



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Groupe hospitalier Nord-Vienne (Département de la Vienne)

Exercices 2014 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 17 mai 2022.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	4
LES PRÉCÉDENTES RECOMMANDATIONS	5
ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE.....	6
1 LE GROUPE HOSPITALIER NORD-VIENNE ET SON ENVIRONNEMENT	8
1.1 Les caractéristiques du groupe hospitalier Nord-Vienne.....	8
1.1.1 Une naissance difficile.....	8
1.1.2 Des sites géographiquement éloignés.....	8
1.2 L'environnement de l'établissement.....	9
1.2.1 Une population vieillissante et des territoires marqués par une baisse de la démographie médicale.....	9
2 LE RAPPROCHEMENT AVEC LE CHU DE POITIERS INDUIT UNE NOUVELLE GOUVERNANCE.....	10
2.1 Un rapprochement progressif par le développement de coopérations médicales	11
2.1.1 Le groupement hospitalier de territoire catalyseur d'un rapprochement formel	11
2.1.2 La direction commune préalable à la fusion.....	12
2.2 La fusion induit une modification des instances de gouvernance.....	13
2.2.1 Un conseil de surveillance restreint.....	13
2.2.2 La participation des élus aux contrats locaux de santé : une compensation à une absence de représentation permanente au conseil de surveillance.....	14
2.2.3 Une commission médicale d'établissement commune avec le CHU.....	15
2.2.4 La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS).....	15
2.2.5 Un directoire unique mais étendu	15
2.2.6 La représentation des personnels non-médicaux	16
2.3 La fusion modifie l'organisation et le pilotage de l'activité avec un renforcement de la territorialisation.....	16
2.3.1 Une nouvelle organisation des pôles d'activité clinique et médico-technique	16
2.3.2 Le renforcement des objectifs territorialisés dans une organisation multi-sites	17
2.3.3 Une territorialisation à intégrer dans le dialogue de gestion.....	18
2.3.4 Un étayage médical sur les anciens sites du GHNV à l'épreuve de la démographie médicale sur le département	18
2.3.5 Les conséquences de la fusion sur les systèmes d'information et la commande publique	19
3 UNE ACTIVITE MEDICALE DEGRADEE MAIS QUI PROFITE DE LA FUSION.....	20
3.1 Un rapprochement qui doit être salubre à l'activité hospitalière	20
3.1.1 Les sites de Loudun et de Châtelleraut soumis à des fuites de patients.....	21
3.1.2 La baisse de l'activité médicale plus marquée sur le site de Loudun	22
3.1.3 Les activités développées sur le site de Châtelleraut.....	25
3.2 Des actions de redressement de l'activité hospitalière à soutenir avec la fusion.....	28
3.2.1 La rationalisation des moyens et le renforcement de l'activité doivent être poursuivis à l'échelle des territoires	29
3.2.2 L'optimisation des équipements médicotechniques	29

3.3	La prise en charge des personnes âgées : un enjeu pour le territoire	30
4	L'IMPACT DE LA FUSION SUR LES RESSOURCES HUMAINES.....	32
4.1	Une diminution des effectifs.....	32
4.2	Une diminution de la masse salariale.....	34
4.3	La convergence de gestion des ressources humaines entre le GHNV et le CHU.....	35
4.3.1	Les modalités de gestion progressivement commune avec le CHU	35
4.3.2	Les heures supplémentaires rémunérées du personnel non médical.....	36
4.4	Les conditions d'emploi et les rémunérations des personnels non médicaux	37
4.4.1	Des primes servies irrégulièrement à des agents contractuels	37
4.5	Les conditions d'emploi des personnels médicaux.....	39
4.5.1	Les conditions d'emploi des praticiens contractuels	39
4.5.2	Les liens d'intérêts entre les entreprises et les professionnels de santé.....	39
4.6	L'activité libérale	40
4.6.1	L'information des patients.....	40
4.6.2	La commission d'activité libérale et la charte de l'activité libérale	40
4.6.3	Les contrats d'activité libérale.....	41
4.7	La permanence des soins et le temps de travail additionnel (TTA).....	42
4.7.1	La permanence des soins et le temps de travail additionnel	42
5	L'IMPACT DE LA FUSION SUR LES FINANCES : UN PROCESSUS DE RETABLISSEMENT DES COMPTES A RENFORCER.....	43
5.1	La qualité de l'information comptable du GHNV désormais à l'épreuve de la certification des comptes du CHU	43
5.1.1	Des montants importants de restes à recouvrer.....	44
5.1.2	L'insuffisance du contrôle des régies	45
5.2	L'analyse financière.....	46
5.2.1	Les produits de fonctionnement (tous budgets confondus)	46
5.2.2	Les dépenses de fonctionnement (tous budgets confondus).....	47
5.2.3	La formation de l'excédent brut d'exploitation	49
5.2.4	La composition du résultat net.....	50
5.2.5	La capacité d'autofinancement et les indicateurs d'investissement.....	52
5.2.6	L'endettement : une absorption de la dette par le CHU en 2021.....	53
5.2.7	Le bilan.....	55
	ANNEXES	56

SYNTHÈSE

Le groupe hospitalier Nord-Vienne (GHNV) a connu, au cours des dix dernières années, plusieurs réorganisations sur fond de problématiques majeures financières. Ce groupe hospitalier est né de la fusion des hôpitaux de Loudun et de Châtelleraut. Dès 2015, les difficultés financières ont conduit à rationaliser fortement son activité puis à l'intégrer au groupement hospitalier du territoire (GHT) de la Vienne en 2017, supervisé par le centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers. En 2018, le rapprochement avec le CHU s'est renforcé avec la création d'une direction commune destinée à préparer la future fusion au 1^{er} janvier 2021.

Cette fusion a été présentée comme la condition du maintien, dans un cadre financier équilibré, des activités hospitalières sur les sites de Loudun et de Châtelleraut, en ce qu'elle permet en outre de partager la ressource médicale. Elle s'est traduite par la création d'une nouvelle entité ayant ainsi un caractère décisionnel sur la politique publique hospitalière à l'échelle du département. Le nouvel établissement porte ainsi des responsabilités à différentes échelles territoriales. La direction générale du CHU agit pour organiser une gouvernance et un pilotage de ce nouvel ensemble en veillant aux intérêts des établissements de Châtelleraut et de Loudun. Ainsi, elle s'est d'ores-et-déjà saisie des possibilités offertes par le nouveau cadre légal permettant l'ouverture de son conseil de surveillance aux élus des établissements fusionnés.

L'organisation et le management sont encore en cours de structuration. L'existence de la fonction de directeur de sites pour Châtelleraut et pour Loudun constitue un atout pour la dynamique territoriale, à la condition que les objectifs assignés aux pôles s'appuient également sur des réalités et des fondements propres à chacun de ces sites. Un volet territorial pourra donc être renforcé dans les contrats de pôles en cours d'élaboration accompagné par le développement d'outils de pilotage et de reporting.

Le site de Loudun constitue sur son territoire une pierre angulaire de l'offre de soin de premier recours notamment en matière de prise en charge des personnes âgées. Le maintien de lits de médecine polyvalente y concourt et structure un ensemble de services sanitaires et médico-sociaux essentiels sur le territoire. L'offre de soins de l'ancien GHNV est complétée par des initiatives du CHU destinées à renforcer le dialogue avec la médecine de ville sur Loudun et Châtelleraut.

Au plan financier, des efforts de rationalisation ont été effectués dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre (PRE), d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), puis des mutualisations opérées au titre de la direction commune. La gestion par le CHU de Poitiers va désormais profiter à l'ex-GHNV.

En définitive, la fusion du GHNV et du CHU de Poitiers constitue un soutien avéré à la situation financière dégradée et à la redynamisation des investissements. Elle doit également permettre une pérennisation de l'offre de soins sur les territoires en s'appuyant sur l'attractivité médicale du CHU.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : intégrer dans les contrats de pôles des objectifs associant les anciens sites du GHNV permettant de garantir la prise en compte des spécificités locales et d'assurer le fonctionnement pérenne de ces sites [en cours de mise en œuvre].

Recommandation n° 2 : présenter au directoire et à la commission médicale d'établissement les outils du dialogue de gestion et leurs conséquences financières (CREA) pour chaque site territorialisé [en cours de mise en œuvre].

Recommandation n° 3 : mettre en œuvre des actions destinées à améliorer le recouvrement des créances en lien avec le comptable public [en cours de mise en œuvre].

LES PRÉCÉDENTES RECOMMANDATIONS

La gestion des hôpitaux de Loudun et de Châtellerault avait fait l'objet d'examen par la chambre régionale des comptes respectivement en 2011 et en 2014.

Compte tenu de l'ancienneté de l'examen de la gestion du centre hospitalier de Loudun, la chambre a décidé de ne pas en réaliser le suivi. En revanche, pour le centre hospitalier de Châtellerault, la chambre a procédé à un suivi des recommandations formulées à l'issue du précédent rapport. Elles sont synthétisées dans le tableau ci-après :

Tableau n° 1 : suites données aux observations de la chambre lors du précédent contrôle

<i>Observations de la Chambre</i>	Appréciation sur la mise en œuvre	Éléments justifiant l'appréciation portée
Adapter les moyens de gestion à la confection de comptes de résultats d'exploitation par pôle et au passage à un intéressement de la structure lié aux résultats obtenus	Partiellement mise en œuvre	Les comptes de résultats d'exploitation analytique (CREA) existent par pôle mais seulement jusqu'en 2017. Il n'existe pas de contrats de pôles. Dès lors, aucun intéressement de la structure aux résultats obtenus n'est mis en œuvre.
Donner une délégation de signature suffisante pour parvenir aux objectifs déterminés annuellement	Non mise en œuvre	Aucune délégation n'a été définie avec les chefs de pôles.
Veiller à une application stricte des règles régissant l'aménagement et la réduction du temps de travail	Totalement mise en œuvre	La durée journalière du travail dans les services est de 7h30 et 15 jours de RTT. Peu d'agents sont en horaires dérogatoires de 12h. La pause méridienne est appliquée. Il existe un guide de gestion du temps de travail.
Définir le temps réservé aux pauses méridiennes	Totalement mise en œuvre	Le temps réservé aux pauses méridiennes est de 20 mn ¹ .
Veiller à exercer pleinement l'obligation de contrôle du temps médical afin d'assurer une offre de soins pérenne	Partiellement mise en œuvre	Les plannings de travail sont complétés et transmis à la cellule des affaires médicales du GHNV ; si la direction indique qu'elle effectue un lissage quadrimestriel des tableaux de service, ceux-ci n'ont pas été communiqués lors de l'instruction.
Maintenir le niveau de rémunération des médecins contractuels dans les seules limites financières autorisées par l'article R. 6152-416 CSP ce qui permettra un traitement équivalent entre les praticiens titulaires et les remplaçants	Totalement mise en œuvre	Le recours aux médecins contractuels pour des remplacements de courte durée est privilégié pour limiter le recours à l'intérim et favoriser la fidélisation des praticiens concernés. La rémunération des médecins contractuels reste conforme à la réglementation selon l'ordonnateur. Ce point est développé dans la partie RH du présent rapport.

Source : chambre régionale des comptes (CRC) Nouvelle-Aquitaine

La chambre constate que la plupart des recommandations adressées au centre hospitalier de Châtellerault, lors de son contrôle de 2014, a fait l'objet d'une mise en œuvre.

¹ Au CHU, le temps de la pause méridienne est de 30 min. Une harmonisation des pratiques entre les différents sites du CHU est nécessaire.

ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE

La chambre a inscrit à son programme 2021 (arrêté n° 2020-61 relatif au programme des travaux pour 2021 pour la chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine) le contrôle du groupe hospitalier Nord-Vienne (GHNV). Ce contrôle porte sur l'exercice 2015 jusqu'à la période la plus actuelle.

Conformément à l'article R. 243-1 du code des juridictions financières, l'ouverture du contrôle a été notifiée à Mme Anne Costa, directrice générale du CHU de Poitiers et ordonnateur du centre hospitalier Nord Vienne, par lettre du président de la Chambre reçue le 15 juin 2021. Le contrôle a également été notifié aux anciens ordonnateurs :

- M. Jean-Claude Coquema, le 3 juillet 2021 ;
- Mme Sylvie Richard, le 27 octobre 2021 ;
- M. Stéphane Péan, le 15 juin 2021 ;
- M. Jean-Pierre Dewitte le 15 juin 2021 ;
- Mme Séverine Masson, le 15 juin 2021.

Un entretien de début de contrôle a été conduit au CHU de Poitiers le 30 juin 2021 avec l'ordonnateur en fonctions, le même jour avec Mme Masson et par téléphone le 9 juillet 2021 avec M. Stéphane Péan, le 24 août avec M. Dewitte, et le 25 août avec M. Coquema.

Prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle préalable à la formulation d'observations provisoires par la chambre s'est déroulé le 8 décembre 2021 avec l'ordonnateur en fonctions et aux dates suivantes avec les anciens ordonnateurs :

- M. Jean-Claude Coquema le 6 décembre 2021 ;
- Mme Sylvie Richard le 30 novembre 2021 ;
- M. Stéphane Péan le 6 décembre 2021 ;
- M. Jean-Pierre Dewitte, le 6 décembre 2021 ;
- Mme Séverine Masson le 8 décembre 2021.

Le rapport d'observations provisoires a été adressé le 4 février 2022 à Mme Anne Costa et aux mêmes dates à MM. Stéphane Péan et Jean-Pierre Dewitte, anciens ordonnateurs qui en ont accusé réception le même jour.

Des extraits ont été adressés à M. Jean-Claude Coquema, ancien ordonnateur le 7 février 2022 qui en a accusé réception le 9 février 2022.

La chambre a décidé ne pas formuler d'observations sur la gestion de Mmes Séverine MASSON et Sylvie RICHARD. Dès lors, pour ces dernières, il a été procédé à la clôture de la procédure en date du 4 février 2022.

En l'absence de réponses des anciens ordonnateurs après le 4 avril 2022, votre rapporteur a procédé à un rappel par courriels datés du 12 avril 2022 à M. Jean-Pierre Dewitte et M. Stéphane Péan. Le même rappel a également été réalisé à cette même date par téléphone à M. Jean-Claude Coquema dont la réponse était attendue le 9 avril 2022 sans succès. Une dernière relance téléphonique a été effectuée le 20 avril 2022 et a abouti.

Ainsi, les réponses suivantes ont été adressées à la chambre par :

Madame Anne Costa – directrice générale du CHU de Poitiers a répondu par courrier enregistré au greffe le 5 avril 2022 ;

Messieurs les docteurs Ouaz, Picard et Rostykus ont répondu au titre de la SCP idoïne par courrier enregistré au greffe le 4 mars 2022 ;

Monsieur Jean-Pierre Dewitte – ancien ordonnateur a répondu par courriel enregistré au greffe le 12 avril 2022 ;

Monsieur Stéphane Péan – ancien ordonnateur, actuel directeur du CH de Falaise a répondu par courriel en date du 18 avril 2022 enregistré au greffe le 22 avril 2022.

Monsieur Jean-Claude Coquema – ancien ordonnateur a répondu par courriel enregistré par le greffe le 21 avril 2022.

1 LE GROUPE HOSPITALIER NORD-VIENNE ET SON ENVIRONNEMENT

1.1 Les caractéristiques du groupe hospitalier Nord-Vienne

Le groupement hospitalier Nord-Vienne (GHNV) est un établissement public de santé d'une capacité totale de 697 lits² en médecine et en chirurgie ainsi qu'en Ehpad³ ou Usld⁴ (401 lits). Il résulte de la fusion des hôpitaux de Loudun et de Châtellerauld au 1^{er} janvier 2014.

1.1.1 Une naissance difficile

Depuis 2010, une coopération a été engagée visant simplement à rapprocher les deux hôpitaux situés au Nord du département par une direction commune. Puis, le 1^{er} janvier 2014 est créé un nouvel établissement résultant de la fusion du CH de Loudun et de Châtellerauld : le groupement hospitalier Nord-Vienne (GHNV). Cette fusion vise à renforcer les équipes de Loudun sur les urgences, la médecine et les personnes âgées. Cette fusion s'est réalisée avec succès avec la volonté conjointe du président du conseil départemental, du maire de Loudun et du directeur général de l'ARS. L'objectif de cette fusion est de développer des consultations avancées entre les deux sites, et de mutualiser les services support (blanchisserie, PUI, cuisine, services administratifs).

1.1.2 Des sites géographiquement éloignés

Le GHNV se compose donc de deux sites historiques : Loudun⁵ qui a la particularité d'être en proximité de trois autres départements (Indre-et-Loire, Deux-Sèvres et Maine-et-Loire), intégrés à deux autres régions administratives, et le site de Châtellerauld⁶ qui bénéficie d'une bonne accessibilité vers Poitiers (30 minutes par autoroute).

L'analyse de l'origine géographique des patients⁷ de l'établissement (séjours de médecine, chirurgie ou obstétrique enregistrés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information, selon leur code postal) montre la très forte concentration de sa patientèle sur son territoire et sa faible attractivité hors de celui-ci, hormis les franges de l'Indre-et Loire pour le site de Châtellerauld.

² Données 2020.

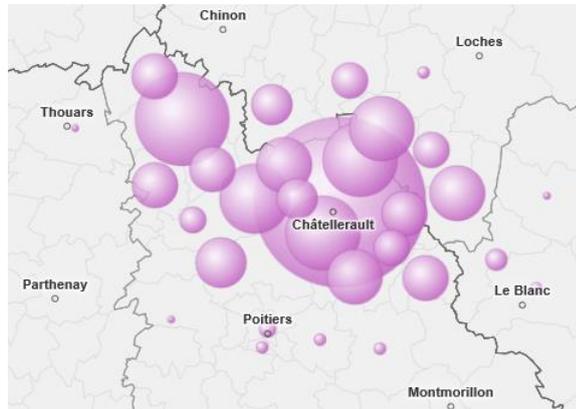
³ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁴ Unité de soins de longue durée.

⁵ Ce site (hôpital Camille Guérin) est particulièrement excentré de son territoire car situé à 58 km de Poitiers (1h) et à 41 km de Châtellerauld (1h).

⁶ Hôpital Théophraste Renaudot.

⁷ L'attractivité d'un établissement se mesure à l'aune de ses parts de marché sur son territoire. Pour une activité donnée, elles sont calculées en rapportant le nombre de séjours des habitants du territoire réalisé par l'établissement à leur nombre total de séjours.

Carte n° 1 : l'origine des patients séjours PMSI MCO données 2017

Source : Hospidiag

Le GHNV subit ainsi très fortement la concurrence d'autres établissements de santé (voir paragraphe 4.1.1), tant pour ce qui relève de sa patientèle que pour ce qui relève de l'attractivité des médecins.

1.2 L'environnement de l'établissement

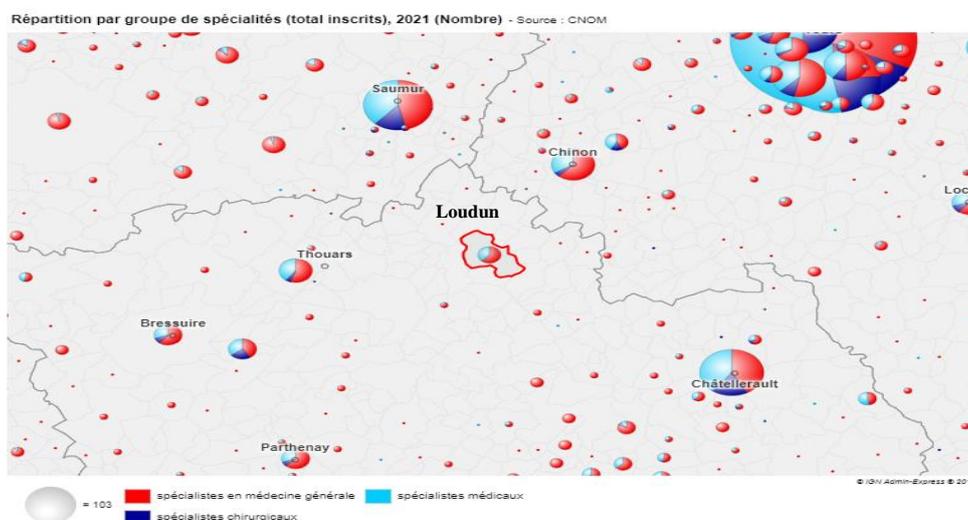
1.2.1 Une population vieillissante et des territoires marqués par une baisse de la démographie médicale

En 2018, le département de la Vienne compte 437 586 habitants répartis dans 281 communes. Deux aires se distinguent : celle de Châtelleraut (80 577 habitants) et celle de Loudun (16 791 habitants).

Économiquement, le secteur tertiaire représente aujourd'hui 37,8 % de l'activité économique du département. L'industrie s'est quant à elle développée sur l'axe Poitiers-Châtelleraut, du fait de la vocation industrielle historique du châtelleraudais et représente 14,5 % de l'activité. Les agriculteurs exploitants ne représentent que 2,4 % de la population du département. Le taux de chômage est de 12,3 %.

La pyramide des âges démontre une forte proportion de la population de plus de 60 ans ; la part des retraités dans la population totale est de près de 30 %. Toutefois, il existe des disparités territoriales importantes : les moins de 60 ans représentent 67,2 % sur Châtelleraut, alors qu'ils ne sont que 61,7 % sur Loudun. Ces disparités induisent des besoins en santé différenciés, à orientation plus gériatrique sur Loudun et plus diversifiée sur Châtelleraut.

Carte n° 2 : répartition des spécialités médicales sur le Nord-Vienne



Source : cartographie interactive de la démographie médicale/ conseil national de l'ordre des médecins

La démographie médicale des deux territoires s'inscrit très fortement à la baisse depuis 2017 pour Châtelleraut (-10 points) et depuis 2013 pour Loudun (baisse de moitié). Ainsi, l'évolution de la démographie médicale conduit le territoire du Nord-Vienne, et plus particulièrement de Loudun, dans une situation de désertification médicale que la carte ci-dessus illustre, tout en permettant de considérer également les polarités existantes, notamment au-delà des limites administratives de la région Nouvelle-Aquitaine (Chinon, Saumur, Tours).

2 LE RAPPROCHEMENT AVEC LE CHU DE POITIERS INDUIT UNE NOUVELLE GOUVERNANCE

Le rapprochement du GHNV avec le CHU de Poitiers s'est réalisé progressivement avec dans un premier temps des coopérations médicales inter-établissements puis par une intégration fonctionnelle et juridique qui produit des effets sur la gouvernance, le pilotage et l'organisation de l'ancien GHNV.

Le CHU de Poitiers a procédé à des fusions avec les CH de Lusignan (en 2013) et de Montmorillon (en 2016). Ainsi, la fusion avec le GHNV repose sur une conduite de ce type de démarche maîtrisée par le CHU. Le processus de fusion s'est appuyé sur des audits réalisés dans chacun des champs de l'activité, présentant un diagnostic et permettant de poser les bases de convergence entre les deux établissements.

2.1 Un rapprochement progressif par le développement de coopérations médicales

Bien qu'un rapprochement du centre hospitalier de Châtelleraut avec le CHU poitevin ait avorté en 2006, il ressort que ces établissements ont naturellement développé diverses coopérations. Dès cette période, des coopérations avec le CHU se sont construites dans le domaine de la périnatalité (FMIH⁸ en 2007), de la cardiologie (2012), de la prise en charge des polytraumatisés ainsi que dans la prise en charge des AVC⁹ (juin 2015).

Au 2^{ème} semestre 2015, le site de Châtelleraut a mis en exploitation un nouvel espace, le « Village », destiné à l'accueil, l'hébergement et/ou le soin des personnes âgées, ayant vocation à être une plate-forme de services pour l'ensemble de la filière gériatrique portée par le GHNV.

2.1.1 Le groupement hospitalier de territoire catalyseur d'un rapprochement formel

En 2016, le cadre législatif et réglementaire des établissements publics de santé évolue avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le GHT de la Vienne est créé le 1^{er} juillet 2016 et se compose seulement de deux membres : le GHNV et le CHU de Poitiers, auxquels sont associés quatre Ehpad et un établissement de soins de suite et de réadaptation (ESSR) identifiés comme partenaires. L'établissement public de santé mentale « Henri Laborit » à Poitiers ne rejoindra le groupement qu'à partir de 2018 à la fin de sa dérogation.

Ce GHT vise à renforcer la coopération entre le GHNV et le CHU de Poitiers. Dès avril 2019, il est prévu la mise en œuvre d'un laboratoire public multi-sites ainsi qu'une plateforme commune d'imagerie « dès la fusion ». Face à l'existence de trois pharmacies hospitalières (PUI¹⁰), l'objectif présenté est d'optimiser leur fonctionnement pour améliorer les coûts et renforcer la sécurité des processus. De plus, la création d'une PUI de territoire est évoquée.

Sa convention constitutive mentionne plus spécifiquement un projet d'organisation commune entre le GHNV et le CHU sur l'imagerie, la biologie et la pharmacie. Ainsi, outre les mutualisations obligatoires, le GHT fixe un cap en matière de coopérations communes à renforcer ou à consolider pour les deux établissements sanitaires. Le projet médical partagé du GHT définit le rôle du CHU dans chacune des filières de soins en qualité d'établissement de recours comme les autres établissements de proximité dont le GHNV. Il fixe également les modalités d'organisation de la permanence des soins autant que de besoin.

Si le GHT porte le rapprochement entre le CHU et le GHNV, le projet de fusion entre les deux établissements n'apparaît pas à l'ordre du jour. En effet, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2017 du GHNV, prorogé finalement jusqu'au 31 décembre 2018, n'intègre pas de projet de rapprochement, autre que dans le cadre de coopérations, avec le CHU de Poitiers. Les orientations fixées au GHNV en termes de coopération sont par ailleurs tout aussi tournées vers le CHU que vers les autres secteurs médicaux (ville, laboratoires privés...).

⁸ Fédération médicale interhospitalière.

⁹ Accident vasculaire cérébral.

¹⁰ Pharmacie à usage intérieur

Paradoxalement, l'ARS exprime d'ailleurs des attentes ambiguës vis-à-vis du GHNV. Le compte rendu du conseil de surveillance du 13 avril 2017 mentionne une nouvelle demande de l'ARS Nouvelle-Aquitaine d'un rapprochement entre le GHNV et la clinique de Châtelleraut. Sur fond de rejet des demandes de renouvellement d'activités de chirurgie de la clinique, l'ARS pousse le GHNV à porter un groupement de coopération sanitaire (GCS) dès fin 2017, en s'appuyant sur une formulation du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui prévoit un plateau unique de chirurgie sur Châtelleraut. Cette injonction est incompatible avec la construction du projet médical partagé à l'échelle du GHT de la Vienne, auquel la clinique n'est pas partie.

Parallèlement, la situation financière du GHNV se dégrade. L'ARS accompagne l'établissement en 2016 pour concevoir un plan de retour à l'équilibre 2017/2018, finalisé en novembre 2016 (avec attribution d'1,2 M€ en soutien aux hôpitaux en difficulté). En 2018, après le rejet de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et du plan global de financement pluriannuel (PGFP) par l'ARS, un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) est avancé sans qu'il ne soit finalement jamais formalisé. Avec le soutien de l'ARS, le GHNV a ainsi travaillé durant le premier trimestre 2018 à la construction d'un ensemble de 28 mesures permettant à l'établissement un redressement de la trajectoire budgétaire sur trois ans.

Le projet de GCS avec la clinique est suspendu au profit de la création d'une direction commune avec le CHU de Poitiers pour faire face à l'urgence financière du GHNV. Cette création constitue également un autre des objectifs stratégiques¹¹ du CPOM 2019-2023 du GHNV. Ainsi, le 28 février 2018¹², devant la situation financière dégradée du GHNV, le projet d'une direction commune avec l'établissement de référence est lancé.

2.1.2 La direction commune préalable à la fusion

Les deux établissements élaborent une direction commune effective depuis le 1^{er} novembre 2018. Celle-ci a pour objectif de conforter et renforcer les coopérations, de préparer la fusion dans un délai de trois ans et de rechercher l'équilibre financier du GHNV. L'objectif ambitieux d'une fusion à trois ans apparaît clairement dans les documents stratégiques du GHNV. En effet, le CPOM 2019-2024 comporte un objectif opérationnel de fusion avec le CHU de Poitiers.

L'étape de la direction commune a consisté en une phase d'approfondissement des collaborations et de conduite de projet afin de mener à bien le processus de fusion. Si l'année 2020 aurait pu justifier un report de l'objectif, dans le contexte de crise sanitaire, les protagonistes ont souhaité maintenir le délai imparti afin de permettre au GHNV de bénéficier rapidement des soutiens notamment financiers (essentiellement en termes de trésorerie) du CHU de Poitiers.

Cette phase a permis, outre l'accroissement du nombre de médecins partageant leur temps, d'assurer pour plus de 700 K€ d'équipements courants financés par le CHU au profit du GHNV, ainsi que des achats de prestations ; ces dispositions ont contribué à améliorer la situation de trésorerie du GHNV. En outre, le projet de réhabilitation des urgences de Châtelleraut sera financé en partie par l'ARS (projet de 2,2 M€).

¹¹ Mise en œuvre d'un plateau technique commun avec la clinique de Châtelleraut.

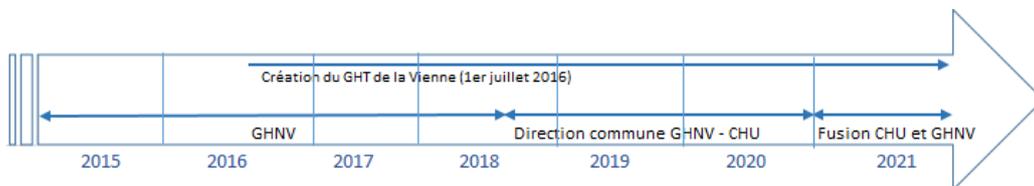
¹² Dans le cadre d'une réunion avec l'ARS.

La fusion a eu lieu, comme prévu, au 1^{er} janvier 2021. Elle a également permis l'absorption de la dette du GHNV (49,1 M€ au 31 décembre 2020) par le CHU de Poitiers. En outre, au 1^{er} juillet 2021, 52 médecins partagent leur temps (soit 19,2 ETP) entre les établissements.

Des marges de manœuvre subsistent encore : toutefois, leur appréciation reste à mesurer en ce que les économies financières réalisées à court terme pourraient ne pas avoir d'impact durable compte tenu des flux logistiques qu'elles induisent.

La chambre note que la direction commune s'est fixée comme objectif phare la fusion des deux entités dans un délai précis et que la finalité a été respectée. Dès lors, la chambre relève l'efficacité de la démarche ayant abouti à la fusion depuis le 1^{er} janvier 2021 avant l'échéance fixée¹³.

Schéma n° 1 : synthèse de la chronologie de la fusion GHNV / CHU de Poitiers



Source : CRC Nouvelle-Aquitaine à partir des documents du GHNV et du CHU de Poitiers

2.2 La fusion induit une modification des instances de gouvernance

La fusion entre le CHU et le GHNV a conduit à fusionner les instances de gouvernance, induisant une représentativité imparfaite du territoire. Pour plusieurs instances, toutefois, un effort de représentation du GHNV a été réalisé, mais pourrait prendre en compte de nouveaux leviers.

2.2.1 Un conseil de surveillance restreint

Le conseil de surveillance est l'instance de gouvernance dans laquelle la représentativité de l'établissement se devait d'être proportionnelle. Composé de 15 membres, il a intégré le maire de Châtellerault dans le collège des représentants des collectivités, aux côtés de la maire de Poitiers et des représentants des conseils départementaux de la Vienne et des Deux-Sèvres ainsi que du conseil régional. Cette composition est conforme aux dispositions de l'article R. 6143-5 du code de la santé publique mais ne permet plus une représentation du maire de Loudun¹⁴. Consciente des limites juridiques des textes en vigueur, l'agence régionale de santé a désigné celui-ci personnalité qualifiée lui permettant ainsi de siéger à ce titre en alternance avec les autres

¹³ Enfin, à présent que la fusion entre le GHNV et le CHU est réalisée, le GHT ne regroupe plus que deux établissements : le CHU de Poitiers et l'hôpital psychiatrique Laborit. Aussi, le maintien en l'état du GHT appelle des questions s'il ne s'élargit pas à moyen terme à des établissements privés susceptibles de renforcer et d'assurer des complémentarités en matière de démographie médicale dans les territoires périphériques.

¹⁴ Ni des maires de Montmorillon et Lusignan dont les établissements ont fusionné avec le CHU.

anciens élus des conseils de surveillance des hôpitaux fusionnés. Ce dispositif singulier a fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

Si ce mode d'organisation répond aux exigences du code de la santé publique, il aurait pu à moyen terme affaiblir la représentation de certains territoires dont les établissements ont été rattachés au CHU. Dorénavant, l'article L. 6143-5 du code de la santé publique modifié¹⁵ permet « *au maire de la commune où est situé un établissement public de santé ayant fusionné ou ayant été mis en direction commune avec l'établissement principal, ou son représentant de participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative* ». La direction générale du CHU se dit attachée à cette représentation des élus au conseil de surveillance recomposé. Désormais, un médecin et un usager représentant le GHNV ont rejoint le conseil de surveillance du CHU, tout comme un représentant du personnel.

Par ailleurs, afin de structurer un ancrage local, la direction générale du CHU nouvelle entité essaie de structurer des démarches locales auprès des acteurs de la santé. Elle est d'ailleurs membre fondateur de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Châtelleraut et doit en intégrer le bureau prochainement. Sur le Loudunais, les professionnels de santé ne sont pas volontaires à la constitution d'une CPTS, néanmoins, le CHU a été à l'initiative d'une réunion des professionnels hospitaliers et de ville, en novembre 2021, en présence des élus locaux.

2.2.2 La participation des élus aux contrats locaux de santé : une compensation à une absence de représentation permanente au conseil de surveillance

Le déploiement de contrats locaux de santé (CLS) pourrait constituer un outil de renforcement de la gouvernance locale. Les CLS réunissent notamment l'ARS, les principales collectivités (intercommunalité, ville et département) et l'hôpital (ainsi que la CAF et l'assurance maladie). Cet outil présente différents atouts pour mutualiser les informations sur les besoins de santé du territoire et les ressources face à des problématiques locales, et peuvent servir de levier à la définition d'une stratégie commune à cette échelle.

Par ailleurs, la communauté de communes du Pays Loudunais a contractualisé un contrat local de santé en 2018 avec l'ARS, le GHNV et les acteurs locaux de la santé et du médico-social. L'articulation de ce contrat avec les actions définies par l'hôpital est un enjeu essentiel en ce que l'hôpital de Loudun demeure une offre de soins de premier recours. Ainsi, la direction générale indique que le directeur délégué de site de Loudun est associé par la municipalité de Loudun aux travaux du contrat local de santé.

Ce caractère fondamental pourrait d'ailleurs trouver une concrétisation dans les mois à venir à travers la labellisation du site en hôpital de proximité. Cette labellisation pourrait conduire au renforcement de l'offre de santé de proximité et renforcer la coordination et le pilotage territorialisé. Dès lors, la place du site de Loudun dans le dialogue avec les autres acteurs du sanitaire de proximité, du médico-social et du social, serait primordiale et permettrait de garantir que ses besoins sont entendus et satisfaits. La ville de Châtelleraut et le Grand Châtelleraut ont pour leur part également signé un contrat local en santé (12 décembre 2018), duquel le GHNV est signataire.

¹⁵ Par l'article 125 de la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

Les gouvernances des contrats locaux de santé pourraient ainsi constituer un outil de pilotage et de dialogue, adossé à des stratégies de territoires, dont l'objectif serait notamment d'assurer la complémentarité des acteurs. Cette dimension de gouvernance locale apparaît indispensable dans la logique de labellisation en hôpital de proximité de Loudun.

La chambre relève que la réglementation n'est ainsi pas adaptée à la gouvernance des nouveaux hôpitaux fusionnés, pour lesquels la représentation de tous les territoires n'est pas assurée au niveau central. L'association des élus écartés des organes délibérants des hôpitaux au pilotage des futurs contrats locaux de santé ne constitue qu'un palliatif.

2.2.3 Une commission médicale d'établissement commune avec le CHU

La commission médicale d'établissement (CME) a été renouvelée en janvier 2021. Elle est désormais composée de 69 membres avec voix délibérative dont sept qui sont des praticiens exerçants au GHNV, soit 10,1 % des voix.

Une représentation a été conférée aux chefs de pôles du périmètre GHNV. Le reste de la représentation s'est appuyée sur le volontariat, ayant abouti à une représentation dans chaque collège dont les compétences relèvent du GHNV (par conséquent hors collèges relevant de l'hôpital universitaire).

La représentation médicale prend donc en considération la représentation des sites territorialisés composant la nouvelle entité du CHU, du fait de l'organisation polaire elle-même adossée au périmètre des sites de Loudun et Châtellerault.

2.2.4 La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS)

La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) est l'instance qui veille à l'organisation de la permanence des soins par les praticiens de l'établissement. Sa composition et ses missions sont définies aux articles R. 6152-26 et suivants du code de la santé publique. Elle doit établir son propre règlement intérieur dont le contenu est soumis à l'approbation de la commission médicale d'établissement (CME).

La direction générale indique que depuis 2021, une COPS commune aux établissements fusionnés a été installée permettant de garantir un fonctionnement régulier de cette instance.

2.2.5 Un directoire unique mais étendu

Le directoire est désormais fusionné dans une instance propre au CHU. Il se compose de 11 membres dont huit médecins. Des praticiens du périmètre de l'ex-GHNV y siègent dont la cheffe du pôle de Montmorillon et le pharmacien des sites de Châtellerault et Loudun. Dès lors, le CHU a mis en œuvre les dispositions de la loi du 26 avril 2021 permettant d'étendre la composition du directoire à deux praticiens des établissements récemment fusionnés. La direction générale du CHU démontre sa volonté de garantir la représentation des établissements fusionnés de son territoire au sein de ses instances.

2.2.6 La représentation des personnels non-médicaux

Conformément à l'article R. 6141-13 du code de la santé publique, le comité technique d'établissement (CTE) ne prévoit pas de représentation territoriale des organisations syndicales. Les élections ont donc été organisées pour pourvoir 15 sièges de titulaires et suppléants pour le nouvel établissement, et ont abouti à l'élection de représentants de l'ex-GHNV élus sur les listes. La mise en place des comités sociaux d'établissement (CSE) conduira à la disparition des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), avec pour conséquence une absence de territorialisation de ces instances internes.

En effet, il n'existe pas pour les CH fusionnés ou multi-sites de dispositif permettant de faire cohabiter des instances locales et centrales.

Les textes n'ont pas prévu l'organisation de gouvernance spécifique pour les hôpitaux fusionnés, alors même que leur dimension, en l'occurrence, celle d'un département, nécessite la représentation des territoires, et que la définition de la stratégie doit pouvoir s'établir aussi à partir de gouvernances locales. Dans ce contexte, la nouvelle entité démontre une certaine ingéniosité mais qui ne garantit pas une représentation complète des territoires couverts par l'hôpital.

2.3 La fusion modifie l'organisation et le pilotage de l'activité avec un renforcement de la territorialisation

2.3.1 Une nouvelle organisation des pôles d'activité clinique et médico-technique

Le processus de fusion a conduit à l'évolution de l'organisation, tout en conservant une identification claire et lisible du périmètre de l'ancien GHNV. Ainsi ce dernier était structuré autour de quatre pôles (chirurgie ; médecine et urgences ; pôle médico-technique ; SSR et gériatrie). L'instruction n'a pas retrouvé les contrats de pôles sur la période ; le CPOM de 2013 identifie un objectif d'organisation des délégations de gestion, ce qui laisse entendre que les contrats de pôles étaient établis mais pouvaient organiser plus fortement cette délégation. Toutefois, sur la période de direction commune, la direction reconnaît que la vie des pôles était relativement restreinte.

Par ailleurs, la nouvelle organisation a conduit l'intégration du pôle médico-technique (de la biologie, pharmacie, stérilisation, imagerie) au sein d'autres entités du CHU, ainsi que pour certaines disciplines (obstétrique, urgences et surveillance continue, anesthésie). Deux pôles restent néanmoins établis sur le périmètre du GHNV, rattachés au CHU : un pôle médico-chirurgical et un pôle médico-social (Ehpad et USLD).

Pour les services administratifs, une fonction de directeur délégué au site de Loudun a existé jusqu'en 2017. Elle disparaît jusqu'à la mise en place de la direction commune : le GHNV est alors dirigé par le directeur du CHU, qui s'appuie sur deux directeurs de sites à Loudun et Châtellerauld, organisation qui perdure encore aujourd'hui. Elle constitue un levier nécessaire à la prise en considération des réalités territoriales de ces sites, car tous deux sont membres du Codir.

Au sein de la nouvelle entité CHU, l'organisation prend ainsi en compte la dimension territoriale, sur deux sites, de l'ancien GHNV.

2.3.2 Le renforcement des objectifs territorialisés dans une organisation multi-sites

Du fait de cette organisation territorialisée, la nouvelle entité CHU doit désormais s'organiser dans un système plus matriciel, en prenant en considération à la fois les objectifs d'activité, déterminés par pôles, mais également la mise en œuvre effective de ces activités sur les sites territoriaux, ayant chacun des spécificités et susceptibles de se doter d'objectifs qui leur sont propres.

Le CHU expérimente en parallèle deux manières de prendre en considération, dans l'organisation, cet enjeu territorial. D'une part, l'organisation polaire reprenant en grande partie le périmètre de l'ancien GHNV facilite cette prise en compte. D'autre part, les pôles qui ont intégré des services de l'ancien GHNV, tels que l'imagerie, le pôle mère-enfant ou la biologie, disposent d'équipes territoriales.

Il n'existe pas de modèle absolu d'organisation territorialisée et les deux modèles présentent tous deux des avantages comme des inconvénients ; en revanche, cette organisation doit reposer sur des objectifs clairs, en cohérence avec l'ancrage territorial. Le pilotage et le management de ces deux modèles organisationnels doit par conséquent s'appuyer sur des orientations qui prennent en compte les spécificités territoriales. Ces orientations, déclinées par objectifs, doivent figurer aux contrats de pôles.

Au vu des projets de contrats de pôles, les enjeux de territoires semblent encore faiblement pris en compte. D'une part, le projet de contrat du pôle médico-chirurgical est ciblé sur le site de Châtellerault et omet le site de Loudun ; d'autre part, les objectifs territoriaux de la rubrique « activité et territoire » n'intègrent pas les spécificités locales.

Le projet de contrat du pôle médico-social n'ayant pas encore fait l'objet d'un dialogue avec la direction, il apparaît prématuré de s'appuyer sur les objectifs qu'il propose. On peut néanmoins noter que celui-ci rappelle la difficulté de recruter des médecins gériatres et souligne le sous-effectif des Ehpad sur les deux sites, pour lesquels l'enjeu est de trouver une répartition optimale des ressources médicales. Ce nouveau pôle doit trouver sa place, en transversalité, au sein du nouveau CHU, pour renforcer la préoccupation de la prise en charge des personnes âgées à l'échelle départementale, tout en renforçant les pilotages locaux. L'ordonnateur a d'ailleurs souligné que la construction d'un projet unique, à l'échelle de l'établissement, apparaît désormais nécessaire et pourrait contribuer au renforcement des liens entre les praticiens médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et le médico-social au niveau des différents sites.

Recommandation n° 1 : intégrer dans les contrats de pôles des objectifs associant les anciens sites du GHNV permettant de garantir la prise en compte des spécificités locales et d'assurer un fonctionnement pérenne de ces sites.

2.3.3 Une territorialisation à intégrer dans le dialogue de gestion

L'historique du suivi de l'activité est facilité entre 2015 et 2017, dans la mesure où le compte financier s'en fait l'expression de manière détaillée et connectée à la gestion financière du centre hospitalier. En outre, des comptes de résultats analytiques (CREA) ont été produits : pour 2015 et 2016, leur niveau de détail permet de suivre l'activité financière des pôles par site. La granularité territoriale se perd à partir de 2017, le CREA ne présentant pas de distinction entre Loudun et Châtellerauld.

À partir de 2018, la direction générale du CHU indique avoir privilégiée les notes d'activité, réalisées par le service de l'information médicale, aux rapports d'activité. Toutefois, ces notes étaient communiquées aux instances dont le conseil de surveillance et le directoire. Elles permettaient de donner une information sur l'évolution de l'activité. Depuis 2020, les données d'activité des sites du GHNV sont désormais intégrées au rapport d'activité du CHU.

En outre, compte tenu de la nouvelle structure du CHU, la territorialisation de l'activité conduit à se doter des outils qui permettent d'assurer un pilotage et un suivi tant centralisé que local. La présentation territorialisée des indicateurs d'activité et des indicateurs financiers apparaît nécessaire dans un souci de renforcement de la transparence et de pilotage des sites. Les interlocuteurs, au cours de l'instruction, ont rappelé que les systèmes d'information permettaient d'assurer un suivi fin de l'activité pour chacun d'entre eux. Il apparaît néanmoins que cette présentation par site est réalisée à la demande et ne relève pas d'un *reporting* régulier et suivi.

Il serait ainsi cohérent que des outils de suivi de l'activité territorialisée (tableau de bord activité avec les principaux indicateurs) et leurs conséquences financières (de type CREA par site) soient présentés aux instances de gouvernance.

Recommandation n° 2 : présenter au directoire et à la commission médicale d'établissement les outils du dialogue de gestion et leurs conséquences financières (CREA) pour chaque site territorialisé.
--

2.3.4 Un étayage médical sur les anciens sites du GHNV à l'épreuve de la démographie médicale sur le département

En près de cinq ans, le nombre d'ETP mis à disposition auprès des sites du GHNV a été multiplié par six, avec une accélération notable du nombre des mises à disposition à partir de 2017. En novembre 2021, une communication presse faisait état de 68 médecins (soit 25,3 ETP) intervenant en exercice partagé dans 22 spécialités. Aussi, et malgré les tensions ressenties à l'échelle du département sur la démographie médicale, le projet de rapprochement avec le CHU constitue une véritable avancée pour les sites du Nord-Vienne. La fusion a consolidé et pérennisé les coopérations médicales et ainsi contribué à augmenter l'offre de soins sur ces deux sites du Nord-Vienne.

Tableau n° 2 : effectifs du CHU mis à disposition du GHNV avant la fusion

	En nombre de médecins					En ETP				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Urgences</i>	0	22	23	15	23	0	1	6,05	5,3	8,3
<i>MEDIPOOL</i>	0	0	1	0	5	0	0	0,13	0	2,2
<i>DUNE</i>	0	0	2	3	2	0	0	0,74	1	0,9
<i>Cancérologie</i>	0	0	0	1	3	0	0	0	0,6	1,2
<i>NL</i>	0	0	1	1	1	0	0	0,08	0,5	1,8
<i>Cardio-pneumo-vasculaire</i>	2	4	5	5	7	1,2	1,4	1,95	3,1	2,9
<i>Périnatalité</i>	3	3	3	5	4	0,33	0,4	0,4	1,2	0,9
<i>Biospharm</i>	0	0	0	1	0	0	0	0	0,5	0
<i>DIM</i>	2	2	2	2	2	1,2	1,2	1,2	1,2	1
TOTAL	7	31	37	33	47	2,73	4	10,55	13,4	19,2

Source : CHU Poitiers

La mutualisation des équipes médicales avec le CHU permet de réinstaller ou de renforcer des consultations médicales sur Loudun et Châtelleraut sans garantir la prise en charge de patients dont l'état requiert une présence médicale continue. Ainsi, en raison de l'insuffisance de personnel médical pour assurer la prise en charge optimale des patients hospitalisés, le 3 décembre 2021, la fermeture de l'unité d'hospitalisation de médecine à orientation cardiologie-pneumologie et neurologie de Châtelleraut a été décidée. Toutefois, selon la direction générale du CHU, pour ces spécialités, la continuité ambulatoire est maintenue (consultations de spécialités et plateau technique, avis des cardiologues aux urgences et analyse par la régulation du SAMU des patients préalablement à leur orientation vers l'établissement le plus adapté). Enfin, si le CHU recherche activement des spécialistes pour permettre le maintien des activités précitées, il demeure lui-même soumis à une ressource médicale limitée.

2.3.5 Les conséquences de la fusion sur les systèmes d'information et la commande publique

2.3.5.1 Vers une convergence du système d'information hospitalier

Une convergence est en œuvre avec d'ores-et-déjà une fusion des applications destinées à la gestion économique et financière (GEF) au sein desquelles des interfaces sont réalisées pour favoriser les passerelles avec le système d'information hospitalier (SIH) du CHU. Cette même démarche est déployée en matière de gestion des ressources humaines (GRH) et de gestion administrative des patients (GAP).

Pour le SI relatif à l'activité médicale, les deux sites disposent chacun de leurs propres applications. Il est prévu, dans un délai non défini, de finaliser le déploiement de l'applicatif de prescription informatisée, puis de migrer le SI de Châtelleraut et Loudun sur celui du CHU. Enfin, l'interopérabilité est effective en matière d'accès au dossier patient informatisé (DPI) simplifiant le travail des médecins intervenant sur les différents sites.

2.3.5.2 Une fusion sans effet sur la commande publique

Pour rappel, la convergence des processus de commande publique a été engagée en juillet 2017 sous l'impulsion du CHU, établissement support du GHT de la Vienne. Dans ce cadre, un plan « Convergences 2023 » a été établi et doit s'achever en 2023 à l'extinction des engagements contractuels précédant la création du GHT.

De plus, un règlement intérieur de la fonction achats du GHT a été établi et pose les règles de fonctionnement et de subsidiarité entre l'établissement support et les établissements partie. Un comité de pilotage « achats » assure le suivi et l'évaluation de la performance des achats réalisés.

Dès lors, la fusion du GHNV et du CHU n'emporte pas d'effets sur ce champ compte tenu de la mutualisation déjà mise en œuvre dans le cadre du groupement hospitalier de territoire.

Conclusion intermédiaire

La trajectoire fixée au GHNV n'a été stabilisée qu'en fin d'année 2018. Le processus de fusion avec le CHU s'est ensuite enclenché rapidement favorisant une organisation multi-sites fondée sur une logique de filières médicales conformément au projet médical du GHT. Si cette fusion apparaît comme un réel levier du maintien de l'activité médicale dans le Nord-Vienne, elle reste cependant fragile eu égard à la démographie médicale. La gouvernance du nouvel ensemble se déploie progressivement afin de garantir la pérennité des activités médicales des sites de Châtellerauld et de Loudun et des fonctions supports.

3 UNE ACTIVITE MEDICALE DEGRADEE MAIS QUI PROFITE DE LA FUSION

3.1 Un rapprochement qui doit être salubre à l'activité hospitalière

Le groupe hospitalier Nord-Vienne a vu son programme capacitaire passer de 296 lits valorisés en tarification à l'activité (T2A) en 2015 à 216 lits en 2020. Les activités MCO valorisables par la T2A se réduisent. Toutefois, une progression est identifiée sur le site de Châtellerauld en 2019. Ce constat ne peut être porté sur les années 2020 et 2021 compte tenu de la crise sanitaire. Il n'est pas réalisé sur le site de Loudun qui ne pratique que la médecine polyvalente.

Les difficultés du GHNV concernent davantage le volet MCO. Toutefois, l'analyse du champ personnes âgées dépendantes est également proposée compte tenu de leur poids dans l'établissement (moitié des capacités). En effet, les deux sites sont constitués d'un pôle sanitaire (et chirurgical) et d'un pôle dédié à la dépendance et composé d'un Ehpad médico-social et d'un « Ehpad sanitaire » (USLD¹⁶), de plus de 400 lits depuis 2015.

¹⁶ Unité de soins de longue durée.

Chacun des deux pôles sanitaires doit pouvoir répondre à des besoins en santé de proximité.

3.1.1 Les sites de Loudun et de Châtelleraut soumis à des fuites de patients

Sur les activités médico-chirurgicales développées sur les anciens sites du GHNV, seule l'obstétrique représente une part de marché conséquente (au-dessus de 70 %). En effet, l'arrêt de l'activité de la maternité de la clinique de Châtelleraut a renforcé son positionnement, en lien avec la mise en place d'une collaboration avec le CHU sur la périnatalité.

Tableau n° 3 : parts de marchés du GHNV entre 2017 et 2019

Parts de marché en %	2017	2018	2019
Médecine			
GHNV	39.1	37.4	39.1
CHU de Poitiers	31.2	32	32.3
Clinique de Châtelleraut	12.7	12.6	11.3
CHU de Tours	4.7	5	5.1
Chirurgie			
GHNV	32	31.4	34.1
CHU Poitiers	21.4	22.5	23.9
Clinique de Tours	5.4	6.2	6.4
Polyclinique de Poitiers	6.6	5.4	5.7
Chirurgie ambulatoire			
Clinique de Châtelleraut	43.9	42.8	40.4
GHNV	22	21.7	22.5
CHU de Poitiers	9.3	9	9.6
Polyclinique de Poitiers	5.1	4.4	5.4
Obstétrique			
GHNV	70	72.3	73.6
CHU de Poitiers	11.8	11.5	13.8
Clinique Fief de Grimoire	2.2	2.4	3.2
CH de Châteauroux	9.3	6.7	2.6
Cancérologie			
CHU de Poitiers	33.4	35.4	34.3
GHNV	23.7	24.8	28.3
Clinique de Châtelleraut	24.5	21.4	19.6
CHU de Tours	4.8	5.3	5.2

Source : hospidiag

Sur la période analysée, les parts de marché diminuent en médecine, au profit du CHU de Poitiers notamment. Or, cette part représentait plus de 55 % des ressources de T2A en 2016 mais ne cesse de se réduire depuis (51,4 % en 2019).

Les parts de marché sur la chirurgie semblent se maintenir entre 2016 et 2018, à un niveau assez faible au profit du CHU, mais une reprise d'activité semble identifiable à partir de 2019 (+2,7 points par rapport à 2018). Celle-ci se traduit dans la part de valorisation financière, avec un accroissement de 0,8 % de la part de la chirurgie.

En revanche, en chirurgie ambulatoire, le GHNV est largement concurrencé par la clinique de Châtelleraut qui profite de plus de 40 % du marché. Toutefois, on note une hausse régulière des parts de marché en matière de séances de chimiothérapie ; celle-ci est corrélée à la baisse des parts de marché du CHU de Poitiers et démontre la mise en place de l'organisation territorialisée dans la filière.

Les données relatives au site de Loudun seul démontrent que la proportion de patients du Loudunais pris en charge par le GHNV sur Loudun et/ou le CHU de Poitiers a diminué de 3,3 points entre 2015 et 2019. La concurrence de prise en charge concerne le CH de Tours, celui de Chinon, et la clinique chirurgicale de la Loire de Saumur. En effet, ces territoires apparaissent plus accessibles que Poitiers ou Châtellerault.

Tableau n° 4 : proportion des séjours des patients du Loudunais

<i>Parts de marché en %</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CHU de Poitiers	33.1	33.1	32.8	35.4	31.8	34.5
GHNV	22.9	21.5	20.1	18.8	19.6	15.9
<i>GHNV + CHU Poitiers</i>	56	54.6	52.9	54.2	51.4	50.3
Clinique Jeanne d'Arc (37)	6.2	6.5	6.3	6.1	7	1.4
CHU Tours	4.7	4.9	5.9	6.2	6.5	6.6
CH Chinonais	3.9	3.7	4.1	4.3	5.2	5.4
Clinique Châtellerault	4.3	4.1	4	4	3.8	4.4
CH Saumur	3.6	3.2	3.6	3.4	3.8	2.8
Clinique chir. de la Loire (49)	2.8	3.1	3.6	3.6	3.5	4.4

Source : CHU Poitiers

Ainsi, l'ex-GHNV a des parts de marché à reconquérir, dans le cadre de sa fusion avec le CHU, sur les activités de proximité (médecine, chimio) ainsi que le développement de l'ambulatoire, comme le prévoit le projet médical. Son positionnement en termes techniques peut néanmoins lui conférer un avantage compétitif fort, sur lequel il doit commencer à capitaliser.

3.1.2 La baisse de l'activité médicale plus marquée sur le site de Loudun

L'activité globale du GHNV recule de 7,7 % sur 2015-2019 tirée par la diminution du nombre des hospitalisations complètes et la baisse de T2A induite est encore plus importante (- 11,5 %). La hausse de l'hospitalisation ambulatoire (près de + 20 %) ne permet pas de compenser la baisse de l'activité.

Tableau n° 5 : activité détaillée par pôle et par site

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variation 2015 2019
Châtellerault							
Pôle médecine	11 559	11 915	10 262	10 255	11 373	10 536	-8,9 %
<i>Médecine polyvalente</i>	2 920	3 491	3 655	4 261	4 538	4 555	55 %
<i>Hépatogastro-entéro</i>	3 432	3 205	1 956	1 051	1 411	1 390	-58,9 %
<i>Cardio-pneumo</i>	1 455	1 351	1 227	1 047	1 074	909	-26,2 %
<i>USC Châtellerault</i>	622	660	476	549	582	485	-6,4 %
<i>UHCD (dont Loudun jusqu'en 2017)</i>	3 130	3 208	2 948	3 347	3 768	3 197	20,4 %
Pôle chirurgie	7 896	7 196	6 841	6 695	6 723	6 092	-14,9 %
Pôle gériatrie	1 192	1 119	1 109	1 221	1 157	1 048	-2,9 %
TOTAL Châtellerault	20 647	20 230	18 212	18 171	19 253	17 676	-6,8 %
Loudun							
<i>médecine polyvalente</i>	1 489	1 572	1 409	1 392	1 409	900	-5,4 %
<i>USC Loudun</i>	252	252	228	167			-100,0 %
TOTAL Loudun	1 741	1 824	1 637	1 559	1 409	900	-19,1 %
TOTAL GHNV	22 388	22 054	19 849	19 730	20 662	18 576	-7,7 %

Source : CRC, selon le rapport d'activité du DIM

Depuis 2015, la part des séjours représentée par Châtellerault est supérieure à 90 % et augmente, Loudun ne se positionnant plus qu'à 6,8 % en 2019. La part de T2A générée par cet établissement est d'ailleurs passée en-dessous des 10 % en 2019 et Loudun a perdu 5,4 % de son activité de médecine polyvalente entre 2015 et 2019. Le recul de l'activité loudunaise résulte d'une baisse de ses capacités hospitalières (- 15 % pour les disciplines MCO depuis 2015).

Tableau n° 6 : capacitaire MCO du GHNV (2015-2020)

<i>CHATELLERAULT - Au 01/01</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Médecine interne HC</i>	22	22	22	22	22	22
<i>Médecine interne HdS</i>	6	6	6	6	6	6
<i>Médecine polyvalente (y cp gastro-entérologie)</i>	26	26	26	14	14	14
<i>Cardiologie</i>	21	21	21	15	15	15
<i>UMPPU</i>	14	14	14	10	10	10
<i>Médecine gériatrique</i>	20	20	20	20	20	20
TOTAL MEDECINE	109	109	109	87	87	87
SURVEILLANCE CONTINUE	8	8	8	8	8	8
<i>Chirurgie viscérale et spécialités</i>	22	11	11	11	10	10
<i>Chirurgie urologique</i>	10	11	7	9	8	8
<i>Chirurgie orthopédique & traumatologique</i>	22	16	14	14	12	12
<i>Chirurgie orthopédique HdS</i>		6	0			
<i>Chirurgie polyvalente HdS</i>		10	0			
TOTAL CHIRURGIE	54	54	32	34	30	30
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	26	16	16	16	16	16
TOTAL M.C.O. Châtellerault	197	187	165	145	141	141
LOUDUN - Au 01/01						
MEDECINE		30	30	30	30	30
SURVEILLANCE CONTINUE		3	3	3	3	0
TOTAL M.C.O. LOUDUN		33	33	33	33	30
TOTAL M.C.O.		230	220	198	178	171

Source : CHU Poitiers

Légende : HC : Hospitalisation complète - HdS : Hospitalisation de semaine - UMPPU : Unité médicale polyvalente post-urgence

La diminution des capacités est notable sur le site de Châtellerault de 259 à 184 lits, soit - 28,4 %, alors qu'elle est moins perceptible sur le site de Loudun (de 37 à 32 lits, soit - 9,1 %), qui ne concerne que la médecine. De ce fait, le site de Loudun dispose de près de 15 % des capacités officielles de l'établissement alors même qu'il ne représente plus que 6,8 % de l'activité.

Tableau n° 7 : évolution des effectifs hospitaliers par site

en ETP	2015	2016	2017	2018	2019	2020	variation 2015-2019
Personnel médical Châtellerault	83,57	83,09	81,31	81,51	78,64	71,56	-14,3 %
Personnel médical Loudun	12,01	10,73	8,78	7,74	7,57	7,11	-40,7 %
Total	95,58	93,81	90,09	89,25	86,21	78,67	-17,7 %

Source : CRC d'après CHU Poitiers

La révision des capacités s'est traduite par un réajustement des effectifs médicaux avec une diminution de près de 41 % (de 12 médecins à sept) sur le site de Loudun. Ainsi, de janvier à octobre 2019, la moyenne cumulée d'occupation était de 23,1 lits sur 30 installés. Le départ prochain d'un des trois praticiens peut venir remettre en question le fonctionnement optimal du service d'autant qu'un autre des médecins est en arrêt maladie faisant encore tomber le taux d'occupation du service à 25 % en octobre 2021.

Tableau n° 8 : taux d'occupation de médecine par site et indicateurs de performance

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Châtellerault	TO	89,6	93,6	91,0	95,8	97,3	96,2
	IP-DMS		1,020	0,994	0,969	0,994	1,138
Loudun	TO	86,4	84,5	81,4	74,3	76,6	66,7
	IP-DMS		1,075	1,079	1,097	1,074	1,206

Source : CRC d'après les données CHU Poitiers

Légende : TO : Taux d'occupation – IP-DMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour

Le taux d'occupation en médecine a connu une baisse conséquente en 2017, puis s'est amélioré du fait de la baisse du nombre de lits à partir de 2018 (de 109 à 87 sur le site de Châtellerault). Cette amélioration s'explique par la volonté d'adapter la structure à l'activité (diminution de six lits de cardiologie) ainsi qu'à la démographie médicale (fermeture de 12 lits suite au départ de deux médecins gastro-entérologues). Toutefois, 2018 et 2019 marquent une reprise de l'activité de médecine, même légère. Elle se concrétise dans des taux d'occupation cohérents avec les recommandations de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), soit 95 %. En 2019, l'IP-DMS est de 0,99, soit légèrement supérieur à la norme attendue de 0,94, ce qui peut témoigner de marges de manœuvre dans la gestion des filières aval et dans la gestion des lits.

En revanche, et en raison de la faiblesse des effectifs permanents sur le site de Loudun, on observe une dégradation du taux d'occupation, tirée par le maintien de capacités officielles importantes. Son IP-DMS en 2019 est de 1,07. Le site accueille une patientèle particulièrement âgée. En 2019, 75 % des patients en hospitalisation complète sont âgés de plus de 70 ans (et plus de 60 % ont plus de 80 ans). L'élasticité des capacités sur Loudun permet ainsi de répondre à un besoin de la population vieillissante, comme par exemple des pics épidémiques (jusqu'à une moyenne de 24,4 lits en octobre 2019).

La croissance des séjours en hôpital de jour est de 17,8 %, dont 24,8 % pour la chirurgie. Parmi ces évolutions, on note également une augmentation des séances de chimiothérapie, dont le volume a presque doublé entre 2015 et 2020. Dans cette fonction, l'hôpital de Châtellerault conforte son positionnement de proximité.

Sur le site de Loudun, bien qu'inférieur à 500/an, le volume des séances semble conforté et avant 2020, il n'apparaît pas de baisse évidente de cette activité. L'orientation vers de l'hospitalisation de jour pourrait lui être profitable : un projet de pôle diagnostic en hôpital de jour pour les personnes âgées est à l'étude et s'adosserait également à la médecine de ville.

3.1.3 Les activités développées sur le site de Châtellerault

Le site de Châtellerault concentre la majorité des activités médico-chirurgicales de l'ancien GHN. Dès lors, son activité est plus diversifiée que sur le site loudunais.

3.1.3.1 Une activité chirurgicale déclinante

L'activité de chirurgie a baissé de 14,9 % entre 2015 et 2019. L'amélioration du taux d'occupation en chirurgie s'adosse à la baisse des capacités de l'établissement à partir de 2017.

Toutefois, celles-ci restent bien en dessous des ratios considérés comme performants par la DGOS (environ 85 %). Cette amélioration démontre néanmoins un rebond significatif en 2019, qui a constitué une année de reprise pour la chirurgie. L'indice IP-DMS, après une évolution jusqu'en 2019, est proche de la cible fixée comme norme (0,94).

Tableau n° 9 : données de performance en chirurgie

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Taux d'occupation	70.2	69.4	77.5	77.4	83.7	76.9
IP-DMS		0,957	0,925	0,937	0,943	0,995
Nombre de lits	54	54	32	34	30	30

Source : CRC d'après CHU de Poitiers

Cette évolution de l'activité se traduit dans les recettes de T2A par une baisse de plus de 10 % entre 2015 et 2019 sur les groupes homogènes de séjours (GHS) de chirurgie, et une reprise légère en 2019.

3.1.3.1.1 La chirurgie ambulatoire progresse

Le nombre d'actes de chirurgie ambulatoire évolue positivement sur la période, tiré par le nombre de places qui s'accroît, mais le taux de chirurgie ambulatoire peine encore à atteindre l'objectif affiché de 66,2 % à horizon 2020 (instruction DGOS du 28 septembre 2015). Le GHNV se positionnait en 2019 entre les 2^{ème} (43,2 %) et 8^{ème} (67,4 %) déciles de sa catégorie.

Tableau n° 10 : nombre d'actes chirurgicaux en hospitalisation partielle

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre d'actes	1497	1772	1861	1918	1946	1440
Capacités	10	10	15	15	15	15
Taux de chirurgie ambulatoire (nouveau calcul - Hospidiag)	44.91	49.26	52.27	55.56	54.48	nc

Source : CRC d'après SAE + hospidiag

Cette augmentation se traduit par une augmentation du volume de T2A générée par la chirurgie ambulatoire ; elle reste néanmoins minime à l'échelle du volume des recettes (et passe de 5 % des recettes de T2A à 7,7 %).

3.1.3.1.2 L'activité obstétrique stable

Le nombre d'accouchements au GHNV a baissé fortement en début de période (- 11 % entre 2015 et 2016) passant de 1 120 naissances à 991. Toutefois, il semble aujourd'hui stabilisé à un niveau bien supérieur au seuil des 300 accouchements/an¹⁷. Ce niveau d'activité n'est pas de nature à remettre en cause l'activité obstétricale sur ce site.

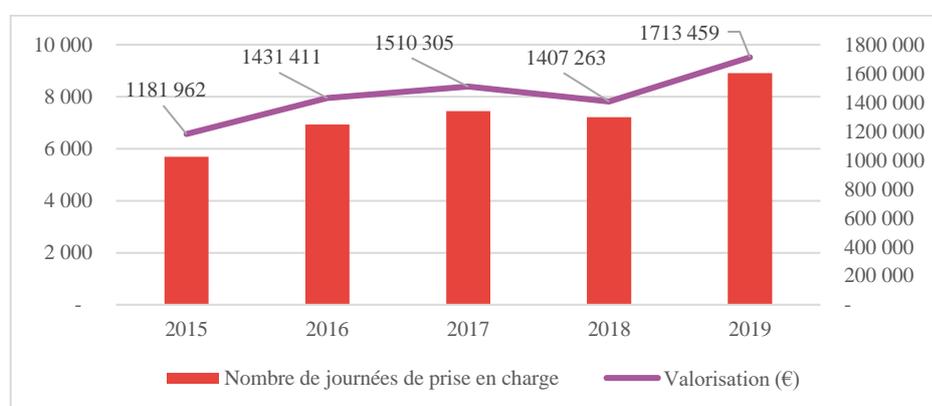
¹⁷ Seuil défini à l'article R. 6123-50 du code de la santé publique.

Par ailleurs, l'activité est structurée depuis 2015 avec celle du CHU au sein d'une filière spécialisée sur la périnatalité, qui permet d'adapter la prise en charge en fonction de la nature des complications, le cas échéant ; le dispositif de la filière s'est renforcé depuis la mise en place du projet médical partagé du GHT, puis de la création d'un pôle unique, bénéficiant d'une équipe territorialisée. La fusion récente pourra faciliter encore les modalités d'intégration de l'activité obstétricale avec celle du pôle femme-mère-enfant du CHU.

3.1.3.1.3 L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'activité d'HAD a fermé le 30 septembre 2019 en raison de la mise en place au 1^{er} octobre 2019 d'une HAD multi-sites organisée sous l'égide du CHU de Poitiers. Le mouvement activé en 2019 a démontré une reprise de l'activité importante avant le transfert, dont l'impact financier est avéré.

Graphique n° 1 : évolution de la HAD



Source : CRC d'après les données SAE

3.1.3.2 L'activité des urgences, marquée par d'importantes évolutions

L'activité des urgences a globalement progressé sur la période avec une augmentation du nombre de passages aux urgences.

Tableau n° 11 : le nombre de passages aux urgences

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Châtelleraut	23 100	23 417	24 124	24 693	24 766	20 778
Loudun - urgences	8 772	8 811	5 484			
Loudun - CSNP			3 390	8 927	9 300	6 975

Source : CHU Poitiers

En effet, le site de Loudun a connu 8 800 passages aux urgences en 2016. Le site disposait d'une ligne d'urgentistes pour assurer l'accueil des urgences et les sorties SMUR sur Loudun. Quand le médecin urgentiste sortait avec le SMUR (286 fois en 2016, soit moins d'une fois par jour), la ligne d'accueil des urgences était assurée par le médecin d'astreinte. Initialement quatre médecins étaient disponibles pour assurer l'astreinte mais en février 2017, suite à des départs, ils

n'étaient plus que deux. La création d'une ligne d'urgence supplémentaire (pérenne) était estimée à 600 K€/an.

Les propositions de mutualisation des SMUR avec les hôpitaux voisins, tout comme celle de l'ouverture d'une ligne d'infirmiers avec un relais de télémedecine, ont été écartées par l'ARS. Les échanges ont finalement abouti à la création d'un centre de soins non-programmés (H24 et 7J) sur le site de Loudun, pour lequel une régulation par le 15 est assurée en amont et la continuité des soins garantie par un infirmier en cas de sortie SMUR. 50 % du planning médical est assuré par un médecin de ville, 50 % par les urgentistes territoriaux du CHU. Néanmoins, le système reste particulièrement précaire car conditionné à une présence médicale continue.

Sur le site de Châtelleraut, un projet de réorganisation des urgences a débuté. En effet, l'organisation des locaux est dimensionnée pour l'accueil de 19 000 personnes/an, alors que le flux est de 25 000/an.

3.2 Des actions de redressement de l'activité hospitalière à soutenir avec la fusion

Dès 2017, le GHNV est soumis à un PRE, puis à un CREF en 2018. Ces différents outils de pilotage induisent deux axes pour parvenir au redressement : la réduction des charges et l'amélioration et le développement de l'activité de l'établissement.

Le volet relatif à l'activité a fait l'objet d'un foisonnement de recommandations de l'ARS, tant dans les courriers d'échanges sur les EPRD et PGFP que dans le cadre de missions d'audit de l'ARS en 2017 et de la MAP (mission d'appui à la performance) en 2018. Le dialogue de gestion fondé sur le contrat de retour à l'équilibre financier (2018) s'est réalisé concomitamment à l'installation de la direction commune entre le GHNV et le CHU facilitant la restructuration.

L'instruction note l'empilement des outils et des études, visant à préconiser des mesures de rationalisation ; les 28 fiches action du CREF, particulièrement détaillées, ont fait l'objet d'un suivi rigoureux. Les suites données aux autres études sont moins facilement lisibles.

Le foisonnement des dispositifs imposés au GHNV et l'instabilité de la gouvernance entre 2017 et 2020, rendent difficile la lecture financière des différentes optimisations. En outre, la rotation importante qu'a connue l'hôpital induit une perte de mémoire qui ne permet pas toujours de savoir si les marges pointées par les études ont pu être mises en œuvre (exemple sur des réorganisations au sein des locaux). L'évolution globale sur 2019 laisse néanmoins entrevoir une amélioration de l'activité, qu'il convient probablement de renforcer.

Globalement, les enjeux relatifs à l'activité recouvrent trois types d'objectifs stratégiques : la rationalisation des moyens au regard de l'évolution de l'activité ; la lutte contre la baisse de la démographie médicale ; l'optimisation des fonctions supports médicales. Ces objectifs doivent être repris dans le plan d'action à engager pour garantir une offre de santé sur ce bassin de population.

3.2.1 La rationalisation des moyens et le renforcement de l'activité doivent être poursuivis à l'échelle des territoires

La rationalisation s'est traduite par des restructurations d'effectifs par service et la réduction des capacités en lits, avec en parallèle un développement des prises en charge ambulatoires. C'est dans ce contexte que 2017 puis 2018 ont vu une évolution à la baisse des capacités d'accueil en médecine et en chirurgie, et la suppression du service UMPPU¹⁸ par exemple à Châtelleraut, jugé inefficace dans l'offre de soins, remplacé par une augmentation des capacités en gériatrie. La note de préparation du CREF indique également qu'au regard de l'activité réalisée en médecine sur Loudun, « *un dimensionnement à 25 lits (au lieu de 30) serait adapté* ». Si le nombre de lits a été maintenu, en 2018 il a néanmoins été procédé à la suppression de l'unité de soins continus (USC) jugée coûteuse (avec une réorientation en médecine sur Loudun ou l'USC de Châtelleraut).

Par ailleurs, des lits de médecine restent nécessaires localement (d'autant que leur suppression se reporterait sur les hôpitaux les plus proches). Ce maintien est d'autant plus fondamental que le centre de soins non programmés (CSNP) a une fréquentation de plus de 9 000 patients (hors crise sanitaire). Celui-ci s'appuie sur les lits de médecine polyvalente du site. Enfin, 66 lits d'Ehpad et 30 lits d'USLD s'adosent au centre hospitalier, pour lesquels, en l'absence des médecins de Châtelleraut qui ne peuvent effectuer systématiquement des déplacements, c'est un médecin du service de soins de suite (SSR) du site de Loudun qui assure le suivi des résidents lorsque cela s'avère nécessaire. Aussi, l'avenir du site de Loudun, malgré des performances limitées, doit s'envisager dans une approche globale, liée au maintien de l'Ehpad et de l'USLD, ainsi que du SSR et du CSNP.

Enfin, l'ensemble des documents établis depuis 2017¹⁹ souligne l'absence d'une commission des admissions non programmées et demande sa mise en place. Celle-ci n'a en effet pas été mise en œuvre. Cette observation récurrente témoigne de difficultés identifiées d'affectation des patients à partir des urgences, et de l'ensemble des entrées non programmées ; l'ordonnateur indique être en train d'élargir et adapter un plan de gestion des lits sur le site de Châtelleraut (via sa cellule de « bed-manager »).

3.2.2 L'optimisation des équipements medicotechniques

Pour l'imagerie, le renforcement de l'activité et l'intégration au sein de l'équipe du CHU de Poitiers se sont mis en œuvre avec la fusion : outre la limitation du recours à l'intérim médical, celle-ci doit permettre le renouvellement des matériels et l'arrivée d'un nouveau scanner (2 M€).

Pour ce qui concerne la biologie, la mise en place d'un automate à Loudun a permis une économie de plus de 200 K€/an d'externalisation de ces charges, et la mutualisation dans le cadre d'un laboratoire multi-sites avec le CHU doit permettre de répondre aux besoins du site de Loudun.

¹⁸ Unité médicale polyvalente post-urgence.

¹⁹ Rapport d'inspection de l'ARS du 11 septembre. 2017 (page 21), rapport de la MAP (restitution du 27 juin 2018, page 43), mention de la nécessaire fluidification des admissions par les urgences dans le projet de contrat de pôle médico-chirurgical (octobre 2021).

Seule la mutualisation de la pharmacie n'est pas encore réalisée (subsistance de plusieurs PUI). Il n'apparaît pas néanmoins, la fusion des achats ayant été réalisée depuis le GHT, que des gains supplémentaires puissent être réalisés de manière massive avec la fusion concernant la pharmacie hospitalière compte tenu de l'éloignement entre le site de Loudun et celui de Poitiers.

3.3 La prise en charge des personnes âgées : un enjeu pour le territoire

Corrélativement à la baisse du nombre de lits en médecine, le maintien du nombre de lits en Ehpad génère une hausse significative de leur part dans le total de l'établissement (de 51,61 % à 55,62 % en 2019). L'activité dépendance représente plus de la moitié des lits de l'établissement, avec une représentation très importante à Châtelleraut (75 % des lits) du fait de la construction du Village, et en cohérence avec les besoins de la population.

Cette grande capacité d'accueil permet de prendre en charge des personnes qui présentent une forte perte d'autonomie mais qui demandent également un recours à l'aide sociale (32 % des résidents bénéficient de l'aide sociale en 2019). La construction de ce site, très vaste, repose sur un dispositif de parcours patient qui s'appuie sur différents services : gérontologie, SSR (40 places dédiées sur 55 à Châtelleraut, 25 lits à Loudun), USLD, Ehpad, HAD, dont l'objectif est de préserver l'autonomie et autant que possible le retour à domicile.

Tableau n° 12 : les capacités d'accueil Ehpad

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Châtelleraut USLD	60	60	60	60	60	60
Châtelleraut Ehpad	245	245	245	245	245	245
Loudun USLD	30	30	30	30	30	30
Loudun Ehpad	66	66	66	66	66	66
USLD	90	90	90	90	90	90
Ehpad	311	311	311	311	311	311
TOTAL	401	401	401	401	401	401
Part de l'Ehpad dans l'activité globale	51,61 %	52,28 %	53,47 %	55,08 %	55,62 %	57,53 %

Source : CHU Poitiers

Les Ehpad comptent 311 lits dont 12 et 28 lits en unités Alzheimer (respectivement sur Loudun et Châtelleraut) ainsi que 14 et 28 places en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA).

Tableau n° 13 : les taux d'occupation en Ehpad et en USLD

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Ehpad</i>	Châtelleraut	96,4 %	98,9 %	98 %	99,4 %	99,4 %	98,4 %
	Loudun	98,8 %	98,9 %	99,1 %	98,1 %	98,3 %	93,6 %
<i>USLD</i>	Châtelleraut	95,7 %	97,1 %	97,1 %	98,4 %	97,6 %	95,4 %
	Loudun	99,4 %	98,5 %	97,5 %	96,9 %	95,6 %	93,7 %

Source : CRC d'après les comptes financiers GHN

Les taux d'occupation sont très élevés jusqu'en 2019. À titre de comparaison, le taux d'occupation médian des Ehpad rattachés à un EPS en 2018 est de 97,4 %²⁰. L'année 2020 a été marquée par une diminution du nombre de journées, compte tenu de la suspension des entrées, en raison de l'irruption de foyers épidémiques en mai à Loudun et en septembre et octobre à Châtellerauld. Ces événements, bien que conjoncturels, ne doivent cependant pas masquer une baisse régulière du taux d'occupation de l'USLD de Loudun.

La création du Village en 2016 a permis de regrouper trois établissements et de mutualiser les ressources. Ainsi, par exemple, sur Châtellerauld, une seule infirmière assure une présence de nuit.

Le degré de dépendance des résidents est élevé (46,3 % de groupe iso ressources (GIR) 1 et 2 sur Châtellerauld, 45,3 % sur Loudun en 2019). Le GIR moyen pondéré (GMP) augmente et se fixe à 735 en juin 2017 pour l'Ehpad de Châtellerauld, ce qui situe l'établissement près de la médiane (GMP médian de 729 en 2018 – 57 % des Ehpad publics en 2018 ont un GMP compris entre 700 et 800²¹). Compte tenu de cette structure, l'encadrement dans l'établissement est plus exigeant et a un impact sur les ressources humaines des établissements.

La chambre constate que le poids des dépenses de personnel dans les charges globales de l'établissement positionne les Ehpad de Loudun et Châtellerauld (55,7 % en 2018) très en deçà de la moyenne constatée pour les Ehpad rattachés à un EPS (64,5 % en 2018)²². Ce ratio dénote peut-être, également pour le pôle médico-social, les difficultés de recrutement sur ces territoires.

Conclusion intermédiaire

Si l'on constate une amélioration de l'activité en médecine sur le site de Châtellerauld en 2019, il reste un point de vigilance pour cette discipline sur Loudun. Globalement, les recommandations relatives aux restructurations ont été ou sont en voie de mise en œuvre pour améliorer la performance. Le site de Châtellerauld reste toutefois faiblement performant en chirurgie. Mais le maintien de ces sites constitue un enjeu de réponse sanitaire à une population vieillissante. Ces sites doivent se recentrer sur des missions de proximité, tout en s'intégrant dans le réseau départemental du CHU ainsi qu'aux territoires limitrophes pour le site de Loudun. Avec cette fusion, le CHU de Poitiers occupe une place prépondérante en santé publique à l'échelle du département, puisqu'il est l'unique établissement (hors EPSM).

²⁰ Situation économique des Ehpad pour 2017 et 2018 (CNSA).

²¹ Situation économique des Ehpad pour 2017 et 2018 (CNSA).

²² Situation économique des Ehpad pour 2017 et 2018 (CNSA).

4 L'IMPACT DE LA FUSION SUR LES RESSOURCES HUMAINES

4.1 Une diminution des effectifs

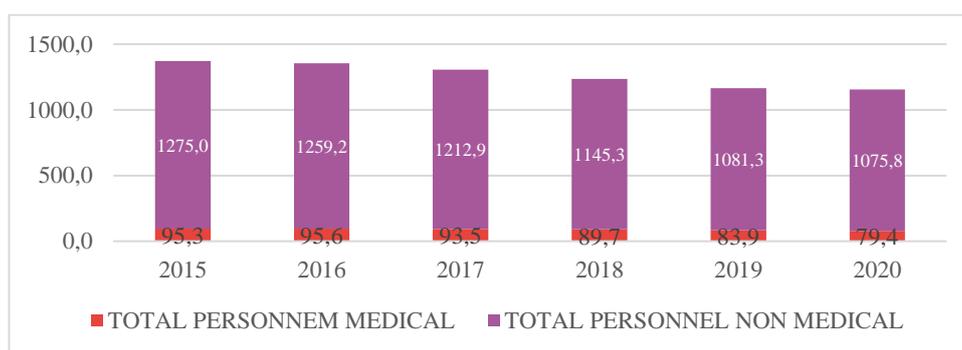
Une diminution des effectifs due à une rationalisation des organisations

Entre 2015 et 2019, les effectifs ont diminué de 204,8 ETP (en ETP moyens rémunérés) respectivement de 11,41 pour les personnels médicaux et de 193,7 pour les personnels non médicaux. Ces baisses résultent de la mise en œuvre de plans de retour à l'équilibre successifs visant à réduire ou limiter la progression de la masse salariale du personnel non médical. Une réorganisation majeure des services de soins a débuté en 2018, visant à mettre en adéquation les capacités en lits et les effectifs selon des ratios revus à la baisse.

Le suivi du plan de retour à l'équilibre permet d'identifier la suppression de 157,76 ETP sur la période 2017-2021 dont 40,45 ETP par transfert de personnel sur le site de Poitiers (biologie, HAD, administratifs) et 39,75 ETP supprimés respectivement dans les secteurs administratifs (20 ETP) et les secteurs techniques (19,75 ETP). En parallèle, 13,4 ETP ont été créés dont près de la moitié pour des postes infirmiers. Ces ETP ont été principalement affectés aux urgences de Châtelleraut, en médecine gériatrique, en cardiologie, aux blocs opératoires. À partir de 2021, la fusion a occasionné des suppressions de postes et des regroupements (fonctions supports transférées ou redimensionnées : direction, RH, etc.) et des transferts d'activité (HAD et biologie) mais également des créations de postes sur le développement des chimiothérapies, l'augmentation de l'activité des blocs chirurgicaux, le renfort aux urgences, l'ouverture de lits en médecine gériatrique. Ces augmentations ont pour objectif de renforcer l'activité.

Au 31 décembre 2020, le GHNV employait 1 155,17 effectifs temps plein rémunérés²³ (1 165,2 en 2019), dont 79,4 personnels médicaux (83,6 en 2019). Par rapport à 2015, le nombre d'ETP moyens rémunérés a diminué de 16 %. Cette évolution concerne autant le personnel médical (- 17 %) que le personnel non médical (- 16 %) incluant les paramédicaux.

Graphique n° 2 : évolution des personnels médicaux et non médicaux



Source : données RH des comptes financiers

²³ ETP moyens rémunérés : temps de travail ramené à un temps complet sur l'ensemble de l'année.

Le rapport d'étude sur la fusion indique qu'une évaluation complète de l'activité développée sur le GHNV sera réalisée. La direction s'engage à procéder à cette évaluation à la sortie définitive de la crise sanitaire. En effet, le fonctionnement des unités n'étant pas encore stabilisé.

Une forte réduction des personnels non médicaux avant la fusion

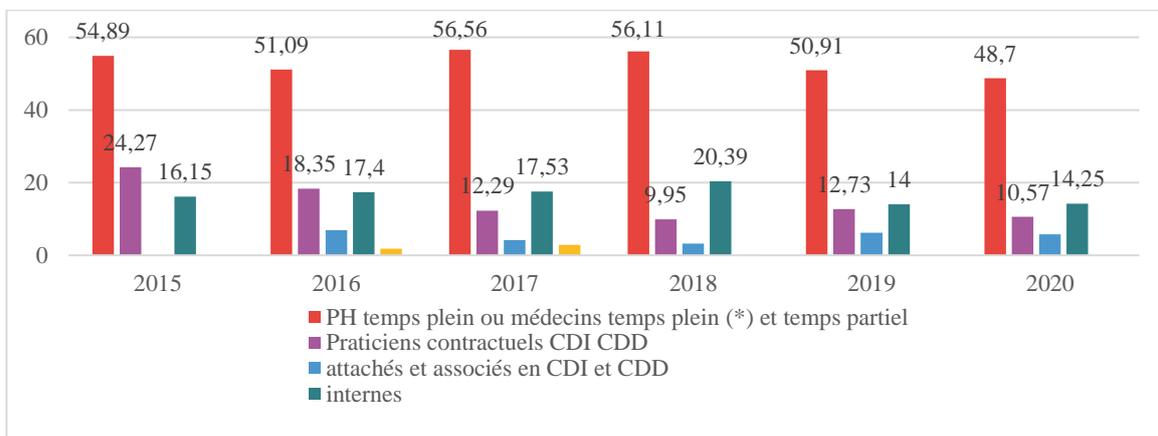
La diminution des effectifs non médicaux est de 193,7 ETP moyens rémunérés entre 2015 et 2019 (- 15,2 %) avec en particulier 67,6 ETP supprimés en 2018 qui s'est poursuivie avec une baisse de 63,9 ETP en 2019 (- 15,8 en 2016, - 45,6 en 2017). Les personnels non médicaux sont constitués majoritairement de personnels de soins.

La réduction des emplois a concerné principalement la catégorie des emplois aidés, ainsi que les « contrats soumis à disposition particulière », qui passent de 16,9 % des effectifs en 2015 à 0,04 % en 2020. Les personnels titulaires, stagiaires et en CDI représentent 84 % des effectifs en 2020 contre 74 % en 2015 ; l'appel au personnel à durée déterminée est donc de 16,38 %.

Des effectifs médicaux diminués sur la période

Globalement, entre 2015 et 2020, les effectifs en personnel médical ont diminué dans les mêmes proportions que ceux des personnels non médicaux (- 17 % ou 15,9 ETP). Plusieurs équipes des deux établissements ont été fusionnées par anticipation. Il s'agit notamment des urgences, de la biologie et du département d'information médicale (DIM), et la HAD (par transfert).

Graphique n° 3 : évolution des personnels médicaux par statut 2015-2020



Source : données RH des comptes financiers

À compter de 2018, il est noté un renforcement de ces coopérations par mise à disposition de praticiens du CHU de Poitiers : de 2015 à 2017, le CHU mettait à disposition 37 médecins (sept en 2015, puis 31 en 2016) représentant 10,55 ETP. En 2021, ce sont désormais 68 médecins (soit 25,3 ETP) qui effectuent des missions sur les trois sites.

Depuis début 2021 avec la fusion, la mise en place d'une équipe « territoriale » de radiologues a été facilitée par la fusion du pôle imagerie CHU/GHNV.

L'enjeu de ces mises à disposition est de renforcer l'activité des sites, en s'appuyant sur l'attractivité du CHU. Les recrutements médicaux effectués par le CHU intègrent désormais cette dimension de coopération territoriale. Les spécialités en tension font l'objet de recrutement par voie de conventions de mise à disposition.

4.2 Une diminution de la masse salariale

La DRH n'est pas en mesure de donner des éléments concernant le suivi de la masse salariale avant la direction commune, autres que les éléments des comptes financiers qui ont été transmis à la chambre. L'analyse, en raison de la crise sanitaire et de l'impact qu'elle a pu produire sur la gestion de la masse salariale, s'appuie sur la tendance entre les années 2015 à 2019.

La masse salariale a diminué globalement de 8,6 % entre 2015 et 2019 soit - 5,7 M€. Cette diminution des charges de personnel s'explique essentiellement par la suppression de 193,7 ETP non médicaux²⁴ (pour 3,2 M€) et de 11,41 ETP médicaux (pour 0,76 M€).

Tableau n° 14 : composition de la masse salariale du GHNV (en €)

intitulé de comptes	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution 2015/2019	2020	Evolution 2020/2015
personnel extérieur à l'établissement	688 215,67 €	1 060 112,40 €	1 742 208,23 €	966 434,94 €	1 573 128,56 €	128,58 %	2 199 436,90 €	219,6 %
impôts taxes dont taxe sur salaires	4 063 979,95 €	4 041 058,81 €	4 082 868,78 €	3 892 911,72 €	3 711 350,53 €	-8,68 %	3 849 459,26 €	-5,3 %
impôts taxes dont versement transport	1 795 849,31 €	1 824 067,16 €	1 760 710,80 €	1 684 266,43 €	1 614 335,90 €	-10,11 %	1 640 968,11 €	-8,8 %
personnel non médical	34 867 127,21 €	34 579 288,72 €	34 620 702,64 €	33 225 852,43 €	31 649 493,05 €	-9,23 %	33 146 323,56 €	-4,9 %
personnel médical	8 328 021,98 €	8 336 739,63 €	8 260 997,14 €	7 808 794,58 €	7 572 901,09 €	-9,07 %	7 666 948,71 €	-7,9 %
charges sociales	15 355 421,00 €	15 338 190,38 €	15 547 918,38 €	14 570 531,80 €	13 974 480,84 €	-8,99 %	14 282 161,97 €	-7,0 %
autres charges sociales	879 504,04 €	980 847,87 €	977 827,73 €	945 753,54 €	882 739,83 €	0,37 %	929 304,00 €	5,7 %
autres charges de personnel	836 784,37 €	746 008,24 €	44 317,60 €	272 231,17 €	54 127,60 €	-93,53 %	33 140,17 €	-96,0 %
portabilité du CET	-38 767,50 €	-9 546,00 €	-23 912,55 €	-35 293,43 €	0,00 €	-100,00 %	-16 285,81 €	-58,0 %
TOTAL	66 776 136,03 €	66 896 767,21 €	67 013 638,75 €	63 331 483,18 €	61 032 557,40 €	-8,60 %	63 731 456,87 €	-4,6 %

Source : comptes financiers de 2015 à 2020

De 2015 à 2019, la masse salariale du personnel médical a diminué de 9 % et celle du personnel non médical de 9,2 % alors que dans le même temps les recettes des produits versés par l'assurance maladie diminuaient de 3,9 %²⁵.

²⁴ De 199 ETP moyens rémunérés non médicaux de 2015 à 2020, soit 1,7 M€ sur les personnels non médicaux et une réduction de 15,9 ETP personnels médicaux ayant généré une économie de 0,66 M€. Les dépenses de personnel ont diminué plus vite que les recettes totales (+ 1,54 %) mais également plus vite que les dépenses totales (- 1,05 %).

²⁵ De 2015 à 2020, les rémunérations du personnel médical ont régressé de 7,9 % et celle du personnel non médical de 4,9 % alors que dans le même temps les recettes d'activité du titre 1 budget H (produits versés par l'assurance maladie) diminuaient de 3,7 %.

Le GHNV a fortement fait appel à du personnel extérieur médical et non médical, (notamment via de l'intérim), du fait des difficultés de recrutement²⁶. Le recours à l'intérim médical a principalement concerné le budget principal et surtout le site de Châtellerauld sur les spécialités de médecine, de radiologie, des urgences, d'anesthésie et a permis d'assurer la permanence des soins. Depuis 2018, le recours à des contrats de gré à gré est facilité dans une recherche d'efficience et de fidélisation des praticiens (en anesthésie, en gériatrie). Les dépenses de personnel extérieur ont progressé de 0,34 M€ en 2015 à 1,42 M€ en 2019.

Le recours à l'intérim en 2017 est particulièrement marqué (plus de 1,6 M€) sur les secteurs de l'imagerie, anesthésie, gynécologie-obstétrique sur le site de Châtellerauld et sur les secteurs de médecine polyvalente et des urgences de Loudun (du fait de la problématique ayant à cette date conduit à leur transformation en CSNP). À partir de 2018, l'appel à des personnels extérieurs n'est pas tant représenté par de l'intérim que par des mises à disposition de personnel extérieur, notamment par le CHU de Poitiers.

Afin de faciliter les mises à disposition de personnel entre les sites, le CHU de Poitiers a bénéficié, entre 2016 et 2020, d'une aide de l'ARS permettant de financer une partie de la prime d'exercice territorial. Le maintien de ce financement a été acté jusqu'en 2022 pour un montant moyen annuel de 56 000 € (soit 336 309 € sur la période) mais reste incertain après cette date.

4.3 La convergence de gestion des ressources humaines entre le GHNV et le CHU

4.3.1 Les modalités de gestion progressivement commune avec le CHU

Selon l'ordonnateur, l'objectif à moyen terme consiste à faire converger le plus possible les modalités de gestion des personnels non médicaux (PNM). La convergence portera sur les aspects de gestion technique des ressources humaines, le temps et l'organisation du travail et enfin la politique sociale envisagée pour le futur établissement. Un état des lieux a été réalisé portant sur les points statutaires et de gestion. À moyen terme, la convergence demeure l'objectif.

Le CHU de Poitiers assure la direction du GHNV depuis novembre 2018, ce qui a conduit à harmoniser rapidement les pratiques dans de nombreux domaines tels que la paie, la retraite, la protection sociale des agents.

Les lignes directrices de gestion (LDG) ont fait l'objet, conformément à la réglementation, d'une concertation avec les organisations syndicales de l'établissement au cours du premier semestre 2021 et d'une présentation au CTE le 7 juillet 2021 recueillant abstention à l'unanimité de ses membres. Les LDG définissent notamment les conditions d'avancement de grade et la suppression de la notation et les mobilités dans le cadre de la fusion avec le CHU. Sur les mobilités, la direction a pris l'engagement de ne pas procéder à des mobilités subies. Dès lors, les mobilités inter-sites peuvent être réalisées à l'initiative de l'agent. La gestion du temps de travail du fait de la fusion a également été présentée lors du même CTE. Elle a reçu un avis favorable à l'unanimité des représentants du personnel en donnant priorité au renforcement des

²⁶ Lors de la fusion, le recrutement a été centralisé à Poitiers, ce qui permet une meilleure répartition des ressources entre les cinq sites du CHU et évite la concurrence qui pouvait exister au préalable entre les deux établissements. Ceci a permis d'améliorer le recrutement infirmier en 2021. Le recours à l'intérim peut intervenir sur le GHNV depuis la fusion, comme pour le reste du CHU, en fonction des tensions sur le recrutement, avec accord de la DRH.

effectifs au lit du patient et à l'octroi de RTT aux agents dont la durée journalière de travail se trouve allongée.

L'harmonisation progressive des pratiques en matière de gestion des ressources humaines s'étendra effectivement au bilan social. Si la chambre a constaté l'absence de bilans sociaux depuis 2018 alors qu'ils devaient comporter une analyse sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes conformément à la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012²⁷, la réalisation du bilan social commun à l'ensemble des sites regroupés près du CHU sera réalisée dès 2022, facilitée par l'acquisition d'un logiciel dédié. Ce bilan social unique devra comprendre notamment des données relatives au recrutement, à la formation, au temps de travail, à la promotion professionnelle, aux conditions de travail, à la rémunération et à l'articulation entre activité professionnelle et vie personnelle. Si celui-ci n'est pas présenté en tant que tel, les bilans sociaux de 2015 à 2017 comprenaient toutefois des indicateurs quantitatifs, par genre, relatifs à la thématique de l'égalité professionnelle²⁸.

4.3.2 Les heures supplémentaires rémunérées du personnel non médical

Le nombre d'heures supplémentaires accomplies par agent a été plafonné par le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié par le décret n° 2010-310 du 22 mars 2010. Le quota maximum mensuel est de 15 heures par mois, soit 180 heures par an.

Les heures supplémentaires ont évolué à la hausse entre 2016 et 2019.

Tableau n° 15 : évolution des heures supplémentaires

<i>libellé et comptes</i>	2016	2017	2018	2019	évolution 2016 2019	2020	évolution 2020 2016
641171 IHTS et IFTS titulaires et stagiaires	164 103,37	175 819,59	198 238,55	310 259,86	89 %	382 212,65	133 %
641371 IHTS CDI	24 728,09	19 138,60	11 755,89	28 690,83	16 %	22 674,66	-8 %
641571 IHTS ET IFTS CDD	5 340,00	8 113,93	13 964,51	38 013,72	612 %	57 111,05	969 %
Total général	194 171,46	203 072,12	223 958,95	376 964,41	94 %	461 998,36	138 %

Source : comptes financiers

²⁷ Article 51 : « Chaque année est présenté devant les comités techniques prévus aux articles 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée, 33 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 précitée, L. 315-13 du code de l'action sociale et des familles et L. 6144-4 du code de la santé publique, dans le cadre du bilan social, un rapport relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes comportant notamment des données relatives au recrutement, à la formation, au temps de travail, à la promotion professionnelle, aux conditions de travail, à la rémunération et à l'articulation entre activité professionnelle et vie personnelle ».

²⁸ Le bilan social a été établi sur la base des indicateurs du décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et de l'instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 6-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

En moyenne, 7,53 heures²⁹ sont effectuées par les agents en 2019, soit un nombre d'heures inférieur à la moyenne constatée dans les CH de plus de 70 M€ (moyenne observée 12 h).

L'instruction a permis de constater qu'avant 2018, la DRH ne dispose pas de trace du contrôle des heures supplémentaires. Aujourd'hui, il reste pratiqué sur du déclaratif, bien que validé hiérarchiquement.

4.4 Les conditions d'emploi et les rémunérations des personnels non médicaux

Dans le cadre du contrôle, plusieurs items ont été vérifiés sans donner lieu à remarque : la nouvelle bonification indiciaire (NBI) et les non titulaires, les frais de déplacement et le versement d'heures supplémentaires, le versement du supplément familial en cohérence avec le nombre d'enfants à charge, ou encore l'indemnité de résidence.

4.4.1 Des primes servies irrégulièrement à des agents contractuels

Les règles relatives aux primes des agents contractuels sont précisées dans l'instruction n° DGOS/RH4/2015/108 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière. Par cette instruction, la DGOS rappelle que le principe selon lequel il n'y a pas de prime ou d'indemnité sans texte législatif ou réglementaire est posé à l'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 ; elle précise cependant que l'absence de renvoi au statut général de la fonction publique dans le décret du 6 février 1991 applicable aux contractuels « *ne signifie pas une interdiction mais une possibilité de verser des primes et indemnités aux agents contractuels de la FPH sans que celles-ci ne soient nécessairement instituées par un texte législatif ou réglementaire* ».

La jurisprudence du Conseil d'État précise qu'en l'absence d'un texte réglementaire ou même si le régime applicable à certaines catégories d'agents contractuels est défini par des textes de caractère réglementaire, certains éléments de la situation de ces agents peuvent être fixés par les stipulations de leurs contrats ; il appartient alors dans ce cas aux organes compétents des établissements publics autonomes de définir le régime de ces personnels et de préciser leur situation, en tant que de besoin, dans les contrats (avis d'assemblée générale n° 359 964 du 30 janvier 1997).

L'établissement avait historiquement un volume important de contractuels. La DRH n'a pas été en mesure de donner des précisions sur les modalités de versement des indemnités aux contractuels avant la direction commune.

L'analyse a cependant permis d'identifier deux types d'indemnités servies irrégulièrement à des contractuels, pour des montants significatifs.

²⁹ Heures de jour, de nuit, dimanches, jours fériés. Bilan social des EPS 2019.

- L'indemnité forfaitaire technique aux techniciens et techniciens supérieurs de la FPH

Le décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013 prévoit l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux agents du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers et détermine les conditions d'attribution actuelle de cette prime. Les techniciens hospitaliers (TH) et techniciens supérieurs hospitaliers (TSH), titulaires ou stagiaires, bénéficient d'une indemnité forfaitaire technique qui est attribuée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, en fonction de la valeur professionnelle du bénéficiaire. Les techniciens hospitaliers contractuels et les techniciens supérieurs hospitaliers contractuels ne peuvent bénéficier de cette indemnité.

Le montant brut mensuel maximum de la prime s'élève à :

- 25,41 % du traitement mensuel brut indiciaire pour les techniciens hospitaliers (1^{er} grade) ;
- 40 % du traitement mensuel brut indiciaire pour les techniciens supérieurs de 2^{ème} et 1^{ère} classe (2^{ème} et 3^{ème} grade).

Sur la période, 307 554 € d'indemnités forfaitaires techniques ont été versés à des agents non titulaires (voir tableau en annexe 4).

- La prime spécifique dite « prime Veil »

Le décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 relatif à l'attribution de la prime spécifique à certains agents de la fonction publique hospitalière détermine les conditions d'attribution de ce régime indemnitaire. Le dispositif est complété par l'arrêté ministériel du 30 novembre 1988 qui en fixe le montant. Elle est versée annuellement dans les établissements hospitaliers à certains fonctionnaires titulaires et stagiaires (sauf ceux recevant déjà une prime de technicité ou la prime de fonction et de résultat) en fonction de leur corps d'appartenance, selon des critères d'activité et de savoir-faire. L'instruction du 2 avril 2015 confirme qu'elle n'est pas applicable aux contractuels.

Au GHNV, ladite prime a été versée irrégulièrement à des personnels infirmiers non titulaires sur toute la période 2015-2019 pour un montant global de 240 195,87 € (voir tableau en annexe 4). Après la fusion, le CHU l'a maintenu aux contractuels déjà en place mais ne l'accorde plus aux nouveaux contrats. Afin de se mettre en conformité, le CHU prévoit la mise en stage statutaire des infirmiers recrutés jusqu'au 31 décembre 2020 par contrats. Ainsi, l'octroi de la prime Veil à ces personnels devrait cesser fin 2022.

Alors que le protocole « parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR) prévoyait une revalorisation indiciaire des corps et grades de la fonction publique hospitalière au cours de l'année 2016, la direction générale du CHU a décidé d'étendre sa mise en œuvre en 2019 aux agents contractuels. Dès lors, les reclassements indiciaires ont ainsi été appliqués selon la règle de l'indice égale ou immédiatement supérieur mais tardivement et sans effet rétroactif. Cette pratique n'est pas conforme à la réglementation et préjudiciable aux agents contractuels. La chambre invite le nouvel ordonnateur à s'appuyer sur l'instruction du 2 avril 2015 précitée pour assurer la mise en conformité du régime indemnitaire des agents contractuels.

4.5 Les conditions d'emploi des personnels médicaux

4.5.1 Les conditions d'emploi des praticiens contractuels

Les rémunérations des praticiens contractuels sont globalement en diminution sur la période 2015-2019. Toutefois, un rebond est constaté en 2020, dont l'explication trouve sa source dans la crise sanitaire.

Tableau n° 16 : rémunérations praticiens contractuels sans renouvellement de droit

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Compte 6423	1 107 010,39 €	1 143 213,02 €	1 460 128,11 €	1 000 425,52 €	987 427,94 €	1 357 325,59 €

Source : comptes financiers

Les praticiens contractuels sont recrutés conformément aux normes et les rémunérations respectent les dispositions des articles R. 6152-416 et suivants du code de la santé publique (CSP). Ils peuvent également être recrutés indirectement en application des dispositions de l'article R. 6146-25 du CSP relatif au recours à des personnels médicaux pour des missions de travail temporaire³⁰.

Si l'appel à ce type de contrat apparaît inévitable pour garantir la continuité du service public hospitalier, la chambre rappelle toutefois que l'établissement doit se conformer aux nouvelles dispositions applicables aux établissements de santé en matière de recrutement de praticiens contractuels.

4.5.2 Les liens d'intérêts entre les entreprises et les professionnels de santé

La loi du 29 décembre 2011³¹ relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé prévoit une obligation de déclaration des liens entre les entreprises du secteur de la santé et les professionnels de santé et une publication de ces informations. L'exactitude des données renseignées dans la base accessible sur le site « *transparence-sante.gouv.fr* » repose sur les entreprises de santé. Un droit de rectification est ouvert aux professionnels de santé.

Parmi les éléments recensés, il a été relevé que plusieurs médecins du GHNV avaient perçu des rémunérations, des remboursements de frais d'entreprises du secteur de la santé et conclu avec des entreprises différentes des conventions d'expertise rémunérée.

³⁰ Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé ; la loi du 26 avril 2021, encore dans l'attente des décrets d'application, prévoit l'encadrement des contrats de gré à gré.

³¹ Complétée par l'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé et par le décret n° 2016-1939 du 28 décembre 2016 relatif à la déclaration publique d'intérêts prévue à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique et à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme.

L'établissement GHNV n'en avait semble-t-il pas connaissance et ces défraiements n'étaient a priori pas indiqués dans les dossiers personnels des médecins. Le GHNV n'a pas travaillé sur les risques d'atteinte à la probité, en lien avec la question des liens d'intérêts et le cumul d'activités accessoires.

Une évolution sur ce point sera opérée dans le cadre de la fusion puisque le CHU de Poitiers vérifie systématiquement chaque demande d'activité annexe et sa conformité au volume de rémunération réglementairement autorisé.

4.6 L'activité libérale

4.6.1 L'information des patients

Les patients peuvent demander à être soignés ou hospitalisés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statutaire exerçant à temps plein. Une information écrite préalable du patient sur le tarif des actes effectués, le montant du dépassement éventuel et les conditions de leur remboursement par l'assurance maladie n'étaient pas opérés par écrit, mais uniquement oralement.

Un affichage était réalisé dans les salles d'attente ou à défaut dans le lieu d'exercice. En cas d'hospitalisation, le patient formulait expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien.

Toutefois, la chambre relève qu'il n'y a pas mention dans les livrets d'accueil sous la période de contrôle, de l'information donnée au patient sur l'existence de l'activité libérale.

4.6.2 La commission d'activité libérale et la charte de l'activité libérale

La commission d'activité libérale s'est réunie une fois par an à l'exception de l'année 2018³², ce qui déroge à la réglementation. Elle a établi un rapport conformément au code de la santé publique³³. La composition de la commission apparaît conforme (article R. 6154-12 du CSP).

L'établissement fournit à la commission les éléments d'activité et financiers qui présentent l'ensemble des mentions permettant de suivre l'activité libérale. Celle-ci reste accessoire.

Le décret n° 2017-523 du 11 avril 2017 impose la rédaction d'une charte d'activité libérale intra-hospitalière dans les établissements au sein desquels les praticiens sont autorisés à exercer une activité libérale. Elle est arrêtée par le directeur de l'établissement sur proposition de la commission de l'activité libérale, après concertation du directoire et avis de la commission des usagers, de la commission médicale d'établissement et du conseil de surveillance.

³² Article R. 6154-14 du CSP – dates des réunions : 13 septembre 2016, 8 novembre 2017, 24 juin 2019, 24 juin 2020.

³³ Article R. 6154-11 du CSP. PV de 2016, 2017, 2019, 2020.

Le GHNV n'en disposait pas sur la période et elle n'était donc pas annexée aux contrats à l'occasion de leur signature ou de leur renouvellement.

4.6.3 Les contrats d'activité libérale

Les praticiens hospitaliers peuvent réaliser une activité libérale au sein de l'hôpital public dans le cadre des dispositions des articles L. 6154-1 à 6 et R. 6154-4 et suivants du CSP. L'article L. 6154-2 du même code encadre la pratique d'une activité partagée dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique. Ainsi, la durée de l'activité libérale ne peut excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens et le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur à ceux effectués au titre de l'activité publique.

Aux termes des dispositions précitées, l'activité libérale exercée à l'hôpital donne lieu à redevance versée trimestriellement au centre hospitalier. Un contrat d'activité libérale, soumis à l'approbation de la tutelle, est conclu entre l'établissement et le praticien pour une période de cinq ans.

Des contrats d'activité libérale sont en vigueur et ceux de 11 praticiens ont été transmis. Ceux-ci ont choisi de percevoir leurs honoraires par l'intermédiaire de la régie hospitalière³⁴. Une majorité d'entre eux exercent en secteur 1 (sans dépassement d'honoraires) et les autres médecins en secteur 1 ou 2 avec une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)³⁵.

Les contrats d'activité libérale les plus récents (conclus en 2018-2019) sont complets et apparaissent correctement mis en œuvre.

Il n'apparaît pas dans les tableaux mensuels de service fournis que les plages d'activité libérale soient mentionnées. La chambre note que seuls les tableaux mensuels de service de 2015 lui ont été adressés et ne permettent donc pas d'en tirer des conclusions pour toute la période contrôlée.

³⁴ Lors de la CAL de 2019, le docteur Vaz souhaitait passer en encaissement direct.

³⁵ L'Optam est un dispositif contractuel qui, depuis 2017, remplace le contrat d'accès aux soins. En y souscrivant, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement (au maximum fixé à 100 % de dépassement d'honoraires calculés sur la base des tarifs applicables aux praticiens de secteur 1) et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement (ces objectifs sont calculés par l'assurance maladie en fonction de l'activité des trois années précédentes). L'option tarifaire Optam s'adresse principalement aux médecins de secteur 2. Le praticien bénéficie d'une prime modulée en fonction du respect des engagements qui est destinée à valoriser son activité réalisée à tarif opposable (cette prime se substitue à la prise en charge des cotisations sociales de l'ancien contrat d'accès aux soins). Pour le patient, le taux de remboursement est meilleur qu'en secteur 2 non OPTAM car la base de remboursement n'est pas minorée. Par ailleurs, les complémentaires santé peuvent rembourser sans limite les honoraires des médecins ayant adhéré à l'Optam alors que la prise en charge est la plupart du temps minorée dans le cas d'un médecin non adhérent à l'Optam.

4.7 La permanence des soins et le temps de travail additionnel (TTA)

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a érigé la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) en mission de service public financée par une enveloppe spécifique. Elle est organisée soit sur place, soit par astreinte à domicile qui peut donner lieu à déplacement.

Au-delà de leurs obligations de service, les médecins hospitaliers concernés par ce nouveau dispositif peuvent accomplir, sur la base du volontariat, un TTA donnant lieu soit à récupération soit à indemnisation. Cette possibilité impose un suivi rigoureux du temps de travail des praticiens et des tableaux de service.

L'article R. 6152-26 du CSP précise qu'un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou à défaut le responsable de la structure. Les tableaux de service établis mensuellement ont été effectivement présentés à la chambre, faisant apparaître pour chaque praticien ses obligations hebdomadaires, le temps additionnel et les heures effectuées au-delà, la nuit, le dimanche ou jour férié. Ils sont signés à l'issue de leur élaboration mais ne le sont pas par suite afin de garantir la réalité des services faits. Les tableaux récapitulatifs quadrimestriels n'ont pas été fournis à la chambre, ce qui aurait pourtant permis de vérifier la consistance des temps concernés et la justification de la liquidation.

4.7.1 La permanence des soins et le temps de travail additionnel

Il est recommandé que l'organisation de la permanence des soins fasse l'objet d'un règlement interne³⁶, fixant, notamment, les modalités des lignes de gardes et astreintes par service de soins. L'établissement a fourni un document (non signé et daté du 19 juin 2018) intitulé « organisation de la permanence des soins » listant les spécialités concernées. Un tel document devrait être révisé au fil des modifications de l'organisation, ce qui ne semble pas le cas en l'espèce³⁷.

La chambre relève ainsi que l'organisation de la permanence des soins est faiblement formalisée sur la période 2015-2020. Toutefois, le GHNV a fourni un exemplaire de tableau hebdomadaire des gardes et astreintes pour la semaine du 9 au 11 novembre 2015 ainsi que pour la semaine du 8 au 14 mars 2021 qui liste précisément les services, les médecins concernés. En revanche, les tableaux du temps de travail additionnel n'ont pas été transmis. La chambre relève qu'il n'a pas été possible de vérifier les tableaux et contrats relatifs au temps de travail additionnel.

³⁶ L'instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 recommande - afin d'adapter la déclinaison opérationnelle des dispositions relatives aux astreintes, issues notamment des dispositions modifiées de l'arrêté du 30 avril 2003 - d'élaborer un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes définissant les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif, sur proposition de la COPS.

³⁷ Instruction DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 point II.3 : « Afin d'adapter la déclinaison opérationnelle des dispositions relatives aux astreintes, il est recommandé d'élaborer, dans chaque établissement, en concertation avec les praticiens, un règlement intérieur définissant les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif, en fonction de la nature des organisations médicales, des activités et des spécificités propres aux différentes spécialités. Ce règlement intérieur de fonctionnement des astreintes est proposé par la COPS, intégré dans le règlement intérieur de l'établissement arrêté par le directeur après avis de la CME et concertation du directoire ».

Conclusion intermédiaire

La gestion des ressources humaines du GHNV présente quelques anomalies relatives aux primes versées aux contractuels. La gestion de l'activité libérale et celle des temps de travail additionnel apparaît perfectible. Sur la période contrôlée, les priorités en termes de ressources humaines ont néanmoins conduit à un effort massif de rationalisation de la masse salariale, en cohérence avec les orientations financières.

5 L'IMPACT DE LA FUSION SUR LES FINANCES : UN PROCESSUS DE RETABLISSEMENT DES COMPTES A RENFORCER

5.1 La qualité de l'information comptable du GHNV désormais à l'épreuve de la certification des comptes du CHU

Du fait de la mise en place de la direction commune à partir de 2018, l'établissement a procédé depuis plusieurs années à une convergence des méthodes et processus comptables avec le CHU. À ce titre, par exemple, l'état de l'actif a été fiabilisé. Les durées d'amortissement sont conformes à la nomenclature M21.

Le contrôle n'a pas décelé d'anomalies sur les points suivants : concordance du solde du compte 1641 et de l'état de la dette (cohérences soldes en balances de sortie avec les soldes au bilan), la fiabilité de l'actif, les durées d'amortissement, la justification des provisions et des cessions. Les soldes des comptes d'imputation provisoire ne présentent pas d'anomalies. L'examen de la fiabilité des comptes du GHNV permet d'identifier quelques axes d'amélioration, tels que le contrôle des régies, le recouvrement des restes à recouvrer. Les écritures de transfert ont été régulièrement passées et ne donnent pas lieu à observation. Le rattachement des charges et des produits s'est amélioré sur la période.

Des procédures de contrôle interne existaient entre 2015 et 2020 mais étaient très peu formalisées sur la période du contrôle. Dans la suite de la direction commune, on note le début de la convergence des méthodes de provisionnement vers celles du CHU, et le transfert de la création numérique des fournisseurs aux agents de la direction des finances (trois agents) en supprimant cette faculté aux acheteurs.

Les indicateurs de qualité comptable se sont améliorés entre 2015 et 2019 : la note globale s'établit à 18,1/20 en 2019, contre 16,3/20 au niveau de la région Nouvelle-Aquitaine et 16/20 au niveau national. La dégradation perçue en 2020 est le résultat des opérations de transfert et de la crise sanitaire.

À compter de la fusion, le transfert de l'ensemble des processus comptables a été opéré vers le CHU de Poitiers, soumis à la certification annuelle de ses comptes et doté d'un service facturier, qui optimise la séparation des tâches entre commande-réception-relations fournisseurs, d'une part, et liquidation-mandatement-visa, d'autre part.

5.1.1 Des montants importants de restes à recouvrer

La tarification à l'activité (T2A) doit conduire normalement les établissements hospitaliers à suivre au plus près la facturation de leur activité. Il en ressort que le montant des restes à recouvrer est devenu un élément majeur. Il doit être pris en compte pour l'analyse de l'efficacité de la chaîne de facturation d'autant plus que cet indicateur traduit, le cas échéant, les difficultés de trésorerie d'un hôpital.

Sur la période examinée, la trésorerie des collectivités du Châtelleraudais et la trésorerie de Poitiers établissements hospitaliers (TPEH) ont fait l'objet en 2017 d'un audit de la DDFiP sur le recouvrement en secteur hospitalier. En 2019, la gestion du GHNV est transférée à la TPEH qui fait l'objet d'un audit par la DDFiP sur l'organisation, le pilotage, la comptabilité, le recouvrement de la gestion des hébergés. Les deux rapports ont constaté une amélioration du recouvrement mais des difficultés sur le recouvrement avec les mutuelles.

Une convention portant sur les conditions de recouvrement des produits locaux a été signée le 18 janvier 2018 entre la TPEH et le CHU. Elle souligne que la formalisation de la politique de recouvrement et du traitement en non-valeur est perfectible. De 2015 à 2019, le GHNV n'avait en revanche pas formalisé sa politique de recouvrement.

Désormais, la convention de recouvrement du CHU intègre tous les produits qui sont dans sa comptabilité y compris ceux du GHNV, de l'hôpital de Montmorillon et de l'hôpital de Lusignan.

Le montant des restes à recouvrer est élevé mais reste globalement stable sur la période 2015 et 2018. En revanche, en 2019 et 2020, les restes à recouvrer « amiables » et « contentieux » présentent des soldes élevés respectivement de 13 M€ et 21 M€. L'évolution des restes à recouvrer au 31 décembre 2020 résulte d'une absence de mise en recouvrement de certains produits. En effet, pour réaliser une fusion effective au 1^{er} janvier 2021, les produits de fin d'année habituellement recouverts au cours de la journée complémentaire n'ont pu être réalisés et expliquant de facto, le niveau élevé des « autres recettes à régulariser » cette même année. Dès lors, le niveau des restes à recouvrer n'est pas, sur cette dernière, représentative.

Tableau n° 17 : détail des restes à recouvrer CH de GHNV

En €	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Restes à recouvrer amiables (a c/ 411)	10 179 235	10 539 826	11 593 398	10 554 735	12 764 749	21 367 978
Restes à recouvrer contentieux (b) C/ 416	286 096	314 059	331 480	434 193	481 756	447 420
Restes à recouvrer amiable et contentieux (c= a+b)	10 465 331	10 853 886	11 924 878	10 988 928	13 246 506	21 815 398
Produits	61 972 833	61 828 739	60 508 136	75 220 684	77 234 657	78 321 972
Taux de restes à recouvrer (e) (c/d)	15,40%	15,83%	17,57%	13,28%	15,58%	25,19%
Taux de restes à recouvrer contentieux (e bis) (b/d)	0,42%	0,46%	0,49%	0,52%	0,57%	0,52%
Dépréciation des comptes de redevables (f)	213 930	274 042	355 999	434 859	902 815	1 021 727

Source : comptes financiers

L'attention de l'ordonnateur est appelée sur la nécessité d'exercer les promptes diligences de recouvrement, en lien avec les services de la trésorerie.

Les dépréciations des comptes de tiers sont constatées dans les comptes 491 et 496. Les créances dont le recouvrement est compromis donnent lieu à constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à minorer cette dépréciation selon la M21. Le GHNV applique la réglementation.

Tableau n° 18 : provision pour dépréciation des comptes de redevables

<i>comptes</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020
491 dépréciation des comptes de redevables	213 930,05	274 041,70	355 998,71	434 858,89	902 815,00	1 021 727,00

Source : comptes financiers

Les provisions pour dépréciation des comptes de redevables ont très fortement augmenté à partir de 2019 pour atteindre 1,02 M€. Ce constat résulte de l'application des procédures en vigueur au CHU dans ce domaine.

Les pertes sur créances irrécouvrables (c/ 654) représentent 0,16 M€ soit 1,2 % des restes à recouvrer en 2020.

Tableau n° 19 : pertes sur créances irrécouvrables

<i>compte</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution
6541 créances admises en non-valeur	94 810,99	231 534,84	62 359,93	80 953,41	157 849,30	161 533,80	70,37 %
6542 créances éteintes	5 340,72	15 091,17	6 957,93	9 672,76	17 632,08	14 999,05	180,84 %
Total général	100 151,71	246 626,01	69 317,86	90 626,17	175 481,38	176 532,85	76,27 %

Source : comptes financiers

Le montant des restes à recouvrer demeure une difficulté significative mais devrait être progressivement absorbé selon le comptable. La chambre invite l'établissement, en partenariat avec le comptable, à fiabiliser le recouvrement des créances et à réaliser une évaluation annuelle du montant des créances à admettre en non-valeur.

Recommandation n° 3 : mettre en œuvre des actions destinées à améliorer le recouvrement des créances de l'ancien GHNV en lien avec le comptable public.

5.1.2 L'insuffisance du contrôle des régies

Conformément à l'article R. 6145-54-1 du code de la santé publique, l'ordonnateur doit s'assurer du contrôle du fonctionnement des régies qu'il a instituées, selon des périodicités et modalités déterminées par lui. Il ressort que l'ordonnateur n'a pas organisé le contrôle de ses régies. Dès lors, ces dispositions n'ont pas été respectées jusqu'à la mise en œuvre de la direction commune.

Depuis, la mise en œuvre de cette dernière, un référent « régies » a été identifié au sein de la direction des finances du CHU. Il est désormais l'interlocuteur de premier niveau auprès des régisseurs en lien avec les services du comptable. Suite à la fusion avec le CHU, les anciennes régies du GHNV ont été clôturées.

5.2 L'analyse financière

Le GHNV disposait de six budgets en 2015, réduits au nombre de quatre en 2020. L'hôpital (budget principal) constitue la part prépondérante de ce budget soit 80 %.

Tableau n° 20 : budgets du GHNV en 2019

	Dépenses 2019	en %
H : budget principal	77 795 816,13 €	80 %
A : dotation non affectée	257,65 €	0 %
B : USLD	5 414 853,79 €	6 %
E1 : Ehpad	14 136 057,19 €	15 %
TOTAL	97 346 984,76 €	100 %

Source : CRC d'après les budgets du GHNV

L'analyse ci-dessous s'attache aux évolutions constatées entre 2015 et 2019, car il apparaît difficile de confirmer ou d'infirmer des tendances sur l'année 2020, voire même 2021, compte tenu du caractère exceptionnel de ces exercices.

5.2.1 Les produits de fonctionnement (tous budgets confondus)

5.2.1.1 Les recettes relatives à l'activité hospitalière

Les recettes d'activité représentent près de 51 % des recettes de l'établissement. Elles baissent régulièrement sur la période 2015-2019 de 7,3 %. Selon les rapports des comptes financiers, les baisses de recettes trouvent leur explication dans l'absence d'un chirurgien en 2015 et 2016, puis de la fermeture du service de gastro-entérologie en 2017. En 2018, ces recettes subissent une nouvelle baisse de 3,2 % issue d'une nouvelle diminution des actes en hospitalisation complète.

L'année 2019 constitue une exception avec une hausse des recettes de 3,4 % par rapport à l'année précédente. Elles trouvent des explications avec la mise en œuvre de différentes mesures destinées à relancer l'activité³⁸.

Quant à la chirurgie, même si au global sur 2015-2019 on observe une diminution importante des recettes à l'activité, une hausse de 4,4 % est relevée entre 2018 et 2019. Toutefois, la chirurgie reste un point de vigilance compte tenu de la dégradation de l'activité sur la période.

Faisant suite à une phase de perte d'activité majeure jusqu'en 2018, les premières mesures de redressement proposées dans le cadre de la direction commune semblent ainsi dessiner une tendance au redressement sur le volet médecine.

³⁸ L'augmentation de 34,4 % des séjours en gastro-entérologie avec l'arrivée de deux médecins se traduit par une hausse de 30 % des recettes dans cette spécialité. L'augmentation du nombre de séances (+ 18,4 %) se traduit par une hausse de près de 18 % de cette ligne de T2A. La hausse des recettes de HAD de près de 22 % est consécutive d'une hausse de 23,6 % du volume des journées réalisées.

Tableau n° 21 : valorisation des séjours de chirurgie 2015-2020

<i>GHS³⁹ de chirurgie</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variation 2015 2019
Nombre de GHS	7 896	7 196	6 841	6 695	6 723	6092	-14,9 %
Valorisation (en €)	14 929 415	14 063 514	13 686 808	12 835 836	13 395 826	11 977 228	-10,3 %

Source : données rapport DIM GHNV

La direction commune, à partir de 2018, encourage également le développement de l'activité de consultations qui se traduit par une hausse dès 2019 de 8,6 %, alors qu'entre 2015 et 2017 ce résultat était à la baisse. Les temps médicaux mis à disposition par le CHU de Poitiers, tant sur le site de Châtellerault que sur celui de Loudun, ont constitué le levier d'évolution de l'activité. Ainsi, les recettes issues des consultations externes sont passées de 4,3 M€ en 2015 à 4,6 M€ en 2020.

Une évolution à la baisse des produits non pris en charge par l'assurance maladie est constatée, malgré, ici encore, une reprise significative en 2019. Ils sont liés notamment à la facturation du forfait journalier qui diminue. Sur la période, ces produits sont passés de 5,7 M€ à 5 M€.

Enfin, le budget principal a connu un recul de son activité au cours de l'année 2020 (- 9 %) soit une perte potentielle de recettes de 3,6 M€. L'activité de consultations externes a enregistré une baisse de - 11 % soit un impact de - 0,7 M€ sur les recettes.

Un mécanisme de la garantie de ressources a permis au GHNV de couvrir ces pertes. En outre, le GHNV a été bénéficiaire de 1,58 M€ (en exploitation) en accompagnement de la crise sanitaire, et de 1,7 M€ de garantie en marge brute. Enfin, il a bénéficié de 0,86 M€ au titre du Ségur de la santé.

5.2.1.2 Les recettes liées à l'activité dépendance : Ehpad⁴⁰ et USLD⁴¹ (budgets annexes)

Pour les budgets annexes, les budgets Ehpad et USLD ont connu une évolution à la hausse de leurs recettes suite à une revalorisation de la convention tarifaire avec le département en 2015, mise en œuvre en 2016. Toutefois, on constate depuis 2016 une relative stabilité des recettes des budgets annexes (entre 1,85 M€ et 1,91 M€), que des taux d'occupation très élevés consolident.

Les tarifs de l'Ehpad sont un peu supérieurs (62,19 €/jour) à la médiane des établissements publics du département (61,70€/jour environ), mais restent contenus.

5.2.2 Les dépenses de fonctionnement (tous budgets confondus)

5.2.2.1 Des dépenses qui suivent la courbe de la masse salariale, ponctuées d'optimisations récentes

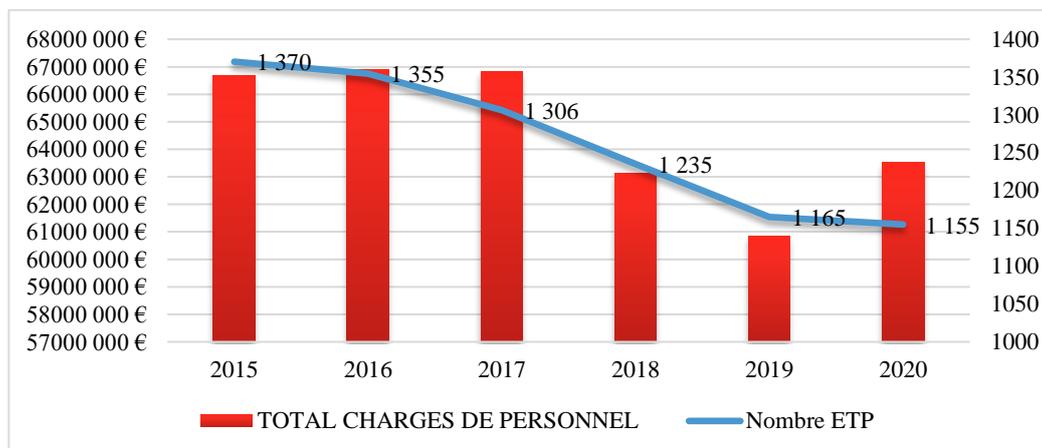
Les charges de personnel représentent plus de 55 % des charges totales. Les efforts d'optimisation sont conséquents sur cet agrégat principal notamment à partir de 2018.

³⁹ Groupe homogène de séjour.

⁴⁰ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁴¹ Unité de soins de longue durée.

Graphique n° 4 : évolution de la masse salariale et du nombre des ETP



Source : CRC d'après les comptes du GHN

En effet, en solde brut, les charges de personnel baissent de 9 % entre 2016 et 2019 (malgré une reprise en 2020). Ainsi, le poids de la masse salariale dans les dépenses de l'hôpital diminue et passe de 74 % en 2016 à 68,6 % en 2019. Toutefois, en solde net, ces dépenses évoluent à la hausse sur 2016 et 2017 du fait notamment de l'arrêt progressif des financements de l'État sur les emplois aidés (575 K€ en 2015 à 1 K€ en 2020), ainsi que des régularisations de taxe sur les salaires.

Les efforts réalisés à partir de 2015 et accélérés à partir de 2018, se traduisent par un volume d'ETP⁴² qui baisse de 204,8 ETP en 2019, dont presque 12 ETP médicaux. Ainsi, en 2018, les mesures principales ont concerné des réorganisations de services (cardiologie, médecine interne et polyvalente) et la diminution du nombre de contrats aidés, la diminution de l'intérim médical (- 1 M€), et une réduction d'effectifs de 59 ETP non médicaux. En 2019, 3,3 M€ de mesures structurelles sont mises en œuvre, soit une baisse de 7,8 % des effectifs (- 69 ETP) du fait des suppressions de postes et des transferts.

Outre la dynamique de relance de l'activité, prévue au contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), une diversité de mesures (toutes illustrées dans le CREF) a été déployée afin de rationaliser les dépenses de l'établissement. Un point d'étape est retracé dès juin 2019 afin d'en souligner les effets. Ces évolutions ont concerné l'ajustement des effectifs paramédicaux à travers la réorganisation (voire la fermeture) des services d'hospitalisation, les transferts de la HAD, de la biologie et de la blanchisserie au CHU, la réorganisation des fonctions supports dans le cadre de la direction commune et l'externalisation auprès du CHU du service de blanchisserie de Châtelleraut (gain évalué en 2019 à près de 500 K€/an).

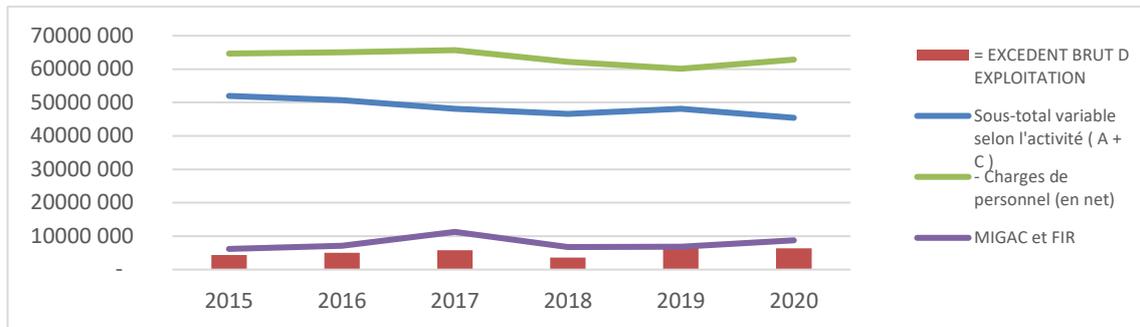
Les mesures prises par le GHN, bien que ne compensant pas la baisse d'activité, ont néanmoins permis d'importantes optimisations de charges. Celles-ci se voient accentuées à partir de la direction commune.

⁴² Équivalent temps plein.

5.2.3 La formation de l'excédent brut d'exploitation

Sur la période, l'excédent brut d'exploitation (EBE) est positif et compris entre 3,6 M€ et 7,5 M€.

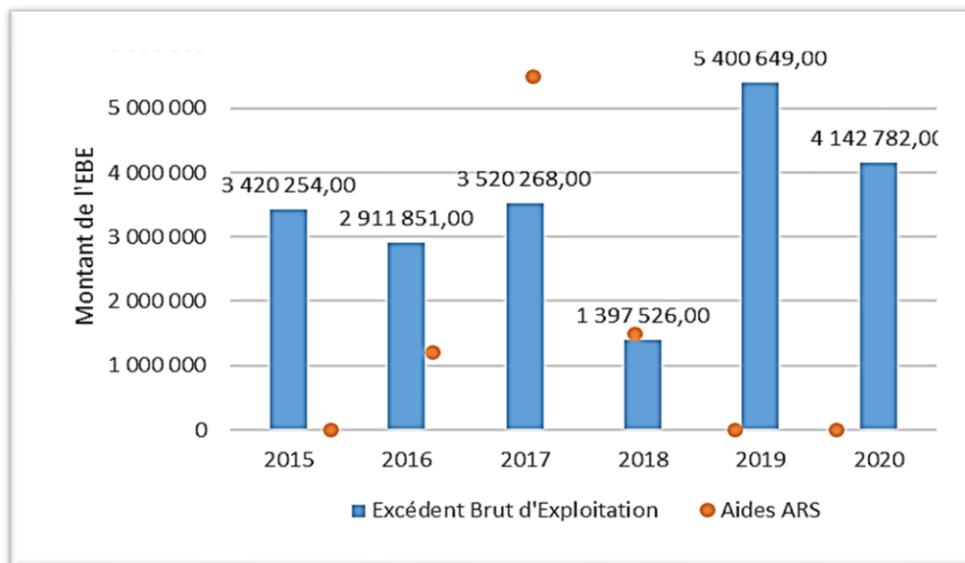
Graphique n° 5 : évolution des principales recettes et dépenses



Source : CRC d'après le tableau des soldes intermédiaires de gestion produit par le CHU.

Sur le budget principal, l'évolution de l'EBE a notamment profité de l'accompagnement financier de l'ARS réalisé au cours de ces dernières années, au travers de dotations exceptionnelles.

Graphique n° 6 : évolution de l'EBE et impact des aides de l'ARS



Source : CRC d'après les comptes financiers

Ainsi, la courbe de l'EBE apparaît soutenue par une dotation de fonds par l'ARS. Si 2018 apparaît comme une année en creux, l'ARS a néanmoins doté l'établissement au titre des investissements (1,5 M€) afin de réaliser le projet de rénovation des urgences.

Le CHU, à partir de 2018, a également contribué au soutien en trésorerie de l'établissement au travers de l'achat en équipements pour le compte de la structure. Au total, on peut considérer que 11,1 M€ ont été versés en accompagnement au GHNV. Il convient également d'ajouter, sur l'exercice 2021 (bénéficiaire : CHU Poitiers), les volumes de 2,171 K€ au titre des dettes d'exploitation non soldées du GHNV et des avances non remboursées, ainsi que 1,5 M€ au titre de l'aide à la fusion.

Tableau n° 22 : aides complémentaires perçues par le GHNV sur la période 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	total
<i>FIR</i>			3 500 000				
<i>MIGAC</i>		1 200 000	2 000 000				
<i>Aide à l'investissement (ARS)</i>				1 500 000			
<i>Aide en trésorerie (ARS)</i>					2 200 000		
TOTAL		1 200 000	5 500 000	1 500 000	2 200 000	-	10 400 000
<i>Soutien CHU⁴³</i>					719 000		

Source : CHU Poitiers

Pour ce qui concerne les Ehpad et les USLD, mise à part l'année 2020, l'évolution dépenses / recettes sur la période considérée reste relativement stable. Toutefois, le résultat net positif n'est que le résultat de produits exceptionnels élevés (entre 1 M€ et 1,5 M€ selon les années) sur la période.

5.2.4 La composition du résultat net

Avec un niveau élevé de dotations aux amortissements et de charges financières, le résultat net de la structure se traduit de manière négative sur toutes les années ciblées, à l'exception de 2019. Ce résultat, seul positif, est notamment le fruit de l'importante baisse des charges en 2018 et 2019 ainsi que celui d'une augmentation des produits à partir de la même date, puisqu'il se traduit préalablement dans l'augmentation de l'EBE.

⁴³ Sous forme d'immobilisations affectées.

Tableau n° 23 : résultat net (tous budgets)

Tous budgets	2015	2016	2017	2018	2019	2020	variation 2015- 2019
= EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	4 381 331	5 044 803	5 786 000	3 609 083	7 542 698	6 349 073	72,2 %
+ autres produits de gestion courante	1 259 477	1 555 801	1 391 969	1 359 837	1 389 478	1 436 969	10,3 %
- autres charges de gestion courante	918 406	1 069 786	785 695	864 792	1 216 396	1 281 126	32,4 %
= MARGE BRUTE	4 722 402	5 530 818	6 392 273	4 104 128	7 715 779	6 504 916	63,4 %
+ reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	90 738	149 842	192 548	678 724	257 318	465 071	183,6 %
- dotations aux amortissements	5 883 160	6 655 389	6 398 964	6 291 822	6 133 559	6 012 942	4,3 %
- dotations aux provisions et dépréciations	202 576	183 069	169 982	334 873	742 376	802 427	266,5 %
= RÉSULTAT D'EXPLOITATION	- 1 272 595	- 1 157 797	15 876	- 1 843 844	1 097 162	154 617	-186,2 %
+ produits financiers	84	-	25	30	35	30	-58,8 %
- charges financières	1 879 756	1 809 954	1 414 589	1 296 847	1 192 076	999 791	-36,6 %
= RÉSULTAT COURANT	- 3 152 266	- 2 967 752	- 1 398 689	- 3 140 661	-94 879	- 845 144	-97,0 %
+ produits exceptionnels	1 648 907	2 644 273	2 251 824	2 252 414	1 883 282	2 655 330	14,2 %
- charges exceptionnelles	1 166 083	2 287 617	1 117 158	1 516 329	1 119 739	1 945 191	-4,0 %
= RÉSULTAT EXCEPTIONNEL	482 824	356 656	1 134 666	736 085	763 544	710 139	58,1 %
RÉSULTAT NET	- 2 669 443	- 2 611 096	- 264 023	- 2 404 576	668 664	- 135 005	-125,0 %

Source : CRC d'après les comptes financiers du GHN

Par ailleurs, et comme pour l'EBE, l'amélioration du résultat est la conséquence de l'aide de l'ARS et du CHU auprès du budget principal. Les autres budgets retrouvent un équilibre dès l'année 2016, après les révisions tarifaires autorisées par le département.

Tableau n° 24 : décomposition des résultats nets

€	résultat 2015	résultat 2016	résultat 2017	résultat 2018	résultat 2019	résultat 2020
H : budget principal	-2 197 398,76	-2 889 532,51	-967 657,05	-2 922 756,86	293 061,57	-750 225,61
H hors aides de l'ARS	- 2 197 398,76	-4 089 533,00	-6 461 115,00	-2 922 757,00	293 061,57	- 750 225,61
A : dotation non affectée	1 853,75	34 726,13	1 235,18	1 043,04	2 920,07	
B : USLD	- 88 291,36	62 145,74	312 998,82	178 347,81	22 910,51	157 821,03
E1 : Ehpad	-385 606,18	181 564,48	389 399,97	338 790,29	349 772,33	457 399,29
TOTAL	-2 669 442,55	-2 611 096,16	- 264 023,08	-2 404 575,72	668 664,48	-135 005,29
Total hors aides de l'ARS	-2 669 442,55	-3 811 096,65	-5 757 481,03	-2 404 575,86	668 664,48	-135 005,29

Source : CRC d'après les comptes financiers

Un focus sur les budgets annexes permet toutefois de noter un poids de 63 % des charges financières sur ces derniers en 2020. En effet, le poids de la dette pesant majoritairement sur les budgets des Ehpad et USLD, la charge financière se répercute majoritairement sur ceux-ci, ce qui continuera à peser durablement sur leurs résultats.

Tableau n° 25 : poids des frais financiers dans les budgets

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Budgets annexes</i>	40,6 %	46,6 %	55,0 %	57,2 %	59,5 %	62,9 %
<i>Budget principal</i>	59,4 %	53,4 %	45,0 %	42,8 %	40,5 %	37,1 %

Source : CRC d'après les comptes financiers

Le budget du GHNV se clôture en 2020 sur un résultat à peine déficitaire à - 135 000€.

5.2.5 La capacité d'autofinancement et les indicateurs d'investissement

La capacité d'autofinancement dénote la capacité à investir dont va disposer une structure.

Tableau n° 26 : réalisation de la capacité d'autofinancement

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Excédent brut d'exploitation</i>	4 381 331 €	5 044 803 €	5 785 999 €	3 609 083 €	7 542 698 €	6 349 073 €
+ <i>Autres produits d'exploitation</i>	1 259 477 €	1 555 800 €	1 391 968 €	1 359 836 €	1 389 477 €	1 436 968 €
- <i>Autres charges d'exploitation</i>	918 405 €	1 069 785 €	785 695 €	864 792 €	1 216 396 €	1 281 125 €
- <i>Charges financières (sauf dotations)</i>	1 844 246 €	1 774 445 €	1 379 080 €	1 261 337 €	1 156 566 €	964 282 €
+ <i>Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital)</i>	1 154 033 €	1 047 586 €	986 498 €	889 668 €	600 390 €	1 051 917 €
- <i>Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital)</i>	1 158 165 €	1 799 888 €	1 077 079 €	1 481 444 €	840 083 €	1 312 534 €
CAPACITÉ D'AUTOFINANCEMENT	2 874 109 €	3 004 070 €	4 922 636 €	2 251 043 €	6 319 553 €	5 280 046 €
<i>Remboursement du capital de la dette</i>	3432517,84	3 779 386,00 €	4 930 375,00 €	3 614 666,00 €	3 558 015,00 €	3 466 522,00 €
Capacité d'autofinancement nette	-558 329 €	-775 316 €	-7 739 €	-1 363 623 €	2 761 538 €	1 813 524 €

Source : CHU Poitiers

La capacité d'autofinancement brute reste positive sur la période ; c'est le remboursement du capital de la dette d'un niveau élevé qui conduit le GHNV dans une situation d'épargne nette négative.

Cela se traduit pour l'établissement par une capacité d'investissement nulle (hors emprunts éventuels) avec un risque majeur de vieillissement des immobilisations, au vu des ratios de renouvellement et de vétusté jusqu'en 2018. L'amélioration de l'activité constatée à partir de 2019 suite à la direction commune (et les aides que celle-ci a permis) ouvre des perspectives positives au projet de rénovation du service des urgences de Châtellerault (coût du projet : 2,2 M€). Au regard de la situation financière de l'établissement, les années 2019 et 2020 ont limité la programmation pluriannuelle des investissements à la capacité limitée du plan global de financement pluriannuel de l'EPRD. Ainsi, seule la rénovation des urgences était supportable. Mais à compter de l'EPRD 2021, la programmation pluriannuelle des investissements des sites

de l'ancien GH Nord-Vienne a été intégrée à ceux du CHU de Poitiers permettant des investissements supérieurs.

Tableau n° 27 : indicateurs sur l'investissement

	2018	2019	2020
Taux de renouvellement des immobilisations (en %)	1.55	0.59	0.55
<i>Médiane de la strate</i>		1,72	0,74
Taux de vétusté des équipements (en %)	80.63	81.90	82.95
<i>Médiane de la strate</i>		87,41	85,82

Source : comptes financiers

Les taux de renouvellement des biens immobilisés sont faibles, du fait notamment de bâtiments particulièrement récents sur le site de Châtellerauld, peu vétustes.

Il est recommandé la fixation d'un objectif de marge brute d'exploitation suffisant pour permettre le financement, d'une part, de la charge annuelle de la dette résultant des contrats d'emprunts passés ou à venir et, d'autre part, d'un socle minimum d'investissements courants d'environ 3 % des produits d'exploitation courants (si les produits intègrent les aides financières). Les taux de marge brute du GHNV sont ainsi supérieurs au niveau recommandé (8,55 % en 2019). La marge de l'établissement reste néanmoins insuffisante pour couvrir le renouvellement des actifs et le remboursement des emprunts. Ce constat a favorisé la fusion avec le CHU afin de permettre à l'hôpital de maintenir une offre de qualité sur les territoires de Châtellerauld et Loudun.

5.2.6 L'endettement : une absorption de la dette par le CHU en 2021

L'endettement de la structure repose sur un volume de dette très élevé (66 M€ en 2015, dont il reste encore 49 M€ à la date de la fusion avec le CHU) qui génère une annuité importante. À partir de 2018, date de la mise en œuvre de la direction commune, la structure arrête d'emprunter. Si la dette est saine, son niveau reste particulièrement élevé, dépassant les ratios d'alerte⁴⁴ aux termes de l'article D. 6145-70 du CSP.

⁴⁴ Un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % ; une durée apparente de la dette de plus de dix ans jusqu'en 2018 ; un encours de la dette, rapporté au total des produits supérieurs à 30 %.

Tableau n° 28 : structure et analyse de l'endettement

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Remboursements d'emprunts (débit du 164)	3 435 000	3 779 385	4 930 374	3 614 666	3 558 014	3 466 522
+ Intérêts des emprunts	1 844 000	1 749 342	1 353 612	1 248 124	1 149 981	964 282
Annuité de la dette	5 279 000	5 528 728	6 283 987	4 862 791	4 707 996	4 430 804
Emprunts nouveaux (nets)	9 045 000	138 784	1 200 000	-	-	-
Encours de la dette au 31/12/N	67 159 000	63 518 476	59 788 102	56 173 435	52 615 420	49 148 898
Indépendance financière (en %)	58,16	58,12	56,77	55,41	54,43	52,71
Durée apparente de la dette (en année)	23,37	21,14	12,15	24,95	8,33	9,31
Poids de la dette (en %)	72,92	66,9	61,83	61,80	56,95	52,21

Source : CRC d'après les comptes financiers du GHNV

Bien que le GHNV soit proche des références de la strate pour les hôpitaux de niveau 3 en ce qui concerne le ratio d'indépendance financière et la durée apparente de la dette, et malgré une amélioration évidente de ceux-ci, l'établissement reste lourdement marqué par le poids de sa dette rapporté aux produits.

Tableau n° 29 : ratios d'endettement

Ratios d'endettement en 2019	Indépendance financière	Durée apparente de la dette en année	Poids de la dette en %
<i>GHNV</i>	54,43	8,33	56,95
<i>Médiane de la strate CH général niveau 2</i>	46,15	5,91	28,2
<i>Médiane de la strate CH général niveau 3</i>	56,6	8,34	33,25

Source : comptes financiers et données du tableau de bord des indicateurs financiers de l'hôpital du comptable

La fusion entre les deux établissements, compte tenu de la santé financière robuste du CHU de Poitiers, a induit l'absorption de la dette du GHNV, tout en restant dans des ratios très corrects pour l'établissement. Ainsi, sur la base des ratios 2019 (et en amont de la réalisation du compte financier 2021), l'impact de la fusion conduisait aux ratios suivants :

Tableau n° 30 : projection des ratios financiers de l'établissement fusionné (2019)

	CHU	GHNV	Consolidé
<i>Taux d'endettement</i>	6 %	57 %	13 %
<i>Indépendance financière</i>	7 %	54 %	14 %
<i>Durée apparente de la dette</i>	0,71	8,3	1,5

Source : rapport sur la fusion, CHU Poitiers

Cette fusion constitue donc, à l'examen des ratios, un moyen de réguler la dette du GHNV ; la tendance de la dette globale du CHU pour les prochaines années constituera donc un point d'attention compte tenu de sa structure fondée sur la dette transférée.

5.2.7 Le bilan

Les immobilisations progressent faiblement entre 2016 et 2019 et reculent entre 2019 et 2020 du fait de cessions d'actif. Les financements stables augmentent de 3 % sur la période, avec un rebond significatif en 2019, en raison de l'apport en trésorerie de l'ARS (+ 27,8 %). De ce fait, le fonds de roulement connaît une augmentation significative à partir de 2019, améliorant la marge brute de la structure.

Tableau n° 31 : fonds de roulement, BFR et trésorerie

En €	2015	2016	2017	2018	2019	2020
FRNG	9 672 596	6 609 225	7 978 459	6 092 643	10 442 946	12 140 365
BFR	11 759 381	10 723 548	9 931 620	6 735 777	5 004 999	11 354 383
Trésorerie	-2 086 785	- 4 114 323	- 1 953 161	- 643 134	5 437 947	785 982

Source : CRC d'après les comptes financiers

Le fonds de roulement est inférieur au BFR jusqu'en 2018 en lien avec les difficultés de trésorerie. L'augmentation du fonds de roulement en 2019 et 2020, soutenue par la CAF et une baisse des investissements, permet à la trésorerie de redevenir positive. En 2020, le BFR connaît une forte hausse (123,24 %) qui provient d'une augmentation des créances d'exploitation à hauteur de 13,42 M€ plus importante que l'augmentation des ressources du cycle d'exploitation pour 7,15 M€. La variation du besoin en fonds de roulement en 2020 correspond à la diminution des dettes fournisseurs (dont l'apurement des dettes du GHNV envers le CHU de Poitiers pour 3,9 M€ en vue de la fusion au 1^{er} janvier 2021).

Conclusion intermédiaire

Dans une situation financière critique, le GHNV semblait connaître une phase d'assainissement en amont de sa fusion avec le CHU. Si les données de l'année 2020 ne permettent pas réellement de confirmer la tendance des années 2018-2019, la capacité à développer de l'activité en s'appuyant sur le réseau hospitalier départemental du CHU, laisse à penser que les évolutions de l'activité et des indicateurs financiers des sites de Loudun et Châtellerauld lui sont favorables.

ANNEXES

Annexe n° 1. L'évolution de la masse salariale	57
Annexe n° 2. L'excédent brut d'exploitation.....	58
Annexe n° 3. Bilan.....	59
Annexe n° 4. Bilan fonctionnel.....	61
Annexe n° 5. Glossaire	63

Annexe n° 1. L'évolution de la masse salariale

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2019/2016
CHARGES DE PERSONNEL (€)	66 678 000 €	66 906 313	66 811 003	63 126 087	60 827 268	63 514 527	-9%
			-0,1%	-5,5%	-3,6%	4,4%	
Nombre ETP	1370,33	1354,76	1306,37	1234,9375	1165,2	1155,1675	-14%
<i>variation interannuelle</i>		-1,1%	-3,6%	-5,5%	-5,6%	-0,9%	
Charges de personnel / Produits bruts d'exploitation (en %)		74.03	72.16	73.07	68.62	71.07	
Rémun. et charges sociales / Produits bruts d'exploitation (en %)		66.36	64.21	65.77	61.07	62.72	
TOTAL Charges personnel en solde net	64 656 534	65 011 062	65 678 127	62 177 121	60 124 816	62 807 132	-8%

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine à partir des comptes de gestion

Annexe n° 2. L'excédent brut d'exploitation

Tous budgets, en €	2015	2016	2017	2018	2019	2020	variation 2015-2019
<i>Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance maladie (A)</i>	46 180 776	45 459 226	43 170 616	41 783 953	43 142 270	40 997 443	-6,6 %
<i>Produits du financement des activités de SSR (compte 73115)</i>	-	-	505 930	643 378	687 098	727 891	
<i>Forfaits annuels</i>	1 767 397	1 675 443	1 886 579	1 443 541	1 563 692	1 873 070	-11,5 %
<i>Dotation annuelle de financement (DAF)</i>	5 530 951	5 590 644	5 118 048	5 051 189	5 065 805	5 084 024	-8,4 %
<i>MIGAC</i>	2 752 155	3 887 928	4 888 424	3 290 004	3 459 886	6 275 107	25,7 %
<i>Sous-total Produits à la charge de l'assurance maladie</i>	56 231 279	56 613 241	55 569 598	52 212 066	53 918 750	54 957 535	-4,1 %
<i>Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance maladie (C)</i>	5 795 097	5 233 993	4 938 538	4 782 394	5 026 106	4 422 644	-13,3 %
<i>Sous-total variable selon l'activité (A + C)</i>	51 975 873	50 693 219	48 109 154	46 566 347	48 168 376	45 420 087	-7,3 %
		-2,5%	-5,1%	-3,2%	3,4%	-5,7%	
<i>FIR</i>	3 434 552	3 281 641	6 392 340	3 472 979	3 372 616	2 527 002	-1,8 %
<i>Produits afférents aux soins (CRA)</i>	7 141 277	7 415 416	7 159 651	7 237 275	7 360 564	8 195 776	3,1 %
<i>Produits afférents à la dépendance</i>	2 183 527	2 198 549	2 209 846	2 192 561	2 179 016	2 137 116	-0,2 %
<i>Produits de l'hébergement</i>	7 884 633	8 914 720	8 945 716	8 980 501	8 985 521	8 840 958	14,0 %
<i>Sous-total Personnes Agées</i>	17 209 436	18 528 685	18 315 212	18 410 337	18 525 101	19 173 849	7,6 %
<i>Ventes de marchandises</i>	2 559 156	3 282 356	4 335 164	4 320 087	4 029 683	4 303 482	57,5 %
<i>Autres produits</i>	7 968 907	7 581 248	7 253 068	7 666 508	7 798 022	7 846 048	-2,1%
<i>Produits bruts d'exploitation</i>	93 198 428	94 521 165	96 803 920	90 864 371	92 670 279	93 230 561	-0,6 %
<i>Consommations en provenance de tiers</i>	14 396 725	14 714 339	15 740 740	14 948 252	14 431 342	13 974 633	0,2 %
<i>Charges externes</i>	10 022 263	9 906 679	9 808 549	10 273 940	10 752 505	10 290 568	7,3 %
<i>Remboursements de frais des CRA</i>	11 378	-	-	-	-	-	-100,0%
<i>- Consommations intermédiaires</i>	24 407 610	24 621 018	25 549 290	25 222 192	25 183 847	24 265 201	3,2 %
= VALEUR AJOUTEE	68 790 817	69 900 147	71 254 630	65 642 179	67 486 431	68 965 359	-1,9 %
<i>+ Subventions d'exploitation</i>	292 019	210 691	265 094	219 888	215 153	202 646	-26,3 %
<i>- Impôts et taxes</i>	44 972	54 972	55 597	75 862	34 070	11 800	-24,2 %
<i>- Charges de personnel (en net)</i>	64 656 534	65 011 063	65 678 128	62 177 122	60 124 816	62 807 133	-7,0 %
		0,55 %	1,03 %	-5,33 %	-3,30 %	4,46 %	
= EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	4 381 331	5 044 803	5 786 000	3 609 083	7 542 698	6 349 073	72,2 %

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine à partir des comptes de gestion

Annexe n° 3. Bilan

<i>ACTIF</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	% évolution
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	6 924 625 €	7 611 684 €	8 071 835 €	8 105 779 €	8 160 639 €	7 679 470 €	1 %
<i>Immobilisations incorporelles</i>	6 541 372 €	7 263 940 €	7 759 599 €	7 829 053 €	7 919 421 €	7 473 761 €	3 %
<i>Charges à répartir</i>	383 253 €	347 744 €	312 235 €	276 726 €	241 217 €	205 708 €	-41 %
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	154 593 321 €	156 660 261 €	156 893 323 €	158 629 113 €	159 445 823 €	156 565 723 €	0 %
<i>Terrains</i>	1 618 638 €	1 614 890 €	1 614 890 €	1 617 572 €	1 607 496 €	1 574 822 €	-2 %
<i>Constructions</i>	97 406 034 €	128 143 237 €	128 834 705 €	130 490 661 €	130 437 766 €	128 803 826 €	1 %
<i>Constructions en cours</i>	104 296 €	104 296 €	20 417 €	20 417 €	0 €	0 €	-100 %
<i>Installations, matériel, outillage, et autres immobilisations</i>	24 425 348 €	26 221 996 €	26 399 748 €	26 500 462 €	26 886 180 €	25 236 132 €	-4 %
<i>Avances et acomptes sur commandes d'immo. corporelles</i>	31 239 003 €	575 840 €	23 562 €	0 €	59 784 €	232 160 €	-60 %
<i>Immobilisations reçues en affectation</i>	0 €	0 €	0 €	0 €	454 595 €	718 781 €	
<i>Immobilisations affectées ou mises à disposition</i>	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
IMMOBILISATIONS FINANCIERES	48 694 €	47 694 €	46 423 €	46 819 €	46 819 €	46 819 €	-2 %
<i>Participations et créances rattachées</i>	35 013 €	35 013 €	35 013 €	35 013 €	35 013 €	35 013 €	0 %
<i>Autres immobilisations financières</i>	13 680 €	12 680 €	11 409 €	11 805 €	11 805 €	11 805 €	-7 %
<i>Créances de l'article 58</i>	159 334 €	159 334 €	159 334 €	159 334 €	159 334 €	159 334 €	0 %
I - Biens stables	161 725 975 €	164 478 974 €	165 170 916 €	166 941 047 €	167 812 616 €	164 451 347 €	0 %
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL	9 672 596 €	6 609 225 €	7 978 459 €	6 092 643 €	10 442 946 €	12 140 365 €	84 %
<i>Stocks</i>	807 174 €	808 765 €	1 032 504 €	916 178 €	692 364 €	1 265 695 €	56 %
<i>Hospitalisés et consultants</i>	2 951 598 €	2 376 068 €	2 608 091 €	2 594 579 €	2 607 233 €	2 487 285 €	5 %
<i>Caisses de Sécurité Sociale</i>	3 376 565 €	9 618 951 €	10 440 827 €	9 025 852 €	8 790 375 €	18 431 904 €	92 %
<i>Départements</i>	1 388 322 €	1 370 675 €	1 429 755 €	1 300 930 €	2 245 784 €	2 496 187 €	82 %
<i>Mutuelles et autres tiers-payants</i>	2 586 651 €	2 378 985 €	2 194 186 €	2 134 878 €	3 700 968 €	4 741 518 €	99 %
<i>Etat et collectivités locales</i>	57 €	38 294 €	57 €	57 €	113 €	21 377 €	-44 %
<i>Autres créances</i>	8 888 995 €	2 302 966 €	2 766 560 €	1 801 331 €	2 743 109 €	4 901 500 €	113 %
<i>Dépenses à classer</i>	390 321 €	13 250 €	67 913 €	0 €	206 €	0 €	-100 %
II - Créances	20 389 683 €	18 907 957 €	20 539 897 €	17 773 808 €	20 780 155 €	34 345 469 €	82 %
<i>Disponibilités</i>	859 392 €	626 434 €	727 621 €	1 099 284 €	6 022 117 €	1 061 064 €	69 %
III - Liquidités	859 392 €	626 434 €	727 621 €	1 099 284 €	6 022 117 €	1 061 064 €	69 %
TOTAL ACTIF	182 975 049 €	184 013 365 €	186 438 435 €	185 814 141 €	194 614 889 €	199 857 881 €	9 %

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

<i>PASSIF</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	0 %
<i>Apports</i>	9 467 136 €	9 498 900 €	9 535 574 €	9 535 574 €	12 190 169 €	12 461 214 €	31 %
<i>Excédents affectés à l'investissement</i>	22 605 510 €	22 617 397 €	22 666 357 €	23 119 981 €	23 121 024 €	23 123 944 €	2 %
<i>Subventions d'investissement</i>	12 158 493 €	12 231 902 €	12 418 555 €	13 118 332 €	12 360 027 €	11 744 465 €	-4 %
<i>Emprunts et dettes assimilées</i>	67 159 078 €	63 518 476 €	59 788 102 €	56 173 435 €	52 615 420 €	49 148 898 €	-23 %
<i>Amortissements</i>	55 423 713 €	61 528 856 €	67 748 245 €	73 625 658 €	79 445 888 €	81 624 688 €	33 %
<i>Réserve de trésorerie</i>	2 442 313 €	2 442 313 €	2 442 313 €	2 442 313 €	2 442 313 €	2 442 313 €	0 %
<i>Réserve de compensation</i>	122 891 €	92 538 €	95 896 €	95 896 €	95 896 €	89 387 €	-3 %
<i>Report à nouveau excédentaire</i>	0 €	0 €	0 €	0 €	276 262 €	451 335 €	
<i>Report à nouveau déficitaire</i>	-1 897 199 €	-4 548 176 €	-7 211 589 €	-8 498 821 €	-12 731 864 €	-12 234 683 €	169 %
<i>Résultat comptable</i>	-2 669 442 €	-2 611 096 €	-264 023 €	-2 404 575 €	668 664 €	-135 005 €	-95 %
<i>Provisions réglementées</i>	5 128 004 €	4 825 784 €	4 461 210 €	4 131 427 €	3 903 939 €	3 669 976 €	-24 %
<i>Provisions pour risques et charges</i>	1 244 144 €	1 217 260 €	1 112 736 €	1 259 609 €	2 848 293 €	3 069 939 €	152 %
<i>Autres dépréciations</i>	213 930 €	274 041 €	355 998 €	434 858 €	1 019 529 €	1 135 239 €	314 %
<i>I - Financements stables</i>	171 398 571 €	171 088 199 €	173 149 376 €	173 033 691 €	178 255 563 €	176 591 713 €	3 %
<i>Dettes fournisseurs et comptes rattachés</i>	3 835 302 €	3 978 132 €	5 420 180 €	5 428 965 €	8 239 406 €	1 770 478 €	-55 %
<i>Dettes fiscales et sociales</i>	2 474 236 €	2 826 948 €	3 392 968 €	3 866 141 €	3 565 423 €	2 434 267 €	-14 %
<i>Avances reçues</i>	0 €	309 004 €	370 394 €	483 185 €	983 179 €	2 257 961 €	631 %
<i>Dettes sur immobilisations et comptes rattachés</i>	1 242 111 €	215 396 €	395 530 €	122 349 €	4 579 €	0 €	-100 %
<i>Autres dettes diverses</i>	927 219 €	690 750 €	913 842 €	928 687 €	2 278 683 €	759 709 €	10 %
<i>Recettes à classer ou à régulariser</i>	151 434 €	164 175 €	115 360 €	208 701 €	703 883 €	15 768 668 €	9505 %
<i>II - Dettes</i>	8 630 302 €	8 184 408 €	10 608 277 €	11 038 031 €	15 775 155 €	22 991 085 €	181 %
<i>BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT</i>	11 759 381 €	10 723 548 €	9 931 620 €	6 735 777 €	5 004 999 €	11 354 383 €	6 %
<i>Fonds en dépôt</i>	537 278 €	476 726 €	434 413 €	513 478 €	453 090 €	93 391 €	-80 %
<i>Intérêts courus non échus</i>	409 000 €	264 031 €	246 368 €	228 940 €	212 163 €	181 691 €	-31 %
<i>Crédits de trésorerie</i>	2 000 000 €	4 000 000 €	2 000 000 €	1 000 000 €	0 €	0 €	-100 %
<i>III - Financements à court terme</i>	2 946 278 €	4 740 757 €	2 680 782 €	1 742 418 €	665 254 €	275 083 €	-94 %
<i>TRESORERIE</i>	-2 086 785 €	-4 114 323 €	-1 953 160 €	-643 133 €	5 356 863 €	785 981 €	-119 %
<i>TOTAL PASSIF</i>	182 975 049 €	184 013 365 €	186 438 435 €	185 814 141 €	194 695 973 €	199 857 881 €	9 %

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine à partir des comptes de gestion

Annexe n° 4. Bilan fonctionnel

EMPLOIS	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Insuffisance d'autofinancement</i>		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
<i>Titre I - Remboursement des dettes financières</i>	3 435 267 €	3 779 385 €	4 930 374 €	3 614 666 €	3 558 014 €	3 466 522 €
- Remboursement d'emprunts hors CLTR		3779385	4 930 374 €	3 614 666 €	3 558 014 €	3 466 522 €
- CLTR		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
<i>Titre II - Immobilisations</i>	18 319 153 €	4 240 191 €	1 141 334 €	2 588 089 €	987 268 €	904 005 €
- Immobilisations incorporelles		62 093 €	50 780 €	101 758 €	54 120 €	27 439 €
- Terrains		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
- Agencements et aménagements de terrains		0 €	0 €	1 413 €	0 €	0 €
- Constructions sur sol propre		81 581 €	16 227 €	28 097 €	19 804 €	112 946 €
- Constructions sur sol d'autrui		0	0 €	0 €	0 €	0 €
- Installations techniques, matériel et outillage industriel		684278	290 857 €	139 151 €	494 052 €	264 711 €
- Autres immobilisations corporelles		199 135 €	27 315 €	126 457 €	54 522 €	177 756 €
- Immobilisations en cours		3 213 103 €	756 152 €	2 191 210 €	364 769 €	321 151 €
<i>Titre III : Autres emplois</i>	780 €	0 €	0 €	396 €	0 €	0 €
- Participations et créances rattachées à des participations		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
- Autres immobilisations financières		0 €	0 €	396 €	0 €	0 €
- Charges à répartir sur plusieurs exercices		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
- Autres		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
TOTAL DES EMPLOIS	21 755 200 €	8 019 577 €	6 071 709 €	6 203 151 €	4 545 283 €	4 370 527 €
TOTAL DES EMPLOIS hors CLTR	21 755 200 €	8 019 577 €	6 071 709 €	6 203 151 €	4 545 283 €	4 370 527 €
APPORT AU FONDS DE ROULEMENT	0 €	0 €	1 369 234 €	0 €	4 350 303 €	1 697 418 €

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

RESSOURCES	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Capacité d'autofinancement</i>	2 874 107 €	3 004 070 €	4 922 636 €	2 251 043 €	6 319 553 €	5 280 046 €
<i>Titre I - Emprunts</i>	9 044 513 €	138 784 €	1 200 000 €	0 €	0 €	0 €
- <i>Emprunts hors CLTR</i>		138 784 €	1 200 000 €	0 €	0 €	0 €
- <i>CLTR</i>		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
<i>Titre II - Dotations et subventions</i>	1 282 424 €	910 107 €	1 121 458 €	1 542 164 €	2 200 000 €	140 401 €
- <i>Apports</i>		31 764 €	36 673 €	0 €	2 200 000 €	6 859 €
- <i>Subventions d'équipement reçues</i>		878343	1 084 785 €	1 542 164 €	0 €	133 542 €
<i>Titre III - Autres ressources</i>	2 656 375 €	1 062 575 €	196 848 €	524 127 €	376 033 €	647 497 €
- <i>Créances rattachées à des participations</i>		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
- <i>Autres immobilisations financières</i>		1 000 €	1 270 €	0 €	0 €	0 €
- <i>Cessions d'immobilisations</i>		219531	2 618 €	190 574 €	203 232 €	620 345 €
- <i>Autres(dont diminution de la créance de l'article 58)</i>		842044	192 958 €	333 552 €	172 800 €	27 152 €
TOTAL DES RESSOURCES	15 857 421 €	5 115 538 €	7 440 943 €	4 317 335 €	8 895 586 €	6 067 946 €
TOTAL DES RESSOURCES hors CLTR	15 857 421 €	5 115 538 €	7 440 943 €	4 317 335 €	8 895 586 €	6 067 946 €
PRELEVEMENT SUR LE FONDS DE ROULEMENT	5 897 779 €	2 904 039 €	0 €	1 885 816 €	0 €	0 €

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine à partir des comptes de gestion

Annexe n° 5. Glossaire

ARH :	agence régionale de l'hospitalisation
ARS :	agence régionale de santé
AVC :	accident vasculaire cérébral
CAF :	capacité d'autofinancement
CC :	communauté de communes
CET :	compte épargne temps
CH :	centre hospitalier
CHSCT :	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU :	centre hospitalier universitaire
CLS :	contrat local de santé
CME :	commission médicale d'établissement
COPIL :	comité de pilotage
CPOM :	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CNOCP :	conseil de normalisation des comptes publics
CNSA :	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CREA :	comptes de résultat d'exploitation analytique
CREF :	contrat de retour à l'équilibre financier
CRH :	compte-rendu d'hospitalisation
CRPP :	compte de résultat prévisionnel principal
CRPA :	compte de résultat prévisionnel annexe
CSNP :	centre de Soins Non Programmés
CSP :	code de la santé publique
CPTS :	communauté professionnelle territoriale de santé
CTE :	comité technique d'établissement
DAF :	direction des affaires financières
DIM :	département de l'information médicale
DGOS :	direction générale de l'offre de soins
DPI :	dossier patient informatisé
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD :	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ESMS :	établissements sociaux et médico-sociaux
ETP :	équivalent temps plein
FIMH :	fédération médicale interhospitalière
FPH :	fonction publique hospitalière
GCS :	groupement de coopération sanitaire
GHS :	groupe homogène de séjours
GHT :	groupement hospitalier de territoire
HAD :	hospitalisation à domicile
HAS :	haute autorité de santé
IDE :	infirmière diplômée d'État
IP-DMS :	indice de performance de la durée moyenne de séjour

IFSI :	institut de formation en soins infirmiers
IRM :	imagerie par résonance magnétique
MCO :	médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC :	missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation
PASA :	pôle d'activités et de soins adaptés
PASS :	permanence d'accès aux soins de santé
PDM :	parts de marché
PDS :	permanence des soins
PGFP :	plan global de financement pluriannuel
PM :	personnel médical
PMSI :	programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM :	personnel non médical
PPCR :	parcours professionnel, carrière et rémunération
PRE :	plan de retour à l'équilibre
PRS :	programme régional de santé
PUI :	pharmacie à usage intérieur
RUM :	résumé d'unité médicale
SAMU :	service d'aide médicale urgente
SCP :	société civile professionnelle
SI :	système d'information
SMUR :	service mobile d'urgence et de réanimation
SROS :	schéma régional d'organisation sanitaire
SSR :	soins de suite et de réadaptation
T2A :	tarification à l'activité
UMPPU :	unité de médecine polyvalente post-urgence
USC :	unité de soins continus
USLD :	unité de soins de longue durée



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

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