixes</i>	1 582	1 568	1 568	1 575	1 582	1 568
<i>Agents à repos variables travaillant 10 à 19 dimanches ou fériés par an</i>	1 561	1 561	1 561	1 561	1 561	1 554
<i>Agents à repos variables travaillant au moins 20 dimanches ou jours fériés par ans</i>	1 547	1 547	1 547	1 547	1 547	1 540

Source : CH de Brive – guide simplifié gestion du temps de travail : annexe

Cette différence avec la durée légale du temps de travail arrêtée à 1 607 heures s'explique par la prise en compte dans son calcul des seuls jours fériés tombant sur des jours ouvrés, respectant ainsi la réglementation quel que soit les types de repos concernés. Elle s'explique également par l'ajout systématique de 3 jours dit de fractionnement prévus aux alinéas 4 et 5 de l'article 1 du décret n° 2002-8 relatif aux congés annuels des agents des 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.

En effet, ces jours de fractionnement ne peuvent être accordés que selon les conditions prévues par les dispositions des deux alinéas susmentionnés. Ils ne peuvent donc être accordés de manière automatique, comme le fait le CH de Brive. L'ordonnateur en convient et précise que « *A la suite du rapport d'observations provisoires, une requête a été réalisée par la Direction des Ressources Humaines. Celle-ci montre que 83 % des personnels concernés remplissent bien les conditions pour bénéficier de deux jours hors saison, 14 % n'auraient dû bénéficier que d'un jour ; 3 % n'aurait pas dû bénéficier de jours. Cela représente 329 jours, soit environ 1,47 ETP.*

Si l'on applique ces mêmes proportions au jour de fractionnement (de 3 % à 17 % d'agents qui ne fractionneraient pas), on aboutit à une fourchette de 50 à 279 jours soit 0,22 à 1,25 ETP. Au total, le dispositif en place générerait au maximum 1,69 à 2,72 ETP de débord ».

La chambre prend acte de l'engagement du CH de Brive de revoir son guide de gestion du temps de travail et de paramétrer son système de gestion du temps de travail pour garantir le respect systématique des conditions permettant l'octroi des jours hors saison et de fractionnement.

Des heures supplémentaires irrégulièrement payées

Les heures supplémentaires sont irrégulièrement payées. En effet, depuis le décret modifié n° 2002-598 du 22 mars 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires, applicable à la fonction publique hospitalière, en vertu de son article 2. I.2. : « *le versement des indemnités horaires pour travaux supplémentaires à ces fonctionnaires est subordonné à la mise en œuvre par leur employeur de moyens de contrôle automatisé permettant de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires qu'ils auront accomplies* ». Or, un tel système n'est pas mis en place au CH de Brive.

Une gestion de l'obligation annuelle de travail non conforme

L'obligation annuelle de travail (OAT) est fixée à 1607 heures, hors cycles de travail spécifiques.

Pour l'exercice 2016, le CH de Brive a mis en place un dispositif qui vient la réduire de manière irrégulière. En effet, « pour les agents qui disposent au 31 décembre 2015 de jours de congés non pris (Congés annuels, RTT, récupérateurs, heures supplémentaires à récupérer), il est permis de les poser jusqu'au 31 janvier 2016 »³⁸. Or, une décision du Conseil d'État du 30 décembre 2009 a rappelé « [qu']un fonctionnaire n'a aucun droit au report des congés annuels qu'il n'aurait pas pris au cours d'une année »³⁹. Si celui-ci ne veut pas les perdre, la même décision précise « peut seulement y être autorisé exceptionnellement par le chef de service lorsque ce dernier l'estime nécessaire et que l'intérêt du service n'y fait pas obstacle ». Par conséquent, s'il n'alimente pas son CET, un fonctionnaire doit donc faire une démarche volontaire avant la clôture de l'exercice pour bénéficier de ce report.

Ainsi, en procédant de manière automatique au report de congés annuels non pris, le CH de Brive a méconnu les dispositions du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés dans la fonction publique hospitalière. Il aurait dû s'interroger sur les conséquences de cette autorisation sur l'intérêt du service. Pour l'ordonnateur « *le dispositif mis en place à cette époque a permis de gérer des situations nées de l'impossibilité de faire récupérer des personnels en fin d'année, sans mettre en cause la continuité et la sécurité des soins. Cette mesure a bien été prise en tenant compte de l'intérêt du service et en étroite concertation avec les représentants du personnel* ».

Cette autorisation a été, en l'espèce, transitoire.

Depuis cet exercice, il est également autorisé, de manière pérenne, un report automatique du reliquat d'heures non récupérées et non prises et non versées sur le CET, en N-1, dans la limite de 35 heures par agent. Ce report vient en réduction de l'OAT de l'année N. En clair, au 31 décembre N-1, il est fait un bilan de la balance horaire du temps de travail. S'il existe un solde, c'est-à-dire un nombre d'heures réalisées supérieur à l'OAT, le CET est d'abord alimenté. S'il restait encore un solde, alors dans la limite de 35 heures, l'OAT serait réduite à due proportion.

³⁸ Bilan social 2015, p. 16

³⁹ M. A, n°306297, sous-sections réunies

Si la réglementation permet de reporter des jours de congés annuels ou ARTT, non pris sur un exercice, sous certaines conditions, elle ne prévoit pas que l'OAT soit réduite par des reports automatiques d'heures de travail transformées en jours de congés sur un exercice au cours duquel elles n'ont pas été réalisées. Pour l'ordonnateur, « *il s'agit là d'un dispositif concernant des heures et non des jours de travail. Il est toujours justifié par la nécessité de gérer la période critique de fin d'année qui ne permet pas toujours de donner des heures en récupération sans mettre en cause la continuité et la sécurité des soins. De plus, il s'agit d'une souplesse de gestion dans la mesure où les compteurs sont rarement strictement à zéro* ». Toutefois, pour la chambre, cette souplesse de gestion n'est pas autorisée par les textes.

Recommandation n° 7 : appliquer la réglementation concernant l'attribution des jours de congés dits « hors période ».

Recommandation n° 8 : appliquer la réglementation en matière d'heures supplémentaires en mettant en place un système de contrôle automatisé de comptage.

5.2 L'attribution de la NBI aux agents du SMUR

Selon le procès-verbal de la séance du 17 octobre 2014 du CTE, « *La CGT souhaite que tous les agents ayant une activité SMUR bénéficient de la NBI en totalité. À ce jour, sur les 12 agents qui exercent cette activité, 5 seulement perçoivent cette prime à 100 % et 7 à 50 % alors que le décret du 3 février 1992 indique que tous les agents qui participent au fonctionnement du SMUR doivent bénéficier de la NBI. Or, certains agents ne la perçoivent qu'à 50 % alors qu'au vu des plannings, ils sont affectés à plus de 70 % au SMUR.*

[Le directeur des ressources humaines et des affaires médicales] indique qu'afin de pouvoir fonctionner en 24h, des agents sont affectés exclusivement au SMUR et d'autres partiellement. C'est une volonté partagée des agents de ne pas dissocier le transport sanitaire et le SMUR. Une règle de redistribution qui se voulait équitable avait alors été calculée : les agents affectés exclusivement percevaient 100 % et pour les autres, le calcul s'était effectué au semestre, soit 50 % de la NBI. De cette façon, en sachant que le temps consacré mensuellement au SMUR est variable, si un agent effectue 30 % de son activité au SMUR et un autre 70 %, ils percevront tous les deux 50 %. Mr DELIVET précise bien que l'affectation doit être exclusive pour percevoir la totalité de la NBI. Par conséquent, les agents qui participent par exemple à 60 % ne devraient pas la percevoir du tout. Néanmoins, il demande à [la directrice des achats, de la logistique et des infrastructures] de regarder si la NBI perçue par les agents affectés partiellement correspond bien à la réalité de leur contribution au SMUR. [... la CGT] fait état d'un jugement de la cour administrative d'appel de Bordeaux qui revient sur le décret du 3 février 1992 en indiquant que « ... même lorsque l'affectation n'a pas un caractère exclusif, l'intéressé qui effectue ces tâches pour une partie de son temps aura droit à l'entier paiement de la NBI. » [...] [Le syndicat FO] explique que le décret précise bien que la NBI est attribuée aux agents affectés au SMUR à titre exclusif. Elle estime qu'il faut être attentif à la demande de la CGT qui risque de pénaliser les agents qui participent partiellement au fonctionnement du SMUR en leur retirant les 50 % qu'ils perçoivent actuellement ».

La chambre régionale des comptes a d'abord analysé la possibilité pour un agent de percevoir la NBI lorsqu'il n'est pas affecté à temps exclusif, sur des fonctions ouvrant droit à la NBI. Dans son article 1, le décret n° 92-112 du 3 février 1992 relatif à la nouvelle bonification indiciaire attachée à des emplois occupés par certains personnels de la fonction publique hospitalière précise qu'« *une nouvelle bonification indiciaire dont le montant est pris en compte et soumis à cotisation pour le calcul de la pension de retraite est attribuée mensuellement, à raison de leurs fonctions, aux fonctionnaires hospitaliers ci-dessous mentionnés :*

[...]

11° Conducteurs ambulanciers affectés, à titre permanent, à la conduite des véhicules d'intervention des unités mobiles hospitalières agissant dans le cadre d'un service d'aide médicale d'urgence ou d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

20 points majorés ;

[...]

13° Agents chargés, à titre exclusif, de la sécurité incendie dans les établissements répondant aux dispositions relatives aux immeubles de grande hauteur ou aux établissements de 1^{re} catégorie accueillant du public ».

Alors que le 13° précise « à titre exclusif », il n'en est pas de même du 11°, on peut donc estimer que cette condition ne s'applique pas aux conducteurs de véhicules d'intervention du SAMU et du SMUR. C'est cette interprétation qu'a retenue la Cour d'appel Administrative de Bordeaux dans son arrêt n° 97BX399 du 12 avril 2001, « *Considérant qu'aux termes de l'article 1^{er} du décret n° 92-112 du 3 février 1992 : « une nouvelle bonification indiciaire dont le montant est pris en compte et soumis à cotisation pour le calcul de la pension de retraite est attribuée mensuellement, à raison de leurs fonctions, aux fonctionnaires hospitaliers ci-dessous mentionnés (...) 11° Conducteurs ambulanciers affectés, à titre permanent, à la conduite des véhicules d'intervention des unités mobiles hospitalières agissant dans le cadre d'un service d'aide médicale d'urgence ou d'un service mobile d'urgence et de réanimation ; 10 points majorés » ; qu'aux termes de l'article 5 du même décret : « Lorsque l'agent est susceptible de bénéficier de la nouvelle bonification indiciaire à plus d'un titre, il perçoit le montant correspondant à celle affectée du nombre de points majoré le plus élevé. » qu'il résulte de ces dispositions que les conducteurs ambulanciers affectés à titre permanent à la conduite de véhicules d'intervention des unités mobiles hospitalières agissant dans le cadre d'un service d'aide médicale urgente ou d'un service mobile d'urgence et de réanimation, doivent bénéficier, même lorsque cette affectation n'a pas un caractère exclusif, de la bonification indiciaire susmentionnée⁴⁰ ».*

Par courrier du 30 novembre 2018, l'ordonnateur a indiqué que « *Pour les conducteurs ambulanciers, seuls les chauffeurs affectés en permanence au SMUR bénéficient d'une NBI toute l'année. Les autres chauffeurs en bénéficient au prorata temporis de leur contribution au service.* »

La question se pose donc de la possibilité juridique de proratiser cette NBI en fonction de la quotité de temps de travail affectée sur des fonctions ouvrant droit à la NBI. La jurisprudence semble rejeter cette possibilité. Ainsi, la Cour administrative d'appel de Lyon, dans son arrêt n° 00LY01670 (inédit au Recueil Lebon) a statué comme suit : « *Considérant qu'il ne résulte pas des dispositions [de l'article 27-1 de la loi n°91-73 du 18 janvier 1991 et*

⁴⁰ C'est la chambre qui souligne.

de l'article 1^{er} du décret n°93-92 du 19 janvier 1993] que le nombre de points attribués au titre de la nouvelle bonification indiciaire puisse faire l'objet d'un calcul au prorata du temps passé dans une fonction, le montant dû à ce titre ne pouvant lui-même être réduit qu'en cas de travail à temps partiel ou de service non fait, dans la même mesure que le traitement ; [...] ». Dès lors, la seule possibilité offerte de proratisation est celle qui découle d'un travail à temps partiel. Ainsi, un agent travaillant à temps plein mais non affecté à 100 % de son temps de travail à une fonction doit percevoir une NBI totale, non fractionnée en fonction du temps passé dans une fonction.

Pour le CH de Brive, « *Cette problématique est désormais sans objet [...] puisque les équipes de chauffeurs ont été réorganisées permettant de dédier une équipe complète au SMUR. Tous les chauffeurs concernés sont ainsi affectés toute l'année à cette activité et bénéficient durant douze mois de la NBI de 20 points* ».

Recommandation n° 9 : servir une NBI non proratisée aux chauffeurs et ambulanciers travaillant à temps plein mais non affectés à 100 % au SMUR.

5.3 La prime de service

La prime de service est régie par l'arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986. Son article 1^{er} dispose que « [...] *les personnels titulaires et stagiaires ainsi que les agents des services hospitaliers recrutés à titre contractuel peuvent recevoir des primes de service liées à l'accroissement de la productivité de leur travail dans les conditions prévues au présent arrêté. [...]* ». Son article 2 précise que : « [...] *le crédit global qui peut être affecté au paiement des primes de service est fixé pour un exercice donné à 7,5 p.100 du montant des crédits effectivement utilisés au cours dudit exercice pour la liquidation des traitements budgétaires bruts des personnels en fonctions pouvant prétendre au bénéfice de la prime. / dans la limite des crédits définis à l'alinéa précédent, les montants individuels de la prime de service sont fixés, pour un service annuel complet, en considérant la valeur professionnelle et de l'activité de chaque agent* ».

La prime de service ne peut être attribuée au titre d'une année qu'aux agents ayant obtenu pour l'année considérée une note au moins égale à 12,5. Il revient à l'autorité investie du pouvoir de nomination de fixer les conditions dans lesquelles le montant de la prime varie proportionnellement aux notes obtenues sans qu'il puisse excéder 17 % du traitement brut de l'agent au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la prime est attribuée.

L'instruction a permis de reconstituer le fichier global du versement de la prime de service (acompte + solde). Ce fichier permet de constater que :

- figure parmi les bénéficiaires un médecin, le médecin du travail. En vertu de l'article R. 4626-11 du code du travail, « *le médecin du travail est lié par un contrat de travail conclu avec l'établissement [qui l'emploie] conformément à un modèle de contrat [...]* ». C'est l'arrêté modifié du 14 avril 1991 relatif au contrat passé entre les médecins du travail et les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires qui fixe ce modèle de contrat de travail. Son article 3 liste de manière

limitative les éléments de la rémunération « *Le docteur ... est rémunéré sur la base de l'échelle indiciaire suivante : (indication de l'échelle indiciaire). Il est placé au (indiquer l'échelon de référence) échelon de cette échelle à compter du (préciser la date d'effet). Il perçoit en outre une indemnité complémentaire égale à du traitement brut, ainsi que l'indemnité de résidence et, le cas échéant, le supplément familial de traitement* ». La prime de service, comme toute autre indemnité, ne peut donc y figurer. C'est effectivement ce que confirme la lecture du contrat de travail de ce médecin, qui ne prévoit pas l'attribution de la prime de service. L'ordonnateur a adressé, à la suite de l'entretien de fin de contrôle, le contrat de travail du nouveau médecin du travail qui effectivement ne la prévoit pas.

- qu'aucun agent ne perçoit une prime d'un montant supérieur à 17 % de son traitement brut au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la prime est attribuée.

5.4 Une politique en faveur des travailleurs handicapés ambitieuse mais difficile à évaluer

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 impose aux employeurs publics d'au moins vingt salariés d'employer des travailleurs handicapés dans la proportion de 6 % de l'effectif total de leurs salariés. Les établissements publics de santé sont donc concernés.

Les employeurs publics peuvent s'acquitter de cette obligation selon trois modalités en :

- recrutant des personnes possédant la reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés (RQTH) ;
- passant des contrats de fourniture de sous-traitance ou de prestations de services avec des entreprises adaptées, des centres de distribution de travail à domicile ou des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ;
- versant une contribution au Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) qui redistribue ces fonds pour favoriser l'emploi des personnes en situation de handicap (adaptation des postes de travail, auxiliaires de vie, formation, ...).

5.4.1 Des objectifs ambitieux

Dans son projet d'établissement 2012-2017, le CH de Brive se fixait deux objectifs :

- assurer une gestion en flux des obligations d'emplois en mettant en place un suivi individuel des agents (déclaration, recensement) et une politique volontariste pour certains recrutements (travail en réseau avec pôle emploi et la maison départementale des personnes handicapées...)
- accompagner les situations individuelles en identifiant un « référent handicap » au sein de la direction des ressources humaines chargée des suivis individuels et de la politique de reconversion/insertion, en créant un dispositif d'aide individuel via le FIPHFP et en créant une commission handicap chargée de la cartographie et de la contractualisation des postes « adaptés » ou « aménagés ».

5.4.2 Des résultats en nette amélioration

Fin 2015, le CH de Brive signait une convention avec le FIPHFP. À ce titre, plusieurs objectifs sont poursuivis dans le cadre d'un plan d'actions courant sur la période 2016-2019 :

- participer activement au maintien dans l'emploi des personnels en situation d'inaptitude ou de handicap en se basant sur une logique de compétences et de projet professionnel (maintien dans l'emploi, aides techniques, cartographie des postes aménageables) ;
- favoriser le recrutement d'agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi ;
- développer des actions d'information et de communication afin de lutter contre les stigmas liés à la notion de handicap.

Pour atteindre ces objectifs, le CH de Brive a mis en place une organisation dédiée. Il a positionné au sein de la DRH, un référent qui assure le suivi des bénéficiaires d'obligation d'emploi, une commission de concertation qui doit faciliter l'échange d'information entre les acteurs chargés du maintien dans l'emploi. Elle assure également le suivi des agents en difficulté de santé. De surcroît, il a mis en place huit correspondants handicap qui sont chargés d'accompagner et conseiller les agents en situation de handicap et un comité de suivi qui suit la mise en œuvre du plan d'actions. Enfin, a été rédigé un guide du maintien dans l'emploi.

L'accompagnement financier obtenu du FIPHFP dans le cadre de cette convention est de 232 300 €.

Cela peut paraître ambitieux dans la mesure où le projet d'établissement, dont le taux d'emploi n'était que de 4,40 % en 2012, ne se fixe pas comme objectif de respecter ses obligations en 2017.

Même si l'établissement n'atteint pas le taux de 6 % en 2017, le taux d'emploi direct a augmenté de 1,03 point. Ainsi, ce taux s'établirait à 6,11 % en 2018, supérieur à l'objectif légal.

Tableau n° 43 : Taux de travailleurs handicapés

2012	2013	2014	2015	2016	2017
4,40	5,00	4,40	5,06	5,43	5,73

Source : CH de Brive, rapport d'activité 2017

Si le rapport d'activité 2017 n'indique pas que d'autres modalités de respect de l'obligation ont été utilisées, il apporte des éléments puisqu'il précise que « *la politique engagée depuis plusieurs années a permis d'augmenter de manière significative le taux d'emploi direct des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE) et de réduire la pénalité de 27 850 € en 2017 soit une baisse de 8,63 % par rapport à 2016* ».

6 LA GESTION DES DECHETS ISSUS DES ACTIVITES DE SOINS À RISQUES INFECTIEUX

L'article R. 1335-1 du code de la santé publique définit les déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) comme des déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitements préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire. Ils relèvent du chapitre 18 de la liste communautaire harmonisée des déchets.

En vertu de l'article R.1335-2 de ce même code, « *Toute personne qui produit des déchets définis à l'article R.1335-1 est tenue de les éliminer* » et doit, pour ce faire, les trier (Art R.1335 du CSP), les conditionner (Art R1335-6 du CSP), les stocker, les faire collecter et transporter par un transporteur agréé avec lequel une convention doit être signée (Art R 1335-3 du CSP) et traiter (Art R.1335-8 du CSP). Enfin, l'article R.1335-4 du CSP rend obligatoire l'établissement de documents permettant le suivi de ces opérations.

6.1 Le respect par l'établissement de ses obligations en matière de tri, de collecte, de conditionnement, et de stockage

Les DASRI peuvent être répartis en 6 catégories :

- les objets piquants/coupant/tranchant/souillés ou non (aiguilles, seringues ...)
- les produits sanguins ou matériels souillés par des fluides biologiques (hors urine) : poches de sang, pansements souillés....
- les déchets de laboratoires ;
- les déchets anatomiques (fragments non identifiables) ;
- les déchets des patients présentant un risque infectieux ;
- les déchets à fort impact émotionnel : tubulures, perfusion, sonde, stérilet.

6.1.1 Une quantité de DASRI à éliminer qui régresse depuis 2015, un coût qui croît

Sur la période examinée, la quantité annuelle de DASRI produits a peu varié (5,02 %) et s'établit en moyenne à 201 719,67 kilogrammes. Dans la mesure où le CH de Brive n'a pas pu renseigner le point sur les coûts internes des consommables, jusqu'en 2015 inclus, il ne pourra être fait de calculs sur les coûts qu'au niveau des coûts externes, d'autant plus qu'il est observé une stabilité entre 2012 et 2015 des coûts de gestion interne, qui interroge sur la fiabilité de la donnée et donc du coût complet.

Tableau n° 44 : Volume (en Kg) et coût des DASRI (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>KG annuel</i>	196 121	193 853	200 471	207 405	206 499	205 970
<i>Coût transport</i>	56 295	46 228	49 316	52 017	52 498	53 140
<i>Coût Elimination</i>	85 392	87 648	90 354	93 416	93 082	97 541
<i>Coûts externes de la prestation de transport et d'élimination des DASRIA</i>	141 686	133 876	139 670	145 433	145 580	150 681
<i>Coûts internes personnel</i>	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000
<i>Coûts internes consommables</i>	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	65 403	65 904
<i>Coût de gestion interne au CH</i>	105 000	105 000	105 000	105 000	170 403	170 904
<i>Coût total</i>	246 686	238 876	244 670	250 433	315 984	321 585

Source : CH de Brive

Le coût annuel total d'élimination et de transport a peu varié, augmentant de 6,3 % en cinq ans. Néanmoins, il masque des disparités quant à l'évolution des coûts de transport et d'élimination. En effet, les premiers ont peu baissé de 5,6 % alors que les seconds augmentaient sensiblement de 14,2 %. Toutefois, ces variations ont peu de signification si on ne les rapporte pas au kg. Aussi, on constate que le coût du kilo de DASRI transporté et éliminé a baissé entre 2012 et 2013, passant de 0,72 € à 0,69 €, qu'il a stagné à 0,70 € de 2014 à 2016, pour croître de manière non négligeable en 2017 pour s'établir à 0,73 €⁴¹. Ces variations ne sont pas anodines lorsque les quantités concernées se comptent en tonnes, surtout lorsque, comme il sera vu infra, que des déchets banals sont inclus dans ces quantités. Aussi, alors que les quantités concernées sont en baisse, le CH de Brive paye plus cher leur transport et élimination, ce qui est flagrant depuis 2016.

⁴¹ S'agissant du coût du kg transporté, après une forte baisse entre 2012 et 2013 (de 0,287 € à 0,238 €), il croît tendanciellement pour atteindre 0,258 € en 2017. Le prix du kg éliminé suit une autre tendance, à la hausse entre 2012 et 2013 (de 0,435 € à 0,452 €) pour stagner jusqu'en 2016. Il augmente fortement en 2017, passant de 0,451 € à 0,473 €.

6.1.2 Tri, collecte, conditionnement et stockage : des procédures validées, une réalité qui s'en écarte

Des procédures actualisées

L'entreposage consiste à effectuer un tri à la source, utiliser des conditionnements adaptés et conformes et utiliser une zone d'entreposage spécifique en respectant les délais réglementaires d'entreposage. L'arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages de DASRI, modifié par l'arrêté du janvier 2006, précise pour chaque type de DASRI, les conditionnements adaptés, la possibilité d'homologation d'un transport, les caractéristiques obligatoires des emballages. La durée d'entreposage dépend de la quantité produite sur le site et est fixée par l'arrêté du 7 septembre 1999 complété par l'arrêté du 14 octobre 2011 et par l'arrêté transport des matières dangereuses (TMD) du 29 mai 2009.

L'élimination des déchets fait l'objet d'une fiche de procédure (PTO-2001-05-D) interne, de février 2011, ciblant le service hygiène et d'une fiche technique (FT-2001-05-03-A) de juin 2011). La fiche de procédure a fait l'objet de trois actualisations les 26 juin, 30 novembre 2011 et 12 décembre 2013. L'actualisation du 30 novembre 2011 a été rédigée par l'infirmière du service hygiène, validée par le chef de service hygiène et approuvée par le président du comité de lutte contre les infections nosocomiales⁴². La fiche technique décrit pour chaque nature de déchet, le contenant, le lieu de stockage puis le mécanisme de collecte et d'évacuation des déchets.

Un tri à mieux sécuriser

Dans la continuité d'un plan d'actions ayant pour objectif de vérifier que chaque type de déchets est éliminé dans sa filière appropriée, le CH de Brive a lancé, en interne, un audit en mars 2016, à cette fin.

En effet, le CH a observé, malgré ce plan d'actions, que les consignes de tri pouvaient être améliorées, tant dans un objectif de sécurisation des personnes qui collectent les déchets, des DASRI pouvant être mêlés à des déchets banals, mais également dans une optique d'économies, puisque le coût d'élimination des DASRI est plus élevé que celui des déchets banals. Le CH de Brive, dans son audit, les fixe respectivement à 0,68 € du kg contre 0,166 € en 2014 (en 2015, même montant pour le prix au kg des DASRI contre 0,164 € pour les déchets banals).

42 Le CLIN a pour mission de coordonner l'action des professionnels de l'établissement de santé dans les domaines suivants : 1° La prévention des infections nosocomiales, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ; 2° la surveillance des infections nosocomiales ; 3° La définition d'action d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ; 4° L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales.

Il prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales.

Il élabore le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales.

Il définit, en relation avec les professionnels de santé, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux.

Il est consulté lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement.

Les résultats de l'audit ont montré que 84 % des sacs contenant des DASRI étaient non identifiés, c'est-à-dire sans date et identification du service producteur. Quant aux déchets banals, les résultats étaient plutôt bons. En conclusion, il y avait peu à déplorer dans le contenu des sacs des déchets banals des DASRI que le contraire. En effet, pour l'audit, « *un tiers des sites présentent des DASRI avec un contenu non conforme* ».

L'audit concluait de manière schématique que, pour chacun de ces deux exercices, 50 000 € auraient pu être économisés si les règles de tri avaient été respectées. Afin de savoir si ce montant pouvait être analysé comme une fourchette basse, il aurait été utile de savoir, afin de mieux cerner le coût du trop-payé par le CH de Brive, à quelle proportion moyenne, (ou poids moyen) pouvait être évalué, par sac de DASRI, le nombre de déchets banals. Le CH a procédé en forfaitisant à 15 % du poids total des déchets transportés, le poids superflu des déchets banals payés comme des DASRI. La question est de savoir si ce pourcentage reflète une évaluation assez réaliste ou une estimation « *à dire d'experts* » ?⁴³

Cet audit, utile, date de 2016, il conviendrait que le CH de Brive en prévoit un nouveau afin d'évaluer les résultats obtenus à la suite de ses préconisations, à savoir notamment, une mobilisation de l'encadrement, une vérification des pratiques, une meilleure identification des DASRI, en utilisant les chariots obligatoirement avec deux sacs (DASRI et déchets banals...). La chambre constate que le CH de Brive se conforme à sa préconisation de suivi de cet audit. En effet, celui-ci précise « *[qu']une réunion a été organisée le 08 avril 2019 avec la Direction des Soins, l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et la Direction des Ressources Matérielles et du Système d'information. Un nouvel audit est programmé le 27 mai 2019, l'objectif est d'évaluer l'impact de l'audit de 2016 et de réactualiser le plan d'action. Le pilotage de ce nouveau plan sera confié aux cadres de santé de proximité* ».

Recommandation n° 10 : évaluer les résultats attendus de l'audit de mars 2016 sur la procédure de tri des DASRI au sein du CH de Brive.

6.2 Le respect par le CH de Brive de ses obligations en matière de transport

En vertu de ces mêmes arrêtés (TMD du 29 mai 2009 et du 7 septembre 1999), le recours à un transporteur agréé pour une production supérieure à 15 kilogrammes par mois et la signature d'une convention annuelle avec celui-ci sont exigés.

L'établissement producteur doit s'assurer que la société de transport satisfait aux obligations des articles R. 541-49 à R. 541-61 du code de l'environnement relatifs au transport par route, au négoce et au courtage des déchets. L'ensemble de ces articles dispose :

- que le transport comprend le chargement, le déplacement et le déchargement ;
- que, pour exercer l'activité de collecte ou de transport de déchets, les entreprises doivent déposer, auprès du préfet de département où se trouve leur siège social, une

⁴³ Si l'on se réfère au tableau n°54, le prix par kg de DASRI (coûts externes seulement) est légèrement différent de celui retenu dans l'audit alors que le montant de ces coûts externes sont identiques. Dès lors, le trop-payé n'est plus de 50 K€ mais se rapproche de 60 K€ en 2015.

déclaration qui comporte un engagement de ne transporter les déchets que vers des installations de traitement conformes, un engagement de procéder à la gestion des déchets transportés par ses soins qu'il aurait abandonnés, déversés ou orientés vers une destination non conforme et un engagement d'informer sans délai, en cas d'accident ou de déversement accidentel de déchets, le préfet territorialement compétent ;

- que cette déclaration soit renouvelée tous les cinq ans et qu'une copie de son récépissé soit conservée à bord de chaque véhicule de collecte ou de transport.

De plus, des arrêtés interministériels fixent :

- des prescriptions particulières à certaines catégories de déchets lors de leur transport, concernant notamment les conditions d'emballage, de conditionnement et d'étiquetage, les obligations de signalisation des véhicules, les conditions de chargement ;

- des dispositions relatives au matériel de collecte ou de transport et à la collecte ou au transport.

Au CH de Brive, le transport des déchets a fait l'objet d'un marché public n° 2012-28 puis du marché public n° 2016-035, ces deux marchés étant passés sous forme d'appels d'offres ouverts.

Les documents demandés au candidat retenu ne permettent pas de s'assurer qu'il soit agréé et qu'il respecte les articles R. 541-49 à R.541-61 du code de l'environnement. Si le CH de Brive les fournit, l'observation de la chambre ne signifiait pas que le candidat retenu ne possédait pas les attestations mais seulement que ces dernières n'étaient pas exigées lors de la signature de l'acte d'engagement.

Les bordereaux de suivi ne permettent pas au CH de Brive de vérifier que les conditions de transport respectent la réglementation puisque :

- l'adresse du CH de Brive n'y figure pas, ce qui ne permet pas d'identifier le lieu d'enlèvement des déchets ;

- le poids des déchets n'est pas indiqué au départ du CH, ce dernier ne pouvant donc pas s'assurer que la totalité des déchets ont été transportés ;

- certains bordereaux ne comportent ni le nom, ni la signature de l'agent du CH de Brive, ce dernier ne pouvant donc assurer une traçabilité en interne.

De plus, d'un point de vue de l'efficience, il ne peut contrôler l'élément de base de facturation du transport. Toutefois, selon l'ordonnateur, l'organisation a été revue selon les préconisations de la chambre. Dorénavant, le bordereau est désormais signé par le responsable logistique ou son représentant et le poids estimé est renseigné ce qui permet un rapprochement avec le poids facturé. Les bons CERFA indiquent également l'adresse du CH de Brive.

Recommandation n° 11 : assurer un contrôle des quantités de DASRI transportées qui oblige le CH de Brive à vérifier l'agrément du transporteur, à effectuer une pesée des déchets au départ de Brive et à renseigner en totalité la partie I des bordereaux de suivi.

6.3 Le respect par le CH de Brive de ses obligations en matière de suivi de l'élimination des DASRI

Dans la mesure où, malgré une question sur les éventuels contrôles de l'ARS en l'espèce, le CH de Brive n'a pas répondu, il est donc important de savoir si le CH de Brive a bien respecté les règles qui lui sont assignées en cette matière.

La combinaison des articles R.1335-1, R.1335-2, R.1335-3 et R.1335-4 du CSP aboutit à ce que toute personne qui produit des déchets, notamment les établissements de santé, soit tenue de les éliminer. Ces personnes peuvent, par une convention qui doit être écrite, confier l'élimination de leurs déchets d'activité de soins à une autre personne qui est en mesure d'effectuer ces opérations. Ces établissements doivent, à chaque étape de l'élimination des déchets, établir les documents qui permettent le suivi des opérations d'élimination.

Deux filières de traitement sont autorisées pour l'élimination des DASRI : l'incinération d'une part, le prétraitement par désinfection qui consiste à supprimer le risque infectieux des DASRI, d'autre part. Certains DASRI doivent être obligatoirement incinérés. Si la filière choisie est la désinfection, le producteur de déchets doit les trier spécifiquement pour l'incinération.

En vertu de l'article R.1335-2 du CSP, la convention comporte notamment les informations suivantes :

- identification du producteur, du tiers ;
- modalités de l'élimination : conditionnement, collecte, transport, installation d'incinération ou de désinfection usuelles et installations de secours ;
- coût de la prestation et ce qu'il recouvre exactement ;
- clauses de résiliation.

Le traitement s'effectue au CHU de Limoges en vertu de conventions qui couvrent la période sous revue⁴⁴.

Son objet précise que les DASRI sont éliminés par le CHU de Limoges *in situ* selon un procédé de désinfection conforme aux prescriptions réglementaires en vigueur, à l'exception de ceux contenant des produits cytotoxiques ou susceptibles de contenir des agents transmissibles non conventionnels. Ainsi, l'article 3 de ladite convention prévoit que concernant « *l'élimination des DASRI contenant des produits cytotoxiques ou susceptibles de contenir de Agents Transmissibles Non Conventionnels (ATNC) [...] ces déchets spécifiques seront ensuite expédiés par le CHU de Limoges vers un centre extérieur agréé où ils seront détruits* ».

La chambre régionale des comptes retient que le CHU de Limoges n'est pas en mesure d'effectuer toutes les opérations d'élimination, ce qui est en contradiction avec l'article R.1335-3 du code précité qui dispose que le producteur confie l'élimination « *à une autre personne qui est en mesure d'effectuer ces opérations* ». Dans sa réponse lors de la phase contradictoire, le CHU de Limoges précise que « *comme le prévoit la réglementation, il [...] est interdit [au CHU de Limoges] de traiter les DASRI contenant des produits cytotoxiques ou susceptibles de contenir des ATNC. Ces déchets sont donc entreposés au CHU de Limoges* ».

⁴⁴ La première du 29 juillet 2011 couvre la période 2012-2015, la seconde du 21 octobre 2014 pour la période du 1^{er} juillet 2015 au 5 avril 2017 et la dernière du 6 avril 2017 pour la période 2017-2020.

avant d'être réexpédiés vers un centre d'incinération agréé, tel que prescrit par l'arrêté préfectoral du 26 juin 2017 autorisant le CHU de Limoges à poursuivre l'exploitation de ses installations de combustion, de blanchisserie et de prétraitement des DASRI ». La chambre s'interroge alors sur le choix d'un tel opérateur qui ne peut pas, par définition, répondre aux obligations ci-dessus rappelées.

Elle soulève également le fait que l'article 5 de ladite convention précise que « *le CHU prend en charge l'élimination des DASRI du cocontractant selon les termes de la fiche technique. Il assure sous sa responsabilité toutes les opérations relatives à l'élimination ou la réexpédition des DASRI* ». Cette disposition est en contradiction avec l'article R. 1335-2 du CSP qui fixe que « *Toute personne qui produit des déchets définis à l'article R.1335-1 est tenue de les éliminer* ». Aussi, le CHU ne peut donc être vu que comme un prestataire du CH de Brive en l'espèce, la responsabilité de l'élimination des DASRI restant celle du CH de Brive, qui doit donc s'en assurer et le cas échéant l'assumer. Le CH de Brive rappelle que « *les dispositions du plan régional d'élimination des déchets prévoient que le seul établissement agréé est le CHU de LIMOGES. Une réflexion est en cours au niveau de la région Nouvelle-Aquitaine pour la mise en œuvre d'un PRED commun sur le territoire de la grande région ; une réunion de travail organisée par l'ARS à Bordeaux, à laquelle le responsable logistique a participé, s'est tenue en 2018* ».

Le fait que le CH de Brive ne procède pas à une pesée l'empêche de vérifier, contrairement à son obligation réglementaire, que la totalité de ses déchets a été éliminée. En effet, les numéros des containers, indiqués sous l'item « *identification de la personne responsable de l'élimination des déchets* » des bordereaux n'étant pas validés par le CHU, ils ne peuvent servir à prouver la destruction de la totalité des déchets. De surcroît, l'article 7 de la convention stipule que « *ces déchets contenant des produits cytotoxiques ou susceptibles de contenir des ATNC seront livrés séparément au CHU de Limoges et disposeront le cas échéant de leur propre bordereau de suivi* » qui sortent donc du champ de contrôle du CH de Brive. Enfin, la convention n'indique pas la dénomination sociale et les coordonnées du centre d'incinération extérieur agréé. Le CH de Brive s'est donc engagé sans connaître les éléments lui permettant de contrôler la destruction finale effective de ses DASRI contenant des produits cytotoxiques ou susceptibles de contenir des agents transmissibles non conventionnels.

Durant l'instruction, il a été demandé au CH de Brive d'apporter la preuve que ces déchets spécifiques, détruits ailleurs que sur le site de Limoges, l'avaient bien été. L'établissement a indiqué en réponse que « *Concernant les bordereaux de suivi, nous avons sollicité le CHU de Limoges qui doit nous les retourner. Nous vous les enverrons dès réception* »⁴⁵, confirmant qu'il ne contrôlait pas cette phase, en contradiction de sa responsabilité. Celui-ci doit être destinataire de ces bordereaux de suivi.

Enfin, cette convention comporte une annexe intitulée « *Fiche technique de prise en charge des DASRI* » qui stipule que la facturation est fonction du poids. Or, le CH de Brive ne peut la contrôler puisqu'il est prévu que « *le CHU de Limoges procède à une pesée des DASRI par producteur [...] Par ailleurs, le poids enregistré ne peut être contesté : le système de pesée fait l'objet de contrôles réguliers et réglementaires* ». Dans sa réponse lors de la phase contradictoire, le CHU a précisé qu'« *une copie de ces bordereaux peut être adressée par le*

⁴⁵ Courriel du 16 octobre 2018.

CHU de Limoges à ses clients, à la demande de ces derniers ». Pour la chambre, il conviendrait qu'une telle copie soit systématiquement adressée au producteur des déchets, celle-ci étant la preuve de la réalisation de cette obligation de destruction.

Il apparaît donc que le CH de Brive ne respecte pas ses obligations en matière de suivi d'élimination de ses DASRI. La chambre prend néanmoins bonne note du souhait de rapprochement du CH de Brive du CHU de Limoges afin de revoir les termes de la convention en rappelant les obligations de chacune des parties.



Les publications de la chambre régionale des comptes Nouvelle-aquitaine
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine

Chambre régionale des comptes Nouvelle Aquitaine

3 place des Grands Hommes

CS 30059

33064 Bordeaux Cedex

adresse mèl : nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr