



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

**CENTRE HOSPITALIER
LUCIEN-HUSSEL À VIENNE**
(Département de l'Isère)

Exercices 2013 et suivants

Observations définitives
délibérées le 19 octobre 2021

SOMMAIRE

<u>SYNTHÈSE.....</u>	<u>4</u>
<u>RECOMMANDATIONS.....</u>	<u>5</u>
<u>1- L'ÉTABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT.....</u>	<u>8</u>
1.1- Présentation de l'établissement	8
1.2- La gouvernance.....	8
1.2.1- Les instances et la direction	8
1.2.2- L'organisation en pôles et le pilotage médico-économique.....	9
1.3- Les orientations stratégiques de l'établissement.....	10
1.3.1- La contractualisation avec l'ARS	11
1.3.2- Le projet d'établissement.....	11
1.3.3- Les conséquences du vieillissement des bâtiments.....	12
1.4- Le positionnement territorial.....	14
1.4.1- Les coopérations	14
1.4.2- Le groupement hospitalier de territoire.....	15
1.4.3- Le transfert de l'activité psychiatrie en janvier 2017.....	16
1.5- Le système d'information.....	17
<u>2- LA FIABILITÉ DES COMPTES.....</u>	<u>18</u>
2.1- La structure budgétaire et les flux entre budgets	18
2.2- Le principe de séparation des exercices.....	19
2.3- La fiabilisation des créances et la chaîne de facturation et de recouvrement	21
2.4- Le principe de prudence et la constitution des provisions	23
2.5- L'actif immobilisé	24
2.6- Les régies d'avances et de recettes	24
<u>3- LA SITUATION FINANCIÈRE</u>	<u>25</u>
3.1- Le cycle d'exploitation.....	26
3.1.1- Une situation financière qui se dégrade à partir de 2017	26
3.1.2- La capacité d'autofinancement brute	31
3.1.3- Le résultat comptable.....	32
3.2- L'investissement.....	33
3.2.1- Les dépenses d'investissement.....	33
3.2.2- Le financement des investissements	34
3.3- La structure patrimoniale.....	35
3.3.1- Le bilan	35
3.3.2- L'endettement	37
<u>4- L'ACTIVITÉ.....</u>	<u>38</u>
4.1- L'évolution de la capacité	38
4.2- Le codage et la valorisation de l'activité.....	39
4.3- Le volume d'activité de court séjour en médecine chirurgie obstétrique.....	40
4.4- La performance de l'activité de court séjour	42
4.5- Les urgences et les actes et consultations externes.....	44
<u>5- LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....</u>	<u>44</u>
5.1- L'évolution des effectifs.....	45
5.1.1- Les effectifs non-médicaux.....	45
5.1.2- Les effectifs médicaux	46
5.2- La gestion de l'absentéisme.....	47
5.2.1- L'évolution de l'absentéisme	47
5.2.2- Les conséquences sur l'activité.....	48
5.2.3- L'identification des causes et l'élaboration de solutions	49
5.2.4- Les solutions mises en œuvre pour lutter contre l'absentéisme	50
5.2.5- La politique de maintien dans l'emploi visant à prévenir l'absentéisme	51
5.3- Les difficultés de recrutement	52
5.3.1- Des métiers en tension et un turn-over important	52
5.3.2- Le maintien de l'effectif en personnel non-médical	54

5.3.3-	Les actions pour maintenir l'effectif en personnel médical	55
6-	<u>LES ACHATS</u>	56
6.1-	Le périmètre de la commande publique	56
6.2-	La gouvernance des achats	57
6.2.1-	La commission des achats et du développement durable.....	57
6.2.2-	La création de la direction des achats, de la logistique et des travaux	58
6.2.3-	Les apports du GHT en matière d'achat	59
6.2.4-	La stratégie d'achat de l'établissement	59
6.3-	Les processus d'achat	60
6.3.1-	Le recensement des besoins	60
6.3.2-	Les règles et procédures internes	61
6.3.3-	Le développement de la mutualisation et des groupements de commande.....	62
6.3.4-	Le suivi juridique et financier de l'exécution	63
6.4-	La performance économique de l'achat	63
7-	<u>ANNEXES</u>	66
7.1-	ANNEXE 1 : Formation de la marge brute d'exploitation - budget consolidé (en k€)	66
7.2-	ANNEXE 2 : Capacité d'autofinancement brute	66
7.3-	ANNEXE 3 : Détails des liens financiers prévus dans la convention sur le transfert de l'activité de psychiatrie	67

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé au contrôle de la gestion du centre hospitalier Lucien Hussel situé à Vienne pour les exercices 2013 et suivants.

Le centre hospitalier dispose d'une capacité autorisée de 731 lits et places, déployée sur des activités d'hospitalisation ou consultation en médecine, chirurgie, et obstétrique, d'hospitalisation à domicile (HAD), de soins de suite et de réadaptation (SSR), et d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il gère également un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Sa capacité a connu deux fortes variations avec le transfert de l'activité de psychiatrie en 2017 à l'établissement de santé mentale des Portes de l'Isère, et l'ouverture d'un EHPAD de 80 lits à Chasse-sur-Rhône en 2018.

L'établissement connaît des faiblesses dont certaines ne sont pas sans conséquences sur la sécurité de l'établissement et le fonctionnement de l'activité.

Le centre hospitalier occupe des bâtiments disparates dont certains sont particulièrement vétustes, nécessitant des mises en conformité coûteuses à réaliser. La question d'une restructuration doit être posée pour améliorer le fonctionnement des services et le confort des patients, mais surtout pour remédier aux risques en matière de sécurité.

S'agissant des ressources humaines, le centre hospitalier fait face à une nette dégradation de l'absentéisme des personnels et à une difficulté récurrente pour recruter des personnels soignants, du fait de la proximité des hospices civils de Lyon plus attractifs. Pour faire face à ces difficultés, le centre hospitalier a fait appel aux heures supplémentaires et au recrutement d'intérimaires. Concernant le corps médical, le recours aux mises à disposition en provenance des Hospices Civils de Lyon et aux cliniciens hospitaliers a également permis de limiter les difficultés. Mais ces solutions n'ont pas été suffisantes pour éviter la fermeture temporaire de lits voire de services.

Le mauvais état des bâtiments et le nombre significatif de postes vacants conduisent à affaiblir l'attractivité du centre hospitalier, concurrencé par la proximité des Hospices Civils de Lyon et par des établissements privés sur son territoire. Malgré cela, les produits de l'activité ont progressé mais, depuis 2017, à un rythme inférieur à celui des charges d'exploitation. La marge d'exploitation a donc diminué en conséquence. Cette dégradation financière a conduit à un niveau de trésorerie insuffisant pour éviter les risques de rupture de paiement et a rendu nécessaire le recours à l'emprunt pour financer les investissements. Le taux d'endettement du centre hospitalier s'est nettement détérioré entre 2016 et 2019. L'année 2020 a permis d'infléchir légèrement la tendance, mais la situation du centre hospitalier reste préoccupante.

Face à cette situation, il est nécessaire que le centre hospitalier définisse un projet d'établissement d'ensemble et finalise le schéma directeur architectural pour arbitrer le devenir des bâtiments.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : élaborer un projet d'établissement global plus cohérent et opérationnel, en coordonnant les projets existants, en finalisant un schéma directeur architectural, et en intégrant un plan de financement de l'investissement.

Recommandation n° 2 : profiter du renouvellement de la convention cadre du transfert de l'activité de psychiatrie pour sécuriser la situation des personnels et simplifier la mise à disposition des locaux et le remboursement des frais.

Recommandation n° 3 : finaliser la démarche de contrôle interne par la rédaction de procédures pour toutes les opérations comptables et faire évoluer la chaîne de facturation et de recouvrement.

Recommandation n° 4 : réaliser des bilans sociaux complets et analytiques.

Recommandation n° 5 : finaliser l'analyse des causes de l'absentéisme et mettre en place un plan d'actions pour l'ensemble du personnel, médical et non médical, dans le cadre de la mise à jour du document unique de prévention des risques professionnels.

Recommandation n° 6 : procéder au recensement exhaustifs des besoins pour planifier les procédures à mettre en œuvre dans le respect des seuils de la commande publique.

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Lucien-Hussel situé à Vienne pour les exercices 2013 et suivants, en veillant à intégrer, autant que possible, les données les plus récentes.

Le contrôle du centre hospitalier et de ses deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été engagé par lettre du 18 septembre 2019, adressée à M. Christian Dublé, directeur en poste du centre hospitalier depuis le 1^{er} septembre 2019. Des lettres d'engagement de contrôle ont été envoyées aux anciens ordonnateurs de l'établissement sur la période contrôlée : M. Gérard Servais ordonnateur, du 1^{er} juillet 2002 au 30 juin 2015, M. Yves Servant (intérim) du 1^{er} juillet 2015 au 31 août 2015, M. Florent Chambaz du 1^{er} septembre 2015 au 6 mai 2019, Mme Stéphanie Dumont (intérim) du 7 mai 2019 au 31 août 2019.

M. Gérard Servais, M. Yves Servant, M. Florent Chambaz et Mme Stéphanie Dumont.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ la gouvernance et les orientations stratégiques ;
- ♦ la fiabilité des comptes ;
- ♦ la situation financière ;
- ♦ l'activité ;
- ♦ la gestion des ressources humaines ;
- ♦ et les achats.

La gestion des EHPAD a fait également l'objet d'investigations dans le cadre d'une enquête nationale, commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes, sur le thème de la prise en charge des résidents en EHPAD et portant sur la médicalisation, l'accompagnement et la prévention. Cette thématique est traitée dans un rapport particulier.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 al.1 du code des juridictions financières a eu lieu le 22 avril 2021 avec M. Christian Dublé. Il a également eu lieu avec Mme Stéphanie Dumont le 28 avril 2021 et avec M. Florent Chambaz le même jour, ainsi qu'avec M. Gérard Servais le 30 avril 2021, mais n'a pas pu avoir lieu avec M. Yves Servant.

Lors de sa séance du 12 mai 2021, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 29 juin 2021 à M. Dublé, ordonnateur en fonctions. Le rapport d'observations provisoires a également été notifié à M. Chambaz et M. Servais, anciens ordonnateurs, pour ce qui concerne leur gestion. Des lettres de fin de contrôle ont été notifiées le 29 juin 2021 à Mme Dumont et M. Servant, anciens ordonnateurs par intérim.

L'ordonnateur, M. Christian Dublé, a répondu par lettre du 26 août 2021, enregistrée le 31 août 2021 à la chambre. M. Florent Chambaz, ancien ordonnateur, a répondu par courrier du 12 août 2021, enregistré le 18 août 2021 à la chambre. L'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a répondu par un courrier daté du 31 août 2021 et enregistré à la chambre le 27 septembre 2021.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 19 octobre 2021, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1- L'ÉTABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT

1.1- Présentation de l'établissement

Tableau 1 : Principales données organisationnelles et financières au 31 décembre 2018

Capacité	731 lits et places	Effectif moyen annuel non médical	1 454 ETP
		Effectif moyen annuel médical	177,76 ETP
Recettes de fonctionnement	123 M€	Dépenses d'investissement	6,9 M€
Charges de personnel	76,5 M€	Recettes d'investissement	3,4 M€
Résultat de fonctionnement	- 2,2 M€	Prélèvement sur fonds de roulement	3,5 M€

Source : compte financier 2018

Le centre hospitalier Lucien Hussel est un établissement public national de santé, situé sur la commune de Vienne dans la partie rhodanienne de l'Isère. Il dispose d'une capacité autorisée de 731 lits et places fin 2018, déployée sur des activités d'hospitalisation ou consultation en médecine, chirurgie, et obstétrique, d'hospitalisation à domicile (HAD), de soins de suite et de réadaptation (SSR), et d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il gère également un institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

En 2019, l'établissement a réalisé 20 787 séjours, 162 943 consultations externes et 34 281 passages aux urgences¹.

À l'exception de l'EHPAD de Chasse-sur-Rhône, les activités du centre hospitalier sont regroupées sur une emprise géographique unique : le Mont Salomon sur les hauteurs de la commune de Vienne.

Le contrôle a été mené avant et après la période de crise liée à la pandémie de Covid-19. Le plan blanc a été déclenché le 13 mars 2020. Une cellule de crise s'est réunie quasi-quotidiennement à partir de fin février jusqu'en avril, puis de manière plus espacée de mai à septembre. La seconde vague de l'épidémie a à nouveau mobilisé la cellule de crise d'octobre à janvier 2021. L'enchaînement des phases de crise n'a pas permis au centre hospitalier de faire un retour d'expérience de cette période pour le moment.

1.2- La gouvernance

1.2.1- Les instances et la direction

Le directeur dirige le centre hospitalier en s'appuyant sur un directoire qu'il préside². Sa gestion est contrôlée par un conseil de surveillance³. Le corps médical est étroitement associé à la gestion de l'établissement par le biais de la commission médicale d'établissement (CME)⁴, et du directoire qu'il compose pour moitié⁵ ; le président de la CME est également vice-président du directoire. Le personnel non médical est associé par le biais du comité technique

¹ Non suivis d'hospitalisations complètes. Il a été certifié avec obligations d'amélioration par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2018. La HAS note des améliorations en 2019 et fait passer le centre hospitalier de la cotation C à B sur le site scope-santé. La certification est une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés. Elle est réalisée tous les quatre ans par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS, les experts-visiteurs.

Source : Hospidiag et centre hospitalier pour les consultations externes.

² Article L. 6141-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 6143-1 et suivants du code de la santé publique.

⁴ Article L. 6144-1 du code de la santé publique.

⁵ Article L. 6143-7-5 du code de la santé publique.

d'établissement⁶ pour le dialogue social, et d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques⁷ pour l'organisation des soins.

Un règlement intérieur précise le fonctionnement de l'établissement.

Le centre hospitalier Lucien-Hussel est par ailleurs en direction commune avec les centres hospitaliers de Condrieu et de Beaurepaire.

Les instances du centre hospitalier ont été régulièrement réunies sur la période et ont pu se prononcer sur leurs domaines de compétences conformément au code de la santé publique. Néanmoins certaines instances émanant de la CME, amenées à se prononcer sur des questions de ressources médicales, telles que la commission d'activité libérale et la commission de l'organisation de la permanence des soins, ne se sont pas réunies sur la période, ce qu'il conviendra de corriger.

1.2.2- L'organisation en pôles et le pilotage médico-économique

Les établissements publics de santé ont l'obligation de structurer leur organisation en pôles d'activité clinique et médico-technique⁸ qui rassemblent plusieurs services. Cet échelon a vocation à faciliter le lien entre les services et les instances de direction. La législation prévoit une indemnisation, mais pas de décharge de temps de service pour le chef de pôle.

Le conseil de surveillance a acté en décembre 2015 le passage de sept à cinq pôles. Le transfert de l'activité de psychiatrie a fait passer leur nombre à quatre en 2017 : un pôle chirurgie médico-technique, un pôle médecine-urgences, un pôle femme-mère-enfant, et un pôle gériatrie. Un pôle administratif est prévu au règlement intérieur, mais non formalisé.

Le règlement intérieur de l'établissement fixe les modalités de fonctionnement des pôles. Chaque pôle est géré par un médecin-chef de pôle. Un contrat de pôle doit établir les moyens, les objectifs et les indicateurs de suivi en matière de gestion, de qualité et de projets. Le chef de pôle doit élaborer un projet de pôle sur la base du contrat, et organiser la concertation interne au pôle. Un conseil/bureau de pôle doit réunir le chef de pôle, le cadre supérieur du pôle, et le directeur délégué, au moins quatre fois par an pour effectuer le suivi du contrat et élaborer les projets.

Des contrats de pôle 2011-2015 ont été signés. Les délégations accordées aux chefs de pôle concernaient l'expression des besoins en matériel, un avis sur les recrutements après sélection, et la formation. Aucune délégation de signature n'était accordée.

En 2016, des actions ont été mises en place pour développer la gouvernance en pôles en sollicitant les médecins pour définir des fiches de mission, et des formations à destination des chefs de pôle, de leurs adjoints, des directeurs délégués et des cadres délégués. Les projets de contrats de pôle ont été discutés en directoire à partir de 2017. Les contrats de pôle ont été renouvelés en 2018 ; le volet « projets » a été ajouté par avenant en 2019, suite à la validation du projet médical. Trois avenants sur quatre listent les projets sans détailler les conditions de mise en œuvre.

Le fonctionnement des pôles est d'intensité variable sur la période et selon le pôle.

⁶ Remplacé par le comité social d'établissement à compter de 2020 (loi du 6 août 2019).

⁷ Article L. 6146-9 et suivants du code de santé publique.

⁸ Article L. 6146-1 et R. 6146-1 et suivants du code de la santé publique.

Les pôles femme-mère-enfant et chirurgie médico-technique ont réuni leur bureau, et/ou bureau élargi, régulièrement à partir de 2016 et ont abordé l'avancement des projets, amorcé un suivi d'indicateurs et développé les échanges sur l'élaboration du projet médical.

Tableau 2 : Réunion des bureaux / bureaux élargis de pôle

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pôle femme-mère-enfant				11	15	2	7
Pôle chirurgie médico-technique				7	7	9	4
Pôle médecine-urgences	3	1	0	3	2	3	1
Pôle gérontologie	4	4	4	4	4	0	1

Source : comptes rendus fournis par le centre hospitalier

Des données sur l'activité sont régulièrement communiquées aux pôles et le médecin DIM⁹ participe à de nombreuses réunions des pôles. Les pôles ne disposent pas de données financières, l'établissement n'ayant pas établi de comptes de résultat analytiques. Le suivi de l'activité en journées ne laisse pas apparaître la valorisation de l'activité et la performance des pôles. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a précisé que des comptes de résultat analytiques seraient produits mensuellement et présentés régulièrement aux services.

Les rapports d'activité 2013 et 2014 sont présentés par pôle. Par la suite et même si l'établissement a indiqué que le suivi de l'activité des pôles était présenté régulièrement aux instances, sans toutefois que les comptes rendus en fasse état, aucune donnée sur l'activité par pôle ne figure dans les rapports 2015, 2016, 2017, et des données sommaires sont présentes dans les rapports 2018 et 2019.

Un travail de développement de la gouvernance des pôles a été conduit sur la période. Ils n'apparaissent pas encore dotés de l'ensemble des outils nécessaire au pilotage. Leur implication dans la gouvernance du centre hospitalier est pourtant importante dans le cadre d'un éventuel projet architectural. L'identification claire d'une fonction contrôle de gestion en 2020 doit permettre de faciliter le suivi des pôles, en leur fournissant des données financières, avec les comptes de résultat analytiques et des données sur leur activité

1.3- Les orientations stratégiques de l'établissement

Les établissements de santé sont tenus de passer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de santé¹⁰. Cette contractualisation permet d'inscrire l'établissement dans la politique régionale fixée dans le projet régional de santé. Pour les établissements publics de santé, le CPOM est ensuite décliné dans un projet d'établissement¹¹ comportant les projets suivants : stratégie et coopération, médical, soins infirmiers rééducation et médico-technique, social¹².

⁹ Médecin responsable de l'information médicale, garant de la collecte des données de santé et de la qualité de la codification des actes.

¹⁰ Articles L. 6114-1 et suivants du code de santé publique.

¹¹ Article L. 6143-2 et suivants du code de la santé publique.

¹² La loi du 26 janvier 2016 modernisant notre système de santé modifie l'article L. 6143-2 du code de la santé publique et ajoute un projet psychologique.

1.3.1- La contractualisation avec l'ARS

Le centre hospitalier a signé un CPOM 2013-2018. Ce CPOM a fait l'objet de nombreux avenants, notamment la mise en place d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF). Le CPOM a été prolongé par avenant en 2019, et un nouveau CPOM couvrant la période 2020-2024 a été signé en mai 2020.

Le CREF fixait un plan d'économies sur la période 2014-2018. Il visait le maintien d'une situation financière compatible avec le plan d'investissement. L'objectif était de restaurer une marge brute d'exploitation permettant de soutenir la charge de la dette et d'accompagner deux projets : la reconstruction du pôle gériatrie et la rénovation de l'IFSI. Les projets n'auraient pas été validés par l'ARS en l'absence de CREF.

Les moyens à mettre en œuvre concernaient l'ensemble des leviers disponibles :

- ♦ des économies sur les dépenses par des mesures de gestion des ressources humaines, comme des modifications de temps de travail ou une réduction de l'absentéisme, des mesures d'optimisation de certaines fonctions supports, achat et chaîne de facturation-recouvrement, et mesures de performance des séjours avec une baisse de la durée moyenne de séjour ;
- ♦ le développement de recettes supplémentaires par l'extension de certaines activités (pôle de gériatrie, hospitalisation à domicile, oncologie, et pneumologie) et l'amélioration du codage.

L'établissement s'était engagé sur une marge brute d'exploitation de 7,7 % en 2016, objectif qu'il a réalisé. Mais la marge s'est fortement dégradée à partir de 2017.

Tableau 3 : Atteinte des objectifs du CREF

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taux de marge brute d'exploitation à atteindre	6,9 %	7,5 %	7,7 % (7,8 M€ sur le budget H, et 8,7 M€ tous budgets confondus)	/	/	/
Marge brute d'exploitation consolidée	7 638 k€	7 818 k€	9 277 k€ dont 8,1 M€ sur le budget H	5 029 k€	4 647 k€	4 848 k€
Taux de marge brute d'exploitation réalisée	6,85 %	6,92 %	7,96 %	4,43 %	3,94 %	4 %

Source : CREF et comptes financiers

Pour autant, le CREF n'a pas été mis à jour et aucune annexe n'a été ajoutée au CPOM pour prendre en compte l'aggravation de la situation financière du centre hospitalier.

1.3.2- Le projet d'établissement

Le projet d'établissement se décompose comme suit :

- ♦ projet médical 2013-2017, puis 2019-2024 ;
- ♦ projet de soins 2013-2017 ;
- ♦ projet social 2008-2013, puis 2017-2021 ;
- ♦ schéma directeur informatique 2013, puis schéma directeur des systèmes d'information du groupement hospitalier de territoire (GHT) 2018-2021.

La réalisation de l'ensemble de ces projets a fait l'objet d'un travail participatif conséquent de la part des acteurs concernés : corps médical pour le projet médical - équipes soignantes pour le projet de soins - organisations syndicales, médecine du travail et directions des ressources humaines et des soins pour le projet social. Par exemple, la démarche retenue pour le projet médical a permis à tous les services de proposer des fiches projets, travaillées par les pôles puis présentées à l'ensemble des directions pour sélection.

Le projet médical comporte des éléments de politique générale, notamment une présentation de l'établissement et de son territoire proposant une analyse de l'environnement concurrentiel et des besoins du bassin viennois. Les coopérations sont abordées dans le projet médical, mais uniquement sous l'angle des parcours de soins. Ce projet fait un rapide bilan du précédent sans revenir sur des indicateurs précis ou la mise en œuvre d'un calendrier. Cinq axes transversaux sont déclinés, puis huit projets sont mis en avant pour les services.

Le projet médical liste des besoins ou des possibilités d'action mais ne précise pas les résultats attendus. Il retient une approche souple pour pouvoir s'adapter aux évolutions. En conséquence, il ne contient pas d'objectifs précis, ne fixe pas les moyens nécessaires, les porteurs de projet ou encore le calendrier. Par exemple, concernant le projet de développement de la chirurgie ambulatoire, trois axes de travail sont retenus sans préciser les cibles.

Le projet médical désigne la commission médicale d'établissement comme pilote, et renvoie aux pôles la mise en œuvre opérationnelle, avec la signature d'avenants aux contrats de pôle reprenant le contenu du projet médical. Ces avenants ont été signés en 2019. Ils reprennent bien les projets, contiennent des indicateurs, mais ne fixent pas les moyens du projet, ni leur pilotage.

Pour la période 2019-2024, il renvoie à l'actualisation d'un projet de soins qui n'a pas encore été réalisée. Le projet de soins 2013-2017 comportait des axes opérationnels qui, bien que les indicateurs aient été peu développés, permettront un bilan précis en vue de sa mise à jour.

A partir du bilan du précédent projet, le projet social 2017-2021 comporte cinq axes, déclinés chacun en objectifs opérationnels, plan d'actions, livrables et planning de réalisation. Le projet ne met pas en place de dispositif de suivi, ce qui a pu favoriser l'absence de réalisation de plusieurs axes, notamment sur les questions d'absentéisme (cf. infra).

L'établissement a donc fait le choix de décliner les orientations des différents volets du projet d'établissement à partir du projet médical, afin de permettre une meilleure adhésion du personnel au projet. Cependant, la construction des différentes composantes du projet d'établissement sur des périodes différentes n'a pas permis de définir une stratégie globale et de fédérer les différents projets. De plus, l'absence de déclinaison opérationnelle des axes du projet ne permet pas de s'assurer de l'atteinte des objectifs. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur s'est engagé à mettre à jour le projet d'établissement d'ici 2022 en ajoutant un plan d'action.

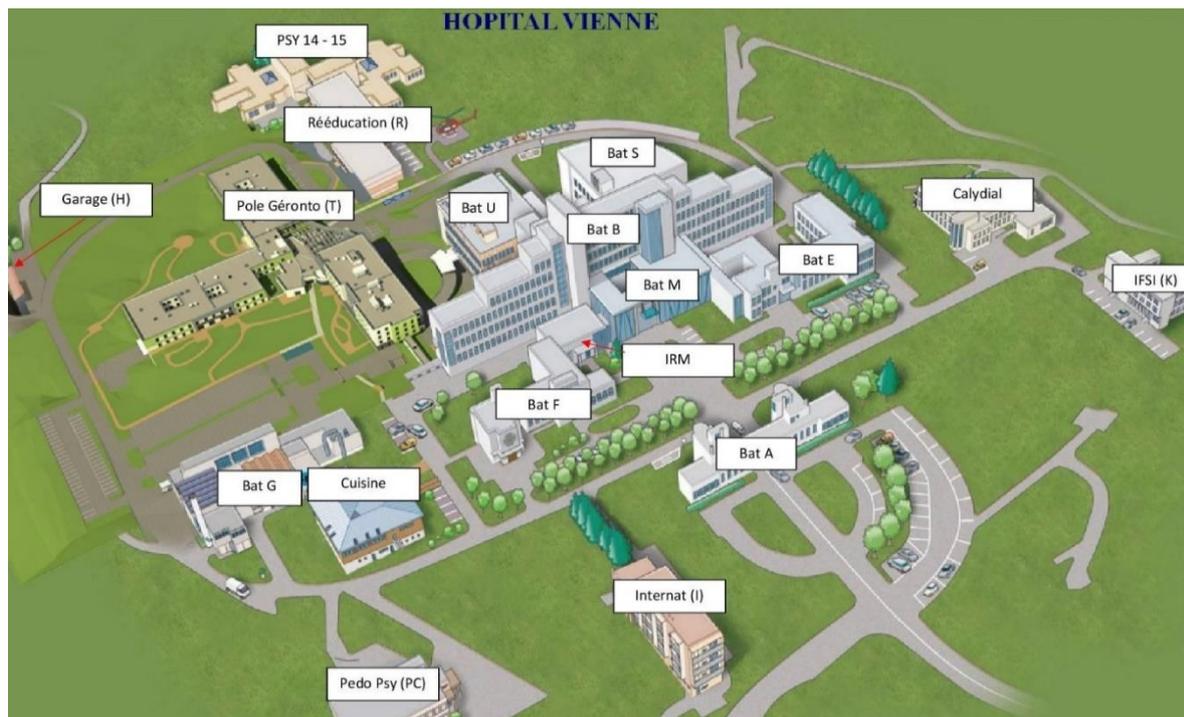
1.3.3- Les conséquences du vieillissement des bâtiments

Le mode de financement des établissements publics de santé ne permet pas aux établissements de porter seuls des travaux conséquents sans un soutien financier national.

Les bâtiments les plus anciens du CH de Vienne datent de l'ouverture en 1938 (A et B). Des extensions ont été réalisées depuis selon les besoins et les limites des bâtiments existants, mais sans reconstruction d'ampleur touchant l'ensemble de l'établissement, comme cela a pu être le cas pour d'autres hôpitaux proches de Lyon.

À partir des années 2000, trois phases de travaux ont été réalisées : d'abord des extensions à l'avant et à l'arrière du bâtiment, puis une restructuration du bâtiment central d'origine, et enfin la reconstruction du pôle gériatrique (deux tiers de lits d'EHPAD et un tiers de lits sanitaires). L'IFSI a également été rénové récemment. Une vingtaine de bâtiments d'âges différents sont aujourd'hui utilisés.

Figure 1 : Plan du site principal du Mont Salomon



Source : centre hospitalier

Cette construction composite et vieillissante présente de nombreuses limites, notamment pour le développement et l'optimisation des activités, mais aussi pour la sécurité. Les investissements réalisés depuis 20 ans ont visé à pallier ces dysfonctionnements. Les conséquences financières sont également importantes (cf. infra), notamment sur le volume de maintenance et les investissements pour mise en conformité.

Le projet de diagnostic précis de l'immobilier a été évoqué dès 2016, après la mise en œuvre des trois projets immobiliers précédents. Un consultant a été retenu en 2019 pour accompagner le centre hospitalier dans la réalisation du schéma directeur architectural, qui est en cours de finalisation. Ce travail doit permettre de montrer les coûts de la poursuite d'une mise aux normes des bâtiments existants, et les coûts d'une restructuration massive, pour aboutir à un arbitrage sur le devenir des bâtiments.

Le pré-diagnostic montre que l'éloignement de certaines activités liées dans une même filière de soins limite la fluidité de la prise en charge, et donc sa qualité, mais induit également des coûts de brancardage ou de déploiement de personnel. C'est le cas du bloc opératoire qui est éloigné de l'unité de chirurgie ambulatoire, des urgences, du bloc obstétrical et du service de néonatalogie. Le positionnement et l'état des locaux ambulatoires ne sont pas propices au développement du service. Le service des urgences est sous-dimensionné au vu de l'augmentation d'activité ; les locaux occupés, initialement conçus pour un service de consultation, ne sont pas adaptés. De même, la pharmacie, en sous-sol, ne dispose pas de surfaces suffisantes pour le stockage des médicaments. Concernant le confort des patients, le diagnostic constate un pourcentage faible de chambres individuelles¹³, 58 %, notamment dans le bâtiment le plus ancien, et l'absence de douche dans la plupart des chambres.

Sur le volet sécurité des investissements ont été réalisés en 2018 pour obtenir un avis favorable de la commission de sécurité incendie. Le volet sécurité est présent dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP) qui définit les orientations pluriannuelles des

¹³ Hors pôle gériatrique, récemment refait qui bénéficie de chambres individuelles pour tous les services EHPAD et de 79 % de chambres individuelles pour le court séjour gériatrique.

finances de l'établissement pour 2020-2024 et qui prévoit 6 M€ de travaux de sécurisation. Cette estimation ne couvre pas la sécurité électrique, en cours de diagnostic, et ne chiffre pas un problème de structure du bâtiment ancien. Un rapport de 2018 a révélé une situation électrique critique en raison de la péremption du poste de livraison de l'électricité (qui ne pourrait pas être réparé en cas de panne faute de pièces de rechange disponibles), de la vétusté du poste électrique du groupe électrogène et de l'insuffisante puissance de ce groupe. La configuration du matériel ne permettrait pas une prise de relais du groupe électrogène en cas de panne. L'obsolescence du matériel électrique est de nature à compromettre gravement la continuité de l'activité du centre hospitalier. Plusieurs rapports de 2020 concernant la structure d'une aile du bâtiment B, le plus ancien, ont conclu à l'insuffisance des capacités portantes des dalles dans les parties circulation, à la fragilité des poteaux portants et à la non-conformité de la tenue au feu des planchers.

En réponse aux observations provisoires, l'ARS a précisé que la situation était en cours de traitement avec l'établissement, notamment par l'élaboration d'un schéma directeur immobilier étroitement lié à un projet médical précis et opérationnel. La chambre souligne que l'engagement d'un projet de restructuration de grande envergure nécessite assurément une réflexion approfondie pour permettre le juste investissement, ce qui ne doit pas occulter l'urgence de faire aboutir le projet.

1.4- Le positionnement territorial

Le centre hospitalier Lucien-Hussel est le troisième établissement hospitalier de l'Isère après le centre hospitalier universitaire de Grenoble et le centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu. Établissement de santé de référence pour l'Isère rhodanienne, il présente la particularité d'être plus proche de la métropole lyonnaise que de la préfecture de l'Isère. Sa proximité géographique avec les Hospices civils de Lyon (HCL), deuxième hôpital de France, et notamment avec l'hôpital Lyon sud, distant de seulement 30 km, est un élément déterminant de son positionnement.

1.4.1- Les coopérations

La taille de l'établissement et sa proximité immédiate avec les HCL imposent la mise en place de coopérations pour éviter un effet de mise en concurrence de la part des patients et de la ressource médicale.

La plupart des conventions sont passées avec les HCL : 13 conventions encore en vigueur ont pu être identifiées, dont 11 pour l'activité, une convention-cadre pour des mises à disposition de médecins signée en 2011, et une pour le groupement hospitalier de territoire (GHT) en date de 2018.

Le centre hospitalier a également conventionné avec des établissements de son territoire, hors GHT, pour l'activité, par exemple pour le partage de ressources en imagerie ou pour l'activité de dialyse gérée par une association, Calydia, sur le site du Mont Salomon. Les services d'activité extra-hospitalière, hospitalisation à domicile, équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs ont mis en place de nombreuses conventions, notamment avec les EHPAD. Hormis celles concernant les services extra-hospitaliers, ces conventions ne sont pas recensées et ne font pas l'objet de suivi, ce qu'il conviendra de corriger.

Le centre hospitalier est porteur de deux groupements de coopération sanitaire, pour la restauration et la blanchisserie, créés respectivement en 2012 et en 2013. Ces deux organismes de mutualisation rassemblaient dès leur création les établissements publics présents sur le territoire géographique du futur GHT.

1.4.2- Le groupement hospitalier de territoire

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont des structures de coopération créées par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé¹⁴. L'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a arbitré la création de 15 GHT à partir du 1^{er} janvier 2016. La création du GHT Valrhône a été entérinée par la signature de sa convention constitutive en juin 2016. Il s'agit d'un des trois GHT non liés à un CHU, entourant le GHT Rhône-centre porté par les Hospices civils de Lyon. Une convention a donc été signée avec ceux-ci.

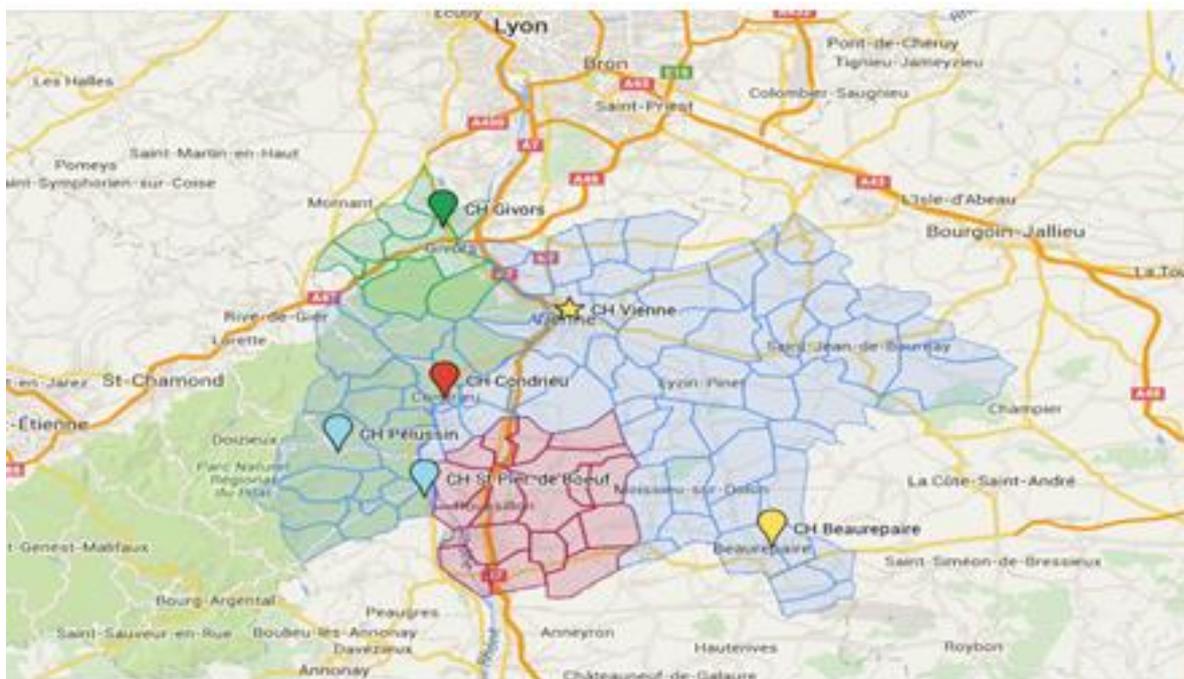
Le centre hospitalier Lucien-Hussel est l'établissement support du GHT qui s'étend sur trois départements - l'Isère, la Loire et le Rhône - et réunit six établissements sanitaires publics : les centres hospitaliers de Vienne, Givors, Beaurepaire, Pélussin, Saint-Pierre-de-Bœuf et Condrieu.

Un projet médical partagé et un projet de soins du GHT pour la période 2017-2021 ont permis d'amorcer la réflexion et la coopération sur l'organisation des filières de soins.

Les instances du GHT se sont beaucoup réunies en 2017 et 2018, mais pas en 2019. Ce ralentissement pourrait être préjudiciable au renouvellement des projets qui doit intervenir sur l'année 2021.

Au titre des fonctions supports, le GHT a permis la mutualisation de certains achats, la création d'un département d'information médicale (DIM) de territoire, et un rapprochement des services informatiques (cf. infra).

Figure 2 : Le territoire du GHT Val de Rhône santé



Source : site internet du CH Lucien-Hussel

¹⁴ Article L. 6132-1 et suivants du code de la santé publique.

1.4.3- Le transfert de l'activité psychiatrie en janvier 2017

Début 2015, l'agence régionale de santé a décidé de transférer l'autorisation de l'activité de psychiatrie du centre hospitalier à l'établissement de santé mentale des portes de l'Isère (ESMPI)¹⁵, établissement privé situé à Bourgoin-Jallieu, et ce pour améliorer le recrutement médical en favorisant l'attractivité de l'offre de soins.

Initialement prévu mi-2016, le transfert a été effectif à compter du 1^{er} janvier 2017. Le conseil de surveillance a acté ce transfert dans une délibération du 30 juin 2016 qui précisait que la cession des autorisations de l'activité devait être faite « *sous réserve du respect des équilibres budgétaires* ». Le transfert concerne uniquement la gestion de l'activité, qui demeure physiquement au centre hospitalier de Vienne. Le centre hospitalier de Vienne reste propriétaire des locaux qu'il loue à l'ESMPI.

Le transfert est organisé par une convention générale de partenariat signée par les deux établissements le 16 décembre 2016, complétée d'un avenant signé le 27 septembre 2017. La convention initiale prévoit les modalités de coopération entre l'activité transférée et les urgences du centre hospitalier, incluant la mise à disposition de personnel et les flux de patients, le transfert des dossiers patients et les conditions financières du transfert. Trois conventions annexées à la première précisent les modalités de transfert des personnels médicaux et non-médicaux, de prestations croisées et d'occupation temporaire du domaine public hospitalier.

La convention sur les ressources humaines fixe un droit d'option pour les agents :

- ♦ pour les personnels non-médicaux, le maintien dans la fonction publique avec mise à disposition à l'ESMPI, le détachement, ou la radiation des cadres de la fonction publique avec une garantie de reprise en CDI par l'ESMPI ;
- ♦ pour les personnels médicaux, le détachement ou la démission en vue de recrutement.

Le transfert a concerné 155 agents non-médicaux dont 109 ont choisi la mise à disposition, neuf le détachement, et 31 une démission et un contrat avec l'ESMPI. Pour six agents en position d'activité, le droit d'option a été repoussé à leur retour en activité. Le nombre de détachements de médecin n'a pas été communiqué.

Cette convention prévoit le remboursement au centre hospitalier de frais liés à la médecine statutaire des agents mis à disposition, aux risques professionnels, à la prise en charge de certains éléments de protection sociale, au capital versé suite au décès de l'agent mis à disposition, au financement de la période de transition en cas de reclassement pour inaptitude aux fonctions et à la part employeur de l'accès au self.

Le remboursement des salaires concerne uniquement les personnels mis à disposition, les autres personnels étant payés directement par l'ESMPI. La facturation à l'ESMPI est réalisée tous les mois. Une avance de trésorerie de 450 000 € est prévue à compter du 20 janvier 2017. Le centre hospitalier facture le paiement des cotisations CNRACL pour les agents détachés. L'ESMPI facture le coût des jours de CET acquis au centre hospitalier lorsque le repos est pris.

La convention de prestations prévoit la refacturation de nombreux items avec des modalités d'évaluation et de facturation différentes (cf. annexe).

La convention comporte plusieurs points de fragilité.

¹⁵ Le centre psychothérapique du Nord-Dauphiné se dénomme désormais établissement de santé mentale des Portes de l'Isère.

En premier lieu, concernant le statut des personnels, la convention visait un transfert de la totalité du personnel du pôle psychiatrie, sans reste à charge pour le centre hospitalier de Vienne, et en apportant des garanties suffisantes d'emploi aux agents, que ce soit le maintien du statut public si souhaité ou le maintien du lieu géographique d'exercice à Vienne. La mise à disposition des agents non-médicaux pour des périodes de trois ans renouvelables est autorisée par le statut de la fonction publique¹⁶, de même que le détachement pour des périodes de cinq ans. Le caractère révocable des mises à disposition tous les trois ans et des détachements tous les cinq ans présente un risque pour le centre hospitalier : l'EMPSI serait en droit de dénoncer les mises à disposition et les détachements des agents qui seraient réintégrés dans l'effectif du centre hospitalier et devraient alors être affectés dans d'autres services.

Ensuite, la facturation d'un grand nombre de prestations, avec des périodicités et des clés de répartition différentes, apparaît complexe. Les prestations ne sont pas toutes facturées dans les conditions de la convention concernant les périodicités.

Enfin, les différences de lieu géographique et de statut des deux gestionnaires ont complexifié ce transfert. Les conséquences financières pour le centre hospitalier de Vienne sont développées infra.

La convention cadre d'une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2017 a vocation à être renouvelée en 2021, ce qui pourrait être l'opportunité de sécuriser la situation des personnels, notamment du principe du renouvellement des mises à disposition et détachements par l'ARS, et de simplifier la convention.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ARS indique que les négociations sont engagées, avec l'appui de conseillers juridiques et qu'elles portent notamment sur la mise à disposition des ressources humaines ; la nouvelle convention cadre devrait être élaborée fin décembre 2021. Elle précise avoir demandé à l'EMPSI de réaliser un projet structurant la psychiatrie du territoire de Vienne incluant le volet immobilier.

1.5- Le système d'information

La sécurité d'un système d'information (SI) hospitalier est un enjeu majeur. Le SI contribue également à la qualité du service rendu, en améliorant les conditions d'exercice des missions.

Le système d'information a bénéficié de la création du GHT et des travaux d'envergure ont été réalisés pour sécuriser les serveurs et les réseaux (cf. infra). Le service s'est également structuré en distinguant le responsable des services informatiques et le cadre responsable du dossier patient informatisé, puis en se déployant sur le territoire du GHT. Le comité du système d'information du GHT se réunit régulièrement et son fonctionnement semble favoriser la dynamique des projets.

Un schéma directeur 2013-2018, puis un schéma directeur du GHT 2018-2021 ont fixé la stratégie en matière de système d'information. Le premier a notamment permis de finaliser le déploiement du dossier patient informatisé (DPI). Le second réalise un état des lieux des différents logiciels utilisés, avec pour cible le projet d'un dossier patient informatisé de territoire. D'autres applicatifs ont déjà pu être partagés comme la mise en place d'une gestion documentaire commune, ou plus récemment, du fait de la crise sanitaire, un outil de partage des capacités disponibles.

¹⁶ Article 15 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et décret n°88-976 du 13 octobre 1988.

L'objectif de sécurité est présent dans les deux schémas, que ce soit la sécurisation du matériel et des réseaux entre établissements, ou celle de l'accès au réseau. Le schéma du GHT prévoit l'identification d'un responsable sécurité des systèmes d'information (RSSI), ce qui constituerait une amélioration par rapport au système actuel où le responsable des services informatiques est également RSSI¹⁷.

Le centre hospitalier de Vienne réalise régulièrement une analyse des risques. Il a déjà mis en place plusieurs dispositifs pour sécuriser l'accès à son réseau : procédure de gestion de vie des utilisateurs, chartes signées par le personnel sur l'usage du réseau et du DPI, sensibilisation de l'encadrement dans les instances et du personnel sur le réseau interne. Un plan de reprise de l'activité élaboré en 2019 prévoit la sauvegarde et la récupération des données ; la salle secondaire est proche de la salle principale.

2- LA FIABILITÉ DES COMPTES

Le centre hospitalier prépare la certification de ses comptes 2021, prévue à l'article L. 6145-16 du code de la santé publique¹⁸. Un diagnostic de ses processus comptables a été engagé fin 2018 – début 2019 mais n'a pas été mené à son terme et n'a pas abouti à la rédaction d'un recueil de procédures comptables, étape indispensable pour une fiabilisation des comptes. Le diagnostic a identifié des carences en matière de chaîne de facturation et de fiabilité de l'actif immobilisé (cf. infra). Dans le cadre de la certification, un partenariat étroit entre le centre hospitalier, l'ARS et la direction départementale des finances publiques, accompagné par un prestataire externe, doit permettre de réaliser un audit du contrôle interne et d'améliorer les procédures.

2.1- La structure budgétaire et les flux entre budgets

Le centre hospitalier comptait en 2013 un budget principal et trois budgets annexes: l'un pour la gestion de l'EHPAD situé sur le même site géographique que l'hôpital, l'autre pour le suivi de l'IFSI et le dernier, le budget dotations non affectées, pour la gestion de biens propriétés de l'établissement mais non affectés à l'activité hospitalière¹⁹. Un budget annexe GHT a été ouvert en 2017 à la création du groupement, et un second budget annexe EHPAD a été créé en 2018 lors de l'ouverture du nouvel établissement de Chasse-sur-Rhône, les Terrasses du Rhône. Le budget général assure 87 % des recettes de fonctionnement.

¹⁷ La fonction de responsable sécurité doit être distincte de celle de responsable du service informatique pour garantir une prise en compte optimale de la sécurité.

¹⁸ À partir de l'exercice 2018, le centre hospitalier était concerné par la certification ; il a obtenu un report, accordé par les ministères de la santé et des finances, pour débiter la certification en 2022 sur l'exercice 2021.

¹⁹ Quelques terrains agricoles.

Tableau 4 : Budgets de l'établissement en 2019

Libellé de budget/activité		Code budget	SIRET	FINESS	Recettes de fonctionnement 2019	
					en k€	En %
Centre hospitalier Lucien Hussel	Budget principal	H	26380032800019	380781435 380000174	108 575	87 %
EHPAD	Budget annexe	E	26380032800233	380794925	9 921	8 %
EHPAD Les Terrasses du Rhône	Budget annexe	J	26380032800258	380019786	3 588	3 %
École paramédicale IFSI	Budget annexe	C	26380032800035	380019786	1 602	1 %
Dotations non affectées (DNA)	Budget annexe	A	26380032800217		1	0 %
GHT Rhône Sud Isère	Budget annexe	G	26380032800241		989	1 %

Source : comptes financiers

Les deux budgets annexes EHPAD et le budget annexe IFSI remboursent les frais afférents à leur fonctionnement pris en charge par le budget général du centre hospitalier, notamment des frais de personnel médical et non médical, et des charges à caractère général.

Les sommes reversées entre 2013 et 2015 étaient fixées dès le stade de l'EPRD²⁰. À compter de 2016, les remboursements sont établis à partir de clés de répartition²¹ appliquées sur les réalisations comptables. L'application de cette méthode permet une plus juste répartition des charges entre budgets, chaque budget supportant désormais les charges inhérentes à son activité. Le montant des reversements sur le budget général a augmenté à partir de l'application de cette nouvelle méthode.

Tableau 5 : Remboursements de frais entre budgets (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation annuelle moyenne
Remboursement de frais par les BA au budget général (H)	1 552	1 481	1 424	1 715	2 042	2 123	1 756	+ 6,5 %
<i>Dont budgets E, J (EHPAD)</i>	<i>1 462</i>	<i>1 373</i>	<i>1 319</i>	<i>1 559</i>	<i>1 870</i>	<i>1 944</i>	nc	+ 5,9 %
<i>Dont budget C (IFSI)</i>	<i>91</i>	<i>108</i>	<i>105</i>	<i>156</i>	<i>172</i>	<i>179</i>	nc	+ 14,6 %
Remboursement de frais par le BP ou les BA au GHT	0	0	0	0	110	0	0	NC
Remboursement de frais consolidé	1 552	1 481	1 424	1 715	2 152	2 123	1 756	+ 6,5 %
<i>en % des produits d'exploitation du budget H*</i>	<i>1,58 %</i>	<i>1,46 %</i>	<i>1,39 %</i>	<i>1,60 %</i>	<i>1,96 %</i>	<i>2,02 %</i>	<i>1,65 %</i>	

Source : comptes financiers, retraitement CRC

*hors opérations d'ordre

2.2- Le principe de séparation des exercices

Des processus comptables non fiables conduisent au non-respect du principe de séparation des exercices, ce qui a des conséquences importantes sur le résultat comptable de l'établissement.

²⁰ État prévisionnel des recettes et dépenses, établi depuis 2008 en substitution du budget prévisionnel.

²¹ % des charges directes des budgets gérés ou des effectifs gérés pour le personnel administratif, % des consommations pour les services médico-techniques, des m² pour les fluides.

Les taux de rattachement des charges du centre hospitalier sont particulièrement bas, à l'exception de 2019 qui n'a pas été expliquée²².

Il n'existe pas de procédure formalisée des opérations de fin d'exercice, notamment portant sur les rattachements des charges et des produits à l'exercice. La direction des finances demande aux services ce qu'il reste à payer sur la fin d'année pour rattacher les charges. Il en résulte un très faible taux de rattachement des charges et produits à l'exercice, ce qui impacte l'EPRD suivant qui doit supporter les charges antérieures non rattachées.

Tableau 6 : Rattachements des charges (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Fournisseurs, factures non parvenues (a)	538	731	472	604	588	756	5 129
Comptes de charges d'exploitation (b)	25 035	25 815	25 522	27 575	29 566	30 189	30 891
<i>Dont comptes de charges d'exploitations budget H</i>	22 602	23 219	23 093	25 059	26 968	27 068	27 590
<i>Dont comptes de charges d'exploitations budgets B, E, J</i>	2 266	2 409	2 286	2 397	2 453	2 968	3 120
<i>Dont comptes de charges d'exploitations budget C</i>	166	187	144	119	146	153	180
<i>Dont comptes de charges d'exploitations budgets A</i>	0,10	0,04	0,06	0,06	0,00	0,00	0
Taux de rattachement en % (a)/(b)	2,15 %	2,83 %	1,85 %	2,19 %	1,99 %	2,50 %	16,60 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Le rattachement des intérêts courus non échus (ICNE) présente deux anomalies significatives en 2018 et 2019 (ligne « différence » du tableau ci-dessous), qui ont majoré le besoin en fonds de roulement. Il conviendrait de régulariser cette situation et de s'assurer chaque année de l'exacte comptabilisation des ICNE en lien avec le comptable public.

Tableau 7 : ICNE (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Débit du compte Rattachement des ICNE (c/66112) (a)	186	193	239	199	183	169	264
Crédit du compte Rattachement des ICNE (c/66112)	170	186	184	239	199	183	275
Débit du compte Intérêts courus (c/1688)	170	186	184	239	199	183	0
Crédit du compte Intérêts courus (c/1688) (b)	186	184	239	199	183	0	157
Débit du compte Intérêts réglés à l'échéance (c/66111)	1 043	1 070	1 177	1 305	1 204	1 122	844
Différence entre les rattachements et la comptabilisation au bilan (a-b)	-	9	-	-	-	169	107

Source : comptes financiers

Le taux de rattachement des produits est inférieur à 1 %, hormis en 2017, ce qui est faible, bien que le centre hospitalier ait mis en place un dispositif de comptabilisation des séjours à cheval sur deux exercices pour parvenir à une exacte imputation de la recette aux exercices concernés.

²² Le taux de rattachement est de 16% en 2019, ce qui est supérieur ; ses difficultés de trésorerie en 2019 ont conduit l'hôpital à décaler le paiement de nombreuses factures.

Tableau 8 : Rattachements des produits (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Redevables, produits à recevoir (a)	710	839	1 018	741	889	899	970
<i>Dont 4181 Hospitalisés et consultants</i>					14	117	85
<i>Dont 4182 - Caisse d'assurance maladie</i>			633	660	798	783	885
<i>Dont 4188/4687 - Autres produits à recevoir</i>	710	839	385	249	667	40	89
Produits courants de fonctionnement (b)	108 197	111 523	112 836	118 080	115 245	119 244	120 887
Taux de rattachement en % (a)/(b)	0,66 %	0,75 %	0,90 %	0,77 %	1,28 %	0,79 %	0,80 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les recettes à classer ou à régulariser sont inscrites au compte 47 qui est un compte transitoire dans l'attente de l'imputation définitive devant être apuré dès que possible. Les recettes à classer ou à régulariser présentent structurellement des montants élevés et en augmentation constante de l'ordre de 300 k€ par an. Au 31 décembre 2019, ces recettes s'établissent à 2,2 M€. Ces produits, tant qu'ils ne sont pas correctement imputés, minorent fortement le résultat.

Tableau 9 : Comptes de tiers à classer/régulariser (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation annuelle moyenne
471 – recettes à classer ou régulariser	398	557	732	1 008	1 304	1 536	2250	+ 31,0 %
472 – dépenses à classer ou à régulariser	0	0	0	3	4	0	0	nc

Source : comptes financiers, retraitement CRC

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué qu'une procédure concernant les écritures de clôture était en cours de finalisation.

2.3- La fiabilisation des créances et la chaîne de facturation et de recouvrement

Plusieurs indicateurs montrent des lacunes dans la qualité du tirage et du recouvrement, et dans le processus de facturation du centre hospitalier. Ce constat avait déjà été fait dans les précédents rapports de la chambre et était signalé dans le CREF 2015-2016. Ce manque de fiabilité des créances minore le résultat comptable.

Le montant des titres annulés sur exercices antérieurs augmente, ce qui dénote un accroissement des erreurs d'émission. Le centre hospitalier ne réémet pas les titres susceptibles de permettre un recouvrement à la hauteur des créances annulées, à l'exception des exercices 2013 et 2017. Sur l'ensemble de la période, 20 % des titres annulés n'ont pas été réémis, ce qui peut indiquer une mauvaise qualité juridique des créances.

Tableau 10 : Créances annulées non réémises sur le budget H (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Somme 2013-2019
Titres annulés sur exercices antérieurs (C/ 673)	406	419	707	688	613	312	620	3 765
Réémission de titres sur exercice clos (C/ 7721)	457	279	577	459	615	247	372	3 006
Écart (C/772 1 – C/673)	51	- 140	- 130	- 229	2	- 65	- 248	- 759
Total des produits d'exploitation	95 268	98 673	100 042	104 665	101 486	102 395	103 630	706 159
% de l'écart / total des produits	+ 0,05 %	- 0,14 %	- 0,13 %	- 0,22 %	0,00 %	- 0,06 %	- 0,24 %	- 0,08 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

La fiabilité des créances est également altérée par le risque de non-recouvrement, qui peut être appréhendé par trois paramètres : des montants élevés de restes à recouvrer, en particulier ceux afférent à des titres anciens et un taux de provisionnement du risque faible.

Les dépréciations des comptes des redevables illustrent la nécessité pour l'hôpital d'apurer les restes à recouvrer et montrent des difficultés structurelles pour percevoir les produits d'activité.

Tableau 11 : Restes à recouvrer (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Restes à recouvrer amiables (c/411) (a)	19 465	19 856	19 956	20 442	20 688	21 577	21 809
Restes à recouvrer contentieux (C/416) (b)	607	460	330	431	790	859	951
Total des restes à recouvrer amiable et contentieux (c)	20 072	20 316	20 286	20 873	21 478	22 436	22 760
Produits exploitation (hors dépenses d'ordre) (d)	108 197	111 523	112 895	118 192	115 581	120 026	121 962
Taux de restes à recouvrer (c/d)	18,55 %	18,22 %	17,97 %	17,66 %	18,58 %	18,69 %	18,66 %
Taux de restes à recouvrer contentieux (b/d)	0,56 %	0,41 %	0,29 %	0,36 %	0,68 %	0,72 %	0,78 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC.

Des travaux d'apurement des restes à recouvrer ont été menés au cours des exercices 2015 et 2016 où des renforts d'effectifs ont par ailleurs été mis en place au bureau des entrées pour mener des opérations ponctuelles. Malgré ces mesures, la situation s'est dégradée. Si le taux de recouvrement à 90 jours s'améliore légèrement, le délai moyen de recouvrement augmente de 141 %. L'indice de facturation²³ du centre hospitalier montre également qu'en 2019, 8,8 % de l'activité de court séjour d'un mois n'a pas été facturée durant ce même mois. Le délai moyen de recouvrement pour les créances patients et mutuelles augmente de 14 % sur la période ; la situation du centre hospitalier apparaît plus dégradée que les autres établissements, que ce soit de la région ou de la même catégorie.

Tableau 12 : Taux de recouvrement

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	VAM
Taux de recouvrement à 90 jours (en %)	49,58	55,45	52,18	67,1	62,86	59,02	NC
Délai moyen du recouvrement (en jours)	43,7	64,72	53,48	64,52	75,82	105,32	83,87 %

Source : comptable public, trésorerie de Vienne

Tableau 13 : Indice de facturation

		2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation 2014-2019
Centre hospitalier de Vienne		7,2	5,7	5,8	9,2	9,1	8,8	+ 22 %
Région	2 ^{ème} décile	0,9	0,8	1,4	1,3	1,3	1	+ 11 %
	8 ^{ème} décile	10,3	10,6	8,75	9,3	8,7	8,8	- 15 %
Catégorie	2 ^{ème} décile	1,6	1,6	1,4	1,5	1,5	1,3	- 19 %
	8 ^{ème} décile	11,7	12,3	11,9	12,5	11,6	10,8	- 8 %

Source : Hospidiag P15

²³ Cet indice calculé par Hospidiag est mesuré à partir des sorties de trésorerie (source tableaux Ovalide) ; il s'agit de comparer les montants facturés sur une période par rapport aux montants facturés sur l'année N-1 ; un éloignement du 0 indique une durée élevée entre la facturation et l'encaissement.

Tableau 14 : Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation

		2016	2017	2018	2019	Variation 2016-2019
Centre hospitalier de Vienne		195	236,4	227	222,5	+ 14 %
Région	2 ^{ème} décile	83,5	85,9	91,8	84,7	+ 1 %
	8 ^{ème} décile	183,6	165,3	187,7	148,4	- 19 %
Catégorie	2 ^{ème} décile	92,8	95,6	95,3	96	+ 3 %
	8 ^{ème} décile	190	193,4	190,4	202,7	+ 7 %

Source : Hospidiag F12

Le risque de non-recouvrement se matérialise par les créances irrécouvrables ou éteintes destinées à être admises en non-valeur. Des créances ont été admises en non-valeur sur tous les exercices, pour un montant total de 4 090 k€. Certaines admissions en non-valeur concernent des créances auprès d'organismes de protection sociale. Ainsi, 252 465 € de titres émis à l'encontre de CPAM ont été passés en non-valeur en 2018, et 488 189 € de titres émis à l'encontre de mutuelles ont été passés en non-valeur en 2019.

Une amélioration de la chaîne de facturation doit être un objectif pour le centre hospitalier pour éviter ces admissions en non-valeur.

Tableau 15 : Créances irrécouvrables (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Somme 2013-2019
Pertes sur créances irrécouvrables (C/6541)	1 206	515	437	349	313	514	756	4 090
<i>Dont budget H</i>	1 183	488	414	343	302	451	747	3 923
<i>Dont budgets EHPAD</i>	23	27	23	12	11	63	9	167

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Une réorganisation du bureau des admissions, initiée début 2021, vise à combler l'ensemble des carences constatées. Selon les indications de l'ordonnateur, la mise en place d'un travail plus transversal avec le département d'information médicale, et la trésorerie, améliorera la fiabilité des créances.

2.4- Le principe de prudence et la constitution des provisions

Le centre hospitalier n'expose pas précisément sa méthode de constitution des provisions mais suit la démarche de la M21 quand il applique des provisions pour renouvellement des immobilisations, pour CET et pour charges. Les reprises de provisions sont justifiées aux comptes financiers.

Tableau 16 : Provisions (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (142)							
Dotations	358	455	574	634	0	0	0
Reprise	52	115	111	450	624	3 397	0
Solde au 31.12	9 826	10 166	10 630	10 814	10 190	6 793	6 793
Provisions réglementées CET (143/153)							
Dotations	898	1 736	1 300	517	467	0	993
Reprise	192	630	846	677	315	106	300
Solde au 31.12	1 936	3 042	3 496	3 336	3 488	3 382	4 076

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices (157)							
Dotation							1 300
Reprise							0
Solde au 31.12							1 300
Autres Provisions pour charges (158)							
Dotation	255	177	268	560	185	443	235
Reprise	3 744	127	34	0	208	720	427
Solde au 31.12	1 575	1 625	1 858	2 418	2 395	2 118	1 927

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Une méthode de provisionnement a été établie depuis l'exercice 2014 pour appliquer un taux de dépréciation en fonction de l'antériorité et du débiteur des créances restant à recouvrer au 31/12/N pour le budget principal. La constitution de provisions contribue à améliorer la fiabilité des créances. Cette méthode ne semble pas avoir été appliquée sur l'exercice 2017 en l'absence de dotation. La reprise est effectuée en fonction du montant des créances admises en non-valeur depuis 2017 ce qui constitue une bonne pratique.

Tableau 17 : Dépréciation des comptes de redevables (en k€)

En k€	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dotation	235	895	1 028	1 580	0	981	158
Reprise	110	145	557	355	313	514	756
Solde	326	1 076	1 547	2 772	2 459	2 927	2 329

Source : comptes financiers, retraitement CRC ; comptes 49

2.5- L'actif immobilisé

L'inventaire comptable produit par le centre hospitalier concorde avec l'état de l'actif du comptable. Cet inventaire n'est toutefois pas détaillé. Une démarche de fiabilisation de l'actif a été initiée en 2018 dans le cadre d'une démarche de contrôle interne et a concerné le matériel biomédical. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur précise que la démarche a été étendue à tout le patrimoine dans le courant du second semestre 2021 avec l'apurement de l'actif, la rédaction de procédures et leur déploiement.

2.6- Les régies d'avances et de recettes

Le centre hospitalier dispose de sept régies : deux régies d'avances, deux régies d'avances et recettes et trois régies de recettes. La plupart des régies ont fait l'objet d'une vérification sur place par le comptable public. Le suivi des régies souffre d'un manque d'organisation au niveau de l'établissement. Si les arrêtés sont bien en possession du comptable public, le centre hospitalier ne dispose pas de tous les dossiers. Les arrêtés de création de régies sont anciens et n'ont pas fait l'objet de mise à jour. Une centralisation des dossiers de régies à la direction des finances améliorerait leur suivi.

Tableau 18 : Régies

N° régie	Nom	Type	Objet	Date Création
102	Économat	Avances	Menues dépenses pour les activités liées à l'économat, notamment dépenses à caractère d'urgence + paiement de l'indemnité aux vieillards travailleurs	19/9/1990
103	Fonds déposés	Avances et recettes	Fonds déposés par et pour les malades hospitalisés	5/10/1981
105	Repas du personnel	Recettes	Vente des tickets repas pour le personnel de l'établissement, remplacés en 2001 par des badges d'identification	27/12/1993
106	Ifsi	Recettes	Produits liés à l'activité de l'ifsi	12/12/2001
107	Activités libérales	Recettes	Produits des consultations, actes techniques, soins en hospitalisation, pour les médecins autorisés à exercer en activité libérale	24/1/2000
111	Bureau des entrées	Avances et recettes	<u>Produits</u> :- Frais de séjour, consultations, honoraires médicaux activité libérale - Fournitures d'appareils, de médicaments et dispositifs médicaux - Tickets repas, prestations aux personnes accompagnant les malades Cession diverses aux tiers - Téléphone <u>dépenses</u> : remboursement des unités téléphoniques non utilisées	25/6/2007
112	Régie d'avance des hébergés majeurs protégés	Avances	Paiement des dépenses de fournitures d'électricité, gaz et téléphone des majeurs protégés dont la mesure de protection est confié à un mandataire judiciaire de l'établissement	31/3/2017

Source : arrêtés de régies, retraitement CRC

Les deux régies « activités libérales » et « bureau des entrées » se confondent dans les faits. L'arrêté constituant la régie du bureau des entrées prévoit la possibilité d'encaisser le produit des activités libérales au même titre que la régie idoine. Par conséquent, la régisseuse de la régie du bureau des entrées, ainsi que les agents des guichets d'accueil, mandataires, sont susceptibles d'encaisser les produits de l'activité libérale sur l'une ou l'autre régie sans être habilités à manier les fonds de la régie activités libérales. Une modification de l'arrêté constitutif de la régie du bureau des entrées permettrait de clarifier la situation.

3- LA SITUATION FINANCIÈRE

L'analyse financière a été réalisée à partir des comptes de gestion retraités grâce au logiciel d'analyse financière des juridictions financières. Elle concerne les exercices 2015 à 2019. En réponses aux observations provisoires, l'ordonnateur a fourni des tendances 2020 sur la situation financière. Ces données sont reproduites, sans que la chambre n'ait pu les analyser précisément, les comptes 2020 n'étant pas encore définitifs à la date où elle a statué. L'amélioration de la situation financière peut néanmoins être confirmée mais elle reste préoccupante.

Les remboursements de frais par les budgets annexes au budget principal ont été neutralisés dans le calcul des soldes intermédiaires de gestion, conformément à l'arrêté du 7 décembre 2017 fixant le modèle de présentation du PGFP²⁴, pour présenter une situation consolidée.

²⁴ Plan global de financement pluriannuel.

3.1- Le cycle d'exploitation

3.1.1- Une situation financière qui se dégrade à partir de 2017

La marge brute d'exploitation, calculée par différence des produits et des charges d'exploitation, en intégrant les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie, mesure la rentabilité du cycle d'exploitation de l'activité.

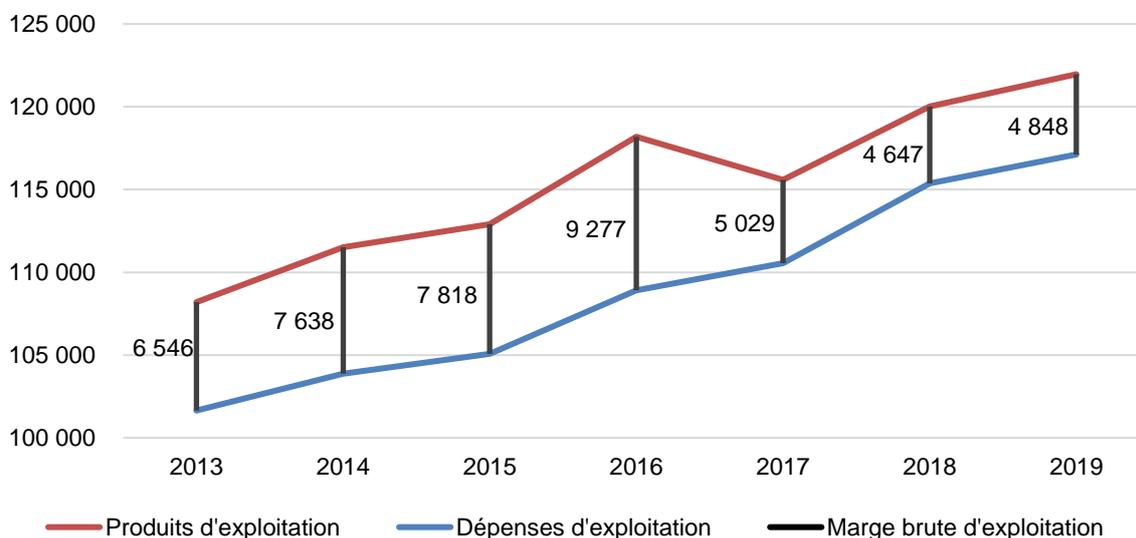
La marge brute du centre hospitalier augmente de 42 % jusqu'en 2016, avant de connaître une contraction de 46 % en 2017, puis de 8 % en 2018. La marge brute augmente faiblement en 2019, ce qui ne permet pas de compenser les baisses des années 2017 et 2018. Le taux de marge brute n'atteint jamais le seuil de 8 %, considéré comme le seuil minimal de rentabilité, même s'il s'en approche en 2016. Ce taux se situe à un niveau alarmant à partir de 2017.

Cette évolution tient à une pluralité de facteurs :

- ♦ des charges en constante évolution, + 15 % entre 2013 et 2019 ;
- ♦ des produits qui augmentent globalement, mais de manière plus fluctuante et moins rapide que les charges, + 13 % sur la période.

Le budget principal du centre hospitalier (H) est le principal déterminant de cette marge brute d'exploitation (85 % en moyenne entre 2013 et 2019), suivi par les deux budgets EHPAD (16 %). Les marges brutes d'exploitation négatives des budgets IFSI, DNA et GHT minorent la marge brute consolidée de 1 %. Le budget du centre hospitalier ne participe qu'à hauteur de 85 % de la marge brute d'exploitation alors qu'il représente 92 % des recettes, ce qui indique une insuffisante performance.

Figure 3 : Formation de la marge brute d'exploitation – budget consolidé (en k€)



Source : comptes de gestion, retraitement CRC cf tableau formation de la marge brute d'exploitation en annexe

3.1.1.1- Les produits d'exploitation

Les produits augmentent de 12,7 % entre 2013 et 2019 et connaissent de fortes variations selon les années, dont notamment deux années de fort développement en 2016 et 2018 et une année de repli en 2017, en raison du transfert de l'activité psychiatrie (cf. infra).

Les produits de l'activité représentent 84 % en moyenne du total des produits d'exploitation entre 2013 et 2019. Cette part est en baisse régulière, passant de 88 % en 2013 à seulement 80 % en 2019.

Les produits de l'activité comprennent en majorité des recettes du budget hôpital, versées à 90 % par l'assurance maladie et à 10 % par les mutuelles et les patients. Les recettes issues de l'EHPAD représentent 10 % des produits d'activité ; les budgets de l'IFSI et du GHT apportent moins de 1 % des recettes.

Les produits de l'activité du budget de l'hôpital baissent de 2 %, soit une perte de 1,3 M€.

Deux périodes peuvent être identifiées : une croissance plus marquée, + 2,6 % d'augmentation moyenne annuelle, de 2013 à 2016, une forte contraction en 2017, puis un développement moins rapide, + 1,6 % en moyenne annuelle, de 2017 à 2019. Cette tendance est particulièrement marquée pour la tarification des séjours et des consultations externes.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a précisé que l'activité avait fortement baissé en 2019, pour le pôle gériatrique, - 11 % de séjours en 2019, du fait de problèmes d'organisation médicale, ainsi qu'en neurologie et cardiologie, - 32 % en neurologie.

La situation semble s'améliorer en 2020 du fait d'une hausse de l'activité du pôle MCO gériatrique de 32 % suite à la réorganisation et aux recrutements médicaux, et d'une recombinaison des services de médecine les plus confrontés aux tensions en personnel médical, afin de stabiliser le capacitaire en lits de médecine, sans fermeture de lits (hors « isolation COVID » en chambre seule).

Tableau 19 : Produits de l'activité hospitalière – budget H (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation moyenne annuelle 2013-2016	Variation moyenne annuelle 2017-2019
Produits de la tarification à l'activité (a)	47 698	49 249	50 244	53 005	54 098	53 748	54 713	+ 3,59 %	+ 0,57 %
<i>Dont tarification des séjours</i>	45 676	47 387	48 376	51 114	51 484	51 079	51 527	+ 3,83 %	+ 0,05 %
<i>Dont médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus</i>	2 023	1 862	1 868	1 892	2 615	2 669	3 186	- 2,12 %	+ 10,73 %
Produits forfaitaires (b)	22 180	22 499	22 818	22 659	11 693	12 184	12 766	+ 0,72 %	+ 4,49 %
Produits de l'hospitalisation (a+b=c)	69 879	71 748	73 062	75 665	65 791	65 932	67 480	+ 2,69 %	+ 1,28 %
Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)	6 481	6 949	7 326	7 667	7 826	8 183	8 496	+ 5,77 %	+ 4,19 %
<i>Dont consultations externes</i>	5 166	5 503	5 983	6 887	7 010	7 277	7 298	+ 10,11 %	+ 2,05 %
<i>Dont forfait accueil et traitement des urgences</i>	601	646	697	656	687	711	702	+ 3,13 %	+ 1,11 %
Produits à la charge de l'assurance maladie (c+d=e)	76 359	78 697	80 389	83 331	73 618	74 116	75 975	+ 2,96 %	+ 1,59 %
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (f)	9 594	9 741	9 565	9 442	8 464	8 383	8 659	- 0,52 %	+ 1,17 %
Produits de l'activité hospitalière (e+f)	85 953	88 438	89 953	92 773	82 082	82 498	84 635	+ 2,58 %	+ 1,55 %
en % des produits d'exploitation consolidés	79 %	79 %	80 %	78 %	71 %	69 %	69 %		

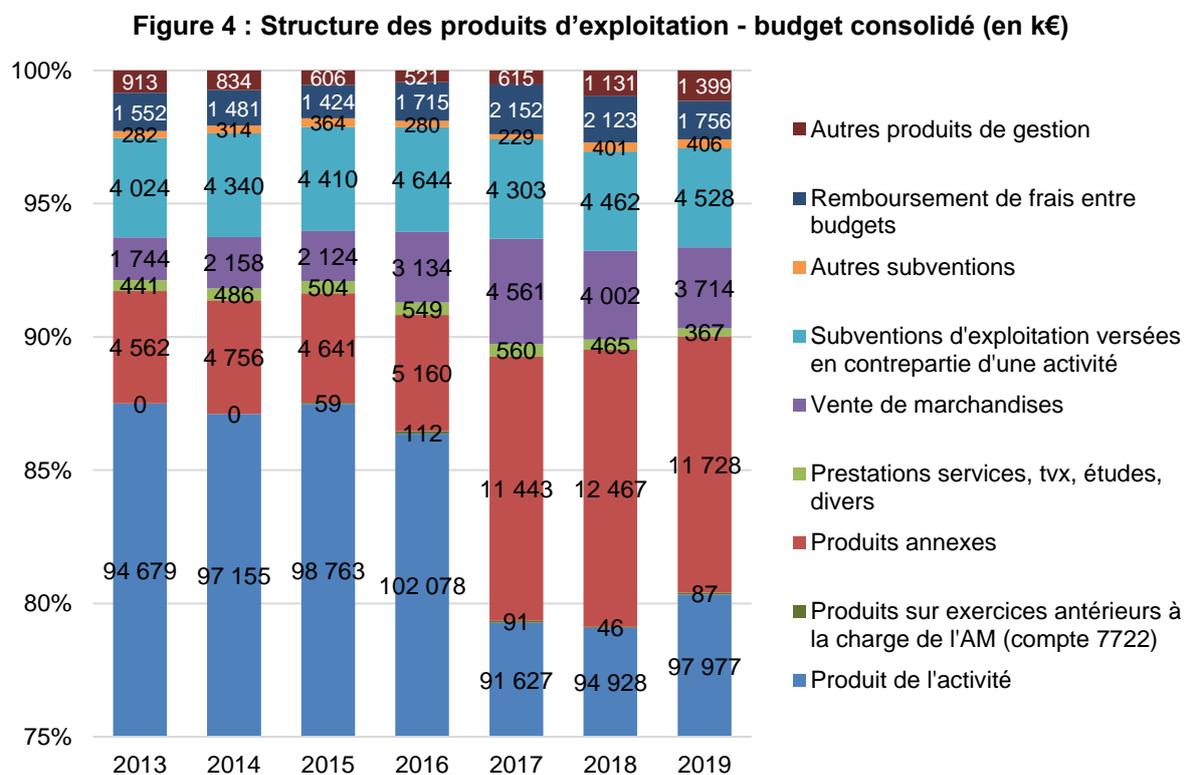
Source : comptes de gestion, retraitement CRC

Les produits de l'activité des deux budgets EHPAD augmentent régulièrement et fortement sur la période, + 4,6 M€, notamment du fait de l'ouverture de 80 lits supplémentaires en 2018.

Les produits annexes comprennent les prestations au personnel, les prestations aux usagers, notamment la facturation des chambres simples, et les prestations à d'autres organismes, essentiellement pour mise à disposition de personnel. Leur part dans les produits d'exploitation

augmente fortement sur la période, de 4 % en 2013 à 10 % en 2019, en lien avec la facturation des mises à disposition de personnel et du loyer des bâtiments à l'EMPSI à partir du transfert de l'activité de psychiatrie en 2017.

Les ventes de marchandises correspondent en grande partie aux rétrocessions de médicaments. Cette recette est donc fluctuante et connaît par exemple une forte augmentation en 2017, corollaire de la hausse du prix des molécules, pour diminuer à nouveau en 2018 et 2019.



Source : comptes de gestion, retraitement CRC

3.1.1.2- Les charges d'exploitation

Les charges augmentent de 15,21 % entre 2013 et 2019, avec une évolution moyenne annuelle de 2,4 %.

Les charges de personnel représentent en moyenne 75 % des charges consolidées. 90 % de ces charges sont sur le budget hôpital et 8 % pour les deux EHPAD. Elles évoluent de 1,86 % par an en moyenne. Cette apparente maîtrise doit être relativisée par la baisse de l'effectif rémunéré du fait du transfert de la psychiatrie en 2017 et par le transfert de personnel au GHT²⁵ en 2018, et au regard des moyennes nationales²⁶.

²⁵ L'exercice 2018 est marqué par la mise en commun de personnel au service de l'ensemble des établissements du GHT :

- le service santé au travail du CH de Vienne est devenu au 1^{er} janvier 2018, le service de santé au travail du GHT et assure le suivi médical de l'ensemble des personnels des cinq établissements membres ;
- une quote-part des directions des achats de chaque établissement du GHT est affectée directement sur le Budget G ;
- les DIM des CH de Vienne et de Givors ont une quote-part de leur temps de travail affecté au GHT ;
- une coordonnatrice formation assurant le suivi des cinq établissements membres a été recrutée.

²⁶ En 2016, progression de 2 % pour le centre hospitalier de Vienne, et 1,3 % au national ; en 2018, 2,92 % pour Vienne et 1,4 % au national.

DREES, La situation économique et financière des hôpitaux publics, 2020.

Fiche 33 - La situation économique et financière des hôpitaux publics.pdf (solidarites-sante.gouv.fr).

Toutes les autres charges progressent dans des proportions plus importantes, à l'exception des autres services extérieurs.

La maîtrise des autres services extérieurs tient notamment à une baisse des frais de transport d'usagers entre 2014 et 2015, et à la stabilisation des charges de blanchisserie et de restauration, et ce malgré les variations de volume du fait des modifications de capacités. Ces deux prestations sont fournies par des groupements de coopération sanitaire gérés par le centre hospitalier.

Les charges de sous-traitance médicale augmentent de 0,6 M€ sur la période, dont environ 10 % de sous-traitance auprès des HCL, qui progresse de 71 % entre 2013 et 2019.

Les achats augmentent de 5 % par an. Ils représentent 27 % de l'évolution moyenne annuelle des charges. L'augmentation est particulièrement marquée entre 2015 et 2017. Elle est due en majorité aux produits pharmaceutiques et elle est à mettre en parallèle avec les rétrocessions de médicaments qui majorent les produits issus des ventes de marchandises à partir de 2017. La neutralisation des produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique montre une évolution plus maîtrisée des achats non médicaux, et les difficultés pour contrôler des charges de produits à caractère médical et pharmaceutique dont les tarifs augmentent.

Les services extérieurs progressent de 37 % entre 2013 et 2019, avec une accélération après 2017. Les charges d'entretien et de réparation augmentent le plus, ce que le centre hospitalier explique pour partie du fait des mises aux normes nécessaires des bâtiments.

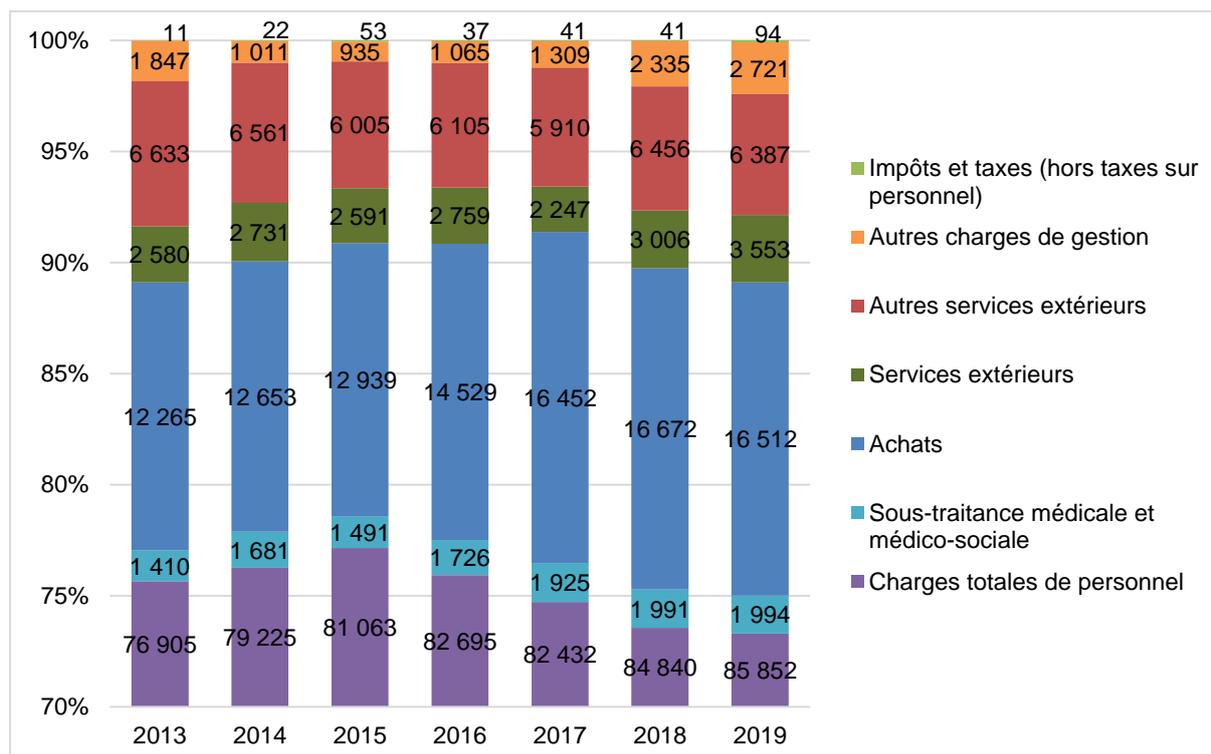
L'augmentation des autres charges de gestion est due en grande partie à la contribution au GHT qui est majorée à partir de 2018 par la mutualisation de personnel.

Tableau 20 : Conséquences de l'évolution des charges

	Variation 2013-2019 en %	Variation 2013-2019 en k€	Répartition de la variation moyenne annuelle
Achats totaux	+ 35 %	+ 4 248	27 %
<i>dont achats hors matières, produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique</i>	+ 8 %	+ 594	4 %
Services extérieurs	+ 37 %	+ 973	6 %
Autres services extérieurs	- 4 %	- 246	- 2 %
Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	+ 749 %	+ 83	1 %
Charges totales de personnel	+ 12 %	+ 8 948	58 %
Sous-traitance médicale et médico-sociale	+ 41 %	+ 585	4 %
Autres charges de gestion	+ 47 %	+ 874	6 %
Total	+ 15 %	+ 15 463	100 %

Source : comptes de gestion, retraitement CRC

Figure 5 : Structure des charges d'exploitation - budget consolidé (en k€)



Source : comptes de gestion, retraitement CRC

Tableau 21 : Charges de personnel – budgets consolidés (en k€)

En k€	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation 2013-2019	Variation moyenne annuelle
Rémunérations du personnel non médical	38 553	39 629	40 260	40 940	40 645	41 987	42 336	+ 9,81 %	+ 1,58 %
Charges sociales nettes sur personnel non médical	15 804	16 538	16 869	16 860	17 189	17 735	17 293	+ 9,42 %	+ 1,54 %
Rémunérations du personnel médical	11 032	11 234	11 628	12 564	12 030	12 468	13 207	+ 19,71 %	+ 3,12 %
Charges sociales nettes sur personnel médical	3 562	3 734	3 836	4 045	3 937	4 104	4 308	+ 20,94 %	+ 3,26 %
Impôts et taxes liés au personnel	6 701	6 885	7 024	7 188	7 085	7 695	7 571	+ 12,99 %	+ 2,11 %
Autres	393	363	447	282	337	269	287	- 27,00 %	- 2,59 %
Charges de personnel externe	859	842	1 000	816	1 209	583	851	- 1,00 %	+ 6,77 %
Total charges de personnel	76 905	79 225	81 063	82 695	82 432	84 840	85 852	+ 11,63 %	+ 1,86 %
Évolution annuelle		3,02 %	2,32 %	2,01 %	-0,32 %	2,92 %	1,19 %		

Source : comptes de gestion, retraitement CRC

3.1.1.3- Les conséquences du transfert de l'activité de psychiatrie

La structure des produits est modifiée à compter de 2017 par le transfert de l'activité psychiatrie à l'ESMPI. Les produits de l'activité ne comportent plus de dotation annuelle de financement (DAF) psychiatrie, et les produits annexes augmentent du fait de la facturation de la mise à disposition de personnels, du loyer des locaux et de la refacturation de services divers. Ces modifications font baisser le total des produits de 5,3 M€ en 2017.

Tableau 22 : Produits en lien avec l'activité psychiatrie (en k€)

N° de compte	Libellé	2015	2016	2017	2018	2019
731171	DAF PSY	11 167	11 254			
7083	Loyer			478		475
7084	Mise à disposition de personnel			5 100	5 340	3 923
70888	Refacturation service			336	1 026 Dont 486 k€ de loyer mal imputé	262
Total produits		11 167	11 254	5 914	6 366	4 660
Différence avec la DAF 2016				- 5 340	- 4 888	- 6 594
64	Charge personnel médical		16 501	15 859		
61322	Locations immobilières		128	34		
6282	Alimentation à l'extérieur		2 227	1 996		
Total charges			18 856	17 889		
Évolution N-1/N				- 967		
Conséquence sur le résultat 2017				- 4 373		

Source : comptes de résultat

Les charges baissent mais dans une proportion bien plus limitée. Les charges de personnel sont peu affectées pour le personnel non-médical, une majorité d'agents ayant choisi la mise à disposition ; elles baissent de 643 k€ pour le personnel médical en lien avec le détachement des médecins. Les frais de restauration baissent de 231 k€, et les locations extérieures de 94 k€.

Ainsi, le transfert de l'activité psychiatrie a entraîné une perte nette estimée à 4,3 M€ pour le centre hospitalier, ce dernier conservant des frais de structure importants pour une activité moindre.

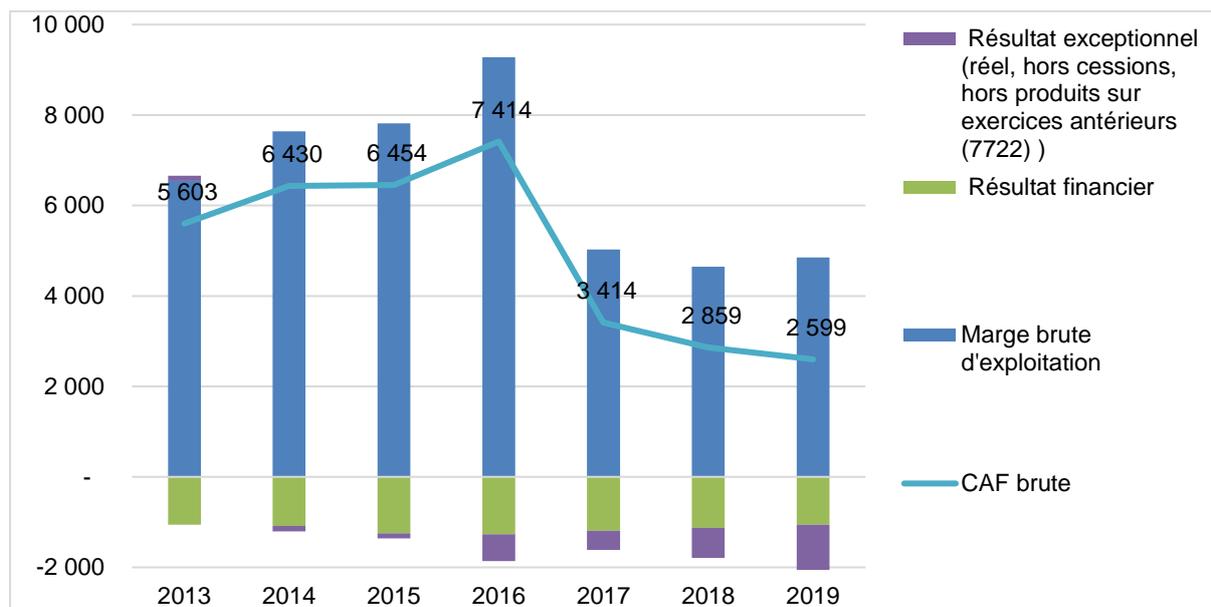
3.1.2- La capacité d'autofinancement brute

La capacité d'autofinancement (CAF) brute mesure la ressource restante à l'issue de l'exercice, mobilisable pour le financement des investissements. Elle se calcule à partir de la marge brute d'exploitation à laquelle il faut ajouter ou retrancher les résultats financiers et exceptionnels.

Après quatre années de progression entre 2013 et 2016, la CAF brute chute en 2017, puis baisse progressivement en 2018 et 2019. Le principal déterminant de la CAF brute est la marge brute d'exploitation, dont les deux trajectoires se suivent. Le résultat financier est stable, malgré la souscription d'emprunt, et ne pèse pas sur la trajectoire de la CAF brute. La régression de la CAF est en revanche amplifiée par un résultat exceptionnel qui se dégrade.

Les apports des différents budgets à la CAF brute consolidée évoluent en fonction des modifications de capacité. Après avoir augmenté jusqu'en 2015, la part du budget H diminue pour se situer à un niveau inférieur en 2019 à celui de 2013. La part des budgets EHPAD augmentent, notamment du fait de l'ouverture du nouveau pôle de gériatrie à partir de 2016 et de l'établissement de Chasse-sur-Rhône en 2018 (cf. tableaux en annexe 2).

Figure 6 : Formation de la capacité d'autofinancement brute (en k€)



Source : comptes de gestion, retraitement CRC

3.1.3- Le résultat comptable

Le résultat comptable mesure la performance de l'exploitation, à partir de la CAF brute, une fois les opérations d'ordre intégrées, notamment les dotations aux amortissements. L'amortissement des immobilisations existantes est une obligation, prévue dans l'instruction comptable M21, qui permet le financement de leur renouvellement tout en constatant leur dépréciation dans le temps.

Le résultat comptable consolidé est négatif, à l'exception des exercices 2015 et 2016. Le déficit est particulièrement marqué à partir de 2017 et atteint 3,46 % des produits totaux en 2019. La CAF brute est le principal déterminant de ce résultat. L'évolution des amortissements à compter de 2016, en lien avec la construction d'un nouveau pôle gérontologie, n'avait pas pesé sur le résultat 2016, l'augmentation étant compensée par une CAF exceptionnellement élevée. La division par deux de la CAF en 2017 n'a pas permis de maintenir cet équilibre.

Dans une perspective nationale, 58 % des établissements de santé sont déficitaires en 2018. La situation du centre hospitalier de Vienne n'apparaît pas plus dégradée que la moyenne : le taux de déficit rapportée aux recettes est inférieur à la moyenne sur toute la période. Le centre hospitalier réussit à dégager un excédent en 2015 et 2016 alors que l'agrégation des résultats des centres hospitaliers de taille moyenne présente un déficit. En 2018, le centre hospitalier de Vienne réalise un déficit à hauteur de 1,78 % de ses recettes, inférieur au taux national de 2,4 %.

Tableau 23 : Formation du résultat comptable (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Marge brute d'exploitation	6 546	7 638	7 818	9 277	5 029	4 647	4 848
CAF brute	5 603	6 430	6 454	7 414	3 414	2 859	2 599
+ Quote-part des subventions d'inv. transférées	23	29	50	318	323	432	376
- Dotations nettes aux amortissements	4 430	4 418	4 698	5 800	6 016	6 121	6 001
- Dotations nettes aux provisions	1 303	2 246	1 622	1 809	- 807	- 596	1 204
+/- Values de cessions	75	-12	- 88	- 19	- 615	- 3	2
= Résultat section d'exploitation	- 34	- 216	95	104	- 2 086	- 2 237	- 4 227
en % du produit total	-0,03 %	-0,19 %	0,08 %	0,09 %	- 1,57 %	- 1,78 %	- 3,46 %
<i>Taux national pour les centres hospitaliers de taille moyenne</i> ²⁷	- 0,5 %	- 0,8 %	- 0,7 %	- 1,2 %	- 2,2 %	- 2,4 %	nc

Source : comptes de gestion, retraitement CRC

L'ordonnateur indique que la situation financière s'améliore en 2020, le déficit de la section d'exploitation 2020 ayant été ramené à - 983 k€, alors qu'il était de - 2 433 k€ en 2019.

3.2- L'investissement

3.2.1- Les dépenses d'investissement

Les dépenses d'investissement sont marquées par deux projets immobiliers : la reconstruction du pôle gériatrique pour 29 M€ entre 2015 et 2017 et la reconstruction de l'IFSI pour 2 M€ entre 2013 et 2018.

D'autres travaux d'envergure ont également pesé dans les investissements, comme la remise à niveau de la salle des serveurs et des réseaux (575 k€) en 2018 et 2019, les améliorations sur les bâtiments du secteur psychiatrie occupés par l'ESMPI (447 k€) également en 2018 et 2019, et la construction d'un atelier de maintenance pour les ambulances (253 k€) en 2013.

Les mises en conformité technique nécessaires au maintien de la sécurité des bâtiments ont coûté 886 k€ sur la période. L'entretien des bâtiments, notamment les réfections pour pallier au vieillissement de certains services, a coûté 1,7 M€.

Les achats de matériel médical et non-médical varient selon les besoins des services, et l'achat de certains matériels peut faire augmenter sensiblement le budget annuel, comme les dépenses de matériel d'imagerie médicale, un scanographe pour 634 k€ et une salle « flexroom » pour 287 k€, en 2013. L'augmentation de 2015 est le fait de l'installation du pôle gériatrique - 130 k€ de matériel médical et 528 k€ de matériel non-médical – et de la nouvelle IRM pour 1,1 M€.

²⁷ DREES, La situation économique et financière des hôpitaux publics, 2020.

Fiche 33 - La situation économique et financière des hôpitaux publics .pdf (solidarites-sante.gouv.fr).

Tableau 24 : Dépenses d'équipement (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Dépenses d'équipement réelles	6 680	11 646	17 332	4 765	3 399	4 201	2 651	50 673
<i>Dont immobilisations incorporelles</i>	217	348	210	175	173	186	168	1 477
<i>Dont terrains, constructions et agencements</i>	649	378	1 791	919	1 049	1 143	585	6 515
<i>Dont autres immobilisations orporelles</i>	2 709	1 427	3 416	1 440	1 495	2 031	1 010	13 529
<i>Dont immobilisations en cours</i>	3 104	9 492	11 915	2 230	682	840	888	29 152

Source : comptes de gestion, retraitement CRC

Tableau 25 : Dépense de travaux* (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Entretien	71	75	489	368	-	720	-	1 724
Mise en conformité	208	48	-	-	185	220	235	896
Restructuration	2 345	-	29 119	-	-	575	-	32 039
AMO	-	-	-	-	-	199	-	199
Total	2 624	123	29 608	368	185	1 714	235	34 857

Source : centre hospitalier, retraitement CRC

*les travaux pluriannuels sont comptabilisés sur l'année de réception finale

Tableau 26 : Dépenses de matériel (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Matériel médical	1 887	795	2 145	664	918	807	505	7 720
Matériel non médical	824	338	1 011	559	601	293	nc	3 626
Total	2 711	1 133	3 155	1 222	1 519	1 100	505	11 346

Source : centre hospitalier, retraitement CRC

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a informé la chambre de la réalisation d'un plan d'investissement 2020-2021 pour circonscrire les investissements au minimum sur ces deux exercices. Ce plan de 8 M€ comporte 4,5 M€ pour les travaux de mise en sécurité et 1,5 M€ pour le renouvellement de l'imagerie médicale.

3.2.2- Le financement des investissements

Le financement des investissements courants²⁸ est assuré d'abord par la capacité d'autofinancement (CAF) nette, qui est issue de la performance du cycle d'exploitation, et est calculée à partir de la CAF brute minorée de l'annuité en capital de la dette. Les subventions reçues et les produits de cession augmentent les financements propres de l'établissement. L'emprunt est également mobilisé.

L'autofinancement net de l'établissement s'établit à 17,5 M€ sur la période. Cependant, après avoir augmenté jusqu'en 2016, il s'amenuise au vu des faibles performances du cycle d'exploitation. La CAF nette est négative en 2019 ; le cycle d'exploitation ne permet donc pas de couvrir l'annuité en capital de la dette de cet exercice. Une subvention conséquente, couplée à des dépenses d'équipement faibles sur cet exercice, permettent néanmoins de dégager une capacité de financement propre. Les subventions reçues financent les investissements à hauteur de 17 % ; les subventions proviennent du conseil départemental pour la reconstruction de l'EHPAD (2,6 M€), de la région (1,4 M€) pour la reconstruction de l'IFSI, de l'ARS (1,1 M€) pour l'IRM ; une aide exceptionnelle de l'ARS a également été versée en 2019 (3 M€).

²⁸ Les investissements importants ne passent pas par le budget de l'hôpital mais directement par les comptes nationaux.

Le besoin de financement résiduel atteint 14 M€ et est intégralement couvert par des emprunts. Trois contrats d'emprunt ont été souscrits entre 2014 et 2016, pour un montant de 18 M€, afin de financer une partie des investissements sur le pôle gériatrique.

Tableau 27 : Le financement de l'investissement (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Capacité d'autofinancement brute	5 603	6 430	6 454	7 414	3 414	2 919	2 464	34 698
- Annuité en capital de la dette	2 245	2 164	2 163	2 535	2 737	2 639	2 649	17 133
= Capacité d'autofinancement nette (a)	3 357	4 267	4 291	4 879	677	280	- 186	17 566
en % du produit total	3,18 %	3,92 %	3,89 %	4,22 %	0,60 %	0,24 %	- 0,16 %	15,90 %
+ Apports en capital	4	-	-	-	-	-	-	4
+ Subventions d'équipement reçues	786	1 457	2 746	146	4	507	3 000	8 646
+ Produits de cession	83	10	135	20	12	4	3	267
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	874	1 467	2 881	166	16	511	3 003	8 917
= Financement propre disponible (a+b)	4 231	5 734	7 172	5 045	693	790	2 817	26 482
- Dépenses d'équipement	6 680	11 646	17 332	4 765	3 399	4 201	2 651	50 673
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	0	7	2	-	-	120	1	130
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	- 2 449	- 5 919	-10 162	280	-2 706	-3 531	165	- 24 321
- Var. du besoin en fonds de roulement global (hors fonds en dépôt)	-	- 679	+ 439	- 1 780	- 410	3 597	- 3 471	- 9 497
= Besoin après financement des inv. et du cycle d'exploitation	- 2 449	-5 240	-10 601	2 060	- 2 296	67	3 636	- 14 824
+ Nouveaux emprunts de l'année	-	6 172	10 051	2 020	-	-	-	18 243
Dont autres obligations et dettes financières	-	6 172	10 051	2 020	-	-	-	18 243
= Variation de la trésorerie nette	- 2 449	+ 932	- 550	+ 4 080	- 2 296	+ 67	+ 3 636	+ 3 419

Source : comptes de gestion, retraitement CRC

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a précisé que la CAF nette était de nouveau positive pour l'exercice 2020.

3.3- La structure patrimoniale

L'analyse de la chambre prend en compte un fonds de roulement qui ne conserve que les provisions réglementées, y compris les provisions pour CET, contrairement aux calculs proposés par l'Instrument d'Analyse Hospitalière (IDAHO)²⁹ qui intègre la totalité des provisions pour risques et charges dans le fonds de roulement. En effet, ce type de provisions ne peut être considéré comme une ressource stable.

3.3.1- Le bilan

Le fonds de roulement mesure les ressources dont dispose l'établissement en réserve, au 31 décembre de l'année, par différence entre les ressources stables et les immobilisations. Les fonds propres ont diminué du fait des mauvaises performances du cycle d'exploitation. Mais les subventions reçues et le recours aux emprunts ont compensé cette baisse et ainsi ont maintenu les ressources stables entre 2013 et 2019.

L'actif immobilisé augmente jusqu'en 2015, en lien avec la reconstruction du pôle gériatrique, puis baisse progressivement en l'absence d'investissement majeur sur la fin de la période. En conséquence, le fonds de roulement se dégrade fortement, pour représenter seulement 17 jours de charges courantes en 2019.

²⁹ Il s'agit du logiciel utilisé par les comptables publics pour centraliser les informations financières concernant les établissements publics de santé.

Dans le même temps, le besoin en fonds de roulement diminue fortement mais cette apparente amélioration s'explique par l'allongement des délais de paiement des fournisseurs.

La trésorerie devrait se situer au minimum entre 15 et 20 jours de charges courantes pour éviter les ruptures de paiement.

Le fonds de roulement étant trop faible, la trésorerie de l'établissement s'est dégradée. En conséquence, le centre hospitalier a été obligé de mobiliser une ligne de trésorerie en 2018 et en 2019, mesure malgré tout insuffisante pour être en capacité de faire face à ses obligations. Ainsi, la trésorerie de l'établissement s'est révélée insuffisante en 2018 et 2019 pour permettre le paiement des salaires et des fournisseurs.

Le délai global de paiement (DGP) des dépenses des établissements publics de santé est fixé réglementairement à 50 jours. Ce délai englobe le délai de mandatement de l'ordonnateur (35 jours) et celui de paiement du comptable (15 jours).

En l'espèce, le DGP de l'établissement s'est détérioré, s'établissant selon l'ordonnateur, en moyenne, sur l'ensemble de l'année 2018, à 36,95 jours, alors qu'il était de 21,54 jours en 2017. Sur le premier trimestre 2019, le délai global de paiement est passé à 74,33 jours en moyenne.

En réponses aux observations provisoires, l'ordonnateur a informé la chambre de la réduction du délai global de paiement des fournisseurs, passé de 119 jours fin 2019 à 58 jours en 2020.

Tableau 28 : Bilan (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
+ Apports, réserves et reports	13 525	13 491	13 275	13 370	13 475	14 104	11 888
+ Résultat de l'exercice	- 34	- 216	95	104	- 2 086	- 2 216	- 4 227
= Fonds propres	13 491	13 275	13 370	13 475	11 388	11 867	7 660
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	907	2 335	5 031	4 860	4 541	4 616	7 239
+ Provisions réglementées	11 762	13 207	14 125	14 149	13 678	10 176	10 869
= Fonds propres élargis	26 160	28 818	32 527	32 484	29 607	26 658	25 769
+ Dettes financières	34 354	38 362	46 250	45 735	42 998	40 359	37 709
= Ressources stables (a)	60 514	67 180	78 778	78 219	72 605	67 017	63 478
Immobilisations d'exploitation	47 752	54 958	67 368	66 295	63 051	61 124	57 773
+ Immobilisations financières	14	21	23	23	23	143	144
= Actif immobilisé (b)	47 766	54 979	67 391	66 318	63 074	61 267	57 917
Fonds de roulement (a-b=c)	12 748	12 201	11 386	11 902	9 532	5 750	5 561
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	46	43	40	40	32	19	17
<i>Besoin en fonds de roulement de gestion</i>	16 967	16 253	17 893	16 432	16 902	12 160	4 678
+ <i>Autres créances et dettes</i>	- 2 248	- 2 215	- 3 360	- 3 719	- 4 615	- 3 653	515
- <i>Provisions pour risques et charges</i>	1 575	1 625	1 858	2 418	2 395	2 118	3 227
- <i>ICNE</i>	186	184	239	199	183	-	157
= Besoin en fonds de roulement net global (d)	12 959	12 229	12 435	10 096	9 709	6 389	1 810
Trésorerie nette (c-d)	- 210	- 28	- 1 049	1 806	- 178	- 617	3 752
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	- 1	- 0	- 4	6	0	- 2	12

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Tableau 29 : Décomposition de la trésorerie (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Trésorerie active (disponibilité) (a)	1 089	1 225	361	3 418	1 375	3 593	7 307
Trésorerie passive tirée des fonds en dépôt (b)	1 300	1 253	1 410	1 613	1 553	1 710	56
Trésorerie passive tirée de financement à très court terme (c)	-	-	-	-	-	2 500	3 500
Trésorerie nette (a-b-c)	- 210	- 28	- 1 049	1 806	- 178	- 617	3 752

Source : comptes financiers, retraitement CRC

3.3.2- L'endettement

Au 31 décembre 2018, le capital restant dû par le centre hospitalier est de 40,3 M€ sur un montant initialement emprunté de plus de 68 M€ répartis entre 22 contrats de prêts conclus avec sept prêteurs différents. Le plus ancien emprunt remonte à l'année 2000. Le plan d'extinction de la dette s'échelonne du 31 décembre 2018 jusqu'en 2056.

21 contrats représentant 40,2 M€ sont à taux fixe ou à taux variable simple, classés en catégorie A selon la « charte Gissler »³⁰, soit très peu risqués. Un seul contrat, dit « de pente », peut présenter un risque : son taux fixe est de 4,99 %, mais peut passer à 6 % si le taux Euribor 3 mois dépasse 0,12 %. Le risque est cependant faible, cet emprunt représentant un capital restant dû de 0,1 M€ et se terminant en 2023.

La capacité de désendettement, qui rapporte le stock de dette à la capacité d'autofinancement brut, exprime en nombre d'années le temps nécessaire pour rembourser la dette si l'intégralité de l'autofinancement brut y était consacrée. Il est considéré qu'entre neuf et douze ans la situation est alarmante et que, au-delà de 12 ans, l'organisme a un endettement excessif. Le centre hospitalier atteint ce seuil en 2017 et les faibles performances de 2018 et 2019 le font passer au-delà.

L'article D. 6145-70 du code de la santé publique prévoit trois indicateurs, le ratio d'indépendance financière, la durée apparente de la dette, et l'encours de dette pour déterminer si un établissement public de santé peut avoir recours à l'emprunt³¹. Le dépassement de deux de ces indicateurs impose l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS pour pouvoir emprunter. Le centre hospitalier a accru sa dette. Son ratio d'indépendance financière s'établit à plus de 59 % en 2019, au-delà du seuil de 50 %, la durée apparente de la dette excède dix ans, et le poids de la dette financière par rapport aux produits tend à diminuer, mais reste au-dessus du seuil.

Au vu de sa situation, l'établissement ne pourrait donc pas avoir recours à l'emprunt sans l'accord de l'ARS. L'ordonnateur a précisé que les ratios réglementaires d'endettement s'amélioreraient en 2020 : taux d'endettement de 26,3 %, durée apparente de la dette de 7,9 années, et taux d'indépendance financière ramené à 52 %.

³⁰ Classification des emprunts suivant la typologie de la circulaire du 25 juin 2010 sur les produits financiers offerts aux collectivités territoriales : les emprunts sont rangés selon une matrice à double entrée : le chiffre (de 1 à 5) traduit la complexité de l'indice servant au calcul des intérêts de l'emprunt et la lettre (de A à E) exprime le degré de complexité de la formule de calcul des intérêts ; les emprunts A1 étant de fait les moins à risque.

³¹ Article D. 6145-70 du code de la santé publique : « (...) »

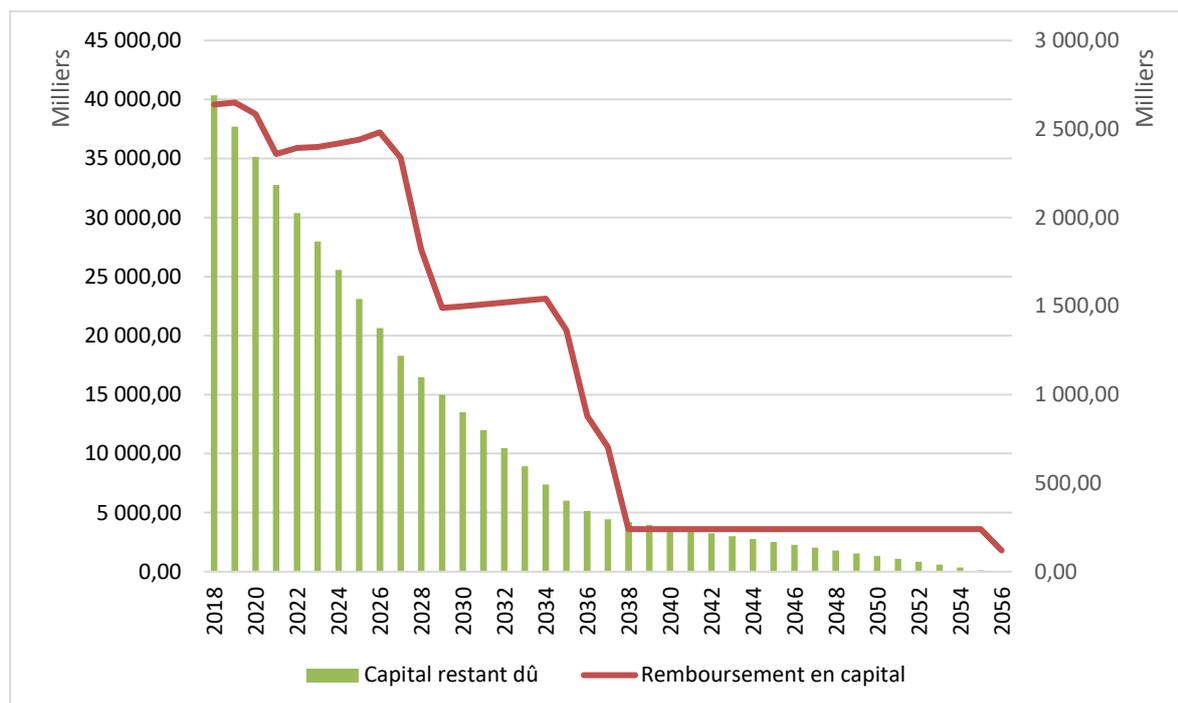
- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;

- la durée apparente de la dette excède dix ans ;

- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

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

Figure 7 : Profil d'extinction de la dette au 31 décembre 2018



Source : centre hospitalier

Tableau 30 : Ratios d'alerte de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables)	56,77 %	57,10 %	58,71 %	58,47 %	59,2 %	60,2 %	59,4 %
Durée apparente de la dette en année (dette financière / CAF brute)	6	6	7	6	13	14	15
Dette financière rapporté au total des produits	31,33 %	33,85 %	40,04 %	37,83 %	36,39 %	32,90 %	30,49 %

Source : comptes financiers, retraitement CRC

4- L'ACTIVITÉ

Les données utilisées sont issues du département d'information médicale du centre hospitalier, ainsi que d'Hospidiag et Scan-santé, deux sources de données basées sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des établissements de santé. L'analyse se concentre sur l'activité ayant donné lieu à des variations remarquables dans les produits, notamment le ralentissement des recettes de tarification d'activité et l'augmentation des recettes de consultations externes.

L'activité d'hébergement de personnes âgées dépendantes fait l'objet de cahiers séparés en lien avec l'enquête inter-juridictions sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

4.1- L'évolution de la capacité

Entre 2013 et 2019, la stabilité apparente de la capacité (huit lits supplémentaires) masque des évolutions différenciées selon les disciplines et les modes de prise en charge.

En médecine – chirurgie – obstétrique (MCO), la capacité est de 364 en 2019, à laquelle s'ajoutent 30 places d'hospitalisation à domicile (HAD). La chirurgie compte 62 lits et places, dont 20 % en ambulatoire. La capacité des soins de suite et de rééducation (SSR) a été augmentée en 2015 pour se porter à 83 lits.

Les évolutions les plus significatives concernent le transfert de l'activité de psychiatrie à l'établissement de santé mentale des Portes de l'Isère au 1^{er} janvier 2017, ce qui a fait perdre 77 lits et places au centre hospitalier de Vienne, et l'ouverture d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 80 lits à Chasse-sur-Rhône courant 2018, qui fait passer le nombre de lits d'EHPAD à 254.

Tableau 31 : Évolution de la capacité en lits et places

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
Médecine – Chirurgie - Obstétrique	360	352	358	355	360	364	364	+ 4
<i>dont lits en médecine</i>	237	234	235	237	236	242	242	+ 5
<i>dont lits de chirurgie</i>	48	48	53	48	48	48	48	0
<i>dont lits en obstétrique</i>	30	30	30	30	30	28	28	- 2
<i>dont places en hôpital de jour</i>	12	12	12	12	18	18	14	+ 6
<i>dont places en hôpital de jour Alzheimer</i>	16	16	16	16	16	16	16	0
<i>dont places de chirurgie ambulatoire</i>	12	12	10	10	10	10	10	- 2
<i>dont places d'obstétrique ambulatoire</i>	5	0	2	2	2	2	2	- 3
Hospitalisation à domicile	30	30	30	30	30	30	30	0
Soins de suite et de rééducation	70	70	83	83	83	83	83	+ 13
<i>dont lits</i>	65	65	78	78	78	78	78	+ 13
<i>dont places en hôpital de jour</i>	5	5	5	5	5	5	5	0
Psychiatrie	92	92	92	77	0	0	0	- 92
<i>dont lits</i>	65	65	65	50	0	0	0	- 65
<i>dont places en hôpital de jour</i>	27	27	27	27	0	0	0	- 27
EHPAD	171	171	174	174	174	254	254	+ 83
Total	723	715	737	719	647	731	731	+ 8

Source : centre hospitalier et Hospiddiag

4.2- Le codage et la valorisation de l'activité

Le PMSI permet un recensement d'informations sur l'activité des hôpitaux. Ce recensement, initialement établi à des fins de santé publique, a été utilisé pour déterminer les ressources des hôpitaux à partir de l'application de la tarification à l'activité (T2A) en 2004. Une nomenclature fixée par l'assurance-maladie, la classification commune des actes médicaux (CCAM) énumère tous les diagnostics, principaux ou associés, et leur attribue un code. L'ensemble des actes réalisés par les médecins et les équipes soignantes doivent être codés par l'hôpital puis envoyés chaque mois à l'agence régionale de santé (ARS), ce qui permet une valorisation de l'activité de l'hôpital et de déterminer les recettes.

Le codage doit être cohérent avec les dossiers patients informatisés (DPI). La tenue des DPI et le codage sont de la responsabilité des médecins. Le recueil des codes et leur envoi à l'ARS sont réalisés par le département d'information médicale (DIM), service de l'hôpital dirigé par un médecin et composé de techniciens de l'information médicale. Le centre hospitalier de Vienne a opté pour un codage décentralisé dans les services : les médecins codent directement. Le DIM est donc responsable de la formation des médecins au codage, en sus du contrôle qualité du codage avant transmission à l'ARS.

À partir de 2013, la reprise du codage du passé a été terminée et l'établissement a de moins en moins recours aux modifications ultérieures des données envoyées à l'ARS pour s'assurer du bon codage de l'année N-1. Le contrôle qualité est réalisé au fil de l'eau. Environ un tiers des dossiers patients de MCO font l'objet d'un contrôle qualité. Le choix de l'échantillon est réalisé à l'aide de deux logiciels (Orbis PMSI et PMSI pilot) : les incohérences DPI / codage, mais aussi l'analyse des précédents codages pour un même patient sont des indicateurs. Le DIM a élaboré plusieurs procédures qui devront faire l'objet d'une validation et d'un enregistrement dans la gestion documentaire du centre hospitalier.

Le DIM réalise un bilan d'activité annuel transmis au directeur, à l'exception de 2017. Il reprend notamment la valorisation positive de l'action du DIM qui contribue pour près de 10 M€ aux produits du centre hospitalier entre 2013 et 2018.

Tableau 32 : Activité du DIM

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de résumés d'unité médicale (RUM ³²)	24 787	25 004	25 350	26 682	nc	26 108
Nombre de séjours	20 847	21 260	21 625	nc	23 324	22 963
Nombre de RUM contrôlés	6 746	8 755	8 702	8 274	nc	7 785
Nombre de séjours contrôlés	5 765	7 474	7 264	nc	nc	nc
Nombre de séjours ayant eu un changement de GHM ³³	1 919	2 474	2 046	2 065	nc	2 565
Valorisation positive en k€	1 754	1 435	1 216	1 809	1 925	1 814
Valorisation séjour avec erreur bloquante corrigée directement par DIM en k€	-	-	176	-	-	-

Source : centre hospitalier

La qualité de la tenue du codage est donc suivie. Ce n'est pas le cas de la qualité de tenue des DPI, qui est pourtant indispensable et qui pourrait faire l'objet d'un indicateur de suivi. Le DIM souhaite développer ce projet et poursuit son action pour améliorer le codage dans l'établissement en sensibilisant la communauté médicale à cette pratique par des interventions en réunions de pôle et en instances, des mails aux médecins codeurs, et divers supports de communication.

4.3- Le volume d'activité de court séjour en médecine chirurgie obstétrique

L'activité de médecine chirurgie obstétrique (MCO) est répartie à 80 % en hospitalisation complète et 20 % en ambulatoire.

Après avoir augmenté de 4 % entre 2014 et 2016, l'activité en hospitalisation complète se rétracte de 3,4 % entre 2017 et 2019 pour retrouver en 2019 son niveau de 2013. Parmi les séjours en hospitalisation complète, l'activité de chirurgie se distingue avec une augmentation de 20,8 % du nombre de séjours sur la période ; à l'inverse les séjours en obstétrique baissent de 15,4 %.

³² Un résumé d'unité médicale (RUM) est produit à la fin de chaque séjour de malade dans une unité médicale assurant des soins de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Il contient des informations d'ordre administratif et médical, codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées, afin de bénéficier d'un traitement automatisé.

³³ Le groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique. Il constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO. Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standardisé (RSS) de chaque patient.

Le nombre de séjours en ambulatoire augmente de 14,6 %, avec une hausse des séjours de chirurgie importante, 45,9 % entre 2014 et 2019, et une baisse des séjours en obstétrique de 27,9 %.

Tableau 33 : Activité MCO

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation 2014-2019	Variation 2014-2019 en valeur absolue
Nombre de RSA de médecine (HC) ³⁴	11 898	12 018	12 471	12 400	12 050	11 826	- 0,6 %	- 72
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	2 185	2 336	2 400	2 520	2 500	2 640	20,8 %	+ 455
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	2 305	2 141	2 187	2 070	1 937	1 949	- 15,4 %	- 356
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	2 004	1 948	2 100	2 406	2 324	2 157	7,6 %	+ 153
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	1 226	1 403	1 666	1 560	1 758	1 789	45,9 %	+ 563
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	585	499	473	461	453	426	- 27,2 %	- 159
Nombre d'accouchements	1 852	1 744	1 685	1 639	1 545	1 534	- 16,6 %	- 307
Total MCO	20 203	20 345	21 297	21 417	21 022	20 787	2,9 %	+ 584
dont hospitalisation complète	16 388	16 495	17 058	16 990	16 487	16 415	0,2 %	+ 27
dont ambulatoire	3 815	3 850	4 239	4 427	4 535	4 372	14,6 %	+ 557

Source : Hospidiag

La zone d'attractivité du centre hospitalier³⁵ s'étend sur 17 communes en MCO. Elle est centrée sur l'agglomération viennoise. Son étendue restreinte doit favoriser un positionnement territorial élevé en termes de parts de marché. Deux cliniques privées, la clinique Trenel située à Sainte-Colombe dans le Rhône et la clinique des Côtes-du-Rhône située à Roussillon, sont implantées sur cette zone.

Le centre hospitalier est premier de sa zone d'attractivité en médecine (37 % en 2019) devant les HCL (20,8 % en 2019) et la clinique Trenel (9,4 % en 2019). Il perd des parts de marché au profit des HCL sur la période.

Sa position est plus nette en obstétrique avec 64,5 % des parts de marché en 2019 mais est néanmoins en baisse. Le centre hospitalier de Givors est le troisième établissement sur la zone. La concurrence des autres établissements, la vétusté des locaux de sa maternité et la baisse globale de la natalité peuvent expliquer sa baisse d'activité.

En chirurgie, le centre hospitalier augmente ses parts de marché, notamment en hospitalisation complète et dans une moindre mesure en ambulatoire. La concurrence est plus marquée que pour les autres activités, et le centre hospitalier est derrière la clinique Trenel pour l'hospitalisation complète (27,9 % pour la clinique / 23,5 % pour le centre hospitalier en 2019). L'avance de la clinique Trenel est plus marquée en chirurgie ambulatoire (43,1 % en 2019 contre 11,2 % pour le centre hospitalier).

³⁴ Pour chaque séjour d'un patient hospitalisé, il est réalisé un résumé de sortie standardisé (RSS) le plus tôt possible après la sortie du patient. Le RSS est ensuite anonymisé pour transmission à l'agence régionale de la santé et devient alors un « RSA » (résumé de sortie anonyme).

³⁵ La zone de recrutement, ou d'attractivité, d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nombre de séjours médicaux / Nombre d'habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité de médecine ou de chirurgie, les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement. Les données prises en compte sont celles du PMSI 2018 (source Hospidiag).

Tableau 34 : Part de marché sur la zone d'attractivité en %

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation 2014-2019
Médecine	40	39,7	39,7	39,7	38,6	37	- 7,5 %
Chirurgie (HC)	17,3	18,6	20	21,7	22,5	23,5	+ 35,8 %
Obstétrique	68,1	68,6	68	66,4	65,2	64,5	- 5,3 %
Chirurgie ambulatoire	10,7	11,6	12,4	11,3	12,2	11,2	+ 4,7 %

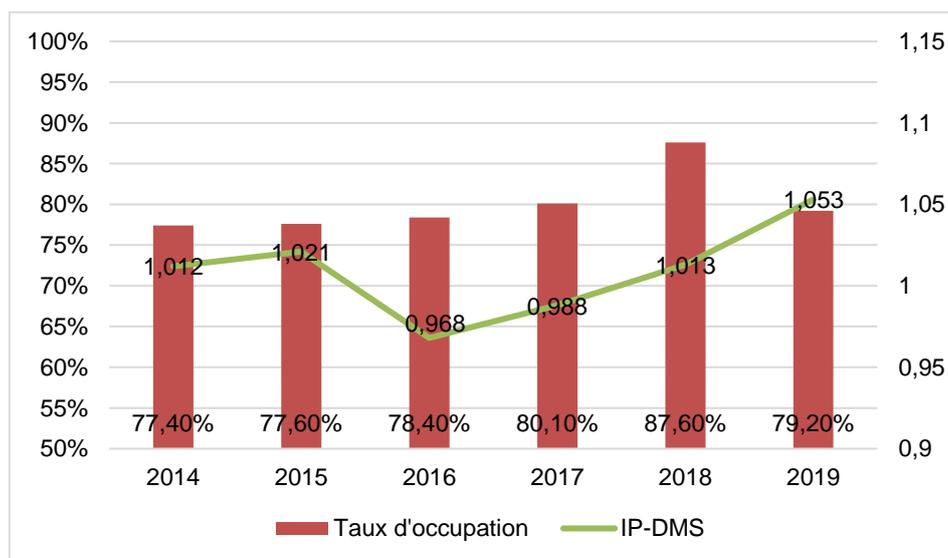
Source : Hospidiag

4.4- La performance de l'activité de court séjour

L'appréciation de la performance des services repose notamment sur le taux d'occupation des lits et par la durée moyenne de séjour (DMS), mesurée à l'aide d'un indicateur de performance (IP-DMS), qui doit se situer dans une fourchette optimale pour correspondre au tarif à l'activité et permettre au centre hospitalier d'allouer des ressources adaptées au séjour.

Le taux d'occupation s'améliore globalement, notamment en 2018. En 2019, le centre hospitalier redescend dans la moyenne des centres hospitaliers de même catégorie ou de même typologie. L'IP-DMS de médecine se dégrade entre 2016 et 2019. Il permet cependant au centre hospitalier d'être proche des établissements les plus performants de sa catégorie et de sa typologie³⁶.

Figure 8 : Taux d'occupation et IP-DMS en médecine



Source : Hospidiag

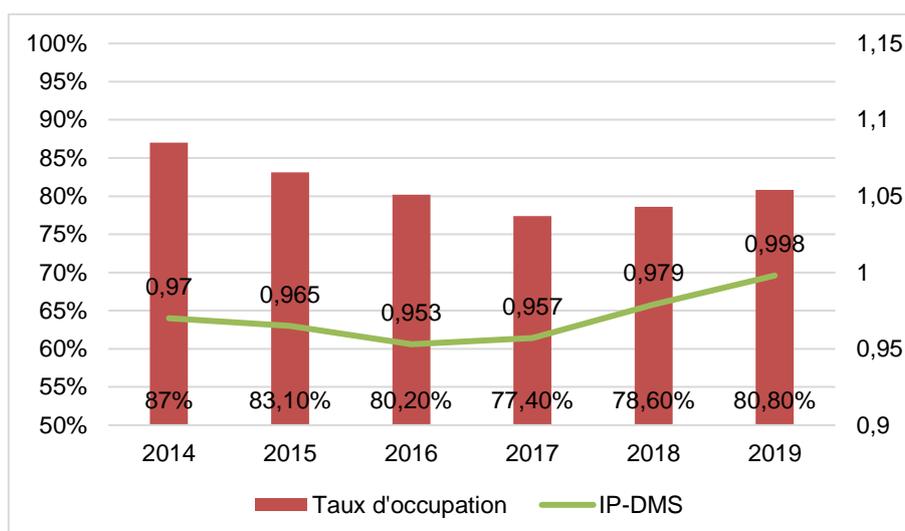
En obstétrique, le taux d'occupation chute jusqu'en 2017, puis s'améliore légèrement, notamment du fait de la fermeture de deux lits. Il reste malgré tout supérieur aux taux constatés pour les établissements du 8^{ème} décile³⁷. L'IP-DMS³⁸ inférieur à 1 montre une bonne performance concernant la durée du séjour, même si une légère dégradation est constatée depuis 2017.

³⁶ IP-DMS de 0,949 pour le 2^{ème} décile et 1,283 pour le 8^{ème} décile des établissements de même catégorie ; 0,883 pour le 2^{ème} décile et 1,063 pour le 8^{ème} décile des établissements de même typologie.

³⁷ Taux d'occupation obstétrique : 72,1 % pour les établissements de la région, 75,2 % pour ceux de même catégorie, et 80,3 % pour ceux de même typologie en 2019.

³⁸ Cet indicateur compare la DMS de médecine de l'établissement à celle standardisée de son « casemix » (éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par le CH) auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM de médecine. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine (hors ambulatoire). Un IP-DMS doit être en-deça de 1 pour être performant. (source Hospidiag).

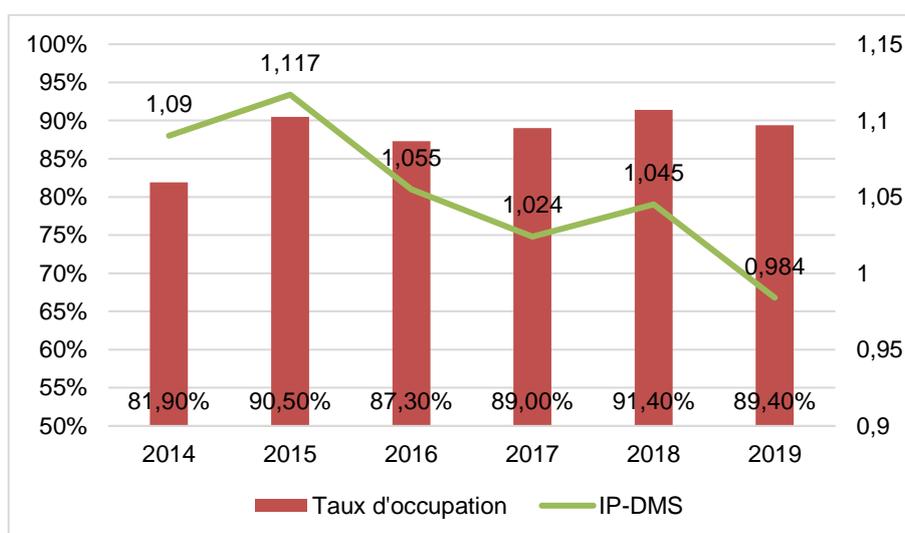
Figure 9 : Taux d'occupation et IP-DMS en obstétrique



Source : Hospidiag

La chirurgie améliore ses taux d'occupation et son IP-DMS et se positionne au-dessus des moyennes des établissements de la région et de même catégorie, voire au niveau du 8^{ème} décile pour les établissements de même typologie pour le taux d'occupation³⁹, et également proche du 2^{ème} décile concernant l'IP-DMS⁴⁰.

Figure 10 : Taux d'occupation et IP-DMS en chirurgie (hors ambulatoire)



Source : Hospidiag

Le taux d'utilisation des places de chirurgie ambulatoire s'est amélioré et se situe dans la moyenne des établissements de même typologie. La configuration des locaux pourrait limiter l'amélioration de cet indicateur.

³⁹ Taux d'occupation chirurgie : 99,1 % pour les établissements de la région, 107,5 % pour ceux de même catégorie, et 94,7 % pour ceux de même typologie en 2019.

⁴⁰ IP-DMS chirurgie : 0,908 pour les établissements de la région, 0,958 pour ceux de même catégorie, et 0,899 pour ceux de même typologie en 2019.

Tableau 35 : Chirurgie ambulatoire

	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 2014-2019
Taux de chirurgie ambulatoire	37,52	40,97	38,19	41,29	40,39	+ 7,6 %
Taux d'utilisation des places de chirurgie ambulatoire	63,8	75,7	70,8	79,9	81,3	+ 2 7,4 %

Source : Hospidiag

4.5- Les urgences et les actes et consultations externes

L'activité du service d'urgence augmente fortement, + 26 % entre 2013 et 2019, notamment les consultations avec une progression de 34 %. La faible augmentation des consultations suivies d'hospitalisation montre une typologie d'activité essentiellement tournée vers une prise en charge de médecine générale. L'augmentation importante de l'activité renforce la contrainte de la taille et de l'inadaptation des locaux.

Tableau 36 : Activité des urgences

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation 2013-2019
Nombre total de passages	35 409	37 296	40 559	42 796	44 594	45 794	44 737	+ 26 %
dont consultations (ATU)	26 299	27 718	31 491	32 953	34 703	36 098	35 150	+ 34 %
dont suivi hospitalisation	9 110	9 578	9 592	9 843	9 891	9 696	9 587	+ 5 %

Source : centre hospitalier

Le nombre de consultations, hors urgences, augmente également fortement, + 24 %, hormis celles du pôle gériatrique qui augmentent jusqu'en 2017 avant de baisser fortement en 2018. L'amélioration du nombre de consultations n'est pas suffisante pour couvrir les augmentations de charges ; qui plus est, les tarifs T2A baissent, ce qui oblige à augmenter l'activité à moyens égaux pour maintenir la situation.

Tableau 37 : Nombre de consultations (hors ATU) par pôle

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation 2013-2018	En %
Chirurgie médico-technique	54 745	58 650	61 622	67 028	65 156	69 771	+ 15 026	+ 27 %
<i>Dont scanner</i>	1 558	2 244	2 686	3 317	3 820	4 131	+ 2 573	+ 165 %
<i>Dont IRM</i>	2 480	2 715	2 893	3 098	2 865	2 998	+ 518	+ 21 %
Femme mère enfant	39 152	40 647	44 008	45 519	44 780	43 096	+ 3 944	+ 10 %
Gérontologie	988	955	970	1 123	1 174	903	- 85	- 9 %
Médecine-urgences	36 022	38 526	42 438	42 797	47 000	49 314	+ 13 292	+ 37 %
Nombre total de consultations	131 424	140 321	150 441	157 893	158 110	163 084	+ 31 660	+ 24 %

Source : centre hospitalier et retraitement CRC pour tenir compte du changement de périmètre des pôles en 2017

5- LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines au centre hospitalier de Vienne sont confrontées, comme la plupart des établissements publics de santé, à des problématiques d'absentéisme et de tensions des effectifs. Ces difficultés ont d'importantes répercussions sur le fonctionnement du centre hospitalier. Elles touchent les personnels médicaux et non-médicaux, qui relèvent tous de la direction des ressources humaines et qui gère également les affaires médicales.

5.1- L'évolution des effectifs

L'effectif mesuré en équivalents temps plein rémunérés (ETPR) a globalement augmenté de 3,23 % sur la période 2013-2018 et s'établit à 1 586,74 en 2018, soit 49,59 ETPR de plus qu'en 2013.

Les effectifs du personnel soignant augmentent nettement, avec + 5,86 % pour les personnels de soins et + 3,83 % pour les personnels médicaux.

Inversement, les effectifs sur les fonctions support (direction et administration et personnel technique et ouvrier) ont été réduits ou fortement limités.

Les bilans sociaux sont trop imprécis pour permettre l'analyse de l'évolution de l'effectif avec précision. Ces bilans contiennent uniquement des tableaux, sans analyse ni éléments de contexte. Certaines catégories de personnels, comme les praticiens cliniciens, en augmentation dans le contexte de tensions d'effectifs et générant des surcoûts importants, ne sont pas identifiées. Il conviendra de compléter les tableaux de bord des bilans sociaux afin d'assurer un suivi plus fin des différentes catégories de personnel.

Tableau 38 : Évolution de l'effectif rémunéré (en ETPR)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2013-2018
Non médicaux	1 409,67	1 433,28	1 441,95	1 466,28	1 424,63	1 454,39	+ 3,17 %
Personnels de direction et administratifs	168,10	169,94	171,02	169,44	164,49	161,38	- 4,00 %
Personnels des services de soins	984,52	996,98	1 017,82	1 041,32	1 011,01	1 042,23	+ 5,86 %
Personnels éducatifs et sociaux	31,19	30,73	28,96	29,67	20,87	20,83	- 33,22 %
Personnels médico-techniques	60,82	61,95	63,16	63,01	62,78	62,38	+ 2,56 %
Personnels techniques et ouvriers	165,04	173,68	160,99	162,84	165,48	167,57	+ 1,53 %
Médicaux	127,47	125,78	128,09	136,24	128,62	132,35	+ 3,83 %
Praticiens hospitaliers temps plein	73,42	79,36	88,50	90,56	77,22	77,68	+ 5,80 %
Praticiens hospitaliers temps partiel	7,04	7,46	6,13	5,63	6,26	5,90	- 16,19 %
Attachés	22,56	19,22	4,93	3,74	4,83	5,45	- 75,84 %
Attachés associés			3,20	2,61	5,09	7,41	+ 131,56 %
Praticiens contractuels, cliniciens non inclus	16,02	13,88	16,13	21,09	25,98	26,62	+ 66,17 %
Assistants	8,43	5,86	9,20	12,61	9,24	9,29	+ 10,20 %
Total	1 537,15	1 559,06	1 570,04	1 602,52	1 553,25	1 586,74	+ 3,23 %

Source : CH de Vienne, bilans sociaux

5.1.1- Les effectifs non-médicaux

Les effectifs non médicaux (hors CAE et dispositifs similaires) ont connu une hausse de 3,55 %⁴¹ entre 2013 et 2018. Cette hausse globale comporte toutefois de fortes disparités selon les catégories de personnel et, surtout, selon les statuts d'emploi.

Deux catégories de personnel diminuent. Les personnels administratifs sont en baisse, notamment entre 2016 et 2018, en lien avec la mise en œuvre du CREF. Les personnels éducatifs et sociaux, globalement stables jusqu'en 2017, ont fortement baissé en 2018 suite au transfert de l'activité psychiatrie à l'EMPSI. Sur la période, ils ont diminué de 33 %, passant de 31 ETP en 2013 à 20 en 2018.

⁴¹ En ETP moyens annuels repris dans les bilans sociaux du centre hospitalier.

Les autres catégories de personnels non médicaux ont augmenté : personnels soignants + 5,74 %, médico-techniques + 2,53 %, techniques + 4,07 %.

Un constat s'applique à toutes les catégories de personnels non-médicaux : l'effectif équivalent temps plein (ETP) des agents titulaires a baissé de manière significative (- 9,66 % au global). Cette diminution des titulaires est compensée par le recours accru aux agents contractuels qu'ils soient en CDI (+ 54 %) ou surtout en CDD (+ 60 %) puisque le nombre total d'ETP augmente de 3,55 % sur la période. Cette situation traduit les difficultés de recrutement auxquelles est confronté l'établissement (cf. infra).

Tableau 39 : Évolution des effectifs non médicaux (ETP moyens annuels)

	Statut/Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2013/2018
Personnels administratifs	Titulaires	122,96	118,85	120,67	113,63	109,76	103,22	- 16,05 %
	Cdi	11,03	11,86	14,50	15,01	26,31	30,66	+ 177,97 %
	Cdd	31,75	35,43	32,40	39,93	28,72	27,50	- 13,39 %
	Total	165,74	166,14	167,57	168,57	164,79	161,38	- 2,63 %
Personnels soignants	Titulaires	824,55	823,92	824,25	803,86	768,43	754,38	- 8,51 %
	Cdi	40,12	39,66	45,95	46,20	41,84	49,25	+ 22,76 %
	Cdd	119,78	133,18	138,12	185,74	197,13	237,30	+ 98,11 %
	Total	984,45	996,76	1 008,32	1 035,8	1 007,4	1 040,93	+ 5,74 %
Personnels médico-techniques	Titulaires	56,25	56,97	56,27	54,20	50,26	46,15	- 17,96 %
	Cdi	-	0,69	0,79	0,79	1,86	3,47	+ 402,9 % ⁴²
	Cdd	4,58	4,29	6,10	8,02	10,66	12,75	+ 178,38 %
	Total	60,83	61,95	63,16	63,01	62,78	62,37	+ 2,53 %
Personnels éducatifs et sociaux	Titulaires	20,15	18,51	18,63	18,27	15,06	12,26	- 39,16 %
	Cdi	7,48	7,36	7,16	7,83	3,92	4,76	- 36,36 %
	Cdd	3,56	4,85	3,17	3,57	1,90	3,82	+ 7,30 %
	Total	31,19	30,72	28,96	29,67	20,88	20,84	- 33,18 %
Personnels techniques	Titulaires	107,63	103,00	105,74	102,53	103,20	106,27	- 1,26 %
	Cdi	13,95	18,65	16,87	17,34	27,81	23,86	+ 71,04 %
	Cdd	39,45	44,38	38,39	42,97	34,47	37,46	- 5,04 %
	Total	161,03	166,03	161	162,84	165,48	167,59	+ 4,07 %
Autres	CAE et autres	6,48	11,41	12,95	6,39	4,21	1,28	- 80,19 %
Total	Titulaires	1 131,54	1 121,25	1 125,55	1 092,49	1 046,71	1 022,28	- 9,66 %
	Cdi	72,58	78,22	85,27	87,17	101,74	112,00	+ 54,31 %
	Cdd	199,12	222,13	218,18	280,23	272,87	318,83	+ 60,12 %
Total(*)		1 403,24	1 421,60	1 429,00	1 459,90	1 421,33	1 453,11	+ 3,55 %
Total général(**)		1 409,72	1 433,01	1 441,95	1 466,28	1 425,54	1 454,39	+ 3,17 %

Source : CH de Vienne, retraitements CRC

(*) Total Titulaires + CDI + CDD

(**) Total Titulaires + CDI + CDD + Autres

5.1.2- Les effectifs médicaux

L'effectif du personnel médical augmente plus rapidement que celui du personnel non-médical.

⁴² Sur la période 2014-2019, données indisponibles pour 2013.

La proportion, stable sur la période, des praticiens hospitaliers est plus importante que celle des autres statuts de praticiens avec 46 % des ETP médicaux. Les praticiens contractuels représentaient 6 % des ETP médicaux en 2013 et 16 % en 2018, soit un triplement des effectifs sur la période, indicateur des difficultés de recrutement du personnel titulaire.

Les praticiens attachés représentaient 13 % des ETP médicaux en 2013 mais seulement 6,5 % en 2018. La proportion des assistants est stable, autour de 5 %.

Tableau 40 : Évolution des effectifs médicaux par statut (ETP moyens annuels)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	évolution 2013/2018
Praticiens hospitaliers temps plein	74,3	79,33	80,64	83,23	76,66	78,14	+ 5 %
Praticiens hospitaliers temps partiel	7,4	7,46	6,14	5,63	6,26	5,89	- 20 %
Praticiens contractuels	10,04	14,06	17,54	23,06	28,87	29,46	+ 193 %
Assistants	8,42	5,86	9,19	12,61	9,2	9,28	+ 10 %
Attachés	22,31	18,46	15,43	12,91	9,92	11,95	- 46 %
Internes et faisant fonction d'interne (FFI)	41,7	44,04	45,72	50,92	45,65	46,76	+ 12 %
Étudiants	3,85	10,79					- 100 %
Total	168,02	180,00	174,66	188,36	176,56	181,48	+ 8 %

Source : CH de Vienne

5.2- La gestion de l'absentéisme

L'absentéisme était déjà un problème relevé dans les précédents rapports de la chambre. Les causes peinent à être identifiées, même si certaines mesures visant à sa résorption ont commencé à être mises en œuvre.

5.2.1- L'évolution de l'absentéisme

Les absences pour raison de santé ont fortement progressé, avec une forte prépondérance de la maladie ordinaire et des accidents du travail et de trajet. Cette tendance s'observe aussi bien pour le personnel non médical que pour le personnel médical. En 2018, la maladie ordinaire représente 59 % des jours d'absence (32 697 jours sur 55 023) du personnel non médical et 48 % de ceux du personnel médical (1 522 jours sur 3 154). Le nombre moyen de jours d'absence est en constante augmentation pour le personnel non médical ; il est très variable pour le personnel médical avec une tendance globale à la hausse également.

Les diverses instances consultatives et de pilotage de l'établissement dressent le constat d'un fort absentéisme généralisé et les rapports d'activité pour 2013 et 2014 (seuls disponibles sur la période) en font largement état. Dès 2013, l'absentéisme est qualifié de « record » au centre hospitalier ainsi qu'en EHPAD (rapport d'activité et compte financier 2013). En 2014, le taux d'absentéisme très important à l'hôpital de Vienne est évoqué au conseil de surveillance d'avril 2014, avec 30 jours d'absence par an et par agent en moyenne (contre 23 jours au niveau national), en forte augmentation depuis deux ans déjà. Le même constat est reconduit en 2017, avec les mêmes moyennes de jours d'absence par agent (conseil de surveillance de juin 2018). En 2015, des problèmes d'absentéisme important sont évoqués concernant le service gynécologie-obstétrique et le pôle gériatrie. Pour ce dernier, de nombreux investissements en matériel ont été réalisés pour limiter l'absentéisme mais un recul de six mois au moins était indiqué comme nécessaire pour en évaluer les effets. Au cours du CHSCT de juin 2018, lors de la présentation du bilan social 2017, l'absentéisme important est à nouveau relevé.

L'absentéisme a ainsi augmenté de 2 569 jours par rapport à 2016, soit 12,6 ETP. Le taux d'absentéisme du personnel socio-éducatif a doublé en 2017, nécessitant une recherche plus avancée des causes. Dans les EHPAD, les problèmes d'absentéisme important persistent, doublés de tensions managériales (conseil de surveillance d'octobre 2017). L'augmentation globale de l'absentéisme, avec prépondérance des absences pour maladie ordinaire, est donc largement observée par l'établissement. Toutefois, l'identification des causes, préalable à la mise en œuvre d'actions préventives et correctives, demeure inaboutie malgré diverses démarches (cf. infra).

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ARS confirme le caractère élevé de l'absentéisme médical du centre hospitalier. En 2019, l'absentéisme du personnel médical est le plus important de la région Auvergne-Rhône-Alpes pour la catégorie des établissements ayant un budget de plus de 70 M€. Il se situe à 6,76 % en 2019, soit 2,6 points au-dessus de la médiane régionale à 4,1 %.

5.2.2- Les conséquences sur l'activité

L'absentéisme a d'importantes conséquences en termes de service rendu et de coûts.

Des fermetures de lits, voire de services, sont parfois rendues nécessaires en raison des absences du personnel. En 2013, l'hôpital de jour SSR rééducation cardiaque a dû fermer temporairement en raison de l'absence de personnels médicaux (rapport d'activité et compte financier 2013 p.26). En 2014, le service diabéto-endocrinologie a connu des baisses ponctuelles de ses capacités en lits, dues à l'absentéisme médical. En 2018, au pôle gériatologique, cinq médecins ont été en arrêt-maladie, entraînant le « gel » de 14 lits (CTE octobre 2018).

La qualité des soins est également affectée par les problèmes récurrents d'absentéisme et de management, notamment au pôle gériatologique où les membres du CHSCT font état du mécontentement des familles sur ce point (CHSCT octobre 2017). Le niveau d'activité et le résultat financier de l'établissement s'en trouvent nécessairement impactés. En 2013 et 2014, malgré une activité et des recettes globalement en progression, l'hôpital de Vienne a terminé l'exercice en déficit, la hausse des recettes ayant été amputée par les coûts liés à l'absentéisme notamment (rapports d'activité 2013 et 2014), rendant impossible la constitution des provisions pour investissement. Ces coûts supplémentaires sont générés notamment par le recours à l'intérim ou aux CDD pour assurer une partie des remplacements. En 2014, le recours aux CDD a augmenté de 15 %, soit 20 ETP (rapport d'activité 2014, analyse du compte de résultat).

L'absentéisme entraîne également un recours accru aux heures supplémentaires, qui ont aussi un impact financier important, les heures supplémentaires⁴³ ayant doublé en montant et connu une hausse en volume de 2,5 fois sur la période.

Tableau 41 : Évolution du nombre d'heures supplémentaires payées

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2013 -2018
Heures supplémentaires + 14H	136,52	160,75	131,40	105,37	127,82	115,92	- 15,09 %
Heures supplémentaires moins 14H	1 430,58	2 460,77	1 878,19	1 542,47	2 074,99	3 704,01	+ 158,92 %
Heures supplémentaires dimanche & fériés	250,86	173,39	308,61	285,37	641,57	1 825,85	+ 627,84 %
Heures supplémentaires nuit	1 988,33	1 903,18	3 183,55	3 037,97	3 102,78	3 604,41	+ 81,28 %
Total heures supplémentaires	3 806,29	4 698,09	5 501,75	4 971,18	5 947,16	9 250,19	+ 143,02 %

Source : Fichiers de paie, retraitement CRC

⁴³ Heures supplémentaires non liées aux astreintes.

Tableau 42 : Évolution du coût des heures supplémentaires (hors charges) en €

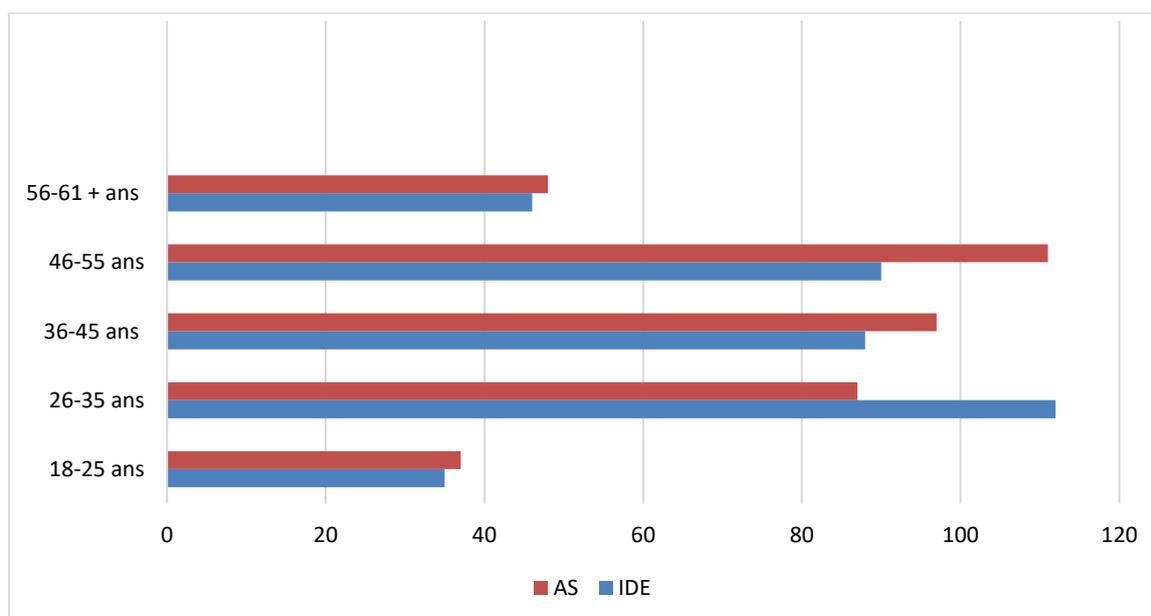
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2013-2018
Heures supplémentaires + 14H	2 397	2 541	2 090	1 691	2 081	2 077	- 13,32 %
Heures supplémentaires moins 14H	24 092	37 538	30 411	25 443	33 392	59 005	+ 144,92 %
Heures supplémentaires dim & fériés	7 824	5 520	8 861	8 265	18 499	45 559	+ 482,28 %
Heures supplémentaires nuit	78 716	75 858	115 610	111 611	114 652	127 466	+ 61,93 %
Total heures supplémentaires	113 029	121 458	156 971	147 012	168 624	234 108	+ 107,12 %

Source : Fichiers de paie, retraitement CRC

5.2.3- L'identification des causes et l'élaboration de solutions

Le vieillissement du personnel est une cause majeure d'augmentation de l'absentéisme.

La structure par âges de certaines catégories de personnel explique en partie l'absentéisme. En 2019, parmi les infirmiers en soins généraux (IDE) et les aides-soignants (AS), qui représentent le plus important contingent de personnels au sein de l'établissement, les plus de 50 ans représentent respectivement 25 % et 29 % de l'effectif. Les arrêts pour raison de santé augmentant avec l'âge, il conviendra pour l'établissement de suivre spécifiquement cet indicateur pour les personnels de cette tranche d'âge.

Figure 11 : Histogramme des âges pour les métiers IDE et AS

Source : données centre hospitalier, retraitements CRC

S'agissant de l'identification des causes plus diffuses, on relève par exemple que le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) de l'établissement n'a pas été mis à jour depuis 2012. Le toilettage du document a fait l'objet d'un groupe de travail initié au premier semestre 2017. Cette mise à jour s'est poursuivie jusqu'en 2020 mais le DUERP n'a pas été finalisé ni validé par les instances de l'hôpital. Ce document doit être actualisé dans les meilleurs délais afin de permettre à l'établissement de mieux connaître les risques et ainsi, mieux identifier les causes de l'absentéisme.

Dès le projet social 2008-2013, face au fort absentéisme, l'établissement évoquait la nécessité de s'interroger sur les conditions de vie au travail et pointait le manque d'études disponibles sur les causes et les catégories touchées, pourtant essentielles à la mise en place d'actions correctives. L'analyse ciblée des absences par service et par catégorie socio-professionnelle

a été intégrée dans les objectifs de l'axe 3 du projet « conditions de vie et organisation du travail ». La mise en place d'un outil de suivi des absences pour tous motifs ainsi qu'une analyse des causes des arrêts pour raisons de santé et un ciblage des actions à mener étaient prévues. Dans le projet social 2017-2021, au bilan du précédent projet, rien n'est dit des avancées sur la détermination des causes de l'absentéisme ni de leur analyse. Une meilleure prévention de l'absentéisme constitue l'axe 2 du projet 2017-2021. L'objectif de se doter d'outils d'analyse des causes est reconduit. Il est prévu également de réactiver le comité de veille sur l'absentéisme (COPIL⁴⁴), de déterminer des indicateurs de suivi des absences et de définir des actions correctives. Il est aussi prévu de proposer des solutions alternatives au rappel des personnels pour pallier les absences et pour diminuer l'absentéisme global. La valorisation du « présentéisme » figure comme moyen pour y parvenir. Un échéancier des actions est proposé dans le projet, du deuxième semestre 2016 à fin 2020.

Le groupe de travail relatif à l'absentéisme a effectivement été mis en place dans le cadre du projet social 2017-2021. Il s'est réuni à plusieurs reprises mais seuls les comptes rendus de trois des réunions ont été produits par le centre hospitalier. Le groupe de travail ne s'est plus réuni depuis 2017 malgré une problématique toujours d'actualité. Aucun plan de gestion de l'absentéisme n'a été élaboré et le seul document formalisant les axes de la gestion des absences, datant de 2014, n'a jamais été actualisé (cf. infra).

Bien que diverses initiatives et démarches aient été initiées, le centre hospitalier n'a à ce jour pas identifié avec précision les principaux facteurs d'absentéisme du personnel. Aucun document de suivi et d'analyse, autre que les bilans sociaux annuels, n'a été communiqué.

Le centre hospitalier doit achever ses travaux d'identification des causes de l'absentéisme en se dotant de tableaux de bord pertinents, pour pouvoir adopter des mesures de résorption appropriées. En réponse aux observations provisoires, l'ARS a émis le souhait d'une analyse approfondie des causes de l'absentéisme par le centre hospitalier, qu'elle estimait plus élevée que la moyenne des centres hospitaliers de même taille de la région. Ces facteurs devraient être intégrés dans les réflexions sur l'élaboration du nouveau schéma directeur immobilier, afin que les solutions s'intègrent dans les projections organisationnelles et in fine architecturales.

5.2.4- Les solutions mises en œuvre pour lutter contre l'absentéisme

Une feuille de route appelée « politique de recrutement et de gestion de l'absentéisme » élaborée en 2014, fixe des pistes pour gérer les tensions d'effectifs dans l'établissement. Pour répondre aux situations d'absentéisme non programmé, il est notamment prévu prioritairement le redéploiement d'agents au sein d'un pôle (vers un autre service), les réorganisations de services avec priorisation d'activités, le recours aux « pools » composés d'infirmiers et d'aides-soignants⁴⁵ ou encore l'augmentation du temps de travail des agents en poste. Le recours au remplacement, le rappel des agents en congés ou RTT et l'appel à l'intérim sur certains métiers constituent des solutions de dernier recours, compte tenu des surcoûts financiers qu'ils engendrent. Ces mesures se placent dans le contexte financier contraint de l'établissement et du secteur médico-social et visent l'adaptation à la pénurie.

Le document de 2014 ne comporte toutefois aucun élément relatif aux causes d'absentéisme et n'a pas été mis à jour. Surtout, les mesures prévues ne concernent que le personnel non médical alors même que l'absentéisme et le « turn-over » touchent aussi fortement les médecins.

⁴⁴ Le COPIL sur l'absentéisme avait déjà travaillé sur la recherche des causes et des solutions, dans le cadre de l'élaboration du projet social 2017-2021.

⁴⁵ Deux « pools » existent : l'un dédié à l'EHPAD et l'autre aux unités médecine, chirurgie, obstétrique.

Dans le cadre du projet social 2017-2021, un bilan du précédent projet est établi. S'agissant de la mise en œuvre de l'axe 3 (cf. supra), des groupes de parole et d'analyse de la pratique ont pu être mis en place dans différents services. En 2018, un poste d'assistant social a été créé et un ergonome a été formé, tous deux rattachés à la DRH. Des visites de l'ergonome ont été réalisées dans les services (pharmacie notamment) pour constater les conditions de travail des soignants. Ces projets ont pu être menés notamment grâce au financement CLACT⁴⁶. Ces actions, qui s'inscrivent dans une démarche de prévention des absences, sont une bonne pratique. Elles devront être évaluées et ciblées en fonction des causes principales d'absence.

Une autre voie explorée par le groupe de travail était la modulation de la part variable de la prime de service et la valorisation du présentisme. Des pistes pour la répartition de la part écartée de la prime entre les personnels n'ayant pas eu d'absences ont été évoquées lors de la réunion du groupe de travail du 11 septembre 2017. La chambre n'a pas eu connaissance de la version finalisée des modalités de répartition retenues. La modulation de la prime de service n'a pas été mise en œuvre par le centre hospitalier.

L'absentéisme lié aux problèmes d'organisation personnelle des agents, notamment la garde d'enfant et les transports, a été évoqué dans le cadre du projet social 2008-2013⁴⁷. La solution consistant à proposer des places en crèche pour les enfants du personnel n'a pas pu être concrétisée, faute de financements suffisants et de locaux disponibles⁴⁸.

Si les causes de l'absentéisme ne sont pas cernées avec précision, des mesures pour répondre aux situations d'absence des personnels ont cependant été envisagées. Elles devront néanmoins être étendues et adaptées au personnel médical.

5.2.5- La politique de maintien dans l'emploi visant à prévenir l'absentéisme

L'établissement est confronté à une augmentation des situations d'inaptitude et des demandes de changement de poste, dans un contexte d'allongement des carrières et d'intensification de l'activité hospitalière. Une politique de maintien dans l'emploi vise à limiter les conséquences de cette situation.

Cette démarche a été initiée par le projet social 2008-2013, en parallèle aux actions initiées dans le cadre de la lutte contre l'absentéisme. L'établissement s'était alors fixé pour objectif de mettre en place une politique de reclassement pour les personnels inaptes à leurs fonctions.

Le maintien dans l'emploi constitue un des cinq objectifs du projet social 2017-2021. Cela passe par l'accompagnement à l'allongement des carrières et la prévention de l'usure professionnelle, la gestion des cas de restrictions médicales ou d'inaptitude en favorisant le maintien dans l'emploi, la prévention des risques professionnels dont les troubles musculo-squelettiques en lien avec le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Un plan d'action précis, assorti de livrables à produire selon un calendrier de réalisation s'étalant du premier semestre 2017 au deuxième semestre 2020, traduit les objectifs généraux.

Courant 2018, l'établissement a élaboré sa politique de maintien dans l'emploi et de gestion des postes à contraintes modérées et a identifié 50 postes pouvant potentiellement accueillir des agents en reclassement. Au gré des vacances, ces postes seront pourvus en priorité par des agents ayant des restrictions médicales, afin de favoriser le maintien dans l'emploi et la

⁴⁶ CLACT : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (financements attribués par l'ARS sur appel à projets auprès de établissements de santé visant à améliorer les conditions de travail des professionnels de santé).

⁴⁷ Axe 1 du projet social 2008-2013, les absences : constat (point 1.2 page 17).

⁴⁸ Bilan du projet social 2008-2013 dans le projet social 2017-2021 (bilan axe 3 action 3 page 2).

diminution des arrêts maladie. Les agents concernés bénéficient de l'appui de l'association pour la formation des personnels hospitaliers. Deux procédures issues des travaux du groupe de travail sur le maintien dans l'emploi sont actées pour la mise en œuvre concrète de la politique. Une procédure concerne la gestion des recrutements sur les postes à contraintes modérées et une procédure dite de transition est conduite par le service de santé au travail pour repérer les agents présentant des restrictions médicales et nécessitant une réaffectation à court terme. Un délai d'un an est laissé aux agents pour se réorienter sur des postes à contraintes plus faibles afin de favoriser leur maintien dans l'emploi.

Tableau 43 : Nombre d'agents ayant changé d'affectation pour raison de santé (avec changement de métier) / PNM

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nb total d'agents concernés	10	10	2	1	4	3
<i>Dont personnels soignants</i>	9	9	2	1	3	3

Source : bilans sociaux

Encore peu d'agents sont concernés par ces mesures mais les reclassements devraient s'amplifier avec la définition des modalités pratiques de la politique de maintien dans l'emploi depuis 2018.

La définition et la mise en œuvre d'une politique de maintien dans l'emploi est une démarche à souligner. Elle constitue la mesure la plus aboutie de l'établissement dans la lutte contre l'absentéisme lié aux restrictions médicales, en permettant d'anticiper et de réduire les situations d'inaptitude aux fonctions. Cette démarche peut avoir de réels effets sur l'absentéisme par la prévention des situations d'usure sur postes à contraintes et d'inaptitude.

5.3- Les difficultés de recrutement

Le centre hospitalier est confronté à des difficultés de recrutement, particulièrement pour certains métiers, ce qui impacte le fonctionnement des services.

5.3.1- Des métiers en tension et un turn-over important

En 2017, le centre hospitalier a établi une cartographie des métiers sensibles à partir de critères de compétences et de difficultés de recrutement. Seuls les métiers non médicaux de l'hôpital y sont répertoriés, les spécialités médicales n'apparaissant pas dans le document bien que des tensions de recrutement affectent aussi les médecins.

Parmi les métiers les plus sensibles et concernant des effectifs importants, figurent notamment :

- ♦ au titre des fonctions support et technique : secrétaire médical, technicien biomédical, agent de production culinaire,
- ♦ au titre des fonctions socio-éducatives : éducateur sportif,
- ♦ au titre des fonctions soignantes : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, cadre responsable d'unité (soins ou obstétrique), infirmiers en soins généraux, manipulateur en électro-radiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste, technicien d'analyse en biologie médicale.

Certaines difficultés de recrutement sont liées à la concurrence du secteur privé, notamment pour les métiers d'ergothérapeute ou d'orthoptiste. D'autres sont liées à la rareté de la ressource (technicien en biologie médicale) ou à un important « turn-over » dans l'établissement (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste).

Le « turn-over » du personnel non médical est stable autour de 5 %. Le taux plus important constaté en 2017 et 2018 pour les personnels éducatifs et sociaux est lié au transfert de l'activité psychiatrique⁴⁹ à partir de 2017. Le taux de rotation des personnels non médicaux à Vienne est plutôt inférieur à la moyenne nationale qui s'établit à 10,3 % en 2018⁵⁰. Cette comparaison reste indicative ; le mode de calcul du taux de « turn-over » donné par l'établissement dans les bilans sociaux n'est pas explicité et il n'est pas possible de s'assurer de sa concordance avec le mode de calcul national.

La direction des ressources humaines identifie quatre spécialités médicales (gériatrie, pédiatrie, neurologie, radiologie) en grande tension. Des postes de médecin demeurent vacants et des médecins sont en arrêt pour raisons médicales. Les solutions apportées ont consisté en la fermeture de lits (gériatrie, neurologie) et au recours à l'intérim (gériatrie, pédiatrie, radiologie).

Le « turn-over » du personnel médical est très significatif, notamment s'agissant des praticiens contractuels, assistants et attachés. Le taux de rotation des personnels médicaux (53 % en moyenne sur la période) est ainsi très supérieur à la moyenne nationale qui atteint 29,6 %⁵¹. L'hôpital de Vienne peine, comme tous les établissements publics de santé, à fidéliser son personnel médical en raison notamment, de la proximité avec les Hospices civils de Lyon⁵².

Tableau 44 : Taux de « turn-over » par filière (PNM et PM)

en %	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personnels administratifs	3	5	5,15	8,95	5,13	5,5
Personnels soignants	5	4	5,52	4,7	7,35	5,82
Personnels éducatifs et sociaux	2	7	1,79	8,91	29,67	20,1
Personnels médico-techniques	4	7	3,3	5,12	8,94	5,55
Personnels techniques et ouvriers	6	6	5,95	2,43	5,18	4,82
TOTAL personnel non médical	5	5	5,34	5,05	7,29	5,94
Praticiens hospitaliers temps plein	7	9	15,94	16,14	8,62	8,36
Praticiens hospitaliers temps partiels	4	8	4,58	4,89	8,8	17,32
Praticiens contractuels, hors cliniciens (*)	342	189	337,32	331,98	201,53	349,47
Assistants	33	8	37,84	19,72	68,09	56,26
Assistants associés	nc	nc	nc	nc	119,5	nc
Praticiens attachés	32	40	15,7	4,69	30,09	11,86
Praticiens attachés associés	nc	nc	nc	29,33	78,74	23,95
TOTAL personnel médical	50	35	49,51	59,3	53,17	72,48
TOTAL TOUS PERSONNELS	10	8	10,34	11,49	12,92	14,87

Source : bilans sociaux

(*) Taux supérieur à 100 % car comptabilisation des multiples occupants d'un même poste sur une année

Les difficultés de recrutement et le manque de stabilité des personnels, notamment médicaux, affectent le bon fonctionnement de l'hôpital et la qualité des soins (fermetures de lits, postes vacants). Elles doivent être particulièrement suivies. Les démarches d'identification et les réponses apportées par l'établissement pour certains métiers paramédicaux constituent de bonnes pratiques. Néanmoins, pour certaines spécialités médicales, les causes tiennent davantage à l'établissement et à sa situation (management, manque d'attractivité de la ville) et les solutions à apporter apparaissent plus complexes à mettre en œuvre.

⁴⁹ CPND : centre de psychothérapie du nord Dauphiné, devenu le ESM (établissement de santé mentale) des Portes de l'Isère.

⁵⁰ Source : Rapport bilan social 2018 de l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation), à partir d'une enquête auprès des établissements publics de plus de 300 agents.

⁵¹ Source : Rapport bilan social 2018 de l'ATIH, à partir d'une enquête auprès des établissements publics de plus de 300 agents.

⁵² Notamment en comparaison de HFME Hôpital Femmes-Mère-Enfant (conseil de surveillance décembre 2017).

5.3.2- Le maintien de l'effectif en personnel non-médical

La direction des ressources humaines du centre hospitalier a mis en place des solutions pour les personnels non médicaux en tension.

Certaines fonctions paramédicales sont difficiles à recruter dans l'établissement, notamment kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, en raison de la concurrence du secteur privé et de la faiblesse des rémunérations proposées. Des allocations d'études en contrepartie d'un engagement à servir (pour les infirmiers) et une rémunération revalorisée lors du recrutement ont été mises en place (métiers médico-techniques).

Le centre hospitalier peine également à recruter des infirmiers de bloc opératoire (IBODE), infirmiers diplômés d'État (IDE) et des aides-soignants. Pour les IBODE, la pénurie de compétences sur le marché du travail explique les difficultés de recrutement. Pour les IDE et aides-soignants, ce sont les conditions de recrutement et de rémunération peu attractives en comparaison d'autres établissements de santé qui pénalisent le centre hospitalier.

Le recours à l'intérim pour le personnel soignant non médical augmente fortement en montant (+ 139 %) mais également en volume (+ 19 %). Il est mis en œuvre pour faire face aux absences du personnel permanent mais constitue une solution de dernier recours. En l'absence de possibilité de recrutement direct, le recours à l'intérim peut être envisagé avec l'accord préalable de la direction des ressources humaines sur le principe, sur les qualifications et sur les postes de travail à pourvoir. Un marché à bons de commande est passé avec trois sociétés d'intérim. Ces règles de gestion sont fixées par un document interne « politique de recrutement et de gestion de l'absentéisme » établi par la direction des ressources humaines.

Le recours à l'intérim est limité aux grades suivants :

- ♦ IDE, IADE, IBODE,
- ♦ kinésithérapeute,
- ♦ éventuellement ASD.

Pour les autres grades (sages-femmes notamment), le recours à l'intérim est décidé en fonction du contexte du service.

Tableau 45 : Recours à l'intérim pour le personnel non médical⁵³

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation sur période
Nb d'heures	451,75	219,5	774,25	331,53	204,02	536,49	+ 18,8 %
Montant total TTC	18 270,68	18 808,93	34 883,44	17 252,87	18 244,88	43 694,46	+ 139,2 %

Source : tableaux de suivi centre hospitalier, retraitements CRC

Le recrutement d'agents contractuels est également prévu pour remédier aux tensions d'effectifs touchant les personnels non médicaux. Un document relatif aux « recours aux contrats » a été établi par la direction des ressources humaines en octobre 2019, fixant les règles de recrutement des contractuels, notamment sur les métiers en tension de la filière rééducation (kinésithérapeute, ergothérapeute, animateur activité physique adaptée, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste). Il est prévu notamment le recrutement de personnels en CDD avec des conditions de rémunération supérieures aux grilles statutaires.

Le recours à l'intérim et celui aux agents contractuels, pour faire face à des situations conjoncturelles de tensions d'effectifs, tendent à se pérenniser et à devenir le mode de fonctionnement normal de l'hôpital.

⁵³ Infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, kinésithérapeutes.

5.3.3- Les actions pour maintenir l'effectif en personnel médical

La direction des ressources humaines a recensé les difficultés de recrutement des personnels médicaux et mis en place des dispositifs pour pallier le manque de ressources médicales.

Le recours à l'intérim médical a tendance à diminuer en volume (nombre de jours d'intervention et nombres de gardes assurées) mais les montants facturés à l'établissement sont en nette augmentation sur la période. Le prix de journée moyen des médecins placés par les agences d'intérim est de 1 200 € sur la période 2014-2018. À partir de 2018, le coût de l'intérim est encadré par un décret⁵⁴ ; en 2018, le plafond d'une journée d'intérim était fixé à 1 404 € pour 2018 ; le centre hospitalier de Vienne se situait bien au-dessus de ce seuil.

Tableau 46 : Recours à l'intérim pour le personnel médical

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation sur période
Nb de jours	nc	248	246,5	230	170,5	169,5	- 31,7 %(*)
Nb de gardes	185	51	3	14	Nc	60	- 67,6 %
Montant total en k€ (hors frais de déplacement)	218	326	303	188	142	305	+ 40,2 %
Coût moyen en € d'une journée d'intérim personnel médical	nc	1 314,13	1 231,08	818,40	829,93	1 801,83	+ 37,1 %(*)

Source : tableaux de suivi centre hospitalier, retraitements CRC

(*) Variation sur 2014-2018

La radiologie et la médecine post-urgences recourent davantage que les autres services à l'intérim pour pallier les tensions d'effectifs. Cela n'explique cependant pas la forte hausse des dépenses correspondantes constatée en 2018. Cette dernière est due principalement au renchérissement des tarifs des agences.

Tableau 47 : Spécialités médicales pour lesquelles le centre hospitalier a le plus recours à l'intérim sur la période

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pédiatrie						
Nombre de gardes	26	0	nc	1	nc	27
Nombre de jours	nc	0	nc	0	nc	0
Radiologie						
Nombre de gardes	91	172	0	0	0	0
Nombre de jours	nc	0	100,5	180	139,5	94,5
Unité temporaire						
Nombre de gardes	68	0	nc	nc	nc	nc
Nombre de jours	nc	23	nc	nc	nc	nc
Gériatrie						
Nombre de gardes	nc	0	nc	nc	nc	nc
Nombre de jours	nc	14	nc	nc	nc	nc
Mpu⁵⁵						
Nombre de gardes	nc	39	nc	0	0	0
Nombre de jours	nc	39	nc	31	31	69
Anesthésie						
Nombre de gardes	nc	6	103	13	nc	0
Nombre de jours	nc	0	0	0	nc	13

Source : tableaux de suivi centre hospitalier, retraitements CRC

⁵⁴ Le décret du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé fixe un plafond journalier pour le tarif des missions d'intérim qui est actualisé par arrêté chaque année.

⁵⁵ MPU : médecine post-urgences.

Les difficultés de recrutement de praticiens titulaires sont compensées par un recours accru aux praticiens contractuels (+ 200 %), soit un triplement du nombre d'ETP sur la période, passant de 10 à près de 30 ETP. Dans une moindre mesure, le recours aux internes ou faisant fonction d'internes a lui aussi connu une hausse (+ 12 %). Dans le même temps, les ETP de praticiens hospitaliers à temps complet n'ont progressé que de 5 %.

Parmi les agents contractuels, les praticiens cliniciens constituent une catégorie à part. La loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST », a instauré le contrat de clinicien hospitalier, visé au 3° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. Il a pour objectif le recrutement par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. La rémunération totale des cliniciens (part fixe et variable) est librement négociée dans la limite du 13^{ème} échelon du corps des praticiens hospitaliers temps plein, augmenté de 65 %. Le contrat est conclu pour une durée de trois ans au plus ; il peut être renouvelé mais la durée totale d'engagement ne peut excéder six ans.

De 2013 à 2018, le centre hospitalier a recruté six praticiens cliniciens, dont trois qui ont été employés sur l'intégralité de la période. Les spécialités radiologie et anesthésie ont le plus eu recours aux cliniciens. Les contrats de cliniciens hospitaliers recrutés par le centre hospitalier de Vienne respectent la durée prévue pour l'échantillon examiné. Concernant la rémunération, la part variable correspond au 12^{ème} ou 13^{ème} échelon de praticien hospitalier, majoré de 60 %. Cette solution a permis d'améliorer le recrutement et de faire baisser le recours à l'intérim. Il s'agit néanmoins d'une solution temporaire au vu de la limitation légale de la durée des contrats.

Pour pallier les tensions d'effectifs du personnel médical, l'établissement fait également appel à d'autres établissements hospitaliers pour la mise à disposition de praticiens, notamment en anesthésie-réanimation et en radiologie.

Des conventions avec les Hospices civils de Lyon (HCL) ont été conclues pour la mise à disposition de praticiens. En 2014, le partenariat avec les HCL a permis au CH de Vienne de maintenir un effectif médical minimal du service d'anesthésie-réanimation, malgré 2,6 ETP vacants sur 6,6 postes. Cependant, l'incertitude demeure sur la capacité de l'établissement à pourvoir les postes de médecins anesthésistes-réanimateurs. Le centre hospitalier de Vienne se dit dépendant des HCL pour assurer les activités de chirurgies d'urgence et pédiatrique et de soins intensifs post-opératoires (rapport d'activité et compte financier 2014). En 2019, les mises à disposition pesaient encore lourdement. Les charges de personnel médical mis à disposition ont connu une augmentation sur l'exercice 2019 de + 194 k€, soit + 50,81 % par rapport à 2018 (provenant majoritairement des mises à disposition de praticiens des HCL dans l'établissement). Cette hausse est toutefois à relativiser car due essentiellement à des rattachements comptables qui ont varié et à des retards dans la réception de factures afférentes à l'exercice 2018 (rapport financier 2019).

6- LES ACHATS

Le centre hospitalier de Vienne doit poursuivre ses efforts de structuration de la fonction achats et rationaliser la commande publique afin d'optimiser les économies, dans le contexte financier tendu de l'établissement.

6.1- Le périmètre de la commande publique

Les achats représentent 22,9 % du volume des dépenses du centre hospitalier de Vienne en 2018, ratio en augmentation sur la période 2013-2018. Cette évolution est à lier à

l'élargissement des dépenses du périmètre de la commande publique (+21,8 %), plus rapide que l'augmentation du chiffre d'affaires (+10,3 %).

Tableau 48 : Évolution des dépenses du périmètre de la commande publique en k€

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 2013-2018
Charges d'exploitation	101 651	103 885	105 077	108 915	110 551	115 378	117 114	+ 13,0 %
Dont périmètre commande publique (a+b+c)	21 479	21 945	21 536	23 393	24 844	26 170	26 452	+ 21,8 %
Part périmètre commande publique dans les charges	21,1 %	21,1 %	20,5 %	21,5 %	22,5 %	22,7 %	22,6 %	+ 6,9 %
Achats (a)	12 265	12 653	12 939	14 529	16 452	16 673	16 512	+ 35,9 %
Services extérieurs (b)	2 580	2 731	2 591	2 759	2 286	3 006	3 553	+ 16,5 %
Autres services extérieurs (c)	6 633	6 561	6 005	6 105	6 106	6 491	6 387	- 2,2 %

Source : comptes de gestion, retraitement CRC

En raison de fragilités du système d'information de gestion économique et financière des marchés et de l'absence de coordination du recensement économique des achats, l'établissement n'a pas été en mesure de reconstituer une carte exhaustive de ses achats.

Les achats du centre hospitalier ne sont pas tous réalisés dans le cadre d'un marché. La DALT (direction des achats, de la logistique et des travaux) et le laboratoire réalisent environ 85 % de leurs achats dans le cadre d'un marché, mais 15 % sont hors procédure. La direction des ressources humaines ainsi que la pharmacie n'ont pas été en mesure d'évaluer la part des achats hors marché qu'elles réalisent. La direction des ressources humaines a précisé, s'agissant des formations, que tous ses achats étaient inférieurs aux seuils des marchés publics. Les seuils de procédure s'apprécient cependant sur la totalité des prestations homogènes (de même nature) achetées sur une année.

L'établissement devra mieux définir le périmètre de ses achats afin de se conformer à l'article L. 1111-1 du code de la commande publique définissant les contrats soumis aux règles de la commande publique, en limitant les achats hors marché.

6.2- La gouvernance des achats

Jusqu'en 2018, la gouvernance des achats n'est pas centralisée. Au moins six services effectuaient des achats et la fonction n'apparaissait pas dans l'organigramme :

- ♦ pharmacie : dispositifs médicaux, médicaments, gaz médicaux ;
- ♦ services économiques : consommables et réactifs de laboratoire, matériel médical ;
- ♦ service travaux : maintenance technique et biomédicale [fournitures services techniques, ateliers, jardin] ;
- ♦ service finances : analyses de laboratoires, extérieurs, assurance, services financiers, contrats d'occupation temporaire, délégations de services publics ;
- ♦ service ressources humaines : formation, entreprises d'intérim ;
- ♦ service informatique.

Chaque grand service prescripteur recense ses besoins, organise la passation et l'exécution de ses contrats.

6.2.1- La commission des achats et du développement durable

Une commission des achats et du développement durable, est créée en 2016 pour :

- ♦ « piloter la fonction achats (exploitation et investissement) du CH de Vienne
- ♦ formuler un avis sur la politique et le programme de la fonction achat et développement durable

- ♦ *créer les conditions du succès de la mise en place d'un responsable achat*
- ♦ *organiser le partage des bonnes pratiques*
- ♦ *proposer des formations*
- ♦ *instruire la priorisation des investissements – priorisation soumise au Directoire puis à la CME pour le matériel médical au niveau du CH de Vienne »*

Cette instance est présidée conjointement par le directeur d'établissement et le président de la CME et se réunit deux à trois fois par an. L'animation de la commission sera confiée à la DALT à la création de cette dernière (cf. infra).

La commission a pour mission principale la planification pluriannuelle des achats de nouveaux équipements, sur la base de « fiches projets » élaborées par les services présentant les coûts complets des équipements et arbitrées par la commission au moyen de dix « critères de priorisation d'achats d'équipement », non pondérés. La commission rend des avis et la décision d'achat reste prise par le directeur, au regard des possibilités financières et des priorités stratégiques.

6.2.2- La création de la direction des achats, de la logistique et des travaux

La DALT a été créée fin 2017 de la fusion des services économiques et techniques, et a élargi son périmètre d'intervention aux marchés et actes juridiques gérés auparavant par la direction des finances (marchés, contrats de concession et d'occupation temporaire, délégations de services publics). La DALT regroupe les services supports de la logistique et de l'économat⁵⁶, des travaux, de la sécurité des biens et des personnes, et du matériel biomédical⁵⁷.

Fin 2019, les achats demeurent répartis entre quatre équipes d'acheteurs :

- ♦ DALT : consommables et réactifs de laboratoire, matériel médical ; maintenance technique et biomédicale ; fournitures services techniques (ateliers, jardin) ; analyses de laboratoires extérieurs, assurance, services financiers, contrats d'occupation temporaire, délégations de services publics ;
- ♦ direction des services informatiques (DSI) ;
- ♦ laboratoire ;
- ♦ pharmacie : dispositifs médicaux, médicaments, gaz médicaux.

Cette direction a vocation à piloter l'achat du centre hospitalier. Pour autant, la DALT ne centralise pas la fonction achat et aucun tableau de consolidation ne permet d'avoir une vision exhaustive des procédures d'achat pour tous les services du centre hospitalier. La passation des marchés ne relève pas systématiquement de cette direction qui gère uniquement les marchés de son périmètre, ainsi que ceux de la DSI et du laboratoire d'analyses médicales. Certains achats sont réalisés directement par la direction des ressources humaines (formation et intérim), le suivi d'exécution revenant à chaque direction.

La création de la DALT constitue un progrès. Pour autant, la centralisation de la commande publique du centre hospitalier et le développement d'une culture de l'achat, intégrant les notions de performance de l'achat, de conseil aux acheteurs ou auprès du pouvoir adjudicateur ainsi que les démarches de « sourcing », demeurent inaboutis.

⁵⁶ Y compris la gestion de deux groupements de coopérations sanitaire pour la restauration et la blanchisserie.

⁵⁷ Appareillage médical du type : lits, couveuses, fauteuil roulant, forceps, instrumentation médicale, lithotriteur, matériel laboratoire, plateau technique, pompe injection, appareils d'imagerie médicale, technologie hautement spécialisée, matériel à usage unique.

6.2.3- Les apports du GHT en matière d'achat

La création d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), dont le centre hospitalier de Vienne est le support, a imposé la structuration progressive de la fonction achat à compter de 2016, avec l'élaboration d'un cadre stratégique et la mise en place d'une direction dédiée. La DALT a été structurée dès sa conception comme une préfiguration de la fonction achat du GHT. La fonction achat du GHT est effective depuis le 1^{er} janvier 2018 et l'établissement avait passé 24 marchés mutualisés fin 2020.

En tant qu'établissement support du GHT, le centre hospitalier de Vienne assure plusieurs missions pour le compte des établissements membres :

- ♦ élaboration de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants ;
- ♦ mise en œuvre de la passation : recenser les besoins, associer les établissements parties à la rédaction et à la personnalisation des cahiers des charges ;
- ♦ lancement des consultations et notification des attributions.

L'exécution financière et opérationnelle des marchés reste de la compétence des établissements parties aux contrats.

La DALT a bénéficié de moyens accrus en personnel par le détachement d'une partie des agents en charge des achats dans les établissements membres du GHT pour une quotité de leur temps de travail.

L'animation du réseau d'acheteurs externes à l'hôpital s'est développée et la définition du besoin s'est renforcée : les seuils d'achat doivent être agglomérés au niveau du centre hospitalier de Vienne, l'établissement partie doit s'assurer qu'il n'existe pas de procédure au niveau de Vienne, les échéanciers et les CCTP sont mis en commun. Sur le plan des moyens, la constitution du groupement a conduit la DALT à se doter d'outils de sécurisation des procédures (logiciel MARCOWEB, « cloud » dédié pour l'accès aux archives de l'ensemble des établissements membres). Sur le plan économique enfin, le passage en GHT a constitué un progrès du fait de l'élargissement du périmètre d'achat et de la massification accrue des volumes, qui ont permis de réaliser des économies significatives (cf. infra).

La création du GHT a permis d'accroître la professionnalisation des achats mais les efforts en termes d'élaboration de la stratégie d'achat et de suivi juridique et financier des marchés doivent être poursuivis (cf. infra).

6.2.4- La stratégie d'achat de l'établissement

La stratégie d'achat de l'établissement figure dans un document intitulé « programme d'achat et de développement durable » (PADD) pour la période 2016-2020. L'achat public y est défini comme un levier organisationnel et économique et s'articule autour de quatre axes déclinés en objectifs :

- ♦ axe 1 : Améliorer la performance économique tout en garantissant un haut niveau de service ;
- ♦ axe 2 : Maîtriser les risques ;
- ♦ axe 3 : Garantir le respect des principes fondamentaux et des règles éthiques ;
- ♦ axe 4 : Intégrer dans une réflexion durable à long terme les préoccupations sociales et environnementales.

Ces axes reprennent ceux du programme national de performance hospitalière pour des achats responsables (Phare), lancé fin 2011 par le ministère de la santé, dont l'objectif est

d'aider les hôpitaux à réaliser des « économies intelligentes » tout en préservant la qualité des soins. Les objectifs posés sont peu opérationnels et aucune fiche action n'accompagne le programme.

Aucune stratégie d'achat propre au GHT, n'est formalisée. Elle apparaît néanmoins en filigrane des travaux entre les représentants des établissements membres :

- faciliter la coopération, en mutualisant les moyens humains⁵⁸, en se dotant d'outils informatiques adaptés (espaces de travail numériques communs, nouvelle plateforme de dématérialisation), en rationalisant la gestion administrative (récolement des documents, classement et numérisation des archives) ;
- définir plus précisément et évaluer les besoins collectifs ;
- synchroniser les achats, par l'alignement progressif des contrats en cours d'exécution, soit par une résiliation anticipée des anciens contrats et le rattachement à de nouveaux marchés à dimension inter-hospitalière, soit par la prolongation des contrats propres aux établissements parties dans l'attente d'un marché collectif porté ultérieurement à l'échelle du GHT.

La mise en place du GHT n'a pas encore donné lieu à la révision de ce cadre stratégique qui demeure le document de référence pour l'établissement.

Si la formalisation d'une stratégie constitue une bonne pratique, celle-ci gagnerait à être davantage traduite en objectifs opérationnels, pouvant être directement appréhendés et mis en œuvre par les acheteurs.

6.3- Les processus d'achat

Les processus d'achat pâtissent d'un manque d'encadrement même si la mutualisation des achats a permis une certaine rationalisation et une professionnalisation de l'achat. Le suivi d'exécution doit également être renforcé.

6.3.1- Le recensement des besoins

L'absence de coordination entre les différents services acheteurs ne permet pas au centre hospitalier de disposer d'une cartographie exhaustive des achats, reprenant à la fois les familles d'achats et les montants pour s'assurer du respect des seuils. En réponse aux observations provisoires, l'établissement a indiqué qu'un recensement informatique du besoin existait en matière d'investissement. Il a ajouté que le recensement des besoins passait par les instances de l'établissement. Néanmoins, l'absence d'outils centralisant les besoins émanant des différents services limite la vision globale du centre hospitalier.

L'établissement indique également que les services n'achèteraient pas les mêmes types de fournitures et services, sauf exception ce qui ne mettrait pas en cause la computation des seuils. L'éclatement des services acheteurs présente néanmoins un risque qui n'est pas suivi par le centre hospitalier, faute de centralisation des données des achats.

La connaissance des secteurs d'achat (fournisseurs potentiels, référentiels de prix, gamme des produits) n'est pas complète, ce qui altère la capacité à retenir les procédures adéquates, examiner les offres et négocier les prix. Seuls les services biomédical, pharmacie et DSI semblent maîtriser leurs secteurs. Pour les achats portés par la DALT, l'étendue des catégories ne permet pas la professionnalisation des acheteurs. Les relations avec les services bénéficiaires sont plus ténues, et leur association à la rédaction des pièces et à

⁵⁸ Au 1^{er} janvier 2018 : extension de compétence au niveau du GHT de la direction des services achats logistiques et techniques. L'organigramme du CH n'est pas modifié mais un temps agent a été ajouté pour chaque établissement membre du groupement soit : 30 % pour le CH de Givors, 15 % pour le CH de Beaurepaire, 15 % pour le CH de Condrieu, 15 % pour le CH de Saint-Pierre-de-Bœuf, 15 % pour le CH de Pelussin.

l'instruction des offres plus occasionnelle. Le recours aux centrales d'achats ou groupements de commande permet cependant de compenser cette absence d'étude du besoin par une offre de produits assez large.

Le centre hospitalier vise une standardisation du besoin (expression du besoin au moyen de spécifications techniques). Pour les services liés aux fonctions support (consommables liés à l'hygiène ou aux soins, bureautique) cela permet de réguler les demandes particulières avec pour avantage, non évalué par l'établissement, de rationaliser la chaîne de commande/approvisionnement/stockage.

Le recours important aux marchés négociés sans publicité ni mise en concurrence traduit des faiblesses dans le recensement des besoins. L'exemple des achats de dispositifs médicaux implantables par le service Pharmacie illustre cette tendance. La structure se trouve parfois contrainte d'acheter des équipements à des fournisseurs préalablement identifiés par les services prescripteurs ou pour assurer une continuité avec les équipements installés. Un grand nombre d'achats (représentant plus de 60 % du montant des marchés passés par la pharmacie hors groupement de commande) sont ainsi passés dans le cadre de la procédure des marchés négociés sur le fondement de l'article 35-II-8° de l'ancien code des marchés publics⁵⁹. L'établissement devra inciter les services à davantage affiner le recensement global des besoins afin de limiter le volume des marchés négociés.

Tableau 49 : PharmaVienne – Répartition des marchés selon les procédures – montants notifiés

en k€	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total général	
AOOE	10 707	1 360	4 358	13 968	3 184	8 264	41 840	38,3 %
Infructueux	136	0					136	0,1 %
MAPA	60	58		98	24		240	0,2 %
Marchés négociés		1 293		25 510		40 411	67 214	61,4 %
Total général	10 903	2 710	4 358	39 576	3 208	48 675	109 430	

Source : d'après document de recensement des marchés-service Pharmacie

6.3.2- Les règles et procédures internes

Un référentiel de l'achat public, élaboré en 2008 et actualisé en 2014, visait à « *homogénéiser au niveau de l'établissement les modalités pratiques d'achat et de mise en concurrence* ». Ce document rappelle le formalisme minimal en matière d'achat⁶⁰. Le « politique et processus achat et développement durable » contient également des éléments de procédure mais demeure peu opérationnel. Le centre hospitalier pourra utilement se doter d'un guide opérationnel interne pour sécuriser ses procédures de marché.

S'agissant des supports techniques à la passation, l'établissement dispose de deux systèmes de gestion et d'information. Au niveau de la DALT, le centre hospitalier s'est équipé d'un logiciel d'aide à la rédaction en 2018 et s'est abonné à une plateforme plus performante pour la publication dématérialisée des marchés. Le service rencontre toutefois des difficultés dans l'archivage de ses données antérieures à cette nouvelle solution logicielle, ce qui contribue à fragiliser ses capacités d'évaluation des précédents marchés. Au niveau de la pharmacie, l'unité en charge de la gestion administrative du groupement PharmaVienne dispose de sa

⁵⁹ Article R. 2122-3 code de la commande publique.

⁶⁰ Ce document précisait :

- pour chaque famille de marché (travaux, FCS), les procédures de passation selon les seuils de dépenses, en rappelant pour principe de bonne gestion de choisir la procédure avec un degré de formalisme supérieur si l'évaluation des besoins s'avérait proche d'un seuil ;
- les exigences minimales en matière de production de rapport d'analyse des offres (au cas d'espèce limitée à la trace des critères de choix) et d'effectivité de la mise en concurrence (devis).

propre solution logicielle appliquée aux spécificités des achats pharmaceutiques en grand volume. Le service ne bénéficie pas de l'accompagnement de la DALT et s'est donc formé pour garantir la fiabilité des procédures.

L'analyse d'un échantillon d'une vingtaine de marchés a permis d'attester la maîtrise des procédures par les services de la DALT ou de la pharmacie, même si certains facteurs de risques sont identifiés.

Les critères d'analyse des offres sont présents dans le dossier de consultation des entreprises. Le contenu de la valeur technique n'est pas précisé dans les pièces constitutives du marché. Pour autant, les services utilisent des sous-critères précis pour analyser la valeur technique des offres.

Ces éléments d'analyse doivent être considérés comme des sous-critères à rendre publics, ainsi que leur pondération dès le dossier de consultation des entreprises, afin de minimiser les risques contentieux en cas de réclamation d'un candidat évincé.

Le critère du développement durable n'apparaît dans aucun dossier de consultation des entreprises analysé alors même que les préoccupations sociales et environnementales constituent un des axes prioritaires de la stratégie d'achats de l'établissement. À titre d'exemple, le marché de blanchisserie ne fait pas apparaître de critères sociaux ou environnementaux. Pour le marché relatif à l'entretien des locaux, le CCTP précise que les prestataires sont « *invités à proposer des produits respectueux de l'environnement reconnus NF Environnement (Ecolabel français) et reconnus Ecolabel européen. Toutefois ces produits devront recevoir l'agrément préalable de l'établissement adhérent avant toute utilisation.* ». Mais ce critère n'a pas fait l'objet d'une instruction à l'étape de l'analyse des offres. L'établissement devra intégrer la dimension de développement durable dans ses documents de consultation pour se conformer à sa stratégie d'achat.

6.3.3- Le développement de la mutualisation et des groupements de commande

À l'exception des achats liés aux travaux, l'ensemble des acheteurs ont systématisé le recours à des groupements de commande ou centrales d'achat.

Le centre hospitalier est adhérent à cinq groupements de commande régionaux⁶¹ dont PharmaVienne, qu'il coordonne.

Il utilise également de manière régulière deux centrales d'achat nationales, l'UGAP⁶² et UniHA⁶³, pour divers équipements biomédicaux, informatiques et les véhicules.

⁶¹ Groupements de commande pour la fourniture d'articles, linges et vêtements à usage unique, porté par le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône ;
Groupements de commande pour la fourniture de produits pour incontinence, porté par le centre hospitalier Drôme Nord ;
Groupements de commande pour les fournitures de bureau, consommables informatiques, papiers bureautiques porté par le centre hospitalier de Valence.
Groupements de commande pour le papier hygiénique et essuies mains, produits et petits accessoires d'entretien, sacs à déchets et collecteurs DASRI porté par le centre hospitalier de Bourg-en-Bresse ;
Groupement de commande pour PharmaVienne, porté par le centre hospitalier pour les pansements, bandelettes, eaux gélifiées, savons et solutions désinfectantes, consommables pour gaz médicaux, médicaments et dispositifs médicaux.

⁶² Union des groupements d'achats publics.

⁶³ Union des hôpitaux pour les achats.

Les achats du centre hospitalier réalisés dans le cadre d'opérations mutualisées représentent une part significative du volume total des achats : environ 70 % des achats du périmètre DALT en 2018.

Tableau 50 : Part des achats mutualisés ou réalisés via des centrales d'achats

En k€	2013	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL achats mutualisés (Pharma'Vienne, GCS, groupements d'achats) - A	13 391	15 501	15 190	16 975	17 788	17 426
TOTAL des dépenses entrant dans le périmètre achats - selon comptes de gestion – B	21 478	21 945	21 535	23 393	24 844	25 302
Taux de mutualisation estimé (A/B)	62 %	71 %	71 %	73 %	72 %	69 %

Source : grands livres comptables, comptes d gestion, retraitements CRC

6.3.4- Le suivi juridique et financier de l'exécution

Le suivi financier et juridique des marchés reste fragile, la logique de déconcentration extrême n'ayant pas encore été remise en cause, et les logiciels restant multiples et inadaptés au suivi financier des marchés. Les pratiques de saisies comptables ou de suivi de l'exécution des marchés, en interne au centre hospitalier ou dans le cadre du GHT, ne sont pas unifiées et ne font pas l'objet de concertation.

Le logiciel de gestion économique et financière de l'établissement est inadapté aux marchés publics. Les dépenses engagées pour chaque marché ne peuvent être clairement identifiées lors des extractions de données. Cela a pour conséquence de ne pouvoir tracer les dépenses passées hors-marché, s'assurer de la computation des seuils ou apprécier l'atteinte des seuils maximum des marchés à bons de commande. Le logiciel est également inadapté à un suivi économique fiable des marchés complexes ou des avenants. La vision consolidée de la liquidation de ces marchés n'est rendue possible que par la double saisie des informations dans des tableurs connexes, dont les informations ne sont pas synchronisées avec les données disponibles dans le logiciel financier, ni actualisées et archivées avec fiabilité.

L'exécution financière est totalement décentralisée dans les services acheteurs et l'absence de liens formalisés entre les services expose l'établissement à des risques. Le lien entre les services utilisateurs et le service financier n'est pas systématique au moment de l'attestation de service fait, ce qui majore le risque d'erreur. À titre d'exemple, lors de l'acquisition du Datacenter, l'assistant à maîtrise d'ouvrage a transmis un décompte erroné, que seul le service en charge de la saisie comptable avait pu fortuitement repérer.

Ces problèmes, couplés à la forte déconcentration de la gestion de l'exécution des marchés, tant en interne au centre hospitalier qu'au sein du GHT, n'ont pas été accompagnés d'un renforcement du contrôle interne, pourtant gage de la prévention des risques.

6.4- La performance économique de l'achat

La mesure de la performance économique des achats est encore peu développée au centre hospitalier de Vienne et très diversement mise en œuvre selon les services. Elle est plus aboutie pour ce qui concerne les achats mutualisés.

Le GHT et les groupements de commande ont permis des gains économiques pour les achats de l'établissement et sont bien appréhendés, notamment pour les dispositifs médicaux implantables et la pharmacie. L'ensemble des acheteurs du centre hospitalier déclarent réaliser des économies et estiment avoir atteint un optimum dans les prix obtenus par l'intermédiaire des groupements dans leur globalité.

Le service biomédical a pu relever que pour l'achat d'appareils d'imagerie médicale ou de petits équipements, les prix proposés par les centrales d'achats pouvaient être sensiblement équivalents à ceux obtenus directement auprès des fournisseurs. Le service des dispositifs médicaux implantables a massivement recours aux marchés négociés, ce qui lui permet d'effectuer une veille constante sur les conditions économiques du marché et de comparer les prix obtenus avec ceux proposés par les centrales ou les groupements. La pharmacie, grâce à des relations constantes avec les fournisseurs et les groupements concurrents de PharmaVienne, dispose d'une bonne connaissance des conditions économiques du secteur et peut comparer les prix proposés en référence avec ceux obtenus par le groupement PharmaVienne.

Pour les achats de médicaments et de dispositifs médicaux implantables, la pharmacie est confrontée à des difficultés, dans un secteur économique relativement fermé. Les achats des médicaments sont réalisés quasi exclusivement par l'intermédiaire du groupement d'achat régional PharmaVienne, qui compte 21 établissements adhérents. Le groupement PharmaVienne porte des marchés très importants au regard du nombre de lots et des enjeux financiers⁶⁴. La stratégie d'achat des spécialités pharmaceutiques du centre hospitalier reprend celle du groupement PharmaVienne. Elle est fondée sur les enjeux économiques liés à la massification des achats, le conditionnement et la sécurisation de l'administration des spécialités, la rationalisation des référencements avec un livret thérapeutique, la sécurisation de l'approvisionnement et l'optimisation de la logistique. La pharmacie passe ses marchés sans l'appui de la DALT. Les marges de manœuvre économiques ou techniques sont limitées par les fournisseurs (exclusivité des molécules, régularité de l'approvisionnement, fiabilité de la distribution, modalités de conditionnement) et les autorités de tutelle (agrément sur les autorisations de mise sur le marché, encadrement national des prix des médicaments, régulation des ruptures de stocks). Les acheteurs publics peuvent toutefois intervenir sur la demande des prescripteurs (médicaments génériques, limitation des molécules courantes disponibles, application d'un contrat de bon usage). Au vu du champ concurrentiel restreint, la mutualisation ne permet pas de gains tangibles sur les achats, mais elle permet en creux de limiter les pertes.

Pour la partie fournitures courantes et services (FCS), le GHT porte en direct un certain nombre de marchés. La mise en place d'une commande publique unifiée entre les établissements membres a permis d'importantes économies, notamment pour le centre hospitalier, relevées dans le plan d'action achat territorial (PAAT). Entre 2017 et 2019, la mutualisation des achats entre membres du GHT a permis d'économiser près de 930 k€, soit un gain d'efficacité de l'achat de 12 % par rapport aux montants précédemment notifiés dans les anciens marchés des établissements membres. Sur la période, la massification des achats a pleinement profité au centre hospitalier, avec une économie constatée de 588 k€. Le passage en GHT a également permis de mutualiser les coûts liés à la gestion des marchés (plateforme de dématérialisation, salaires, expression du besoin).

Tableau 51 : Synthèse du PAAT

	2017	2018	2019
Nb de marchés mutualisés entre établissements membres du GHT	24	14	7
Montant de référence annuel (avant achat via le GHT) (A) en €	4 643 577	806 428	2 434 773
Gains identifiés sur l'année (après achat via le GHT) (B) en €	555 678	142 366	230 745
Part des gains sur les montants de référence (ratio B/A)	12 %	18 %	9 %

Source : PAAT, retraitements CRC

⁶⁴ 805 lots, 1352 sous-lots.

**Tableau 52 : Répartition des gains d'achat par établissement membre
(incluant des reports N-1)**

En €	2017	2018	2019
CH Vienne	365 654	120 157	102 476
Part des économies réalisées par centre hospitalier dans le total des gains à l'échelle du GHT	66 %	84 %	44 %
CH St Pierre B.	20 810	10 000	11 743
CH Givors	108 502	48 010	99 691
CH Pelussin	21 000	10 500	15 765
CH Beaurepaire	6 909	0	42
CH Condrieu	21 952	8 164	10 556

Source : centre hospitalier, retraitements CRC

La mise en place du GHT a permis d'actionner divers leviers visant à améliorer l'efficacité de l'achat. Parmi ceux-ci, les actions sur les marchés (remise en concurrence) ou la mutualisation des achats (par le biais de groupements de commande ou de centrales d'achats) ont permis les gains les plus importants pour l'établissement, mis en évidence par le PAAT.

Le centre hospitalier peut ainsi bénéficier d'un effet d'échelle et d'une capacité de négociation sur les prix qu'il ne pourrait obtenir en tant qu'établissement de taille intermédiaire.

7- ANNEXES7.1- **ANNEXE 1 : Formation de la marge brute d'exploitation - budget consolidé (en k€)**

Tableau 53

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation 2013-2019	Variation moyenne annuelle
Produits d'exploitation	108 197	111 523	112 895	118 192	115 581	120 026	121 962	+ 12,72%	+ 2,04 %
Évolution annuelle		+ 3 %	+ 1 %	+ 5 %	- 2 %	+ 4 %	+ 2 %		
Charges d'exploitation	101 651	103 885	105 077	108 915	110 551	115 378	117 114	+15,21%	+ 2,40 %
Évolution annuelle		2 %	1 %	4 %	2 %	4 %	2 %		
Marge brute d'exploitation	6 546	7 638	7 818	9 277	5 029	4 647	4 848	- 25,94%	- 1,89 %
Évolution annuelle		+ 17 %	+ 2 %	+ 19 %	- 46 %	- 8 %	+ 4 %		
Taux de marge brute		6,85 %	6,92 %	7,96 %	4,43 %	3,94 %	4 %		

Source : comptes de gestion, retraitement CRC

7.2- **ANNEXE 2 : Capacité d'autofinancement brute**

Tableau 54 : Formation de la capacité d'autofinancement brute (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Marge brute d'exploitation	6 546	7 638	7 818	9 277	5 029	4 647	4 848
<i>en % du produit courant (exploitation + financier)</i>	6,1 %	6,8 %	6,9 %	7,8 %	4,4 %	3,9 %	4,0 %
+ Résultat financier	- 1 059	- 1 084	- 1 245	- 1 268	- 1 191	- 1 131	- 1 056
+ Résultat exceptionnel (réel, hors cessions, hors produits sur exercices antérieurs (7722))	115	- 124	- 118	- 594	- 424	-657	- 1 193
= CAF brute	5 603	6 430	6 454	7 414	3 414	2 859	2 599

Source : comptes de gestion, retraitement CRC

Tableau 55 : Formation de la capacité d'autofinancement brute (en k€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>en % du produit courant</i>	5,2 %	5,8 %	5,7 %	6,3 %	3,0 %	2,4 %	2,1 %
<i>part du budget H</i>	81,0 %	88,8 %	89,4 %	87,8 %	85,3 %	72,2 %	71,7 %
<i>part des budgets E et J</i>	19,2 %	10,4 %	8,4 %	10,3 %	18,0 %	32,3 %	39,3 %
<i>part du budget C</i>	- 0,3 %	0,8 %	2,2 %	1,9 %	- 3,3 %	- 4,5 %	- 10,7 %
<i>part du budget A</i>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	- 0,1 %	- 0,4 %
<i>part du budget G</i>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %

Source : comptes de gestion, retraitement CRC

7.3- ANNEXE 3 : Détails des liens financiers prévus dans la convention sur le transfert de l'activité de psychiatrie

Tableau 56

Prestation facturée	Modalités d'évaluation	Modalités de facturation
Convention RH		
Personnel mis à disposition	au réel mois de salaire chargé détail par salarié des salaires bruts, éléments variables, charges patronales, affectation analytique	mensuelle ; une avance de trésorerie de 450 000 € (1 mois de salaire chargé)
Frais liés à la médecine statutaire des agents mis à disposition	convention annexe	
Frais liés aux risques professionnels, à la prise en charge des AT et soins et de l'assurance, le capital versé suite au décès de l'agent mis à disposition	non précisé	non précisé
Financement de la période de transition en cas de reclassement pour inaptitude aux fonctions	non précisé	non précisé
Part employeur de l'accès au self	au réel	mensuelle
Cotisations CNRACL des agents détachés	au réel (état détaillé par agent)	mensuelle
Convention de prestations ; distinction locaux extra-hospitaliers (CMP de la région de Vienne) et intra-hospitaliers (sur le site du Mont Salomon)		
Fluides des locaux intra-hospitaliers	compteurs pour eau et électricité, prorata des m ² pour le chauffage	trimestrielle
Maintenance chauffage et eau des locaux intra-hospitaliers	prorata des m ²	annuelle
Entretien et nettoyage des locaux intra-hospitaliers	au réel	trimestrielle jusqu'au 31/05/2019
Maintenance des ascenseurs des locaux intra-hospitaliers	au réel	Jusqu'au 31/12/2019
Entretien et petites réparations des locaux intra-hospitaliers	pièces et mains d'œuvre sur la base de la comptabilité analytique	trimestrielle
Maintenance du système de sécurité incendie des locaux intra-hospitaliers	contrat de maintenance au prorata des m ² et facturation au réel des interventions des agents du centre hospitalier (données comptabilité analytique)	annuelle
Accueil – sécurité incendie des locaux intra-hospitaliers	1 ETP à réévaluer selon données de la comptabilité analytique	annuelle
Analyses biologiques (+ une convention plus précise pour description prestation)	au réel avec abattement de 20% car prélèvements par ESMPI	mensuelle
Déchet – taxe ordure ménagère des locaux intra-hospitaliers	au prorata des m ²	annuelle
Informatique	0,14 ETP à réévaluer selon données de la comptabilité analytique	annuelle
Téléphonie	consommations de lignes SDA et quote-part maintenance autocom selon nombre de lignes SDA	annuelle
Charges de structure : DG, direction des finances, direction des services économiques		annuelle
Convention d'occupation temporaire du domaine public hospitalier		
Autorisation d'occupation de 2 bâtiments sur le site Salomon (psychiatrie adulte 14-15 et psychiatrie infanto-juvénile ; 5 611 m ² de surface utile) + 3 CMP à Vienne et Roussillon (819 m ²)	475 000 € + charges de copropriété	annuelle
Avenant n° 1		
Transport VSL et ambulance entre les urgences et les services de l'esmpi	tarifs précis	trimestrielle

Les publications de la chambre régionale des comptes
Auvergne-Rhône-Alpes
sont disponibles sur le site internet des juridictions financières :
<https://www.ccomptes.fr>

Chambre régionale des comptes
Auvergne-Rhône-Alpes
124-126 boulevard Vivier Merle CS 23624
69503 Lyon Cedex 03

auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr