



Dijon, le 12 septembre 2018

Le président

Réf. : 18-ROD2-BR-27

Objet : notification du rapport d'observations définitives

P.J. : 1 rapport d'observations définitives.

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier de la Haute Côte d'Or concernant les exercices 2012 et suivants pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, la chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à y être jointe.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil de surveillance. Il conviendra de l'inscrire à l'ordre du jour de sa plus proche réunion, au cours de laquelle il donnera lieu à débat. Dans cette perspective, le rapport sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Dès la tenue de cette réunion, ce document pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

En application de l'article R. 243-14 du code des juridictions financières, je vous demande d'informer le greffe de la date de la plus proche réunion de votre assemblée délibérante et de lui communiquer en temps utile copie de son ordre du jour.

Par ailleurs, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code précité, le rapport d'observations est transmises à M. le Préfet de la région Bourgogne-Franche-Comté, à Mme la Directrice régionale des finances publiques Bourgogne-Franche-Comté, à M. le Président du conseil de surveillance et à M. le Directeur de l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Monsieur Bernard ROUAULT

Directeur du centre hospitalier de la Haute Côte d'Or

7 rue Guéniot

21350 VITTEAUX

Pierre VAN HERZELE



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE COTE D'OR

(Département de la Côte-d'Or)

Exercices 2012 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 18 juin 2018.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS	5
INTRODUCTION.....	6
1 UN ETABLISSEMENT ISSU D'UNE FUSION INABOUTIE	11
1.1 Deux établissements publics de santé en difficulté financière avant leur fusion.....	11
1.1.1 Le centre hospitalier intercommunal Châtillon-Montbard (CHI) dépourvu de trésorerie	11
1.1.2 Le centre hospitalier Auxois-Morvan (CHAM) en surendettement	12
1.1.3 Deux établissements déficitaires dont la fusion s'imposait.	14
1.2 Une fusion inaboutie faute d'avoir conclu le contrat de performance.....	15
1.2.1 Une fusion administrative.....	15
1.2.2 Le report de plus d'an et demi de la présentation du contrat de performance	15
1.2.3 L'absence de mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens concernant le secteur sanitaire	16
1.2.4 Une rationalisation limitée des services logistiques et de soins.....	17
1.3 Un fonctionnement complexe	17
1.3.1 Un fonctionnement contraint par la conservation des sites	17
1.3.2 L'absence des projets stratégiques légalement requis	18
1.3.3 L'absence de contractualisation réelle avec les pôles.....	19
1.3.4 Un pilotage administratif perfectible	21
1.4 Le maintien de toutes les missions du GCS Amplitude après la fusion	22
2 UNE SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE CRITIQUE	23
2.1 La baisse régulière de l'activité du CH HCO entre 2012 et 2016	23
2.1.1 La perte de parts de marché en 2016 au profit du CH de Semur	24
2.1.2 Une activité sanitaire en recul et une activité médico-sociale stable.....	25
2.2 La fiabilité des comptes	26
2.2.1 Le rattachement des produits	26
2.2.2 Les régularisations obtenues en cours d'instruction	27
2.2.3 La sincérité des inscriptions budgétaires en dépenses	27
2.3 Une rapide dégradation de la situation financière malgré la fusion.....	28
2.3.1 Le triplement du déficit entre 2015 et 2016.....	28
2.3.2 Un budget hospitalier affecté par le passage à la tarification à l'activité de la médecine de l'ex-CHAM.....	30
2.3.3 Le déficit croissant des établissements d'hébergement des personnes âgées	31
2.3.4 Le déficit structurel des USLD	35
2.3.5 L'intérêt relatif de la vente de toutes les terres agricoles et de tous les bois	35
2.3.6 Le défaut de paiement évité par les mesures prises en 2017	36
2.4 Les investissements du CH HCO réalisés à Saulieu	37
2.4.1 Le projet de construction d'un nouvel EHPAD à Saulieu	37
2.4.2 La maison de santé publique de Saulieu	39
2.5 Une information budgétaire partielle	39

3 LA GESTION CONTRAINTE DES PERSONNELS.....	40
3.1 Les personnels non médicaux	40
3.1.1 L'évolution soutenue des effectifs.....	40
3.1.2 Un absentéisme élevé et coûteux	41
3.1.3 Le recours à l'intérim pour remédier aux difficultés de recrutement	43
3.1.4 Le personnel infirmier	43
3.1.5 Les irrégularités à corriger.....	44
3.2 Les personnels médicaux	45
3.2.1 La substitution des contractuels non permanents aux praticiens permanents	45
3.2.2 Des irrégularités coûteuses	46
3.2.3 Le temps de travail des praticiens.....	47
3.2.4 L'activité libérale.....	49
4 DES NEGLIGENCES DANS LA GESTION	51
4.1 La gestion du patrimoine	51
4.1.1 Des négligences dans la vente d'un bien immobilier en 2017.....	51
4.1.2 Le suivi de l'occupation du patrimoine	53
4.2 Un marché de prestation de communication attribué dans des conditions discutables.....	54
5 LES PERSPECTIVES FIN 2017	54
5.1 Les objectifs initiaux de la fusion n'ont pas été réalisés.....	54
5.2 Des mesures de redressement qui dépendent pour près de la moitié du département de la Côte-d'Or.....	55
5.2.1 En dépenses	55
5.2.2 En recettes.....	56
5.3 De possibles marges de manœuvre	57
5.3.1 L'inéluctable mise en commun de l'offre de soin avec celle du CH de Semur	57
5.3.2 L'effet noria, conséquence des départs à la retraite.....	58
5.4 Les décisions annoncées par l'ARS le 19 décembre 2017	58
5.5 Les actions annoncées conjointement par l'ARS et le Conseil départemental le 8 juin 2018	59
ANNEXES.....	60

SYNTHÈSE

Sur un territoire rural et peu attractif pour les praticiens hospitaliers, l'Agence régionale de santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté a créé au 1^{er} janvier 2015 le centre hospitalier de la Haute Côte-d'Or (CH HCO) par fusion de deux établissements publics de santé en déséquilibre financier avéré.

Si l'ARS n'a pas demandé de plan de redressement au nouvel établissement, elle l'a engagé dans la préparation d'un plan d'économies qui devait être conclu en 2015, le contrat de performance : il s'agissait de fermer les services déficitaires, comme les USLD et au moins un des deux services de médecine, pénalisés par leur activité en baisse au moment du passage à la tarification à l'activité, de rationaliser les services logistiques présents sur tous les sites et de réviser les tarifs d'hébergement d'au moins quatre des cinq EHPAD dont le confort est variable.

Or, le conseil de surveillance a obtenu fin 2015 un moratoire sur le contrat. Conséquence de cet atermoiement : faute d'avoir mis en œuvre les mesures nécessaires à son redressement, le déficit d'exploitation du nouvel établissement a atteint fin 2016 le double de celui des deux hôpitaux fusionnés cumulé de 2014. Il a cessé en juin 2017 de payer la taxe sur les salaires et allongé les délais de règlement à ses fournisseurs pour éviter le défaut de paiement.

Ainsi, aucun des objectifs assignés à la fusion, qu'il s'agisse d'efficience économique, d'équilibre financier ou d'attractivité médicale, n'est atteint fin 2017.

Faute d'avoir arrêté une stratégie et un projet médical, le CH HCO s'est également privé de toute référence pour réussir cette fusion ; il a mis en place un fonctionnement complexe et coûteux, contraint par la conservation de cinq sites, sans contractualisation opérationnelle entre les pôles d'activités et les services ressources.

Après l'avis défavorable rendu en juillet 2017 par le conseil de surveillance sur un tiers des mesures du contrat de performance, l'ARS a décidé, compte tenu du déséquilibre financier manifeste de l'établissement, d'imposer fin 2017 au CH un plan de redressement. Si celui-ci reprend la plupart des mesures préparées depuis plus de deux ans, sa mise en œuvre repose cependant, pour la moitié des gains proposés, sur le département de la Côte-d'Or, autorité de tarification des EHPAD. Enfin, les décisions annoncées par l'ARS le 19 décembre 2017, puis le communiqué conjoint du 8 juin 2018 de l'ARS et du conseil départemental ont pour objet une véritable reconfiguration de l'offre dans le cadre contraint du plan de retour à l'équilibre financier actuellement engagé au bénéfice du CH HCO.

La situation économique et financière de l'établissement est aujourd'hui critique : son activité se dégrade de manière régulière de 2012 à 2016 et son déficit a doublé entre 2014 et 2016. Au-delà de mesures impératives de redressement, le CH HCO doit mettre en commun son offre de soins avec celle du CH de Semur-en-Auxois, établissement de référence pour la chirurgie et l'obstétrique, situé au cœur du même territoire de santé.

Par ailleurs, le CH HCO a fait preuve de négligences dans la gestion de son patrimoine et de ses ressources humaines.

Il a ainsi notifié le 15 avril 2015, malgré ses difficultés financières, le marché de conception réalisation d'un EHPAD neuf à Saulieu, de 10 M€, aujourd'hui suspendu après le refus de l'ARS de laisser l'établissement emprunter : le CH HCO a ainsi déjà dépensé 1,2 M€ pour sa conception sans avoir la certitude d'en reprendre la réalisation à moyen terme, le plan de redressement l'excluant. Enfin tous les bois et terres agricoles ont été vendus sans que la plus-value ne suffise à améliorer la situation financière.

La gestion du personnel, principale dépense du CH HCO, a certes souffert du manque d'attractivité de l'établissement et de l'incertitude pesant sur l'avenir de certains services. Toutefois, des anomalies dans la rémunération des agents contractuels, l'absentéisme non contenu des personnels soignants, ainsi que le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim qui en résulte se sont révélés particulièrement coûteux.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Le maintien des cinq sites ayant conduit à une organisation complexe générant des coûts et des temps de déplacement incompressibles pour les responsables administratifs, la chambre recommande au CH HCO de rationaliser son organisation et son fonctionnement par des regroupements de directions ou de cadres.

Recommandation n° 2 : La chambre recommande au CH HCO de formaliser pour la fin de l'année 2018 son projet d'établissement, son projet médical et son projet social, conformément aux dispositions du code de la santé publique.

Recommandation n° 3 : La chambre recommande au CH HCO de compléter les contrats de pôles par les annexes relatives aux objectifs propres à chaque pôle, aux moyens attribués et aux indicateurs d'évaluation de réalisation, conformément aux dispositions du code de la santé publique et à préciser les prérogatives exactes des chefs de pôles dans les futures annexes des contrats.

Recommandation n° 4 : La chambre recommande au CH HCO d'inscrire à l'EPRD la réalité des charges refacturées par le budget H aux budgets annexes.

Recommandation n° 5 : Conformément à l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, la chambre recommande au CH HCO de conclure après la validation du plan de redressement, dans les meilleurs délais, un CPOM médico-social avec le département de la Côte-d'Or et l'ARS dans le cadre de la nouvelle tarification des établissements sociaux et médico-sociaux. Il doit déterminer pour les prochaines années les moyens alloués et leur organisation en fonction des caractéristiques des sites : vétusté des bâtiments, niveau d'équipement, niveau de personnel, dépendance des résidents, mais aussi les possibles mutualisations de services communs, résultant ou non des mesures de redressement.

Recommandation n° 6 : La chambre recommande au CH HCO de compléter son rapport annuel par les explications des évolutions constatées de façon à permettre aux membres des instances de mieux comprendre l'évolution de la situation financière et ses enjeux, en complément des comptes financiers présentés dont les annexes doivent être complétées.

Recommandation n° 7 : La chambre recommande au CH HCO de définir le programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement, la charte de l'activité libérale intra-hospitalière et le projet d'organisation prévisionnelle de l'activité publique personnelle et de l'activité libérale, exigés par la réglementation ; elle lui recommande également d'annexer la charte et le projet aux contrats conclus avec les praticiens ; elle lui recommande enfin de réaliser le rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité libérale et de le communiquer aux instances.

Recommandation n° 8 : La chambre recommande au CH HCO d'informer chaque année le conseil de surveillance de l'état du patrimoine de l'établissement, des concessions de logement et de leur répartition.

INTRODUCTION

LA PROCÉDURE

La chambre régionale des comptes (CRC) Bourgogne-Franche-Comté a, sur le fondement des arrêtés de délégation du Premier Président de la Cour des comptes des 1^{er} juin 2010 et 15 novembre 2013 confiant aux CRC le contrôle des établissements de santé publique, inscrit à son programme 2017 le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de la Haute Côte-d'Or (CH HCO) portant sur les exercices 2012 et suivants.

Le contrôle de la gestion et des comptes a porté sur le fonctionnement et l'organisation du CH HCO, en particulier la mise en œuvre de la fusion des deux établissements, la fiabilité de ses comptes, sa situation financière et économique ainsi que la gestion de ses personnels médicaux et non médicaux dans un contexte de faible attractivité de ses sites.

Ce contrôle s'intègre en outre dans le cadre des travaux de la formation inter juridictions sur les personnels infirmiers associant la Cour des comptes et les CRC. Les observations relatives aux personnels infirmiers sont présentées aux parties 3.1.4 et 3.1.5.2 et en annexe n° 14 du présent rapport.

Conformément à l'article R. 241-2 du code de juridictions financières, le président de la chambre a informé le directeur de l'établissement de l'ouverture du contrôle par lettre du 13 juillet 2017 et l'entretien de fin de contrôle s'est déroulé le 30 novembre 2017.

Dans sa séance des 20 et 22 décembre 2017, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été notifiées le 19 février 2018 à M. Bernard Rouault, ordonnateur en fonctions. Des extraits de ce rapport ont été communiqués aux tiers concernés et il a fait l'objet d'une communication au président du conseil de surveillance et au directeur général de l'ARS.

Après avoir examiné les réponses qui lui ont été adressées la chambre a adopté dans sa séance du 18 juin 2018 les observations définitives ci-après présentées.

L'ÉTABLISSEMENT

Créé le 1^{er} janvier 2015, le centre hospitalier de la Haute Côte-d'Or (CH HCO) est issu de la fusion du centre hospitalier intercommunal Montbard-Châtillon-sur-Seine (CHI), né le 1^{er} janvier 2000 de la fusion des hôpitaux de Châtillon-sur-Seine et de Montbard, avec le centre hospitalier Auxois-Morvan (CHAM), créé le 1^{er} janvier 2012 par fusion des hôpitaux locaux d'Alise-Sainte-Reine, Vitteaux et Saulieu.

Le nouvel établissement hospitalier a conservé ses cinq sites constitutifs, distants de plus de 80 kilomètres pour les plus éloignés. Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne a fixé le siège du CH HCO à Vitteaux, qui accueillait auparavant celui du CH Auxois-Morvan.

M. Bernard ROUAULT, directeur du CH Auxois Morvan depuis le 1^{er} janvier 2012 dirige le CH HCO depuis sa création après en avoir été nommé le directeur préfigurateur. Il assure également la direction commune de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) public « les Arcades » de Pouilly-en-Auxois et les fonctions d'administrateur du groupement de coopération sanitaire (GCS) « Amplitude ».

Le maire de Vitteaux, ex président du conseil de surveillance du CH Auxois-Morvan entre 2012 et 2014 préside le conseil de surveillance ; le président du conseil de surveillance du CHI Châtillon-Montbard était le maire de Châtillon-sur-Seine. Les maires des cinq communes accueillant un site siègent au conseil de surveillance du CH HCO, soit au titre des représentants des collectivités territoriales (les maires de Montbard et Vitteaux), soit au titre des personnalités qualifiées (les maires de Saulieu, Châtillon-sur-Seine et Alise-Sainte-Reine).

Le CH HCO participe au GCS dit « Amplitude » constitué avec la clinique privée de « La Fougère » située à Vitteaux et l'EHPAD public « Les Arcades » situé à Pouilly-en-Auxois. Créé en 2008, étendu en 2011 au CHI Châtillon-Montbard, il met en commun des moyens entre les trois établissements. Le CH HCO participe également au GCS de l'institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) de Semur et a participé jusqu'à fin 2017 au GCS de l'IRM (imagerie par résonance magnétique) constitué avec le centre hospitalier (CH) de Semur-en-Auxois.

À la suite de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, le CH HCO est intégré au groupement hospitalier de territoire (GHT) Côte-d'Or-Sud Haute-Marne, qui rassemble le centre hospitalo-universitaire (CHU) de Dijon, le CHS de la Chartreuse, le CH de Semur-en-Auxois, les CH d'Is-sur-Tille et d'Auxonne et les CH de Chaumont et Langres en Haute-Marne.

SON OFFRE DE SOINS

Le CH HCO comptait en 2016 1 224 lits, capacité totale restée stable après la fusion. Son offre de soins est aux trois quarts médicosociale : la moitié des lits sont en EHPAD, et un quart concernant des structures d'hébergement de personnes handicapées, la maison d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM), ainsi que les services de soins infirmiers et d'aide à domicile (SSIAD). Ces lits se trouvent principalement sur les sites de l'ex-CHAM.

Tableau n° 1 : Capacité d'accueil du CH HCO en 2016 par site et par service

Sites et services	2016	Sites et services	2016
Châtillon-sur-Seine	233	Alise-Sainte-Reine	285
Médecine	59	USLD	30
SSR	30	EHPAD	157
EHPAD	144	FAM	65
Montbard	239	SSIAD	33
Médecine	43	Saulieu	189
SSR	72	Médecine	25
EHPAD	124	SSR	42
		USLD	30
		EHPAD	67
		SSIAD	25
		Vitteaux	278
		Médecine	15
		EHPAD	170
		FAM	26
		MAS	40
		SSIAD	27
Total ex-CHI	472	Total ex-CHAM	752

Source : CH HCO

L'offre sanitaire est majoritairement constituée de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) tant à orientation gériatrique que cardiologique et de deux unités de soins de longue durée (USLD), devant les lits de médecine à dominante gériatrique, cardiologique et pneumologiques. Le CH HCO ne compte plus qu'un service d'urgences à Châtillon-sur-Seine depuis la fermeture des urgences de Montbard au 1^{er} novembre 2016. Des lits sanitaires du CH HCO sont présents sur les sites de l'ex-CHI comme de l'ex CHAM (cf. carte n° 1 présentant l'offre de soins).

L'établissement ne compte plus de lits de chirurgie (fermés en 2009 sur le site de Châtillon-sur-Seine et en 1993 sur le site de Montbard) ni de gynécologie obstétrique (la maternité de Châtillon-sur-Seine fut fermée en 2008). Il propose des consultations médico-chirurgicales (cardiologie, pneumologie, radiologie, chirurgie orthopédique, urologie, angiologie, ...) dont certaines externes réalisées en coopération avec le CHU de Dijon.

Le CH HCO comptait, au 31 décembre 2016, 1 336 agents (1 261 personnels non médicaux et 75 personnels médicaux), soit 1 318 équivalents temps plein rémunérés (1 270,5 personnels non médicaux, 47,5 personnels médicaux).

SON TERRITOIRE DE SANTÉ

Le CH HCO intervient sur un territoire rural très étendu, des contreforts du Morvan et l'Auxois jusqu'au plateau et à la vallée de la Seine, dont la population diminue et vieillit selon le diagnostic du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de Bourgogne 2012-2016. Il souffre d'un relatif enclavement à l'exception de Montbard et son manque d'attractivité complique la gestion et le recrutement de ses personnels.

Il partage son territoire de santé avec le CHU de Dijon et le CH de Semur-en-Auxois, établissement de référence en médecine chirurgie obstétrique (MCO) et en psychiatrie, plusieurs autres EHPAD ainsi que la clinique privée de Vitteaux en SSR.

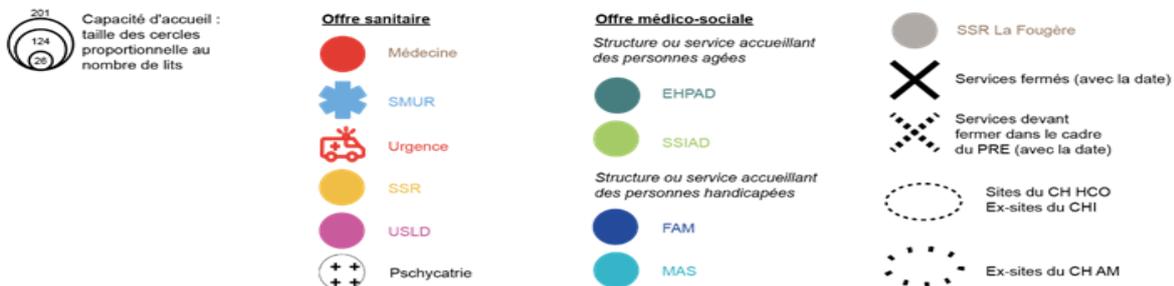
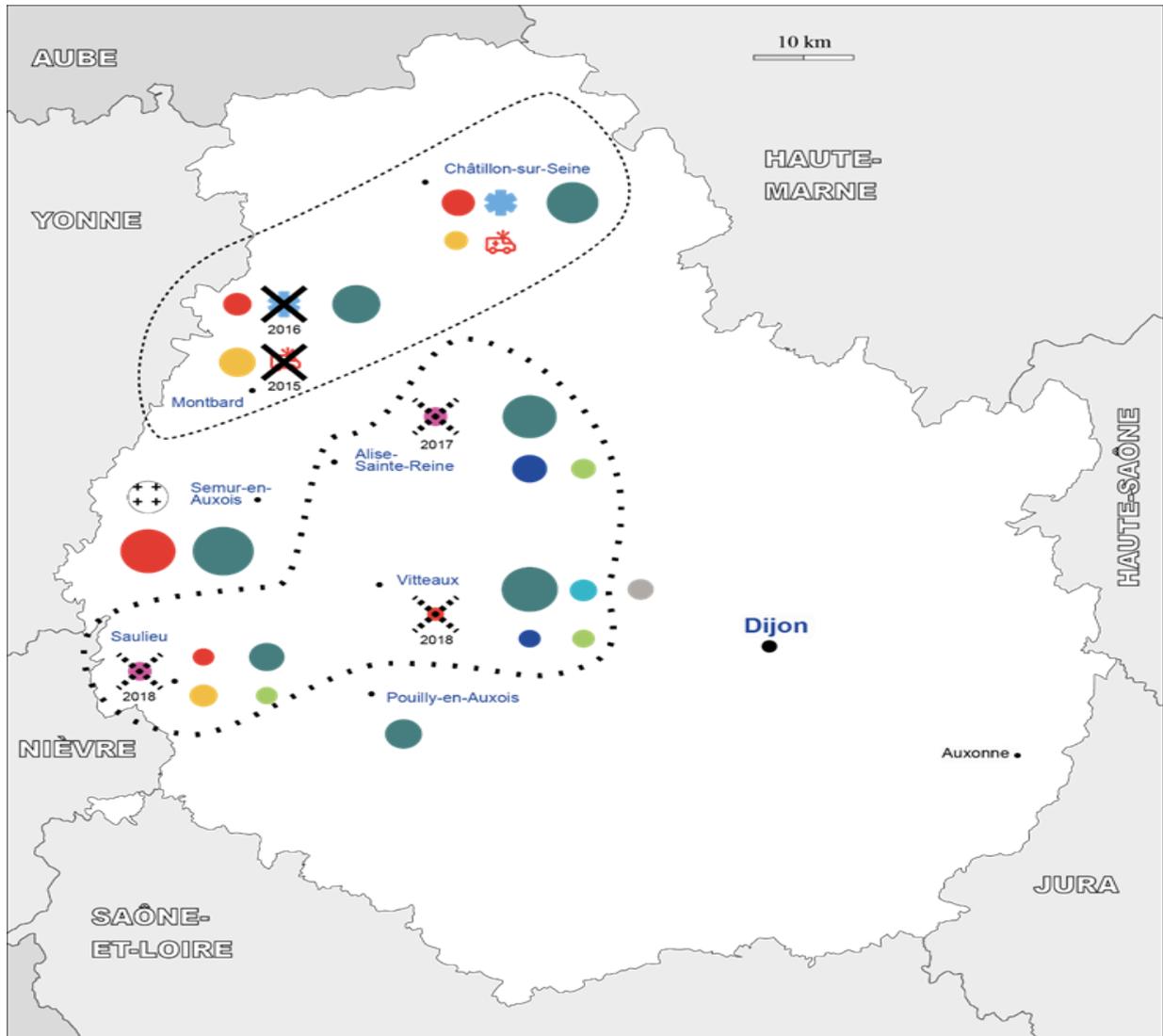
SON PERIMÈTRE BUDGÉTAIRE

Le budget du CH HCO s'élève en recettes à 85,7 M€ en 2016. Le périmètre budgétaire comprend pour plus de la moitié un budget principal hospitalier (budget H) et pour le solde cinq budgets annexes, dont les deux principaux sont le budget E des EHPAD pour 30 % et le budget P des établissements d'hébergement de personnes handicapées, la MAS et les FAM, pour 10 %. Les trois autres budgets annexes pèsent 6 % des recettes : le budget B des USLD pour 4 %, le budget N du SSIAD pour 2 % et la dotation non affectée (DNA) pour 1 %.

Les budgets hospitaliers, de la MAS et des SSIAD relèvent du financement intégral de l'assurance maladie mais seule la médecine¹, soit 12 % de l'offre de soins, relève de la tarification à l'activité (T2A) ; en l'absence de plateau technique, le CH HCO réalise des actes de médecine moins rémunérateurs, mais aussi moins coûteux, que les actes de chirurgie ou d'obstétrique. Les USLD, les EHPAD et l'accueil de jour pour hébergement et dépendance ainsi que l'hébergement en FAM sont financés par le département.

¹ À partir du 1^{er} mars 2017, les SSR y entrent aussi progressivement.

Carte n° 1 : L'offre de soins du CH HCO en 2017



Source : données communiquées par le CH HCO.

Comme il n'exerce plus qu'une activité de médecine et que son territoire présente des caractéristiques de faible densité démographique, y compris médicale, et de vieillissement, le CH HCO a été classé en 2016 hôpital de proximité². Ce nouveau dispositif, défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, vise notamment à assurer un niveau minimal de financement aux ex hôpitaux locaux en cas de baisse brutale d'activité. Le CH HCO n'en a toutefois pas bénéficié car il a perçu plus de recettes d'activité que le minimum garanti.

² Arrêté du 23 juin 2016 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique.

1 UN ETABLISSEMENT ISSU D'UNE FUSION INABOUTIE

Prévue le 1^{er} janvier 2014 mais repoussée d'un an en raison des élections municipales, la fusion entre le CHAM et le CHI est intervenue trois ans après celle des centres hospitaliers d'Alise, Saulieu et Vitteaux.

Le CHAM et le CHI avaient développé dès avant 2015 des coopérations, notamment au sein du GCS de moyens dit « Amplitude », et partagé à partir de 2012 leurs directions fonctionnelles : ressources humaines (RH), finances, système d'information hospitalier (SIH) qualité hygiène, affaires économiques et logistiques, coordination des soins. Enfin depuis 2012 également, le directeur réunissait ensemble les membres des directoires du CHAM et du CHI.

Les deux CH participaient à des groupements de commandes communs avec d'autres hôpitaux, pour les médicaments et dispositifs médicaux et pour ses achats hospitaliers.

1.1 Deux établissements publics de santé en difficulté financière avant leur fusion

1.1.1 Le centre hospitalier intercommunal Châtillon-Montbard (CHI) dépourvu de trésorerie

Le budget du CHI s'élevait en 2014 à 42,7 M€ en recettes ; il était constitué pour les trois quarts par un budget principal hospitalier (H) et pour le quart par le budget annexe des EHPAD et la dotation non affectée (cf. tableau n° 10 en annexe n° 1).

Engagé entre 2010 et 2012 dans un plan de redressement par l'ARS de Bourgogne, le CHI et son activité hospitalière étaient structurellement déficitaires de 2012 à 2014, y compris en 2012 après neutralisation d'une aide à la trésorerie d'un 1,5 M€ versée par l'ARS (cf. tableau n° 11 en annexe n° 1).

Tableau n° 2 : Part des budgets dans les résultats du CHI

<i>En euros</i>	2012	2013	2014
Budget H (principal)	947 195	-1 111 745	-1 886 043
Budget E (EHPAD)	371 374	157 998	133 518
Budget A (DNA)	2 058	34 875	2 398
Résultat comptable	1 320 626	-918 872	-1 750 126

Source : comptes financiers et ANAFI

En deux ans, le taux de marge brute du CHI a baissé de 9 à 2 % (cf. tableau n° 12 en annexe n° 1), ce qui a limité sa capacité à assurer l'entretien et le renouvellement de ses installations : très inférieur à la moyenne, leur taux de renouvellement est devenu quasi nul en 2014, passant de 2,6 % à 0,2 % de 2013 à 2014, alors que l'établissement présentait un taux de vétusté très élevé de 88,2 % en 2013 et 90,5 % en 2014 selon le tableau d'équilibres financiers des établissements publics de santé (TBFEPS). Le CHI n'a plus dégagé assez d'épargne pour rembourser le capital de ses emprunts à partir de 2013 (cf. tableau n° 17 en annexe n° 1).

Le CHAM et le CHI ont engagé dès 2013 la refacturation des charges générales et hôtelières supportées par leurs budgets H aux budgets annexes.

La chambre constate que malgré le produit croissant de ces charges refacturées aux budgets annexes, le déficit du budget hospitalier a continué à se creuser (cf. tableau n° 13 en annexe n° 1), sous l'effet de la réduction en 2013 des aides de l'ARS pour des missions d'intérêt général et à la contractualisation (MIGAC) et des recettes des séjours (le forfait journalier³ et le ticket modérateur⁴) ainsi que de la hausse des dépenses de personnel en 2014.

Parallèlement, le budget des EHPAD a réduit de moitié son excédent en 2013 sous l'effet de la refacturation des charges générales et hôtelières au budget H (cf. tableau n° 14 en annexe n° 1).

Le fonds de roulement mesure la différence entre les stocks, les créances de court terme, la trésorerie et les dettes de court terme. Dès 2012, le CHI présentait un fonds de roulement négatif accru par l'accumulation des déficits malgré de nouveaux emprunts contractés pour la mise en sécurité incendie du bâtiment du site de Châtillon. Pour régler ses dépenses courantes et éviter tout défaut de paiement (cf. tableau n° 15 en annexe n° 1), il a mobilisé une importante ligne de trésorerie, autour de 5 M€.

Le CHI a réduit de moitié son effort annuel d'investissement entre 2012 et 2014, ce qui a affecté, outre la mise en place du dossier patient informatisé, à 90 % le renouvellement d'installations⁵.

1.1.2 Le centre hospitalier Auxois-Morvan (CHAM) en surendettement

Le budget du CHAM s'élevait en recettes à 43,7 M€ en 2014 ; il était composé pour un tiers par le budget principal hospitalier (H), un autre tiers par le budget annexe des EHPAD et un dernier tiers par les budgets des établissements d'hébergement de personnes handicapées, des USLD et du SSIAD, ainsi que par la dotation non affectée (cf. tableau 18 en annexe n° 2).

À l'équilibre en 2012, première année de sa fusion, le budget du CHAM est ensuite devenu déficitaire du fait des résultats de ses activités hospitalières et de ses USLD.

³ Participation financière de l'assuré, sauf s'il en est exonéré, aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation dus pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un hôpital public ou privé.

⁴ Partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après la prise en charge par l'assurance maladie (20 % des frais d'hospitalisation).

⁵ Travaux de mise en sécurité incendie et de rénovation du site de Châtillon, d'infrastructure de télécommunications, matériel informatique.

Tableau n° 3 : Part des budgets dans les résultats du centre hospitalier

<i>En euros</i>	2012	2013	2014
Budget H (principal)	77 103,55	-337 581,10	-782 189,56
Budget B (USLD)	-100 678,12	-346 789,42	-268 769,57
Budget E (EHPAD)	-381 887,47	150 139,70	-196 701,00
Budget N (SSIAD)	210 826,30	90 414,14	106 903,68
Budget P (FAM et MAS)	87 991,41	-508 271,13	234 770,26
Budget A (DNA)	19 074,81	43 815,89	21 952,48
Résultat comptable	-87 569,52	-908 271,92	-884 033,71

Source : comptes financiers et CRC

En deux ans, le taux de marge brute du CHAM a baissé de 6 à 4 % (cf. tableau des SIG n° 20 en annexe n° 2), ce qui a limité la capacité de l'établissement à assurer l'entretien et le renouvellement de ses installations. Ce taux de renouvellement est passé de 4,1 % à 2,7 % de 2012 à 2014, alors que les équipements de l'établissement présentaient un taux de vétusté élevé et croissant : de 71,4 % en 2012 à 79,6 % en 2014 (source TBFEPS). À partir de 2013, le CHAM ne dégage plus assez d'épargne pour rembourser le capital de ses emprunts (cf. tableau n° 29 en annexe n° 2).

Le budget H était structurellement déficitaire dès la fusion en 2012, après neutralisation de la recette exceptionnelle d'une prime d'assurance ; malgré la refacturation des charges aux budgets annexes, il le reste en 2013 du fait de la hausse des effectifs (cf. tableau n° 21 en annexe n° 2).

La refacturation des charges générales et hôtelières du budget H a affecté les budgets annexes : à recettes constantes, le déficit du budget B a quasiment triplé (cf. tableau n° 23 en annexe n° 2) ; l'excédent du budget N (cf. tableau n° 24 en annexe n° 2) a été réduit par deux ; le budget P est devenu déficitaire en 2013, mais il était à nouveau excédentaire en 2014 grâce à la hausse de ses recettes de tarification (cf. tableau n° 25 en annexe n° 2). Le budget E (cf. tableau n° 22 en annexe n° 2) est resté déficitaire à l'exception de 2013 grâce à la stabilité de ses charges de personnel cette année-là.

Contrairement au CHI, le CHAM bénéficiait d'un fonds de roulement élevé mais celui-ci s'est rapidement réduit par l'accumulation des déficits entre 2012 et 2014 (cf. tableau n° 26 en annexe n° 2). Deux fois plus endetté que le CHI au 31 décembre 2014 (17,5 M€ contre 8,3 M€), le CHAM pâtissait en 2014 d'une dégradation de sa capacité de désendettement déjà très élevée : 27 années (cf. tableau n° 28 en annexe n° 2). Le CHAM a donc réduit ses investissements consacrés pour les deux tiers au renouvellement d'équipements⁶ et pour un tiers à l'installation des nouvelles infrastructures de télécommunications et au dossier patient informatisé.

⁶ Essentiellement des travaux de restructuration du site de Vitteaux

Néanmoins, le CHAM a décidé en 2012 avec l'accord de l'ARS de construire un nouvel EHPAD à Saulieu sur un terrain proche du site actuel pour un coût de 9,5 M€, dont le plan de financement prévoyait un recours à l'emprunt à hauteur de 7,9 M€, une subvention de la CNSA à hauteur de 793 K€ et le produit de la vente d'un des EHPAD à hauteur de 700 K€. Le CHAM a lancé les marchés d'assistance à maîtrise d'ouvrage en 2013, de conception réalisation et de contrôle sécurité en 2014.

Il n'a pas mobilisé l'emprunt alors que sur la base des résultats du compte financier 2013, connu mi-2014, le CHAM répondait aux critères règlementaires de l'article D. 6145-70 du CSP⁷ subordonnant le recours à l'emprunt des établissements publics de santé à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé (cf. tableau n° 28 en annexe n° 2).

1.1.3 Deux établissements déficitaires dont la fusion s'imposait.

L'exploitation du CHAM et du CHI était structurellement déficitaire avant leur fusion, privant le CHI de trésorerie et le CHAM de toute capacité d'emprunt.

Sur la base des résultats du compte financier 2013, connu mi-2014, les deux établissements répondaient aux critères règlementaires de déséquilibre financier de l'article D. 6143-39 du code de la santé publique (CSP) (cf. tableaux n° 17 en annexe n° 1 pour le CHI et n° 29 en annexe n° 2 pour le CHAM). Le directeur général de l'ARS n'a toutefois pas demandé au directeur du CHAM et du CHI par intérim de lui présenter, comme l'article du CSP mentionné ci-dessus lui en donnait la possibilité, un plan de redressement des deux établissements, ni du futur CH HCO qu'ils allaient constituer mais lui a demandé, pour valider l'ERPD 2014 du CHI, de mettre en œuvre sans délai la réorganisation des activités cliniques, médicotechniques et logistiques après la fusion avec le CHAM.

Le directeur du CHAM et du CHI a donc préparé un plan de maîtrise des dépenses et d'optimisation des recettes pour le CH HCO présenté en conseil de surveillance commun aux deux CH le 23 décembre 2014.

Ce plan n'a pas été mis en œuvre car l'agence a demandé en janvier 2015 au nouvel établissement, à l'occasion de l'examen de son programme pluriannuel d'investissement, d'inscrire le plan d'économies et la priorisation des investissements dans le cadre d'un contrat de performance 2015-2017.

Ce plan n'a pas été validé par l'agence en totalité qui a demandé en janvier 2015 au nouvel établissement, à l'occasion de l'examen de son programme pluriannuel d'investissement, de développer le plan d'économies et la priorisation des investissements dans le cadre d'un contrat de performance 2015-2017.

⁷ L'ARS ne réalise ce contrôle qu'à l'occasion de l'examen de l'ERPD de l'année N si l'établissement y a inscrit le recours à un emprunt, mais sur la base du compte financier du dernier exercice clos soit celui de l'année N-2 (déposé au plus tard le 30 juin de l'année N-1), selon l'article R. 6145-46 du CSP.

1.2 ne fusion inaboutie faute d'avoir conclu le contrat de performance

1.2.1 Une fusion administrative

La fusion des deux établissements a été décidée par un arrêté du directeur général de l'ARS en date du 26 juin 2014.

La fusion du CHAM et du CHI devait permettre grâce à des économies d'échelle, au CHAM d'investir de nouveau, au CHI de résorber ses difficultés de trésorerie et aux deux EPS de remédier au problème d'attractivité des médecins.

Ont ainsi fusionné deux établissements dont les positionnements et les activités étaient différents : le CHAM issu de la fusion de trois hôpitaux locaux et dont l'offre était aux quatre cinquièmes médico-sociale et le CHI dont l'offre était davantage sanitaire. Ainsi, à nombre de sites constant, cette opération doublait le territoire d'intervention de chacun des CH, ce qui n'était pas sans conséquence sur l'organisation et le fonctionnement du futur établissement.

Or les deux établissements n'ont travaillé que sur les seules incidences administratives de la fusion : alors que son futur directeur avait créé dès avril 2014 les pôles communs aux services du futur CH, ni la préparation du projet du futur établissement ni même celle de son projet médical n'étaient engagées.

La chambre s'étonne qu'ait ainsi pu être engagée une fusion entre deux établissements publics de santé comptant plusieurs centaines de lits chacun, trois ans à peine après la constitution par fusion de l'un d'entre eux, sans que les établissements concernés n'aient préparé les objectifs et l'organisation du futur établissement.

1.2.2 Le report de plus d'un an et demi de la présentation du contrat de performance

Le CH HCO et l'ARS ont engagé la préparation du contrat de performance au printemps 2015 pour le conclure à l'automne⁸, selon le courrier du directeur général de l'ARS d'approbation de l'EPRD 2015.

Dès ses premières versions de 2015, ce contrat prévoyait la réorganisation des fonctions logistiques (cuisines et blanchisseries), l'exhaustivité du codage, les restructurations de services paramédicaux et des urgences et la transformation du service de médecine de Vitteaux.

Le contrat a été présenté pour avis au conseil de surveillance le 3 décembre 2015. Mais, à l'issue de cette réunion, il a été décidé un moratoire de la mise en œuvre de ce contrat en raison des évolutions annoncées du financement des USLD et des hôpitaux de proximité qui pouvaient impacter l'équilibre financier des services d'USLD d'Alise et de Saulieu et des services de médecine de Saulieu et de Vitteaux.

⁸ L'ARS avait prévu de conditionner le versement d'une partie de ses aides (en dotation annuelle de financement 1,18 M€) à la signature en fin d'année du contrat de performance. Toutefois le contrat n'ayant pas été signé à cause de la demande de moratoire, et compte tenu de l'impossibilité pour l'ARS de provisionner les crédits pour les allouer l'année suivante, ceux-ci ont été versés au centre hospitalier fin 2015.

Le contrat a été présenté pour avis au conseil de surveillance le 3 décembre 2015. Mais, à l'issue de cette réunion et après discussion entre ses membres, il a été décidé un moratoire de la mise en œuvre de ce contrat en raison des évolutions annoncées du financement des USLD et des hôpitaux de proximité qui pouvaient impacter l'équilibre financier des services d'USLD d'Alise et de Saulieu et des services de médecine de Saulieu et de Vitteaux.

Par la suite, la nécessité de fermer, après le SMUR en 2015, les urgences de Montbard, dont le fonctionnement n'était plus assuré faute de médecins urgentistes en nombre suffisant, a conduit l'ARS et la direction du CH HCO à reporter plus encore la présentation du contrat.

En outre, alors que, sur la base des résultats du compte financier 2015, le CH HCO répondait aux critères règlementaires de déséquilibre financier du code de la santé publique permettant au directeur général de l'ARS de demander au directeur de l'établissement de présenter un plan de redressement (*cf. tableau n° 54 en annexe n° 8*), celui-ci ne l'a pas fait en raison de l'engagement de l'établissement dans la préparation du contrat de performance.

Finalement, le directeur du CH HCO n'a représenté le projet de contrat de performance que lors du conseil de surveillance du 13 juillet 2017. Cette instance a donné un avis défavorable à un tiers des mesures, concernant la rationalisation des services logistiques, les relations humaines, la réorganisation des équipes soignantes après la fermeture des urgences de Montbard et la réorganisation des USLD.

Sans porter d'appréciation sur les raisons de ce retard de plus d'un an et demi dans la présentation du contrat de performance, alors que le CH HCO subissait un déséquilibre financier avéré, la chambre ne peut qu'en constater les effets préjudiciables sur l'équilibre financier du centre hospitalier et observer que le projet élaboré prévoyait des mesures structurelles indispensables au rétablissement de sa situation.

1.2.3 L'absence de mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens concernant le secteur sanitaire

Dans le champ sanitaire, le CH HCO a signé avec l'ARS de Bourgogne en mars 2015 un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) pour la période 2015-2019. Ce document fixait entre autres un certain nombre d'objectifs tirant les conséquences de la fusion, comme par exemple la réduction du nombre d'unités de production culinaire, l'amélioration du taux d'hospitalisation en médecine et la montée en puissance de la comptabilité analytique.

La chambre constate que si le CH HCO a engagé des travaux en matière d'achats et de contrôle de gestion, il n'a pas entrepris la rationalisation des cuisines au-delà des études, qui figurait pourtant également parmi les pistes du contrat de performance et n'a pas réalisé le suivi annuel prévu du CPOM.

En l'absence de contrat de performance, il était pourtant d'autant plus nécessaire pour le CH HCO d'engager les mesures prévues au contrat d'objectifs et de moyens, conclu dès sa création avec l'ARS, afin de mettre en œuvre les rationalisations consécutives à la fusion.

1.2.4 Une rationalisation limitée des services logistiques et de soins

Faute de projet d'établissement préparé, de contrat de performance signé et de CPOM mis en œuvre, le CH HCO n'a pas opéré de restructuration de son offre de soins à l'exception de la fermeture du SMUR en 2015 et des urgences en 2016 sur le site de Montbard. La fermeture pendant quelques semaines du service de mammographie de Saulieu en raison de sa faible activité a été suivie de sa réouverture après que l'ARS a accepté d'en financer le déficit d'exploitation à partir de 2016.

Surtout, alors que les hôpitaux étaient engagés dans un plan national triennal d'économies, le CH HCO a conservé l'ensemble des implantations de ses services logistiques : ainsi, les blanchisseries sur les sites de Châtillon⁹ et Alise, les cuisines à Montbard, Alise, Saulieu et Vitteaux (cf. carte n° 2 relative aux services logistiques en annexe n° 3).

Le CH HCO a en revanche restructuré la pharmacie à usage interne avec le passage de 4 à 2 implantations en 2015 en transférant les unités de Saulieu et d'Alise à Vitteaux¹⁰.

Dans ce contexte, le CH fusionné a réduit de 10 % ses effectifs annuels rémunérés de personnel administratif entre 2014 et 2015 avant de les accroître légèrement en 2016. Il a également stabilisé ses effectifs médicotехiques, techniques et ouvriers (cf. tableau n° 65 en annexe n° 10).

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a indiqué d'une part que l'ARS avait souhaité aider l'établissement au niveau des services de blanchisserie et de restauration, et d'autre part que la nécessité de passer des marchés publics et de se rapprocher du GHT 21 - 52 avait retardé la mise en œuvre des restructurations.

1.3 Un fonctionnement complexe

1.3.1 Un fonctionnement contraint par la conservation des sites

Les conseils de surveillance du CHAM et du CHI et l'ARS ont décidé de fusionner les deux établissements en conservant les cinq sites et leurs capacités d'accueil.

Le directeur du CH HCO a mis en œuvre une organisation ad hoc caractérisée par le maintien sur les sites de directions fonctionnelles¹¹, le regroupement des différents services au sein de cinq pôles et la nomination d'un responsable par site.

⁹ Le CHI avait déjà restructuré la restauration avec la transformation de l'unité de Châtillon en cuisine satellite en 2011.

¹⁰ Le transfert de Montbard sur Châtillon avait été réalisé fin 2013 avant la fusion.

¹¹ Direction des affaires financières (DAF) à Châtillon, direction des affaires générales et juridiques (DAGJ) à Vitteaux, systèmes d'informations à Alise, et le regroupement sur un site de Montbard des agents de la DRH.

Or les pôles opérationnels regroupent des services de soins et médico-sociaux éclatés sur plusieurs sites et leurs responsables (chefs de pôle, cadres de santé et cadres administratifs) sont souvent situés sur des sites différents (cf. carte n° 3 en annexe n° 4). En outre, le fonctionnement des instances administratives du CH et des pôles¹² mobilise une trentaine de cadres installés sur des sites distants de plusieurs dizaines de kilomètres.

Le CH a estimé à 662 K€ les seuls coûts de déplacement et d'interconnexion de ses sites (cf. tableau n° 30 en annexe n° 5). Les temps de déplacements déclarés dans le cadre du présent contrôle par les responsables administratifs des directions fonctionnelles¹³ et des pôles atteignent près de 300 heures sur un mois, soit, sur la base d'un temps de travail de 37 h 30 par semaine, 2 ETP (cf. tableau n° 31 en annexe n° 5).

Recommandation n° 1 : Le maintien des cinq sites ayant conduit à une organisation complexe générant des coûts et des temps de déplacement incompressibles pour les responsables administratifs, la chambre recommande au CH HCO de rationaliser son organisation et son fonctionnement par des regroupements de directions ou de cadres.

À l'occasion de la fusion, le CH n'a imposé aucune mobilité à ses agents et des accords locaux ont même validé à titre transitoire en 2016, pour ceux qui devaient changer de site d'affectation, l'intégration des trajets dans le temps de travail et la prise en charge des déplacements par la mise à disposition de véhicules de service ou le défraiement.

La chambre observe que ces dispositions transitoires irrégulières mises en œuvre pour les 9 agents concernés par la fermeture de la restauration à Châtillon-sur-Seine et affectés au service de restauration de Montbard ont neutralisé l'équivalent d'un ETP annuel (cf. tableau n° 32 en annexe n° 5) et coûté 18 K€ par an de 2015 à 2017 au titre des dépenses de déplacement.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a indiqué avoir, à l'invitation de la chambre, mis un terme à ce dispositif le 1^{er} janvier 2018.

1.3.2 L'absence des projets stratégiques légalement requis

Le CH HCO a mis en place les instances requises par la loi HPST de 2009 : le conseil de surveillance, le directoire, la commission médicale, le comité technique d'établissement et les différentes commissions que sont la commission locale d'activité libérale (CLAL), la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextique (CSMIRT).

En revanche, le CH HCO n'a formalisé ni son projet d'établissement, ni son projet médical, ni son projet social contrairement aux dispositions respectives des articles L. 6143-2, L. 6143-2-1 et L. 6143-2-2 du CSP et aux décisions arrêtées dans le cadre de la préparation de la fusion. Or, ces différents documents ont pour objet de traduire la stratégie de l'établissement.

¹² Directoire rassemblant responsables administratifs et médicaux, comité de direction réunissant les responsables fonctionnels et de sites et les cadres administratifs de pôle, conseil de pôle, commission médicale d'établissement (CME), G4 rassemblant le directeur de l'hôpital (DH), la DAF, la DRH et la Directrice de soins et depuis 2017 le G6 ajoutant le directeur des services techniques et la directrice des affaires juridiques dans le cadre de la préparation et du suivi du contrat de performance.

¹³ À l'exception de la DRH et de la DAGJ en raison de la faiblesse des déplacements réalisés.

Selon l'établissement, les projets de pôles réalisés en 2015 traduisent les orientations stratégiques en termes de projets médical et de soins ; s'y ajoutent le schéma directeur du système d'information hospitalier du GCS Amplitude ainsi que les documents relatifs à la politique de qualité et à la gestion des risques qui font partie intégrante du projet d'établissement. S'agissant du projet social, le CH HCO a indiqué qu'il a formalisé des documents relatifs à des politiques internes comme le maintien dans l'emploi de personnels en situation d'inaptitude. Plus généralement, l'absence de signature du contrat de performance et la création du GHT 21-Sud 52 n'auraient pas permis de préparer un projet d'établissement fondé sur des orientations validées par les tutelles, notamment concernant le devenir des services de médecine ou des USLD.

La chambre considère qu'en ne formalisant aucun des trois projets stratégiques exigés par la loi, le nouvel établissement s'est privé de toute référence interne pour réussir la fusion et organiser ses activités.

Recommandation n° 2 : La chambre recommande au CH HCO de formaliser pour la fin de l'année 2018 son projet d'établissement, son projet médical et son projet social, conformément aux dispositions du code de la santé publique.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a indiqué que la préparation du projet médical d'établissement sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la CME et que la définition de la méthodologie d'élaboration des projets d'établissement et social est inscrite à l'ordre du jour de la réunion du directoire du 2 mai 2018.

1.3.3 L'absence de contractualisation réelle avec les pôles

Aux termes de l'article L. 6146-1 du CSP, « le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement... Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médicotechniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médicotechniques qui leur sont associés... Le directeur nomme les chefs de pôle... Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle ».

Aux termes de l'article R. 6146-8 du CSP, « Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs ». Enfin, l'article R. 6146-9 du CSP indique que « le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle... Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle ».

- La chronologie fixée par les textes n'a pas été respectée par le CH HCO.

Ainsi, le directeur du CH HCO a arrêté la composition des pôles d'activités territoriaux dès avril 2014 avant la fusion et en l'absence de tout projet médical.

Chacun des pôles a formalisé dès 2015 un projet de pôle et le directeur du CH HCO n'a signé un contrat de pôle avec chacun des chefs de pôle que le 9 janvier 2017, alors qu'il résulte des dispositions de l'article R. 6146-9 du CSP que le projet de pôle procède du contrat de pôle et non l'inverse.

Par ailleurs, aux termes de l'article R. 6146-7 du CSP, « Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle... ».

La chambre observe que les chefs de pôle ont perçu irrégulièrement pendant plus de deux ans et demi, en l'absence de tout contrat signé, l'indemnité fixe prévue à l'article R. 6146-7 du CSP.

Ainsi, en réalisant des projets de pôle avant la signature des contrats, le CH HCO a contrevenu à la logique des projets de pôles qui organisent la mise en œuvre des contrats.

- Des pôles au fonctionnement forcément insatisfaisant

Le directeur a créé les pôles avant même d'avoir validé la stratégie médicale de l'établissement.

Quant aux contrats de pôle, ils ne précisent dans leurs annexes pourtant prévues à cet effet, ni les objectifs propres à chaque pôle, ni les moyens attribués, ni les indicateurs de suivi, en méconnaissance des dispositions de l'article R. 6146-8 du CSP. Le CH HCO a précisé attendre la validation du plan de redressement pour relancer la rédaction de ces annexes.

La chambre constate que ces contrats de pôles, incomplets et signés deux ans après la fusion, sont ainsi dépourvus de toute portée opérationnelle.

En outre, en l'absence de contrats valides, le directeur du CH HCO a délégué aux pôles les crédits de formation et de remplacement dans le cadre d'une délégation de gestion non formalisée. Or, selon les dispositions de l'article R. 6146-8 du CSP, c'est le contrat de pôle qui définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines : ainsi les crédits de remplacement des personnels non permanents, les médicaments et dispositifs médicaux, les dépenses hôtelières, d'entretien et de réparation d'équipements et de formation du personnel.

Le directoire a également validé la participation des chefs de service aux recrutements des agents de leur pôle, au-delà des dispositions de l'article L. 6146 du CSP selon lesquelles, le chef de pôle « organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle ». Cette validation contrevient à l'article R. 6146-8 du CSP selon lequel c'est le contrat de pôle qui précise le rôle du chef de pôle dans un certain nombre de domaines, dont la proposition au directeur du recrutement du personnel non titulaire du pôle.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a indiqué avoir suspendu ce processus de recrutement qui sera rediscuté dans le cadre de l'élaboration des contrats de pôles.

La chambre a également constaté que l'absence de règles écrites sur le rôle et les délégations exactes des chefs de pôles, faute de les avoir fixées préalablement dans les contrats de pôles, a créé des tensions avec les directions fonctionnelles.

Recommandation n° 3 : La chambre recommande au CH HCO de compléter les contrats de pôles par les annexes relatives aux objectifs propres à chaque pôle, aux moyens attribués et aux indicateurs d'évaluation de réalisation, conformément aux dispositions du code de la santé publique et à préciser les prérogatives exactes des chefs de pôles dans les futures annexes des contrats.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a précisé qu'il sera proposé lors du prochain directoire de revoir le dimensionnement actuel des pôles et la composition des trios de pôle, ce qui permettra à la direction de mettre en place les contrats et leurs annexes, celles-ci comprenant notamment des objectifs.

1.3.4 Un pilotage administratif perfectible

Dans un contexte financier dégradé, l'établissement n'a développé sa comptabilité analytique et réalisé des tableaux mensuels de suivi de la masse salariale, des effectifs, de l'absentéisme qu'en septembre 2016, peu après le recrutement de deux contrôleurs de gestion.

Le directeur suit quotidiennement l'activité des sites, utilise les très nombreux tableaux de suivi de ses directions fonctionnelles, mais ne dispose d'aucun tableau de suivi d'indicateurs clefs, pourtant nécessaires au pilotage du nouvel établissement.

Le processus budgétaire n'est pas aujourd'hui formalisé. Ainsi, le directeur du CH HCO n'adresse pas de lettres de cadrage aux services pour fixer des objectifs d'évolution annuelle des dépenses.

La chambre invite le directeur du CH HCO à mettre en place de véritables tableaux de bord et à formaliser les procédures budgétaires internes.

Par ailleurs, malgré une demande exprimée en comité de direction, l'absence de définition précise des fonctions des responsables de sites perturbe le processus de décision avec les directions fonctionnelles, que ce soit pour les interventions techniques ou la gestion du personnel sur les sites des ex hôpitaux locaux issus du CHAM.

À l'invitation de la chambre, le directeur du CH HCO a précisé dans leur fiche de poste les rôles des 5 responsables de site.

Enfin, depuis 2012, plusieurs responsables ou directeurs se sont succédé sur les postes de directions fonctionnelles communes aux CHAM et CHI, comme la DRH (deux directrices), la direction des affaires générales, juridiques et du droit du patient (trois), de la coordination des soins (trois), de la direction en charge de la logistique (trois) et la direction de la qualité et de la gestion des risques (trois). Seules les directions des finances, des soins et des systèmes d'information sont sous la responsabilité du même cadre depuis 2012.

La chambre observe que ce turn-over important, de plus de la moitié des responsables de directions, a pu affecter la mise en place et le pilotage du nouvel établissement.

1.4 Le maintien de toutes les missions du GCS Amplitude après la fusion

Créé en 2008, le GCS Amplitude constitue, conformément aux dispositions de l'article L. 6133-1 du CSP, un GCS de moyens dont l'objet est de faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres. Il n'a pas de budget. Le CHAM et le CHI puis le CH HCO ont mis à disposition du GCS une partie de leurs moyens humains et matériels.

Le GCS a ensuite mis ces moyens à disposition de deux autres membres, l'EHPAD « Les Arcades » de Pouilly-en-Auxois (73 lits) et la clinique privée « La Fougère » située à Vitteaux (36 lits), pour des interventions dans les domaines des soins, de la qualité et de l'informatique, de la prestation de services techniques, de la pharmacie, de la protection des majeurs, des astreintes et du SIH.

Selon l'établissement, le GCS Amplitude créé avant les fusions des sites d'Alise, de Saulieu et de Vitteaux d'une part et du CHAM et du CHI d'autre part, avait ainsi permis aux deux autres établissements de bénéficier de services supports mutualisés.

Après les deux opérations de fusions, le CH HCO porte l'intégralité des moyens de fonctionnement du GCS, à tel point qu'apparaît une certaine confusion entre les deux entités. Par exemple, le livret d'accueil, le site Internet, les rapports d'activités sont d'abord estampillés du logo et de l'identité visuelle du GCS alors que le CH HCO gère 92 % des lits. De même, l'ensemble du parc automobile du CH HCO est floqué du sigle du GCS alors que ses véhicules ne participent que très partiellement à la réalisation de ses missions.

De fait, le CH HCO pourrait mettre directement ses moyens à disposition de l'EHPAD et de la clinique sans passer par le GCS pour la plupart des services rendus actuellement. En revanche, s'agissant de la pharmacie à usage interne (PUI) desservant plusieurs sites relevant d'établissements de santé juridiquement distincts, seul un GCS peut en porter l'autorisation commune dans le cadre des dispositions des articles R. 5126-2, 3 et 4 du CSP¹⁴, comme le fait le GCS Amplitude pour le CH HCO, l'EHPAD et la clinique privée.

La chambre invite le CH HCO à conventionner directement avec les deux autres membres du GCS Amplitude et à réduire l'objet de celui-ci à la seule pharmacie à usage interne.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO également administrateur du GCS a indiqué que son assemblée générale avait décidé le 10 avril 2018 de ne pas dissoudre le groupement de coopération, dans l'attente de la parution d'un décret relatif aux PUI au sein des GHT et de l'éventuelle association de l'EHPAD de Pouilly-en-Auxois au GHT, pour le cas échéant envisager ensuite cette dissolution du GCS.

Le directeur du CH HCO est l'administrateur du GCS Amplitude. Selon les délibérations de l'assemblée générale du GCS, le CH HCO lui a versé chaque mois 1 160 € bruts de 2011 à 2013, puis 2 000 € bruts à partir de janvier 2014 au titre de ses indemnités de mission¹⁵ sur le fondement de délibérations adoptées par l'assemblée générale du GCS.

¹⁴ Selon lesquelles il ne peut être autorisé qu'une pharmacie à usage intérieur par site géographique d'implantation d'un établissement de santé ou médico-social, ou des établissements membres d'un groupement de coopération sanitaire et qu'une pharmacie à usage intérieur peut desservir plusieurs sites géographiques relevant d'un même gestionnaire public ou privé.

¹⁵ Conformément aux dispositions de l'article R. 6133-29 du CSP.

L'article XXVII de la convention constitutive du GCS stipule que le mandat d'administrateur est exercé gratuitement mais que toutefois des indemnités de mission peuvent lui être attribuées dans les conditions définies par l'assemblée générale.

Conformément à la convention GCS 2015-04 conclue le 4 mai 2015, les deux membres du GCS extérieurs au CH HCO remboursent à celui-ci 8 % de cette indemnité, à due proportion de leurs capacités, le CH HCO en prenant en charge 92 % sur son budget.

Les missions retenues par l'assemblée générale pour accorder à son administrateur cette indemnité ne présentent pourtant pas un caractère exceptionnel :

- Elles étaient au nombre de trois en janvier 2011, à savoir : la promotion du GCS auprès de partenaires et d'autorités de contrôle et de tarification, la préparation de la transformation du groupement de moyens en groupement d'EPS, la participation aux travaux de création de la CHT de Côte-d'Or et aux différentes réunions menées par l'ARS dans le cadre de l'élaboration des schémas.
- Elles étaient au nombre de quatre en janvier 2014 à savoir : la promotion du GCS auprès de partenaires et d'autorités de contrôle et de tarification, la préparation de la fusion des établissements publics du GCS, la participation des travaux concernant la constitution d'un établissement public de santé unique en Haute Côte-d'Or et la participation aux travaux des fédérations médicales inter hospitalières sur les urgences.
- Les deux missions retenues par l'assemblée générale en janvier 2017 sont globales : la promotion du GCS auprès de partenaires et d'autorités de contrôle et de tarification et la poursuite et le développement des coopérations et partenariats.

Au total, la chambre observe que l'assemblée générale du GCS a décidé le versement d'une indemnité substantielle à son administrateur pour des missions qui relèvent pour l'essentiel de ses fonctions usuelles de directeur d'hôpital.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a indiqué que l'assemblée générale du GCS avait décidé sur sa proposition de cesser au 1^{er} mai 2018 de lui verser cette indemnité de mission de 2 000 euros bruts.

2 UNE SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE CRITIQUE

2.1 La baisse régulière de l'activité du CH HCO entre 2012 et 2016

La capacité d'accueil sur l'ensemble du périmètre du CH HCO est restée stable après la fusion de deux centres hospitaliers, à l'exception des baisses et transformations ponctuelles intervenues :

- en 2014 avec la transformation de six lits d'hospitalisation complète en SSR en hôpital de jour ;
- en 2015 avec la transformation des 42 lits du SSR polyvalent adulte en SRR gériatrique à Saulieu, la transformation de 3 lits d'EHPAD d'hébergement complet en hébergement temporaire à Vitteaux et le déplacement de 2 places d'accueil de jour de Saulieu vers Vitteaux ;
- en 2016, avec la suppression de deux lits à la suite de la fermeture des urgences de Montbard.

Tableau n° 4 : Évolution de la capacité d'accueil des sites du CH CHO entre 2012 et 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Châtillon-sur-Seine	233	233	233	233	233
Sanitaire	89	89	89	89	89
<i>Dont Médecine</i>	59	59	59	59	59
<i>Dont SSR</i>	30	30	30	30	30
EHPAD	144	144	144	144	144
Montbard	231	241	241	241	239
Médecine	45	45	45	45	43
SSR	62	72	72	72	72
EHPAD	124	124	124	124	124
Alise-Sainte-Reine	285	285	285	285	285
USLD	30	30	30	30	30
EHPAD	157	157	157	157	157
FAM	65	65	65	65	65
SSIAD	33	33	33	33	33
Saulieu	191	191	189	191	189
Médecine	25	25	25	25	25
SSR	42	42	42	42	42
USLD	30	30	30	30	30
EHPAD	69	69	67	69	67
SSIAD	25	25	25	25	25
Vitteaux	276	276	278	276	278
Médecine	15	15	15	15	15
EHPAD	168	168	170	168	170
FAM	26	26	26	26	26
MAS	40	40	40	40	40
SSIAD	27	27	27	27	27
Total	1216	1226	1226	1226	1224

Source : CH HCO

2.1.1 La perte de parts de marché en 2016 au profit du CH de Semur

Sur sa zone d'activité¹⁶, le CH HCO est attractif sur le nord de la Côte-d'Or et dans une moindre mesure autour de Vitteaux et Montbard. Il l'est beaucoup moins autour de Saulieu et Venarey-Lès-Laumes, situés à proximité du CH de Semur-en-Auxois (*cf. tableau n° 33 en annexe n° 6*). En 2015 et 2016 selon les données de la banque de données de la fédération hospitalière de France (BDFHF), le CH HCO reste le premier établissement pour les séjours de médecine avec plus de 33 % de parts de marché, en recul de 4 points par rapport à 2015, devant le CH de Semur-en-Auxois à 24 %, en croissance de 2 points, et le CHU de Dijon, stable à 16,5 %.

¹⁶ Qui correspond à une zone de 54 005 habitants en 2016 répartis sur le nord-ouest du département de la Côte-d'Or et une partie de l'ouest autour de Saulieu, et une partie dans l'Yonne et dans l'Aube.

Grâce à un positionnement fort sur certaines spécialités (cardiologie et gériatrie), le CH HCO reste le premier établissement fréquenté sur sa zone en médecine mais il recule au profit du CH voisin de Semur-en-Auxois, plus attractif sur le sud de son territoire de santé.

2.1.2 Une activité sanitaire en recul et une activité médico-sociale stable

Les services de médecine du périmètre du CH HCO ont accueilli 30 % de séjours en moins depuis 2012 mais comme les patients, plus âgés, restent plus longtemps, le taux d'occupation n'a reculé que de 12 points, à 74 % (cf. tableau n° 5 ci-dessous). Cette baisse d'activité du secteur médical résulte de l'accroissement des fuites de la patientèle vers les établissements hospitaliers de Semur-en-Auxois et de Dijon. Le CH HCO réalise trois fois moins de séjours ambulatoires notamment à partir de 2016, en raison du départ d'un gastro-entérologue, non remplacé.

Le CH HCO pratique une médecine gériatrique sur deux sites, Saulieu et Vitteaux, dont les durées moyennes de séjour (DMS) respectives atteignent 13 et 16 jours en 2016.

Sur les deux hôpitaux de Châtillon et Montbard, sauf en médecine cardio-pneumologique, la DMS, inférieure à celles des ex-hôpitaux locaux, augmente et soutient le taux d'occupation malgré la baisse des entrées ; ces deux hôpitaux accueillent une population âgée, souvent issue des urgences.

Malgré l'ouverture de nouvelles consultations organisées en coopération avec le CHU de Dijon, comme à Saulieu en gynéco-obstétrique, hématologie et angiologie, à Châtillon-sur-Seine en ophtalmologie ou à Montbard en oto-rhino-laryngologie, le nombre total des consultations externes a baissé.

Le CH HCO a par ailleurs créé sur son site de Saulieu une maison de santé publique, ouverte début 2015 afin de conserver les médecins généralistes et soutenir l'activité de ses services.

Tableau n° 5 : Évolution de l'activité de médecine sur le périmètre du CH HCO de 2012 à 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Nombre de lits installés	138	138	138	138	138	0,0%
Nombre de places	4	4	4	4	4	0,0%
Nombre de journées exploitables	51 830	51 830	51 830	51 830	51 830	0,0%
Nombre de séjours d'hospitalisation complète	8 810	6 983	7 035	6426	6215	-29,5%
Nombre de journées	43 790	39 494	39 422	36 609	37 237	-15,0%
nombre de séjours ambulatoires	1 078	910	815	745	397	-63,2%
Taux d'occupation (journées / nb de lits*365 j)	86,94%	78,41%	78,26%	72,68%	73,93%	-15,0%
Durée moyenne de séjours (en jours)	4,97	5,66	5,60	5,70	5,99	20,5%

Source : CH HCO

Les SSR ont conservé une occupation stable, 78 % depuis 2012, malgré une diminution des entrées : les patients restent plus longtemps dans des services spécialisés en gériatrie à Montbard et en neurologie à Châtillon-sur-Seine. À l'inverse, malgré la hausse de la durée de séjour, les SSR de Montbard et de Châtillon enregistrent une forte baisse de l'occupation à 50 % en cardiologie et à 75 % en polyvalent à la suite de la chute des entrées, de respectivement 32 % et 25 %. Le SSR de Saulieu est le plus occupé (90 %) (cf. tableaux n^{os} 34 et 36 en annexe n° 6).

En USLD, les taux d'occupation des deux sites chutent à partir de 2015 à Alise de 93 à 89 % et à Saulieu de 98 à 92 % (cf. tableau n° 35 en annexe n° 6). Le CH HCO a proposé, dans le cadre du contrat de performance puis du plan de redressement, la fermeture de ces deux sites car ils accueillent des patients âgés, souvent extérieurs au département, qui ne correspondent plus aux critères d'admission.

Les EHPAD sont presque tous occupés à 100 % grâce notamment à des prix de journée d'hébergement inférieurs à la moyenne départementale pour 4 des 5 sites ; le CH HCO recensait début novembre 2017 plus de 150 dossiers de demandes d'admission en attente, liste pour partie liée à la suspension de la commission d'admission à la suite de la fermeture annoncée des USLD (cf. tableau n° 37 en annexe n° 6).

Les établissements accueillant des personnes handicapées tendent vers une occupation totale : le taux d'occupation de la MAS de Vitteaux passant de 81 à 99 % et celui du FAM d'Alise de 95 à 99 %. Le FAM de Vitteaux est totalement occupé sur la période (cf. tableau n° 39 en annexe n° 6).

Le SSIAD, réparti sur trois sites, a accueilli 44 % de bénéficiaires en moins et réalisé 9 % de journées d'activité de moins : plus âgés, les bénéficiaires sont restés deux fois plus longtemps dans le dispositif entre 2012 et 2016 (cf. tableau n° 38 en annexe n° 6).

En conclusion, la chambre constate que dans un contexte démographique de vieillissement de la population locale, l'activité médico-sociale et de SSR du CH HCO s'est stabilisée entre 2012 et 2016 contrairement aux activités sanitaires de médecine et d'USLD qui ont reculé.

2.2 La fiabilité des comptes

2.2.1 Le rattachement des produits

Conformément au principe d'indépendance des exercices, le CH HCO procède au rattachement des charges (cf. tableau n° 40 en annexe n° 7), mais ce n'est pas le cas des produits : il comptabilise les recettes des titres 1 et 2 pendant la journée complémentaire mais pas les recettes du titre 3, par manque d'informations sur les indemnités journalières ou les conventions conclues.

La chambre invite l'établissement à rattacher les produits du titre 3 ou à les comptabiliser en journée complémentaire pour fiabiliser ses comptes et son résultat annuel.

2.2.2 Les régularisations obtenues en cours d'instruction

Le CHAM, le CHI puis le CH HCO ont constitué des provisions règlementées jusqu'en 2013, pour les charges de personnel au titre des CET ainsi que pour le renouvellement des immobilisations au compte 142 : ces dernières sont destinées à mettre en réserve les aides de l'assurance maladie destinées à couvrir les charges d'intérêts et d'amortissement d'investissements.

- Le CHI avait constitué une provision règlementée pour le renouvellement des immobilisations dans le cadre d'un programme de travaux sur l'EHPAD de Châtillon.

Mais elle ne correspondait pas à des dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie, comme l'exige la nomenclature M21.

Alerté en cours d'instruction, l'ordonnateur a signé un certificat administratif pour transférer, à l'occasion des écritures de la fin de l'exercice 2017, cette provision en qualité d'autre provision pour charge au compte 158.

- Le CH CHO a harmonisé les durées d'amortissements pratiquées par les deux établissements en adoptant celles du CHI conformément à la nomenclature comptable M21.

Jusqu'en 2014, le CHAM avait recours à des fourchettes de durées d'amortissement plutôt qu'à des durées précises pour chaque catégorie d'immobilisations. En outre, selon les comptes financiers produits, certains types d'immobilisations étaient amortis sur des durées maximales supérieures (100 ans pour les bâtiments, 10 ans pour le matériel biomédical par exemple) à celles préconisées par la M21.

À la suite de l'instruction, le CH HCO a commencé à corriger la durée d'amortissement des agencements techniques conformément à la durée préconisée par la M21, contre 5 ans jusqu'ici. Il prévoit en outre de procéder dès l'exercice 2018 à la réaffectation de dépenses d'investissement imputées à tort en agencements et installations, comme la téléphonie.

2.2.3 La sincérité des inscriptions budgétaires en dépenses

Le CH HCO a dépensé plus que ses prévisions budgétaires en 2015 et 2016 sur les titres 2 et 3 de ses budgets H et annexes (cf. tableau n° 41 en annexe n° 7) et ponctuellement pour le titre 1 du budget P et le titre 4 du budget H. La refacturation des charges générales et hôtelières explique en grande partie ces écarts.

Une telle sous-évaluation figurant à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) des charges générales et hospitalières a altéré la sincérité des inscriptions budgétaires.

Recommandation n° 4 : La chambre recommande au CH HCO d'inscrire à l'EPRD la réalité des charges refacturées par le budget H aux budgets annexes.
--

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a précisé que l'ARS avait accepté de financer l'intervention d'un prestataire extérieur afin de consolider la comptabilité analytique hospitalière de l'établissement.

L'intégration des immobilisations, les reports de charges, le niveau des admissions en non-valeur n'appellent pas d'observations. Le CH HCO comme la comptable ont indiqué poursuivre le travail de concordance de l'inventaire et de l'état de l'actif à la suite de la fusion au 1^{er} janvier 2015¹⁷.

En conclusion, à l'exception des points d'amélioration mentionnés ci-dessus, la chambre n'observe pas d'altérations à la fiabilité des comptes du CH HCO.

2.3 Une rapide dégradation de la situation financière malgré la fusion

2.3.1 Le doublement du déficit entre 2014 et 2016

Par rapport au résultat consolidé du CHAM et du CHI en 2014 (2,6 M€), le CH HCO a réduit de près de 40 % son déficit en 2015 (1,6 M€) mais l'a triplé l'année suivante (4,7 M€). Au total, ce déficit a doublé entre 2014 et 2016 (*cf. tableau n° 42 en annexe n° 8*).

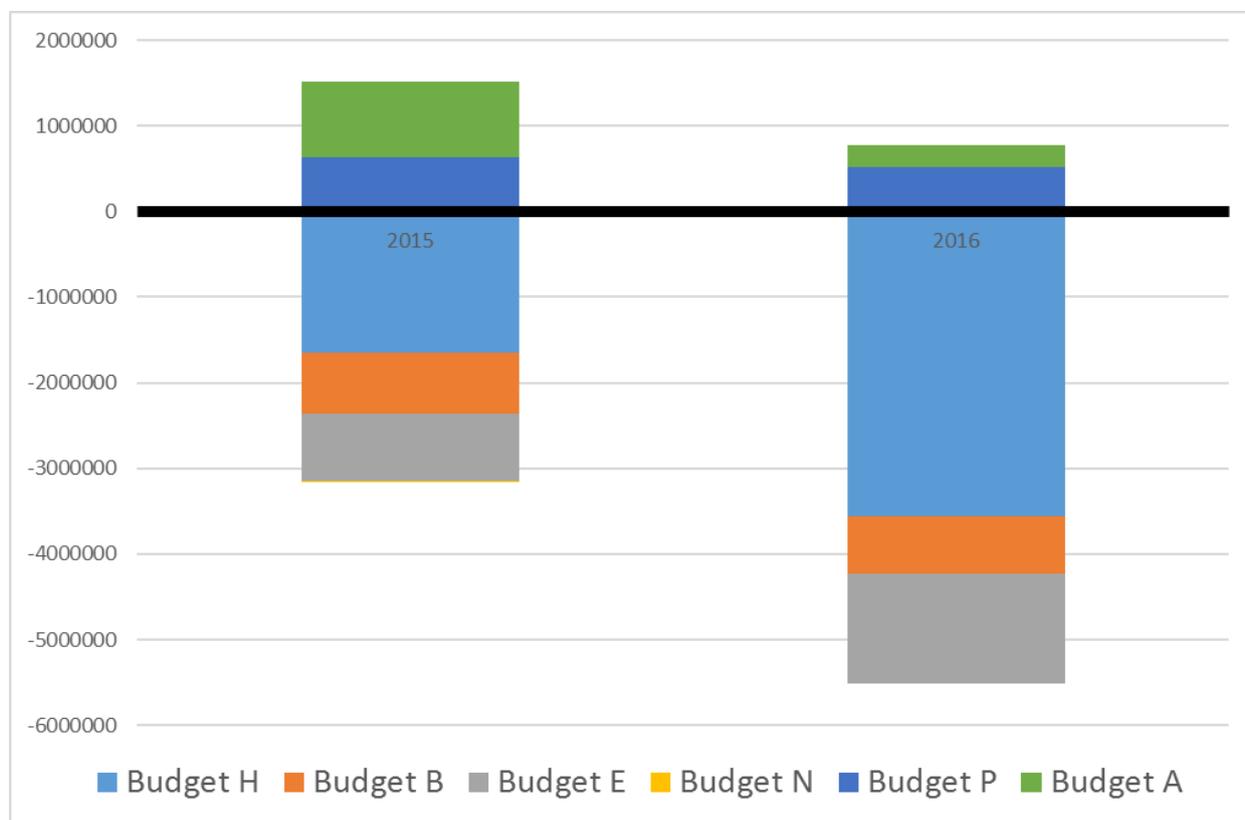
Il n'a plus disposé en 2016 de marge brute d'exploitation ni d'autofinancement malgré la vente de toutes ses terres agricoles et bois, situation que ni le CHAM ni le CHI n'avaient connue les trois années précédant la fusion malgré leurs difficultés. Hors crédits non reconductibles de l'ARS, l'exploitation du CH HCO était déficitaire de 5,7 % en 2016 (*cf. tableau n° 43 en annexe n° 8*).

Ce déficit élevé a empêché le CH HCO d'entretenir et de renouveler ses installations dont le taux de renouvellement n'était plus que de 1,2 % depuis 2015 alors que les équipements des établissements présentaient un taux de vétusté très élevé, de 88,5 % (source TBFEPS).

C'est principalement la croissance de 900 M€ des charges de personnel et de 700 M€ de ses charges d'exploitation, conjuguée à la réduction de près de 1,4 M€ de ses produits d'exploitation et de gestion courante qui a accru de plus de trois millions le déficit du CH HCO en 2016 (*cf. tableau n° 44 des SIG en annexe n° 8*).

¹⁷ L'établissement tient un inventaire des biens meubles et immeubles (les immobilisations corporelles du compte 21). Ce document, établi annuellement, rassemble toutes les informations actualisées issues de la gestion des fiches d'immobilisations, dont le résultat consigné sur un état de situation des immobilisations corporelles doit être conformes aux écritures de la comptabilité générale, l'état de l'actif.

Graphique n° 1 : Évolution des résultats annuels des budgets principal et annexes du CH HCO en 2015 et 2016



Source : CRC à partir des comptes financiers 2015 et 2016

La fusion ne s'est pas traduite par une réduction des dépenses de gestion courante par rapport aux dépenses consolidées du CHAM et CHI : les charges brutes d'exploitation ont baissé de 1,1 % entre 2014 et 2015 mais augmenté de 3 % entre 2014 et 2016 (cf. données des tableaux des SIG 12 en annexe n° 1 et 20 en annexe n° 2 et tableau n° 42 des SIG en annexe n° 8). Cette hausse concerne par exemple la location de matériel médical, notamment les matelas thérapeutiques, sur les budgets E, B et H, et les achats alimentaires, qui ont augmenté en 2016 de 200 K€, alors que le CH HCO s'était fixé pour objectif d'économiser cette somme¹⁸.

¹⁸ C'est pourquoi le CH HCO a mis en œuvre en 2017 une action de formation de ses personnels de restauration par un prestataire pour harmoniser les pratiques de confection des menus, des grammages des ingrédients utilisés, et une action de formation des magasiniers à la gestion des stocks et la lutte contre les pratiques déviantes de certains professionnels (consommation de denrées alimentaires de l'établissement), constatées lors de la préparation du contrat de performance.

Tableau n° 6 : Tableau des résultats des budgets principal et annexes du CH HCO en 2015 et 2016

<i>En euros</i>	2015	2016
Budget H (principal)	-1 645 142	-3 553 995
Budget B (USLD)	-715 281	-678 260
Budget E (EHPAD)	-780 963	-1 276 504
Budget N (SSIAD)	-4 544	27 736
Budget P (FAM et MAS)	631 744	485 542
Budget A (DNA)	889 480	265 892
Résultat comptable	-1 624 706	-4 729 589

Source : comptes financiers du CH HCO

Le déficit de 2016 trouve son origine aux trois quarts dans le doublement du déficit du budget hospitalier, et, dans une moindre proportion, dans le doublement du déficit des EHPAD et le maintien du déficit des USLD.

2.3.2 Un budget hospitalier affecté par le passage à la tarification à l'activité de la médecine de l'ex-CHAM

Le CH HCO a redressé son résultat en 2015 par rapport au résultat consolidé du CHAM et du CHI qui présentait un déficit de 2,7 M€ en 2014 (*cf. tableau n° 45 en annexe n° 8*).

À charges quasiment constantes, à l'exception des dotations aux provisions liées aux comptes épargne temps, c'est la perception d'une double recette pour les services de médecine de l'ex-CHAM, le produit de la T2A depuis le 1^{er} janvier 2015 et le maintien à titre transitoire de la DAF, qui a réduit le déficit en 2015 à 1,6 M€. En effet, en 2014, il avait été procédé sur l'ex-CHAM à un transfert de la DAF médecine vers la DAF SSR, en prévision de la fusion à venir, donc du passage direct des services de médecine de Vitteaux et de Saulieu en T2A à 100 %.

En revanche, en 2016, le déficit du CH HCO a doublé et atteint 3,6 M€. Eu égard à la perte financière induite par la tarification à l'activité, le DG ARS avait sollicité fin 2014 du directeur général de l'offre de soins (DGOS) la conservation du financement par la DAF, sur la base de la différence entre la valorisation de la T2A médecine issue de l'extrapolation sur 6 mois (2,591 M€) avec la DAF médecine perçue en 2014 (3,143 M€). Le DGOS a répondu début 2016 qu'aucune disposition ne permettait d'attribuer le statut d'ex hôpital local à un EPS nouvellement créé ; ainsi les services de médecine de l'ex-CHAM ont perdu en 2016 la DAF pour l'activité de médecine, dorénavant exclusivement financée par la T2A.

Le passage au financement par la T2A de la médecine de Saulieu et de Vitteaux a été préjudiciable au CH HCO en 2016, alors que le nombre total d'entrées dans ces deux services a reculé entre 2014 et 2016 de 803 à 754.

Le CH HCO avait tenté d'anticiper le changement de financement de ces deux services de médecine en envisageant, lors de la préparation du contrat de performance, en 2015 la fermeture du service de Saulieu et le remplacement de Vitteaux par la création d'une unité de 12 lits pour adultes handicapés vieillissants.

Selon l'ordonnateur, outre la réduction de son activité, les retards persistants dans le codage des actes par les médecins, ont participé à la baisse des recettes du CH, en affectant la valorisation de l'activité jusqu'en 2016. Il est à noter que, faute d'avoir pu en recruter un, le CH HCO a bénéficié depuis 2013 de l'intervention du médecin chargé du département de l'information médicale (DIM) des Hospices civils de Beaune.

Cette situation semble en cours d'amélioration puisque selon les différents tableaux de bord communiqués en cours d'instruction, le CH HCO a bénéficié sur les 7 premiers mois de l'année 2017 d'une hausse d'activité, de 7 % des RUM et de 3 % au titre des seuls séjours valorisés par l'assurance maladie. Le suivi étroit du codage des médecins par le technicien de l'information médicale recruté en 2016 et le retraitement d'actes codés grâce au logiciel « LAMDA »¹⁹ ont ainsi permis de récupérer 47 K€ de recettes en 2017.

Enfin, le CH HCO a perdu 870 K€ de recettes des tickets modérateurs entre 2013 (CHAM et CHI) et 2016 à cause d'un défaut de communication sur les règles de l'assurance maladie pour l'imputation des soins pris en charge à 100 %. Le CH HCO a signalé ce dysfonctionnement à la communauté médicale sans qu'un représentant de la caisse pivot de sécurité sociale du CH ne soit encore intervenu.

La chambre, qui a invité dans son rapport d'observations provisoires le CH HCO à procéder dans les meilleurs délais à cette intervention pour arrêter la chute des recettes issues des tickets modérateurs, prend acte de ce que dans leurs réponses aux observations provisoires, le directeur du CH HCO et la directrice générale de la mutualité sociale agricole de Bourgogne, caisse pivot de sécurité sociale du CH, ont indiqué que cette intervention devant la CME était prévue le 18 juin 2018.

2.3.3 Le déficit croissant des établissements d'hébergement des personnes âgées

À l'équilibre en 2012, le budget consolidé des EHPAD est devenu structurellement déficitaire à partir de 2014 ; le déficit a explosé de 2014 à 2016, passant de 63 K€ à 1,3 M€ sous l'effet de la hausse deux fois plus importante des dépenses que des recettes (*cf. tableau n° 46 en annexe n° 8*).

- Les recettes ont augmenté de 2,3 M€, soit 1 M€ pour chacune des sections hébergement et soins et 300 K€ pour la section dépendance.

- Les dépenses ont augmenté de 4 M€ en 4 ans, aux trois quarts liés à la seule refacturation des charges du budget H. Parmi elles, les charges de personnel n'ont augmenté que de 2 % grâce au remplacement des titulaires par des contractuels notamment dans le cadre des contrats aidés (*cf. tableau n° 64 en annexe n° 10*).

Depuis 2014, la refacturation des charges générales et hôtelières au budget E par le budget H explique le déficit des EHPAD.

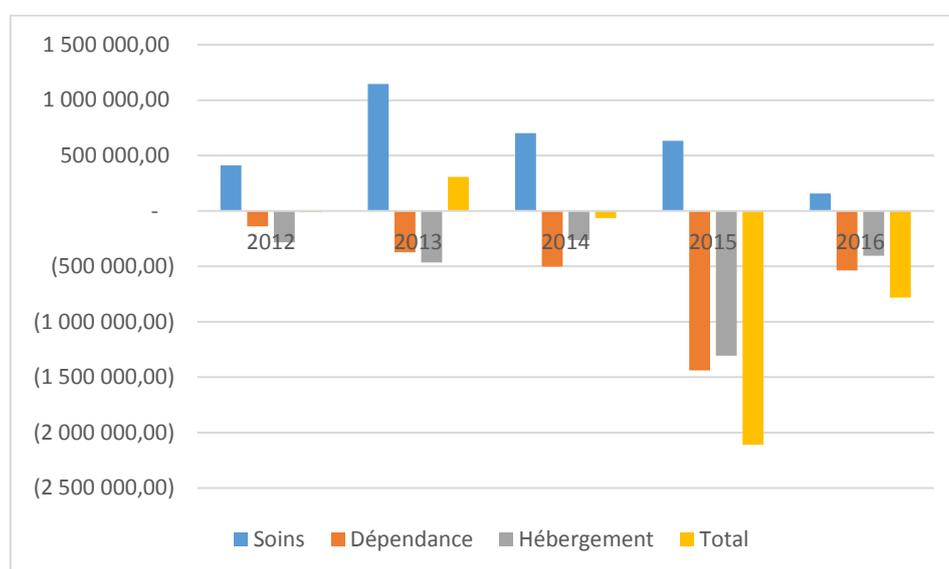
¹⁹ Développé par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour modifier, à titre exceptionnel, des données du programme médical des systèmes d'informations (PMSI) déjà transmises en année N-1 ou N-2, conformément aux articles L. 332-1 et L. 553-1 du code de la sécurité sociale.

La chambre n'a vérifié ni le contenu de ces refacturations ni leurs imputations dans les différentes sections tarifaires car le plan de redressement propose un audit en 2018 de fiabilisation de la comptabilité analytique du CH HCO, sur laquelle ces refacturations s'appuient. Au demeurant, lors de la présentation aux instances des comptes financiers, le CH HCO propose une affectation des résultats des budgets E, qui donne lieu à des délibérations transmises à l'ARS et au département²⁰, qui étudient les comptes et acceptent les propositions d'affectation de résultats.

La chambre constate que, dans le cadre de la procédure de reprise des résultats, les deux autorités de tutelle ont validé de fait la refacturation de ces charges par le budget principal aux budgets annexes du CHAM, du CHI puis du CH HCO et leurs imputations par section tarifaire.

Il apparaît que la refacturation des charges a réduit à partir de 2014 l'excédent de la section soin, et accru les déficits des sections dépendance et hébergement (cf. tableau n° 56 en annexe n° 9).

Graphique n° 2 : Résultats nets des sections tarifaires du budget des EHPAD des CHAM et CHI de 2012 à 2014 et du CH HCO en 2015 et 2016



Source : comptes financiers des CHAM, CHI et CH HCO

La chambre observe que, toutes choses égales par ailleurs, de 2012 à 2015 l'assurance maladie a équilibré le budget des EHPAD et financé les sections dépendance et hébergement, relevant du financement du département, ce qui n'était quasiment plus le cas en 2016.

En réponse aux observations provisoires, le président du conseil départemental de la Côte d'Or a précisé qu'une opération de sincérité des comptes avait été menée pour le CHI en 2008 et intégrée dans le cadre de la convention tripartite signée le 1^{er} septembre 2008.

Il a rappelé que l'opération de sincérité des comptes du CHAM avait été engagée en 2013 dans le cadre du travail préparatoire au renouvellement de la convention tripartite mais qu'elle n'avait pu être menée à bien du fait du report de la validation du contrat de performance.

²⁰ Dans les rapports d'analyse des comptes administratifs des EHPAD de 2015 et 2016, le département n'a pas remis en cause les montants de remboursements des charges au budget principal, même s'il a fait quelques remarques sur certaines évolutions. Il a procédé à des rectifications des résultats sur un certain nombre d'exercices à la suite d'erreurs d'affectation de charges aux sections de financement.

La section hébergement des EHPAD

Le CH HCO explique le déficit de la section d'hébergement des EHPAD par le bas niveau des tarifs arrêtés par le président du conseil départemental, lié à l'absence de renouvellement des conventions tripartites, arrivées à leurs termes en 2010 pour le CHAM et en 2013 pour le CHI. C'est dans ce contexte que le directeur du CH HCO a proposé la hausse des tarifs de l'hébergement dans le contrat de performance, puis dans le plan de redressement.

Le CH HCO a néanmoins bénéficié comme les EHPAD de la Côte-d'Or de hausses annuelles régulières des dotations départementales au titre de l'hébergement comme de la dépendance. Au demeurant, le département a procédé à une revalorisation tarifaire en 2018 des budgets autorisés au titre des sections hébergement des EPHAD et par conséquent des prix de journée.

La comptabilité analytique du CH HCO à partir de 2015 a déterminé que les tarifs d'hébergement nécessaires pour équilibrer la section seraient, selon les sites, 23 à 40 % supérieurs aux tarifs arrêtés (*cf. tableau n° 57 en annexe n° 9*).

Le président du conseil départemental a indiqué dans sa réponse au ROP que le fait que les tarifs soient inférieurs à la moyenne départementale n'implique pas qu'ils soient trop bas, cet écart s'expliquant selon lui par les différences de taille et de coûts immobiliers des EHPAD concernés.

Ces différences de tarifs d'hébergement recouvrent en effet des capacités, des conditions d'accueil et des niveaux d'équipements bien différents, ce dont attestent les éléments du diagnostic partagé établi en juillet 2017 entre l'ARS, le conseil départemental et le CH HCO, préalable au CPOM médico-social.

Les deux EHPAD de Saulieu comptent une trentaine de lits chacun alors que les quatre autres en offrent plus d'une centaine : 117 à Montbard, 137 à Châtillon, 155 à Alise et 165 à Vitteaux.

L'EHPAD le plus récent, celui de Vitteaux rénové en 2010, dispose du tarif le plus élevé, alors que les autres EHPAD ont été construits ou rénovés entre 1976 (partie d'Alise), 1985 (Châtillon), 1989 (Saulieu, EPHAD des trois sources), 1995 (partie d'Alise) et 1998 (Saulieu, EHPAD sur le site de l'hôpital local). 59 % des places n'étaient pas équipées en sanitaires individuels en 2016 (la totalité à Alise et Saulieu) et 29 % des places se trouvaient en chambre double (surtout à Montbard et Saulieu) (*cf. tableau n° 58 en annexe n° 9*).

Les effectifs de personnels des EHPAD

Entre 2013 et 2016, le CHAM et le CHI puis le CH HCO ont accru leurs effectifs en recrutant des agents contractuels pour, selon le directeur du CHO, se doter de compétences spécifiques nécessaires à la sécurisation du circuit du médicament, aux démarches qualité et à la mise en place du dossier patient informatisé ainsi que pour pallier l'absentéisme²¹, et ce malgré le gel des effectifs autorisés au terme des conventions tripartites.

²¹ Selon le diagnostic partagé, le CH HCO a recruté de nombreux CDD dans ses EHPAD : ils représentent 29 % de leurs personnels, en moyenne (de 22 % à Saulieu à 35 % à Vitteaux).

En 2015, les effectifs réels des EHPAD de l'ex-CHI étaient supérieurs de 2 % aux effectifs autorisés par la convention de 2012 alors que ceux des EHPAD de l'ex-CHAM étaient supérieurs de 11 % aux effectifs autorisés par les conventions expirées entre 2007 et 2009. Selon l'ordonnateur, l'ex-CHI avait mieux négocié les effectifs autorisés de ses EHPAD que l'ex-CHAM.

L'ordonnateur précise avoir refusé de signer une nouvelle convention tripartite, en 2012 pour le CHAM puis en 2015, car la convention tripartite proposée par le département conduisait dans les deux cas à une baisse des effectifs autorisés par rapport aux précédentes conventions.

Les EHPAD de l'ex-CHI et de Saulieu accueillent en 2015 des résidents plus dépendants en moyenne (groupes iso-ressources moyen pondéré - GMP - de 719 et 780 à Châtillon et Montbard, 717 à Saulieu²²) qu'en France (GMP de 699 selon le panorama des EHPAD en France) et en Côte-d'Or (GMP de 679 selon le conseil départemental de la Côte-d'Or en 2016) alors que ceux d'Alise et de Vitteaux hébergeaient des résidents moins dépendants en moyenne (GMP respectifs de 661 et 681).

La chambre, au vu des documents produits, n'est pas en mesure d'apprécier site par site le niveau requis de personnel selon le degré de dépendance des résidents hébergés. En revanche, selon les indicateurs du diagnostic partagé, le niveau moyen d'encadrement des résidents en fonction de leur pathos moyen pondéré (PMP)²³ par les personnels infirmiers était en 2015 supérieur à la valeur cible en soins et inférieur en dépendance (cf. tableau n° 59 en annexe n° 9). Le diagnostic partagé de 2017 demande d'optimiser les ratios agent/lit sur les sites déficitaires en personnel.

En l'absence de renégociation de conventions tripartites avec le département, le budget des EHPAD est devenu déficitaire sous l'effet de la refacturation des charges supportées par le budget principal, malgré la croissance régulière des recettes, l'excédent de financement de la section tarifaire des soins jusqu'en 2015 et une occupation complète.

Recommandation n° 5 : Conformément à l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, la chambre recommande au CH HCO de conclure après la validation du plan de redressement, dans les meilleurs délais, un CPOM médico-social avec le département de la Côte-d'Or et l'ARS dans le cadre de la nouvelle tarification des établissements sociaux et médico-sociaux. Il doit déterminer pour les prochaines années les moyens alloués et leur organisation en fonction des caractéristiques des sites : vétusté des bâtiments, niveau d'équipement, niveau de personnel, dépendance des résidents, mais aussi les possibles mutualisations de services communs, résultant ou non des mesures de redressement.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a précisé que l'ARS d'une part s'était engagée lors d'une réunion le 13 mars 2018 à organiser une réunion relative à la négociation du CPOM médico-social, d'autre part finançait un accompagnement sur le volet RH dans le cadre d'une mission d'appui dont l'un des objectifs est de créer des maquettes organisationnelles pour les services de soins.

²² Ibidem

²³ Le pathos moyen pondéré (PMP) est un indicateur synthétique de charge en soins médicaux et techniques pour une population, qui permet de déterminer pour chaque établissement le montant de sa dotation soins.

2.3.4 Le déficit structurel des USLD

Le budget des unités de soins de longue durée USLD (B) (*cf. tableau n° 48 en annexe n° 8*) creuse son déficit sous l'effet ciseau résultant en dépenses de la refacturation des charges à caractère hôtelier et général par le budget H (+ 50 % en 2013), de la hausse des charges médicales et dans une moindre mesure des dépenses de personnel, et en recettes de la baisse des recettes de soins, consécutive à celles des entrées.

Le CH HCO va réduire ses dépenses grâce à la fermeture d'une des deux USLD entreprise début 2018 (Alise-Sainte-Reine) dans le cadre du plan de redressement. En outre dans un communiqué conjoint du 8 juin 2018, l'ARS et le Département de la Côte d'Or ont annoncé que les 30 lits d'USLD à Saulieu seront repositionnés auprès du service de médecine à Montbard.

Les deux autres budgets annexes des structures d'hébergement des personnes handicapées et du SSIAD n'appellent pas d'observations particulières.

À l'exception de 2013, sous l'effet de la refacturation des charges d'exploitation courante par le budget H, les structures d'hébergement de personnes handicapées sont excédentaires, excédent qui a diminué du fait du déficit du budget P2 de la MAS (*cf. tableau n° 49 en annexe n° 8*).

La chambre constate que cette dernière a bénéficié d'un financement de l'ARS par la reprise de la provision pour charges, présentée pour les travaux de la MAS, mais en réalité constituée de crédits ARS versés avant même son ouverture au CH de Vitteaux, en vue de réduire chaque année (à hauteur de 426 K€) la participation de l'ARS à son exploitation. La reprise s'achèvera en 2018 (149 K€). L'ARS versera ensuite une dotation au budget de la MAS.

L'excédent du SSIAD diminue depuis 2013 et disparaît en 2015 à cause de la refacturation des charges par le budget H (*cf. tableau n° 48 en annexe n° 8*).

2.3.5 L'intérêt relatif de la vente de toutes les terres agricoles et de tous les bois

Structurellement excédentaire sur la période, le budget de la dotation non affectée (budget A) (*cf. tableau n° 50 en annexe n° 8*) a présenté des résultats en 2015 et 2016 de respectivement de 889 et 266 K€, après les ventes en 2015 de toutes les terres agricoles pour 750 K€ et de trois maisons pour 165 K€ puis en 2016 de tous les bois pour 722 K€ ; ces ventes ont permis au CH de réaliser une plus-value de 431 K€ en 2015 sur les terres agricoles, 142 K€ sur les trois maisons et de 640 K€ sur les bois. Selon les chiffres communiqués par le CH HCO, leurs locations rapportaient en moyenne depuis 2012 29 K€ pour les terres agricoles et 12 K€ pour les bois (avec une coupe de bois). Contrairement aux maisons, les terres agricoles et les bois n'engendraient pas ou peu de frais.

La chambre observe que, hormis l'impact positif sur la trésorerie, les plus-values réalisées n'étaient pas de nature ni de niveau suffisant pour, à elles seules, améliorer la situation financière de l'établissement.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a indiqué sans produire de chiffrage ni de justificatif, avoir procédé à la vente des terres agricoles et des bois mais aussi des fermes et bâtiments indissociables, dont l'entretien était ou allait être coûteux.

2.3.6 Le défaut de paiement évité par les mesures prises en 2017

Conséquence de l'accumulation de déficits croissants, le CH HCO avait consommé l'intégralité du fonds de roulement consolidé du CHAM et du CHI de 4,8 M€ au 31 décembre 2014 : le triplement du déficit en 2016 conduit à un fonds de roulement négatif de 1,3 M€.

Le CH HCO s'est ainsi retrouvé fin 2016 dans l'incapacité de dégager la ressource nécessaire au paiement de ses fournisseurs et débiteurs courants. C'est pourquoi malgré le niveau élevé des fonds déposés par les hébergés, 2,5 M€, il a mobilisé une ligne de trésorerie, à hauteur de 3,9 M€ au 31 décembre 2016, pour maintenir sa trésorerie à l'équilibre. Cette ligne est plafonnée à 7 M€.

En 2017, il a cessé de payer la taxe sur les salaires à partir de juin puis a allongé les délais de règlement à ses fournisseurs à 73 jours en novembre, pour éviter le défaut de paiement.

Le comité de suivi de la trésorerie réuni par l'ARS et la Direction régionale des finances publiques (DRFIP) le 15 novembre 2017 a anticipé, sur la base du règlement en totalité de ses obligations de paiement à partir de janvier 2018²⁴, une rupture de trésorerie en mars 2018. C'est la raison pour laquelle l'ARS a sollicité de la DGOS en novembre 2017 une aide en trésorerie d'1 M€.

Par ailleurs, le CH HCO présentait en 2015 selon le ratio F11 Hospidiag (*cf. tableau n° 77 en annexe n° 12*) un taux de créances sur les patients et les mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation très supérieur aux valeurs des déciles les plus élevés au niveau régional. Il a réduit de 35 % ses restes à recouvrer courants et antérieurs entre 2015 et 2016 ; en octobre 2017, le CH HCO a même recouvré 350 K€ de sa caisse pivot de l'assurance maladie, la MSA, à la suite de l'intervention de l'ARS. En revanche, au 13 novembre 2017, 714 K€ de créances sur les mutuelles restaient à recouvrer, ce que leurs nombreuses fusions rend difficile : la comptable a lancé des oppositions sur tiers détenteurs.

Le CH HCO a réduit le taux moyen de rejet de ses titres de 6 à 3 % depuis la mise en place fin 2016 de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES).

La chambre constate que si le CH HCO a amélioré le recouvrement de ses recettes depuis 2015, il compte sur une aide en trésorerie en 2018 pour éviter le défaut de paiement.

²⁴ Selon la note de l'ARS à la DGOS datée du 16 novembre 2017, à compter de janvier 2018, l'établissement fera face à nouveau à ses obligations en matière de paiement de la taxe sur les salaires et il sera procédé à la régularisation des mois de retard également (paiement en décembre 2017 et estimation des majorations et pénalités à hauteur de 72 712 €).

2.4 Les investissements du CH HCO réalisés à Saulieu

Le CH HCO a investi moitié moins que le CHAM et le CHI réunis entre 2012 et 2014 mais aux deux tiers pour de nouvelles immobilisations : les études de l'EHPAD de Saulieu, le dossier patient informatisé et les infrastructures de télécommunication. Il n'a pas emprunté depuis sa création et ne disposait plus fin 2016 d'aucune capacité de désendettement, faute d'épargne pour rembourser sa dette.

2.4.1 Le projet de construction d'un nouvel EHPAD à Saulieu

Initialement conçu pour reconstruire le SSR, l'USLD et l'EHPAD sur un terrain proche du site actuel pour un coût de 18 M€, le projet a été réduit à deux reprises sous la contrainte financière : à 14 M€ en 2011 pour la seule reconstruction de l'EHPAD et la rénovation de l'USLD ; puis à 9,5 M€ en 2013 pour la seule construction d'un nouvel EHPAD de 61 lits d'hébergement complet, 2 lits d'hébergement temporaire, 6 places d'accueil de jour et 14 de PASA. Si le projet permet de réunir dans un même bâtiment les résidents des deux EHPAD de Saulieu, le nombre de places prévu reste toutefois inférieur au seuil de 100 lits généralement retenu pour l'équilibre d'un EHPAD. Selon le plan de financement communiqué, le CH HCO le finance à hauteur de 83 % par emprunt.

L'ARS a donné à l'occasion du contrôle du premier EPRD du CH HCO en 2015, son accord dérogatoire à la révision du PGFP intégrant les mesures du contrat de performance, pour la poursuite du projet en cours à hauteur de 500 M€, les marchés de sécurité et de conception-réalisation ayant été lancés en 2014 et notifiés en 2015. En revanche, en 2017 sur la base du compte financier anticipé de 2016, il a refusé que le CH HCO inscrive un emprunt à son EPRD 2017 pour la poursuite du financement du projet ; il est suspendu depuis.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a rappelé que par courrier du 28 avril 2016 le DG ARS avait approuvé l'EPRD et le PGFP de l'établissement pour 2016 et avait autorisé le CH HCO à contracter l'emprunt inscrit pour financer la construction du nouvel EHPAD.

Au 7 novembre 2017, le CH HCO avait dépensé près de 800 K€²⁵ depuis 2014 pour financer, outre les frais d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO), de contrôle et de coordination sécurité et d'études géothermiques et topographiques, les dépenses du marché de conception-réalisation pour la construction du nouveau bâtiment notifié en 2015.

²⁵ En outre, le CHAM avait réglé en 2013 151 K€ en 2014 pour une indemnité de concours à un candidat non retenu dans le cadre du précédent marché lancé en 2011 de conception/réalisation relatif à la construction d'un bâtiment neuf et la reconstruction d'un bâtiment existant à Saulieu, dans le cadre de la version précédente du projet et la rénovation de l'USLD arrêtée en 2012.

Tableau n° 7 : Les dépenses du CH HCO pour le projet de construction du nouvel EHPAD de Saulieu depuis 2013

<i>En euros</i>	Montants mandatés	RAR 2014	Total
Précédent marché de 2011 sur le projet / indemnité candidat non retenu	105 600,00		
Marché d'AMO sur le précédent projet	4 517,09		
Marché de 2013 AMO	65 905,80	1 282,20	
Marché conception réalisation de 2014 Groupement retenu	464 169,11	428 630,59	892 799,70
Marché conception réalisation de 2014 Indemnité candidats non retenus	240 000,00		
Marché conception réalisation de 2014 Rémunération d'un membre du jury	2 643,71		
Coût avis de publication des 2 marchés de 2011 et 2014	2 696,40		
Marché 2015 - construction nouveau bâtiment - contrôle technique	7 584,00	4 752,00	12 336,00
Marché 2015 - construction nouveau bâtiment - CSPS	960,00		
Prestation géotechnique	12 096,00		
Relevé topographique	1 320,00		
Total	907 492,11	434 664,79	1 342 156,90
Total dépenses du projet de 2012 sans dépenses relatives au précédent projet	797 375,02	434 664,79	1 232 039,81

Source : CRC à partir des données du CH HCO

Au titre de ce marché, le CH HCO a dû s'acquitter en 2015 de 240 K€ d'indemnités de concours pour les quatre groupements candidats non retenus, soit 2,5 % du coût total du projet.

Le CH HCO estime qu'à l'issue de la phase de conception, il bénéficiera d'un dossier technique complet lui permettant, si le projet demeure relativement inchangé, de lancer directement les marchés de travaux.

La chambre considère toutefois que, compte tenu de l'application du prochain plan de redressement jusqu'en 2020 inclus, le CH HCO pourra difficilement engager à court terme la phase suivante de réalisation de la construction du nouvel EHPAD et constate qu'au total, le CHAM puis le CH HCO a dépensé de 2013 à 2017 près de 800 K€ au titre de ce projet. Ainsi, à l'issue de la phase de conception du marché de 2014, le CH HCO aura dépensé 1,232 M€²⁶ pour la construction du nouvel EHPAD à Saulieu, projet aujourd'hui suspendu et dont la reprise est hypothéquée jusqu'en 2021 par la mise en œuvre du plan de redressement.

La chambre considère que la situation financière déjà difficile du CHAM puis du CH HCO commandait de la prudence dans l'engagement d'un investissement qui atteignait 9,5 millions d'euros, après révision à la baisse, et devait être largement financé par l'emprunt.

Dans un communiqué conjoint du 8 juin 2018, relatif au confortement de l'offre soins et de services médico-sociaux, l'ARS et le Département de la Côte-d'Or ont annoncé la construction d'un nouvel EHPAD d'une capacité d'hébergement de plus de 90 lits, dont le projet architectural est en cours, incluant 30 places actuellement implantées à Montbard, modifiant ainsi le projet initial.

²⁶ La phase conception n'étant pas totalement terminée, le CH HCO doit s'acquitter encore de 434 526 K€ en restes à réaliser fin 2017.

2.4.2 La maison de santé publique de Saulieu

En 2013, le CHAM a investi avec l'aide de la région, du département et du FEDER dans la rénovation d'un bâtiment du site de Saulieu pour le transformer en maison de santé publique (MSP) de Saulieu, pour un coût total de 429 K€ autofinancé à 35 % (170 K€) par le CH HCO. Elle accueille aujourd'hui des professionnels de santé, médecins et infirmières libéraux, pour certains partagés avec les services hospitaliers. En 2015 et 2016, la MSP de Saulieu a coûté en moyenne au CH HCO 16 K€, sans préjuger des retombées en activités et recettes pour le CH (cf. tableau n° 55 en annexe n° 8). Sur les huit premiers mois de l'année 2017, le nombre de séjours en médecine à Saulieu progresse de 14 % par rapport à 2016, la valorisation T2A des séjours de 11,5 %, (137 K€).

La chambre invite le CH HCO à suivre les retombées de cet investissement sur l'activité et les recettes du site de Saulieu.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a indiqué avoir rencontré le président de la MSP pour l'informer de l'augmentation à venir des loyers permettant au CH HCO de couvrir ses charges de fonctionnement.

2.5 Une information budgétaire partielle

Les rapports 2015 et 2016 de l'ordonnateur sur les comptes financiers présentaient de nombreuses données chiffrées sur l'activité, les tarifs, le bilan et le compte de résultat, sans toutefois donner d'explication d'ensemble de la situation financière du CH HCO.

- ils n'expliquaient ni l'évolution des dépenses de personnel, ni celle des produits de l'assurance maladie du budget H en 2015, liée à la perception d'une double recette pour les services de médecine de l'ex-CHAM ;
- ils ne présentaient ni les variations des produits exceptionnels liés aux ventes des terres agricoles et des bois, ni les dépenses d'investissement relatives à la construction de l'EHPAD ;
- enfin, ils ne retraçaient ni le suivi des critères règlementaires de déséquilibre financier ni la situation de l'endettement du CH HCO.

Le rapport de 2016 constatait un triplement du déficit par rapport à 2015 sans en expliquer l'origine. Il présentait des conclusions identiques mot pour mot à celles du rapport de 2015 ; celles-ci évoquaient les efforts réalisés par la politique d'achat sans citer d'exemples précis et chiffrés des résultats obtenus.

Enfin, les annexes des comptes financiers ne sont toujours pas complètes : ainsi elles ne présentaient pas les effectifs annuels rémunérés du CH HCO.

Recommandation n° 6 : La chambre recommande au CH HCO de compléter son rapport annuel par les explications des évolutions constatées de façon à permettre aux membres des instances de mieux comprendre l'évolution de la situation financière et ses enjeux, en complément des comptes financiers présentés dont les annexes doivent être complétées.

3 LA GESTION CONTRAINTE DES PERSONNELS

En 2016, les dépenses de personnel représentaient 58 % des charges consolidées du CH HCO, proportion stable depuis 2013 (57 %) sur le périmètre du CHAM et du CHI. Faute d'annexes relatives aux effectifs annuels rémunérés complétées dans les comptes financiers du CH HCO, la chambre a reconstitué à partir des annexes des EPRD 2014 à 2017 les effectifs 2013 à 2016 en ETP moyens rémunérés et en distinguant personnels médical et non médical. Elle n'a pas pris en compte les effectifs 2012 de l'EPRD 2013 car ils ne comprenaient pas les effectifs des sites d'Alise et de Saulieu pour le CHAM, comme le CH HCO l'a précisé.

Sur le périmètre du CH HCO, les effectifs rémunérés ont augmenté entre 2013 et 2016 de 2 %. Après la fusion, le CH a réduit de 5 % ses effectifs totaux alors que le CHAM et le CHI les avaient augmentés de 8 % juste auparavant.

Tableau n° 8 : Évolution des composantes du personnel du CH HCO, médicaux et non médicaux entre 2013 et 2016

<i>en ETPR</i>	2013	2014	2015	2016	<i>Evol. 13-16</i>	<i>Evol. 13-14</i>	<i>Evol. 14-16</i>
Personnels médicaux	46,26	48,77	47,63	47,43	3%	5%	-3%
Personnels non médicaux	1 239,94	1 343,45	1 238,01	1 270,57	2%	8%	-5%
Total	1 286,20	1 392,22	1 285,64	1 318,00	2%	8%	-5%

Source : EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Les dépenses de personnel sont plus élevées au CH HCO que dans les établissements de la région et de la même catégorie : il se distinguait en 2015, après la fusion, par des ratios des dépenses de personnel non médical, médical, médicotechnique et administratif rapportées aux recettes, supérieurs aux établissements de la région ou de leurs catégories respectives (cf. indicateurs P4, P5, P6 et P7 d'Hospidiag tableau n° 77 en annexe n° 12).

3.1 Les personnels non médicaux

3.1.1 L'évolution soutenue des effectifs

Sur le périmètre du CH HCO, les effectifs rémunérés des personnels non médicaux n'ont augmenté que de 2 % entre 2013 et 2016.

Le CH a réduit les effectifs titulaires et stabilisé les CDD mais a accru des deux tiers les effectifs en CDI. Dans le cadre des directives nationales, il a mobilisé 73 % de contrats aidés supplémentaires.

Le CHAM, le CHI puis CH HCO ont conclu de nombreux CDI avec des agents sous CDD depuis au moins un an, pour à la fois régulariser des situations de droit, en application de la loi relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique de 2012, et faire face à des difficultés croissantes de recrutement de personnel notamment soignant.

La part des contractuels et aidés est passée de 31 à 34 % des effectifs entre 2013 et 2016 (cf. tableau n° 60 en annexe n° 10).

Tableau n° 9 : Évolution des personnels non médicaux sur le périmètre du CH HCO, par statut entre 2013 et 2016

<i>En ETPR</i>	2013	2016	<i>Evol. 13-16</i>
Titulaires	859,4	827,58	-4%
CDI	58,03	95,27	64%
CDD	284,06	278,92	-2%
<i>Sous-total permanents</i>	1201,49	1201,77	0%
Contrats aidés	38,45	66,35	73%
Intérim	0	2,45	100%
Total	1239,94	1270,57	2%

Source : EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Deux activités ont mobilisé plus d'effectifs sur le périmètre entre 2013 et 2016 : le secteur hospitalier (médecine, urgence et SSR), + 5 %, et l'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, + 3 %.

À l'inverse dans trois secteurs, le CHAM puis le CH HCO ont réduit leurs effectifs annuels rémunérés : de 10 % dans les USLD, de 4 % dans les SSIAD, plutôt après la fusion, et de 5 % dans les établissements hébergeant des personnes handicapées, malgré le recours accru à de contractuels à partir de 2014 (cf. tableau n° 61 en annexe n° 10).

C'est avant la fusion entre 2013 et 2014 que les effectifs rémunérés ont augmenté, de 4 %, surtout dans le secteur hospitalier (+9 %).

Après la fusion, contraint par les directives nationales de réduction triennale de la masse salariale, le nouvel établissement a réduit de 2 % ses effectifs non médicaux totaux, grâce à un effort sur les titulaires et les CDD, malgré la hausse des agents en CDI et en contrat aidé (cf. tableau n° 62 en annexe n° 10).

La chambre constate que le secteur hospitalier (cf. tableau n° 63 en annexe n° 10) a réussi après la fusion à réduire ses effectifs, grâce à la réduction des titulaires et CDD, alors que les EHPAD ont continué à les accroître à cause du doublement des agents en CDI (cf. tableau n° 64 en annexe n° 10).

3.1.2 Un absentéisme élevé et coûteux

Le CH HCO a accru ses effectifs non médicaux contractuels dans les secteurs hospitaliers, les EHPAD et les établissements hébergeant des personnes handicapées pour pallier un absentéisme croissant même si celui-ci se situait en 2015 dans la moyenne des établissements selon l'indicateur RH8 d'Hospidiag (cf. tableau n° 77 en annexe n° 12).

En 2016, selon le bilan social, l'absentéisme concerne essentiellement les personnels non médicaux, surtout le personnel soignant et tout particulièrement les aides-soignants, le taux d'absentéisme de ces derniers atteignant 12 % pour une moyenne nationale de 9 %, ainsi que les infirmiers (7,5 %).

Globalement, le taux d'absentéisme du CH HCO atteint fin 2016 près de 10 % dans trois des cinq EHPAD (Alise, Châtillon et Montbard), 8 % à l'EHPAD de Vitteaux, mais aussi 19 % dans le service de médecine gériatrique de Montbard, 13 % au FAM d'Alise et 10 % à l'USLD de Saulieu.

Le CH a tenté de réguler ce phénomène en déléguant aux pôles la gestion des enveloppes d'heures supplémentaires et de contractuels à durée déterminée. Toutefois, en 2016, face à l'augmentation des absences, certains EHPAD ont dépassé les plafonds qui leur étaient assignés. C'est dans ce contexte qu'en octobre 2017 le CH HCO a décidé de ne remplacer les agents absents qu'à J+2.

La chambre observe que, sur une base de 220 jours travaillés par an, les 40 973 journées d'absence recensées en 2016 par le bilan social représentaient 186 ETPR sur l'année, soit 16 % du personnel non médical (PNM), contre 122 ETPR sur le périmètre du CHAM et du CHI en 2012, soit 10 % du total.

Le CH explique cet absentéisme croissant par un épuisement professionnel (risques psycho sociaux RPS) et physique (troubles musculo-squelettiques TMS) qui touche les agents de plus en plus jeunes : selon les bilans sociaux, l'absentéisme des agents de 41 à 55 ans et des agents de 25 à 40 ans devient en 2015 supérieur à celui des agents âgés de plus de 55 ans. Sont également invoqués l'incertitude sur le sort des USLD et de la médecine de Vitteaux, à l'origine de nombreux départs et de difficultés de recrutement, le niveau élevé de dépendance des personnes âgées arrivant plus tard en EHPAD et la fréquence supérieure d'accidents du travail avec arrêt.

Le CH a reclassé davantage d'agents issus des services des soins à partir de 2016 et a mis en place au 1^{er} janvier 2017 une cellule de santé au travail et de maintien dans l'emploi par des aménagements de poste ou des reclassements. Il réalise un retour d'expérience des accidents de travail à l'origine des arrêts de plus de 15 jours et compte prévenir les risques liés à l'activité physique.

La chambre invite le CH HCO à agir sur les causes de l'absentéisme des personnels soignants, notamment en arrêtant rapidement le sort des services concernés par le plan de redressement et en poursuivant la prévention des accidents du travail.

Conséquence de l'absentéisme croissant et de la mobilisation élevée des heures supplémentaires, les personnels ne prennent pas tous leurs jours de congés. De ce fait, une part croissante des agents, en hausse de 27 % entre 2013 et 2016, surtout des personnels soignants, a ouvert des comptes épargne temps ; ils accumulent en moyenne chaque année un nombre croissant de jours stockés sur leurs comptes, en hausse de 23 % sur la période (*cf. tableau n° 69 en annexe n° 10*).

La chambre constate que cet absentéisme croissant qui a généré d'importants reports d'heures supplémentaires d'une année sur l'autre et une épargne temps croissante est incontestablement de nature à perturber l'organisation du travail des agents au sein du CH HCO.

3.1.3 Le recours à l'intérim pour remédier aux difficultés de recrutement

Le CH HCO a connu un turn-over croissant de son personnel non médical de 2012 à 2015 et d'un niveau supérieur à la moyenne régionale selon l'indicateur RH9 d'Hospidiag (cf. tableau n° 77 en annexe n° 12) : il a notamment fait face à d'importantes difficultés de recrutement pour des métiers en tension (manipulateurs radio, kinésithérapeute) liées à la faible attractivité de certains sites, comme ceux d'Alise et de Saulieu.

À partir de 2016, faute de pouvoir mobiliser davantage d'heures supplémentaires en interne et de contractuels en externe, le CH HCO a dû recourir à l'intérim non médical notamment pour des infirmières et des aides-soignantes, à hauteur de 2,5 ETPR annuel²⁷.

En 2016, le CH HCO a dépensé 207 K€ d'intérim au titre du personnel paramédical, soit un coût annuel cinq à dix fois supérieur aux années précédentes (cf. tableau n° 66 en annexe n° 10).

En conclusion, la chambre observe qu'entre 2013 et 2016, la masse salariale du personnel non médical du CH HCO a augmenté de 8 % alors que ses effectifs n'augmentaient que de 3 %, mettant en évidence le coût de l'absentéisme, la mobilisation des heures supplémentaires et de l'intérim, ainsi que le poids du glissement vieillesse technicité.

Ce dernier résulte au-delà des mesures nationales de revalorisation catégorielle, d'une politique active de promotion professionnelle et d'un avancement harmonisé en 2015 à la durée minimale pour un tiers des agents, à la durée intermédiaire avec des réductions des mois pour un autre tiers et à la durée moyenne pour le dernier tiers et, ponctuellement de l'embauche sur des échelons supérieurs aux entrées de grilles pour remédier aux difficultés de recrutement.

3.1.4 Le personnel infirmier

Au CH HCO, le métier d'infirmier est aujourd'hui en tension : le turn-over du personnel infirmier y est depuis 2013 quatre à cinq fois supérieur que celui de l'ensemble des agents (cf. tableau n° 67 en annexe n° 10).

Le CH HCO rencontre des difficultés à recruter des infirmières, en particulier sur certains sites, parmi lesquels celui de Saulieu, un des plus excentrés (point 6.1 de l'enquête).

L'établissement juge insuffisant le quota des élèves infirmiers de l'IFSI dont il dépend ; en outre, les lauréats de l'école choisissent souvent une affectation proche de leur ancien domicile (point 6.3). C'est la raison pour laquelle le CH a recouru à l'intérim notamment depuis 2016, après avoir recruté il y a quelques années des infirmières au Portugal que la barrière du langage et les difficultés d'intégration ont le plus souvent conduites à retourner dans leur pays d'origine (point 6.2).

Pour rendre plus attractifs les débuts de carrière, l'établissement a proposé une rémunération de départ correspondant au 3^{ème} ou 4^{ème} échelon de la grille, mais cela reste selon lui insuffisant pour attirer des jeunes diplômés (point 7.1).

²⁷ 1,5 ETP sur le budget H mais aussi sur les budgets des EHPAD, de l'USLD, du SSIAD et des établissements d'hébergement de personnes handicapées.

La chambre observe que le personnel infirmier illustre les difficultés plus générales de recrutement du CH HCO, qui entraînent des coûts supplémentaires notamment liés à l'intérim.

Les autres observations relatives aux personnels infirmiers sont présentées à la partie 3.1.5.2 et en annexe 14 du présent rapport.

3.1.5 Les irrégularités à corriger

3.1.5.1 L'attribution infondée d'une prime et d'heures supplémentaires

- *Sur la NBI*

Le CH n'a mis fin qu'à la suite d'une intervention de la comptable en décembre 2015 au paiement de la NBI (10 points) à des agents qui n'y avaient pas droit (IDE et AS de la médecine de Vitteaux, IDE, AS et aide médico-psychologique du FAM de Vitteaux et animateurs des EHPAD) ; il l'a fait près de trois années après que la décision de cesser son versement aux agents ne pouvant pas règlementairement en bénéficier en application du décret n° 93-92 du 19 février 1993, avait été présentée en CTE du 6 février 2012 du CHAM.

La chambre constate que le versement indu de cette NBI a coûté à l'établissement près de 41 K€ chaque année²⁸.

- *Sur les heures supplémentaires*

Conformément à l'article 1^{er} du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif au versement des indemnités horaires pour travaux supplémentaires, le versement d'heures supplémentaires implique la réalisation d'heures effectives, qui ne sauraient être forfaitisées. Or, l'examen des fiches de paye de l'année 2015 a montré que le CH HCO a versé des forfaits d'heures supplémentaires à plusieurs cadres et agents de l'établissement, de 2 à 15 heures mensuelles.

Selon l'établissement, 24 agents étaient dans cette situation en 2017. Après information en CTE²⁹, l'ordonnateur a mis fin au cours de l'exercice 2017 au versement d'heures supplémentaires versées sans fondement à six agents pour un montant brut mensuel total de 1 274 €.

Le directeur du CH HCO a indiqué avoir régularisé, à l'invitation de la chambre ainsi qu'à la demande écrite du trésorier de Montbard le 11 février 2018, la situation des agents qui bénéficiaient d'heures supplémentaires forfaitisées.

3.1.5.2 Les jours de congés annuels au titre du fractionnement et hors saison.

L'évaluation de la perte de temps travaillé en 2016 pour le seul personnel infirmier, sur la base du *tableau n° 70 en annexe n° 10* complété par le CH HCO, montre une perte de près de 5 000 heures, soit 2 % des ETP concernés (3,96).

Le CH HCO explique l'écart entre les heures règlementaires et les heures réalisées par le non-respect des règles d'attribution des jours de fractionnement et de hors saison.

²⁸ Estimé sur la base de 37 365 € sur 11 mois en 2016 à la suite de l'arrêt du versement au 1^{er} décembre, économie réalisée par le CH HCO en 2017 selon le plan de redressement, soit 40 762 € sur 12 mois.

²⁹ En conseil de surveillance du 13 juillet 2017, le directeur du CH HCO a reconnu qu'il lui était arrivé d'octroyer des heures supplémentaires pour des agents prenant de nouvelles responsabilités et indiqué que cette pratique n'était plus envisageable compte tenu de la situation financière de l'établissement et des contrôles systématiques effectués par la trésorerie.

En effet, selon les accords locaux du CH HCO, chaque agent a droit à 28 jours de congés annuels : 25 jours de congés légaux (5 fois les obligations hebdomadaires de service) et 3 jours au titre des jours de fractionnement et de hors saison alors que les agents de la FPH ont droit sous condition à des jours de congés annuels supplémentaires au titre du fractionnement ou du hors saison, selon le décret 2002-8 du 4 janvier 2002 et la circulaire DHOS 2002-240 du 18 avril 2002 qui prévoient que :

- les agents qui fractionnent leurs congés annuels en au moins 3 périodes d'au moins 5 jours ouvrés chacune ont droit à un jour de congé supplémentaire de fractionnement.
- s'agissant des congés hors saison, les agents qui prennent 3, 4 ou 5 jours de congés annuels, en continu ou discontinu, entre la période du 1^{er} novembre au 30 avril bénéficient d'un jour de congé supplémentaire hors saison. Un deuxième jour de congé supplémentaire hors saison est attribué à l'agent lorsque ce nombre est au moins égal à six jours ouvrés.

L'établissement a indiqué que les obligations de temps de travail annuel renseignées pour le personnel infirmier étaient également valables pour tout le personnel non médical soignant. L'octroi systématique de 28 jours de congés annuels a ainsi coûté des jours de travail et des ETP à l'établissement dans la mesure où tous les agents ne respectent pas les conditions d'octroi des jours de congés de fractionnement et hors saison.

La chambre invite le CH HCO à revenir au régime règlementaire d'octroi des jours de congé.

3.2 Les personnels médicaux

3.2.1 La substitution des contractuels non permanents aux praticiens permanents

Entre 2013 à 2016, sur le périmètre du CH HCO, les personnels médicaux rapportés en équivalent temps plein rémunéré ont augmenté de plus de 3 %, et plus particulièrement avant la fusion de 5 % (*cf. tableau n° 71 en annexe n° 11*).

Le CH HCO a employé moins de praticiens permanents, titulaires et contractuels, à la suite des difficultés de recrutement liées à la faible attractivité des sites.

Selon la liste établie par CH HCO, 21 % des postes médicaux étaient vacants mi 2017, soit 9 sur 43, dans les disciplines de la radiologie (50 %), de la médecine d'urgence (33 %) et de la médecine générale et gériatrie (17 %).

Pour assurer son fonctionnement en semaine et la permanence des soins, le CH a triplé entre 2013 et 2016 le nombre de praticiens contractuels recrutés sans renouvellement de droits : c'est le cas pour les services de médecine, de SSR, des USLD et des EHPAD.

En 2016, les praticiens contractuels non permanents sont devenus majoritaires dans les effectifs (*cf. tableau n° 72 en annexe n° 11*).

Le recours à des médecins extérieurs, contractuels et étrangers a conduit, selon le CH HCO, à un turn-over important du personnel médical, notamment des praticiens étrangers qui quittent souvent l'établissement après avoir obtenu leur procédure d'autorisation d'exercice (PAE).

Face à la pénurie de praticiens en radiologie, médecine générale, urgences et gériatrie, le CH HCO a même recouru à l'intérim à partir de 2014, notamment dans les services sanitaires, dans les EHPAD en 2015 et les services d'accueil de personnes handicapées en 2016.

La chambre constate qu'entre 2013 et 2016 la masse salariale des personnels médicaux a crû cinq fois plus vite que les effectifs, de 16 % contre 3 % (cf. tableau n° 73 en annexe n° 11).

3.2.2 Des irrégularités coûteuses

3.2.2.1 Le niveau de rémunération des contractuels

Les difficultés de recrutement ont conduit le CH HCO à rémunérer des praticiens contractuels dans des conditions tarifaires extra règlementaires.

La rémunération de médecins contractuels en temps discontinu ou non continu en juin 2017 pour des gardes ou des journées n'était pas conforme aux dispositions de l'article R. 6152-416 du code de la santé publique : fixée forfaitairement à 1 350 € ou 1 500 € par garde ou à 977 € ou 1 217 € par journée, cette rémunération excède de près de sept à neuf fois le maximum autorisé par l'article R. 6152-416 du code de la santé publique, soit 161,74 euros bruts (environ 135 euros nets pour le praticien).

Sans méconnaître la nécessité d'assurer la continuité des soins ni mésestimer les difficultés de recrutement du CH HCO dans certaines spécialités, la chambre invite l'établissement à mettre un terme à ces versements irréguliers et à respecter le cadre règlementaire relatif à la rémunération des praticiens contractuels : seul le recours au cadre légal de l'intérim³⁰ via un prestataire, sur une base proche du coût actuellement acquitté, le permettrait. Pour en limiter le coût, le CH HCO pourrait en outre mutualiser avec d'autres établissements le recrutement de ses praticiens, comme la permanence des soins dans le cadre du GHT.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a indiqué que dans le cadre du GHT 21/52, il avait été décidé « un modus vivendi entre les EPS membres afin, de lutter contre le dumping social dont étaient victimes ces derniers (rémunération au 4ème échelon + 10 %) ».

3.2.2.2 Les conditions de rémunération de deux praticiens cliniciens

Conformément aux dispositions de l'article L. 6152-3 du CSP, un établissement public de santé peut détacher des praticiens sur un contrat mentionné au 3° du même article pour des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus : ils sont dénommés cliniciens hospitaliers.

Le CH HCO a établi deux contrats de clinicien sans que, comme en dispose l'article L. 6152-3 du CSP, les CPOM signés par le CHI puis le CH HCO fixent le nombre des emplois qui peuvent être pourvus par un tel contrat.

³⁰ Plafonné à 1 170,04 € pour une journée de vingt-quatre heures de travail effectif, majoré de 20 % en 2018, puis de 10 % en 2019, selon l'arrêté n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

Selon les dispositions de l'article R. 6152-709 du CSP, la rémunération des cliniciens comprend une part fixe, déterminée par référence aux émoluments des praticiens hospitaliers, et une part variable subordonnée à la réalisation des engagements particuliers et des objectifs qualitatifs et quantitatifs prévus au contrat. Le montant de la rémunération totale ne peut excéder le montant correspondant au dernier échelon de la grille mentionnée à l'article R. 6152-21 majoré de 65 %.

► Le premier contrat signé le 15 octobre 2014 pour un an avec le docteur A, radiologue, praticien au service d'imagerie médicale et reconduit le 15 octobre 2015 pour 3 ans a bien fixé conformément à l'article L. 6152-3 du CSP des objectifs quantitatifs et qualitatifs ; mais le CH HCO n'a pas pu fournir pour les années 2014, 2015 et 2016, à l'appui de l'évaluation de la réalisation des objectifs fixés, les comptes rendus d'entretien d'évaluation pourtant exigés par l'article R. 6152-711 du CSP. Selon le CH, le chef de pôle les a égarés ; seul un mail de ce dernier au directeur en septembre 2015 mentionnait que globalement les objectifs mentionnés à l'article 7 du contrat étaient respectés. Le praticien a perçu en 2015, 2016 et 2017 l'intégralité de la part variable prévue au contrat.

En réponse aux observations provisoires, le docteur A a précisé, sans fournir de pièce à l'appui, avoir atteint et même dépassé ses objectifs car il exerce différentes fonctions de radiologie conventionnelle, scanner et échographie simultanément.

► Le directeur du CH HCO a signé un second contrat de clinicien avec un praticien déjà présent à temps partiel dans ses effectifs, le docteur B, le 26 mai 2014 pour une période de 3 ans à compter du 1^{er} juillet 2014. Or l'ARS a indiqué au CH que la spécialité du praticien, la gériatrie, ne correspondait pas à une spécialité identifiée dans les objectifs de la charte régionale qu'elle avait établie et que les objectifs fixés représentaient uniquement l'activité ordinaire d'un médecin.

Contrairement aux dispositions de l'article R. 6152-711 du CSP, le CH HCO n'a pas fourni de compte-rendu d'entretien d'évaluation à l'appui de la réalisation des objectifs pour l'année 2015.

En réponse aux observations provisoires, la présidente de la CME et le praticien concerné ont confirmé pour 2015 l'entretien d'évaluation et la réalisation de l'ensemble des objectifs fixés dans le contrat.

3.2.3 Le temps de travail des praticiens

Les difficultés de recrutement et le turn-over des médecins compliquent le fonctionnement de l'hôpital et impactent le temps médical : les obligations de service du personnel médical sont fixées à dix demi-journées (ou demi-périodes) pour des fonctions exercées à temps plein dans la limite de 48 heures hebdomadaires. Les médecins qui travaillent au-delà de ces obligations de service sont payés en temps de travail additionnel (TTA).

Ce temps de travail additionnel doit s'effectuer prioritairement dans la structure d'affectation du praticien. Néanmoins, il peut être effectué dans une autre structure, sur la base du volontariat, sous réserve de l'accord du responsable de la structure d'affectation.

Si le recours au temps de travail additionnel ne s'effectue que « sur la base du volontariat et sans que [les médecins] puissent subir aucun préjudice du fait d'un refus³¹ », il était particulièrement concentré en 2015 dans trois services dont les urgences (*cf. tableau n° 74 en annexe n° 11*). Le nombre de périodes effectuées en TTA est plus élevé chez les urgentistes et en rééducation cardiaque.

► Les difficultés de recrutement des urgentistes ont conduit le CH HCO à rémunérer en TTA des médecins de l'établissement plutôt que de recourir à des contractuels ou des intérimaires.

S'agissant de la rééducation cardiaque, le temps de travail additionnel du docteur C, qui représente sur la période examinée un montant de 81 K€, est majoritairement constitué du temps dédié au fonctionnement de l'unité de soins intensifs cardiologique (USIC) du centre hospitalier de Semur-en-Auxois qui rembourse le CH HCO. Ce dispositif correspond à la mise en œuvre d'une première convention en date du 26 novembre 2007 entre le CH HCO et le CH de Semur-en-Auxois, conclue pour une durée de 6 mois reconductible une seule fois en cas de difficulté pour le CH de Semur-en-Auxois à pourvoir son poste vacant, puis d'une seconde convention en date du 27 mai 2015.

► Les tableaux de service de l'année 2015 ont montré que le cumul de l'ensemble des activités ne permet pas de garantir le respect des règles relatives au repos de sécurité des médecins en application desquelles ces praticiens bénéficient d'un repos quotidien de 11 heures ; cependant, cette amplitude horaire de travail peut atteindre 24 heures maximum en cas de participation à la permanence des soins ou aux astreintes, à condition d'être suivie par un repos quotidien immédiat d'une durée équivalente à la durée du travail (24 heures de travail = 24 heures de repos).

Au CH HCO, les tableaux de service mettent en évidence à plusieurs reprises l'enchaînement par deux praticiens de 6 demi-périodes d'affilée incluant 2 demi-périodes de jour, une garde de nuit suivie de 2 demi-périodes de jour.

La chambre invite l'établissement à veiller au respect des règles du repos de sécurité des médecins en vue de garantir au-delà de la continuité du service rendu la sécurité et la qualité de celui-ci.

► Il est également à noter que les difficultés de recrutement ont conduit les médecins à ne pas prendre leurs jours de congés au titre de la RTT. Entre 2013 et 2016, malgré les paiements réguliers de jours de CET, le nombre de médecins titulaires d'un compte épargne temps a augmenté de 70 % ; ils accumulent en moyenne depuis 2014 un nombre croissant de jours en fin d'année (*cf. tableau n° 75 en annexe n° 11*).

► Enfin, sur la base des tableaux de service, un médecin en radiologie, le docteur A n'a travaillé durant les mois de janvier à mai et de septembre à décembre 2017 que 80 % du temps prévu à l'article 4 de son contrat de clinicien, 10 demi-journées par semaine. La chambre estime sur la base de 9 mois à 36 le nombre de jours dus ainsi non travaillés.

³¹ 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 et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a indiqué que l'établissement était confronté, compte tenu des difficultés de recrutement de radiologues, à « des exigences hors normes de la part des médecins, notamment l'exigence d'une journée blanche (recrutement et rémunération à 100 %, mais travail effectif à 80 %), faute de quoi il ne pouvait plus assurer la continuité de service s'agissant des échographies. »

3.2.4 L'activité libérale

3.2.4.1 Une activité libérale qui a excédé en 2015 et 2016 l'activité en secteur public sur une discipline

L'activité libérale réalisée par des praticiens statutaires exerçant à temps plein ne concerne que deux praticiens du service de cardiologie.

L'article L. 6154-2 du CSP dispose 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 et que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens.

S'agissant de la première condition, les tableaux établis par le bureau des entrées du CH auprès duquel les patients règlent leurs consultations, qu'elles soient libérales ou publiques, examinés par la commission d'activité libérale (CAL) du CH HCO en 2016 puis en 2017 montrent que le docteur C a réalisé trop d'actes en activité libérale en 2015 sur une spécialité et en 2016 sur plusieurs spécialités. En 2016, il a réalisé sur l'ensemble de son activité plus d'actes en activité libérale (58 % en 2016) qu'en secteur public.

Le docteur D a également réalisé en 2016 sur une discipline plus d'actes en activité libérale que dans le secteur public (*cf. tableau n° 76 en annexe n° 11*).

L'ARS a rappelé la règle en séance de la commission d'activité libérale en 2015 puis par courriers au directeur du CH HCO le 20 juin 2016 et le 23 mai 2017.

Selon les tableaux examinés lors de la CAL du 27 novembre 2017, les deux praticiens ont mis fin à ces dépassements sur les 9 premiers mois de l'année 2017, à l'exception des consultations spécialisées de cardiologie du docteur D qui représentent 62 % de son activité (*cf. tableau n° 76 en annexe n° 11*). Lors de cette réunion, le directeur du CH HCO a demandé au médecin concerné, qui s'y est engagé, de respecter les conditions d'exercice de l'activité libérale.

La chambre constate que deux praticiens ont réalisé en moyenne en 2015 et 2016 en activité libérale toutes disciplines confondues 46 % de leurs actes et 62 % des consultations spécialisées en cardiologie. Elle invite l'établissement à veiller au respect des dispositions réglementaires en la matière.

3.2.4.2 Un suivi perfectible de l'activité libérale par l'établissement

Conformément aux dispositions de l'article L. 6154-5 du CSP, dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission locale de l'activité libérale (CAL) est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité.

⇒ **Sur le rapport annuel exigé par l'article R. 6154-11 du CSP :**

La chambre constate que la commission n'a pas réalisé le rapport annuel sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées, en application des articles L. 6154-5 et R. 6154-11 du CSP. Ce rapport doit être communiqué pour information à la CME, au conseil de surveillance, à la commission des usagers, au directeur de l'établissement et au DG de l'ARS.

La commission a toutefois examiné en 2015, 2016 et 2017 les tableaux d'activités des actes et chiffres d'affaires de l'activité libérale des deux praticiens concernés.

Compte tenu du niveau élevé de l'activité libérale réalisée, la chambre invite la commission à réaliser le rapport annuel susvisé prévu par la réglementation et à le communiquer aux instances de l'établissement.

⇒ **Sur le programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale :**

De même, la commission n'a pas défini le programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement exigé par l'article R. 6154-11 du CSP.

La chambre observe que ce n'est qu'à la suite de la CAL du 27 novembre 2017 que l'établissement a décidé de mettre en place les éléments introduits par le décret n° 2017-523 du 11 avril 2017, soit :

- la charte de l'activité libérale intra-hospitalière prévue au nouvel article R. 6154-3-1 du CSP qui sera établie dès que l'arrêté du ministre de la santé relatif à son contenu serait publié. Cette charte vise à garantir l'information des patients sur le caractère libéral de l'activité et les tarifs pratiqués dans ce cadre, leur droit à être pris en charge dans le cadre de l'activité publique des praticiens et la transparence de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens concernés au sein des organisations médicales. L'établissement a précisé à cet égard que les deux praticiens ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires et que les secrétariats donnent lors de la prise de rendez-vous les informations quant au choix possible entre secteur public et secteur libéral et enfin que les tarifs sont affichés dans la salle d'attente du service des consultations externes du site de Montbard.
- le projet d'organisation prévisionnelle de l'activité publique personnelle et de l'activité libérale, qui ne figurait pas, contrairement aux dispositions du nouvel article R. 6154-4 du CSP, en annexe des contrats conclus en application de l'article L. 6154-4 du CSP entre le directeur du CH et les praticiens exerçant un activité libérale.

Recommandation n° 7 : La chambre recommande au CH HCO de définir le programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement, la charte de l'activité libérale intra-hospitalière et le projet d'organisation prévisionnelle de l'activité publique personnelle et de l'activité libérale, exigés par la réglementation ; elle lui recommande également d'annexer la charte et le projet aux contrats conclus avec les praticiens ; elle lui recommande enfin de réaliser le rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité libérale et de le communiquer aux instances.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du CH HCO a communiqué le règlement de fonctionnement de la commission d'activité libérale validé le 26 mars 2018 par la CME, qui prévoit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale et le projet d'organisation prévisionnelle de l'activité publique personnelle et de l'activité libérale.

Il a en outre précisé que la charte et le projet seront annexés aux contrats conclus avec les praticiens lors de leur renouvellement et que le CH HCO attend le décret fixant la charte nationale type pour réaliser la charte de l'établissement.

Il a indiqué que le CH s'engageait à présenter aux instances du CH HCO dès 2018 le rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité libérale.

⇒ Sur les données disponibles :

Par ailleurs, selon les dispositions de l'article L. 6154-3 du CSP, « les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au directeur du CH et au président de la CAL les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations, le nombre et la nature des actes qu'il effectue ». Or, le directeur du CH HCO a indiqué à la chambre ne pas avoir reçu ces informations contenues dans les relevés du système national inter régimes dits « SNIR ». L'établissement n'est donc pas en mesure de recouper l'activité libérale déclarée par ses médecins.

La chambre invite le directeur du CH HCO à s'assurer de l'envoi par sa caisse pivot d'assurance maladie des relevés nécessaires au contrôle de l'activité libérale des praticiens de l'établissement.

4 DES NEGLIGENCES DANS LA GESTION

4.1 La gestion du patrimoine

4.1.1 Des négligences dans la vente d'un bien immobilier en 2017

Le 15 juin 2017, le CH HCO a signé la vente d'un bâtiment situé 8 quai Joseph Maire à Montbard aux époux E, Mme E étant à l'époque directrice des ressources humaines de l'hôpital, au prix de 60 K€ net des frais de notaire ; ceux-ci, qui se sont élevés à 5 316,59 €, étaient à la charge du CH HCO.

Le bien est une maison individuelle composée de deux appartements : A de 127 m² en bon état général mais dont la dalle du rez-de-chaussée s'enfoncé, et B de 129 m² à rénover entièrement.

Le directeur du CH affirme avoir évoqué en comité de direction, où siégeait Mme E, la question de la vente et de l'entretien du bâtiment sis quai Joseph Maire, sans que ce point ait été retranscrit dans les comptes rendus. Les époux E ont proposé le 8 septembre 2016 par courrier au directeur d'acheter cette maison pour 56 K€ « TTC » / net acquéreur ». Il est à noter que Mme E avait été logée quelquefois, quand elle ne pouvait pas rentrer chez elle à Dijon dans un des deux appartements, habitable ponctuellement selon le directeur, car la maison était peu pratique et difficile à chauffer.

La chambre constate que le directeur du CH HCO n'a pas sollicité l'estimation préalable du service des domaines, laquelle n'est pas obligatoire pour les cessions de biens immobiliers par les EPS, mais a fait estimer le 23 novembre 2016, soit après la réception de cette offre, le bien par un notaire pour une valeur résiduelle de 120 K€ nette de 150 K€ de travaux de rénovation.

Le futur acquéreur a contesté immédiatement l'estimation de la valeur nette réalisée par le notaire et l'évaluation du montant de travaux.

C'est dans ce contexte que le directoire a donné son accord au directeur le 22 mars 2017, puis le conseil de surveillance lui a donné un avis favorable³² le 30 mars 2017 pour vendre ce bâtiment 60 K€ nets acquéreur. Le directeur n'a cependant pas communiqué à ces instances le montant de l'estimation réalisée.

Compétent pour conclure les aliénations d'immeubles selon l'article L. 6143-7 du CSP après concertation avec le directoire et avis du conseil de surveillance, le directeur a signé le 30 mars 2017 la décision n° 2017-14 de vente du bien pour 60 K€ nets acquéreur aux époux E.

Le 26 avril 2017, postérieurement à cette décision, le directeur a fait procéder à une nouvelle estimation du bien par une agence immobilière locale, parce que, selon ses propos recueillis en cours d'instruction, il avait été interpellé par les syndicats sur cette vente. L'agence a alors estimé le bien entre 70 à 75 K€. Il a également fait estimer mi-mai 2017 les travaux de rénovation par une entreprise venue sur site qui les a évalués à 155 K€.

Interrogé en septembre 2017 par l'ARS, le directeur a indiqué dans un courrier en date du 29 septembre 2017 qu'il n'avait pas souhaité conserver ce bâtiment qui constituait une charge lourde pour son établissement. Alors qu'il lui était également demandé d'expliquer pourquoi l'établissement avait pris à sa charge les frais de vente, l'ordonnateur a reconnu avoir manqué de discernement.

La prise en charge de frais de notaire par le CH HCO, alors en difficulté financière depuis plusieurs années, n'était en effet pas de bonne gestion puisqu'elle préjudiciait aux intérêts de l'établissement. Il convient au surplus de souligner que c'était la première fois qu'il était procédé à une telle prise en charge.

Par ailleurs, l'importance de l'écart entre la première estimation réalisée par un professionnel et la proposition faite par l'acheteur imposait de faire procéder à une seconde estimation avant de décider de la vente, sauf à négliger les intérêts patrimoniaux de l'établissement.

La chambre n'entend pas, alors que la vente est aujourd'hui définitive, se prononcer sur les estimations réalisées ni sur la valeur du bien selon le marché local. Les éléments rappelés ci-dessus suffisent pour estimer que, seul responsable décisionnaire en matière d'aliénation de biens, le directeur du CH HCO a permis à un agent de l'établissement de réaliser une opération immobilière qui, en l'état de l'information dont il disposait lors de la conclusion de la vente, ne pouvait qu'apparaître très avantageuse, la seule évaluation disponible à ce stade s'élevant au double du prix accepté. Ce n'est qu'a posteriori que le directeur a sollicité une seconde estimation de la valeur du bien.

³² Conformément aux dispositions de l'article L. 6143-1 du CSP

La chambre considère que le directeur du CH HCO a fait preuve de négligence dans la gestion de cette opération. Alors que les fonctions de l'acheteur appelaient à la plus grande transparence, l'estimation préalable du bien à vendre a été négligée et les instances de l'établissement, directoire et conseil de surveillance, appelées à donner leur accord et leur avis, n'ont pas reçu une information complète et adéquate.

En outre, le personnel n'a pas été informé du projet de vente de ce bâtiment, alors qu'il l'avait été précédemment pour la cession de véhicules d'occasion, de mobilier ou de pneus, ainsi que de deux maisons situées rue Debussy à Montbard en 2013.

Le directeur a indiqué lors de la réunion du CTE en juin 2017 qu'à l'avenir les biens immobiliers seront proposés aux agents comme tous les autres biens vendus par l'établissement : il a ainsi mis en vente le 13 juin 2017 une maison de 120 mètres carrés à Châtillon-sur-Seine.

Il n'a toutefois pas réalisé non plus dans ce dernier cas une publicité externe par l'intermédiaire d'agences immobilières alors qu'il l'avait fait précédemment lors de la vente des maisons situées rue Debussy à Montbard et avenue Herriot à Châtillon-sur-Seine.

La chambre estime que le directeur du CH HCO aurait dû publier au printemps 2017 une annonce de mise en vente de la maison de Châtillon-sur-Seine, afin de maximiser les chances d'en tirer le meilleur prix. Elle invite le CH HCO à réaliser systématiquement une telle publicité.

4.1.2 Le suivi de l'occupation du patrimoine

Tous les locaux loués ou mis à disposition par le CH HCO ne faisaient pas encore en 2017 l'objet d'états des lieux systématiques d'entrée et de sortie.

La chambre invite le centre hospitalier à réaliser systématiquement les états des lieux d'entrée et de sortie des locaux loués par lui.

En outre, l'article 14 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dispose que « l'assemblée délibérante de l'établissement doit être informée chaque année de l'état du patrimoine de l'établissement, des concessions de logement et de leur répartition entre les différentes catégories de fonctionnaires bénéficiant des dispositions prévues aux articles 2, 3, 8 et 9 et que cette répartition identifie les différents bénéficiaires ».

La chambre constate que le CH HCO n'a pas assuré cette information de son conseil de surveillance.

Enfin, le CH HCO a accordé à son directeur un véhicule et un logement de fonction sans aucune décision d'attribution individuelle. Il avait également attribué un logement dans le cadre des astreintes à un cadre par un simple courrier sans décision formalisée. Celui-ci n'en bénéficie plus depuis 2017.

À l'invitation de la chambre, le directeur du CH HCO a régularisé par deux décisions l'attribution de son logement et de son véhicule de fonction.

<p>Recommandation n° 8 : La chambre recommande au CH HCO d'informer chaque année le conseil de surveillance de l'état du patrimoine de l'établissement, des concessions de logement et de leur répartition.</p>
--

4.2 Un marché de prestation de communication attribué dans des conditions discutables

Le CH HCO a réglé 3 108 € de prestations de communication³³ à M. ROUAULT, fils du directeur du CH HCO. Cette commande, certes d'un montant modeste, est intervenue sans solliciter aucun autre devis. Le CH a ainsi méconnu les principes de transparence et d'égal accès à la commande publique.

5 LES PERSPECTIVES FIN 2017

Après l'avis défavorable rendu par le conseil de surveillance le 13 juillet 2017 sur quatre³⁴ des douze mesures du contrat de performance et à la suite des résultats des comptes financier 2016, l'ARS a demandé le 8 août 2017 sur le fondement de l'article L. 6143-3 du CSP au directeur du CH HCO de présenter avant le 30 octobre 2017 un plan de redressement en complétant les mesures du contrat de performance.

5.1 Les objectifs initiaux de la fusion n'ont pas été réalisés.

Selon les délibérations adoptées par les conseils de surveillance du CHAM et du CHI en 2014, le projet de fusion avait pour objectif d'accentuer la coopération déjà existante au sein du GCS afin d'améliorer l'efficacité économique, budgétaire et financière de chacun des EPS, de répondre aux difficultés de recrutement des professionnels de santé, de financement des projets architecturaux des deux EPS et de garantir une offre de soins qui répond aux besoins du patient, tant en terme de permanence des soins que d'aménagement du territoire.

S'agissant de l'objectif d'amélioration de l'efficacité économique, budgétaire et financière de chacun des EPS, l'ARS a fini, faute d'accord sur les pistes du contrat de performance, par imposer un plan de redressement à l'établissement tant sa situation financière s'est aggravée : marge brute d'exploitation négative de 1 %, résultat déficitaire de 5,7 % hors aide ARS et fonds de roulement négatif.

S'agissant de la réponse aux difficultés de recrutement des professionnels de santé, le CH est confronté, outre un absentéisme élevé, à de réelles difficultés de recrutement de ses personnels médicaux comme non médicaux qui l'ont conduit à recourir à un intérim coûteux.

S'agissant du financement des projets architecturaux des deux EPS, sa situation financière était telle fin 2016 qu'il n'a pas été autorisé à emprunter en 2017 pour construire le nouvel d'EHPAD de Saulieu ; sa situation en trésorerie l'a contraint courant 2017 à ne plus payer la taxe sur les salaires et à allonger les délais de paiement de ses fournisseurs.

La chambre constate que trois années après la fusion, le CH HCO n'a atteint aucun des objectifs que ses instances s'étaient fixés, certes sans fixer d'échéance.

³³ Carte de vœux 2015 pour 75 € TTC, création du logo du GCS pour 806 €, réalisation du logo GCS pour 244 € et magazine GCS amplitude pour 1 984 €, selon l'extraction des mandats.

³⁴ Relatives à la rationalisation des services logistiques, la politique RH, la réorganisation des équipes soignantes après la fermeture des urgences de Montbard et la réorganisation des USLD.

5.2 Des mesures de redressement qui dépendent pour près de la moitié du département de la Côte-d'Or

Sur la base d'hypothèses de croissance de ses charges et de ses recettes comprises entre 0,8 à 1,5 % l'an et d'un effort en dépenses et en recettes chiffré à 5 M€, le plan de redressement présenté par le directeur du CH HCO le 25 octobre 2017 en conseil de surveillance prévoit le retour d'une marge et d'une CAF brute positives de plus de 4 % dès 2018 et la remontée jusqu'en 2019 du fonds de roulement ; celui-ci resterait cependant négatif de plus de 3 M€.

Ce plan intègre le remboursement du capital des emprunts et le programme pluriannuel d'investissement qui inclut l'entretien des EHPAD, le renouvellement du scanner en 2019, les travaux notamment de sécurité incendie sur le FAM d'Alise, des acquisitions de matériel informatique et l'opération Hôpital numérique en cours, mais ne prévoit pas la construction du nouvel EHPAD de Saulieu.

D'un montant total de 5 118 K€, les mesures proposées reposent sur 15 pistes (*cf. tableau n° 78 en annexe n° 13*) dont 54 % consistent en la réduction des dépenses et 46 % en l'augmentation des recettes.

La chambre constate que le CH resterait exposé à l'issue du plan de redressement à une situation de défaut de paiement potentiel qui nécessiterait la poursuite de l'accompagnement de sa trésorerie par la mobilisation accrue d'aides de court terme.

5.2.1 En dépenses

Le CH HCO a proposé de réaliser ses économies grâce à :

- l'évolution de son offre de soins en fermant les deux USLD d'Alise et de Saulieu et la médecine de Vitteaux (19 %, 750 K€). S'agissant de la fermeture de l'USLD de Saulieu, le plan prévoit la réaffectation des locaux à l'EHPAD³⁵ par la suppression de chambres à 2 lits et la création d'espaces de vie pour les familles. L'ARS a versé en 2017 au CH HCO sous la forme de crédits non reconductibles 520 000 € pour cette opération sur Saulieu ainsi que pour le site de Montbard ;
- la réduction de son train de vie (21 %, 1,05 M€), avec le retour du montant des achats au niveau précédant les dérapages enregistrés en 2016 pour l'alimentation et les matelas thérapeutiques notamment (10 %, 533 K€) et la suppression d'une douzaine de postes proposée par les directions (10 %, 517 K€) ;
- la rationalisation de services paramédicaux (8 %, 419 K€), pharmacie à usage interne, imagerie médicale et biologie ;
- la contribution des équipes médicales (6 %, 319 K€), s'agissant de la permanence des soins, le passage en astreinte forfaitaire avec la suppression d'une garde et de TTA à Montbard ;

³⁵ Selon le plan, l'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement des résidents de l'EHPAD du bâtiment Lavaut, les services de l'EHPAD et de l'USLD étant voisins.

- la rationalisation de la restauration et de la blanchisserie³⁶ qui ne produira pas d'économie directe car elle nécessite le réaménagement des locaux mutualisés ; l'externalisation ne permet pas de gains à cause de la faiblesse du coût de revient du service actuel liée à l'ancienneté du matériel utilisé. Elle constitue néanmoins une piste d'économie à long terme en évitant d'avoir à renouveler les équipements coûteux à l'échelle des cinq sites.

Certaines pistes requièrent l'accord d'autres EPS ou des tutelles du CH HCO :

- la réaffectation des locaux du service de médecine de Vitteaux en unité d'hébergement renforcé (UHR) et en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) ainsi que la réaffectation de ceux de l'USLD de Saulieu au profit de l'EHPAD nécessitant l'accord du département ;
- l'externalisation des repas de Saulieu nécessitant l'accord du CH de Semur ;
- enfin, la restructuration de l'imagerie médicale nécessitant l'accord du CHU pour la mise à disposition d'un radiologue dans le cadre du GHT.

Dans leur communiqué conjoint du 8 juin 2018, relatif au confortement de l'offre soins et de services médico-sociaux, l'ARS et le Département de la Côte d'Or ont annoncé la mise en œuvre de deux actions :

- une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 12 places à Vitteaux permettra de prendre en charge des résidents souffrant de troubles du comportement sévères ou en situation de crise, à partir de septembre 2018 ;
- les 30 lits d'USLD à Saulieu, repositionnés auprès du service de médecine à Montbard, seront remplacés par 30 lits d'EHPAD actuellement implantés à Montbard.

5.2.2 En recettes

Le CH HCO propose une hausse importante de ses recettes grâce à :

- une amélioration du codage des activités de médecine (350 K€) ;
- la revalorisation progressive sur trois ans des tarifs d'hébergement de quatre des cinq EHPAD (39 %, 1,98 M€) : le CH HCO veut revenir à l'équilibre de l'exploitation de la section d'hébergement et réaliser un plan d'investissement pour les EHPAD, et plus particulièrement les sites d'Alise-Sainte-Reine, de Montbard et de Saulieu. En décembre 2017, le département n'avait pas encore validé pour 2018 la hausse des tarifs à hauteur du tiers du produit supplémentaire demandé sur les prochaines années, au motif que la clef de répartition des dépenses entre le sanitaire et le médico-social n'a pas été clarifiée.
- la réalisation d'un audit de fiabilisation de la comptabilité analytique du CH HCO, afin de valider la poursuite de sa généralisation de 2019 à 2021.

³⁶ Le plan de redressement propose de regrouper la production alimentaire d'un site avec l'autre (Vitteaux à Alise) et d'externaliser la production pour le site de Saulieu au CH de Semur. S'agissant de la blanchisserie, il prévoit d'externaliser les linges plats et en forme (professionnels), de centraliser le traitement du linge des résidents sur le site de Châtillon (unité la plus importante mais qui nécessite une amélioration) et de fermer la lingerie relais de Saulieu en 2018 (cf. carte n°3 en annexe 6).

En conclusion, la chambre constate que, selon le plan de redressement et le chiffrage de ses pistes, la réalisation du plan de redressement dépend du département de la Côte-d'Or pour près de la moitié de son montant, constituée par la hausse des tarifs d'hébergement des EHPAD et la réaffectation des locaux de l'USLD au profit de l'EHPAD de Saulieu (*cf. tableau n° 78 en annexe n° 13*).

En réponse aux observations provisoires, le président du conseil départemental a précisé avoir procédé à une revalorisation tarifaire en 2018 des budgets autorisés au titre des sections hébergement des EPHAD et par conséquent des prix de journée. Il a ajouté que, s'agissant des années suivantes, sa décision sera subordonnée à la réalisation de la fiabilisation comptable si celle-ci conclut à une participation insuffisante des budgets des établissements médico-sociaux au budget principal, au titre des refacturations.

5.3 De possibles marges de manœuvre

5.3.1 L'inéluctable mise en commun de l'offre de soins avec celle du CH de Semur

Les CPOM signés en 2012 par le CHAM et le CHI avec l'ARS prévoyaient leur fusion et la préparation des conditions de la création d'un établissement public de santé unique en Haute Côte-d'Or avec le CH de Semur.

Dès l'origine, la fusion devait s'inscrire comme une étape avant une coopération renforcée avec le CH de Semur, dans le cadre d'un GCS et d'une CHT créée dès mi-2014 pour conduire à la fusion à terme des deux CH. Cette démarche a échoué faute d'accord sur une organisation administrative et financière commune.

À la suite du moratoire sur le contrat de performance du CH HCO, l'ARS a de nouveau demandé fin 2015 aux directeurs et présidents de CME des deux établissements un travail commun sur le territoire Nord Côte-d'Or concernant les filières urgence, gériatrique, la démographie médicale et l'articulation ville hôpital, pour aboutir à un projet médical de territoire en Haute Côte-d'Or. Seule la réflexion sur les urgences a abouti.

Le CH HCO développe aujourd'hui une offre de médecine gériatrique complémentaire à la chirurgie et à la maternité du CH de Semur. Les deux établissements partagent plusieurs praticiens³⁷ et coopèrent pour la sous-traitance des examens de microbiologie, la stérilisation des dispositifs médicaux. Enfin, ils participent à la fédération des urgences de Côte-d'Or.

Le projet médical partagé (PMP) du GHT adopté le 29 juin 2017 propose de développer l'offre du CH HCO dans la filière gériatrique en Nord Côte-d'Or en étudiant l'opportunité de créer de nouveaux lits en médecine gériatrique sur le site de Montbard et une unité d'hébergement renforcé (UHR).

Il propose également la création d'une fédération inter hospitalière de cardio-pneumo-neurologie entre le CHU de Dijon et le CH de Semur-en-Auxois, avec le renfort pour la permanence des soins d'un praticien de Montbard. Dans ce cadre, le CH HCO ne doit pas rester à l'écart de la coopération entre le CH de Semur et le CH de Dijon sur une spécialité qu'il a par ailleurs développée.

³⁷ En 2017, participation d'un praticien au fonctionnement de l'USIC de Semur et consultations d'un autre en oncologie ; consultations externes sur les sites de Montbard/Saulieu et Châtillon réalisées par des praticiens du CH de Semur pour le pôle cœur / poumon, intervention d'un praticien semurois au FAM et participation d'un praticien à la permanence des soins du site de Montbard.

Il est à noter que le CH HCO n'a validé le PMP qu'à la condition de conserver toute sa place dans les filières de prise en charge de la victime d'un AVC et de la personne âgée, dans l'offre de SSR et la prise en charge des patients au sein des urgences.

La chambre considère que dans le contexte national de rationalisation de l'offre de soins, le CH HCO doit mettre en commun son offre avec celle du CH de Semur, établissement de référence pour la chirurgie et l'obstétrique, situé au cœur de son territoire de santé.

5.3.2 L'impact des départs à la retraite

Selon les projections réalisées par le CH HCO, 166 agents atteindront l'âge légal de la retraite entre 2017 et 2020 soit 13 % de son effectif de 2016.

La chambre invite le CH HCO à prendre en compte ces départs dans son analyse de l'évolution de la masse salariale, notamment l'effet noria³⁸, pour respecter les prévisions d'évolution des dépenses de personnel du plan de redressement (moins de 1,3 % l'an pour les EHPAD, 1,1 % pour l'hospitalier et 1 % pour les autres budgets).

Enfin, le CH HCO a dû verser une contribution au FIPFHP de 126 K€ au titre de 2015 et de 145 K€ pour 2016 car il emploie 3 % de travailleurs reconnus handicapés loin de l'obligation légale de 6 %. Selon le CH HCO, des agents concernés ne souhaitent pas être reconnus sous cette catégorie. La chambre invite le CH HCO à réduire cette contribution, en valorisant les reclassements réalisés ou à venir dans le cadre de la « cellule santé au travail et maintien dans l'emploi » créée début 2017.

5.4 Les décisions annoncées par l'ARS le 19 décembre 2017

L'ARS a annoncé par communiqué une reconfiguration de l'offre de trois des cinq sites :

- la cessation de l'activité, dès le début 2018, de l'unité de soins de longue durée (USLD) d'Alise Sainte-Reine : « les espaces libérés doivent améliorer les conditions d'hébergement des résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé et [permettre] de créer deux unités protégées de 14 places pour garantir une meilleure prise en charge des résidents atteints d'Alzheimer notamment. Quatorze places de PASA (pôle d'activités et de soins adaptés) seront également créées pour accompagner en journée des résidents de l'EHPAD atteints d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Une enveloppe de l'ARS de plus de 65 000 euros par an sera allouée à ce projet » ;
- le remplacement du service de médecine de Vitteaux « au premier trimestre 2018 par une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 places, pour proposer un accompagnement spécifique de résidents d'EHPAD atteints de graves troubles du comportement. Cette unité bénéficiera d'un soutien de l'Agence Régionale de Santé à hauteur de 240 000 euros par an » ;
- l'engagement de « compléments d'études pour mieux mesurer les besoins en soins des résidents actuellement accueillis en USLD [de Saulieu], en lien avec le Conseil départemental ; le résultat de ces analyses [devant] permettre de statuer sous deux mois sur le devenir de l'USLD ».

³⁸ L'effet noria correspond à la différence entre le montant des salaires des salariés entrants (a priori plus jeunes donc moins payés) et des salariés sortants (a priori mieux payés grâce à leur ancienneté).

L'ARS a par ailleurs annoncé la mise en place d'une mission d'appui à la direction du centre hospitalier dès le début 2018, concernant la gestion du personnel non médical.

Sur le plan financier, l'ARS a annoncé l'augmentation de la dotation annuelle en soins des EHPAD de près de 780 000 euros au terme d'une montée en charge progressive sur 5 ans. Elle a précisé qu'« en outre, une enveloppe de plus de 520 000 euros a d'ores et déjà été déléguée au centre hospitalier, pour améliorer les conditions d'hébergement des résidents ».

Enfin, l'ARS a salué « l'engagement fort du Conseil départemental auprès de l'établissement, de nature à garantir l'amélioration des conditions de prise en charge et d'hébergement des résidents en EHPAD ».

5.5 Les actions annoncées conjointement par l'ARS et le Conseil départemental le 8 juin 2018

Dans leur communiqué conjoint du 8 juin 2018, relatif au confortement de l'offre de soins et de services médico-sociaux, l'ARS et du Département de la Côte-d'Or ont annoncé avoir identifié « dans le cadre du plan de retour à l'équilibre financier engagé au bénéfice du centre hospitalier de la Haute Côte-d'Or [...] une série d'actions sur ses différents sites.

Sur le site d'Alise-Sainte-Reine, les conditions d'accueil et d'hébergement des résidents de l'EHPAD et du foyer d'accueil médicalisé (FAM) seront améliorées. Les locaux seront sécurisés, modernisés et humanisés. Un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) et deux unités protégées spécifiques, l'une Alzheimer, l'autre dédiée à l'accompagnement de troubles psychiatriques, seront inaugurés à l'automne.

Sur le site de Vitteaux, une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 12 places permettra de prendre en charge des résidents souffrant de troubles du comportement sévères et des résidents en situation de crise, à partir de septembre prochain.

Sur le site de Saulieu, la construction d'un nouvel EHPAD d'une capacité d'hébergement de plus de 90 lits est prévue (projet architectural en cours), incluant 30 places actuellement implantées à Montbard où sera réinstallée une unité de soins de longue durée (USLD). Dans l'attente de cette construction, le centre hospitalier procède à des travaux d'humanisation pour doubler les chambres et déploie un projet d'unité pour personnes atteintes de troubles neurodégénératifs en lieu et place de l'actuelle unité de soins de longue durée, en intégrant une formation spécifique du personnel. Échéances : fin 2018-début 2019.

Afin de maintenir une offre en unité de soins de longue durée sur le territoire nord Côte-d'Or, le site de Montbard disposera donc, dès l'ouverture du nouvel EHPAD de Saulieu, d'une nouvelle USLD qui sera adossée aux services de médecine, de SSR gériatrique (soins de suite et de réadaptation) et de l'hôpital de jour, ce qui permettra de compléter la filière gériatrique offerte par ce site.

[...]

Enfin, 5 places de services et de soins infirmiers à domicile (SSIAD) supplémentaires seront créées dès 2018 pour répondre aux attentes d'accompagnement à domicile. »

La chambre prend acte de ce communiqué.



ANNEXES

Annexe n° 1. Les tableaux relatifs à la situation financière du CHI.....	61
Annexe n° 2. Les tableaux relatifs à la situation financière du CHAM.....	66
Annexe n° 3. Les services logistiques du CH HCO.....	73
Annexe n° 4. L'organisation administrative du CH HCO.....	74
Annexe n° 5. Les données relatives au coût de fonctionnement du CH HCO.....	75
Annexe n° 6. Les données relatives à l'activité du CH HCO.....	77
Annexe n° 7. La fiabilité des comptes.....	82
Annexe n° 8. La situation financière du CH HCO.....	83
Annexe n° 9. Les données relatives aux EHPAD sur le périmètre du CH HCO.....	92
Annexe n° 10. Les personnels non médicaux.....	94
Annexe n° 11. Les personnels médicaux.....	99
Annexe n° 12. Les indicateurs de comparaison du CH HCO issu d'Hospidiag.....	102
Annexe n° 13. Les pistes du plan de redressement.....	103
Annexe n° 14. Les observations complémentaires relatives au personnel infirmier dans le cadre de l'enquête commune Cour des comptes-CRC.....	104
Annexe n° 15. Glossaire.....	124

Annexe n° 1. Les tableaux relatifs à la situation financière du CHI

Tableau n° 10 : Les dépenses et recettes des budgets principal et annexe du CHI entre 2012 et 2014

<i>En euros</i>	2012	2013	2014	Evolution
Budget H				
<i>Dépenses</i>	31 972 159	32 404 235	33 466 465	4,67%
<i>Recettes</i>	32 919 354	31 292 491	31 580 422	-4,07%
Budget E				
<i>Dépenses</i>	10 251 556	10 567 627	10 702 502	4,40%
<i>Recettes</i>	10 622 930	10 725 625	10 836 021	2,01%
Budget A				
<i>Dépenses</i>	11 887	8 110	21 488	80,78%
<i>Recettes</i>	13 945	42 985	23 887	71,30%
TOTAL				
<i>Dépenses</i>	42 235 602	42 979 973	44 190 456	4,63%
<i>Recettes</i>	43 556 228	42 061 101	42 440 329	-2,56%

Source : comptes financiers du CHI

Tableau n° 11 : Les résultats du CHI entre 2012 et 2014 avec et sans les aides de l'ARS

<i>En euros</i>	2012	2013	2014
Charges consolidées	42 235 602	42 979 973	44 190 456
Produits consolidés	43 556 228	42 061 101	42 440 329
Résultat comptable	1 320 626	-918 872	-1 750 126
Aides ARS (crédits non reductibles)	1 686 281	216 000	345 000
Résultat comptable hors aides ARS	-365 655	-1 134 872	-2 095 126
Marge brute d'exploitation hors aides ARS	-38 283	628 111	499 111
Taux de marge brute hors aides ARS	-0,1%	1,7%	1,4%

Source : comptes financiers du CHI et état annuels de notification des aides de l'ARS

Tableau n° 12 : Les soldes intermédiaires de gestion du CHI entre 2012 et 2014

<i>En euros</i>	2012	2013	2014
Produits bruts d'exploitation	39 086 197	37 469 765	37 559 555
(-) charges brutes d'exploitation	10 115 278	10 571 524	10 361 898
Valeur ajoutée	28 970 919	26 898 242	27 197 657
(+) subventions d'exploitation	856 732	1 426 129	1 593 514
(-) impôts et taxes	2 718 908	2 811 955	2 819 082
(-) charges de personnel	25 646 161	25 892 811	27 379 549
EBE	1 462 582	-380 395	-1 407 460
(+) autres produits de gestion courante	2 099 048	2 115 420	2 320 275
(-) autres charges de gestion courante	93 354	87 027	68 704
Marge brute d'exploitation	3 468 276	1 647 998	844 111
Taux de marge brute d'exploitation	9%	4%	2%
(+) reprises sur amortissements et provisions	211 070	123 303	153 588
(-) dot. Aux amortissements/ prvisions/dépréciations	1 746 591	1 936 795	2 001 480
Résultat d'exploitation	1 932 755	-165 493	-1 003 781
(+) produits financiers	46	43	37
(-) charges financières	495 207	558 087	469 694
Résultat courant	1 437 594	-723 537	-1 473 438
(+) produits exceptionnels	739 900	258 876	135 979
(-) charges exceptionnelles	856 868	454 211	412 668
Résulrtat exceptionnel	-116 968	-195 335	-276 688
Résultat net	1 320 626	-918 872	-1 750 126
(+) dot. aux amortissements/ prvisions/dépréciations	1 933 946	2 150 847	2 001 480
(-) reprises sur amortissements et provisions	711 070	159 405	153 588
(+) valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0	0	0
(-) produits des cessions d'éléments d'actifs	4 672	27 838	1 000
(-) quote-part des subv. d'inv't virées au résultat	16 800	16 800	16 800
CAF brute	2 522 030	1 027 931	79 965

Source : comptes financiers du CHI

**Tableau n° 13 : L'évolution des charges et produits du budget H
du CHI entre 2012 et 2014**

		2012	2013	2014
Charges		31 972 159	32 404 235	33 466 465
Titre 1	Charges de personnel	22 119 404	22 420 604	23 905 245
Titre 2	Charges à caractère médical	3 041 748	3 250 167	2 893 836
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	4 444 874	4 486 168	4 471 399
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	2 366 133	2 247 297	2 195 985
Produits		32 919 354	31 292 491	31 580 422
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	22 516 122	20 531 010	20 233 381
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	3 797 401	3 754 343	3 975 475
Titre 3	Autres produits	6 605 831	7 007 138	7 371 566
Résultat comptable		947 195	-1 111 745	-1 886 043
Résultat / charges du budget H		2,96%	-3,43%	-5,64%

Source : comptes financiers du CHI

**Tableau n° 14 : L'évolution des charges et produits du budget E
du CHI entre 2012 et 2014**

		2012	2013	2014
Charges		10 251 556	10 567 627	10 702 502
Titre 1	Charges de personnel	7 005 808	6 886 892	6 895 702
Titre 2	Charges à caractère médical	296 789	311 649	347 211
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	2 218 816	2 669 681	2 774 123
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	730 143	699 405	685 467
Produits		10 622 930	10 725 625	10 836 021
Titre 1	Produits afférents aux soins	4 862 725	4 900 322	4 925 659
Titre 2	Produits afférents à la dépendance	1 584 379	1 558 949	1 594 270
Titre 3	Produits de l'hébergement	3 910 869	3 931 571	3 979 666
Titre 4	Autres produits	264 957	334 783	336 426
Résultat comptable		371 374	157 998	133 518
Résultat / charges du budget E		3,62%	1,50%	1,25%

Source : comptes financiers du CHI

Tableau n° 15 : Tableau de financement du CHI entre 2012 et 2014 et l'évolution du fonds de roulement et de la trésorerie du CHI au 31 décembre de 2012 à 2014

<i>En euros</i>	2012	2013	2014
Emplois			
Titre 1 Rembt dettes financières	1 260 905	1 206 998	1 304 453
Titre 2 Immobilisations	2 646 077	1 198 784	1 449 001
Titre 3 Autres emplois	0	825	12 650
Total emplois	3 906 983	2 406 607	2 766 104
Apport FdR	1 042 362		
Total équilibre	4 949 345	2 406 607	2 766 104
Ressources			
Capacité d'autofinancement	2 522 030	1 027 932	79 965
Titre 1 Emprunts	2 265 000	950 000	0
Titre 2 Dotations et subventions	1 000	0	21 056
Titre 3 Autres ressources	161 315	164 838	138 000
Total ressources	4 949 345	2 142 770	239 021
Prélèvement FdR		263 837	2 527 083
Total équilibre	4 949 345	2 406 607	2 766 104
Fonds de roulement	-1 202 858	-1 466 695	-3 993 777

Source : comptes financiers du CHI

	2012	2013	2014
Fonds de roulement	-1 202 858	-1 466 695	-3 993 777
Trésorerie au 31/12	1 584 398	369 999	85 305
<i>dont trésorerie passive tirée des fonds de dépôt</i>	<i>229 406</i>	<i>186 050</i>	<i>163 111</i>
<i>dont ligne de trésorerie</i>	<i>5 000 000</i>	<i>4 300 000</i>	<i>5 860 000</i>
Trésorerie nette au 31/12	-3 645 008	-4 116 051	-5 937 806

Tableau n° 16 : Critères réglementaires de l'article D. 6145-70 du CSP relatifs à l'autorisation d'emprunt par le DG de l'ARS

	2012	2013	2014
Encours de dette	9 854 998	9 597 999	8 293 547
Ratio d'indépendance financière > 50 % (en %)	NC	39,20%	37,10%
Durée apparente de la dette > 10 ans (en année)	NC	9,3	103,7
			<i>éligible</i>
Encours de dette / total des produits > 30 %	20,32%	23,43%	22,62%
OU Poids de la dette (indicateur 82 du TBF EPS)	NC	24,00%	21,50%

Source : TBFEPS et comptes financiers du CHI

Tableau n° 17 : Les critères réglementaires de déséquilibre financier de l'article D. 6143-39 du CSP relatif à la demande d'un plan de redressement par le DG de l'ARS au directeur du CH

Sources : données CRC sur la base des comptes financiers

1°) 3 % du total des produits du compte de résultat principal de l'exercice

	2012	2013	2014
Produits de l'exercice	43 556 228	42 061 101	42 440 329
Résultat	1 320 626	-918 872	-1 750 126
Charges sur exercices antérieurs		111 719	150 486
Produits sur exercices antérieurs		139 677	83 765
Résultat hors charges et produits sur ex. antérieurs		-946 830	-1 683 405
Déficit (en %)		2,25%	3,97%
		éligible	éligible

2°) Pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal excède dix millions d'euros, le compte de résultat principal (CRP) présente un résultat déficitaire, calculé dans les conditions prévues au 1°, et soit la capacité d'autofinancement de l'établissement déterminée dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 6145-10 représente moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues, de l'établissement, soit l'établissement présente une insuffisance d'autofinancement.

	2012	2013	2014
Résultat du CRP	947 195	-1 111 745	-1 886 043
Charges sur exercices antérieurs	550 493	98 878	133 896
Produits sur exercices antérieurs	171 592	122 471	54 757
Résultat hors charges et produits sur ex. antérieurs	1 326 096	-1 135 338	-1 806 904
CAF	2 522 030	1 027 932	79 965
Total des produits	43 556 228	42 061 101	42 440 329
CAF / Produits totaux	5,79%	2,44%	0,19%

3°) La capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts figurant dans le tableau de financement mentionné à l'article R. 6145-13. Le remboursement en capital contractuel ne prend pas en compte les remboursements anticipés en capital.

	2012	2013	2014
CAF	2 522 030	1 027 932	79 965
Remboursement de la dette en capital	1 260 905	1 206 998	1 304 453
		éligible	éligible

Annexe n° 2. Les tableaux relatifs à la situation financière du CHAM

Tableau n° 18 : Les dépenses et recettes des budgets principal et annexe du CHAM entre 2012 et 2014

<i>En euros</i>	2012	2013	2014	Evolution
Budget H				
<i>Charges</i>	12 888 791	15 569 530	17 150 662	33,07%
<i>Produits</i>	12 965 895	15 231 949	16 368 472	26,24%
Budget B				
<i>Charges</i>	3 488 214	3 681 597	3 594 054	3,03%
<i>Produits</i>	3 387 536	3 334 808	3 325 284	-1,84%
Budget E				
<i>Charges</i>	13 713 165	13 805 244	14 805 371	7,96%
<i>Produits</i>	13 331 277	13 955 383	14 608 670	9,58%
Budget N				
<i>Charges</i>	960 815	1 204 989	1 241 783	29,24%
<i>Produits</i>	1 171 641	1 295 403	1 348 686	15,11%
Budget P				
<i>Charges</i>	7 485 470	8 372 459	7 762 373	3,70%
<i>Produits</i>	7 573 461	7 864 188	7 997 143	5,59%
Budget A				
<i>Charges</i>	30 585	20 173	14 643	-52,12%
<i>Produits</i>	49 660	63 988	36 595	-26,31%
TOTAL				
<i>Charges</i>	38 567 040	42 653 992	44 568 884	15,56%
<i>Produits</i>	38 479 471	41 745 720	43 684 851	13,53%

Source : comptes financiers du CHAM

Tableau n° 19 : Les résultats du CHAM entre 2012 et 2014 avec et sans les aides de l'ARS

<i>En euros</i>	2012	2013	2014
Charges consolidées	38 567 040	42 653 992	44 568 884
Produits consolidés	38 479 471	41 745 720	43 684 851
Résultat comptable	-87 570	-908 272	-884 034
Aides ARS (crédits non reconductibles)	26 200	10 000	0
Résultat comptable hors aides ARS	-110 770	-918 272	-884 034
Marge brute d'exploitation hors aides ARS	2 114 443	1 549 881	1 625 027
Taux de marge brute hors aides ARS	6,7%	4,8%	4,9%

Source : comptes financiers du CHI et état annuels de notification des aides de l'ARS

Tableau n° 20 : Les soldes intermédiaires de gestion du CHAM entre 2012 et 2014

<i>En euros</i>	2012	2013	2014
Produits bruts d'exploitation	34 621 380	38 911 684	39 814 148
(-) charges brutes d'exploitation	9 284 347	12 656 038	12 444 325
Valeur ajoutée	25 337 033	26 255 646	27 369 823
(+) subventions d'exploitation	3 486	78 371	185 512
(-) impôts et taxes	2 067 287	2 219 923	2 267 729
(-) charges de personnel	21 309 640	22 667 207	23 844 154
EBE	1 963 592	1 446 887	1 443 452
(+) autres produits de gestion courante	410 347	285 538	302 756
(-) autres charges de gestion courante	210 660	134 456	58 700
Marge brute d'exploitation	2 163 280	1 597 968	1 687 508
Taux de marge brute d'exploitation	6%	4%	4%
(+) reprises sur amortissements et provisions	1 078 632	776 879	1 265 436
(-) dot. Aux amortissements/ provisions/dépréciations	3 495 158	2 411 014	2 810 872
Résultat d'exploitation	-253 246	-36 167	142 071
(+) produits financiers	1 405	2	0
(-) charges financières	788 840	723 509	696 809
Résultat courant	-1 040 682	-759 674	-554 738
(+) produits exceptionnels	1 448 089	708 591	704 568
(-) charges exceptionnelles	494 977	857 188	1 033 864
Résultat exceptionnel	953 113	-148 598	-329 296
Résultat net	-87 570	-908 272	-884 034
(+) dot. aux amortissements/ provisions/dépréciations	3 607 334	2 590 511	2 810 872
(-) reprises sur amortissements et provisions	1 122 357	804 500	1 265 436
(+) valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0	8 732	2 111
(-) produits des cessions d'éléments d'actifs	1 730	1	4 183
(-) quote-part des subv. d'inv. virées au résultat	2 823	2 823	2 823
CAF brute	2 392 855	883 647	656 508

Source : comptes financiers du CHAM et ANAFI (retraitements CRC)

**Tableau n° 21 : L'évolution des charges et produits du budget H
 du CHAM entre 2012 et 2014**

		<i>en euros</i>		
		2012	2013	2014
Charges		12 888 791	15 569 530	17 150 662
Titre 1	Charges de personnel	6 600 354,34	10 115 243	10 693 824
Titre 2	Charges à caractère médical	1 208 024	1 142 582	1 244 010
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	3 500 363	3 597 747	3 918 227
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	1 580 049	713 958	1 294 601
Produits		12 965 895	15 231 949	16 368 472
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	6 051 961	6 017 354	6 016 019
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	788 293	882 059	877 093
Titre 3	Autres produits	6 125 641	8 332 537	9 475 360
Résultat comptable		77 104	-337 581	-782 190
Résultat / charges du budget H		0,60%	-2,17%	-4,56%

Source : comptes financiers du CHAM

**Tableau n° 22 : L'évolution des charges et produits du budget E
 du CHAM entre 2012 et 2014**

		<i>en euros</i>		
		2012	2013	2014
Charges		13 713 165	13 805 244	14 805 371
Titre 1	Charges de personnel	9 030 601	7 352 851	8 189 944
Titre 2	Charges à caractère médical	387 894	386 683	482 182
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	2 405 345	4 223 451	4 241 330
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	1 889 325	1 842 259	1 891 915
Produits		13 331 277	13 955 383	14 608 670
Titre 1	Produits afférents aux soins	4 824 864	5 256 467	5 702 106
Titre 2	Produits afférents à la dépendance	1 836 354	1 872 523	1 927 136
Titre 3	Produits de l'hébergement	6 062 831	6 294 898	6 162 473
Titre 4	Autres produits	607 228	531 496	816 954
Résultat comptable		-381 887	150 140	-196 701
Résultat / charges du budget E		-2,78%	1,09%	-1,33%

Source : comptes financiers du CHAM

**Tableau n° 23 : L'évolution des charges et produits du budget B
du CHAM entre 2012 et 2014**

		<i>en euros</i>		
		2012	2013	2014
Charges		3 488 214	3 681 597	3 594 054
Titre 1	Charges de personnel	2 407 876	2 261 702	2 234 476
Titre 2	Charges à caractère médical	161 276	208 836	235 419
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	666 666	1 001 081	867 879
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	252 396	209 978	256 280
Produits		3 387 536	3 334 808	3 325 284
Titre 1	Produits afférents aux soins	1 876 697	1 754 099	1 653 390
Titre 2	Produits afférents à la dépendance	509 768	579 458	535 214
Titre 3	Produits de l'hébergement	890 441	916 289	937 601
Titre 4	Autres produits	110 631	84 961	199 079
Résultat comptable		-100 678	-346 789	-268 770
Résultat / charges du budget B		-2,89%	-9,42%	-7,48%

Source : comptes financiers du CHAM

**Tableau n° 24 : L'évolution des charges et produits du budget N
du CHAM entre 2012 et 2014**

		<i>en euros</i>		
		2012	2013	2014
Charges		960 815	1 204 989	1 241 783
Titre 1	Charges d'exploitation courante	82 885	139 810	168 829
Titre 2	Charges de personnel	800 057	978 254	986 074
Titre 3	Charges de la structure	77 873	86 925	86 879
Produits		1 171 641	1 295 403	1 348 686
Titre 1	Produits de la tarification	1 143 802	1 234 355	1 247 860
Titre 2	Autres produits d'exploitation	26 538	57 728	94 368
Titre 3	Produits financiers et produits non encaissés	1 301	3 319	6 459
Résultat comptable		210 826	90 414	106 904
Résultat / charges du budget N		21,94%	7,50%	8,61%

Source : comptes financiers du CHAM

**Tableau n° 25 : L'évolution des charges et produits du budget P
 du CHAM entre 2012 et 2014**

		<i>en euros</i>		
		2012	2013	2014
Charges		7 485 470	8 372 459	7 762 373
Titre 1	Charges d'exploitation courante	1 266 928	2 294 196	1 927 683
Titre 2	Charges de personnel	5 079 706	4 737 638	4 640 889
Titre 3	Charges de la structure	1 138 836	1 340 626	1 193 801
Produits		7 573 461	7 864 188	7 997 143
Titre 1	Produits de la tarification	6 988 450	7 021 836	7 198 882
Titre 2	Autres produits d'exploitation	91 409	80 818	70 033
Titre 3	Produits financiers et produits non encaissés	493 602	761 533	728 229
Résultat comptable		87 991	-508 271	234 770
Résultat / charges du budget P		1,18%	-6,07%	3,02%

Source : comptes financiers du CHAM

Tableau n° 26 : Tableau de financement du CHAM entre 2012 et 2014

<i>En euros</i>		2012	2013	2014
Emplois				
Titre 1	Rembt dettes financières	1 133 354	1 114 478	1 042 602
Titre 2	Immobilisations	2 809 784	1 819 289	1 221 643
Titre 3	Autres emplois	0	1 395	12 500
Total emplois		3 943 138	2 935 161	2 276 745
Apport FdR				
Total équilibre		3 943 138	2 935 161	2 276 745
Ressources				
Capacité d'autofinancement		2 392 855	883 647	656 508
Titre 1	Emprunts	150	0	150
Titre 2	Dotations et subventions	51 043	98 923	986 475
Titre 3	Autres ressources	1 730	42 237	4 183
Total ressources		2 445 778	1 024 806	1 647 316
Prélèvement FdR		1 497 361	1 910 355	629 429
Total équilibre		3 943 138	2 935 161	2 276 745
Fonds de roulement		11 333 665	9 423 310	8 793 882

Source : comptes financiers du CHAM

Tableau n° 27 : L'évolution du fonds de roulement et de la trésorerie du CHAM au 31 décembre de 2012 à 2014

	2012	2013	2014
Fonds de roulement	10 920 671	9 423 310	8 793 882
Trésorerie au 31/12	7 507 289	8 788 628	6 568 889
<i>dont trésorerie passive tirée des fonds de dépôt</i>	2 493 476	2 664 806	2 420 979
<i>dont ligne de trésorerie</i>	0	0	0
Trésorerie nette au 31/12	5 013 813	6 123 822	4 147 910

Source: comptes financiers et données CRC

Tableau n° 28 : Critères réglementaires de l'article D. 6145-70 du CSP relatifs à l'autorisation d'emprunt par le DG de l'ARS

	2012	2013	2014
Encours de dette	19 595 279	18 480 802	17 454 253
Ratio d'indépendance financière > 50 % (en %)	40,20%	40%	39,30%
Durée apparente de la dette > 10 ans (en mois)	98,3	251,2	319
Durée apparente de la dette > 10 ans (en années)	8,2	20,9	26,6
		<i>éligible</i>	<i>éligible</i>
Encours de dette / total des produits > 30 %	50,97%	44,33%	39,95%
	<i>éligible</i>	<i>éligible</i>	<i>éligible</i>

Source : TBFEPS et comptes financiers du CHAM

Tableau n° 29 : Les critères réglementaires de l'article D. 6143-39 du CSP relatif à la demande d'un plan de redressement par le DG de l'ARS au directeur du CH

Source : données CRC sur la base des comptes financiers.

1°) 3 % du total des produits du compte de résultat principal de l'exercice

	2012	2013	2014
Produits de l'exercice	38 479 471	41 745 720	43 684 851
Résultat	-87 570	-908 272	-884 034
Charges sur exercices antérieurs	312993,97	120370,9	258774,28
Produits sur exercices antérieurs	77300,08	564469,08	580100,64
Résultat hors charges et produits sur ex. antérieurs	148 124	-1 352 370	-1 205 360
Déficit (en %)		3,24%	2,76%
		<i>éligible</i>	

2°) Pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal excède dix millions d'euros, le compte de résultat principal (CRP) présente un résultat déficitaire, calculé dans les conditions prévues au 1°, et soit la capacité d'autofinancement de l'établissement déterminée dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 6145-10 représente moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues, de l'établissement, soit l'établissement présente une insuffisance d'autofinancement.

	2012	2013	2014
Résultat du CRP	77 104	-337 581	-782 190
Charges sur exercices antérieurs	91 858	76 234	88 672
Produits sur exercices antérieurs	17 551	56 384	117 640
Résultat hors charges et produits sur ex. antérieurs	151 410	-317 731	-811 158
CAF	2 392 855	883 647	656 508
Total des produits	38 479 471	41 745 720	43 684 851
CAF / Produits totaux	6,22%	2,12%	1,50%
			éligible

3°) La capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts figurant dans le tableau de financement mentionné à l'article R. 6145-13. Le remboursement en capital contractuel ne prend pas en compte les remboursements anticipés en capital.

	2012	2013	2014
CAF	2 392 855	883 647	656 508
Remboursement de la dette en capital	1 133 354	1 114 478	1 042 602
		éligible	éligible

Annexe n° 3. Les services logistiques du CH HCO

Carte n° 2 : Les services logistiques du CH HCO en 2017

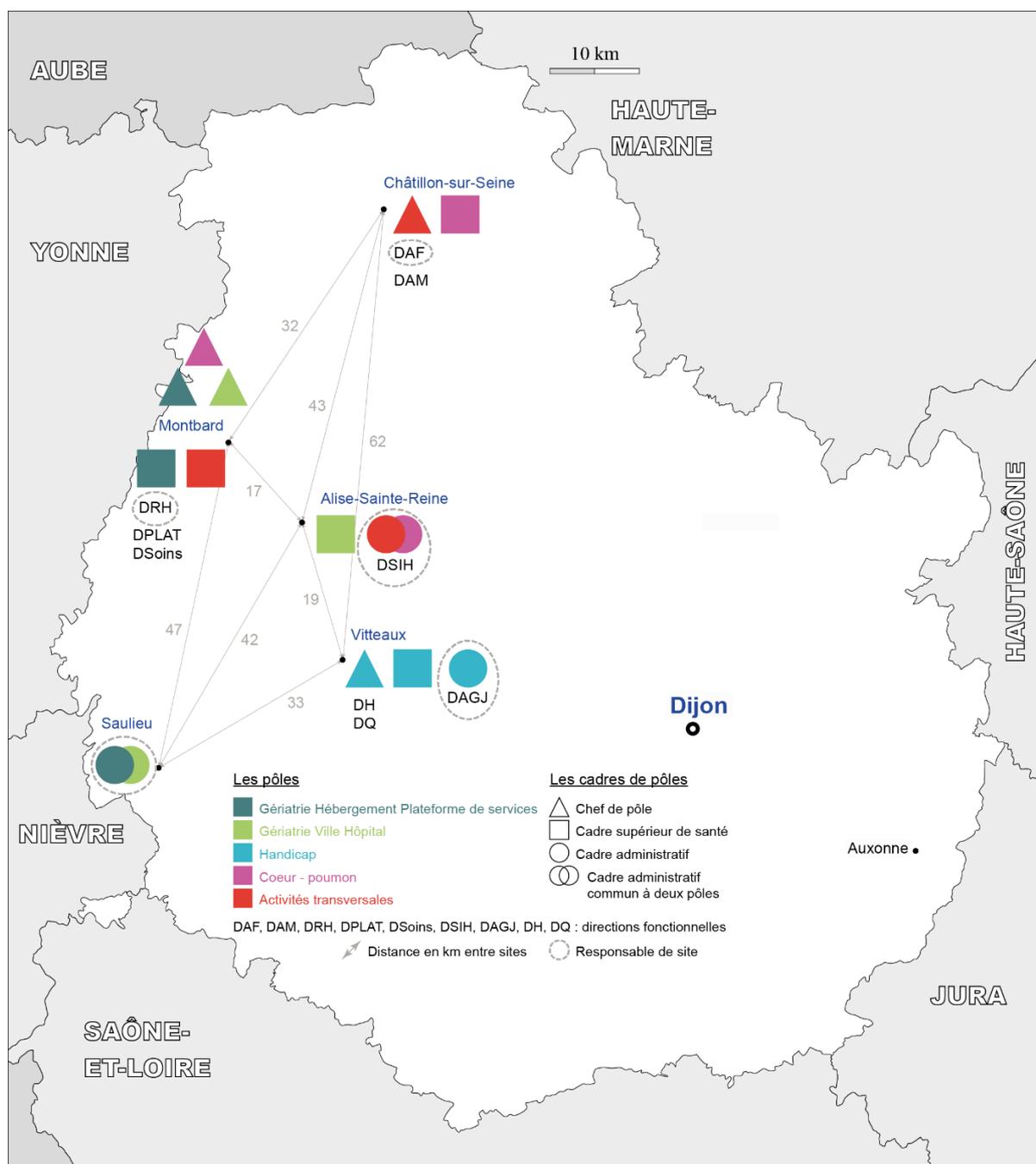


<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Nombre de repas produits</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Poids annuel de linge traité (en kg)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Radiologie (nombre d'ICR)</td> </tr> </table>		Nombre de repas produits		Poids annuel de linge traité (en kg)		Radiologie (nombre d'ICR)	<p>Les services supports</p> <ul style="list-style-type: none"> Blanchisserie Cuisine Pharmacie à usage interne (PUI) Lingerie relai Cuisine satellite Site de radiologie Laboratoire 	<p>Evolutions</p> <ul style="list-style-type: none"> Service fermé dans le cadre de la fusion (2015) - avec la date Service à fermer dans le cadre du PRE - avec la date Regroupement réalisé de production de repas Externalisation ou regroupement de la production de repas dans le cadre du PRE
	Nombre de repas produits							
	Poids annuel de linge traité (en kg)							
	Radiologie (nombre d'ICR)							

Source : données communiquées par le CH HCO

Annexe n° 4. L'organisation administrative du CH HCO

Carte n° 3 : La répartition des principaux cadres et responsables des pôles de l'établissement du CH CHO



Source : données communiquées par le CH HCO

Annexe n° 5. Les données relatives au coût de fonctionnement du CH HCO

Tableau n° 30 : Tableau relatif aux coûts de déplacement et de connexion intersites du CH HCO

	Alise	Saulieu	Vitteaux	Châtillon	Montbard	Total
Ligne réseaux inter-sites	19 278	19 278	19 278	19 278	19 278	96 390
Véhicules	101 544	70 066	98 448	182 893	67 992	520 943
<i>Dont location</i>	<i>54 249</i>	<i>41 209</i>	<i>54 913</i>	<i>106 554</i>	<i>43 486</i>	<i>300 411</i>
<i>Dont assurances</i>	<i>7 480</i>	<i>5 200</i>	<i>5 880</i>	<i>8 771</i>	<i>5 225</i>	<i>32 556</i>
<i>Dont entretien</i>	<i>17 706</i>	<i>8 562</i>	<i>12 669</i>	<i>20 911</i>	<i>4 420</i>	<i>64 268</i>
<i>Dont frais de carburant</i>	<i>22 109</i>	<i>15 095</i>	<i>24 986</i>	<i>46 657</i>	<i>14 861</i>	<i>123 708</i>
Temps agents navette inter-sites	9 000	9 000	9 000	9 000	9 000	45 000
Total	129 822	98 344	126 726	211 171	96 270	662 333

Source : annexe de son projet de contrat de performance du CH HCO - les coûts sont issus du compte financier 2016 tous budgets confondus.

NB : base de calcul et le nature exacte des 9 000 euros du « temps agent » - navette inter sites faite sur un ETP de 1,50 et une base de coût employeur de 30 000€/ ETP (coût employeur moyen d'un agent des services techniques).

Tableau n° 31 : Tableau relatif au temps de déplacements des responsables administratifs du CH HCO en 2017

<i>en heures</i>	Par mois
DAF	46,83
Soins	166,5
DSI	6
DQ	10,1
DG/DH	30
DPLAT	12
DAM	13
Total	284,4

Source : données communiquées par le CH HCO

Tableau n° 32 : Tableau relatif au temps de déplacement intégrés dans le temps de travail au titre des dispositions transitoires dans le cadre de la fusion pour les 9 agents concernés

Agent	Fonction	Sites d'affectation au 31.12. 2014	Sites d'affectation au 1 ^{er} janvier 2015 ou après (date d'effectivité à préciser)	Temps de trajet quotidien pris en charge sur le temps de travail	Temps de travail annuel
Agent 1	Standardiste	Montbard	Châtillon	1 heure	220 heures
Agent 2	Agent restauration	Montbard	Châtillon	30 minutes + 30 minutes dans la balance horaire	220 x 0,5 x 6 = 660 heures + 660 heures de report annuel d'heures
Agent 3					
Agent 4					
Agent 5					
Agent 6					
Agent 7					
Agent 8	PUI	Montbard	Châtillon	0	0
Agent 9	Blanchisserie	Montbard	Châtillon	1 heure	220 heures
Total					1 100 heures Soit 1 760 heures avec les reports

Source : données communiquées par le CH HCO

Annexe n° 6. Les données relatives à l'activité du CH HCO

Tableau n° 33 : Taux de pénétration et parts de marché du CH HCO sur les différentes zones composant le bassin d'attractivité du CH HCO en 2016

Taux de pénétration = taux d'hospitalisation.

Commune de la zone	nb hospit dans l'établ.	Population	Taux hospit /1000 hab.	PdM 2016	PdM 2015
LAIGNES	347	2 622	132	36,8%	33,8%
CHATILLON SUR SEINE	1 317	10 977	120	34,9%	39,4%
VITTEAUX	314	3 077	102	24,7%	20,0%
BELAN SUR OURCE / MONTIGNY SUR AUBE	224	2 321	97	29,9%	27,8%
MONTBARD	994	10 803	92	24,8%	33,2%
RECEY SUR OURCE	149	1 947	77	23,2%	25,4%
BAIGNEUX LES JUIFS	92	1 578	58	22,3%	19,5%
RAVIERES	106	1 821	58	15,5%	16,1%
AIGNAY LE DUC	78	1 433	54	18,0%	19,2%
MUSSY SUR SEINE	115	2 405	48	16,1%	16,9%
LA ROCHE EN BRENIL	68	1 895	36	10,7%	7,9%
SAULIEU	155	4 515	34	10,0%	10,9%
VENAREY LES LAUMES	253	7 469	34	10,6%	10,7%
ESSOYES	38	1 438	26	8,1%	8,2%

Source : BDFHF

Tableau n° 34 : Évolution de l'activité de SSR sur le périmètre du CH HCO de 2012 à 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Nombre de lits	142	142	142	142	142	0%
Nombre de séjours (entrées) d'hospitalisation complète	1445	1394	1314	1266	1269	-14%
Nombre de journées	40309	42444	39609	39877	40617	-1%
Journées exploitables	51830	51830	51830	51830	51830	0%
Taux d'occupation (journées / nb de lits*365 j)	78%	82%	76%	77%	78%	0%
Durée moyenne de séjours (en jours)	28	30	30	31	32	14%

Source : CRC à partir des données du CH CHO

**Tableau n° 35 : Évolution de l'activité des USLD sur le périmètre
 du CH HCO de 2012 à 2016**

USLD d'Alise	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	20	21	14	15	32	60%
Journées	10330	10138	10196	9717	10157	-2%
DMS	216,49	215,08	242,76	232,28	188,09	-13%
Tx occupation	92,69%	90,35%	93,11%	88,74%	88,74%	-4%
USLD de Saulieu	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	27	20	22	39	23	-15%
Journées	10790	10766	10698	9976	10158	-6%
DMS	399,00	538,00	486,00	147,47	197,22	-51%
Tx occupation	98,27%	98,32%	97,69%	91,11%	91,90%	-6%
Total USLD	2012	2013	2014	2015	2016	Evol.12-16
Entrées	47	41	36	54	55	17%
Journées	21 120	20 904	20 894	19 693	20 315	-4%
DMS calculée	449,4	509,9	580,4	364,7	369,4	-18%

Source : CRC à partir des données du CH CHO

Tableau n° 36 : Évolution de l'activité des SSR par site sur le périmètre du CH HCO de 2012 à 2016

Châtillon SSR	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	183	168	181	174	161	-12%
Journées	8177	8909	7867	8420	8904	9%
DMS	39,89	46,89	38,00	42,96	54,96	38%
Tx occupation	74,47%	78,85%	69,65%	73,05%	81,10%	7%
Châtillon SSR neurologie	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	177	166	181	163	158	-11%
Journées	5958	6303	5568	6176	5969	0%
DMS	30,71	35,02	27,84	34,31	33,72	10%
Tx occupation	81,39%	86,30%	76,30%	84,60%	81,80%	0%
Montbard SSR polyvalent	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	166	140	129	110	125	-25%
Journées	3720	3954	3372	3045	3298	-11%
DMS	21,26	24,49	22,33	25,81	24,61	16%
Tx occupation	84,70%	90,90%	90,30%	69,50%	75,30%	-9%
Montbard SSR gériatrique	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	496	461	456	452	463	-7%
Journées	11207	11998	11745	11746	12036	7%
DMS	21,23	26,01	20,61	24,73	24,71	16%
Tx occupation	84,87%	90,30%	84,70,00%	84,70%	86,80%	2%
Montbard SSR cardiologie	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	224	227	181	150	153	-32%
Journées	3627	3664	3593	3254	2621	-28%
DMS	15,70	15,79	11,67	21,41	16,91	8%
Tx occupation	70,78%	71,70%	70,30%	63,70%	51,30%	-19%
SSR Saulieu	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	374	398	367	380	366	-2%
Journées	13578	13919	13032	13412	13758	1%
DMS	36,3	34,97	35,51	32,01	34,48	-5%
Tx occupation	88,33%	90,80%	85,01%	87,49%	89,70%	1%

Source : CRC à partir des données du CH CHO

Tableau n° 37 : Évolution de l'activité des EHPAD par site sur le périmètre du CH HCO de 2012 à 2016

EHPAD Châtillon	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	431	380	92	99	77	-82%
Journées	51630	50772	50492	50676	50740	-2%
DMS	281,62	265,50	228,21	212,79	272,67	-3%
Tx occupation	99,71%	98,70%	101,40%	100,00%	100,30%	1%
EHPAD Montbard	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	89	441	57	107	114	28%
Journées	43949	43326	43962	43616	44478	1%
DMS	242,52	245,36	272,73	218,05	241,62	0%
Tx occupation	97,75%	98,00%	98,00%	100,20%	101,30%	4%
EHPAD Alise	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	43	40	27	59	51	19%
Journées	55044	55541	50577	54644	56431	3%
DMS	283,46	287,26	301,05	281,07	286,79	1%
Tx occupation	94,22%	94,24%	88,26%	96,31%	99,40%	5%
EHPAD Saulieu	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	19	18	21	58	58	205%
Journées	22219	22149	22135	22665	22665	2%
DMS	1169	1230	1054	233,22	295,99	-75%
Tx occupation	99,52%	99,48%	99,42%	98,31%	99,70%	0%
EHPAD Vitteaux	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	48	60	67	55	52	8%
Journées	53048	54079	55870	58104	59235	12%
DMS	276	268	248	273,47	213,07	-23%
Tx occupation	86,51%	88,19%	91,11%	94,49%	96,30%	10%

Source : CRC à partir des données du rapport de présentation de l'ordonnateur sur les comptes financiers annuels.

Tableau n° 38 : Évolution de l'activité des SSIAD sur le périmètre du CH HCO de 2012 à 2016

Total SSIAD	2012	2013	2014	2015	2016	Evol.12-16
Entrées	50	27	35	68	28	-44%
Journées	21145	21530	21832	21793	23144	9%
DMS calculée	422,9	797,4	623,8	320,5	826,6	95%

Source : CRC à partir des données du rapport de présentation de l'ordonnateur sur les comptes financiers annuels.

Tableau n° 39 : Évolution de l'activité des établissements d'hébergement des personnes handicapées par site sur le périmètre du CH HCO de 2012 à 2016

FAM Alise	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	6	9	7	12	10	67%
Journées	23741	23447	21825	22167	23415	-1%
DMS	323,90	337,10	352,02	310,57	312,20	-4%
Tx occupation	95,30%	95,00%	91,99%	93,43%	98,70%	3%
FAM Vitteaux	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	1	2	2	2	1	0%
Journées	9508	9339	8923	9333	9468	0%
DMS	365,00	346,00	295,00	350,11	350,67	-4%
Tx occupation	100,00%	98,41%	94,02%	98,35%	99,80%	0%
MAS Vitteaux	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012- 2016
Entrées	0	0	1	0	0	0%
Journées	14329	14265	13916	14333	14474	1%
DMS	128,00	355,00	348,00	367,51	361,85	183%
Tx occupation	80,61%	97,33%	95,25%	98,17%	99,10%	18%

Source : CRC à partir des données du rapport de présentation de l'ordonnateur sur les comptes financiers annuels.

Annexe n° 7. La fiabilité des comptes

Tableau n° 40 : Taux de rattachement des charges du CH HCO en 2015 et 2016

	2015	2016
Fournisseurs, factures non parvenues (c/408)	55 913 €	477 988 €
Comptes de charges d'exploitation (c/60, 61 et 62)	23 805 267 €	24 736 581 €
<i>Taux de rattachement</i>	0,23%	1,93%

Source : CRC

Tableau n° 41 : Taux d'exécution en 2015 et 2016 des charges par titre

	Budget H		Budget B		Budget E EHPAD CHAM		Budget J EHPAD CHI		Budget P	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Charges	5%	4%	23%	24%	6%	10%	4%	8%	1%	-2%
dont titre 1 limitatif	-5%	-7%	-9%	-7%	-2%	-4%	-4%	-6%	13%	22%
dont titre 1 évaluatif	6%	6%	52%	95%	13%	67%	0%	7%	-5%	-10%
dont titre 2	4%	3%	84%	91%	-10%	26%	11%	24%	-9%	1%
dont titre 3	20%	20%	70%	44%	19%	5%	25%	35%	17%	-14%
dont titre 4	55%	68%	28%	6%	1%	2%	2%	14%		

Source : CRC à partir de l'annexe A SITUATION SYNTHETIQUE DES PREVISIONS ET REALISATIONS des comptes financiers du CH HCO

Annexe n° 8. La situation financière du CH HCO

Tableau n° 42 : Résultats annuels du CHAM et du CHI consolidés de 2012 à 2014 et du CH HCO en 2015 et 2016

<i>En euros</i>	2012	2013	2014	2015	2016
Charges consolidées	80 802 643	85 633 964	88 759 340	88 509 704	90 393 221
Produits consolidés	82 049 644	83 806 821	86 125 180	86 884 999	85 663 632
Résultat comptable	1 247 001	-1 827 144	-2 634 160	-1 624 706	-4 729 589

Source : comptes financiers du CHAM, du CHI et du CH HCO.

Tableau n° 43 : Résultats annuels du CH HCO avec et sans aides de l'ARS (crédits non reconductibles) en 2015 et 2016

<i>En euros</i>	2015	2016
Charges consolidées	88 509 704	90 393 221
Produits consolidés	86 884 999	85 663 632
Résultat comptable	-1 624 706	-4 729 589
Aides de l'ARS (Crédits non reconductibles)		149 899
Résultat comptable hors aide ARS	-1 624 706	-4 879 488
Taux de résultat comptable hors aide ARS	-1,9%	-5,7%

Source : comptes financiers du CH HCO et données ARS

N.B : Les aides de l'ARS (Crédits non reconductibles) ne tiennent pas compte du maintien de la DAF en 2015.

Tableau n° 44 : Soldes intermédiaires de gestion du CH HCO en 2015 et 2016

<i>En euros</i>	2015	2016
Produits bruts d'exploitation	79 227 578	78 428 919
(-) charges brutes d'exploitation	22 558 297	23 245 734
Valeur ajoutée	56 669 281	55 183 184
(+) subventions d'exploitation	1 292 343	969 652
(-) impôts et taxes	5 244 132	5 340 498
(-) charges de personnel	51 219 174	52 096 205
EBE	1 498 318	-1 283 866
(+) autres produits de gestion courante	1 293 144	1 015 943
(-) autres charges de gestion courante	299 161	226 052
Marge brute d'exploitation	2 492 302	-493 975
Taux de marge brute d'exploitation	3%	-1%
(+) reprises sur amortissements et provisions	1 018 277	1 477 411
(-) dot. Aux amortissements/ provisions/dépréciations	4 376 616	4 816 574
Résultat d'exploitation	-866 038	-3 833 139
(+) produits financiers	0	29
(-) charges financières	976 932	889 018
Résultat courant	-1 842 970	-4 722 127
(+) produits exceptionnels	1 697 490	1 674 443
(-) charges exceptionnelles	1 479 226	1 681 905
Résultat exceptionnel	218 264	-7 462
Résultat net	-1 624 706	-4 729 589
(+) dot. aux amortissements/ provisions/dépréciations	4 376 616	4 816 574
(-) reprises sur amortissements et provisions	1 018 277	1 495 613
(+) valeur comptable des éléments d'actifs cédés	22 421	452 478
(-) produits des cessions d'éléments d'actifs	916 373	739 749
(-) quote-part des subv. d'inv. virées au résultat	23 664	74 311
CAF brute	816 018	-1 770 210

Source : comptes financiers et ANAFI (données CRC)

Les charges brutes d'exploitation n'intègrent pas en 2016 les dépenses du 621 car elles sont intégrées dans les charges de personnel, compte tenu de leur finalité, le remplacement de personnel, ce qui ne change pas la valeur des SIG.

Tableau n° 45 : Évolution des charges et produits du budget H du CHAM et du CHI consolidés entre 2012 et 2014 et du CH HCO en 2015 et 2016

		<i>En euros</i>	2012	2013	2014	2015	2016
Charges			44 860 950	47 973 766	50 617 126	48 969 786	49 479 788
Titre 1	Charges de personnel		28 719 758	32 535 847	34 599 069	33 847 297	33 827 004
Titre 2	Charges à caractère médical		4 249 773	4 392 749	4 137 846	4 176 012	4 206 812
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général		7 945 237	8 083 914	8 389 626	7 829 462	7 901 348
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles		3 946 182	2 961 255	3 490 586	3 117 016	3 544 624
Produits			45 885 249	46 524 440	47 948 894	47 324 644	45 925 793
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie		28 568 084	26 548 364	26 249 400	28 815 873	26 629 509
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière		4 585 694	4 636 402	4 852 569	4 199 908	3 847 455
Titre 3	Autres produits		12 731 471	15 339 675	16 846 925	14 308 863	15 448 828
Résultat comptable			1 024 298	-1 449 326	-2 668 232	-1 645 142	-3 553 995
Résultat / charges du budget H			2,28%	-3,02%	-5,27%	-3,36%	-7,18%

Source : comptes financiers du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 46 : Évolution des charges et produits du budget E du CHAM et du CHI consolidés entre 2012 et 2014 et du CH HCO en 2015 et 2016

		<i>En euros</i>	2012	2013	2014	2015	2016
Charges			23 576 827	24 372 871	25 507 873	26 518 973	27 530 752
Titre 1	Charges de personnel		16 036 409	14 239 742	15 085 646	15 871 456	16 360 093
Titre 2	Charges à caractère médical		296 789	698 332	829 393	776 447	826 311
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général		4 624 161	6 893 132	7 015 452	7 583 030	7 852 788
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles		2 619 468	2 541 664	2 577 382	2 288 041	2 491 560
Produits			23 954 207	24 681 008	25 444 690	25 738 010	26 254 248
Titre 1	Produits afférents aux soins		9 687 590	10 156 789	10 627 765	10 604 067	10 645 990
Titre 2	Produits afférents à la dépendance		3 420 733	3 431 472	3 521 406	3 652 590	3 721 660
Titre 3	Produits de l'hébergement		9 973 700	10 226 469	10 142 139	10 713 367	10 902 479
Titre 4	Autres produits		872 185	866 279	1 153 381	767 987	984 119
Résultat comptable			377 380	308 137	-63 183	-780 963	-1 276 504
Résultat / charges du budget E			1,60%	1,26%	-0,25%	-2,94%	-4,64%

Source : comptes financiers du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 47 : Évolution des charges et produits du budget B du CHAM et du CHI consolidés entre 2012 et 2014 et du CH HCO en 2015 et 2016

		<i>En euros</i>				
		2012	2013	2014	2015	2016
Charges		3 488 214	3 681 597	3 594 054	3 773 022	3 889 894
Titre 1	Charges de personnel	2 407 876	2 261 702	2 234 476	2 360 511	2 475 983
Titre 2	Charges à caractère médical	161 276	208 836	235 419	269 205	268 949
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	666 666	1 001 081	867 879	884 347	923 314
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	252 396	209 978	256 280	258 959	221 648
Produits		3 387 536	3 334 808	3 325 284	3 057 741	3 211 633
Titre 1	Produits afférents aux soins	1 876 697	1 754 099	1 653 390	1 561 562	1 620 356
Titre 2	Produits afférents à la dépendance	509 768	579 458	535 214	514 506	539 184
Titre 3	Produits de l'hébergement	890 441	916 289	937 601	892 592	964 484
Titre 4	Autres produits	110 631	84 961	199 079	89 081	87 609
Résultat comptable		-100 678	-346 789	-268 770	-715 281	-678 260
Résultat / charges du budget B		-2,89%	-9,42%	-7,48%	-18,96%	-17,44%

Source : comptes financiers du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 48 : Évolution des charges et produits du budget N du CHAM et du CHI consolidés entre 2012 et 2014 et du CH HCO en 2015 et 2016

		<i>En euros</i>				
		2012	2013	2014	2015	2016
Charges		960 815	1 204 989	1 241 783	1 261 739	1 292 802
Titre 1	Charges d'exploitation courante	82 885	139 810	168 829	254 850	259 115
Titre 2	Charges de personnel	800 057	978 254	986 074	908 708	947 868
Titre 3	Charges de la structure	77 873	86 925	86 879	98 181	85 819
Produits		1 171 641	1 295 403	1 348 686	1 257 195	1 320 538
Titre 1	Produits de la tarification	1 143 802	1 234 355	1 247 860	1 250 302	1 280 202
Titre 2	Autres produits d'exploitation	26 538	57 728	94 368	5 896	3 835
Titre 3	Produits financiers et produits non encaissés	1 301	3 319	6 459	997	36 500
Résultat comptable		210 826	90 414	106 904	-4 544	27 736
Résultat / charges du budget N		21,94%	7,50%	8,61%	-0,36%	2,15%

Source : comptes financiers du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 49 : Évolution des charges et produits du budget P du CHAM et du CHI consolidés entre 2012 et 2014 et du CH HCO en 2015 et 2016

	<i>En euros</i>	2012	2013	2014	2015	2016
Charges		7 485 470	8 372 459	7 762 373	7 913 215	7 716 365
Titre 1 Charges d'exploitation courante		1 266 928	2 294 196	1 927 683	1 900 415	1 990 853
Titre 2 Charges de personnel		5 079 706	4 737 638	4 640 889	4 774 055	4 819 198
Titre 3 Charges de la structure		1 138 836	1 340 626	1 193 801	1 238 746	906 314
Produits		7 573 461	7 864 188	7 997 143	8 544 960	8 201 907
Titre 1 Produits de la tarification		6 988 450	7 021 836	7 198 882	7 498 754	7 436 145
Titre 2 Autres produits d'exploitation		91 409	80 818	70 033	146 201	157 740
Titre 3 Produits financiers et produits non encaissés		493 602	761 533	728 229	900 005	608 021
Résultat comptable		87 991	-508 271	234 770	631 744	485 542
Résultat / charges du budget P		1,18%	-6,07%	3,02%	7,98%	6,29%

Source : comptes financiers du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 50 : Évolution des charges et produits du budget A du CHAM et du CHI consolidés entre 2012 et 2014 et du CH HCO en 2015 et 2016

	<i>En euros</i>	2012	2013	2014	2015	2016
Charges		42 472	28 282	36 131	72 969	483 621
Titre 1 Charges de personnel		8 643	0	0	0	0
Titre 2 Autres charges		33 829	28 282	36 131	72 969	483 621
Produits		63 605	106 973	60 482	962 449	749 513
Titre 1 Produits de la DNA		63 605	106 973	60 482	962 449	749 513
Résultat comptable		21 133	78 691	24 351	889 480	265 892
Résultat / charges du budget A		49,76%	278,23%	67,40%	1218,99%	54,98%

Source : comptes financiers du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 51 : Tableau de financement du CH HCO en 2015 et 2016

<i>En euros</i>	2015	2016
Emplois		
Insuffisance d'autofinancement	0	1 770 210
Titre 1 Rembt dettes financières	2 263 450	2 028 545
Titre 2 Immobilisations	1 620 998	1 653 524
Titre 3 Autres emplois	406 522	0
Total emplois	4 290 969	5 452 278
Apport FdR		
Total équilibre	4 290 969	5 452 278
Ressources		
Capacité d'autofinancement	816 018	0
Titre 1 Emprunts	0	0
Titre 2 Dotations et subventions	626 289	69 503
Titre 3 Autres ressources	1 301 873	850 778
Total ressources	2 744 179	920 281
Prélèvement FdR	1 546 790	4 531 997
Total équilibre	4 290 969	5 452 278
Fonds de roulement	3 253 314	-1 275 100

Source : comptes financiers du CH HCO

Tableau n° 52 : Évolution du fonds de roulement et de la trésorerie du CH HCO au 31 décembre de 2015 à 2016

	2015	2016
Fonds de roulement	3 253 314	-1 275 100
Trésorerie au 31/12	27 491	28 050
<i>dont trésorerie passive tirée des fonds de dépôt</i>	2 647 525	2 501 053
<i>dont ligne de trésorerie</i>	2 250 000	3 900 000
Trésorerie nette au 31/12	-4 870 033	-6 373 003

Source : comptes financiers du CH HCO et données CRC

Tableau n° 53 : Critères règlementaires de l'article D. 6145-70 du CSP relatifs à l'autorisation d'emprunt par le DG de l'ARS

	2015	2016
Encours de dette	23 484 350	21 455 805
Ratio d'indépendance financière > 50 % (en %)	37,40%	36,50%
Durée apparente de la dette > 10 ans (en année)	28,8	-12,1
	<i>éligible</i>	<i>éligible</i>
Encours de dette / total des produits > 30 %	31,30%	29,30%
	<i>éligible</i>	

Source : TBFEPS et comptes financiers du CH HCO

N.B : la valeur pour 2016 de la durée apparente de la dette ou capacité de désendettement qui rapport le stock de dette à l'autofinancement n'est pas significative car l'autofinancement est négatif.

Tableau n° 54 : Les critères règlementaires de l'article D. 6143-39 du CSP relatif à la demande d'un plan de redressement par le DG de l'ARS au directeur du CH

Source: données CRC sur la base des comptes financiers du CH HCO

1°) 3 % du total des produits du compte de résultat principal de l'exercice

	2015	2016
Produits de l'exercice	86 884 999	85 663 632
Résultat	-1 624 706	-4 729 589
Charges sur exercices antérieurs	822 455	261 626
Produits sur exercices antérieurs	558 184	380 593
Résultat hors charges et produits sur ex. antérieurs	-1 360 434	-4 848 556
Déficit (en %)	1,57%	5,66%
		<i>éligible</i>

2°) Pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal excède dix millions d'euros, le compte de résultat principal (CRP) présente un résultat déficitaire, calculé dans les conditions prévues au 1°, et soit la capacité d'autofinancement de l'établissement déterminée dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 6145-10 représente moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues, de l'établissement, soit l'établissement présente une insuffisance d'autofinancement.

	2015	2016
Résultat du CRP	-1 645 142	-3 553 995
Charges sur exercices antérieurs	681 373	232 950
Produits sur exercices antérieurs	91 442	250 517
Résultat hors charges et produits sur ex. antérieurs	-1 055 211	-3 571 562
CAF	816 018	-1 770 210
Total des produits	86 884 999	85 663 632
CAF / Produits totaux	0,94%	-2,07%
	éligible	éligible

3°) La capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts figurant dans le tableau de financement mentionné à l'article R. 6145-13. Le remboursement en capital contractuel ne prend pas en compte les remboursements anticipés en capital.

	2015	2016
CAF	816 018	-1 770 210
Remboursement de la dette en capital	2 263 450	2 028 545
	éligible	éligible

Tableau n° 55 : Les dépenses et recettes annuelles du CH HCO pour la maison de santé publique de Saulieu en 2015 et 2016

	2015	2016
Loyers perçus (a)	5 708 €	8 218 €
Dépenses directes de dotations aux amortissement et des frais d'entretien et des dépenses indirectes (b)	26 733 €	19 748 €
<i>Coût net (b) – (a)</i>	21 025 €	11 530 €

Source : CRC à partir des données du CH HCO et de sa comptabilité analytique

Annexe n° 9. Les données relatives aux EHPAD sur le périmètre du CH HCO

Tableau n° 56 : Les résultats comptables annuels du budget des EHPAD sur le périmètre du CH HCO totaux et par section de 2012 à 2016

<i>en euros</i>	2012	2013	2014	2015	2016
Soins	412 525,20	1 144 574,46	701 309,78	632 917,31	158 058,27
Dépendance	- 140 289,68	- 371 074,16	- 502 179,53	- 1 437 138,18	- 535 599,61
Hébergement	- 282 749,44	- 465 633,06	- 262 312,97	- 1 306 644,02	- 403 421,37
Total	- 10 513,92	307 867,24	- 63 182,72	- 2 110 864,89	- 780 962,71

Source : Comptes financiers du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 57 : Écart entre les tarifs réels de la section d'hébergement et les tarifs d'équilibre déterminés par la comptabilité analytique du CH HCO en 2015 et 2016

<i>en euros</i>	Tarif réel		Tarif équilibre		Ecart	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
EHPAD						
Alise	47,35	44,5	61,41	56,44	30%	27%
Châtillon	43,11	43,62	57,76	53,8	34%	23%
Montbard	43,11	43,62	59,2	62,77	37%	44%
Saulieu	42,09	43,27	59,04	59	40%	36%
Vitteaux	57,68	56,99	54,75	63,21	-5%	11%

Source : CRC à partir des données communiquées par le CH HCO

Tableau n° 58 : Niveaux d'équipement des chambres en sanitaires et proportion de chambre à deux lits dans les EHPAD du CH HCO et par site

<i>en nombre de places</i>	CHHCO	Part	Montbard	Part	Châtillon	Part	Alise	Part	Saulieu	Part	Vitteaux	Part
Chambres particulières non équipées de sanitaires	244	38%		0%	19	14%	145	94%	37	61%	43	26%
Chambres individuelles équipées de sanitaires individuels	207	33%	65	56%	72	53%		0%	0	0%	70	42%
Chambres doubles sans douche	66	21%		0%	23	17%	5	3%	12	20%	26	16%
Chambres doubles avec sanitaires	26	8%	26	44%		0%		0%		0%	0	0%
	635	100%	117	100%	137	100%	155	100%	61	100%	165	100%
Part places en chambre double	184	29%	52	44%	46	34%	10	6%	24	39%	52	32%
Part places sans sanitaires	376	59%	0	0%	65	47%	155	100%	61	100%	95	58%

Source : CRC à partir des données du diagnostic partagé entre ARS, département et CH HCO préalable au CPOM

Tableau n° 59 : Indicateurs d'encadrement des résidents en fonction de leur PMP en infirmières dans les EHPAD du CH HCO en 2015

<i>en points PMP/IDE</i>	Indicateurs d'encadrement	
	Soins	Dépendance
Alise	4584	2589
Saulieu	3070	2813
Vitteaux	3340	2545
Châtillon	3558	2163
Montbard	2656	2601
Valeur cible	entre 2500 et 3000	entre 3000 et 4500

Source : Diagnostic partagé entre ARS, département et CH HCO préalable au CPOM

Annexe n° 10. Les personnels non médicaux

Tableau n° 60 : Répartition des personnels non médicaux sur le périmètre du CH HCO en 2013 et 2016

<i>En ETPR</i>	2013	2016
Titulaires	69%	65%
CDI	5%	7%
CDD	23%	22%
Sous-total permanents	97%	95%
Contrats aidés	3%	5%
Intérim		0,2%

Source : CRC à partir des EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Tableau n° 61 : Évolution des personnels non médicaux par budget sur le périmètre du CH HCO entre 2013 et 2016

<i>En ETPR</i>	2013	2016	<i>Evol. 13-16</i>
H	633,07	665,08	5%
B	62,97	56,44	-10%
E	393,62	405,67	3%
N	21,95	21,17	-4%
P	128,33	122,21	-5%
Total	1239,94	1270,57	2%

Source : CRC à partir des EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Tableau n° 62 : Évolution des personnels non médicaux par statut sur le périmètre du CH HCO avant et après la fusion

	avant la fusion		après la fusion
	2013 - 2014	2014 - 2016	2013 - 2016
PNM	4%	-2%	2%
dont permanents	3%	-2%	0%
<i>dont titulaires</i>	1%	-4%	-4%
<i>dont CDI</i>	25%	31%	64%
<i>dont CDD</i>	3%	-5%	-2%
dont contrats aidés	37%	26%	73%
Total	4%	-2%	2%

Source : CRC à partir des EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Tableau n° 63 : Évolution des personnels non médicaux du budget H sur le périmètre du CH HCO en 2013 et 2016

<i>En ETPR</i>	2013	2014	2015	2016	<i>Evol 13 - 16</i>	<i>Evol. 13-14</i>	<i>Evol. 14-16</i>
Titulaires	448,8	473,44	452,85	448,36	0%	5%	-5%
CDI	43,37	57,39	60,55	67,54	56%	32%	18%
CDD	118,61	127,89	101,58	112,05	-6%	8%	-12%
Sous-total permanents	610,78	658,72	614,98	627,95	3%	8%	-5%
Contrats aidés	22,29	32,65	39,76	35,77	60%	46%	10%
Intérim	0	0	0	1,36	100%	0%	100%
Total	633,07	691,37	654,74	665,08	5%	9%	-4%

Source : CRC à partir des EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Tableau n° 64 : Évolution des personnels non médicaux du budget E sur le périmètre du CH HCO en 2013 et 2016

<i>En ETPR</i>	2013	2014	2015	2016	<i>Evol 13 - 16</i>	<i>Evol. 13-14</i>	<i>Evol. 14-16</i>
Titulaires	262,95	260,75	258,39	253,8	-3%	-1%	-3%
CDI	11,77	9,92	15,20	20,84	77%	-16%	110%
CDD	103,90	97,31	84,14	101,74	-2%	-6%	5%
Sous-total permanents	378,62	367,98	357,73	376,38	-1%	-3%	2%
Contrats aidés	15,00	28,42	27,23	28,84	92%	89%	1%
Interim	0,00	0,00	0,00	0,45	100%	0%	100%
Total	393,62	396,4	384,96	405,67	3%	1%	2%

Source : CRC à partir des EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Tableau n° 65 : Évolution des PNM des services supports sur le périmètre du CH HCO de 2013 à 2016 et évolution avant et après la fusion

<i>En ETPR</i>	2013	2014	2015	2016	<i>Evol 13-14</i>	<i>Evol 14-16</i>	<i>Evol 13-16</i>
Personnels administratifs	76,65	98,3	87,6	88,82	28%	-10%	16%
Personnels techniques et ouvriers	111,14	33,41	142,36	143,09	-70%	328%	29%
Personnels médico-techniques	27,72	144,56	38,29	35,62	422%	-75%	28%
Total	215,51	276,27	268,25	267,53	28%	-3%	24%

Source : CRC à partir des EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Tableau n° 66 : Évolution des dépenses d'intérim des personnels paramédicaux de 2012 à 2016 sur le périmètre du CH HCO (dont 62114 Personnel paramédical)

	2012	2013	2014	2015	2016
Budget H	16 069,93	3 557,16	22 372,50	4 179,55	133 586,15
USLD	28 466,68	3 191,35	10 363,39	17 088,90	28 072,04
<i>dont budget H CHAM</i>	<i>5 179,76</i>	<i>3 557,16</i>	<i>6 741,96</i>		
<i>dont budget H CHI</i>	<i>10 890,17</i>		<i>15 630,54</i>		
EHPAD	7 536,37	12 048,36	7 425,13	-	26 150,04
dont EHPAD CHI			3 857,75		15 107,05
dont EHPAD CHAM	7 536,37	12 048,36	3 567,38		11 042,99
<i>dont EHPAD Saulieu Vitteaux</i>	<i>7 536,37</i>	<i>9 243,96</i>	<i>3 567,38</i>		
<i>dont EHPAD Alise</i>		<i>2 804,40</i>			
SSIAD HCO	-	-	-		882,92
FAM HCO	-	-	552,23		18 774,01
MAS HCO	-	340,11	3 133,51	511,08	
Total	52 072,98	19 136,98	43 846,76	21 779,53	207 465,16

Source : comptes financiers du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 67 : Le turn-over des personnels non médicaux et infirmiers sur le périmètre du CH HCO de 2012 à 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Nombre d'entrées IDE</i>	17,00	4,00	12,00	31,00	17,00
<i>Nombre de sorties IDE</i>	18,00	13,00	9,00	27,00	25,00
<i>Effectif physique moyen IDE</i>	181,08	167,00	147,00	245,25	244,67
<i>Effectif physique moyen Total</i>	705,58	671,17	647,42	1 270,08	1 280,33
<i>Taux de rotation Effectif moyen IDE</i>	9,66%	5,09%	7,14%	11,82%	8,58%
<i>Taux de rotation Effectif moyen Total</i>	2,48%	1,27%	1,62%	2,28%	1,64%

Source : analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé au 31 décembre 2014, ATIH, Page 60

Tableau n° 68 : Évolution du nombre d'accidents du travail, suivis d'arrêts ou non sur le périmètre du CH HCO entre 2013 et 2016

	CHAM + CHI		CH HCO		
	2013	2014	2015	2016	Evol 13-16
Nombre d'AT - hors trajet	146	149	140	126	-14%
Nombre d'AT - hors trajet avec arrêt	72	86	67	69	-4%
Taux de fréquence de ces arrêts	49,32%	57,72%	47,86%	54,76%	11%
Nbre de congés maladies post AT	3247	2706	3033,5	2693	-17%

Source : CRC à partir des bilans sociaux du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 69 : Évolution du nombre de personnels non médicaux bénéficiant de CET et du nombre de jours épargnés de 2013 à 2016 sur le périmètre du CH HCO

	2013	2014	2015	2016	Evol 12-16
Nbre d'agents au 31/12	252	285	278	319	27%
dont personnel soignant	174	189	158	231	33%
dont hors soignant	78	96	120	88	13%
Nbre de jours stockés au 31/12	4033,5	5248,2	5576,2	6286,1	56%
dont personnel soignant	3171,8	3815,6	3837,1	4331,2	37%
dont hors soignant	861,8	1432,6	1739,1	1954,9	127%
Nombre moyen de jours / agent disposant d'un CET	16,0	18,4	20,1	19,7	23%
dont personnel soignant	18,2	20,2	24,3	18,7	3%
dont hors soignant	11,0	14,9	14,5	22,2	101%

Source : CRC à partir des bilans sociaux du CHAM, du CHI et du CH HCO

**Tableau n° 70 : Heures effectives de travail réalisées par le personnel infirmier
 en 2016 au CH HCO**

	Heures Réglementaires (1)	Heures Travaillées / an au CH (2)	Écart / Obligations Annuelles (en h) (a)=(1)-(2)	ETP 2016 Concernés (b)	Perte Horaire 2016 (c)=(a)x(b)	Perte en ETP 2016 (c)/(1)
Agents en repos fixe	1 607	1 582	25	8,7	217,5	0,135
Agents en repos variable (> 10 Dim et JF < 20 Dim et JF)	1 582	1 552	30	74,85	2 245,5	1,42
Agents en repos variable (> 20 Dim et JF)	1 568	1 544,5	23,5	90,8	2 133,8	1,361
Agents travaillant de nuit	1 476	1 450	26	14	364	0,18
Total			104,5	188,35	4 960,8	3,96

Source : CH HCO

Annexe n° 11. Les personnels médicaux

Tableau n° 71 : Évolution des personnels médicaux sur le périmètre du CH HCO par statut avant et après la fusion

	avant la fusion	après la fusion	
	2013 - 2014	2014 - 2016	2013 - 2016
PM	5%	-3%	3%
dt permanents	-23%	-13%	-33%
dt non permanents	66%	7%	78%

Source : CRC à partir des EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Tableau n° 72 : Évolution des personnels médicaux sur le périmètre du CH HCO de 2013 à 2016 par catégorie

	En ETPR	2013	2016	Evol. 13-16
PH temps plein (ou médecins temps plein *) et temps partiel		21,13	14,55	-31%
Praticiens contractuels en CDI		10,3	6,48	-37%
PM permanents (1)		31,43	21,03	-33%
Praticiens contractuels en CDD			12,73	NS
Assistants et assistants associés			0,4	NS
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires			0	NS
Autres praticiens à recrutement contractuel			9,39	NS
Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit (pour les contrats < 3 mois)		9,83	0	NS
Sous-total contractuels		9,83	22,52	0
Internes		5	2,9	-42%
Intérim médical			0,98	100%
PM non permanents (2)		14,83	26,4	78%
Total (1) + (2)		46,26	47,43	3%

Source : CRC à partir des EPRD CHAM, CHI et CH HCO

Tableau n° 73 : Évolution comparée des effectifs et de la masse salariale des personnels médicaux sur le périmètre du CH HCO de 2013 à 2016

	2013	2014	2015	2016	Evol. 13-16
Effectifs totaux en ETPR en ETPR	46,26	48,77	47,63	47,43	3%
Masse salariale hors charges sociales en euros	4 058 102	4 303 320	NC	4 715 879	16%

Source : CRC à partir des EPRD et des comptes financiers CHAM, CHI et CH HCO.

Tableau n° 74 : Temps de travail additionnel des personnels médicaux rémunéré en 2015

En périodes

Spécialité	3e quadrimestre 2014	1er quadrimestre 2015	2e quadrimestre 2015
médecine 1	2		
médecine 2	122	117	117
rééducation cardiaque 1	93	92,5	165
rééducation cardiaque 2	16	12	
urgences 1	8,64	25,16	37,28
urgences 2	27,96	3,84	12,48
urgences 3	1,17		
urgences 4	36,82	52,72	28,2
urgences 5	7,2	5,32	6,2
urgences 6	20,18	10,3	8,1
urgences 7	7,76	13,83	0,04
urgences 8	27	39,58	-1,65
urgences 9	18,64	25,12	15,6
urgences 10			7,32

Source : tableaux de TTA élaborés par la direction des affaires médicales du CH HCO

Tableau n° 75 : Évolution du nombre de personnels médicaux bénéficiant de CET et du nombre de jours épargnés de 2013 à 2016 sur le périmètre du CH HCO

	2013	2014	2015	2016	Evol 13 - 16
Nbre d'agents au 31/12	20	32	36	30	50%
Effectif physique 31/12	85	85	78	75	-12%
Part des agents disposant d'un CET	24%	38%	46%	40%	70%
Nbre de jours stockés au 31/12	970,9	1086,9	1294,9	1113,9	15%
Nombre moyen de jours / agent disposant d'un CET	48,5	34,0	36,0	37,1	-24%

Source : CRC à partir des bilans sociaux du CHAM, du CHI et du CH HCO

Tableau n° 76 : Part des actes réalisés en secteur par les deux praticiens exerçant une activité libérale au CH HCO en 2015, 2016 et 2017 (neuf premiers mois)

	Docteur JOLAK			Docteur DELESCAUT		
	2015	2016	2017 (neuf 1ers mois)	2015	2016	2017 (neuf 1ers mois)
ADE Echographie	9%	93%	39%	38%	37%	47%
ATM Actes techniques	10%	23%	26%	23%	20%	20%
CS Consultations spécialisées	1%	0%	2%	13%	5%	6%
CSC consul. Spec. de cardiologie	68%	68%	45%	46%	54%	62%
Total	45%	58%	40%	37%	36%	40%
	Les deux praticiens					
	2015	2016	2017 (neuf 1ers mois)	2015 et 2016	2015 à 2017	
ADE Echographie	28%	59%	43%	42%	43%	
ATM Actes techniques	14%	21%	24%	17%	19%	
CS Consultations spécialisées	5%	2%	4%	3%	3%	
CSC consul. Spec. de cardiologie	63%	61%	47%	62%	58%	
Total	42%	49%	40%	46%	44%	

Source : CRC à partir des tableaux présentés en commission d'activité médicale.

Annexe n° 12. Les indicateurs de comparaison du CH HCO issus d'Hospidiag

Tableau n° 77 : Les indicateurs relatifs aux créances, au personnel, à ses coûts et à l'IP DMS du CH HCO en 2015

CH HCO	Établissement	Région		Catégorie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2015 (2014 pour l'indicateur RH8)					
F11 : Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation	140,6	87,2	143,7	105,2	204,7
RH 4 : Nombre d'IDE + AS par cadre infirmier	17,8	17,5	34,3	20,7	32,6
RH8 : Taux d'absentéisme du PNM	6.5	5,7	8,3	5.6	7.6
RH 9 : Turn-over global	8,1	5.1	8.1	4.8	14.2
P1 : IP- DMS Médecine – hors ambulatoire	1,378	0,926	1,143	0,943	1,128
P4 : Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes	33.6	23	30.5	24.3	30.8
P5 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	10.3	7.6	11.1	8.4	11.7
P6 : Coût du personnel relatif aux services médicotechniques rapporté aux recettes	20.5	11.7	20.8	14.6	22.2
P7 : Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques	46,8	18,3	26,3	18,2	24,8

Source: Hospidiag

Annexe n° 13. Les pistes du plan de redressement

Tableau n° 78 : Mesures chiffrées globalement et par année du plan de redressement en K€

Nature de mesures	gains	part
Revalorisation des tarifs hébergement (mesure 11)	1978	39%
Rationalisation de l'offre de soins (mesures 12 et 13)	978	19%
<i>dont réorientation des USLD</i>	<i>751</i>	<i>15%</i>
<i>dont réorientation du service de médecine de Vitteaux</i>	<i>227</i>	<i>4%</i>
Réduction du train de vie du CH (mesures 4 et 5)	1050	21%
Rationalisation de services paramédicaux (mesures 6, 7 et 8)	419	8%
Qualité du codage T2A (mesure 1)	350	7%
Equipes soignantes et médicales (mesures 9 et 10)	319	6%
Rationalisation de la restauration et de la blanchisserie (mesures 2 et 3)	62	1%
Total estimé	5118	100%

Source : CRC à partir du plan de redressement présenté en conseil de surveillance le 25 octobre 2017

N°	Intitulé de la mesure	2017	2018	2019	2020	Total	Part
1	Qualité du codage T2A	350				350	7%
2	Rationalisation des unités de production alimentaire		-9	-11	-23	-43	1%
3	Poursuite de la réorganisation de la blanchisserie		100	36	-117	19	0%
4	Politique de Ressources Humaines	-120	-357	2	-42	-517	10%
5	Poursuite de la mise en place d'un Plan d'Action Achats	-188	-345			-533	10%
6	Rationalisation de la PUI	-13	-67	5	-6	-81	2%
7	Restructuration de l'imagerie médicale	-33	-270	-7		-310	6%
8	Optimisation et restructuration de la biologie				-28	-28	1%
9	Réorganisation des équipes soignantes à la suite de la fermeture des urgences de Montbard	70	-140			-70	1%
10	Continuité des soins et PDSES	-26	-219	-4		-249	5%
11	Revalorisation des tarifs hébergement		659	659	659	1978	39%
12	Réorientation des USLD		-748	-3		-751	15%
13	Réorientation du service de médecine de Vitteaux		-136	-51	-40	-227	4%
14	Fiabilisation de la comptabilité analytique						0%
	Total estimé	660	2849	693	916	5118	

Source : plan de redressement présenté en conseil de surveillance le 25 octobre 2017, en négatif les réductions de dépenses et en positif les hausse des recettes.

Annexe n° 14. Les observations complémentaires relatives au personnel infirmier dans le cadre de l'enquête commune Cour des comptes-CRC

Cette annexe spécifique au personnel infirmier est produite dans le cadre de l'enquête commune de la Cour des comptes et des CRC

I - LES PERSONNELS INFIRMIERS À L'HÔPITAL

A. LA PLACE DES INFIRMIERS À L'HÔPITAL

1. La situation des personnels infirmiers dans l'établissement contrôlé

Selon le CH HCO, l'évolution des effectifs infirmiers et de leur masse salariale n'est pas spécifique par rapport à l'évolution des dépenses totales de personnel et à celle du personnel non médical de l'établissement (1.2).

Tableau n° 79 : Évolution des effectifs (en équivalent temps plein rémunéré) et de la masse salariale (c/641+C/645+C/647)

Catégorie d'infirmiers	2012		2013		2014		2015	2016
	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHI HCO	
<i>IDE hors activité psychiatrique ou EHPAD</i>	NR*	4 158 731	NR*	4 468 213	NR*	4 691 546	7 846 804	7 568 717
<i>dont catégorie A (nouveau statut)</i>	NR*	2 201 639	NR*	2 388 225	NR*	2 644 053	4 766 201	4 713 251
<i>dont catégorie B</i>	NR*	1 957 092	NR*	2 079 988	NR*	2 047 493	3 080 603	2 855 466
<i>IDE exerçant une activité en EHPAD</i>	NR*	760 548	NR*	861 677	NR*	884 616	2 206 849	2 379 469
<i>dont catégorie A (nouveau statut)</i>	NR*	331 935	NR*	425 105	NR*	456 185	1 34 846	1 427 913
<i>dont catégorie B</i>	NR*	428 614	NR*	436 571	NR*	428 431	8 58 403	9 51 556
	NR*	4 919 279		5 329 890	NR*	5 576 162	10 053 653	9 948 186
<i>ETPR</i>	62.49**	120.85	70.20**	125.14	75.11**	125.73	205.18	201.99

Source : CHI Haute Côte-d'Or - NR*La base de données CHAM a été écrasée lors de la fusion - **Les données sont extraites des bilans sociaux antérieurs

2. Les facteurs explicatifs de ces évolutions d'effectifs et de masse salariale

Le CH HCO n'a pas réalisé de bilan des réformes statutaires depuis 2012, ni chiffré le coût de la mise en œuvre du protocole LMD et le coût de l'exercice du droit d'option pour le passage en catégorie A (2.1 et 2.2).

Le contrôleur de gestion sociale recruté fin juin 2016 a chiffré l'impact de l'augmentation de la valeur du point et de PPCR sur 2017, en distinguant l'impact sur le personnel titulaire et sur les contractuels. Au vu des coûts estimés, il a été décidé de modifier tous les contrats pour mentionner le salaire en fonction d'un indice et non d'un échelon afin de ne pas appliquer PPCR aux contractuels. Le CH HCO doit attendre pour la période 2018-2020 les annonces et décisions du Gouvernement, qui dit vouloir ralentir la mise en œuvre de PPCR concernant la revalorisation des carrières (2.3).

Les soldes des créations et des suppressions de postes infirmiers par site depuis 2012 au niveau de l'établissement sont les suivants :

<i>Sites</i>	Créations et suppressions de postes
<i>Montbard</i>	En novembre 2015, suppression de 2,9 ETP IDE aux Urgences (arrêt du SMUR) En novembre 2016, suppression de 2,64 ETP IDE des urgences et 3,12 conservés pour assurer la sécurisation du site la nuit (demande SAMU 21 suite à la fermeture des urgences)
<i>Châtillon-Sur-Seine</i>	En janvier 2014, création de 2 ETP IDE dans le service de Médecine En novembre 2015, création de 2,9 ETP IDE aux Urgences (en provenance de Montbard) à la suite d'une grève locale à Châtillon
<i>Saulieu</i>	En 2014, création de 2 postes en EHPAD En mars 2016, suppression d'un poste IDE en SSR Sur les services sanitaires de nuit, en septembre 2015, création de 2 postes IDE pour faire suite aux préconisations issues de la V2010 et V2014 de la certification
<i>Vitteaux</i>	En 2014, créations de 4 ETP IDE en EHPAD En 2016, création d'1 ETP IDE au FAM
<i>Alise-Sainte-Reine</i>	En 2014, création de 3 ETP IDE en EHPAD

Source : CH HCO

L'évolution de certaines activités a joué sur les variations des effectifs infirmiers, comme la mise en place de la sécurisation du circuit du médicament dans les EHPAD et la mise en œuvre de la V2010 pour la certification HAS qui impose la présence d'une IDE la nuit par unité sanitaire pour la sécurité des prises en charge. À l'inverse, d'autres évolutions se sont faites à effectifs infirmiers constants comme l'ouverture accueil de jour cardio à Montbard en juin 2017 (2.5).

Depuis 2014, l'établissement négociait un contrat de performance avec l'ARS. Avec l'arrivée d'un nouveau DG ARS Bourgogne-Franche-Comté, les négociations ont repris et ont abouti à la signature cet été d'un contrat de retour à l'équilibre financier. À la suite de l'aggravation de la situation financière, le DG ARS a demandé un plan de retour à l'équilibre depuis fin 2017 dont certaines mesures ont un impact sur le personnel infirmier :

- la réorientation du service de médecine de Vitteaux qui engendrerait la suppression de 3 ETP d'IDE correspondant au poste de nuit ;
- la fermeture de l'USLD d'Alise-Sainte-Reine qui génèrera la suppression de 4,8 ETP d'IDE ;
- la fermeture de l'USLD de Saulieu qui si il y a transformation en lits d'EHPAD ne supprimera que 2,6 ETP d'IDE (2.6).

Le CH HCO a fermé le service des urgences de Montbard en novembre 2015, qui a entraîné la suppression de 3 postes d'IDE, sans impact sur le poste de cadres car le service des urgences avait le même cadre pour manager l'équipe répartie sur les 2 sites de Châtillon et de Montbard (2.7).

B.

C. LA GESTION DES PERSONNELS INFIRMIERS

3. L'organisation de la gestion des personnels infirmiers à l'hôpital au sein de la GRH

Direction des soins et DRH travaillent en étroite collaboration dans la gestion des personnels infirmiers : tous les groupes de travail mis en place par la DRH prévoient la présence de la Direction des soins. Par ailleurs, les entretiens de recrutement soignants sont organisés par la DRH au niveau administratif, mais les entretiens sont conduits par des cadres de santé de pôle assistés de chargés de recrutement RH (3.1).

Les discussions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) portent sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques, les projets de pôle, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, de la gestion des risques, et les protocoles en hygiène (3.2).

La coordination infirmière n'est pas présente dans l'établissement. En revanche, des personnels infirmiers sont présents dans chacune des 3 organisations syndicales locales (CGT, CFDT, FO) (3.3).

Une note et un courrier ont rappelé aux IDE en 2016 l'obligation d'inscription à l'ordre infirmier. Aucune mise au stage n'est effectuée sans attestation d'inscription à l'ordre et communication du numéro ADELI. À ce jour, 73 infirmiers ont transmis leur justificatif d'inscription (3.4).

4. Le recensement et l'appréciation des instruments de mesure utilisés en matière de gestion des personnels soignants, de régulation des effectifs et de maîtrise de la masse salariale

Lors de l'établissement des données GPMC pour la filière soins, le ratio d'IDE au nombre de lits est mentionné à titre indicatif (4.1).

L'absentéisme pour raisons de santé hors CLM CLD CGM est délégué aux trios de pôle, de même que les remplacements pour congés annuels. Pour les autres motifs, les cadres font leurs demandes à la Direction des soins et au service des RH.

Il n'existe pas de pool de suppléance IDE car le CH HCO a des difficultés pour pourvoir tous les postes d'IDE.

S'agissant des palliatifs à l'absentéisme, les IDE qui acceptent d'assurer des remplacements dans d'autres services ou unités peuvent, si elles le souhaitent et ont une balance horaire positive, être payés en heures supplémentaires. Si aucune solution interne n'est trouvée, l'établissement fait appel à des agences d'intérim (4.2).

Pour lutter contre l'absentéisme, l'établissement compte mettre en œuvre une démarche prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP) et a mis en place des CREX Accident de travail (pour les AT engendrant plus de 15 jours d'arrêt). Par ailleurs, une cellule santé au travail et maintien dans l'emploi évalue les possibilités d'aménagement de poste ou de reclassement pour faciliter le maintien dans l'emploi sans accentuer les difficultés de santé des agents concernés.

Cette thématique fait l'objet d'une mesure du contrat de retour à l'équilibre financier signé avec l'ARS (4.2).

L'établissement n'utilise pas les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) ou d'autres méthodes équivalentes notamment en gériatrie ou en psychiatrie (4.3).

La gestion du temps de travail est informatisée (jusqu'à présent avec Octime et Excel, d'ici 2018, passage à Equitime E-connexion). La gestion des effectifs est suivie via Cpage et l'outil de requêtage Business Object (4.4).

5. La gestion des personnels infirmiers dans leur parcours professionnel

L'établissement a de grandes difficultés à mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et à prévoir les dates de départ en retraite car les agents hésitent à partir (cas des poly-pensionnés) ou retardent leur départ une fois avoir pris connaissance des simulations de leur future pension de retraite. D'autres ne parviennent pas à terminer leur carrière dans leur métier pour cause d'inaptitude physique (5.1).

Le CH HCO identifie comme perspectives de carrière des infirmiers dans l'hôpital, l'évolution vers le métier de cadre de santé, les spécialisation possible type IDE hygiéniste ou sur des projets éducation thérapeutique du patient, douleurs et soins palliatifs. L'établissement compte un poste d'infirmière hygiéniste, que le CH diffuse à l'ensemble du personnel lorsque le poste est vacant (5.2).

D. LES POLITIQUES DE RECRUTEMENT ET DE FIDÉLISATION DES INFIRMIERS

6. L'appréciation des besoins des établissements en personnels infirmiers (cf. partie 3.1.4)

7. Les stratégies d'attractivité et de fidélisation déployées par les établissements

La contribution des stages infirmiers à l'attractivité de l'établissement reste marginale : ils permettent d'attirer quelques candidats en début de carrière mais qui ne restent que quelques années seulement, le temps de trouver une affectation correspondant à leur projet professionnel, et/ou dans un site plus important bénéficiant d'un secteur sanitaire plus conséquent (CHU...) (7.2).

Le CH HCO est membre du GCS IFSI Haute-Côte-d'Or. Le Directeur des soins participe de ce fait au conseil pédagogique (7.3).

Tableau n° 80 : IFSI d'origine des personnels en poste dans l'établissement (7.4)

<i>Années</i>	2012		2013		2014		2015	2016
	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CH HCO	
<i>Recrutements infirmiers opérés</i>	13	15	13	3	4	2	6	0
<i>Dont recrutements infirmiers en provenance de l'IFSI rattaché</i>	0	2	4	0	4	5	5	5
<i>Dont recrutements infirmiers en provenance d'un autre IFSI régional</i>	0	2	2	0	3	0	6	2
<i>Autre IFSI</i>	9	8	5	1	3	7	4	7
<i>Sans information</i>	4	3	2	2	4	0	1	6
<i>Nombre d'infirmiers de l'hôpital diplômés de l'IFSI rattaché</i>	-	-	-	-	-	-	-	90
<i>Nombre d'infirmiers de l'hôpital diplômés d'un autre IFSI régional</i>	-	-	-	-	-	-	-	24
<i>Autre IFSI</i>	-	-	-	-	-	-	-	30
<i>Sans information</i>	-	-	-	-	-	-	-	55

Source : CHI Haute Côte- d'Or

L'avis de la direction des soins sur le cursus de formation des infirmiers mis en place en 2010 est réservé : les infirmiers bénéficient de connaissances médicales plus fines qu'auparavant mais d'un attachement aux soins de base et à la dimension relationnelle du métier moins fort. Par ailleurs, les périodes de stage (2 stages de 10 semaines) semblent trop longues et n'apportent pas nécessairement les meilleures garanties d'apprentissage (7.5).

La présence d'un IFSI rattaché ne contribue pas particulièrement à promouvoir l'innovation dans les pratiques de soins à l'œuvre au sein de l'hôpital, notamment depuis l'« universitarisation » des formations (7.6).

8. La formation continue

Le plan de formation du PNM se compose de 2 parties : personnel soignant et non soignant qui consacre une partie au personnel infirmier. Certains stages sont réservés aux IDE (exemple : formation d'infirmière d'accueil et d'orientation pour les services d'urgence, prise en charge de la douleur, circuit du médicament).

L'ensemble des stages s'achèvent par un bilan avec le formateur et le remplissage d'un questionnaire évaluant la satisfaction des stagiaires. Un chargé de formation du service RH est présent à la clôture de la très grande majorité des stages pour les personnels soignants (8.1).

Après une première extraction du plan de formation, est organisée une pré-commission de formation où sont présents un représentant de chaque bureau de pôle et les organisations syndicales. C'est à ce moment-là que sont étudiées toutes les demandes de formation dites « individuelles ». Un tri est établi entre celles qui répondent à un besoin institutionnel et donc imputées sur le plan de formation et celles qui restent effectivement « individuelles » et qui sont donc imputées aux enveloppes de pôle. Il revient à chaque bureau de pôle de les prioriser. Toutes ces propositions sont arbitrées en commission de formation.

Entre 2015 et 2016, sur l'ensemble des IDE du Centre Hospitalier de la Haute Côte-d'Or, seulement 4 IDE ont mobilisées leurs heures de DIF. Les thèmes des formations suivies étaient :

- DIU éthique et vulnérabilité ;
- Médiation animale au service du projet d'accompagnement ;
- Formation secours à la personne ;
- Sophrologie-relaxologie multi-média.

Le montant alloué à ces 4 actions de DIF est de 2 920 €.

Il est à noter que les crédits du plan de formation réservés au DIF, puis au CPF, ont, d'un commun accord avec les organisations syndicales, été plafonnés : le montant des crédits dédiés au CPF représente ainsi 8 % du montant total du plan de formation (comme c'était le cas pour le DIF). Par ailleurs, une commission interne a été créée pour étudier ces demandes en toute transparence.

9. Actions de promotion professionnelle réalisées par les établissements

Tableau n° 81 : La promotion professionnelle

Années	2012		2013		2014		2015	2016
	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CH HCO	
Effectif total infirmier pour l'année n	61,75	117,55	69,69	22,3	74,17	25,76	97,74	88,46
Effectif infirmier concerné pour l'établissement	2	10	2	9	1	7	8	6
Dont « scolarisés » au sein de l'IFSI rattaché	2	9	2	9	1	7	6	4
Dont scolarisé au sein d'un IFSI régional*	0	1	0	0	0	0	2	2

Source : CHI Haute Côte-d'Or

L'établissement finance des études promotionnelles pour les AS, les IDE, les cadres de santé, voire d'autres spécialités selon les besoins (9.2).

Les étudiants des IFSI ne perçoivent pas d'aide financière du CH HCO à condition d'occuper un poste dans un secteur en tension (9.3).

L'IFSI rattaché a déjà été sollicité pour organiser des formations à destination du personnel infirmier : l'anglais médical, la responsabilité du métier IDE, le référentiel et le mode d'emploi du porte folio.

Entre 2014 et 2016, le montant alloué est de 9 200 € ; ce montant a été imputé au budget du plan de formation de l'année N concernée. En moyenne sur les 3 années, cela représente 1,6 % du plan de formation.

L'IFSI de rattachement a également été sollicité pour certaines études promotionnelles selon le lieu de réussite au concours (il s'agit des agents AS ayant réussi le concours d'entrée à l'IFSI).

Ces études promotionnelles ont été imputées soit sur le plan de formation, soit par le biais d'un dossier FMEP via le soutien de l'ANFH.

Entre 2012 et 2016, 21 agents ont bénéficié d'une prise en charge financière de leur étude promotionnelle imputée au plan de formation de l'établissement, ce qui représente un montant global de 91 219 €.

Sur la même période, 23 agents ont bénéficié d'une prise en charge financière de leur étude promotionnelle via le FMEP à hauteur d'une enveloppe de 98 451 €.

Les infirmiers de l'établissement bénéficient d'actions de promotion professionnelle pour devenir cadre : l'établissement finance la préparation au concours de l'école de cadres, puis les études promotionnelles. Par ailleurs, pour ceux qui font le projet de devenir cadre, il leur est proposé de se positionner sur des missions de faisant fonction de cadre de santé dans d'autres unités.

Tous les IDE qui ont le projet professionnel de devenir cadre de santé sont reçus en entretien par le Directeur des soins et la DRH (9.5).

II- L'EXERCICE DU MÉTIER INFIRMIER

A. LES PERSONNELS INFIRMIERS AU SEIN DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES

10. Les personnels infirmiers au sein des équipes soignantes

Tableau n° 82 : Normes en personnels infirmiers pour les activités soumises à autorisation en 2016

<i>Activités autorisées</i>	Références réglementaires	Capacité autorisée (lits et places, salle de bloc)	Capacité installée (lits et places en fonctionnement, salles de bloc utilisées, sorties SMUR)	IDE ³⁹ (ETP)
<i>Dialyse médicale</i>	1 IDE pour 4 patients pendant le traitement (art D. 6124-77 CSP)	0	0	
SMUR <i>au moins une IDE par sortie SMUR</i>	(art D.6124-13 CSP)	1 ligne de SMUR		6 pour couvrir jour/nuit
<i>Lister les autres services disposant d'IDE spécialisés en dehors des services de soins (missions transversales, hygiène, qualité, TIM, ...)</i>		Service d'hygiène		1
		UMSP Unité mobile soins palliatifs		1
		UMG Unité mobile gériatrique		0,8
Total				8,8

Source : CH HCO

³⁹ Actes et compétences de l'infirmier diplômé d'État déclinés aux articles R. 4311-1 et suivants du CSP

Non concernés en raison de l'absence de plateau technique (10.2, 11, 24.3) et de psychiatrie (12.2)

La réglementation prévoit une IDE hygiéniste pour 400 lits sanitaires et le CH HCO en compte 340. Pour le SMUR, le CH HCO est là aussi en conformité avec les obligations réglementaires (10.1).

B. L'ORGANISATION DU TRAVAIL INFIRMIER

12. Les outils existants pour l'organisation de la prise en charge soignante :

- Transmissions ciblées ;
- Dossier patient informatisé (HM) – a permis de sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration ;
- Outils de planification murale.

Pour les activités de gériatrie, les outils propres à l'organisation de ces prises en charge et leur impact sur le travail infirmier sont :

- Sectorisation de l'unité ;
- Dans chaque secteur, le personnel travaille en binôme IDE/AS ;
- Certaines unités sont fermées (patients déambulant) (12.1).

13. Les réorganisations de services ou d'unités de soins intervenues depuis 2012 qui ont eu des incidences sur l'organisation des tâches infirmières.

La réorganisation du service de médecine gériatrique s'est mise en place par étapes entre 2014 et 2015.

Ces réorganisations n'ont pas fait l'objet d'audits préalables et/ou évaluatifs internes, externes, ni d'interventions de l'ANAP (13.1).

Ces réorganisations n'ont pas eu d'impact spécifique sur la spécialisation ou la polyvalence accrue des infirmiers (13.2). Elles n'ont pas modifié la répartition des tâches entre infirmiers et praticiens (13.3), ni entre les IDE et les aides-soignants (13.4).

Des réflexions sur l'organisation des tâches ont eu lieu dans les services de gériatrie (13.5) (cf. annexe Item 13.5).

14. L'établissement n'a pas formalisé de protocoles de transfert de tâches ou appliqué des protocoles validés par la haute autorité de santé (HAS).

15. Le GHT 21-52 auquel appartient le CH HCO mène une réflexion sur l'intégration des tâches médicales dans les tâches infirmières au titre des pratiques avancées mais sans réalisation fin 2017.

16. le CH HCO n'a pas identifié de compétences nouvelles dans les fiches de postes des IDE.

17. Le temps de travail de l'établissement

L'accord sur le temps de travail (cf. partie 5.3.2.1)

18. Il n'existe pas de comité de suivi de l'accord local sur le temps de travail.

19. Le CH HCO n'a pas engagé de réflexion de façon formalisée sur la synchronisation des temps de travail médicaux et infirmiers (début du programme opératoire, heure de visite, ...).

20. Le nombre de services en temps continu (temps médical ou paramédical) est de 13, soit tous les services relevant du secteur sanitaire.

21. L'établissement a mis en place des horaires en 12 heures pour assurer la continuité des soins dans les services ou unités suivants :

- les urgences de Châtillon,
- le SSR de Châtillon,
- l'EVC-EPR de Châtillon,
- l'EHPAD de Montbard,
- le SSR cardio de Montbard,
- et la médecine cardio de Montbard.

Il n'a pas réalisé de bilan de cette organisation (21.1).

Cette mise en place fait l'objet d'un passage en CHSCT et en CTE. Les organisations syndicales sont plutôt sur une position de principe d'opposition (notamment la CGT) ; mais comme les dossiers proposés font l'objet d'un avis unanime favorable des agents concernés, elles s'abstiennent en instances, et parfois donnent un vote favorable (CFDT et FO) (21.2).

Tableau n° 83 : Impact en termes d'organisation du travail des personnels infirmiers des réformes et/ou restructurations / évolutions intervenues (22)

<i>Réforme ou restructuration</i>	Impact sur l'organisation et le temps de travail des infirmiers (évolution des effectifs, mutualisation de certains postes, modification des tâches dévolues aux IDE, ...)
<i>Passage aux 35 heures</i>	Obligation d'une réflexion sur l'organisation des soins et des prises en charge + Création de postes + pour les urgences de Montbard, passage aux 12 heures
<i>Tarifification à l'activité</i>	Heures supplémentaires, traçabilité plus précise des soignants, et de ce fait moins de temps auprès des patients
<i>Restructuration de l'offre de soins en interne</i>	Mutualisation de certains postes (par exemple équipe commune SSR cardio-médecine cardio)
<i>Mise en place d'une direction commune</i>	Harmonisation des pratiques des personnels infirmiers
<i>Fusion d'établissements</i>	Harmonisation des pratiques des personnels infirmiers, mutualisation de l'équipe d'hygiène,

Source : CH HCO

Tableau n° 84 : Nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées au 31/12 de l'année

Catégorie d'infirmiers	2012		2013		2014		2015	2016
	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CH HCO	
<i>IDE</i>	2109.15	7014.50	2189	7427.46	3294.42	7126.14	2181.29	6387.74
<i>Nombre moyen par IDE</i>	31.02	54.80	29.58	56.70	37.44	48.48	61.21	35.49
<i>Infirmier exerçant en EHPAD</i>	R*	54.11 ⁷	R*	72.15	R*	418.24	167.97	90.02
<i>Nombre moyen par IDE exerçant en EHPAD</i>	R*	4.35 ⁴	R*	8.45	R*	4.64	5.61	9.61

Source : CHI Haute Côte d'Or

Tableau n° 85 : Nombre de jours placés dans le CET au 31/12 de l'année (23)

Catégorie d'infirmiers	2012		2013		2014		2015	2016
	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CH HCO	
<i>IDE</i>	128.89	411.49	187.00	454.97	238.67	471.48	681.06	711.41
<i>Infirmier exerçant en EHPAD</i>	22.71	214.10	47.88	206.10	86.09	190.10	277.49	269.02

Source : CH Haute Côte d'Or - Les données ont été saisies après la fusion sur le logiciel CPAGE. Les CET étaient gérés informatiquement sur Excel avant la saisie et leur gestion sur CPAGE.

Tableau n° 86 : Montant des dépenses de remplacement de personnels IDE par des CDD au 31/12 de l'année

	2012		2013		2014		2015	2016
<i>Catégorie d'infirmiers</i>	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CH HCO	
<i>IDE</i>	NR*	49 618	NR*	13 184	NR*	95 771	238 087	81 168
<i>Infirmier exerçant en EHPAD</i>	NR*	5 353	NR*	4 319	NR*	4 136	10 267	23 748

Source : CH Haute Côte d'Or- NR*La base de données CHAM a été écrasée lors de la fusion

Tableau n° 87 : Les reclassements de personnels infirmiers⁴⁰ situation au 31 /12 de l'année

	2012		2013		2014		2015	2016
<i>Nombre d'ETP nécessitant un reclassement par catégorie d'infirmiers</i>	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CH HCO	
<i>IDE</i>		1			1		1	1

Source : CH Haute Côte-d'Or

Pour ces 3 IDE, il s'agit d'aménagements de postes suite à des restrictions médicales même si ce n'est pas une inaptitude totale et définitive aux fonctions.

⁴⁰ Reclassements issus d'une décision de la commission de réforme ou changements de postes issus d'une décision interne à l'établissement, celui-ci identifiant une difficulté de l'IDE sur le poste occupé de nature à induire à terme un reclassement.

C. LA CONDITION INFIRMIÈRE

24. La place donnée aux personnels infirmiers dans l'organisation interne (organisation polaire)

Les cadres de santé ont des missions d'encadrement de services, voire de plusieurs services (radiologie, pharmacie et laboratoire) (24.1).

Les cadres supérieurs de santé font partie des trios de pôle. À ce titre, ils participent à la gouvernance de l'hôpital (24.2).

Le CH HCO n'a pas accordé de délégations de fonctions aux cadres de santé, cadres supérieurs de santé, au sein de l'établissement.

III - LA FORMATION DES PERSONNELS INFIRMIERS

A. ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS

25. L'intéressement n'est pas mis en œuvre au sein de l'établissement.

26. La formation infirmière par compagnonnage.

Les tuteurs de stage sont sélectionnés sur la base du volontariat et bénéficient d'une formation au tutorat (26.1).

Ce temps consacré par le tuteur au suivi hebdomadaire d'un stagiaire n'est pas mesuré ni indemnisé (26.2).

La fonction de tuteur est prise en compte dans l'évaluation professionnelle des agents l'exerçant lors de l'entretien annuel d'évaluation et cela peut être valorisé dans la notation (26.3).

Les conditions de travail des personnels infirmiers (27 et 28)

Le CH HCO n'a pas signé de contrat local d'amélioration des conditions de travail ou hors CLACT (27).

Une démarche a été initiée en début d'année sur la prévention des RPS et la QVT au-delà des seuls personnels infirmiers. Un groupe de travail a été constitué, associant les OS et la Direction des soins. Une enquête a été diffusée fin mars 2017 avec l'objectif de formaliser un plan d'actions d'ici fin 2017 (28).

29. Des indices du mal-être infirmier

En octobre 2015, 12 IDE du service des urgences de Châtillon ont fait grève et ont manifesté pour voir les effectifs du service renforcés.

30. Les attentes exprimées par les infirmiers de l'établissement

Les IDE des urgences de Châtillon estiment que l'accueil administratif ne fait pas partie de leurs missions et ils réclament du temps administratif supplémentaire.

31. Les taux de rotation des personnels infirmiers de 2012 à 2016 (cf. partie 3.1.4.)

Tableau n° 88 : Dépenses de formation continue (Plan et DIF)
 des personnels infirmiers (32)

Années	2012		2013		2014		2015	2016
	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CH HCO	
<i>Etablissements</i>								
1.Masse salariale infirmière	NC*	5 501 348,50 €	NC	5 882 090,20 €	NNC	6 247 131,90 €	9 772 410,70 €	9 438 714,30 €
2.Dépenses Plan de formation	NC*	71 968,44 €	NC*	79 682,04 €	NNC*	75 366,10 €	102 259,96 €	111 480,26 €
3.Dépenses Plan fléchées en direction de l'IFSI de rattachement					700,00 €	1 438,00 €	6 313,15 €	748,56 €
4.Dépenses Plan + FMEP fléchées en direction de l'IFSI de rattachement (promo pro.AS à l'école d'IDE)	9 787,26 €	30 059,52 €	7 581,50 €	42 440,40 €	288,90 €	38 623,56 €	6 043,90 €	31 845,03 €
5.EP financés sur le Plan uniquement	0	16 248,26 €	0	20 220,50 €	0	16 126,66 €	114 072 €	24 552 €
6.Nb dossiers	0	5	0	4	0	3	5	4
7.EP financés via le FMEP uniquement	9 787,26 €	13 811,26 €	7 581,50 €	22 219,90 €	23 288,90 €	22 496,90 €	11 971,90 €	7 293,47 €
8.Nb dossiers	2	4	2	5	1	4	3	2
9.Dépenses DIF							1 850 €	1 069,70 €
10.Dépenses DIF fléchées en direction de l'IFSI de rattachement	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : CHI Haute Côte d'Or - NC* Données inaccessibles suite à la fusion

33. La place de la formation au sein de la politique RH

Les axes institutionnels du plan de formation sont fixés après discussions avec le Directoire et les membres du comité de Direction.

Une commission de formation associe la Direction des soins, les chefs de pôle et cadres de santé de pôle, ainsi que les représentants du personnel au CTE. Le processus de construction du plan de formation a été formalisé et soumis à la concertation du Directoire en 2016.

Des enveloppes financières sont déléguées aux pôles.

Au total, l'établissement verse 2,90 % de la masse salariale brute à l'ANF : contribution obligatoire de 2,10 % de la masse salariale brute (MSB) ; 0,60 % sont dédiés aux études promotionnelles, via la cotisation au fonds mutualisé des études promotionnelles (FMEP) ; 0,20% sont dédiés au financement des bilans de compétences, VAE et congés de formation professionnelle.

Les initiatives individuelles sont prises en compte dans la formation, soit dans le cadre du DIF ou CPF, soit, si elles convergent vers un intérêt de l'établissement, directement dans le plan (souhait de faire des DU plaies et cicatrises, ou DU éducation thérapeutique du patient...)

34. Décompte des périodes de formation en matière de temps de travail

Une journée de formation est valorisée à 7 heures.

35. L'établissement adhère à l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

Une gestionnaire de fonds ANFH est dédiée au CH CHO : c'est l'interlocutrice privilégiée des chargées de formation en matière de remboursement des actions de formation. Une référente en dispositifs individuels conseille les agents souhaitant s'inscrire dans une démarche de VAE, bilan de compétences ou CFP. Elle privilégie la proximité en se rendant sur place, au sein de l'établissement, afin de recevoir des agents désirant une reconversion professionnelle notamment ceux ayant des soucis de santé (en 2016 et 2017, elle est intervenue 2 fois au sein du CH HCO). L'action devrait être reconduite en 2018 (35.1).

Lors d'une réunion annuelle, avec tous les responsables formation, le CH HCO fait remonter les thématiques et sujets de préoccupation : si cela rejoint des besoins d'autres établissements, l'ANFH peut monter des actions ad hoc. Il s'agit d'« actions régionales ANFH ». Pour ces actions, seuls les frais de déplacement sont imputés au plan de formation de l'établissement, le reste étant à la charge de l'ANFH (35.2).

Le délégué régional ANFH Bourgogne soutient également l'établissement dans des projets tels que la Journée Gérontologique Européenne. L'objectif de ce projet est d'échanger entre professionnels de santé européens (médicaux et paramédicaux) sur les différentes pratiques dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées.

Pour un tel projet, l'aide financière de la part de l'ANFH porte sur les frais logistiques. Le délégué régional de l'ANFH Bourgogne participe à certaines réunions du comité de pilotage.

Chaque année l'ANFH soutient l'établissement dans la professionnalisation des agents en finançant des études promotionnelles par le biais de dossiers des Fonds Mutualisés Études Promotionnelles (FMPEP).

Depuis 2016, les établissements de plus de 500 agents sont limités à la prise en charge de 3 dossiers FMPEP au maximum.

L'ANFH peut également apporter une aide financière pour des formations à destination d'agents en situation de handicap via le FIPHP ; par exemple, en 2015 un dossier pour une IDE a été pris en charge sur ces fonds à hauteur de 10 960 €.

Tableau n° 89 : Relations avec l'ANFH relatives aux personnels infirmiers

Années	2012		2013		2014		2015	2016
	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CHAM	CHCM	CH HCO	
Remboursements ANFH	NC*	71 968.44	NC*	9 682.04	NC*	75 366.10	102 259.96	111480.26
Remboursements relatifs au Plan = Remboursements ANFH								
Remboursement relatifs au DIF							1 850	1 069.70

Source : CHI Haute Côte d'Or - NB : Le tableau ci-dessus pourra être complété en distinguant les dépenses de formation stricto sensu des dépenses annexes : hébergements, déplacements, remboursements de rémunérations - NC* Données inaccessibles suite à la fusion

Détails : hébergements, déplacements, remboursements de rémunérations.

	déplacement	enseignement	traitement	total
2012 CHAM	NC	NC	NC	NC
2012 CHI	4 911,19 €	32 981,81 €	34 075,44 €	71 968,44 €
2013 CHAM	NC	NC	NC	NC
2013 CHI	4 010,83 €	37 965,52 €	37 705,69 €	79 682,04 €
2014 CHAM	NC	NC	NC	NC
2014 CHI	6 995,80 €	46 745,29 €	21 625,01 €	75 366,10 €
2015 HCO	13 617,52 €	75 705,16 €	12 937,28 €	102 259,96 €
2016 HCO	17 387,32 €	59 915,69 €	34 177,25 €	111 480,26 €
				440 756,80 €

DIF				
	déplacement	enseignement	traitement	total
DIF 2016	205,60 €	864,10 €		1 069,70 €
DIF 2015	- €	1 850,00 €	- €	1 850,00 €

Le CH HCO ne dispose pas d'indicateurs permettant d'objectiver le bénéfice d'une formation réalisée au profit des stagiaires accueillis en immersion au sein de l'hôpital, notamment grâce au tutorat (36).

Annexe n° 15. Glossaire

AMO : assistance à maîtrise d'ouvrage
AMP : aide médico-psychologique
ANFH : collecteur de fonds de formation pour la fonction publique hospitalière
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignante
ASQH: agent de service hospitalier qualifié
BF-C : Bourgogne, Franche-Comté
BDFHF : banque de données de la fédération hospitalière de France
CAF : capacité d'autofinancement
CAL : commission d'activité libérale
CD 21 : conseil départemental de la Côte-d'Or.
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CF : compte financier
CH(U) : centre hospitalier (hospitalo universitaire)
CHAM : centre hospitalier d'Auxois-Morvan
CH HCO : centre hospitalier de la Haute Côte-d'Or
CHI : centre hospitalier intercommunal de Châtillon-Montbard
CHT : communauté hospitalière de territoire
C(L)AL : commission (locale) d'activité libérale
CME : commission médicales d'établissement
COPS : commission d'organisation de la permanence des soins
CPOM : contrat pluriannuel d'objectif et de moyens
CREF : contrat de retour à l'équilibre financier
CSMIRT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextique
CSP : code de la santé publique
CTE : comité technique d'établissement
DAJ : direction des affaires juridiques
DAF : direction des affaires financières
DAM : direction des affaires médicales
DDFIP : direction départementale des finances publiques

DG ARS : directeur général de l'ARS
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DNA : dotation non affectée
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS : établissement public de santé
ETP : équivalent temps plein
ETPR : équivalent temps plein rémunéré
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FIDES : facturation individuelle des établissements de santé
FHF : fédération hospitalière de France
FIPHFP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FPH : fonction publique hospitalière
GCS : groupement de coopération sanitaire
GIR : groupe iso ressources
GVT : glissement vieillesse technicité
HPST : Loi Hôpital Patients Santé Territoires
IDE : infirmière diplômée d'État
MAD : mis à disposition
MAS : maison d'accueil spécialisée
MCO : médecine chirurgie obstétrique
MSA : mutualité sociale agricole
NBI : nouvelle bonification indiciaire
PAE : procédure d'autorisation d'exercice
PASA : pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PGFP : plan global de financement pluriannuel
PM : personnel médical
PNM : personnel non médical
PMP : Pathos moyen pondéré
PRAP : Prévention des risques liés à l'activité physique
PUI : pharmacie à usage interne
RH : ressources humaines
RPS : risques psycho-sociaux
RUM : résumé(s) d'unité médicale

SAFER : société d'aménagement foncier et d'établissement rural
SSIAD : service de soins infirmiers et à domicile
SIGMED : système d'information et de gestion des personnels médicaux hospitaliers
SIG : soldes intermédiaires de gestion
SIH : systèmes d'information hospitalier
SMUR : service médical d'urgences et de réanimation
SNIR : système national inter régimes
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
SRS : schéma régional de santé
SSR : soins de suites et de réadaptation
TMS: troubles musculo-squelettiques
T2A : tarification à l'activité
TBFEPS : tableau d'équilibres financiers des établissements publics de santé
TTA : temps de travail additionnel
TTC : toutes taxes comprises
UHR : unité d'hébergement renforcé
USIC : unité de soins intensifs cardiologiques
USLD : unité de soins de longue durée



Chambre régionale des comptes Bourgogne-Franche-Comté
28-30 rue Pasteur – CS 71199 – 21011 DIJON Cedex

Site Internet : <http://www.ccomptes.fr/fr/crc-bourgogne-franche-comte>