



## **RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES**

# **GROUPE HOSPITALIER LITTORAL ATLANTIQUE - CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE -**

**(Département de Charente-Maritime)**

**Exercices 2018 et suivants**

**Le présent document a été délibéré par la chambre le 14 novembre 2023.**



## TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE .....	3
RECOMMANDATIONS .....	5
ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE .....	7
INTRODUCTION.....	8
1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SON ACTIVITE EN MEDECINE, CHIRURGIE ET OBSTETRIQUE .....	9
1.1 L'organisation spatiale et le plateau technique .....	9
1.2 La zone d'attractivité et les parts de marché .....	9
1.3 Le nombre de lits et places .....	11
1.4 Les taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour en MCO .....	13
1.4.1 Les taux d'occupation .....	13
1.4.2 La durée moyenne de séjour.....	14
1.5 L'activité en MCO.....	14
1.6 La certification et le niveau de satisfaction de la patientèle.....	16
2 LA GOUVERNANCE .....	17
2.1 La direction et les pôles.....	17
2.2 Le contrôle de gestion et les tableaux de bord de pilotage.....	18
2.3 Le contrôle des régies.....	18
2.4 Le codage et la facturation .....	19
2.5 La politique de coopération.....	20
2.6 Le système d'information.....	21
2.7 La problématique des repas .....	22
2.7.1 Le gaspillage .....	22
2.7.2 Les repas gratuits distribués au personnel.....	23
3 LA FIABILITE DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIERE .....	26
3.1 Les rapports du commissaire aux comptes.....	26
3.2 L'excédent brut d'exploitation et le résultat net.....	26
3.2.1 La formation de l'excédent brut d'exploitation.....	26
3.2.2 La formation du résultat net .....	29
3.2.3 L'impact de la crise sanitaire sur la situation financière de l'établissement.....	30
3.3 La capacité d'autofinancement.....	31
3.4 Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie .....	32
3.5 L'endettement.....	36
3.6 Le plan d'action performance.....	38
4 LE PERSONNEL.....	39
4.1 Les effectifs .....	39
4.1.1 L'évolution des effectifs médicaux .....	39
4.1.2 L'intérim médical .....	40

4.1.3 L'évolution des effectifs non médicaux .....	41
4.1.4 L'intérim non médical .....	43
4.2 La permanence des soins .....	43
4.3 Les heures supplémentaires, le compte épargne-temps et le temps additionnel .....	45
4.3.1 Les heures supplémentaires et le compte épargne-temps du personnel non médical .....	45
4.3.2 Le temps additionnel du personnel médical .....	46
4.4 L'activité libérale .....	47
5 LES URGENCES .....	49
5.1 L'organisation de la prise en charge des urgences .....	49
5.1.1 L'organisation médicale et paramédicale du centre hospitalier .....	49
5.1.2 La permanence des soins ambulatoires .....	51
5.2 L'évolution de l'activité des urgences et du SMUR .....	52
5.2.1 Le nombre de passages aux urgences et de sorties SMUR .....	52
5.2.2 L'arrivée aux urgences .....	55
5.2.3 Les caractéristiques de la patientèle et la durée de prise en charge .....	56
5.3 Le financement du service .....	58
5.4 Les principales difficultés rencontrées par le service des urgences .....	59
5.4.1 Le manque de lits d'aval .....	59
5.4.2 L'absence d'offre alternative en médecine d'urgence .....	59
5.4.3 Les relations avec les ambulances privées et le SDIS .....	60
ANNEXES .....	61
Annexe n° 1. Plans des sites actuels (Saint-Louis et Marius Lacroix) .....	62
Annexe n° 2. Certification de l'établissement par la HAS .....	64
Annexe n° 3. Carte des zonages des médecins en Charente-Maritime .....	65
Annexe n° 4. Poids des différents budgets dans les charges .....	66
Annexe n° 5. Tableau des CET du personnel non médical .....	67
Annexe n° 6. Temps de travail additionnel (exprimé en demi-journée) .....	68
Annexe n° 7. Protocole d'accueil du patient en mode dégradé (avec filtrage des admissions) .....	69
Annexe n° 8. PDSA, secteurs de garde en Charente-Maritime .....	70
Annexe n° 9. Schéma d'organisation d'un appel dans le cadre du SAS .....	71
Annexe n° 10. Glossaire .....	72

## SYNTHÈSE

Le groupe hospitalier littoral atlantique (GHLA), plus connu sous le nom de groupe hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis, est, en termes de capacité, le quatrième grand centre hospitalier de Nouvelle-Aquitaine derrière les trois CHU que compte la région. Il dispose de près de 1 700 lits et places dont 634 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et 400 en psychiatrie (données 2022). Implanté sur une zone géographique attractive et disposant d'un plateau technique performant qui lui permet de proposer une offre de soins diversifiée, l'hôpital doit faire face à l'accueil d'une population croissante et de plus en plus âgée. Il est également amené à gérer un pic d'activité estival qui a surtout des répercussions en matière de traitement et d'accueil des urgences.

Malgré les efforts déployés pour améliorer la gestion des lits, le centre hospitalier de La Rochelle se trouve quotidiennement confronté à un manque de lits d'aval, souvent à cause de situations sociales délicates. L'hôpital estime qu'environ 40 lits sont occupés chaque jour par des patients dont l'état de santé ne justifie plus une prise en charge en hospitalisation de courte durée, ce qui a des répercussions sur les durées moyennes de séjour et le temps passé aux urgences. Après avoir fortement diminué en 2020 en raison de la crise sanitaire, le nombre de séjours MCO en hospitalisation complète est reparti à la hausse en 2022 sans toutefois atteindre le niveau de 2019 (- 7 %). En ambulatoire, en revanche, la croissance demeure forte et la reprise a été beaucoup plus rapide (+ 22,5 % par rapport à 2019).

Des documents importants relatifs au pilotage stratégique de l'établissement ne sont pas à jour. C'est notamment le cas du projet d'établissement et du projet médical. Il est donc nécessaire de procéder à leur actualisation et de se conformer aux dispositions du code de la santé publique.

En 2017, lors du précédent examen de la gestion, la chambre régionale des comptes avait recommandé la mise en place d'un contrôle des régies en collaboration avec les services du Trésor public. Une procédure de contrôle interne des régies a été définie en 2021, toutefois, aucun contrôle formalisé n'a été réalisé par les services de l'ordonnateur en 2021 et 2022.

L'hôpital fournit chaque année de nombreux repas gratuits à son personnel. Ainsi, en 2022, 112 587 repas n'ont pas été facturés, ce qui représente un peu plus de 8 % du total des repas distribués (patients et self compris). Rapporté au coût de revient d'un repas, l'impact financier qui en découle est d'environ 800 000 €. Compte tenu d'une situation financière qui se détériore sensiblement, la chambre régionale des comptes recommande à l'établissement de réexaminer sa politique de distribution de repas gratuits. Par ailleurs, il est impératif de déclarer les repas gratuits servis au personnel en tant qu'avantage en nature comme le prévoit le code de la sécurité sociale.

L'analyse financière portant sur la période 2018-2022 reflète une nette dégradation des principaux indicateurs. L'excédent brut d'exploitation est passé de 33,17 M€ à 22,28 M€. Le résultat net, qui était positif en 2018 (0,97 M€), est devenu légèrement négatif en 2019 et s'est franchement dégradé à partir de 2021. À la fin de cet exercice, le déficit atteignait 9,90 M€ et il s'est encore creusé en 2022 (- 10,67 M€). L'établissement, qui n'a pas retrouvé son niveau d'activité d'avant la crise sanitaire, a dû faire face à une augmentation de ses charges en lien avec la hausse de la masse salariale générée, notamment, par les mesures de revalorisation issues du « Ségur de la santé ». Il a également souffert du renchérissement de certains coûts en raison de

l'inflation (denrées, fournitures etc.). Près de 90 % du déficit consolidé concerne le budget principal mais les hébergements de plus longue durée (unité de soins de longue durée et EHPAD) enregistrent désormais, eux aussi, des résultats négatifs.

Le niveau de la capacité d'autofinancement (CAF) est particulièrement préoccupant dans la mesure où le GHLA a pour projet la construction d'un nouvel hôpital qui, initialement, aurait dû voir le jour à l'horizon 2030 sur le terrain de l'actuel parc des expositions. En octobre 2023, après examen par les autorités de tutelle, le terrain a été jugé inadapté. Cette opération majeure, dont le coût était évalué à environ 790 M€, n'est pas abandonnée mais ce rebondissement impliquera de procéder à de nouvelles études, ce qui pourrait repousser sa date de réalisation. Une fois remboursé le capital de la dette, la CAF nette disponible n'était plus que de 1 M€ fin 2022 alors qu'elle était supérieure à 10 M€ entre 2018 et 2020. Face à la dégradation de sa situation financière, le centre hospitalier a élaboré un plan de performance couvrant la période 2023-2025. Selon le chiffrage communiqué par l'établissement, les actions envisagées devraient améliorer la marge brute de 5,4 M€. Au regard du déficit constaté, de la timide reprise du volume des hospitalisations complètes et des besoins de financement à venir, ce plan, aussi indispensable soit-il, ne sera probablement pas suffisant pour rétablir les équilibres. Malgré un endettement qui demeure faible par rapport aux centres hospitaliers comparables, d'importants efforts devront être consentis pour améliorer la CAF afin d'atteindre un niveau compatible avec les besoins de financement générés par la construction du nouvel hôpital.

Contrairement à ce qui peut être constaté dans de nombreux centres hospitaliers, les dépenses d'intérim médical sont limitées et l'établissement ne rencontre pas de difficulté majeure de recrutement, sauf dans les spécialités en tension au niveau national. Afin de se conformer à la réglementation, il conviendrait de procéder à la signature des contrats de temps de travail additionnels avec les praticiens concernés et de revoir à la baisse le montant de l'indemnisation de certaines plages d'astreintes en radiologie et en chirurgie viscérale. Par ailleurs, il est nécessaire de comptabiliser le temps de travail des médecins dans le cadre des astreintes forfaitisées, comme le prévoit l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé.

Une partie des heures supplémentaires réalisées par le personnel non médical n'est ni indemnisée, ni récupérée, ni inscrite dans les comptes épargne-temps. Ces heures sont soldées au moment du départ de l'agent. Il s'agit d'une procédure irrégulière à laquelle il convient de mettre fin car cette pratique a pour conséquence de reporter des charges sur les exercices futurs. L'existence de ce système explique probablement le faible nombre de jours inscrits sur les comptes épargne-temps détenus par le personnel.

Le contrôle de l'activité libérale est réalisé par la commission d'activité libérale mais cette dernière ne s'est pas réunie tous les ans comme le prévoit le code de la santé publique. Afin de faciliter les contrôles, les tableaux de service réalisés devraient mentionner les plages réservées à l'activité libérale. Par ailleurs, la chambre régionale des comptes recommande de procéder à un contrôle régulier de l'affichage des tarifs pratiqués en activité privée car il a été constaté que certains services avaient omis de mentionner ces informations dans les espaces de consultation.

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation n° 1.** : élaborer un nouveau projet d'établissement afin de se conformer aux dispositions du code de la santé publique (notamment l'article L. 6143-2).

*[Mise en œuvre en cours]*

**Recommandation n° 2.** : organiser le contrôle des régies par l'ordonnateur, en application des dispositions des articles R. 6145-54-1 du code de la santé publique et R. 1617-17 du code général des collectivités territoriales.

*[Mise en œuvre en cours]*

**Recommandation n° 3.** : formaliser les autorisations de repas gratuits attribués au personnel, en réduire le nombre et procéder à une déclaration fiscale d'avantage en nature pour tous les bénéficiaires concernés.

*[Mise en œuvre en cours]*

**Recommandation n° 4.** : établir une décision du directeur pour la forfaitisation des astreintes et se conformer aux tarifs réglementaires pour les montants appliqués en radiologie et en chirurgie digestive et viscérale.

*[Mise en œuvre en cours]*

**Recommandation n° 5.** : établir un décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes forfaitisées, conformément aux dispositions de l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé.

*[Mise en œuvre en cours]*

**Recommandation n° 6.** : s'appuyer sur les dispositifs légaux en vigueur concernant la compensation des heures supplémentaires et mettre un terme au système de cumul des heures supplémentaires d'une année sur l'autre soldées lors du départ de l'agent.

*[Mise en œuvre en cours]*

**Recommandation n° 7.** : procéder à la signature des contrats de temps de travail additionnel, en application de l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé.

*[Mise en œuvre en cours]*

**Recommandation n° 8.** : faire figurer les plages d'activité libérale dans les tableaux de service réalisés afin de faciliter le contrôle de l'activité libérale, notamment en ce qui concerne le temps consacré à cette activité.

*[Mise en œuvre en cours]*

**Recommandation n° 9.** : procéder à un contrôle régulier de l'affichage des tarifs pratiqués en activité libérale dans les services concernés, en application des dispositions de l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins.

*[Mise en œuvre en cours]*

**Recommandation n° 10.** : intégrer le service d'accueil des urgences dans le compte de résultat analytique du pôle urgences – réanimation.

*[Totalemment mise en œuvre]*

## **ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE**

Le rapport d'observations provisoires a été délibéré le 19 juillet 2023. Il a été adressé le 13 septembre 2023 à l'ordonnatrice en fonctions, Mme Valérie Bénéat-Marlier ainsi qu'à M. Pierre Thépot, ancien ordonnateur et à M. Thierry Montourcy, ancien ordonnateur par intérim. À la même date, un extrait a également été envoyé à M. Alain Michel, ancien ordonnateur.

La directrice de l'établissement a répondu par courrier daté du 10 octobre 2023. Les autres personnes destinataires du rapport ou d'extraits n'ont pas adressé de réponse à la chambre régionale des comptes.

La chambre a arrêté, lors de sa séance du 14 novembre 2023, les observations définitives développées dans le présent rapport.

## INTRODUCTION

Le groupe hospitalier Littoral atlantique (GHLA), plus connu sous son ancienne dénomination « groupe hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis », est l'un des plus importants établissements publics de santé de Nouvelle-Aquitaine. En termes de capacité, avec 634 lits et places en médecine, chirurgie et obstétrique, il se situe juste derrière les trois CHU de la région et devant les centres hospitaliers de Libourne et de Niort. L'hôpital dispose d'un plateau technique performant qui lui permet de proposer une offre de soins diversifiée.

Sa zone d'attractivité, qui correspond à un bassin de plus de 268 000 habitants, se caractérise par une forte croissance démographique et la présence de nombreuses personnes âgées. Ainsi, sur le territoire de l'arrondissement de La Rochelle, qui couvre le nord du département de la Charente-Maritime, la population a augmenté de 0,92 % par an entre 2013 et 2019 en raison d'un solde migratoire positif. À titre de comparaison, ce taux de croissance durant la même période était de 0,47 % en Nouvelle-Aquitaine et de 0,36 % en France métropolitaine<sup>1</sup>. Les plus de 65 ans représentent 24,3 % de la population, proportion supérieure à celle constatée dans la région (23,7 %) ainsi qu'au niveau national (19,4 %). Le revenu disponible par unité de consommation y est également plus élevé. La valeur médiane de cet indicateur est de 23 450 € dans l'arrondissement contre 22 030 € en Nouvelle-Aquitaine et 22 400 € en France métropolitaine.

Avec 13,2 médecins généralistes pour 10 000 habitants, l'offre de soins de ville y est plus dense qu'à l'échelle régionale (9,7) et nationale (8,4). La situation est toutefois différente en ce qui concerne la densité des infirmiers libéraux (14,2 infirmiers pour 10 000 habitants contre 15,4 en France métropolitaine et 18,9 en Nouvelle-Aquitaine)<sup>2</sup>.

Le territoire couvert par l'hôpital de La Rochelle bénéficie de l'attractivité du littoral atlantique. Son activité est donc marquée par une forte affluence estivale ainsi que par l'installation d'une population composée de nombreux retraités, plutôt aisés. Toutefois, les caractéristiques socio démographiques de la population résidant dans sa zone d'attractivité sont loin d'être homogènes car cette dernière est également composée des communes rurales qui ne bénéficient pas du même dynamisme que la frange côtière.

---

<sup>1</sup> Données publiées par l'Insee le 23 janvier 2023.

<sup>2</sup> Source : C@rtoSanté : outil de représentation cartographique et statistique de données spécifiques aux problématiques d'offre et de demande de soins de premier recours.

# **1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SON ACTIVITE EN MEDECINE, CHIRURGIE ET OBSTETRIQUE**

## **1.1 L'organisation spatiale et le plateau technique**

Le groupe hospitalier littoral atlantique est un établissement multisite (cf. plans des deux sites principaux en annexe 1) :

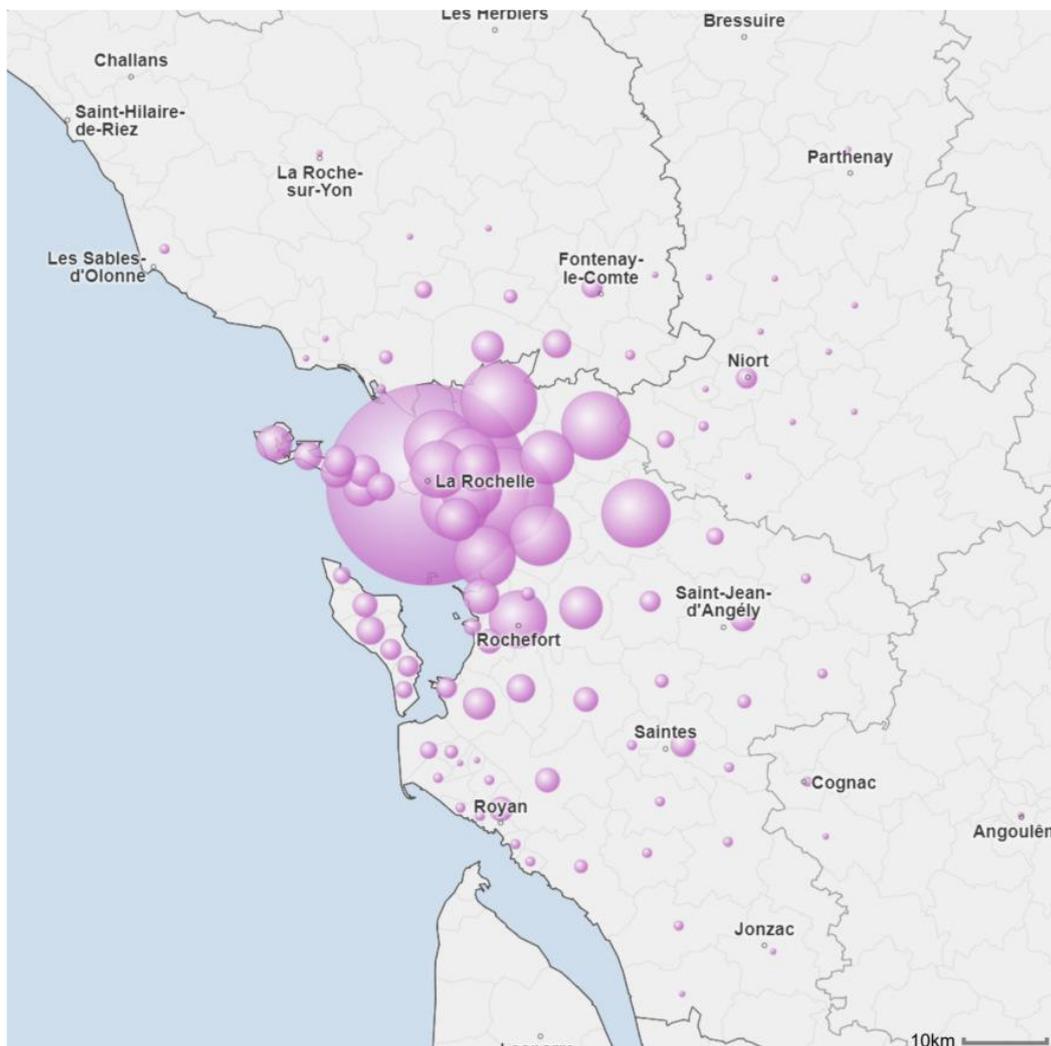
- l'hôpital Saint-Louis, situé à proximité immédiate du centre-ville de La Rochelle, regroupe les soins de court séjour, le plateau technique, le service d'accueil des urgences, le SAMU 17 ainsi que la direction générale ;
- l'hôpital Marius Lacroix, au nord de la ville, est un site pavillonnaire qui rassemble des structures de soins en santé mentale. Le GHLA couvre trois secteurs de psychiatrie où résident environ 140 000 personnes ;
- l'établissement Le Fief de la Mare, situé à proximité de l'hôpital Marius Lacroix, abrite les soins de suite et de réadaptation (SSR), les unités de soins de longue durée (USLD), un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et un hôpital de jour ;
- dans la même zone géographique se trouve également un établissement et service d'aide par le travail (ESAT Le Treuil Moulinier) qui dispose d'un foyer d'hébergement ;
- sur l'Île de Ré, à Saint-Martin-de-Ré, l'hôpital Saint-Honoré accueille un EHPAD, des consultations de gynécologie et d'obstétrique, un service de consultations et d'urgences estivales et une antenne d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- le centre de soins de suite « Château de Marlonges » est, quant à lui, implanté sur la commune de Chambon, à une trentaine de kilomètres à l'est de La Rochelle. Depuis 2021, une unité de soins palliatifs se trouve également sur ce site.

L'hôpital dispose d'un plateau technique performant constitué de 11 salles d'opération, trois scanners et trois IRM. Il comprend également deux salles réservées aux explorations fonctionnelles nécessitant une anesthésie et une salle dédiée à la radiologie interventionnelle. Depuis septembre 2022, il possède un robot chirurgical semi assisté qui permet de réaliser des opérations mini-invasives. Principalement utilisé par les spécialités d'urologie, de gynécologie et de chirurgies digestive et thoracique, cet équipement innovant participe à une meilleure prise en charge des patients mais constitue aussi un facteur d'attractivité vis-à-vis des chirurgiens susceptibles de rejoindre le groupe hospitalier.

## **1.2 La zone d'attractivité et les parts de marché**

La zone d'attractivité de l'hôpital se concentre sur le nord-ouest de la Charente-Maritime : 29 % des patients résident à La Rochelle et 95 % dans le département.

Carte n° 1 : zone d'attractivité MCO

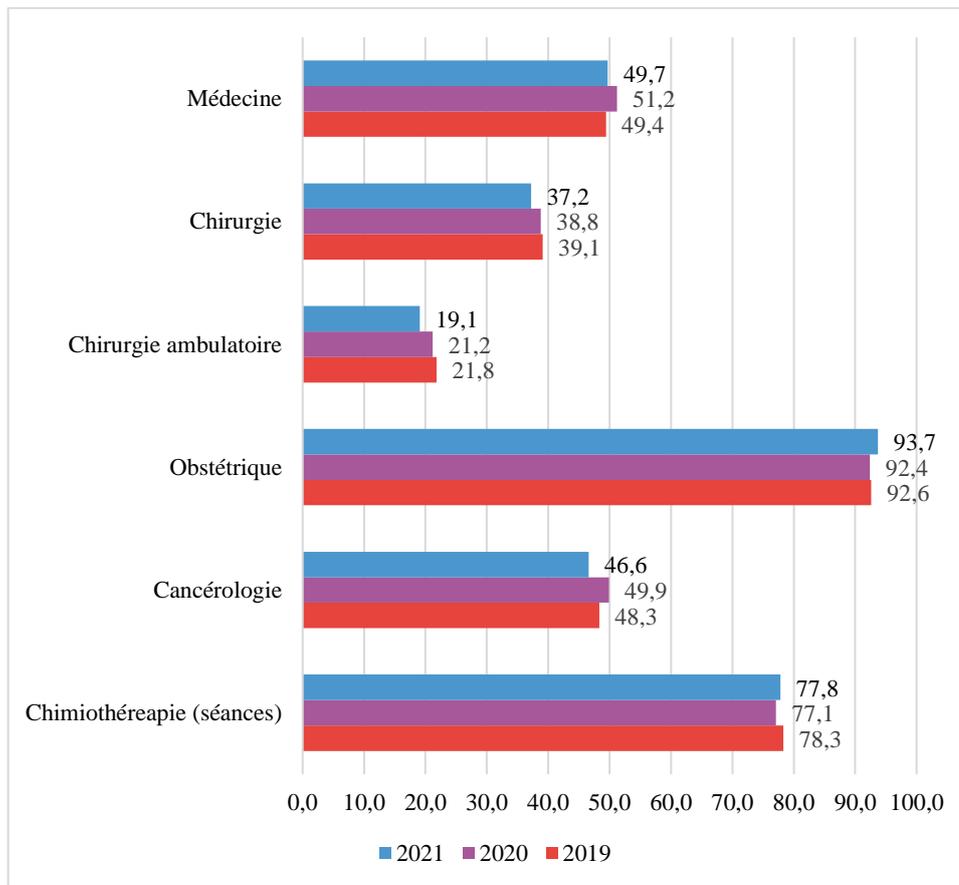


Source : Hospidiag

Les parts de marché détenues par l'établissement sur sa zone d'attractivité sont très élevées en obstétrique (supérieures à 90 %) et en chimiothérapie (supérieures à 75 %). Elles atteignent environ 50 % en médecine et en cancérologie. En revanche, en chirurgie, la concurrence est beaucoup plus importante en raison de l'offre de soins proposée par la clinique de l'Atlantique<sup>3</sup>. Si en hospitalisation complète de chirurgie le CH conserve la première place (37 % avec près de 10 points d'écart sur la clinique selon les données issues d'Hospidiag), il n'en est pas de même en ambulatoire où l'établissement privé détient 55 % de part de marché contre un peu moins de 20 % pour le GHLA.

<sup>3</sup> Groupe Ramsay Santé.

**Graphique n° 1 : parts de marché en court-séjour (en %)**



Source : chambre régionale des comptes (CRC), à partir des données Hospidag

### 1.3 Le nombre de lits et places

En 2022, le CH de La Rochelle possédait 634 lits et places en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et 400 lits et places de psychiatrie. En ajoutant les capacités en soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, EHPAD et hospitalisation à domicile, l'établissement dispose de près de 1 700 lits et places.

Tableau n° 1 : évolution capacitaire

Nombre de lits et places	2018	2019	2020	2021	2022
Lits installés en médecine	426	421	444	446	427
<i>dont lits soins intensifs</i>	16	16	16	16	16
<i>dont lits surveillance continue</i>	6	6	6	4	6
<i>dont lits réanimation</i>	16	16	16	19	16
Places installées en médecine	20	29	29	29	29
<b>Total médecine</b>	<b>446</b>	<b>450</b>	<b>473</b>	<b>475</b>	<b>456</b>
Lits installés de chirurgie	113	104	104	104	104
Places installées en chirurgie	30	30	30	30	30
<b>Total chirurgie</b>	<b>143</b>	<b>134</b>	<b>134</b>	<b>134</b>	<b>134</b>
Lits installés d'obstétriques	41	42	42	42	42
Places installées en obstétrique	2	2	2	2	2
<b>Total obstétrique</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>44</b>
Lits installés en psychiatrie	261	244	241	241	241
Places de psychiatrie	148	158	158	159	159
<b>Total psychiatrie</b>	<b>409</b>	<b>402</b>	<b>399</b>	<b>400</b>	<b>400</b>
Lits SSR	150	145	145	145	145
Places SSR	5	5	5	5	5
<b>Total SSR</b>	<b>155</b>	<b>150</b>	<b>150</b>	<b>150</b>	<b>150</b>
Lits USLD	92	92	92	92	92
Lits EHPAD	315	315	315	315	315
Places EHPAD	6	6	6	6	6
Places en HAD	85	85	90	90	90
<b>Total lits et places</b>	<b>1 694</b>	<b>1 678</b>	<b>1 703</b>	<b>1 706</b>	<b>1 687</b>

Source : GHLA

Au cours de la période examinée, les principales évolutions capacitaires ont concerné la médecine, la psychiatrie ainsi que la chirurgie et les soins de suite et réadaptation (SSR).

Le nombre de lits installés en médecine, qui avait augmenté durant la crise sanitaire de 2020-2021, a retrouvé un niveau équivalent à celui de 2019. En revanche, le nombre de places a progressé (+ 45 %, soit neuf places supplémentaires), en lien avec le développement de l'activité ambulatoire. En psychiatrie, qui est une spécialité en forte tension au niveau national, la capacité globale a été réduite de neuf lits et places. Le nombre de lits a fortement diminué (- 20 lits) mais le nombre de places a, quant à lui, progressé (+ 11 places) pour répondre à l'évolution des modes de prise en charge et avec la création, en 2019, d'une filière de réhabilitation psychosociale<sup>4</sup>. En chirurgie, la capacité globale a diminué de neuf lits d'hospitalisation en 2019. Il en est de même

<sup>4</sup> Les principaux outils thérapeutiques de la réhabilitation psychosociale sont la psychoéducation (des usagers et des proches) destinée à favoriser l'appropriation des troubles, la remédiation cognitive destinée à restaurer la capacité à penser, agir et interagir et les approches psychocorporelles destinées à améliorer le bien-être et l'image de soi (source : ARS Auvergne Rhône-Alpes).

en SSR avec la fermeture de cinq lits qui résulte de la transformation de 11 lits en lits d'unité de soins palliatifs et l'ouverture concomitante de six lits de SSR.

## 1.4 Les taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour en MCO

### 1.4.1 Les taux d'occupation

En 2022, le taux d'occupation moyen en hospitalisation complète était de 87 %, en progression de cinq points par rapport à 2021.

Tableau n° 2 : taux d'occupation en MCO

	2021	2022
Médecine	84 %	89 %
Chirurgie	79 %	83 %
Gynécologie-obstétrique	74 %	75 %
<b>TOTAL</b>	<b>82 %</b>	<b>87 %</b>

Source : CRC, à partir des données GHLA

Pour certains services, les taux d'occupation sont supérieurs à 100 % (maladies infectieuses, hépato-gastro-entérologie ou gériatrie par exemple), ce qui peut entraîner des « débordements » sur les lits d'autres spécialités. C'est notamment le cas pour le service des maladies infectieuses qui est composé de 10 lits sur une unité de 30 lits partagée avec les services de médecine interne et de rhumatologie qui, eux, ont des taux d'occupation moins importants.

Par ailleurs, des taux d'occupation inférieurs à 100 % n'empêchent pas la survenue de périodes de saturation au gré du contexte épidémique (notamment hivernal), de la fréquentation des urgences, de l'augmentation ponctuelle de la durée de séjour en raison de situations complexes (orientation médico-sociale) ou de tensions sur les capacités d'accueil en SSR. De ce fait, des services de spécialités sont souvent contraints d'héberger leurs patients au sein d'autres unités, notamment en chirurgie. Lors de ces épisodes de tension, des mesures spécifiques peuvent être mises en œuvre (ouverture de lits temporaires ou activation d'un sas d'hospitalisation au sein du service des urgences). Compte tenu de sa situation géographique, l'hôpital de La Rochelle doit également faire face à un pic d'activité estival lié à la fréquentation touristique qui est plutôt concentré sur l'activité du secteur des urgences. L'établissement déploie alors un dispositif de renfort estival qui passe, notamment, par l'ouverture d'une consultation non programmée sur l'Île de Ré. Les équipes du SMUR<sup>5</sup> sont également renforcées mais les capacités d'hospitalisation ne sont pas augmentées sur cette période car l'activité programmée est, quant à elle, réduite en juillet et août.

<sup>5</sup> SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation.

### 1.4.2 La durée moyenne de séjour

L'IPDMS est un indice pondéré qui permet d'apprécier la durée moyenne de séjour (DMS) d'un établissement de santé par rapport aux établissements comparables en termes d'activité. S'il est supérieur à 1, cela signifie que la durée moyenne de séjour est plutôt élevée. À l'inverse, un IPDMS inférieur à 1 caractérise une durée moyenne de séjours plutôt faible. Cet indicateur, aussi utile soit-il, est toutefois à interpréter avec prudence car la durée de séjour dépend à la fois des pathologies traitées et du profil de la patientèle. Ainsi, une personne âgée, atteinte de polyopathologies aura généralement une DMS supérieure à celle d'un patient plus jeune.

**Tableau n° 3 : indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) - hospitalisation complète en MCO**

	2018	2019	2020	2021	2022
Médecine	0,99	1,01	1,02	1,01	1,07
Chirurgie	0,98	1,00	0,97	0,99	1,05
Obstétrique	0,98	0,96	0,98	0,96	1,01

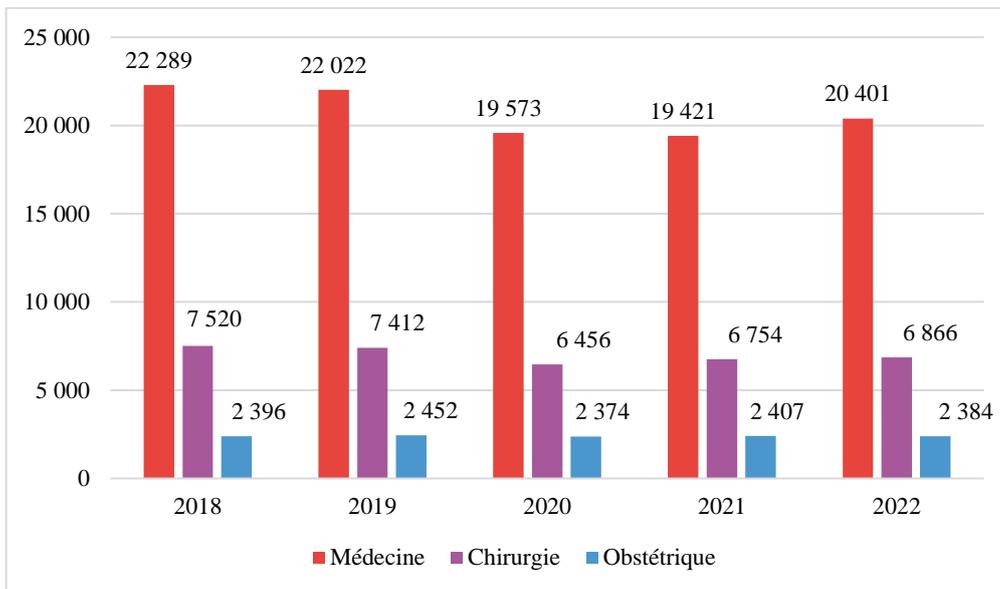
Source : Hospidiag et GHLA pour 2022

Le GHLA s'est doté d'une cellule de gestion des lits afin de faciliter la prise en charge des patients, notamment ceux qui proviennent des urgences. Cette cellule dispose d'une application informatique permettant de visualiser les lits occupés dans les services. En parallèle, elle pilote les équipes de brancardiers et de nettoyage, ce qui permet une meilleure réactivité au moment de la sortie du patient à condition, toutefois, que les services renseignent l'application en temps réel. L'objectif est de libérer des places au plus vite pour éviter que les patients attendent trop longtemps avant d'être placés dans les services de soins. Par ailleurs, un « salon de sortie » concourt également à libérer plus vite des lits de spécialité. Malgré les efforts déployés en matière de gestion des lits, le centre hospitalier se trouve quotidiennement confronté à des situations difficiles à gérer en raison d'un manque de lits d'aval et à cause de situations sociales délicates (personnes âgées isolées ne pouvant pas regagner leur domicile par exemple). Ainsi, l'hôpital estime qu'environ 40 lits sont occupés chaque jour par des patients dont l'état de santé ne justifie plus une prise en charge en hospitalisation de courte durée.

### 1.5 L'activité en MCO

En 2020, le nombre de séjours en hospitalisation complète a fortement diminué en médecine et en chirurgie en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid 19. L'exercice 2021 a connu une timide reprise de l'activité de chirurgie après les déprogrammations massives intervenues l'année précédente. Cette tendance se confirme en 2022 même si le volume global de l'activité en MCO n'atteint toujours pas celui enregistré en 2019 (- 7 %).

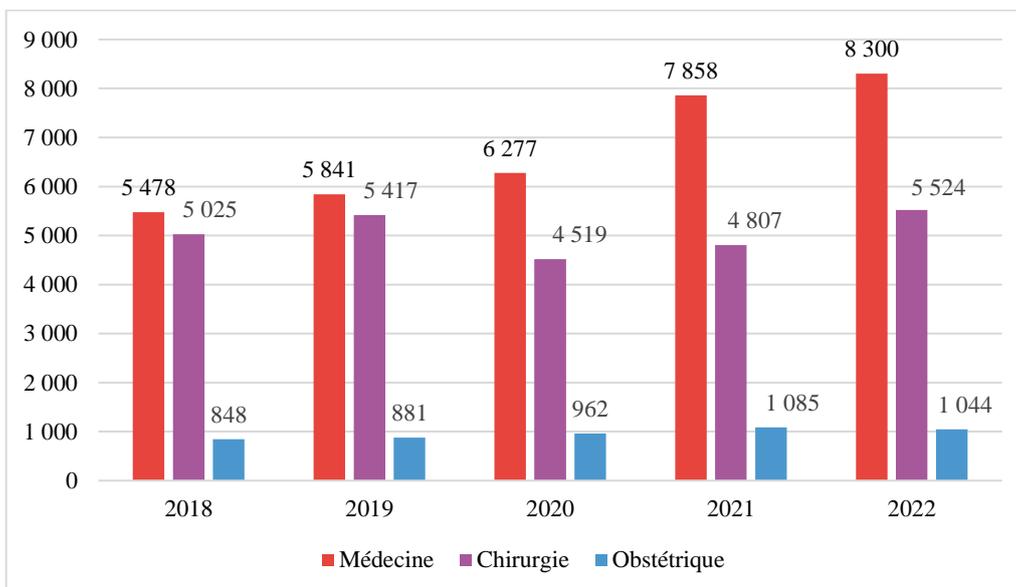
**Graphique n° 2 : nombre de séjours en hospitalisation complète**



Source : CRC, à partir des données Hospidiag

En ambulatoire, la situation est différente. L'année 2020 a également été marquée par une diminution du nombre de séjours de chirurgie alors qu'en médecine l'activité a continué de croître. Dès 2021, le nombre de séjours ambulatoires était repassé au-dessus du niveau de 2019 et, en 2022, les chiffres sont supérieurs à ceux constatés en 2019 (+ 22,5 %).

**Graphique n° 3 : nombre de séjours en ambulatoire**



Source : CRC, à partir des données Hospidiag

Les pathologies prises en charges sont décrites à travers les catégories majeures de diagnostics (CMD). En 2022, les trois CMD les plus fréquentes étaient les affections de l'appareil circulatoire (13,60 % des séjours contre 10,48 % pour les établissements appartenant à la même catégorie), les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettiques et du tissu conjonctif (10,34 %) et les affections du tube digestif (8,29 %). Cette répartition par CMD n'est pas particulièrement atypique par rapport à celle constatée dans les centres hospitaliers comparables.

## 1.6 La certification et le niveau de satisfaction de la patientèle

La haute autorité de santé (HAS) réalise périodiquement une évaluation des établissements de santé qui donne lieu à la publication d'un niveau de certification allant de A à E (non certification). Il s'agit d'une certification globale et non d'une certification de toutes les activités de l'établissement. Par décision du 6 juillet 2021, la HAS a certifié le GHLA au niveau B<sup>6</sup> avec recommandations d'amélioration, comme la très grande majorité des centres hospitaliers (cf. représentation graphique en annexe n° 2). Il est à noter que si le site internet du centre hospitalier renvoie bien vers le site de la HAS (sur lequel figure le dernier rapport de certification), l'établissement fait toujours référence à la visite qui s'est déroulée en octobre 2015 dans les commentaires de la rubrique « engagement qualité ».

La mesure de la satisfaction de la patientèle passe par une enquête nationale (e-satis) basée sur les retours de questionnaires adressés aux personnes hospitalisées après leur séjour au sein des établissements de santé. Le score global en MCO est de 71/100, un peu inférieur au score national (73/100). La prise en charge (médicale et paramédicale) est plutôt bien notée (80/100) alors que les repas (60/100), l'organisation de la sortie (63/100) et l'accueil (67/100) recueillent les scores les plus faibles (les scores nationaux sur ces trois derniers critères sont respectivement de 68/100, 64/100 et 71/100). En chirurgie ambulatoire, le degré de satisfaction est plus élevé (81/100), ce qui place le GHLA au-dessus de la moyenne nationale (78/100) avec des taux de satisfaction particulièrement élevés en ce qui concerne la prise en charge (86/100) et l'accueil (84/100).

---

<sup>6</sup> La grille (référentiel 2014) comporte quatre niveaux de certification allant de A à E (décision de non certification). Le niveau B correspond à une certification avec recommandation d'amélioration et le niveau C à une certification avec obligation d'amélioration. Selon les données de la HAS, en se basant sur le référentiel 2014, 77 % des centres hospitaliers (hors CHU) sont certifiés B.

## 2 LA GOUVERNANCE

### 2.1 La direction et les pôles

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018, les centres hospitaliers de La Rochelle, Rochefort et Marennes ainsi que l'EHPAD de Surgères fonctionnent en direction commune. L'organigramme comprend sept directeurs de sites, dont quatre pour le GHLA, et huit directions fonctionnelles (ressources humaines ; finances et appui à la performance ; coordination des parcours et des organisations de soins ; ressources et attractivité médicales de territoire ; achats, logistique et travaux ; droits des usagers et qualité ; systèmes d'information ; ingénierie biomédicale et opérations).

L'hôpital dispose de 11 pôles dont huit pôles médicaux<sup>7</sup> qui regroupent chacun plusieurs services. L'article L. 6146-1 du code de la santé publique (CSP) prévoit que les établissements de santé sont organisés en pôles d'activité disposant de contrats de pôles précisant les objectifs et les moyens de chaque pôle. Bien que depuis quelques années la place des services ait été réaffirmée et renforcée au sein des établissements de santé, les pôles demeurent encore des acteurs majeurs de l'organisation hospitalière. Les derniers contrats de pôles du GHLA ont été conclus en 2013 pour couvrir les années 2013 à 2017. À l'issue de cette période, la contractualisation interne a pris la forme d'avenants ponctuels en lien avec les projets développés par les différents pôles sans que de nouveaux contrats soient signés. L'établissement indique qu'une démarche de relance de la contractualisation interne a été engagée fin 2022 mais il est aujourd'hui nécessaire que cette dernière aboutisse afin de se conformer à la réglementation en vigueur.

Le projet d'établissement, défini à l'article L. 6143-2 du CSP, est obsolète. Le dernier document formalisé couvrait la période 2013-2017. Il convient donc qu'il soit actualisé en même temps que le projet médical dont la dernière version expirait également en 2017. La chambre régionale des comptes invite donc le centre hospitalier à se doter rapidement d'un nouveau projet d'établissement. La mise à jour de ce document stratégique est d'autant plus importante que des investissements majeurs sont programmés dans les années à venir.

Dans sa réponse aux observations provisoires, la directrice indique qu'un nouveau projet médical partagé ainsi que les projets d'établissement des hôpitaux composant le groupement seront élaborés en 2024. Ces documents devraient être validés par les instances courant 2025 pour une mise en œuvre prévue au plus tard en juin 2025.

**Recommandation n° 1.** : élaborer un nouveau projet d'établissement afin de se conformer aux dispositions du code de la santé publique (notamment l'article L. 6143-2).

<sup>7</sup> Pôles gériatrie de Saint-Martin-de-Ré et de La Rochelle ; pôles de la femme et de l'enfant ; pôle médecine interne et cardio-vasculaire ; pôle médecine neurologie, oncologie et cardio-vasculaire ; pôle psychiatrie ; pôle des activités du bloc opératoire ; pôle urgence-réanimation, pôle médico-technique ; pôle médico-social ; pôle gestion logistique et technique.

## 2.2 Le contrôle de gestion et les tableaux de bord de pilotage

Le contrôle de gestion est rattaché à la direction des finances. Il est en charge de l'analyse de gestion, de la comptabilité analytique, de la production d'études médico-économiques et du développement du système d'information décisionnel. Le service est composé de 6,5 équivalents temps plein (ETP) auxquels s'ajoutent quatre ETP de cadres administratifs de pôles.

Les principaux outils de pilotage utilisés permettent le suivi d'indicateurs en lien avec l'activité, les ressources humaines, la situation budgétaire et des requêtes peuvent être faites à partir d'applications informatiques. Ces outils sont utilisés par les cadres administratifs de pôles pour répondre aux demandes émanant des chefs de pôles, des médecins et des cadres des services.

Divers tableaux de pilotage sont édités comme, par exemple, le tableau « activité et valorisation » qui permet de connaître, sur trois exercices et pour chaque pôle, le nombre de séjours et leur valorisation en euros. Le tableau de bord « budget H - suivi de la masse salariale » indique mensuellement le montant de chaque poste de la masse salariale et le compare au montant de l'exercice précédent et aux objectifs de l'année. Il est complété par un tableau de bord de « suivi mensuel des ETPR<sup>8</sup> » qui recense, pour chaque budget, le nombre mensuel d'ETPR pour chaque sous-ensemble de personnel non médical.

## 2.3 Le contrôle des régies

Huit régies d'avances, 15 régies de recettes et cinq régies de dépôt ont fonctionné au cours de la période 2018-2022. Le montant des avances ou des encaisses de ces régies est très variable puisqu'il va de quelques centaines d'euros à 250 000 € pour la régie de recettes de l'hôpital Saint-Louis. Cette dernière a fait l'objet d'un audit de la direction départementale des finances publiques (DDFiP) en 2023 qui a donné lieu à l'établissement d'un plan d'actions visant à corriger les dysfonctionnements signalés. Cet audit a été réalisé par la DDFiP mais pas de façon conjointe par l'ordonnateur et les services du Trésor Public. Or, en 2018, à l'occasion du précédent examen de la gestion, la chambre régionale des comptes avait émis une recommandation demandant de « *mettre en œuvre régulièrement un contrôle des régies de recettes et/ou d'avances, en collaboration étroite avec le trésorier de l'établissement* ». Une procédure de contrôle interne des régies a été définie en 2021. Il s'agit là d'une première étape nécessaire au suivi de cette recommandation mais aucun contrôle formalisé n'a été réalisé par les services de l'ordonnateur ni en 2021 ni en 2022.

La chambre régionale des comptes rappelle que le contrôle des régies est une compétence partagée entre le comptable public et l'ordonnateur en vertu des articles R. 6145-54-1 du code de la santé publique et R. 1617-17 du code général des collectivités territoriales. La circulaire DGFIP 2013/05/1118 apporte des précisions quant à l'exercice de cette compétence. Il conviendrait donc que l'ordonnateur organise, en lien avec le comptable public, un contrôle régulier des régies.

---

<sup>8</sup> ETPR : équivalent temps plein rémunéré.

En réponse aux observations provisoires, la direction reconnaît que « *le contrôle des régies par l'ordonnateur n'est effectivement pas abouti* ». Afin de mettre en œuvre ces obligations, elle s'engage à élaborer une procédure de contrôle à compter d'avril 2024 et à nouer un partenariat avec le comptable public en établissant une nouvelle convention de services comptable et financier.

**Recommandation n° 2.** : organiser le contrôle des régies par l'ordonnateur, en application des dispositions des articles R. 6145-54-1 du code de la santé publique et R. 1617-17 du code général des collectivités territoriales.

## 2.4 Le codage et la facturation

Les séjours font l'objet d'un résumé standardisé et anonymisé qui reprend, sous forme codée, l'ensemble des interventions et actes effectués. C'est ce résumé qui permet de classer le séjour dans l'un des groupes homogènes de malades qui détermine la recette de l'hôpital. L'exhaustivité et la bonne qualité du codage des séjours et de l'activité externe sont donc des facteurs importants ayant des répercussions directes sur les produits du centre hospitalier.

Pour ce qui est de l'hospitalisation, l'ensemble des diagnostics sont codés par le département de l'information médicale (DIM) de façon centralisée. Il en est de même pour les actes de dialyses alors que les autres actes font l'objet d'un codage décentralisé dans les services.

Les actes CCAM<sup>9</sup> réalisés sont saisis par chaque plateau technique dans les applicatifs métiers par le personnel paramédical ou médical ou par le secrétariat. Le département de l'information médicale (DIM) peut intervenir en cas de doute concernant le codage et il vérifie la correspondance entre les actes codés et les actes décrits au sein des comptes-rendus d'hospitalisations, comptes-rendus opératoires et comptes-rendus d'examens. Les actes sont éventuellement corrigés après accord des médecins et une demande de modification est transmise au service de facturation. Le codage de l'activité externe est également effectué au sein des services mais porté par des professionnels différents selon les activités et les services (assistant médico-administratif, médecin ou infirmier principalement).

Le dernier contrôle de l'Assurance maladie s'est déroulé du 22 mai 2018 au 25 juin 2018. Il portait sur les données 2017. À l'issue de ce contrôle, l'indu a été estimé à 81 866 € et une sanction financière de 17 250 € a été prononcée, ce qui représente un montant faible pour un centre hospitalier de cette taille.

---

<sup>9</sup> Classification commune des actes médicaux. La CCAM regroupe les actes techniques réalisés par les médecins.

## 2.5 La politique de coopération

Le centre hospitalier de La Rochelle est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Atlantique 17. La Charente-Maritime est l'un des rares départements de la région à disposer de deux GHT sur son territoire<sup>10</sup> (GHT Atlantique 17 pour le nord du département et GHT Saintonge pour la partie sud).

La convention constitutive du GHT Atlantique 17 a été signée le 30 juin 2016 par quatre établissements (le groupe hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis et les centres hospitaliers de Rochefort, Marennes et Oléron). Son périmètre regroupe l'ensemble des établissements publics de santé rattachés à la direction commune. Par avenant du 30 juin 2017, le projet médical partagé est venu compléter la convention constitutive. Ce dernier a fait l'objet d'une actualisation pour couvrir la période 2021-2025.

Les fonctions achats, ressources humaines, système d'information et département des affaires médicales (DIM) sont mutualisées au niveau du GHT. L'établissement support du groupement dresse un bilan positif des actions menées mais souligne certaines difficultés liées à une nécessaire mutualisation des outils informatiques (qui est en cours) et au fait de devoir gérer la logistique pour des établissements éloignés et de taille différente.

Près de 80 praticiens rochelais exercent une activité partagée avec le centre hospitalier de Rochefort et une vingtaine de rochefortais interviennent à La Rochelle. Plusieurs fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) existent entre ces deux établissements publics de santé<sup>11</sup>. L'importante coopération mise en place se trouve, il est vrai, facilitée par l'existence d'une direction commune et cela permet au CH de Rochefort d'atténuer les difficultés de recrutement auxquelles il est confronté.

Au-delà du GHT, le GHLA participe également à deux groupements de coopération sanitaires (GCS) : le GCS Charente-Maritime Nord et le GCS GRIO (groupement rochelais d'imagerie oncologique).

Le premier, dont la convention constitutive a été signée le 12 mars 2010, a pour objet la mutualisation de la blanchisserie, de la restauration, de la biologie médicale et de l'anatomopathologie des centres hospitaliers de La Rochelle et de Rochefort. En 2020, des EHPAD ont adhéré au groupement pour partager l'activité blanchisserie et en 2022, ils ont été rejoints par une structure associative d'accompagnement pour les personnes cumulant maladie et précarité (Association Cordia). 53 % du capital de ce GCS est aujourd'hui détenu par l'hôpital de La Rochelle.

Le GCS GRIO a, quant à lui, été créé en 2016 avec une société d'exercice libérale à responsabilité limitée (SELARL) d'imagerie. La moitié du capital social est détenue par l'hôpital public et l'autre moitié par les médecins libéraux. Le groupement exploite une IRM et un appareil de scanographie installés dans les locaux du centre hospitalier.

---

<sup>10</sup> En Nouvelle-Aquitaine, c'est également le cas du département des Pyrénées-Atlantiques.

<sup>11</sup> FMIH d'addictologie, de gynécologie-obstétrique, d'orthopédie, des urgences et d'urologie.

Au-delà de sa participation à des groupements bénéficiant d'une personnalité juridique propre, le GHLA a également conclu de nombreuses conventions avec des entités publiques et privées, personnes morales ou physiques. Plusieurs centaines ont été recensées sur la période examinée. Elles sont de portée et de durée très variables et n'ont pas fait l'objet d'une évaluation formelle. La chambre régionale des comptes encourage donc l'hôpital à mettre en place une politique d'évaluation de ces conventions, du moins pour les plus importantes d'entre-elles, et lorsqu'elles font l'objet d'une reconduction tacite.

La coopération avec la médecine de ville a été initiée à travers trois communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)<sup>12</sup> qui possèdent chacune un représentant invité aux réunions de la commission médicale d'établissement (avec voix consultative). Si l'agglomération rochelaise est une zone plutôt bien dotée en médecins et qui bénéficie sur son territoire de la présence de l'association SOS Médecins, ce n'est pas le cas des communes rurales éloignées de la zone littorale qui sont classées en zone d'accompagnement complémentaire<sup>13</sup> par l'agence régionale de santé (cf. carte du zonage en annexe n° 3).

## 2.6 Le système d'information

La direction des systèmes d'information comprend 50 agents. Les fonctions de responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) et de délégué à la protection des données sont rattachées à la direction générale.

La mutualisation des applications informatiques entre les établissements du GHT est en cours et devrait se poursuivre en 2024, notamment pour les sites de Marennes et d'Oléron. Un schéma directeur informatique a été défini pour la période 2019-2023 et le CH travaille à la définition d'un nouveau schéma pour les années 2024 à 2028.

Les équipements sont hébergés dans les locaux de l'hôpital et l'accès aux salles techniques se fait à l'aide d'un badge (avec surveillance vidéo pour l'une des deux salles). Un système de protection incendie est en place ainsi qu'un dispositif de protection contre les inondations (batardeau en cas de risque de submersion par l'extérieur pour l'une des salles et dispositif de gouttières sous plafond pour l'autre). Les applications sont accessibles par un identifiant unique et un mot de passe. Les comptes utilisateurs Windows sont créés et supprimés automatiquement en fonction des informations saisies dans la base RH. De même, un changement d'affectation modifie les droits d'accès aux dossiers présents sur le réseau. Toutefois, toutes les applications ne bénéficient pas de ce processus quasi-automatique qui a vocation à être progressivement étendu à l'ensemble des applications métiers (certaines nécessitent encore l'échange de formulaires papiers). La politique générale de sauvegarde repose sur trois types de

---

<sup>12</sup> Les CPTS ont été créées par la loi de modernisation du système de santé de 2016. Elles regroupent des acteurs de la santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire donné, afin de proposer une prise en charge plus efficace des patients et améliorer les conditions d'exercice des praticiens. À travers la conclusion d'un contrat, l'Assurance maladie participe au financement de ces structures. Le territoire de santé du GHLA comprend les CPTS de La Rochelle, Aunis Nord et Aunis Sud et une nouvelle CPTS est en cours de création sur l'Île de Ré (lettre d'intention validée).

<sup>13</sup> Les territoires pour lesquels il est constaté une faible densité médicale sont classés en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou en zone d'accompagnement complémentaire (ZAC). Ce classement ouvre droit à un certain nombre d'aides pour les professionnels de santé afin de réduire les inégalités d'accès aux soins.

sauvegardes : des sauvegardes journalières (conservées deux semaines), hebdomadaires (conservées cinq semaines) et mensuelles (conservées un an).

Une analyse des risques a été réalisée en 2020. Elle a débouché sur la mise en place de mesures de sécurité renforcées (déploiement d'un EDR<sup>14</sup>, filtrage d'adresse URL suspectes, copies de sauvegardes sur bande, sensibilisation au risque d'hameçonnage, etc.). Par ailleurs, un audit de sécurité a été mené en 2022 par un prestataire externe.

## 2.7 La problématique des repas

### 2.7.1 Le gaspillage

Un rapport d'audit daté du 8 décembre 2021 examine les résultats d'une campagne de pesée des repas qui s'est déroulée du 15 au 18 novembre 2021 au sein de l'EHPAD de Baillac. Pour chaque repas (déjeuner et dîner), l'audit distingue deux types de gaspillage : le gaspillage moyen retour d'assiette par résident, qui correspond aux quantités (en gramme) de denrées récupérées lors du débarrassage de l'assiette et le gaspillage alimentaire moyen qui est calculé en faisant la somme du gaspillage retour assiette et du gaspillage lié aux repas non servis aux résidents. Les résultats de cette étude mentionnaient un gaspillage journalier moyen de 263 grammes par résident pour le déjeuner et 362 grammes pour le dîner. 64 % du gaspillage constaté provenait de denrées dites « en dotation », c'est à dire commandées et non servies aux résidents. Selon l'ordonnateur, ce gaspillage résultait de commandes importantes et systématiques par les équipes de soins de produits en dotation au cas où un résident aurait une aversion, notamment des barquettes de purées. Cette pratique a été considérablement réduite depuis l'audit. Ces denrées étaient soit éliminées, si remises en température et non servies conformément à la réglementation en vigueur, soit consommées par le personnel soignant.

Une autre campagne de pesage a été menée les 12 et 13 octobre 2022, cette fois dans deux services d'hospitalisation (médecine - orthopédie gériatrique et chirurgie orthopédique). Elle a porté sur 243 repas (deux repas par jour pendant deux jours). Les quantités gaspillées sur la période s'élevaient à 66,18 kg, ce qui représentait 45 % des quantités préparées. 30 % étaient constitués de « retours assiettes » et 15 % de « retours non distribués ». Ces résultats ont été présentés au « comité de liaison alimentation nutrition » (CLAN<sup>15</sup>) de l'établissement en novembre 2022 ainsi qu'à la direction des soins et aux cadres infirmiers en février 2023. Un groupe de travail a été mis en place et il a été décidé de procéder, d'ici fin 2023, à une nouvelle campagne de pesée afin d'évaluer l'évolution des pratiques en termes de commandes des repas.

---

<sup>14</sup> L'EDR (*Endpoint Detection and Response*) est une technologie logicielle émergente de détection des menaces de sécurité informatique basée sur l'intelligence artificielle.

<sup>15</sup> Instance mise en place par la circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

## 2.7.2 Les repas gratuits distribués au personnel

La production des repas est réalisée en liaison froide sur la base d'un prévisionnel de quatre semaines qui est ajusté selon le calendrier (jours fériés, périodes de vacances, etc.). La commande des repas est effectuée par les services de soins et elle se fait automatiquement lorsqu'un patient est déclaré présent. Le nombre de repas commandés est toujours supérieur au nombre de patients présents, ce qui est compréhensible dans la mesure où les services souhaitent disposer d'une marge de sécurité en cas d'arrivée non prévue de patients ou d'aversion alimentaire. Selon les données communiquées par l'hôpital, il existe un écart important entre le nombre de repas livrés par la cuisine et le nombre de repas commandés pour les patients hospitalisés. Cela s'explique par la prise en compte de repas destinés au self, au personnel et, dans une moindre mesure, à la crèche hospitalière et aux accompagnants.

Ainsi, en 2022, sur 1,29 millions de repas livrés (déjeuners et dîners) les  $\frac{3}{4}$  concernaient les patients, 10 % le self et un peu plus de 8 % le personnel (hors internat).

Parmi ces repas destinés au personnel, on peut distinguer plusieurs situations :

- des repas payants (notamment ceux servis au self) ;
- des repas gratuits qui sont déclarés comme avantages en nature (agents de la restauration et internes) pour lesquels il existe un processus réglementé contrôlé par l'Urssaf ;
- des repas gratuits qui ne sont pas déclarés comme avantages en nature (personnel médical et non médical).

Selon les données communiquées par le centre hospitalier, le nombre de repas gratuits s'élevait à 115 326 en 2021 et à 112 587 en 2022.

**Tableau n° 4 : nombre de repas gratuits en 2021**

	Internes de garde	Médecins	Personnel autorisé	Repas thérapeutiques	Praticiens de garde	Veilleur	Total
EHPAD	0	0	0	0	0	1 489	1 489
ESAT Foyer	0	0	0	0	0	252	252
Hôpital Saint-Louis	4 454	5 440	43 846	0	3 176	30 371	87 287
Marius Lacroix	200	0	0	18 369	0	3 955	22 524
SSR Baillac	0	0	0	0	0	863	863
Structures extra muros	0	0	28	1 464	0	0	1 491
USLD	0	0	0	0	0	1 419	1 419
<b>TOTAL</b>	<b>4 654</b>	<b>5 440</b>	<b>43 874</b>	<b>19 833</b>	<b>3 176</b>	<b>38 349</b>	<b>115 326</b>

Source : GH LA

Tableau n° 5 : nombre de repas gratuits en 2022

	Internes de garde	Médecins	Personnel autorisé	Repas thérapeutiques	Praticiens de garde	Veilleurs	Total
EHPAD	0	0	0	0	0	1 456	1 436
ESAT Foyer	0	0	0	0	0	286	286
Hôpital Saint-Louis	4 700	4 305	42 561	0	3 281	30 608	85 468
Marius Lacroix	210	0	0	17 833	0	3 711	21 754
SSR Baillac	0	0	0	0	0	729	729
Structures extra muros	0	0	57	1 505	0	0	1 562
USLD	0	0	0	0	0	1 337	1 337
TOTAL	4 918	4 305	42 618	19 338	3 281	38 127	112 587

Source : GHLA

La fourniture de ces repas gratuits n'a pas fait l'objet d'une autorisation formalisée. Selon l'ordonnateur, « ces gratuités pour des personnels médicaux et personnels non médicaux existent depuis de nombreuses années. Elles font suite à des demandes des cadres ou médecins de ces services et concernent notamment les services de nuit, ceux avec des gardes, les blocs interventionnels ». Les vérifications effectuées sur les paies de mars et octobre 2021 (hors agents de la restauration) permettent de constater que les avantages en nature relatifs à de la nourriture n'apparaissent pas sur les bulletins de salaire à l'exception des internes.

En 2022, le coût de revient des repas, calculé en unité d'œuvre, s'établissait à 7,50 € (une unité d'œuvre correspond à une demi-journée alimentaire, soit un petit-déjeuner et un déjeuner ou une collation et un dîner). Rapporté au nombre de repas gratuits servis, l'impact financier n'est pas négligeable pour l'hôpital car le coût annuel dépasse 800 000 € (coût de l'unité d'œuvre multiplié par le nombre de repas gratuits). En application de l'article 2 de l'arrêté du 10 décembre 2002 relatif à l'évaluation des avantages en nature en vue du calcul des cotisations de sécurité sociale, l'avantage est évalué de façon forfaitaire à 5,20 € pour un seul repas et à 10,40 € par journée (tarifs 2023). Il convient également de considérer le coût induit par les cotisations patronales (environ 15 %) en plus du coût direct de production.

Les plateaux destinés au personnel ne sont pas nominatifs mais sont livrés avec une carte plateau par métier (indiquant, par exemple, infirmier 1, infirmier 2, etc.). Un étiquetage de ces plateaux de façon nominative serait de nature à faciliter la facturation aux agents.

Les avantages en nature résultent de la mise à disposition ou de la fourniture à un agent par l'employeur d'un bien ou d'un service dont il est propriétaire ou locataire. Cette mise à disposition peut être gratuite ou moyennant une participation du salarié inférieure à leur valeur réelle. Aux termes de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, les cotisations de sécurité sociale, la CSG et la CRDS sont dues sur « toutes les sommes ainsi que les avantages et accessoires en nature ou en argent qui y sont associés ». Ainsi, les avantages en nature constituent un élément de la rémunération qui, au même titre que le salaire proprement dit, doit

être intégré à l'assiette des cotisations et contributions sociales. La valeur des avantages en nature doit, de ce fait, figurer sur le bulletin de paie du salarié<sup>16</sup>.

La fourniture de repas résultant d'obligations professionnelles ou pris par nécessité de service prévue conventionnellement ou contractuellement n'est pas considérée comme un avantage en nature et n'est en conséquence pas réintégrée dans l'assiette de cotisations. Toutefois, il ressort de la jurisprudence que constitue un avantage en nature pris en compte dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale les repas fournis à des praticiens hospitaliers assurant un service de garde de 18 heures le soir à 9 heures le lendemain matin dès lors qu'ils n'accomplissent aucune tâche professionnelle durant ces repas, peu importe qu'ils soient tenus d'assurer ce service à tout moment de la période de garde (Cour de cassation, chambre civile 2, 10 octobre 2013, 12-1.98).

Au regard des données communiquées par l'hôpital, la chambre régionale des comptes constate l'ampleur de l'attribution de repas gratuits livrés au personnel, phénomène auquel s'ajoute la pratique des sur-commandes par les services qui peut également déboucher sur des plateaux repas servis au profit du personnel soignant. De ce fait, elle recommande à l'établissement de réexaminer sa politique de distribution de repas gratuits destinés à son personnel en termes de conditions d'attribution et de coût brut, d'autant plus que la situation financière de l'hôpital se dégrade. Par ailleurs, elle insiste sur la nécessité de déclarer en tant qu'avantages en nature les repas gratuits aux agents afin de se conformer aux obligations résultant du code de la sécurité sociale.

En réponse, la direction a pris l'engagement de limiter les repas gratuits aux seuls personnels éligibles et de procéder aux déclarations d'avantages en nature. Pour les autres repas, un processus de réservation et de paiement sera mis en œuvre en 2024.

<p><b>Recommandation n° 3.</b> : formaliser les autorisations de repas gratuits attribués au personnel, en réduire le nombre et procéder à une déclaration sociale et fiscale d'avantage en nature pour les bénéficiaires concernés.</p>
--

---

<sup>16</sup> La valeur de l'avantage en nature à réintégrer à l'assiette des cotisations et contributions sociales est déterminée soit en fonction de sa valeur réelle soit, dans les cas pour lesquels cette forme d'évaluation est prévue, par application de forfaits, sur option de l'employeur ou à titre obligatoire. L'arrêté du 10 décembre 2002, relatif à l'évaluation des avantages en nature en vue du calcul des cotisations de sécurité sociale, prévoit un système de forfaits qui est applicable pour les principaux avantages en nature : nourriture, logement, véhicule et outils issus des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Dans les autres cas, les avantages en nature sont nécessairement déterminés par rapport à la valeur réelle.

### **3 LA FIABILITE DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIERE**

#### **3.1 Les rapports du commissaire aux comptes**

Le centre hospitalier de La Rochelle remplit les conditions énumérées à l'article D. 6145-61-7 du code de la santé publique qui prévoit que les comptes des établissements publics de santé sont soumis à la certification lorsque le total des produits du compte de résultat principal est égal ou supérieur à 100 millions d'euros pendant trois exercices consécutifs. Les rapports des commissaires aux comptes (Deloitte & Associés) ne comportent aucune réserve pour les exercices de la période 2018-2021.

#### **3.2 L'excédent brut d'exploitation et le résultat net**

Le budget de l'établissement comprend le budget principal et 13 budgets annexes. En 2022, plus de 91 % des charges de fonctionnement concernaient le budget principal, 4 % les deux EHPAD et 2,2 % l'USLD (cf. détail en annexe n° 4).

##### **3.2.1 La formation de l'excédent brut d'exploitation**

L'excédent brut d'exploitation (EBE) mesure la marge que l'établissement dégage de son exploitation courante pour financer ses charges financières, ses amortissements et ses provisions. Il se calcule par la différence entre les produits bruts d'exploitation (auxquels on ajoute les subventions d'exploitation reçues) et les consommations intermédiaires augmentées des impôts et taxes et des charges de personnel.

**Tableau n° 6 : formation de l'excédent brut d'exploitation - en K€**

	2018	2019	2020	2021	2022
Vente de marchandises	9 363,41	8 589,67	9 058,66	9 747,78	7 944,59
Production (y compris immobilisée)	303 304,97	311 187,73	335 092,22	357 358,92	377 062,23
Achats de matières et d'approvisionnements	62 392,60	66 662,15	71 714,56	79 499,43	84 884,61
+ Variation de stocks de matières et d'approvisionnements	511,17	1 385,57	2 288,42	-207,65	684,30
<b>MARGE TOTALE</b>	<b>250 786,95</b>	<b>254 500,82</b>	<b>274 724,74</b>	<b>287 399,62</b>	<b>300 806,51</b>
Autres consommations et charges externes	27 687,70	30 268,82	30 329,23	31 944,27	34 127,73
<i>dont charges de personnel externe</i>	<i>491,50</i>	<i>675,37</i>	<i>547,00</i>	<i>1 805,90</i>	<i>2 793,73</i>
<b>VALEUR AJOUTÉE</b>	<b>223 099,25</b>	<b>224 232,00</b>	<b>244 395,52</b>	<b>255 455,34</b>	<b>266 678,78</b>
Salaires et traitements	133 105,36	135 882,85	148 351,36	159 669,37	168 968,35
Charges sociales	50 152,59	51 386,40	54 815,59	60 353,77	63 122,26
Autres (impôts et taxes sur rémunérations)	18 452,67	19 152,79	20 093,70	22 630,40	24 422,56
Charges de personnel (hors personnel extérieur)	201 710,62	206 422,04	223 260,66	242 653,54	256 513,17
Impôts et taxes	27,59	32,89	64,05	48,04	49,64
Subventions d'exploitation	11 807,94	11 364,76	10 542,52	11 974,74	12 169,60
<b>EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION</b>	<b>33 168,98</b>	<b>29 141,83</b>	<b>31 613,33</b>	<b>24 548,50</b>	<b>22 285,56</b>

Source : comptes financiers

En 2021, l'EBE s'élevait à 24,55 M€, en nette diminution par rapport aux années précédentes (- 22 % par rapport à 2020). La valeur ajoutée ayant continué sa progression en 2021, la baisse de l'EBE découle d'une forte augmentation des charges de personnel (+ 19,39 M€ soit 8,69 %). En 2022, l'EBE se dégrade de nouveau pour s'établir à 22,28 M€. Comme en 2021, les charges de personnel augmentent plus (+ 13,86 M€) que la valeur ajoutée (+ 11,22 M€).

#### Les produits entrant dans le calcul de l'EBE

Les produits de l'activité hospitalière représentaient un peu plus de 288,5 M€ en 2021 et 305,26 M€ en 2022. Ils sont constitués à près de 95 % par des produits à la charge de l'Assurance maladie et ont progressé de 24,8 % par rapport à 2018, ce qui traduit la dynamique de l'activité.

Parmi les produits de l'activité hospitalière, les produits liés à la tarification des séjours constituent logiquement le premier poste de recettes (133,3 M€ en 2022). Viennent ensuite les dotations annuelles de financement des activités de psychiatrie (49,9 M€) devant la production de médicaments et molécules onéreuses (33,3 M€) qui, comme dans de nombreux établissements, connaît une importante progression (+ 92 % par rapport à 2018). Les produits liés aux actes et consultations externes (10,4 M€) demeurent assez stables sur la période 2018-2022, même si ces derniers ont légèrement diminué par rapport à 2021 (- 6 %). Il s'agit d'une activité relativement modeste au regard des recettes engendrées mais qui revêt une certaine importance dans la mesure où les consultations peuvent déboucher sur des hospitalisations au sein de l'établissement.

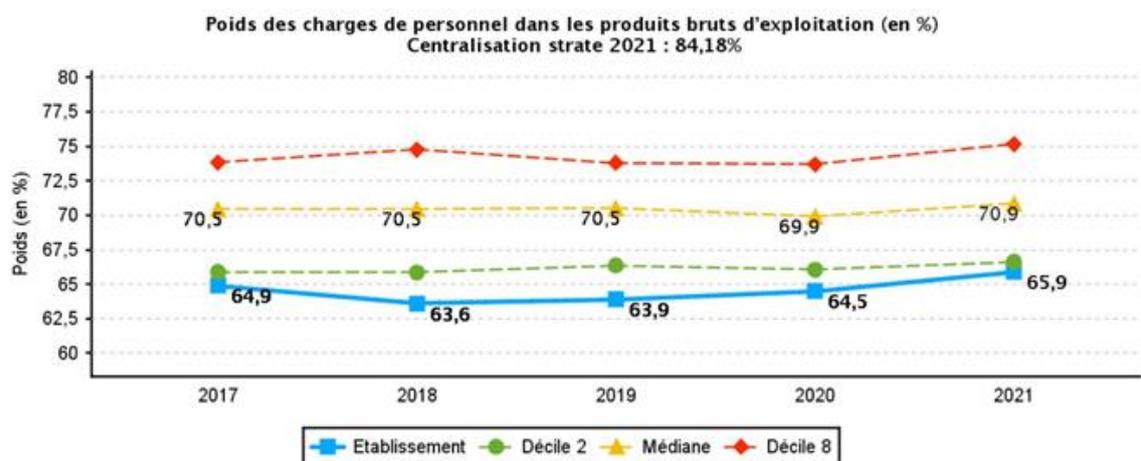
En 2020, les recettes MIGAC<sup>17</sup> sont passées de 12,19 M€ à 25,96 M€ en raison des mesures de financement exceptionnel liées à l'épidémie de covid-19. Il s'agit, pour l'essentiel, de mesures non reproductibles mais pour lesquelles le dispositif a été maintenu de façon allégée en 2021 pour accompagner les établissements de santé dans le cadre d'un retour progressif à la normale. La baisse des MIGAC constatée en 2021 découle, d'une part, de la baisse de la dotation MIG à la suite du transfert du financement du SMUR vers les forfaits urgences et, d'autre part, de la diminution de la dotation découlant de la compensation des surcoûts covid-19.

### Les charges entrant dans le calcul de l'EBE

Les achats de matières et approvisionnement (84,88 M€ en 2022) ont augmenté de 36 % au cours de la période examinée, à un rythme supérieur à celui des produits de l'activité hospitalière. Ce sont les achats de produits pharmaceutiques et à usage médical et les achats de fournitures consommables qui ont le plus progressé.

Absorbant 95 % de la valeur ajoutée, les charges de personnel constituent le premier poste de dépenses, comme c'est le cas dans la quasi-totalité des établissements de santé. C'est surtout en 2020 et 2021 que la hausse s'est fortement accélérée (entre 8 % et 9 % par an). Les charges de personnel sont ainsi passées de 206,42 M€ en 2019 à 223,26 M€ en 2020 puis 242,65 M€ en 2021 (hors personnels extérieur à l'établissement). L'évolution de la masse salariale, qui est supérieure à celle des effectifs, découle des revalorisations engendrées par les mesures prises dans le cadre du « Ségur de la santé » (grilles indiciaires et instauration de nouvelles indemnités ou d'indemnités exceptionnelles) et par les surcoûts liés à la crise sanitaire ayant engendré une augmentation des lignes de permanence de soins et du temps additionnel supplémentaire. Ce constat concerne de très nombreux centres hospitaliers et pas seulement celui de La Rochelle. D'ailleurs, pour le GHLA, le poids des charges de personnel rapporté aux produits bruts d'exploitation se situe en dessous de la médiane des établissements comparables.

**Graphique n° 4 : poids des charges de personnel rapporté aux produits bruts d'exploitation**



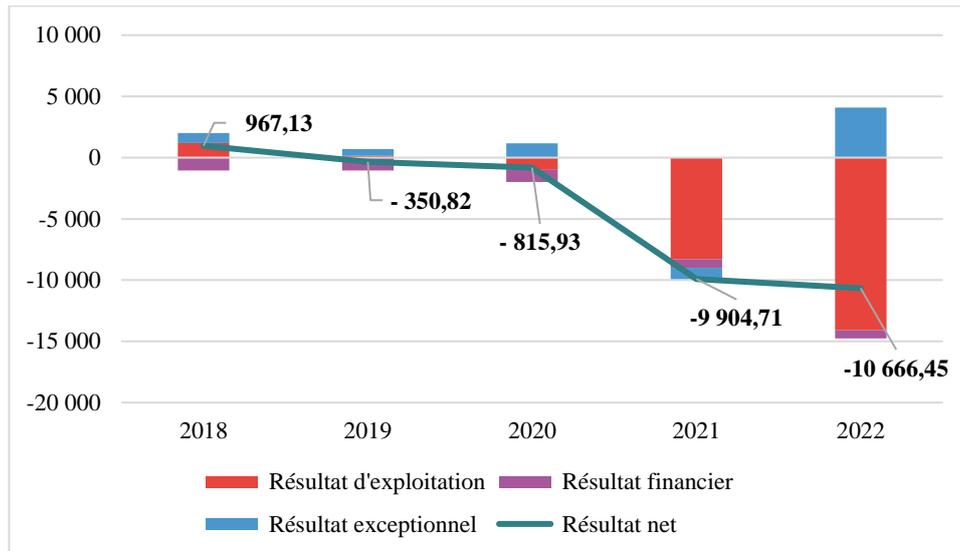
Source : tableaux IDAHO

<sup>17</sup> Missions d'intérêt général (MIG) et d'aides à la contractualisation (AC).

### 3.2.2 La formation du résultat net

Le résultat d'exploitation s'obtient en ajoutant à l'excédent brut d'exploitation les dotations aux amortissements et provisions ainsi que le solde entre les autres produits et les autres charges d'exploitation. Le résultat net intègre, quant à lui, le résultat financier et le résultat exceptionnel. Il correspond donc à la différence entre le total des produits et le total des charges.

**Graphique n° 5 : formation du résultat net (en K€)**



Source : CRC, à partir des comptes financiers du GHLA

Négatif depuis 2019, le résultat net se détériore très fortement en 2021 (- 9,90 M€) en raison de la baisse du résultat d'exploitation (positif de 1,18 M€ en 2018 et négatif de 8,29 M€ en 2021) et ce malgré une amélioration relative du résultat financier (- 1,1 M€ en 2018 et - 0,7 M€ en 2021) lié au désendettement constaté entre 2018 et 2021. En 2022, le résultat net (- 10,66 M€) continue à se dégrader même si cette baisse est beaucoup moins importante que celle constatée en 2021 (- 0,76 M€). Toutefois, ce constat est à relativiser car le résultat d'exploitation (- 14,08 M€) a, quant à lui, diminué de 5,79 M€ par rapport à l'année précédente. C'est l'amélioration du résultat exceptionnel (+ 5 M€) qui absorbe en partie la détérioration du résultat d'exploitation. Cette amélioration du résultat exceptionnel découle de l'augmentation des plus-values de cessions (1,82 M€) résultant de la vente d'un bâtiment désaffecté dénommé « le château » (1,5 M€) et d'une baisse des autres charges exceptionnelles (- 2,82 M€) liée à l'absence de dotations aux provisions réglementées et à la baisse des annulations de titres de recettes par rapport à 2021.

Compte tenu de son poids dans le total des produits et des charges, le résultat net du budget principal explique en grande partie le résultat net consolidé.

Tableau n° 7 : décomposition du résultat net par budget - en K€

	2018	2019	2020	2021	2022
Principal (H)	489,43	-848,51	-1 175,33	-9 049,22	-9 573,78
Dotation non affectée (A0)	227,43	233,25	125,38	183,52	176,83
USLD (B)	162,66	100,38	72,60	-514,91	-521,21
École paramédicale (C0)	-95,45	23,37	-55,37	58,56	-12,95
EHPAD La Rochelle (E1)	4,16	21,38	195,41	-241,65	-302,26
EHPAD Saint-Martin-de-Ré (E2)	-12,58	54,62	-327,79	-593,40	-768,23
GHT Atlantique 17 (G0)	0	0	0	0	0
ESAT Treuil Moulinier (L0)	1,80	4,61	148,81	215,73	278,92
ESAT production commerciale (M0)	64,27	25,12	8,89	45,74	131,99
ESAT-foyer (P1)	13,01	19,07	211,69	-135,72	-130,21
CAMSP (P2)	54,31	34,16	14,35	0,49	22,06
Maison d'accueil spécialisé (P3)	9,37	23,54	0,77	60,82	-28,06
CSAPA (P4)	40,47	-41,95	-24,67	40,92	23,10
Foyer occupationnel (P5)	8,24	0,15	-10,56	24,40	37,36
<b>TOTAL</b>	<b>967,12</b>	<b>-50,82</b>	<b>-815,83</b>	<b>-9 904,71</b>	<b>-10 666,45</b>

Source : CRC, à partir des comptes financiers

### 3.2.3 L'impact de la crise sanitaire sur la situation financière de l'établissement

Selon l'établissement, l'impact de l'épidémie de covid-19 sur le budget principal est double. L'ensemble des surcoûts engagés n'ont pas été compensés. Hors produits de titre 1 (liés à l'activité soins), pour lesquels on peut estimer que la compensation a été assurée par l'allocation de la garantie de financement, les surcoûts non compensés atteignent 7,70 M€ en 2020 et 1,46 M€ en 2021.

Tableau n° 8 : impact de l'épidémie de covid-19 sur la situation financière - en K€

	2020	2021
Total surcoûts	9 411,00	6 344,05
Total pertes de recettes	4 257,00	999,29
Total surcoûts et pertes de recettes	13 668,00	7 243,34
Couverture par divers mécanismes financiers	5 963,82	5 875,17
<b>Reste à charge pour l'établissement</b>	<b>7 704,18</b>	<b>1 457,17</b>

Source : GHLA

En plus de l'impact relatif à la crise sanitaire, commun à tous les établissements de santé, l'épidémie a rompu la dynamique de création d'activité que connaissait l'établissement. L'hôpital, qui avait mis en place plusieurs activités nouvelles et, pour ce faire, avait engagé des dépenses, n'a pas obtenu les recettes escomptées faute d'un niveau d'activité suffisant. Ce manque à gagner qui était attendu du développement d'activités nouvelles est estimé à 3,4 M€ en 2021. Cela concerne, notamment, les soins palliatifs, le développement de la chirurgie de l'épaule (avec l'arrivée d'un nouveau praticien), la chirurgie digestive, la chirurgie vasculaire ainsi que la médecine polyvalente. Au-delà du budget principal, les budgets annexes qui ont été les plus affectés par la crise sanitaire sont l'USLD et les EHPAD. L'impact a surtout été visible

en 2021 et 2022 avec un creusement des déficits en raison de la baisse d'activité. Le nombre de décès a augmenté et s'est accompagné de difficultés de recrutement et de suspension des admissions lorsque des *clusters* covid-19 existaient. Ainsi, entre 2020 et 2021, le taux d'occupation de l'USLD est passé de 98,3 % à 96,7 %, celui de l'EHPAD « La maison de Baillac » est passé de 97,6 % à 96 % et celui de l'EHPAD Saint-Martin-de-Ré de 88,3 % à 87,3 %. En parallèle, ces budgets ont dû absorber une augmentation des dépenses de personnel afin de compenser l'absentéisme provoqué par la situation épidémique.

### 3.3 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) est la différence entre les produits encaissables et les charges décaissables. Comme son nom l'indique, elle permet de dégager un autofinancement susceptible de couvrir les dépenses d'investissement à venir hors recours à l'emprunt. Cet indicateur permet donc d'évaluer la capacité de l'établissement à mener à bien des opérations d'investissement.

**Tableau n° 9 : formation de la capacité d'autofinancement nette - en K€**

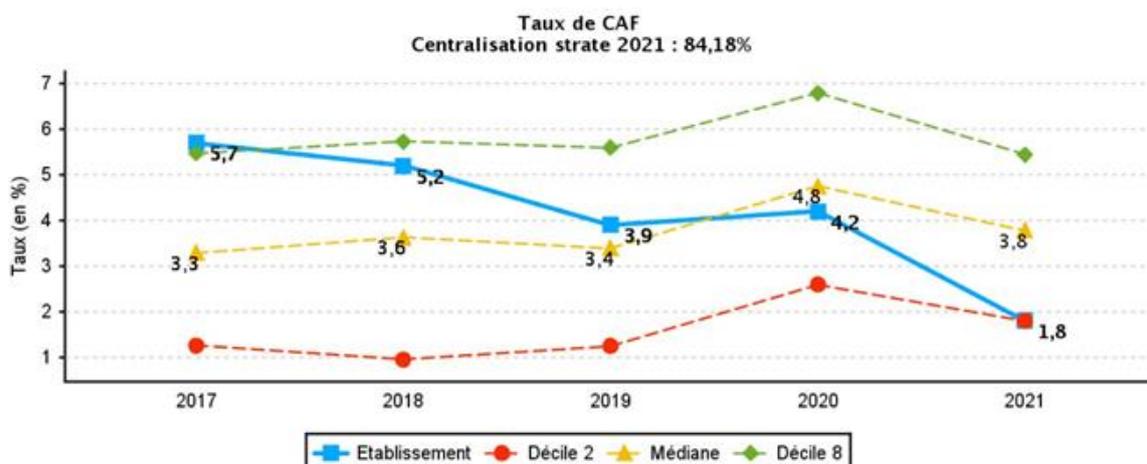
	2018	2019	2020	2021	2022
Capacité d'autofinancement brute	16 803,18	13 123,58	15 135,54	6 901,31	3 991,81
Remboursement du capital de la dette	3 255,81	2 941,91	2 933,47	2 945,96	2 987,29
<b>Capacité d'autofinancement nette</b>	<b>13 547,37</b>	<b>10 181,67</b>	<b>12 202,07</b>	<b>3 955,35</b>	<b>1 004,52</b>

Source : CRC, d'après les comptes financiers du GHLA

La capacité d'autofinancement brute est positive pour chaque exercice comptable mais elle se dégrade fortement en 2021 suivant l'évolution de l'EBE et celle du résultat net. Alors que le taux de CAF<sup>18</sup> était supérieur au 8<sup>e</sup> décile de la strate des établissements comparables en 2018, il est passé, en 2020 en dessous de la médiane puis, en 2021, au niveau du second décile. Même si elle reste positive en 2022 (3,99 M€), la dégradation de la CAF brute se poursuit.

<sup>18</sup> CAF / total des produits encaissables.

Graphique n° 6 : évolution du taux de CAF (brute)



Source : tableaux IDAHO

Entre 2018 et 2021, la CAF nette, calculée après remboursement en capital de la dette, suit la même évolution que la CAF brute. Cette dégradation, qui se poursuit en 2022, est d'autant plus inquiétante qu'elle intervient dans un contexte de besoin d'investissement à venir très élevé en raison du projet de construction du nouvel hôpital.

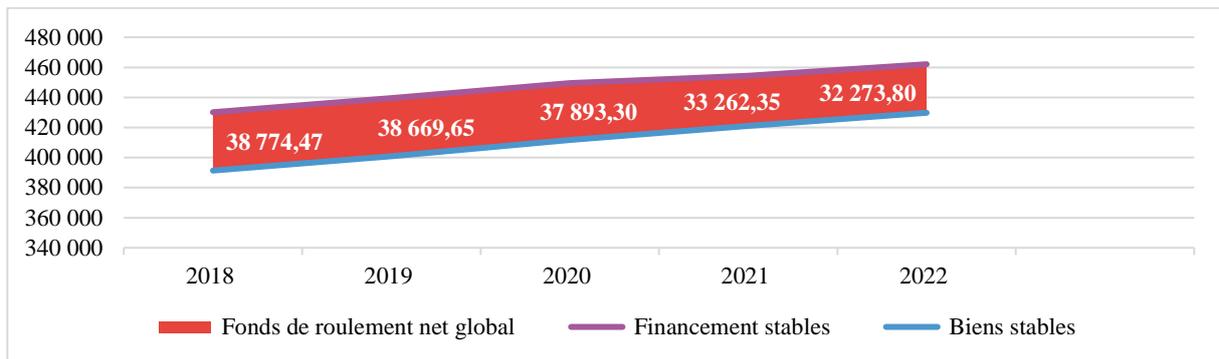
Depuis son lancement en 2016, cette opération a connu de nombreuses évolutions entraînant un décalage du calendrier initial. Jusque récemment, il était prévu que l'hôpital soit implanté sur un terrain de sept hectares, situé sur l'actuel site du parc des expositions. L'ouverture devait avoir lieu courant 2031. Or, le 5 octobre 2023, il a été annoncé que cette hypothèse était abandonnée car les autorités de tutelle considéraient que le terrain était inadapté à la réalisation d'un tel investissement. Quel que soit le futur site d'implantation, la soutenabilité financière de ce projet majeur, dont le coût était évalué à plus de 790 M€, dépendra de la capacité du centre hospitalier à dégager un financement propre suffisant pour assurer le bouclage financier de cette opération.

### 3.4 Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie

Le fonds de roulement net global (FRNG) est la différence entre les financements stables (capitaux propres, emprunts à moyen et long terme, amortissements et provisions) et les immobilisations. Un FRNG positif indique que les immobilisations ont été financées par des financements stables. *A contrario*, un FRNG négatif implique que des immobilisations ont été financées par des ressources de court terme.

En 2020, première année de l'épidémie de covid 19, le fonds de roulement, bien que largement positif, s'est détérioré et son niveau a continué de baisser en 2021 et 2022.

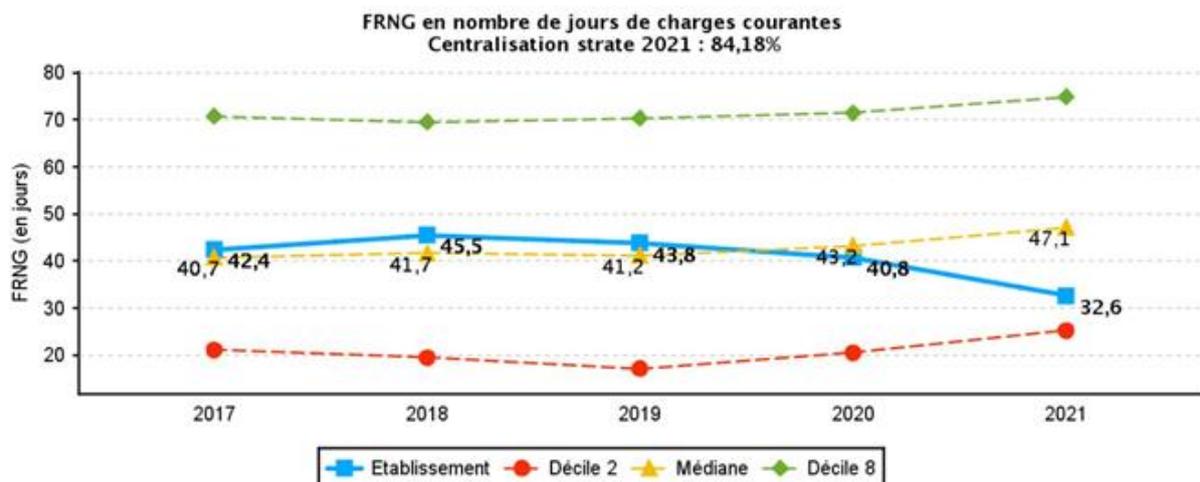
**Graphique n° 7 : évolution du fonds de roulement (en k€)**



Source : CRC d'après les comptes financiers du GHLA

Alors qu'en 2018, le FRNG exprimé en nombre de jours de charges courantes (42,4) était légèrement supérieur à la valeur médiane (40,7), il lui est désormais inférieur de 14 points (32,6 jours contre 47,1 jours).

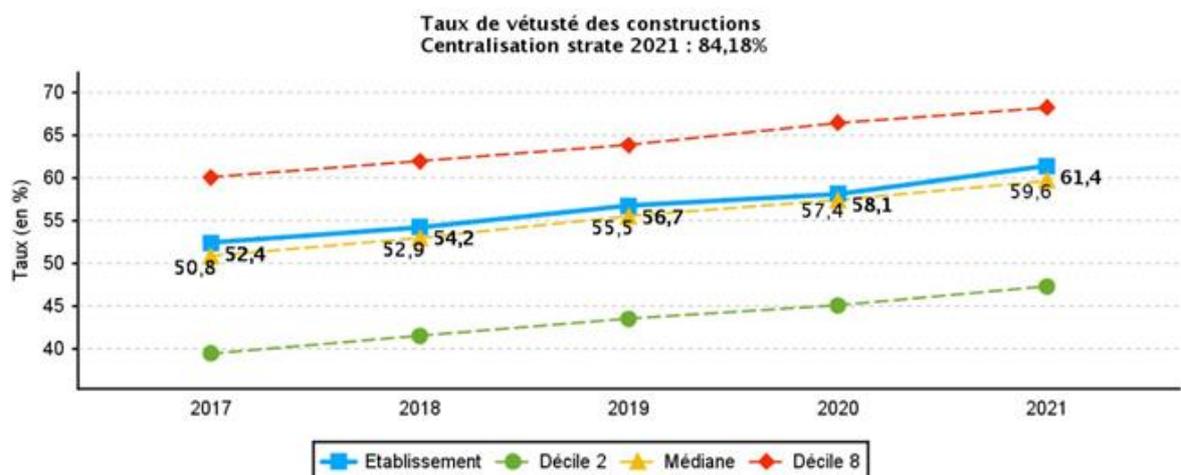
**Graphique n° 8 : évolution du FRNG**



Source : tableaux IDAHO

Cette détérioration de FRNG sur la période 2018-2021, s'accompagne d'un accroissement du taux de vétusté des constructions (+ 7,2 points) même si l'écart à la médiane reste contenu (1,3 point en 2018 et 1,8 point en 2021).

Graphique n° 9 : évolution du taux de vétusté des constructions



Source : tableaux IDAHO

Le plan pluriannuel d'investissement 2022-2030 planifie un volume d'investissement de 92 M€ (hors nouvel hôpital) que l'établissement devra financer en partie sur ses fonds propres.

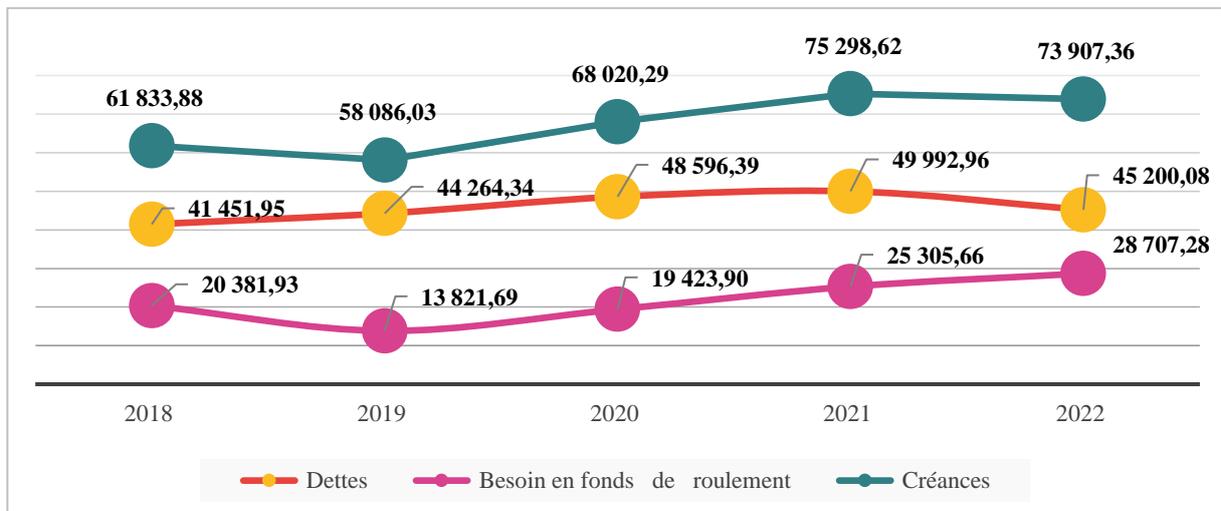
Tableau n° 10 : investissement total prévisionnel par site dans le PPI 2022-2030 - en M€

Programme	Investissement sur exercices antérieurs	Investissement sur exercices 2022-2030
Site Saint-Louis	33,84	16,72
Site Saint-Martin	0,06	0,00
Site Fief de la Mare	28,53	12,21
Site Marlonges	0,23	0,00
Site Marius Lacroix	14,56	6,08
Mises aux normes de sécurité	9,59	6,98
Système d'information	20,69	8,91
Renouvellement des équipements	4,24	45,24
TOTAL	111,74	92,07

Source : GHLA-PPI

Le besoin en fonds de roulement (BFR) se calcule par la différence entre les créances et les dettes du cycle d'exploitation. Il découle du décalage entre le délai de paiement (plus il est élevé et plus il y a de dettes) et le délai de recouvrement des créances (plus il est élevé et plus il y a de créances).

Graphique n° 10 : évolution du besoin en fonds de roulement - en K€

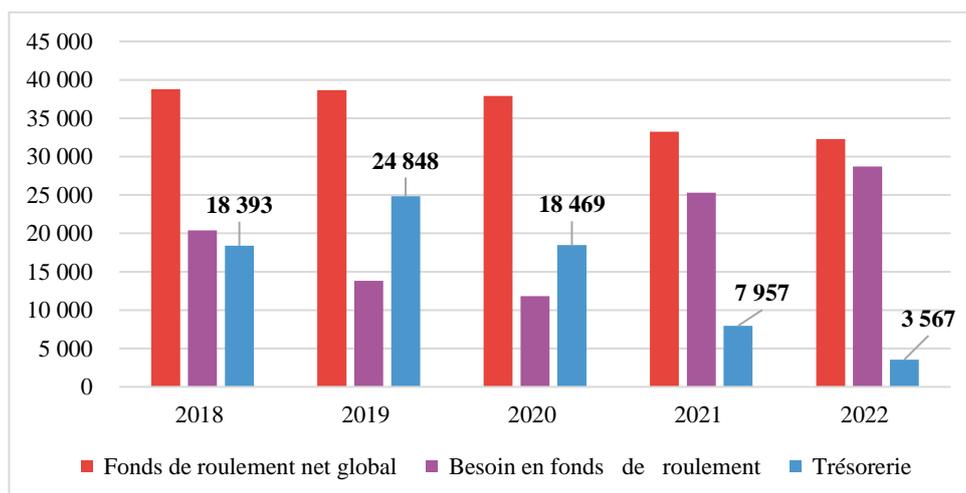


Source : CRC, graphique réalisé à partir des comptes du GHLA

Le besoin en fonds de roulement doit être couvert par le fonds de roulement afin de dégager une trésorerie positive en fin d'exercice. Cette trésorerie au 31 décembre n'est qu'une photographie de la situation à un moment donné, ce qui n'empêche pas la survenue de certaines difficultés de trésorerie au cours de l'exercice, notamment lorsque l'établissement doit faire face à d'importants décaissements.

Le niveau de la trésorerie apprécié en fin d'exercice comptable a fortement diminué en 2021. Cette baisse se poursuit en 2022 (- 4,39 M€) puisque le BFR croît (+ 3,4 M€) concomitamment à la baisse du fonds de roulement (- 0,99 M€).

Graphique n° 11 : évolution de la trésorerie - en K€



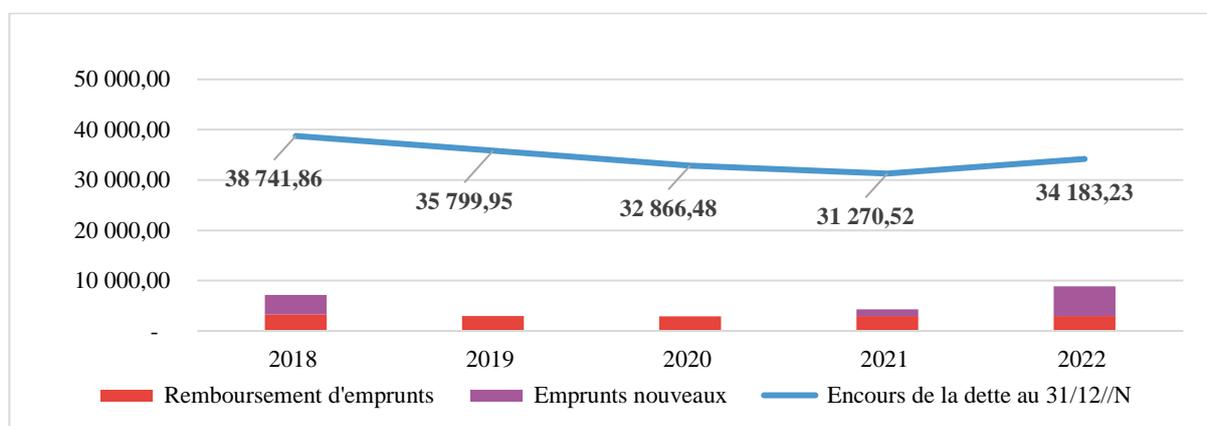
Source : à partir des données des comptes financiers du GHLA

Le GHLA a contracté, en 2022, une ligne de trésorerie d'un montant plafond de 10 M€ auprès de la Banque Postale. Ce contrat prévoit un taux nominal fixe de 0,20 % par an avec une commission d'engagement d'un montant de 10 000 €. L'ensemble des tirages réalisés sur l'exercice s'est élevé à 15,9 M€.

### 3.5 L'endettement

Sur la période 2018-2021, l'établissement a mobilisé 5,25 M€ d'emprunt et en a remboursé 12,08 M€. Son stock de dette a donc diminué de 6,83 M€. Au 31 décembre 2021, l'encours de la dette était de 31,27 M€, mais en 2022 le stock de dette a augmenté de 2,9 M€ du fait de la souscription de deux nouveaux emprunts pour un montant total de 5,9 M€<sup>19</sup> remboursables sur 15 ans (taux de référence Euribor 3 mois).

Graphique n° 12 : évolution de l'endettement sur la période 2018-2022 (en K€)



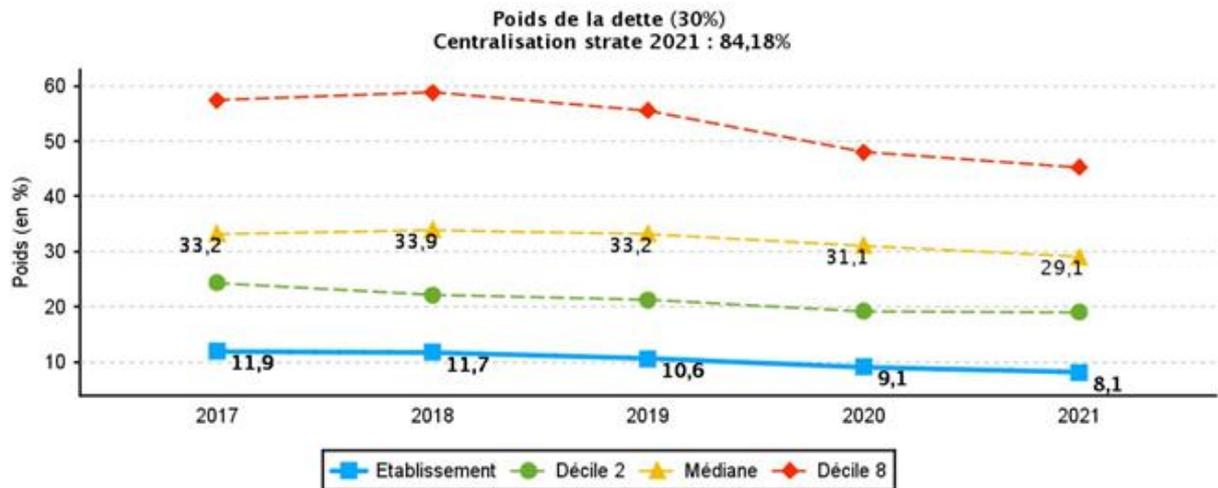
Source : CRC, d'après les comptes du GHLA

Le poids de la dette, qui rapporte l'encours de la dette au total des produits toutes activités confondues demeure faible. En 2021<sup>20</sup>, il était inférieur de 21 points à la valeur médiane des établissements comparables.

<sup>19</sup> L'évolution du stock de dettes résulte de la différence entre les montants remboursés et les montants souscrits.

<sup>20</sup> Dernier exercice pour lequel la comparaison est disponible.

Graphique n° 13 : poids de la dette



Source : GHLA (synthèse financière réalisée par le trésorier à partir du logiciel IDHAO)

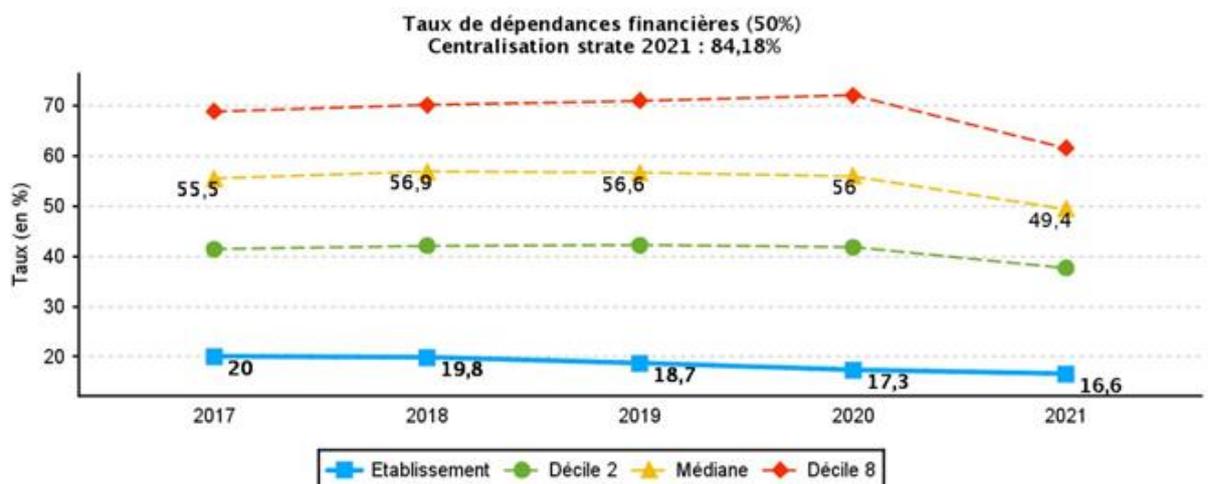
Dans son encours, le centre hospitalier possède un seul prêt non classé 1A selon les critères de la charte Gissler<sup>21</sup>. Il s'agit d'un produit contracté en 1998 mais qui bénéficie désormais d'un taux fixe nul en lieu et place d'une indexation sur l'indice LIBOR 3 mois en francs suisse (+ 0,32 %). Ces nouvelles conditions, qui peuvent paraître très favorables, sont liées à l'évolution de l'index LIBOR CHF qui est négatif depuis une dizaine d'année. Ce prêt s'achève le 1<sup>er</sup> juillet 2027. La structure de l'endettement peut donc être qualifiée de saine<sup>22</sup>.

L'indicateur du taux de dépendance financière, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux propres, a diminué au cours de la période examinée et reste très inférieur au second décile de la catégorie sur toute la période.

<sup>21</sup> La charte Gissler classe les emprunts en fonction de deux critères : l'indice sous-jacent servant au calcul de la formule (de 1 - risque faible à 5 - risque élevé) et la structure de la formule de calcul (de « A » - risque faible à « E » - risque élevé). Ainsi, les produits classés 1A ont un niveau de risque faible tandis que ceux classés 5E comportent un risque très élevé.

<sup>22</sup> En 2021, l'établissement a procédé à une opération de refinancement de la dette permettant de transformer un emprunt à taux variable (Livret A + 1,09 %) ayant un capital restant dû de 5,10 M€ en un emprunt à taux fixe de 1,1 %, moyennant le versement d'une indemnité de remboursement anticipée de 0,15 M€.

Graphique n° 14 : taux de dépendance financière



Source : GHLA (synthèse financière réalisée par le trésorier à partir du logiciel IDHAO)

La durée apparente de la dette demeure faible (4,5 ans en 2021) et se situe au niveau du second décile de la catégorie des établissements comparables.

### 3.6 Le plan d'action performance

Face à la dégradation de sa situation financière, le centre hospitalier a élaboré un plan de performance couvrant la période 2023-2025. Ce plan, qui définit 11 actions et 50 sous-actions, mentionne un calendrier de mise en œuvre et recense les impacts organisationnels et financiers attendus. Il chiffre les économies et les recettes supplémentaires qui auront des conséquences sur le niveau de la marge brute d'exploitation. Sur la période considérée, la marge brute devrait s'améliorer de 5,43 M€ découlant principalement des économies réalisées (4,17 M€ d'économies pour 1,8 M€ de recettes supplémentaires et 0,53 M€ de coûts nouveaux).

Tableau n° 11 : chiffrage du plan de performance 2023-2025 - en €

Actions	Impact sur le déficit 2023	Impact sur le déficit 2024	Impact sur le déficit 2025	Impact Total
Amélioration du parcours patient	-420 799	-289 003	0	-709 801
Augmentation des recettes	-748 311	-173 772	-45 253	-967 336
Réduction des coûts	-576 078	-570 744	-112 358	-1 259 180
Réduction des heures supplémentaires	-1 256 023	-698 743	-342 769	-2 297 534
Pertinence des soins	-100 000	-100 000	0	-200 000
<b>Total</b>	<b>-3 101 210</b>	<b>-1 832 261</b>	<b>-500 380</b>	<b>-5 433 851</b>

Source : GHLA

Ce plan, aussi indispensable soit-il, ne sera probablement pas suffisant pour rétablir les équilibres au regard du déficit constaté et des besoins de financement à venir engendrés par un programme prévisionnel d'investissement très conséquent. De ce fait, d'importants efforts devront être consentis par l'établissement pour rétablir sa capacité d'autofinancement afin d'atteindre un niveau suffisant et compatible avec le plan de financement prévu pour la construction du nouvel hôpital.

## 4 LE PERSONNEL

### 4.1 Les effectifs

#### 4.1.1 L'évolution des effectifs médicaux

Les effectifs du personnel médical ont augmenté de 11,69 % (+ 42,44 ETPR - équivalent temps plein rémunéré) au cours de la période 2018-2022. Ce sont les praticiens « non statutaires » contractuels qui ont connu la plus forte progression (+ 38,45 % soit 16,9 ETPR). Le nombre d'internes a également augmenté de façon significative (+ 15,77 % soit 15,03 ETPR).

Tableau n° 12 : évolution des effectifs médicaux (ETPR)

Personnel médical	2018	2019	2020	2021	2022	Évol
<b>Praticiens statutaires (hospitaliers)</b>	<b>191,58</b>	<b>193,17</b>	<b>197,46</b>	<b>204,09</b>	<b>203,56</b>	<b>6,25%</b>
Praticiens contractuels	43,95	52,11	54,02	50,79	60,85	38,45%
Assistants	23,71	22,86	30,09	29,31	23,53	-0,76%
Attachés	8,56	8,86	9,32	7,96	7,27	-15,07%
Cliniciens hospitaliers	0	0	0	0	0	
<b>Sous-total praticiens non-statutaires</b>	<b>76,22</b>	<b>83,83</b>	<b>93,43</b>	<b>88,06</b>	<b>91,65</b>	<b>20,24%</b>
Internes	95,3	94,84	96,37	112,03	110,33	15,77%
<b>Total des praticiens</b>	<b>363,1</b>	<b>371,84</b>	<b>387,26</b>	<b>404,18</b>	<b>405,54</b>	<b>11,69%</b>

Source : CH La Rochelle

Selon l'établissement, deux phénomènes ont eu un impact fort sur l'évolution des effectifs : la modification du temps de travail clinique des urgentistes (passage d'un plafond de 48 heures hebdomadaire à une obligation hebdomadaire de 39 heures) et la mise en place d'une double garde d'anesthésie dont une dédiée pour la maternité en raison du franchissement du seuil des 2 000 naissances annuelles (application des textes réglementaires relatifs à la périnatalité). L'évolution des effectifs médicaux résulte également des choix ayant conduit au développement d'activité. Des recrutements opérés par l'hôpital de La Rochelle ont également donné lieu à des mises à disposition auprès du CH de Rochefort (urgences et gynécologie-obstétrique).

L'établissement ne rencontre pas de difficulté particulière pour recruter des médecins, sauf pour certaines spécialités structurellement déficitaires à l'échelle nationale (urgences, psychiatrie, anatomie-cytopathologie). Un seul praticien possède un diplôme obtenu hors Union Européenne, ce qui est très peu au regard des effectifs employés par le centre hospitalier. La politique d'attractivité et de fidélisation du personnel médical a commencé à être structurée dans le cadre des travaux portant sur le projet médical. Cette démarche, qui a connu un arrêt durant la pandémie, a été relancée par la commission médicale de groupement.

#### 4.1.2 L'intérim médical

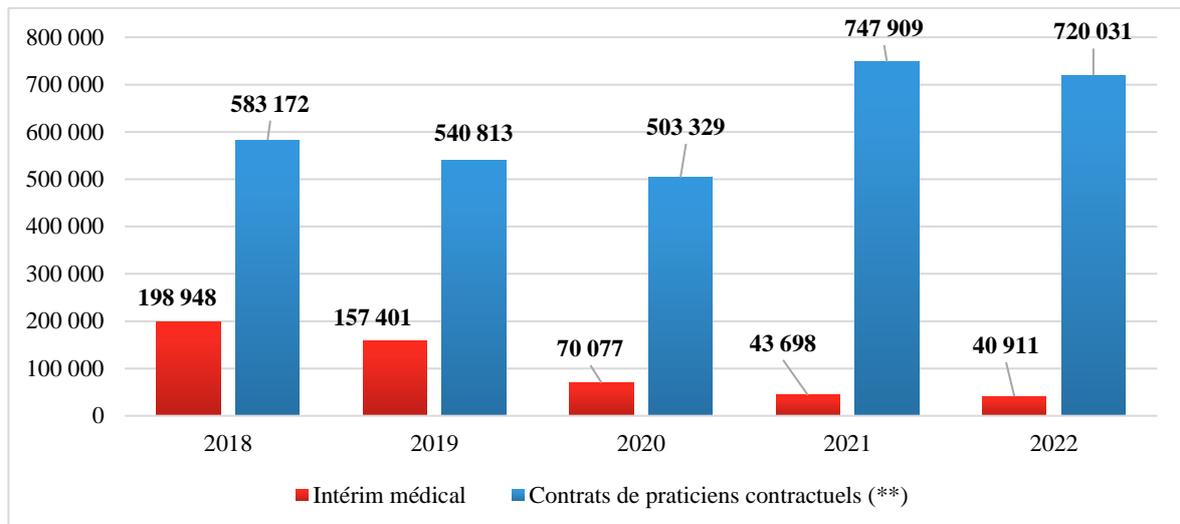
Pour faire face à des besoins ponctuels en personnel médical, le centre hospitalier utilise deux modalités de recrutement : des contrats de vacation passés par le biais d'une entreprise de travail temporaire (contrats d'intérim) ou des contrats conclus directement avec les praticiens sans intervention d'un tiers. Sur la période 2018 à 2022, le coût total des contrats d'intérim est très faible (41 000 € en 2022) et a baissé, ce qui est une situation atypique par rapport à celle généralement constatée au sein des établissements de santé. Depuis deux ans, le GHLA a recours à du personnel intérimaire uniquement pour la médecine d'urgence, pour une durée moyenne d'une trentaine de jours par an.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé plafonne le montant journalier des dépenses engagées par un établissement de santé au titre d'une mission de travail temporaire. L'arrêté du 24 novembre 2017 fixait à 1 170,04 € brut le montant plafond pour une journée de 24 heures de travail effectif. L'application de la réforme de l'intérim médical, qui prévoyait un contrôle *a priori* par le comptable public du respect du plafonnement de la rémunération, a été repoussée à plusieurs reprises en raison des difficultés de mise en œuvre. Son entrée en vigueur, qui était initialement prévue le 28 octobre 2021, a été différée au 3 avril 2023. L'ensemble des prestations d'intérim et des contrats à durée déterminée conclus à compter de cette date sont désormais soumis au contrôle du comptable public selon les modalités prévues par l'instruction interministérielle du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé. Le montant plafond du salaire brut d'un praticien intérimaire pour 24 heures de travail effectif a été porté à 1 389,83 €. Toutefois, ce plafond n'intègre pas le paiement éventuel des frais professionnels qui sont généralement remboursés aux praticiens.

La rémunération brute pour 24 heures servie aux praticiens intérimaires qui interviennent au GHLA respecte le plafond prévu par les textes puisqu'elle se situe entre 966,96 € et 1 170,04 €. Le coût facturé à l'établissement est, toutefois, plus élevé car un coefficient multiplicateur est appliqué à la rémunération brute pour couvrir les frais d'agence, les charges patronales auxquels s'ajoutent les remboursements de frais de transport.

Si l'hôpital fait peu appel à l'intérim (13 contrats en 2022), il a, en revanche, recours à des contrats de praticien contractuel pour des remplacements couvrant des durées inférieures ou égales à 12 mois (115 contrats en 2022). Le coût représenté par ces contrats est beaucoup plus élevé (720 000 € en 2022) sans pour autant pouvoir être qualifié de particulièrement important au regard de la taille de l'établissement et des montants constatés dans d'autres centres hospitaliers, parfois plus petits.

**Graphique n° 15 : coût de l'intérim médical et des contrats de praticiens contractuels (\*)**



(\*) D'une durée inférieure ou égale à 12 mois.

(\*\*) Estimation du coût annuel (traitement de base + permanence des soins + déplacement + hébergement).

Source : CRC, à partir des données communiquées par le GHLA

### 4.1.3 L'évolution des effectifs non médicaux

Entre 2018 et 2021, les effectifs du personnel non médical ont augmenté de 5,46 % (+ 197,77 ETPR). Cette augmentation est particulièrement importante chez les soignants en contrat à durée indéterminée (+ 158,87 ETPR pour les CDI). En revanche, le nombre de soignants sous statut fonction publique hospitalière a stagné. De nombreux recrutements ont été réalisés en 2020 et 2021 en lien avec la crise sanitaire (renforts covid-19) mais en 2022, on observe une diminution globale des effectifs (- 102,23 ETPR).

Tableau n° 13 : évolution des effectifs non médicaux (ETPR)

Personnel non médical	2018	2019	2020	2021	2022	Évol
<b>Titulaires</b>						
Administratifs	342,02	343,9	342,4	330,94	317,97	-7,03 %
Soignants	2 039,33	2 023,72	2 054,82	2 037,21	2 042,83	0,17 %
Éducatifs et sociaux	63,6	63,9	63,7	63,79	55,65	-12,50 %
Techniques	206,7	202,02	199,9	198,29	184,39	-10,79 %
Médico-techniques	92,88	97,51	99,4	107,19	110,92	19,43 %
<b>Sous-total titulaires</b>	<b>2 744,53</b>	<b>2 731,05</b>	<b>2 760,22</b>	<b>2 737,42</b>	<b>2 711,76</b>	<b>-1,19 %</b>
<b>CDI</b>						
Administratifs	58,53	61,48	65,7	72,22	82,87	41,58 %
Soignants	374,42	431,12	481,67	533,29	500,15	33,58 %
Éducatifs et sociaux	11,78	12,51	14,8	15,69	17,01	44,36 %
Techniques	90,68	94,69	103,53	113	131,99	45,56 %
Médico-techniques	6,77	10,02	16,93	20,4	21,15	212,43 %
<b>Sous-total CDI</b>	<b>542,18</b>	<b>609,82</b>	<b>682,63</b>	<b>754,6</b>	<b>753,16</b>	<b>38,91 %</b>
<b>CDD</b>						
Administratifs	29,33	29,28	35,2	49,49	53,16	81,24 %
Soignants	230,83	203,51	182,37	191,21	128,46	-44,35 %
Éducatifs et sociaux	9,2	10,05	7,7	7,68	11,65	26,58 %
Techniques	44,78	48,85	53,95	61,67	39,76	-11,22 %
Médico-techniques	18,9	19,73	17,92	15,45	17,34	-8,24 %
<b>Sous-total CDD</b>	<b>333,04</b>	<b>311,42</b>	<b>297,14</b>	<b>325,5</b>	<b>250,36</b>	<b>-24,83 %</b>
<b>Total personnel non médical</b>	<b>3 619,75</b>	<b>3 652,29</b>	<b>3 739,99</b>	<b>3 817,52</b>	<b>3 715,29</b>	<b>2,64 %</b>

Source : CH La Rochelle

Jusqu'à présent, le GHLA et sa région étaient plutôt considérés comme attractifs et seules certaines professions (masseurs-kinésithérapeutes par exemple) pouvaient faire défaut. D'ailleurs, une dizaine de personnels paramédicaux disposent de diplômes hors Union Européenne, ce qui est peu au regard des effectifs de l'établissement. Aujourd'hui, les difficultés de logement sur l'agglomération rochelaise et sa périphérie majorent les tensions rencontrées. Depuis fin 2021, et plus particulièrement en 2022, l'établissement doit faire face à des difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé paramédicaux, notamment les infirmiers et aides-soignants. Ce phénomène, qui n'est pas propre à l'hôpital de La Rochelle, se traduit par une augmentation du taux de rotation du personnel (8,24 % en 2018, 10,29 % en 2019, 9,58 % en 2020, 10,98 % en 2021 et 11,49 % en 2022)<sup>23</sup>.

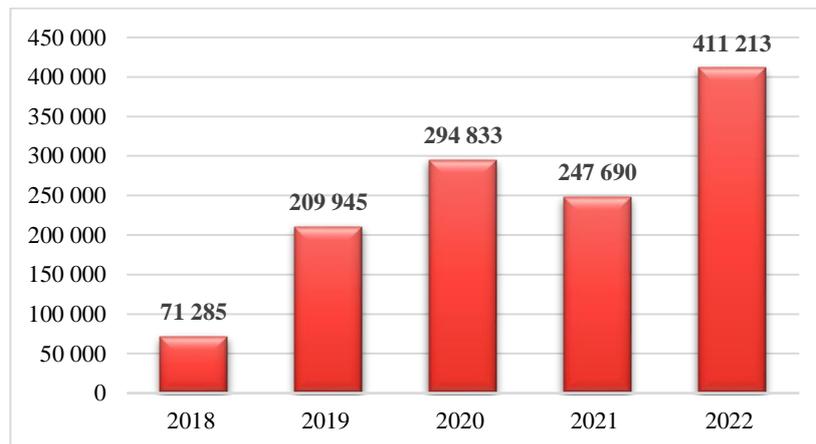
Dans le cadre du dispositif de sécurisation des organisations introduit par les accords du Ségur de la santé, l'établissement a entamé un travail portant sur l'attractivité et la fidélisation des agents qui s'est traduit par la signature de deux accords locaux améliorant les conditions de recrutement (niveau de rémunération à l'embauche, prise en compte de l'expérience professionnelle, réduction des durées de mise en stage, etc.). Par ailleurs, le centre hospitalier développe une stratégie de communication à destination des professionnels en formation (« *job dating* » et présence sur des salons) afin d'attirer de nouvelles compétences.

<sup>23</sup> Données communiquées par le GHLA.

#### 4.1.4 L'intérim non médical

Sur la période 2018 à 2022, le coût total de l'intérim non médical a fortement augmenté. La forte progression constatée en 2022 concerne principalement les aides-soignants mais aussi les agents de logistique et les infirmiers.

**Tableau n° 14 : coût de l'intérim non médical (en €)**



Source : graphique CRC à partir des données communiquées par le GHLA

Par l'intermédiaire du GHT, dont il est l'établissement support, le GHLA a passé des marchés de prestations de mise à disposition de personnel paramédical intérimaire avec deux entreprises de travail temporaire et une association pour les métiers de la logistique.

## 4.2 La permanence des soins

### L'organisation et indemnisation de la permanence des soins

La permanence des soins (PDS) est assurée la nuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés par astreintes à domicile ou garde sur place. Elle est organisée de la façon suivante :

**Tableau n° 15 : organisation de la permanence des soins**

Organisation	Services
<b>Garde sur place</b>	anesthésie (2 lignes de gardes), gynécologie-obstétrique, urgences (5 lignes de garde), réanimation, cardiologie et pédiatrie ;
<b>Astreinte (forfait + déplacement)</b>	chirurgie orthopédique, médecine, gastro-entérologie, ophtalmologie, oncologie, psychiatrie, pharmacie, chirurgie maxillo-faciale, neurologie et laboratoire ;
<b>Astreinte forfaitisée</b>	radiologie/scanner, ORL, rythmologie, angioplastie, chirurgie vasculaire, chirurgie urologique, chirurgie digestive et viscérale, néphrologie, gériatrie, Saint-Martin-de-Ré et Marlonges.

Source : CRC, à partir des données du CH de La Rochelle

Des modifications sont intervenues au cours de la période examinée. Il a été créé une deuxième ligne de garde d'anesthésie (une dédiée au bloc et l'autre dédiée à la maternité du fait de l'augmentation du nombre de naissances liée à la fermeture d'une maternité privée) et une demi-garde aux urgences a été mise en place les dimanches matin et jours fériés matin. De même, le service de médecine polyvalente est passé en garde de jour les dimanches et jours fériés. À compter du 6 mars 2023, une garde a également remplacé l'astreinte en neurologie.

L'évolution du schéma d'organisation de la permanence des soins se fait après avis de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) mais la PDS n'a pas fait l'objet d'une décision formelle signée par le directeur (selon l'établissement cela devrait être corrigé au cours de l'exercice 2023). De même, la forfaitisation des astreintes décidée pour certains services n'a pas donné lieu à la rédaction d'une décision mais a, toutefois, été soumise à l'avis de la COPS. Conformément aux dispositions de l'article 14-IV de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé, il conviendrait que cette forfaitisation fasse l'objet d'une décision du directeur.

Les tarifs de la forfaitisation en vigueur au cours de la période examinée étaient conformes au plafond réglementaire (189,96 € pour une nuit ou deux demi-journées, porté à 196,61 € par l'arrêté du 8 juillet 2022) à l'exception de la radiologie et de la chirurgie digestive et viscérale qui dépassent le maximum autorisé. En radiologie, la rémunération d'une astreinte la nuit en semaine s'élève à 342,59 €. En chirurgie digestive et viscérale, l'astreinte du samedi (samedi après-midi + nuit) est rémunérée 439,54 € et celle du dimanche (jour + nuit) 735,80 €. Selon l'hôpital, ces forfaits ont été calculés au regard des déplacements effectués dans le cadre d'une astreinte lorsque ces dernières étaient rémunérées au réel. Toutefois, ces tarifs ne sont pas conformes à ceux prévus par les textes réglementaires et l'écart constaté avec d'autres spécialités médicales ou chirurgicales est très important.

En réponse aux observations provisoires, la direction de l'hôpital indique que cette recommandation sera suivie dès parution du rapport.

Les praticiens en astreinte opérationnelle complètent des feuillets de déplacements mais pas ceux qui sont en astreinte forfaitisée. Or, les déclarations de déplacements pour les astreintes forfaitisées sont une obligation réglementaire mentionnées à l'article 14 de l'arrêt du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé. Même si le décompte n'a pas d'incidence sur le niveau de rémunération des médecins, il demeure nécessaire de façon à vérifier le non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de 48 heures. Une traçabilité des déplacements peut également s'avérer utile en cas d'accident médical intervenu pendant une période d'astreinte.

À l'issue de la procédure contradictoire, la directrice s'est également engagée à établir la traçabilité des déplacements en astreinte, comme le recommande la chambre régionale des comptes.

**Recommandation n° 4.** : établir une décision du directeur pour la forfaitisation des astreintes et se conformer aux tarifs réglementaires pour les montants appliqués en radiologie et en chirurgie digestive et viscérale (14-IV de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé).

**Recommandation n° 5.** : établir un décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes forfaitisées, conformément aux dispositions de l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé.

### 4.3 Les heures supplémentaires, le compte épargne-temps et le temps additionnel

#### 4.3.1 Les heures supplémentaires et le compte épargne-temps du personnel non médical

À la suite de la mise en place d'un nouvel outil de gestion du temps de travail, le GHLA a indiqué que les données concernant les heures supplémentaires antérieures à 2020 ne pouvaient pas être certifiées en l'état. Sur la période 2020 à 2022, le nombre total d'heures supplémentaires réalisées a fortement augmenté (+ 225 %).

**Tableau n° 16 : heures supplémentaires (personnel non médical)**

	Nombre total d'HS réalisées	HS réalisées indemnisées		Nombre HS réalisées récupérées	Nombre HS réalisées placées sur le CET	Nombre HS stockées
		Nombre	Montant (€) (brut)			
<b>2020</b>						
<b>Total PNM</b>	169 824,80	68 813,02	1 846 517,04	8 459,00	495,00	92 552,78
Sous total Soignants	119 454,80	51 789,92	1 431 240,26	6 188,00		61 476,88
<b>2021</b>						
<b>Total PNM</b>	558 096,01	98 342,29	3 306 987,07	362 659,22		97 094,50
Sous total Soignants	460 901,12	80 834,10	2 769 874,51	312 958,87		67 108,15
<b>2022</b>						
<b>Total PNM</b>	551 897,42	123 520,47	4 967 924,43	316 231,02		112 145,93(*)
Sous total Soignants	460 813,40	106 077,29	4 299 399,59	274 220,94		80 515,17

(\*) heures stockées au 31/12 y compris celles rémunérées en N+1.

Source : GHLA

En plus des heures indemnisées ou récupérées, il existe au sein de l'établissement, une autre catégorie d'heures supplémentaires qui ne sont ni payées ni récupérées en année N ou N+1. Elles sont stockées dans un compte qui est soldé au moment du départ de l'agent soit sous forme de congés ou récupération, soit rémunérées pour solde de tout compte. Depuis 2020, le nombre d'heures supplémentaires stockées progresse. En 2021, il s'élevait à 97 094 heures et en 2022 à 112 145 heures (y compris les heures rémunérées en N+1). Ce volume d'heures, pour les années 2019 et 2021 représente un flux moyen annuel de 4 562 heures, qui a ponctuellement diminué en

2020 (- 9 069 heures) en raison de la crise sanitaire et de la réduction de l'activité dans de nombreux services.

Cette pratique de « compte personnel » hors compte épargne-temps (CET) ne repose sur aucune base légale car les heures supplémentaires doivent être indemnisées, récupérées ou placées sur un CET. Ce système s'avère plutôt favorable aux agents dans la mesure où l'indemnisation est calculée en fonction du dernier indice atteint avant le départ et non en fonction de l'indice détenu au moment où les heures ont été effectuées. De plus, contrairement au CET, aucun plafond réglementaire ne limite l'alimentation de ce « compte personnel ». L'hôpital effectue chaque année un rattachement de ces sommes sur le compte 641 (rémunérations du personnel non médical) mais ne constate pas de créance.

En réponse aux observations provisoires, la direction indique qu'un processus de contrôle plus exigeant est en cours de déploiement. Elle mentionne que les heures cumulées à ce stade « feront l'objet d'une régularisation portant à la fois sur un volet récupération et un volet paiement », sans toutefois préciser sous quel délai ce dispositif sera mis en œuvre.

Il convient que l'établissement mette fin à ce système, d'abord en stoppant le flux puis en essayant d'apurer le stock d'heures accumulées. Cela peut passer par un encouragement à placer ces heures sur un CET. Le nombre de CET ouvert par le personnel non médical est d'ailleurs très faible au regard de la taille du centre hospitalier, probablement en raison de l'existence de ce système irrégulier de compensation des heures supplémentaires. En 2022, seulement 122 agents avaient un CET pour un total de 2 750 jours stockés. Rapporté à l'effectif physique employé, cela représente un ratio de 0,74 jours en moyenne (cf. tableau en annexe n° 5). Ces données sont bien inférieures à celles constatées (en 2019) dans les hôpitaux de même strate (0,67 jours au GHLA contre 5,1 jours dans les hôpitaux comparables).

**Recommandation n° 6.** : s'appuyer sur les dispositifs légaux en vigueur concernant la compensation des heures supplémentaires et mettre un terme au système de cumul des heures supplémentaires d'une année sur l'autre soldées lors du départ de l'agent.

#### 4.3.2 Le temps additionnel du personnel médical

Aux heures supplémentaires du personnel non médical s'ajoute le temps de travail additionnel (TTA) des praticiens. Sur la période 2018-2022, le montant des indemnités versées au titre du temps de travail additionnel a fortement augmenté (+ 245 %). Il est passé de 325 205 € en 2018 à plus de 1,12 M€ en 2022 (cf. tableau du TTA en annexe n° 6).

Interrogé sur l'absence de contrats de temps de travail additionnel, le centre hospitalier a répondu que « l'usage en vigueur dans l'institution depuis plusieurs années, à fin de simplification, fait que ce TTA est réalisé sans le recours aux contrats prévus par les arrêtés de 2003 ». La signature des contrats de TTA relève pourtant d'une obligation réglementaire rappelée à l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé qui est ainsi rédigé : « que le recours au temps additionnel soit prévisible ou ponctuel, l'engagement du praticien donne lieu à la signature d'un contrat de temps de travail additionnel par le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement ».

En réponse aux observations provisoires, la directrice du centre hospitalier s'engage à mettre en œuvre cette recommandation en proposant des contrats de temps additionnels à la signature des praticiens concernés.

**Recommandation n° 7.** : procéder à la signature des contrats de temps de travail additionnel, en application de l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé.

#### 4.4 L'activité libérale

En 2021 (dernière année ayant fait l'objet d'un contrôle par la commission d'activité libérale de l'établissement), 35 praticiens hospitaliers exerçaient une activité libérale. Ce nombre est relativement contenu au regard des effectifs médicaux du centre hospitalier. Parmi les médecins ayant une activité libérale, 25 exerçaient en secteur 1, un en secteur 2 et neuf en secteur 2 avec option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM<sup>24</sup>). 27 encaissaient leurs honoraires par le biais de l'établissement et les autres en entente directe avec le patient. La valorisation totale de l'activité libérale s'est élevée à 2,95 M€. Pour dix praticiens, cette valorisation était supérieure à 100 000 € et atteignait même 450 000 € pour l'un d'entre eux.

Conformément à ce que prévoit la réglementation, l'activité libérale donne lieu au versement par le praticien d'une redevance au profit de l'établissement qui l'emploie. Son taux, qui est calculé sur la base de l'activité effectuée, diffère en fonction du type d'activité réalisée : 15 % pour les consultations, 16 % pour les actes et 60 % pour l'imagerie, à l'exception des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil (scanner, IRM, TEP-scan) qui ne sont pas soumis à redevance. En 2021, le montant total des redevances reversées au centre hospitalier représentait 649 470 € (en progression de 19 % sur la période examinée).

Les dispositions réglementaires concernant l'activité libérale sont rappelées dans les contrats conclus entre le GHLA et les praticiens concernés. Il est notamment fait mention que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique personnelle et que le médecin s'engage à ne pas consacrer à l'activité libérale plus de 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle il est astreint. En revanche, les tableaux de service ne font pas apparaître le détail des demi-journées consacrées à l'activité libérale.

Les articles R. 6154-14 et R. 6154-11 du CSP disposent que la commission d'activité libérale (CAL) se réunit au moins une fois par an et qu'elle établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité. Cette commission s'est réunie une fois, en 2019 pour analyser l'activité 2017 et 2018, en 2020 pour l'activité 2019, en 2021 pour l'activité 2020 et en 2023 pour l'activité 2021. Pour faire suite à la réunion de la CAL du 15 mars 2023, des courriers ont été adressés à quatre praticiens qui ne respectaient pas le plafond d'activité libérale prévu par la réglementation. À l'avenir, il faudrait que le centre hospitalier

<sup>24</sup> L'OPTAM est un dispositif contractuel. En y souscrivant, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.

respecte l'obligation de réunion annuelle de la CAL afin que la date de la réunion de la commission soit la plus proche possible de l'année de réalisation de l'activité. Par ailleurs, pour faciliter le contrôle de l'activité libérale, en particulier en ce qui concerne le temps consacré à cette activité, il conviendrait de faire figurer les plages d'activité libérale dans les tableaux de service des praticiens, comme l'indique la circulaire DHOS/M 2 n° 2003-219 du 6 mai 2003 qui stipule que le tableau de service doit mentionner la présence, de jour et de nuit, de l'ensemble des praticiens ainsi que « *les activités [...] telles que l'activité d'intérêt général et l'activité libérale, les astreintes à domicile, les congés régulièrement accordés ainsi que les absences autorisées* ».

Selon l'établissement, l'information au patient est donnée lors de la prise de rendez-vous par le médecin et/ou la secrétaire médicale. Elle est également indiquée sur les convocations envoyées. Un rappel ou une précision sur la nature d'un rendez-vous dans le secteur d'activité libérale peut également être fait aux guichets des admissions lorsque le patient s'y présente. Malheureusement, l'établissement ne dispose pas d'indicateur relatif au délai de prise de rendez-vous que ce soit pour l'activité publique ou privée. Un tel indicateur pourrait pourtant s'avérer utile afin de pouvoir comparer la durée nécessaire pour l'obtention d'un rendez-vous en fonction du secteur d'activité (public ou privé).

L'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins établit une obligation d'affichage des tarifs pratiqués par les médecins qui exercent à titre libéral, y compris au sein d'un établissement de santé. Or, il a pu être constaté à la date du 11 avril 2023 que cette obligation d'affichage n'était pas respectée pour certaines spécialités. La chambre régionale des comptes recommande donc à l'établissement d'effectuer régulièrement un contrôle de l'affichage des tarifs pratiqués dans le cadre de l'activité libérale de ses praticiens.

Dans sa réponse aux observations provisoires, la direction mentionne qu'il va désormais être demandé aux praticiens réalisant une activité libérale de faire figurer dans le logiciel de gestion du temps de travail leurs plages d'activité libérale. Elle s'engage également à réaliser un contrôle biennuel du respect de la réglementation dès 2023 et à proposer un modèle d'affichetype aux praticiens réalisant une activité libérale.

**Recommandation n° 8.** : faire figurer les plages d'activité libérale dans les tableaux de service réalisés afin de faciliter le contrôle de l'activité libérale, notamment en ce qui concerne le temps consacré à cette activité.

**Recommandation n° 9.** : procéder à un contrôle régulier de l'affichage des tarifs pratiqués en activité libérale dans les services concernés, en application des dispositions de l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins.

## 5 LES URGENCES

### 5.1 L'organisation de la prise en charge des urgences

Le centre hospitalier offre trois lieux d'accueil et de prise en charge des patients en urgences : les urgences générales et psychiatriques, les urgences pédiatriques et les urgences gynéco-obstétricales. Durant la période estivale (juillet-août), un service de consultations et d'urgences est également ouvert à Saint-Martin-de-Ré.

L'établissement dispose de plusieurs autorisations d'activité parmi lesquelles figurent le service d'accueil des urgences (SAU), le SAMU-SMUR, la réanimation, la surveillance continue, les soins intensifs de cardiologie, les soins intensifs neurovasculaires et les urgences obstétricales.

Les urgences pédiatriques, gynécologiques et obstétriques relèvent du pôle femme-enfant. L'accueil des urgences pédiatriques en journée (jusqu'à 21 heures) se fait directement aux urgences du service de pédiatrie (3<sup>ème</sup> étage) et la nuit aux urgences adultes. L'accueil des urgences gynécologiques se fait 24 heures sur 24 à la maternité (3<sup>ème</sup> étage).

Le système d'information utilisé est le logiciel Résurgences qui est, selon l'établissement, adapté à ses besoins.

#### 5.1.1 L'organisation médicale et paramédicale du centre hospitalier

Sur l'exercice 2022, les urgences (y compris SMUR et SAMU) ont employé 157,6 ETP dont 34,7 ETP médicaux et 54,3 ETP infirmiers.

**Tableau n° 17 : effectifs (ETP) employés aux urgences**

	2019	2020	2021	2022
Médecins (y compris SAMU)	37,6	38,2	36,7	34,7
Infirmiers	46,4	50,7	54,3	54,3
Aides-soignants	33,4	33,7	35,2	35,8
Autres	28,7	31,5	32,1	32,8
<b>Total</b>	<b>146,1</b>	<b>154,1</b>	<b>158,3</b>	<b>157,6</b>

Source : GHLA

En 2018, 68 % des praticiens hospitaliers titulaires qui exerçaient au service des urgences étaient employés à temps plein. Cette proportion a diminué et, depuis 2022, ils ne sont plus que 52 %. Cette tendance, qui n'est pas propre au CH de La Rochelle, se constate également dans d'autres établissements de santé.

Fonctionnement habituel du service :

Le service d'accueil des urgences (SAU) comprend plusieurs secteurs. Fin 2022, il était organisé de la manière suivante :

- un secteur d'accueil avec la présence d'un médecin les après-midis en semaine, d'un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) en permanence, d'un IAO supplémentaire tous les jours de 8h30 à 18h30 et d'une aide-soignante tous les jours de 10h30 à 18h00 ;
- un secteur salle d'urgence (11 box + quatre box de déchoquage + une salle d'accueil des urgences vitales), avec la présence en permanence de deux médecins, de deux infirmiers diplômés d'État (IDE), de deux aides-soignants (AS) et d'un AS brancardage. Un IDE et une AS « déchoc » sont également présents tous les jours de 8h30 à 23h30 ;
- un secteur unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui comprend un médecin en journée du lundi au vendredi et uniquement le matin les week-ends et les jours fériés. Un IDE et un AS sont présents 24 heures sur 24. Un autre IDE et un autre AS renforcent l'équipe en journée de 8h00 à 15h30 du lundi au vendredi ;
- un secteur consultations avec un médecin en journée du lundi au vendredi et uniquement l'après-midi les week-ends et jours fériés. Deux IDE (dont un *gypsothérapeute*<sup>25</sup>) sont également présents en journée sept jours sur sept ;
- un secteur extension de box avec un IDE et un AS la journée de 11h30 à 21h30 et la nuit.

En juillet et août s'ajoute un secteur soins non programmés à l'antenne de Saint-Martin-de-Ré avec la présence d'un médecin et d'un IDE la journée du lundi au vendredi.

Le SMUR fonctionne habituellement avec deux équipes composées d'un médecin, d'un infirmier et d'un ambulancier présents 365 jours par an. Une troisième équipe est mobilisée sur la période estivale (juillet-août) même si, ces dernières années, les difficultés de recrutement médical et paramédical impliquent parfois une incomplétude de cette troisième ligne de garde. Par ailleurs, certains médecins du SMUR sont susceptibles de participer à des secours nautiques à bord des hélicoptères de la sécurité civile ou de la marine nationale.

Fonctionnement « en mode dégradé » :

Avant 2022, il n'existait pas de procédure de fonctionnement des urgences en cas de carence de personnel médical et/ou paramédical. Il existait en revanche une procédure décrivant le fonctionnement de la salle d'afflux massif en dehors des plans blancs. Cette pièce permet l'accueil de patients en attente d'hospitalisation lorsque l'établissement connaît des situations de tension sur les lits, mais également l'accueil de patients en cours de prise en charge par les urgences, dans l'attente d'un résultat d'examen ou d'un transport pour retour à domicile.

---

<sup>25</sup> Spécialiste de l'immobilisation (conception des plâtres, résines et dispositifs d'immobilisation).

Depuis 2022, des protocoles de fonctionnement ont été établis en cas d'absence de personnel médical ou paramédical. Un travail d'identification des postes indispensables à maintenir et des compétences existantes parmi les autres personnels de l'établissement a été mené. En cas d'absence inopinée de médecin régulateur hospitalier ou libéral, le service a recours au médecin du SMUR 2. En cas d'absence non compensée d'un IDE, l'infirmier « consultations / gypso » est redéployé vers la salle d'urgences.

En cas d'arrêts de travail massifs et/ou de saturation du service, il est également possible de mettre en place un accès aux urgences régulé par le centre 15 (cf. protocole d'accueil des patients en annexe n° 7). Cette modalité a été utilisée trois jours en 2022 : les 20, 21 et 26 juin 2022 en raison de la saturation du service et d'un mouvement social ayant entraîné l'absence de certains professionnels. Il en a été de même début 2023, le 1<sup>er</sup> février à compter de 10h00 jusqu'au surlendemain 14h00 et le 1<sup>er</sup> mars à compter de 17h00 jusqu'au lendemain 20h00, en raison de la saturation du service des urgences dans un contexte de forte tension sur les capacités d'hospitalisation.

### 5.1.2 La permanence des soins ambulatoires

Les relations entretenues par l'hôpital avec la médecine de ville sont qualifiées de bonnes. L'offre de soins libérale est relativement étoffée dans l'agglomération rochelaise qui bénéficie de la présence d'une maison médicale de garde (MMG) et de l'association SOS Médecins.

La maison médicale de garde est installée dans les locaux des urgences du centre hospitalier. Son fonctionnement est régi par une convention signée en 2005 qui a pour objet de formaliser la collaboration entre le CH de La Rochelle et la maison médicale de garde *« pour la prise en charge des patients aux jours et heures de fermeture des cabinets de médecine libérale. Cette collaboration concerne la prise en charge des patients adultes ou mineurs qui font appel au centre 15 ou au numéro de la permanence des soins libérale ou se présentant spontanément au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de la Rochelle »*. Elle est ouverte les samedis après-midi ainsi que les dimanches et jours fériés en journée complète. Les consultations sont assurées par l'association de médecins généralistes AMUAR. Le médecin de la maison médicale peut accéder à des examens radiologiques et biologiques réalisés par l'établissement de santé qui, par ailleurs, met à disposition des locaux au profit de la MMG pour un loyer annuel de 6 500 €. L'activité de cette structure libérale contribue à décharger les urgences hospitalières. En 2022, 2 686 patients ont été vus à la maison médicale de garde.

L'association SOS Médecins réalise, quant à elle, des consultations dans son centre médical (situé dans le quartier de La Pallice) qui propose un service de prise de rendez-vous par internet. Des visites à domicile sont également assurées dans une trentaine de communes de l'agglomération.

L'organisation de la PDSA prévue par l'ARS couvre un vaste secteur de 75 communes (secteur La Rochelle, Aigrefeuille, Aunis vert – cf. carte en annexe n° 8). Elle s'applique tous les jours de 20 heures à 8 heures, les samedis de 12 à 20 heures et les dimanches, jours fériés et jours de pont de 8 à 20 heures. D'un à trois médecins libéraux effecteurs<sup>26</sup> sont mobilisés à cet effet.

---

<sup>26</sup> Terme employé par l'ARS pour qualifier les médecins participants à la PDSA pour un secteur donné.

**Tableau n° 18 : organisation de la PDSA**

Plages horaires	Nombre de médecins libéraux assurant la permanence des soins
Tous les jours de minuit à 8h	1
Lundi au vendredi de 20h à minuit	2
Samedis de 12h à minuit	3
Dimanches, fériés et ponts de 8h à 20h	3
Dimanches, fériés et ponts de 20h à minuit	2

Source : ARS Nouvelle-Aquitaine

Une organisation spécifique est en vigueur sur l'Île de Ré durant l'été et pour certains ponts. En dehors de ces périodes, le secteur est rattaché à La Rochelle.

Depuis 2022, trois communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) se sont structurées dans la zone d'attractivité du centre hospitalier<sup>27</sup>. À l'échelle d'un territoire défini, une CPTS vise, notamment, à mieux organiser les parcours des patients. Le renforcement de la PDSA constitue donc l'une de leurs missions. Ce sujet est régulièrement abordé lors des réunions, comme lors de celle qui s'est tenue le 2 mars 2023 au cours de laquelle a été présenté le projet du service d'accès aux soins (cf. schéma de prise en charge des appels au centre 15 dans le cadre du SAS en annexe n° 9)<sup>28</sup>. Le calendrier de mise en œuvre du SAS couvre les années 2022 et 2023 avec un objectif de montée en charge à partir de l'automne 2023.

## 5.2 L'évolution de l'activité des urgences et du SMUR

### 5.2.1 Le nombre de passages aux urgences et de sorties SMUR

#### L'évolution du nombre de passages

L'activité du service des urgences est mesurée en fonction du nombre de passages enregistrés (résumés de passages aux urgences – RPU). Le GHLA représente environ le quart des passages enregistrés chaque année dans le département avec, en moyenne, plus de 120 passages par jour.

<sup>27</sup> CPTS de La Rochelle, CPTS Aunis Nord, CPTS Aunis Sud.

<sup>28</sup> Le service d'accès aux soins (SAS) est un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des patients. Son objectif est de répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire (source : ministère de la santé et de la prévention).

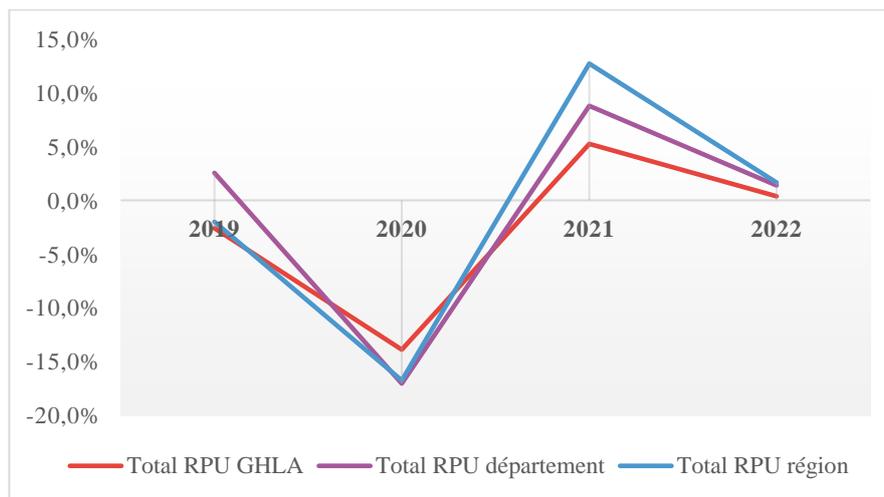
**Tableau n° 19 : évolution du nombre de passages aux urgences**

	2019	2020	2021	2022	Moyenne
Total RPU	48 998	42 197	44 410	44 572	45 044
dont Saint-Martin-de-Ré	1 044	1 150	1 260	1 135	1 147
Moyenne quotidienne	134,2	115,6	121,7	122,1	123,4

Sources : panorama des urgences ORU et GHLA (2022)

Sur l'ensemble de la période 2019-2022, le nombre de RPU a diminué d'environ 9 %, à un rythme semblable à celui constaté dans le département mais dans des proportions plus importantes qu'à l'échelle régionale (- 4,6 %). Les courbes de l'évolution annuelle de l'activité en pourcentage sont assez proches même si la diminution constatée en 2020 en raison de la crise sanitaire a été moins importante à La Rochelle. L'impact de la covid-19 a, toutefois, été très significatif (- 14 % par rapport à l'année précédente). La diminution a été particulièrement sensible lors des périodes de confinement : - 32 % en mars 2020 par rapport à 2019, - 41 % en avril, - 27 % en mai et - 22 % en novembre.

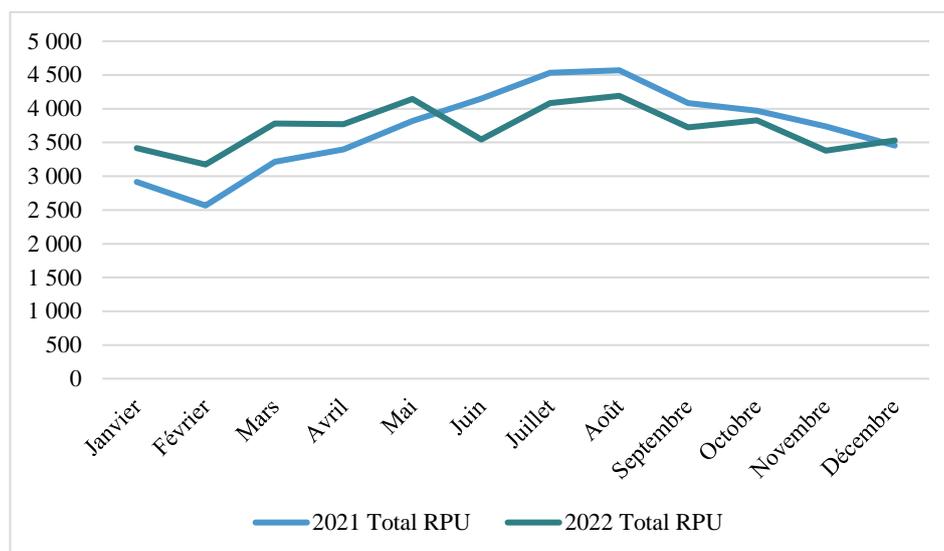
**Graphique n° 16 : évolution annuelle des RPU (en %)**



Source : à partir des données du panorama des urgences ORU

L'activité des urgences connaît au sein du GHLA un pic estival et durant certains ponts ou vacances scolaires du printemps. L'antenne de l'Île de Ré, ouverte en juillet et août, enregistre plus d'un millier de passages par an. Cette présence insulaire assure un service de proximité à la population résidente et de passage et contribue à décharger le service d'accueil des urgences de l'hôpital Saint-Louis situé sur le continent.

**Graphique n° 17 : évolution mensuelle de l'activité des urgences au GHLA**

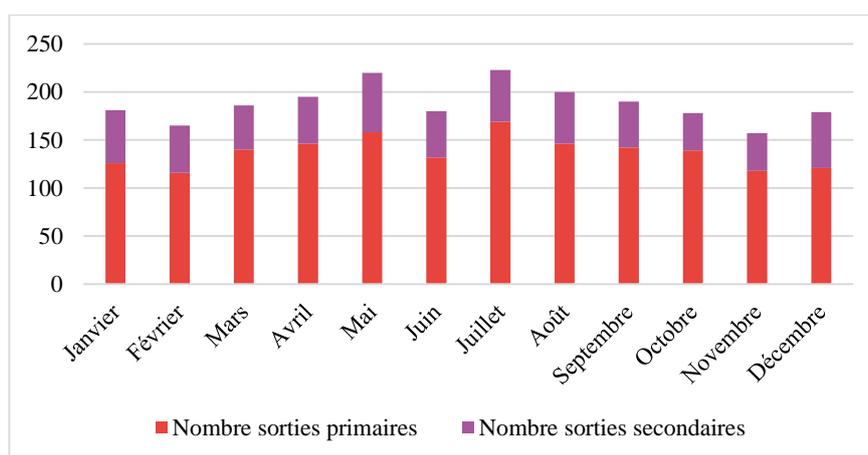


Source : à partir des données du panorama des urgences ORU

### L'évolution des sorties SMUR

En 2022, le SMUR du CH de La Rochelle a effectué 1 653 sorties primaires<sup>29</sup> et 601 sorties secondaires. Par rapport à l'année précédente, l'activité est globalement en hausse de 4,5 % (les sorties primaires ont augmenté de 4,6 % alors que les sorties secondaires ont diminué de 23 %). En moyenne, sur l'ensemble de l'année, on comptabilise 188 sorties par mois (tous types de sorties confondus).

**Graphique n° 18 : sorties SMUR (2022)**



Source : à partir des données GHLA

<sup>29</sup> Interventions au départ du centre hospitalier vers le lieu de prise en charge du patient excluant les transferts entre établissements de santé.

### 5.2.2 L'arrivée aux urgences

En 2022, 57 % des patients sont arrivés par un moyen de transport personnel. Cette proportion est inférieure à celle constatée à l'échelle régionale (71 %) et départementale (67 %). Il en était de même en 2021 où 64 % des patients sont arrivés aux urgences de La Rochelle par leurs propres moyens, contre 71 % dans la région et 69 % dans le département.

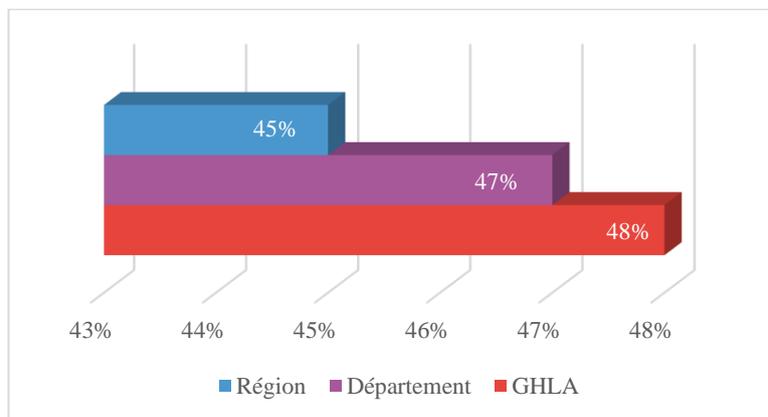
**Tableau n° 20 : mode d'arrivée aux urgences**

Mode d'arrivée aux urgences	2021			2022		
	GHLA	Département	Région	GHLA	Département	Région
Moyens personnels	64 %	69 %	71 %	57 %	67 %	71 %
VSAV (pompiers)	16 %	13 %	14 %	20 %	15 %	14 %
Ambulances privées	17 %	15 %	14 %	20 %	16 %	13 %
SMUR (y compris hélicoptère)	2 %	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %

Source : à partir des données du panorama des urgences ORU

Une part très significative des arrivées aux urgences a lieu pendant la période de la permanence des soins (nuit, week-end ou jours fériés). En 2022, c'était le cas pour 48 % des admissions (chiffre stable sur les exercices examinés). Cette donnée est très proche de la moyenne départementale (47 %) mais supérieure à la moyenne régionale (45 %). Le caractère très touristique de la région rochelaise peut, en partie, expliquer cet écart car les jours fériés qui sont propices aux courts séjours, sont intégrés dans la période de la permanence des soins.

**Graphique n° 19 : proportion d'arrivées aux urgences pendant la période de permanence des soins**



Source : à partir des données du panorama des urgences ORU (2022)

Au GHLA, 28 % des arrivées avaient lieu la nuit dans la tranche horaire 20h-8h, dont 12 % entre minuit et 8h du matin (nuit profonde), et 29 % le week-end. Ces chiffres ne sont pas significativement différents de ceux constatés dans le département et la région.

Ces statistiques renvoient à l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA<sup>30</sup>) assurée par les médecins de ville. Ce sujet demeure un problème récurrent au niveau national depuis que la PDSA n'est plus considérée comme une obligation mais se fait sur la base du volontariat des médecins libéraux. Le taux de volontariat pour la participation à la PDSA, s'établissait à 38,5 % en 2021 (39,3 % en 2020, 38,1 % en 2019), selon l'enquête annuelle du Conseil national de l'ordre des médecins. Ainsi, 24 472 médecins volontaires ont été recensés sur 63 231 médecins susceptibles de participer à la PDSA<sup>31</sup>. De ce fait, les secteurs à couvrir par les praticiens volontaires sont de plus en plus étendus (pour mémoire, le secteur « La Rochelle, Aigrefeuille, Aunis verte » couvre 75 communes pour un effectif allant d'un à trois « effecteurs » selon les jours et les plages horaires).

### 5.2.3 Les caractéristiques de la patientèle et la durée de prise en charge

L'âge moyen des patients accueillis aux urgences du CH de La Rochelle (50,7 ans) est plus élevé que dans le département (47,1 ans) et la région (43,2 ans). 22 % avaient plus de 75 ans, ce qui est une proportion supérieure à la moyenne régionale (18 % en 2022) et assez proche de la moyenne départementale (21 %). Ces statistiques sont en lien avec les caractéristiques démographiques de la Charente-Maritime.

**Tableau n° 21 : âge des patients accueillis aux urgences**

	2021			2022		
	GHLA	Département	Région	GHLA	Département	Région
Âge moyen	48,6 ans	45,7 ans	45,0 ans	50,7 ans	47,1 ans	43,2 ans
75 ans et plus	21 %	20 %	18 %	22 %	21 %	18 %

Source : à partir des données du panorama des urgences ORU

Les patients pris en charge sont évalués selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU). Il s'agit d'une codification évaluant l'état du patient et son niveau de gravité clinique. Les données concernant le GHLA font état d'une proportion un peu plus importante (82 %) des CCMU 1 et 2, c'est-à-dire les cas les moins graves.

<sup>30</sup> La permanence des soins ambulatoires (PDSA) consiste à maintenir l'offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux.

<sup>31</sup> Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2021.

**Tableau n° 22 : répartition des prises en charge par degré de gravité**

	2021			2022		
	GHLA	Département	Région	GHLA	Département	Région
CCMU 1 et 2	80 %	82 %	79 %	82 %	76 %	77 %
CCMU 4 et 5	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %

*Le total n'est pas égal à 100 % car il existe d'autres CCMU non prises en compte dans les documents de l'ORU<sup>32</sup>.  
Source : à partir des données du panorama des urgences ORU*

Parmi les patients accueillis aux urgences de l'hôpital de La Rochelle en 2022, environ 34 % relevaient de la traumatologie et 5 % de la psychiatrie. Ces deux diagnostics principaux sont sur-représentés d'environ deux points par rapport aux données régionales et départementales.

**Tableau n° 23 : répartition des prises en charge par diagnostic principal**

	2021			2022		
	GHLA	Département	Région	GHLA	Département	Région
Médico chirurgical	50 %	57 %	58 %	54 %	59 %	61 %
Traumatologie	36 %	33 %	33 %	34 %	30 %	32 %
Psychiatrie	5 %	3 %	3 %	5 %	3 %	3 %
Autres	9 %	7 %	5 %	7 %	8 %	4 %

*Source : à partir des données du panorama des urgences ORU*

Sur la période 2019-2022, la durée moyenne de passage aux urgences du GHLA était de l'ordre de 3h58, ce qui est inférieur à la moyenne départementale (4h17) et régionale (4h36).

**Tableau n° 24 : durée moyenne de passage aux urgences**

	2019	2020	2021	2022	Moyenne
<b>GHLA</b>	<b>3h49</b>	<b>3h52</b>	<b>3h56</b>	<b>4h18</b>	<b>3h58</b>
Département	4h04	4h11	4h15	4h38	4h17
Région	4h17	4h17	4h24	4h37	4h23

*Source : à partir des données du panorama des urgences ORU*

Le temps de passage aux urgences, qui a tendance à croître chaque année, a fortement augmenté en 2022. 55 % des passages aux urgences du GHLA ont duré moins de quatre heures et 12 % plus de huit heures. Les séjours longs (plus de huit heures) sont plus nombreux mais sur la période 2019-2022, la part de ces derniers était inférieure aux moyennes départementales et régionales.

<sup>32</sup> CCMU 3 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences, sans mise en jeu du pronostic vital. CCMU P : patient souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrie en l'absence de toute pathologie somatique instable associée. CCMU D : patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences, pas de réanimation entreprise.

Tableau n° 25 : durées de passage

Durées de passage en %	2019		2020		2021		2022	
	Moins de 4 h	Plus de 8 h	Moins de 4 h	Plus de 8 h	Moins de 4 h	Plus de 8 h	Moins de 4 h	Plus de 8 h
<b>GHLA</b>	<b>61 %</b>	<b>8 %</b>	<b>59 %</b>	<b>8 %</b>	<b>60 %</b>	<b>10 %</b>	<b>55 %</b>	<b>12 %</b>
Département	61 %	11 %	60 %	11 %	59 %	12 %	56 %	14 %
Région	63 %	10 %	64 %	11 %	61 %	12 %	60 %	13 %

Source : à partir des données du panorama des urgences ORU

À la sortie des urgences, 67 % des patients pris en charge au GHLA retournent à leur domicile et 33 % sont hospitalisés dans un service de l'établissement. Le taux d'hospitalisation y est assez sensiblement supérieur à celui constaté à l'échelle départementale (25 %) et régionale (26 %). Les caractéristiques de la patientèle, plutôt âgée donc sujette aux polyopathologies, contribuent probablement à ce taux d'hospitalisation élevé. Par ailleurs, un retour à domicile immédiatement en sortie des urgences s'avère également plus compliqué pour les seniors, en particulier lorsqu'ils sont isolés.

### 5.3 Le financement du service

Les dispositions relatives au financement des structures d'urgence ont été profondément modifiées par le décret n° 2021-216 du 25 février 2021. Le nouveau modèle de financement défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, repose sur trois volets : une dotation populationnelle, effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, une dotation complémentaire liée à la qualité de la prise en charge depuis septembre 2021 et des recettes liées à l'activité au sein desquelles de nouveaux forfaits et suppléments sont créés pour les passages non programmés et non suivis d'hospitalisation dans le même établissement, en remplacement des facturations d'accueil et traitement des urgences (ATU). Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les patients qui se rendent aux urgences et ne sont pas hospitalisés doivent régler un forfait unique de 19,61 € qui remplace les frais antérieurs restant à leur charge ou à celle de leur assurance complémentaire (dont le montant pouvait varier de 10 € à 60 € en fonction des soins effectués). Ce reste à charge peut bénéficier d'une exonération partielle ou totale selon les situations. Le centre hospitalier estime que l'impact de cette réforme est aujourd'hui difficilement mesurable car elle se met en œuvre progressivement et les notifications de crédits 2021-2022 intégraient encore l'idée de préserver un socle historique. Une fois la clôture 2022 finalisée, une étude d'impact plus précise pourra être réalisée.

Le compte de résultat analytique (CRÉA) du pôle urgences-réanimation regroupe le SAMU, le SMUR, la réanimation, l'unité d'hospitalisation temporaire, l'unité de surveillance continue, la permanence d'accès aux soins (PASS) et les chambres sécurisées mais pas le service d'accueil des urgences (SAU). Les charges du SAU sont imputées dans les charges indirectes de chacun des services d'hospitalisation en fonction du nombre de passages aux urgences rattaché par service. Ce choix est critiquable car, d'une part, seul un tiers des passages aux urgences donnent lieu à une hospitalisation dans un service et, d'autre part, les documents disponibles ne permettent pas d'effectuer une analyse fiable et précise du coût réel des urgences.

**Recommandation n° 10.** intégrer le service d'accueil des urgences dans le compte de résultat analytique du pôle urgences – réanimation.

En réponse aux observations provisoires et à cette recommandation, l'hôpital indique avoir intégré dans le compte de résultat analytique 2022 du pôle urgences-réanimation le service d'accueil des urgences. La chambre en prend acte.

## **5.4 Les principales difficultés rencontrées par le service des urgences**

### **5.4.1 Le manque de lits d'aval**

Les difficultés principales résident dans la fluidification des parcours patients tant sur le secteur MCO que sur les filières d'aval. Le manque de disponibilité des lits permettant l'admission de patients non programmés est problématique et consécutif à plusieurs facteurs :

- la situation sociale complexe de certains patients qui empêche une sortie rapide de l'hôpital (personnes âgées isolées, personnes en situation de grande précarité, etc.) ;
- un temps d'attente important avant l'admission en SSR ou en EHPAD ;
- l'existence de filières encore mal définies (neurologie par exemple) et la persistance de patients hébergés dans un autre service que celui qui devrait normalement les accueillir.

Au-delà des services d'hospitalisation de courte durée, la problématique de la prise en charge en aval des soins touche également le SSR, ce qui se répercute en amont sur la durée d'hospitalisation en MCO. Selon l'ordonnateur, ces difficultés motivent aujourd'hui une réflexion sur la spécialisation future de certains SSR polyvalents (notamment neurologique). Les difficultés sont par ailleurs plus aiguës en période hivernale, du fait d'un allongement de la durée de séjour imputable aux profils des patients accueillis.

### **5.4.2 L'absence d'offre alternative en médecine d'urgence**

L'établissement est signataire de la convention constitutive du réseau territorial des urgences de Charente-Maritime depuis le 30 avril 2019. Selon les dispositions du code de la santé publique (articles R. 6123-26 et suivants), les réseaux territoriaux contribuent « à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres et coordonner leurs actions et leurs moyens ». L'établissement a indiqué que le territoire de vie du GHLA ne connaissait pas de difficulté majeure de prise en charge des urgences comparé à d'autres établissements de santé moins attractifs. Cependant, il est fragilisé par la faiblesse de l'offre alternative car il est le seul service d'accueil des urgences générales présent sur l'agglomération rochelaise. L'hôpital de La Rochelle étant l'établissement siège du SAMU 17, les relations avec la régulation sont facilitées par l'existence d'une équipe médicale commune. Toutefois, cela n'empêche pas de devoir faire face à des difficultés en période de tension hospitalière car la réorientation des patients vers d'autres structures n'est pas toujours possible.

### 5.4.3 Les relations avec les ambulances privées et le SDIS

Hormis les situations de carence ambulancière, qui ont fait l'objet de travaux sur le volume à retenir et le tarif à considérer, les relations entretenues avec le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) sont qualifiées de bonnes dans le cadre du fonctionnement courant impliquant le SAU et le SAMU.

Concernant les ambulanciers privés, bien que la majorité des situations ne posent pas de difficultés, il y a régulièrement des dysfonctionnements notamment sur l'heure d'arrivée du transport de sortie, ce qui peut entraîner une attente anormale des patients avant leur retour à domicile. Cela contribue à réduire l'offre de lits disponible au sein des services, y compris au sein du SAU. C'est à partir de ce constat que s'est construit le projet de salon des sortants. Cet espace permet d'accueillir temporairement dans un lieu unique (en dehors des services de soins) des patients médicalement sortants mais en attente d'un transport. La mise en place de la réforme de la garde ambulancière en 2022 a contribué à diminuer les difficultés que connaissait le SAU pour la mobilisation d'un transport sanitaire urgent<sup>33</sup>. Toutefois, cette réforme a également eu pour conséquence de générer une plus grande difficulté à organiser les transports non urgents, bien qu'à l'usage la programmation s'améliore.

---

<sup>33</sup> Décret n° 2002-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde.

## ANNEXES

Annexe n° 1. Plans des sites actuels (Saint-Louis et Marius Lacroix).....	62
Annexe n° 2. Certification de l'établissement par la HAS.....	64
Annexe n° 3. Carte des zonages des médecins en Charente-Maritime .....	65
Annexe n° 4. Poids des différents budgets dans les charges .....	66
Annexe n° 5. Tableau des CET du personnel non médical .....	67
Annexe n° 6. Temps de travail additionnel (exprimé en demi-journée) .....	68
Annexe n° 7. Protocole d'accueil du patient en mode dégradé (avec filtrage des admissions).....	69
Annexe n° 8. PDSA, secteurs de garde en Charente-Maritime.....	70
Annexe n° 9. Schéma d'organisation d'un appel dans le cadre du SAS.....	71
Annexe n° 10. Glossaire.....	72



# HÔPITAL MARIUS LACROIX

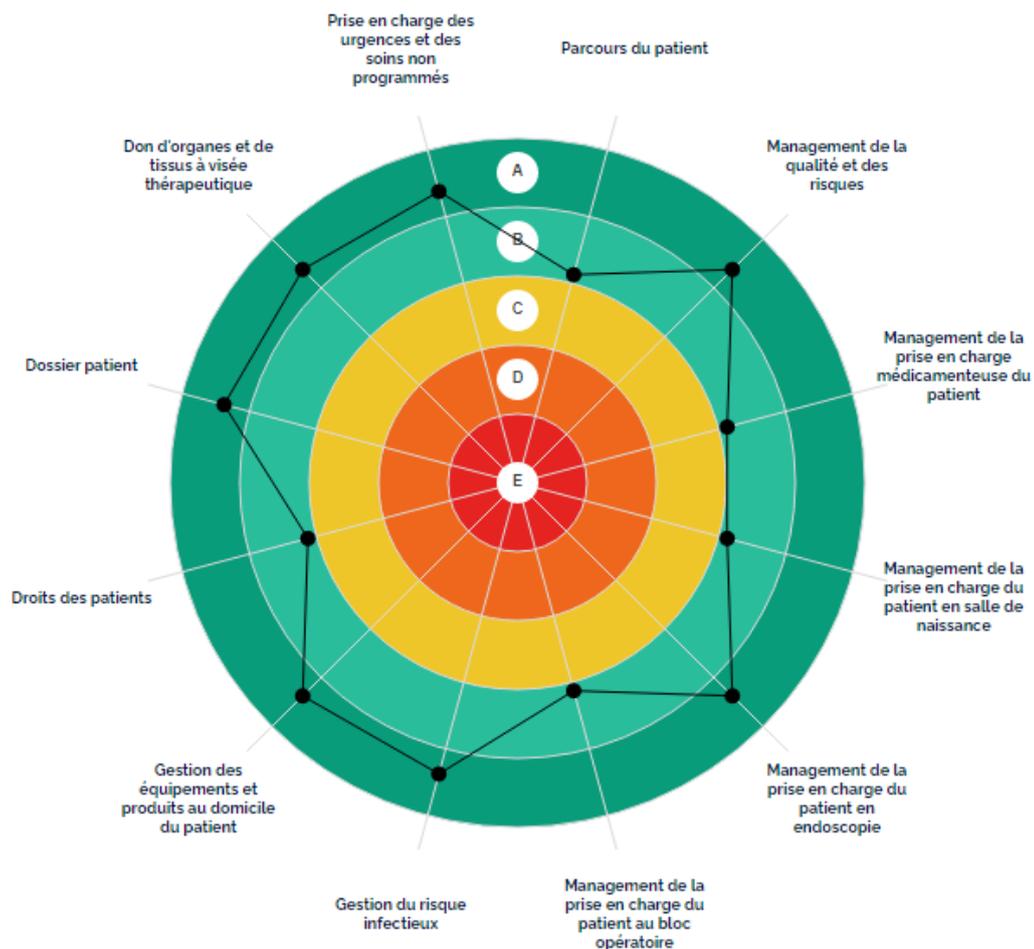


<b>ACCUEIL - ADMISSIONS</b> ..... 13	<b>DIRECTION</b> ..... 15a	<b>MARCHAND</b> ..... 18
Ouvert du lundi au vendredi de 8 <sup>h</sup> 30 à 16 <sup>h</sup> 30	Secrétariat de direction / Cadre socio-éducatif / Vaguemestre	RDC > Marchand 1 (05 46 45 60 86*)
<b>GARDIENS DE NUIT</b> ..... 3	<b>FOYER</b> ..... 14	1 <sup>er</sup> étage > Jean-Baptiste Pussin (05 46 45 60 88*)
Ouvert du lundi au vendredi de 21 <sup>h</sup> à 7 <sup>h</sup>	<b>GARAGE</b> ..... 42	2 <sup>ème</sup> étage > Marchand 3: Extra Hospitalier Secteur 2 / CESAVS 17 / Psychologues Secteur 3 / Assistantes Sociales Secteurs 2 et 3 / AER
<b>ACSPA - ASSOCIATION CULTURELLE SPORT ET PLEIN AIR</b> ..... 24	<b>GYMNASSE ADULTES</b> ..... 28	<b>MOREL</b> ..... 25
<b>ANNE FORESTIER</b> ..... 21	<b>GYMNASSE ENFANTS</b> ..... 39	RDC > SOLÉADO (05 46 45 62 88*)
05 46 45 60 78*	<b>HDJ ELDOR'ADO</b> ..... 33	1 <sup>er</sup> étage > PC Intersecteur adolescents
<b>ARCHIVES CENTRALES</b> ..... 32	<b>HDJ EUGÈNE DELACROIX</b> ..... 2	<b>PC MÉDICAL PEDO-PSY</b> ..... 35
<b>AUMÔNERIE CATHOLIQUE</b> ..... 4	<b>HENRY EY</b> ..... 17	<b>PC MÉDICAL Secteur 1</b> ..... 11b
<b>AUNIS</b> ..... 29	RDC > Madeleine Pelletier (05 46 45 61 11*)	<b>PC MÉDICAUX Secteurs 2 et 3</b> ..... 15b
<b>PÔLE DE LA FORMATION CONTINUE: Service de la Formation Continue / CESU 17 / Centre de Formation Professionnelle</b>	2 <sup>ème</sup> étage > Pierre Loti (05 46 45 61 13*)	RDC > Secteur 3
<b>BAILLARGER</b> ..... 31	<b>INTERNAT</b> ..... 5	1 <sup>er</sup> étage > Secteur 2
RDC > Service Bionettoyage - Lingerie	<b>L'AIRE BLEUE</b> ..... 23	<b>PLUME</b> ..... 36
1 <sup>er</sup> étage > Appf. Intermédiaires - Service Espace	<b>L'ARC EN CIEL (USPD)</b> ..... 27	05 46 45 62 87*
<b>BALNÉOTHÉRAPIE</b> ..... 41	05 46 45 61 20*	<b>PÔLE DE PSYCHIATRIE</b> ..... 11a
<b>BEAUREGARD</b> ..... 9	<b>LES CLASSES</b> ..... 37	Service social du personnel / CGOS
RDC > Activités thérapeutiques / Médecine Préventive	<b>LA FONTAINE DU ROC (MAS)</b> ..... 19	<b>RÉGIE DES PATIENTS</b> ..... 13
1 <sup>er</sup> étage > Ligue contre le cancer / salle du CA	05 46 45 61 16*	Ouverte de 9 <sup>h</sup> 15 à 11 <sup>h</sup> 30 et de 13 <sup>h</sup> 30 à 16 <sup>h</sup> 30
salles 1 et 2 / Coordination prévention suicide et promotion de la santé mentale	<b>LES ÎLES</b> ..... 40	<b>RÉGIE DES SÉJOURS THÉRAPEUTIQUES</b> ..... 13
<b>BIBLIOTHÈQUE</b> ..... 30	Le Grand Bleu / Les Tortues / Charente-Maritime	<b>RESTAURANT DU PERSONNEL</b> ..... 16a
<b>BLOC MÉDICAL ET MÉDICO-TECHNIQUE</b>	<b>LES MOUETTES</b> ..... 38	<b>SALLE HENRI MABILLE</b>
<b>CAP SOINS 17 (RDC)</b> ..... 10a	Les Papillons / Les Kiwis / Les Canaris	Distributeur de boissons ..... 16b
05 16 49 40 40	<b>LES PERTUIS</b> ..... 43a	<b>SALLE FERRUS</b> ..... 10b
<b>CADET ROUSSELLE</b> ..... 34	Île d'Aix - secteur 2 (05 46 45 60 82*)	1 <sup>er</sup> étage
Tom Pouce / Le Chat Botté / Les petits princes	Île d'Oléron - secteur 3 (05 46 45 61 19*)	<b>SERVICES ÉCONOMIQUES</b> ..... 7
<b>CLAUDE BERNARD</b> ..... 22	<b>LES PERTUIS</b> ..... 43b	<b>SERVICES TECHNIQUES</b> ..... 20
RDC > Musée / UNAFAM	Île de Ré - secteur 1 (05 46 45 99 62*)	<b>WC PUBLICS</b> ..... 8
1 <sup>er</sup> étage > Résidence d'artistes	<b>LE ROCHER</b> ..... 26	
<b>CMP ELDOR'ADO</b> ..... 33	RDC > L'Envol (05 46 45 60 49*)	
<b>CMP LE SÉMAPHORE</b> ..... 1	1 <sup>er</sup> étage > Rocher 2 (05 46 45 60 84*)	
	<b>LOCAUX SYNDICAUX</b> ..... 6	

\* Téléphone des bureaux infirmiers des Services ouverts 24h/24.

## Annexe n° 2. Certification de l'établissement par la HAS

### Résultats de la certification de l'établissement



Source : HAS



## Annexe n° 4. Poids des différents budgets dans les charges

Budgets	Montant des charges (en €)	%
<b>Budget (principal) H</b>	388 312 396	91,16
Dotation non affectée (DNA) A0	1 047	0,00
Unité de soins de longue durée (USLD) B0	6 989 698	1,64
Institut de formation en soins infirmier (IFSI) C0	2 844 197	0,67
EHPAD E1	9 258 518	2,17
EHPAD E2	8 028 503	1,88
Groupement hospitalier de territoire (GHT) G1	2 008 864	0,47
Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) L0	1 224 533	0,29
Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) M0	1 675 093	0,39
Établissement et service d'aide par le travail (ESAT FOYER) P1	2 124 738	0,50
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS) P2	431 448	0,10
Maison d'accueil spécialisé (MAS) P3	2 344 182	0,55
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) P4	398 184	0,09
Foyer occupationnel P5	343 134	0,08
<b>TOTAL</b>	425 984 536	<b>100,00</b>

Source : compte financier 2022 (provisoire)

**Annexe n° 5. Tableau des CET du personnel non médical**

	<b>Jours de CET stockés au 31/12</b>	<b>Nombre moyen de jours de CET stockés par agent ayant ouvert un CET</b>	<b>Nombre de jours de CET stockés par agent</b>	<b>Montant de la provision constituée</b>	<b>Montant des jours de CET monétisés sur l'année</b>
2018	2 556,90	24,82	0,67	409 657 €	18 090 €
2019	2 604,70	25,29	0,67	997 277 €	5 932 €
2020	2 641,30	21,13	0,66	1 128 013 €	9 960 €
2021	2 656,10	22,70	0,67	935 293 €	23 735 €
2022	2 750,02	22,54	0,74	1 008 720 €	8 398 €

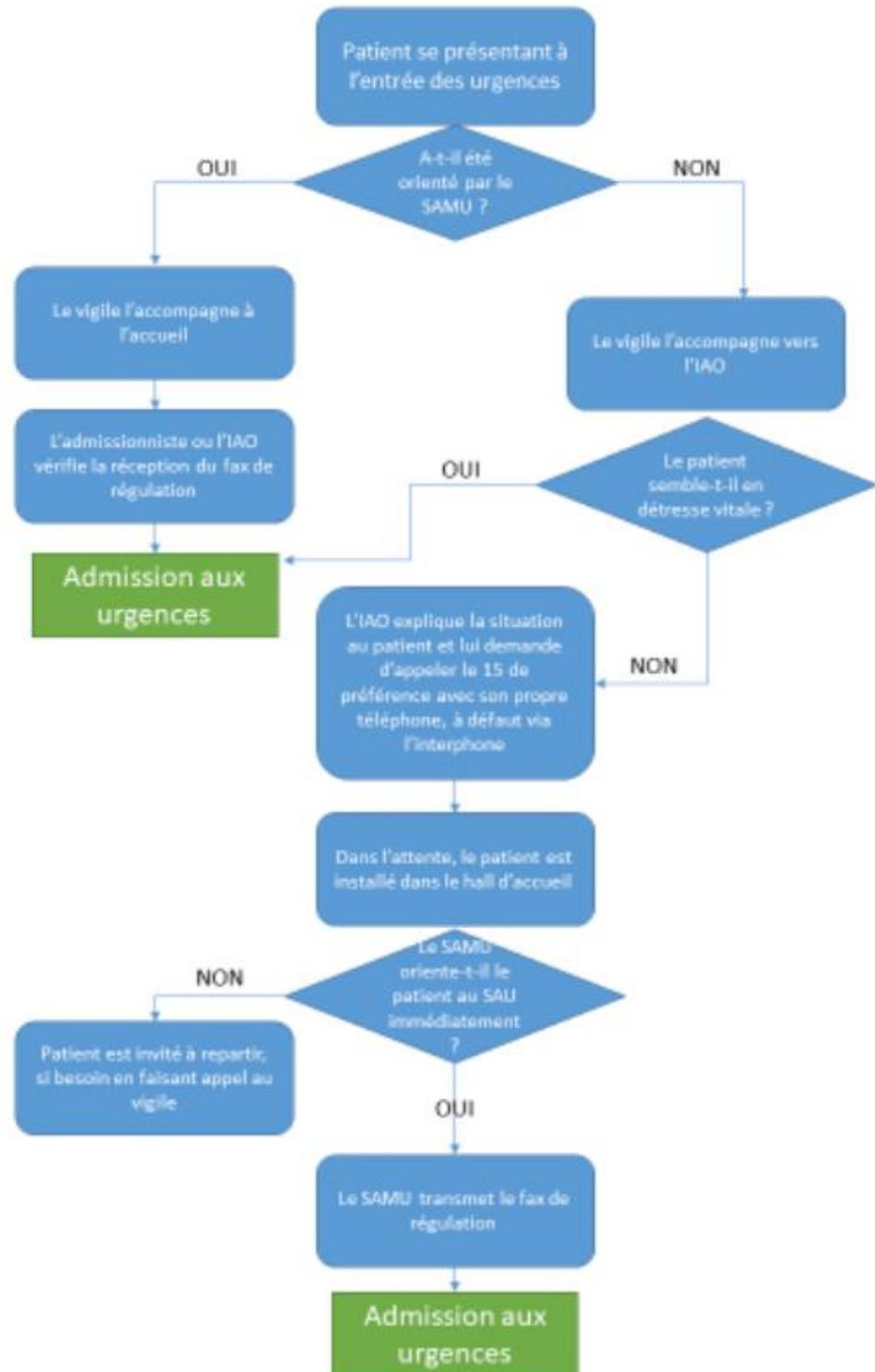
Source : GHLA

**Annexe n° 6. Temps de travail additionnel (exprimé en demi-journée)**

	<b>Nombre périodes de TTA indemnisées</b>	<b>Montant des périodes de TTA Indemnisées (en €)</b>
<b>2018</b>	1 012,0	325 216
<b>2019</b>	1 375,5	441 950
<b>2020</b>	1 629,3	523 576
<b>2021</b>	2 438,5	783 701
<b>2022</b>	2 338,0	1 121 627

*Source : GHLA*

**Annexe n° 7. Protocole d'accueil du patient en mode dégradé  
(avec filtrage des admissions).**



Source : ARS

Annexe n° 8. PDSA, secteurs de garde en Charente-Maritime

Sectorisation à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019



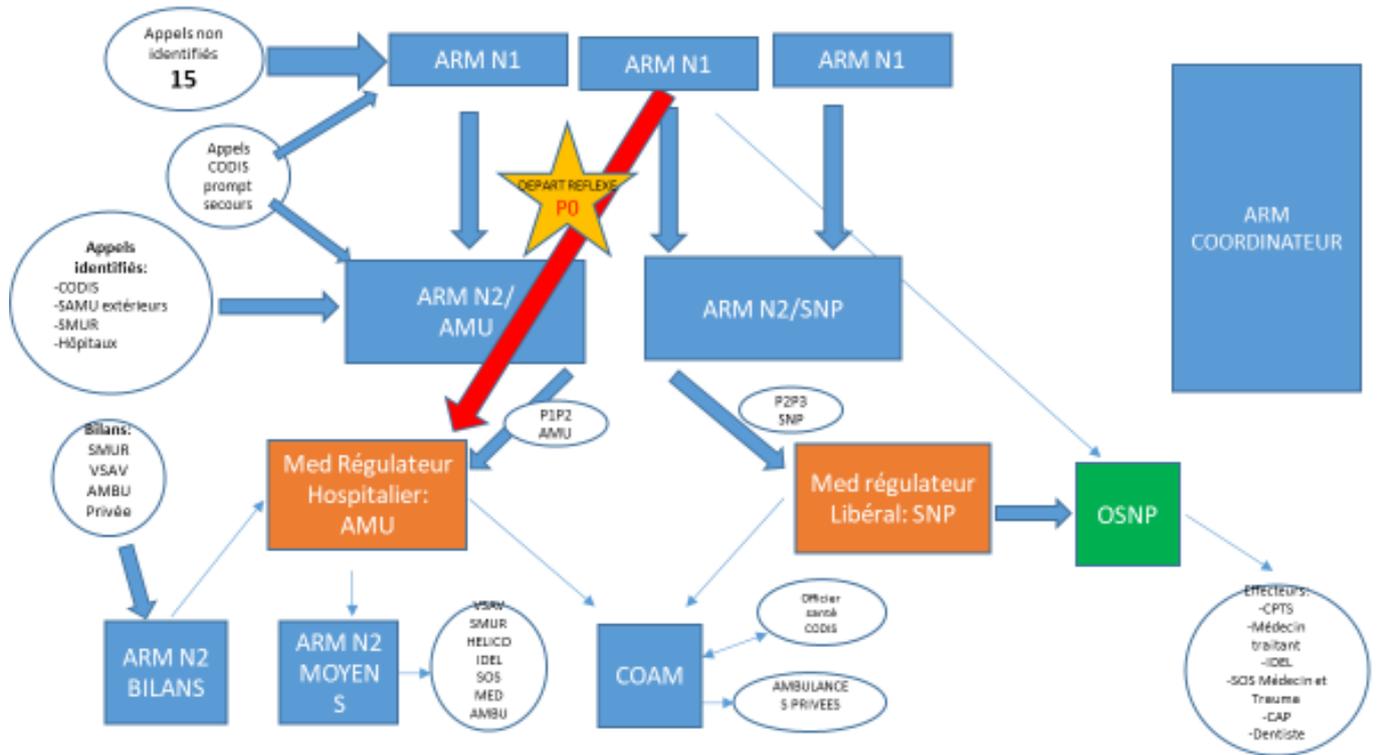
Permanence des soins ambulatoires  
Médecine générale - CHARENTE-MARITIME  
Secteurs de garde



Source : DOSA et DD - mai 2018  
Fonds IGN découpage au 01/01/2017  
Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation - 10/07/2018

Source : ARS Nouvelle-Aquitaine

**Annexe n° 9. Schéma d'organisation d'un appel dans le cadre du SAS**



Source : compte-rendu de la réunion CPTS du 2 mars 2023

Le schéma ci-dessus représente le parcours d'un appel au centre 15. La régulation bi-niveau est représentée par la ligne des ARM N1 et des ARM N2. Pour rappel, l'ARM est un assistant de régulation médicale. La nouveauté du SAS est représentée par la case verte OSNP qui signifie opérateur de soins non programmés. Il s'agit d'un nouveau métier qui travaille en lien avec le médecin régulateur libéral sur les horaires du SAS. Il cherche une solution lorsqu'une consultation de soin non programmé est nécessaire.

**Annexe n° 10. Glossaire**

ACE :	actes et consultations externes
AMA :	assistant médico-administratif
AMU :	aide médicale d'urgence
ARM :	assistant de régulation médicale
ARS :	agence régionale de santé
ATU :	accueil et traitement des urgences
BFR :	besoin en fonds de roulement
CAF :	capacité d'autofinancement
CAMSP :	centre d'action médico-sociale précoce
CCMU :	classification clinique des malades aux urgences
CET :	compte épargne-temps
CH :	centre hospitalier
CME :	commission médicale d'établissement
CMP :	centre médico-psychologique
CPOM :	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS :	communauté professionnelle territoriale de santé
CSP :	code de la santé publique
CTE :	comité technique d'établissement
DIM :	département d'information médicale
DMS :	durée moyenne de séjours
DRH :	direction des ressources humaines
EBE :	excédent brut d'exploitation
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS :	établissement public de santé
ESAT :	établissement ou service d'aide par le travail
FRNG :	fonds de roulement net global
GCS :	groupement de coopération sanitaire
GHS :	groupe homogène de séjours
GHT :	groupement hospitalier de territoire
HAD :	hospitalisation à domicile
HC :	hospitalisation complète
IADE :	infirmier-ère anesthésiste diplômé-e d'État
IBODE :	infirmier-ère de bloc opératoire diplômé-e d'État
IDE :	infirmier-ère diplômé-e d'État
IFAS :	institut de formations des aides-soignants
IFSI :	institut de formation en soins infirmiers
IPDMS :	indice de performance de durée moyenne de séjour
IRM :	imagerie à résonance magnétique
MCO :	médecine-chirurgie-obstétrique

MMG :	maison médicale de garde
PASS :	permanence d'accès aux soins de santé
PDSA :	permanence des soins ambulatoires
PDSSES :	permanence des soins en établissement de santé
PMSI :	programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM :	personnel non médical
PPI :	plan pluriannuel d'investissement
RPU :	résumé de passage aux urgences
RSA :	résumé de séjours anonymisé
SAS :	service d'accès aux soins
SAU :	structure d'accueil des urgences
SAUV :	service d'accueil des urgences vitales
SAMU :	service d'aide médicale d'urgence
SDIS :	service départemental d'incendie et de secours
SMUR :	service mobile d'urgence et de réanimation
SSIAD :	service de soins infirmiers à domicile
SSR :	soins de suite et de réadaptation
SU :	service des urgences
UHCD :	unité d'hospitalisation de courte durée
UMH :	unité mobile hospitalière
USC :	unité de soins continus
USI :	unité de soins intensifs
USLD :	unité de soins de longue durée
VSAV :	véhicule de secours et d'assistance aux victimes

Chambre régionale  
des comptes  
Nouvelle-Aquitaine



**Chambre régionale Nouvelle-Aquitaine**

3, place des Grands-Hommes

CS 30059

33064 Bordeaux Cedex

[nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr](mailto:nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr)