



La présidente

Dijon, le 6 juillet 2021

Réf. : 21 ROD2 NB 15

Objet : Notification du rapport d'observations définitives
et de sa réponse

P.J : 1 rapport d'observations définitives

Lettre recommandée avec avis de réception

Madame la Directrice,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du CHU Dijon Bourgogne concernant les exercices 2014 et suivants ainsi que votre réponse.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication à votre assemblée délibérante. 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 et la réponse seront joints 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 et la réponse jointe sont transmis à M. le Président du conseil de surveillance, à M. le Préfet de la région Bourgogne-Franche-Comté, à M. le Directeur régional des finances publiques de Bourgogne-Franche-Comté et à M. le Directeur de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Valérie RENET

Madame Nadiège BAILLE
Directrice générale
du CHU Dijon Bourgogne
1 boulevard Jeanne d'Arc

BP 77908
21079 DIJON cedex



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Centre Hospitalier Universitaire
Dijon Bourgogne
(Département de la Côte-d'Or)

Exercices 2014 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 28 avril 2021.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1 LE CONTROLE PRÉCÉDENT	7
2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	9
2.1 Le pilotage de l'établissement	10
2.1.1 La gouvernance.....	10
2.1.2 L'organisation en pôles.....	10
2.2 Les documents stratégiques régissant les orientations du CHU	12
2.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2014-2019.....	12
2.2.2 Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) 2014-2017	14
2.2.3 Les Projets d'Etablissements	16
2.3 Une activité en hausse et un positionnement reconnu	17
2.3.1 L'offre capacitaire	17
2.3.2 Une évolution favorable de l'activité.....	18
2.3.3 Une attractivité reconnue de l'établissement	19
2.3.4 Des indices de performance également favorables.....	21
2.3.5 Participation à la structuration de l'offre de soins sur le territoire de santé.....	25
2.4 Le CHU certifié par la Haute Autorité de Santé	28
2.5 Le développement de la recherche.....	29
3 LA FIABILITE DES COMPTES.....	30
3.1.1 Récapitulation des rectifications opérées sur la période sous contrôle.....	31
3.1.2 Les principales observations et les rectifications des commissaires aux comptes dans le cadre de la certification des comptes du CHU.....	32
3.2 Les recettes et les dépenses à classer ou à régulariser (compte 47).....	33
3.2.1 Les recettes à classer ou à régulariser (compte 471).....	33
3.2.2 Les dépenses à classer ou à régulariser (compte 472)	34
3.3 Le rattachement des charges et des produits à l'exercice	35
3.3.1 Les charges à payer.....	35
3.3.2 Les produits à recevoir (compte 418)	36
3.4 Les produits et les charges constatées d'avance (comptes 486)	36
3.5 Les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie (compte 7722)	37
3.6 Les immobilisations	38
3.6.1 Une application erronée des règles d'amortissement des immobilisations en début de période examinée	38
3.6.2 Le suivi des immobilisations mises à disposition.....	39
3.6.3 L'intégration des immobilisations en cours.....	39
3.6.4 La concordance de l'inventaire avec l'état de l'actif.....	40
3.6.5 Les dotations aux provisions	41

3.6.6	Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations.....	43
3.6.7	Les provisions pour risques et charges sur emprunts (compte 152)	47
3.6.8	Les provisions pour gros entretien ou grandes réparations (compte 1572)	47
4	LA SITUATION FINANCIERE	49
4.1	Des résultats annuels tous budgets confondus sur la période	49
4.1.1	Les résultats annuels tous budgets.....	49
4.1.2	Les résultats annuels par budget	50
4.2	Évolution des charges et des produits	51
4.2.1	L'évolution des charges	51
4.2.2	L'évolution des produits	56
4.3	Les soldes intermédiaires de gestion (tous budgets confondus)	59
4.3.1	Une progression générale des soldes intermédiaires de gestion	59
4.3.2	Focus sur la marge brute.....	60
4.3.4	L'évolution du résultat tous budgets confondus	63
4.4	Le financement des investissements (budget consolidé) : des dépenses d'équipements totalement financées par les ressources propres de l'établissement.....	64
4.4.1	Les dépenses d'investissement et leur renouvellement	64
4.4.2	Le financement des investissements	66
4.4.3	Les valeurs bilancielle et la trésorerie	67
4.5	La dette du CHU : une dette élevée mais en diminution	67
4.5.1	L'évolution de la dette financière de l'hôpital	67
4.5.2	La mesure de l'endettement du CHU	68
4.5.3	Un endettement coûteux pour l'établissement.....	69
4.5.4	La structure de la dette : une sécurisation progressive mais coûteuse	70
4.5.5	Les emprunts obligataires remboursables <i>in fine</i>	70
4.6	Les perspectives financières	72
4.6.1	Une politique d'investissements plus dynamique.....	73
4.6.2	Une optimisation de la capacité d'autofinancement	73
4.6.3	Poursuivre la trajectoire de désendettement	75
5	LA COMMANDE PUBLIQUE	76
5.1	Enjeux et organisation.....	76
5.1.1	Des enjeux conséquents	76
5.1.2	Organisation de la fonction Achat	77
5.2	Une stratégie mise en œuvre tardivement	81
5.2.1	La stratégie inscrite dans le CREF 2014-2017	81
5.2.2	Une stratégie qui se formalise dans le cadre du GHT.....	83
5.3	Le processus achat	84
5.3.1	Concernant les marchés	84
5.3.2	Un processus à sécuriser davantage.....	85

6 LES RESSOURCES HUMAINES.....	88
6.1 Une évolution régulière des effectifs et de la masse salariale	89
6.1.1 Évolution des effectifs entre 2014 et 2019	90
6.1.2 Évolution de la masse salariale.....	96
6.2 Le régime indemnitaire	100
6.2.1 Le personnel non médical.....	100
6.2.2 Le personnel médical.....	107
6.3 Le recours aux contractuels	108
6.3.1 Pour le personnel non médical.....	108
6.3.2 Pour le personnel médical.....	110
6.4 Le temps de travail, intérim et CET.....	111
6.4.1 Pour le personnel non médical.....	111
6.4.2 Pour le personnel médical.....	118
6.5 La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences.....	121
6.5.1 Pour le personnel non médical.....	121
6.5.2 Pour le personnel médical.....	124

SYNTHÈSE

Le CHU Dijon Bourgogne comptait en 2019 un total de 1 758 lits et places dont 1 236 sont classés en activité de court séjour Médecine - Chirurgie - Obstétrique (MCO). Le CHU a finalisé en 2015 les travaux du principal complexe de l'hôpital François-Mitterrand, au sein duquel se situe le nouvel hôpital « Bocage central » ouvert en 2013. Un Etablissement Hébergeant des Personnes Âgées (EHPAD) de 253 places ainsi qu'un service de médecine gériatrique et de soins de suite de 168 places sont installés sur le site de Champmaillot.

Le CHU est un établissement de recours dont l'attractivité ne cesse de croître. En témoigne une hausse d'activité régulière avec une évolution de 6 % de ses séjours en hospitalisation complète et de plus de 33 % des actes réalisés en chirurgie ambulatoire.

La situation de la démographie médicale en Bourgogne-Franche-Comté a amené le CHU à développer une offre de soins territoriale en lien avec les établissements périphériques. Le CHU a ainsi formalisé et mis en œuvre une politique de coopérations médicales forte, fondée sur des postes médicaux partagés et des consultations avancées.

Suite à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le CHU est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire 21-52 créé par une convention constitutive le 1^{er} juillet 2016. Le groupement rassemble 9 établissements et couvre un bassin de population d'environ 530 000 habitants avec une capacité d'accueil de plus de 4 800 lits et places.

Le CHU de Dijon a fait partie dès 2015 des premiers établissements qui ont procédé à la certification de leurs comptes. Celle-ci a conduit à opérer des écritures de régularisations comptables importantes, notamment en début de certification, en 2015 et 2016. Les corrections d'écritures passées ont amélioré la sincérité et la fiabilité des comptes du CHU. S'agissant de certaines provisions, des corrections s'imposent encore afin de respecter la réglementation, notamment en matière de reprise de provisions. Par ailleurs, la finalisation nécessaire de l'inventaire physique doit être menée à son terme.

La situation financière de l'établissement s'est fortement améliorée sur la période avec une évolution des produits de l'activité hospitalière qui affichent une progression annuelle moyenne dynamique de 5,5 %, passant de 430,2 M€ en 2014 à 533,4 M€ en 2018. Les produits de la tarification à l'activité, qui représentent en 2018 près des deux tiers du total des produits de l'activité hospitalière ont progressé pour leur part de 48,4 M€, soit 4 % de hausse annuelle moyenne.

Sous l'effet de cette amélioration, la capacité d'autofinancement nette de l'établissement s'élève à 28,5 M€ en 2018. Elle affiche une progression annuelle moyenne de 9,6 %. Sur la période examinée, l'autofinancement dégagé de l'exploitation a permis de financer non seulement l'annuité en capital de la dette, mais également la totalité des dépenses d'investissement. Cumulé sur la période 2014-2018, l'autofinancement net s'est élevé à 140,4 M€.

Malgré un endettement mieux maîtrisé, aucun nouvel emprunt n'ayant été contracté depuis 2015, la dette de l'établissement reste élevée, bien qu'en diminution constante (426 M€ en 2014 à 346 M€ en 2018, 319 M€ en 2019), et entraîne des charges financières représentant en moyenne 25 % de la marge brute sur la période.

En ce qui concerne les achats et plus généralement la commande publique, le présent contrôle constate les progrès accomplis en la matière par l'établissement depuis le précédent contrôle. La mise en place du GHT doit être mise à profit pour améliorer le processus de la commande publique, notamment par une meilleure uniformisation des pratiques tant au sein du CHU que des établissements supports.

En matière de ressources humaines enfin, l'établissement a mis en place la gestion informatisée du temps de travail pour le personnel non médical comme pour le personnel médical depuis 2018. La chambre a cependant relevé quelques anomalies dans la gestion du personnel auxquelles l'établissement devra remédier, notamment en matière de régime indemnitaire. En revanche, la chambre a constaté une meilleure gestion de l'absentéisme que lors de son précédent contrôle qui a permis de moins avoir recours à l'intérim, en particulier pour le personnel non médical.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Finaliser les contrats de pôle pour tenir compte du projet médical établi dans le cadre du Projet d'Etablissement 2018-2022 de l'établissement.

Recommandation n° 2 : Finaliser l'inventaire physique engagé en 2016 et toujours incomplet à ce jour.

Recommandation n° 3 : Établir le plan de reprise de la provision au compte 142 tel que préconisé par la réglementation M21 et procéder à la reprise de la provision.

Recommandation n° 4 : Élaborer un guide d'achat interne et unique à disposition de tous les acteurs de la chaîne « achat », permettant au sein du CHU comme au sein du GHT une harmonisation des procédures, le recensement de tous les documents encadrant l'achat et en facilitant les mises à jour.

Recommandation n° 5 : Mettre en place la contractualisation sur le temps de travail additionnel des praticiens, via des contrats individuels en lien avec les contrats de pôle.

INTRODUCTION

Le présent contrôle porte sur la gestion du CHU Dijon-Bourgogne au cours des exercices 2014 à 2019. Sur cette période trois ordonnateurs se sont succédés : Mme Elisabeth Beau, directrice générale de l'établissement du 1^{er} décembre 2013 au 20 décembre 2018, Mme Bénédicte Motte, directrice générale adjointe qui a assumé l'intérim de la direction du 20 décembre 2018 au 1^{er} avril 2019, date de nomination à cette date de Mme Nadiège Baille, directrice générale en fonctions aujourd'hui.

L'ordonnateur en fonctions et l'ancien ordonnateur ont été informés de l'ouverture du contrôle, par courriers en date du 27 juin 2019, et du changement de rapporteur, par courriers en date du 1^{er} avril 2021. La directrice générale adjointe, DG par intérim du 28 décembre 2018 au 1^{er} avril 2019 a été informée du contrôle par courrier le 9 octobre 2019.

L'instruction a eu lieu sur pièces et sur place entre octobre 2019 et juin 2020. Elle a aussi été conduite par questionnaires écrits. Conformément aux mesures adoptées par l'ensemble des juridictions financières, le contrôle a été conduit de façon à ne pas interférer dans la gestion quotidienne de la crise sanitaire à laquelle le CHU Dijon-Bourgogne devait faire face. Dans ce contexte, l'arrêté des comptes 2019 des établissements publics de santé a été repoussé fin octobre 2020. De même, certaines données observées, notamment en matière des perspectives budgétaires et financières de l'établissement, ne sauraient anticiper ni préjuger des effets de l'épidémie sur les finances de l'établissement, celles-ci ne pouvant qu'être fortement affectées par le bouleversement des charges et des recettes du CHU induit par l'épidémie.

Les entretiens de fin contrôle ont été conduits les 25 juin et 1^{er} juillet 2020 avec les ordonnateurs qui se sont succédé sur la période.

La chambre a délibéré sur le rapport d'observations provisoires les 12 et 13 août 2020. Il a été notifié à l'ordonnateur le 20 novembre 2020. Sa réponse a été enregistrée au greffe le 14 janvier 2021. Le changement de rapporteur lui a été notifié le 2 avril 2021. Plusieurs tiers mis en cause ont été destinataires d'extraits du rapport d'observations provisoires par courrier des 18 et 25 novembre 2020. Au vu de l'ensemble des réponses reçues, la chambre a délibéré le présent rapport d'observations définitives le 28 avril 2021.

1 LE CONTROLE PRÉCÉDENT

Le précédent examen de la gestion du centre hospitalier universitaire de Dijon, qui a abouti à un rapport d'observations définitives (ROD) en date du 26 septembre 2012, avait porté principalement sur la fiabilité des comptes, la situation financière, le personnel, le nouvel hôpital Bocage Central, la plate-forme logistique réalisée sous la forme d'un bail emphytéotique hospitalier, le patrimoine hospitalier et l'activité libérale de l'établissement.

En matière de fiabilité des comptes, la chambre avait relevé des insuffisances et des irrégularités concernant le rattachement des charges, les comptes de report de charge, l'état de l'actif et les provisions.

La situation financière de l'hôpital apparaissait alors précaire avec des frais de personnel particulièrement importants, des résultats d'exploitation positifs mais altérés par des charges financières exceptionnelles très lourdes, ayant pour conséquence de générer un résultat net déficitaire sur toute la période. Le déficit de l'exercice 2011 tous budgets cumulés s'élevait ainsi à 6,1 M€.

En matière de personnel, le précédent contrôle constatait une forte évolution des effectifs au moment de la mise en service des nouveaux locaux du Bocage ; il s'était également intéressé au coût du personnel intérimaire, à la provision pour les jours épargnés sur CET, ainsi qu'à l'absentéisme du personnel non médical. Ces points seront analysés au fil du développement du présent examen de gestion.

Concernant les points relevés par la chambre sur le bail emphytéotique relatif à la plateforme logistique et sur le patrimoine immobilier, les constats suivants ont été réalisés :

- Concernant le bail emphytéotique (BEH)¹: le CHU de Dijon a confié en janvier 2007 à la société GESPACE France la conception, la construction et l'entretien de cette plateforme logistique. À l'occasion du précédent contrôle, la chambre observait que le recours au BEH s'était avéré compliqué et plus longue que prévu, la mise à disposition de la plateforme ayant été réalisée concrètement en juin 2009. La chambre constatait également que le montant total des redevances était de plus de 32 M€ en 2010, dépassant largement le coût initialement prévu de 28,168 M€. En 2018, le total des redevances restant dues s'élevait à 20,1 M€ pour un remboursement moyen annuel de 1,3 M€.
- Concernant le patrimoine privé : à l'occasion du précédent contrôle, la chambre observait une absence de suivi du patrimoine privé, une absence de liste (normalement obligatoire) des biens immobiliers composant le patrimoine du CHU, d'indication de la valeur des biens, et de suivi des amortissements pratiqués. Le CHU était ainsi dans l'incapacité de connaître les coûts supportés pour chacun des biens et donc d'opérer des choix de gestion efficaces.

Dans le cadre du présent contrôle, l'établissement a produit un état de l'actif 2018 présentant l'état et la valorisation des terrains nus et bâtis appartenant au CHU, un état des amortissements 2018 par compte et par unités fonctionnelles dont celui concernant les amortissements des biens faisant partie de son domaine privé (installations générales, agencements, aménagements des constructions - IGAAC compte 21352). Concernant celui-ci, le suivi des propriétés agricoles et forestières est réalisé s'agissant des revenus annuels 2014/2018 (coupes de bois, chasse). Pour les fermages des vignes et des propriétés, une mise à jour en matière de suivi financier a été effectuée en août 2019; un tableau des cessions 2014 à 2018 avec estimation des domaines (dont la vente du site de l'ancien hôpital) a été fourni. Une liste de l'actif du domaine privé de l'établissement actualisée au 31 décembre 2020 a également été transmise concernant les propriétés forestières, agricoles et vignes. Concernant les propriétés urbaines du CHU, une liste au 31 décembre 2018 a également été produite à la chambre.

¹ Le bail emphytéotique est un bail immobilier de longue durée. Il confère au preneur un droit réel sur le bien immobilier.

Concernant les propriétés urbaines du CHU, un état des agents logés sur la période précisant la motivation justifiant de l'attribution d'un logement de fonction (sur la période, l'ensemble des agents logés le sont par nécessité absolue de service) a été produit ; les décisions individuelles annuelles par personne logée signées par la directrice générale ainsi qu'une procédure de calcul des avantages en nature basée sur le barème URSSAF des avantages en nature élaborée en novembre 2015 et réactualisée en août 2019 ont été communiquées. La chambre a vérifié que les avantages identifiés font bien l'objet d'une imputation en variable de paie. A également été transmis une procédure de gestion des logements de fonctions datant de 2017.

Sur ces deux points, la chambre note que les éléments transmis par l'établissement permettent de répondre aux demandes faites par la chambre à l'occasion du précédent contrôle et constate les évolutions réalisées depuis celui-ci.

2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier universitaire de Dijon est, en tant qu'établissement de santé (EPS) une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, soumis au contrôle de l'État.

Les centres hospitaliers régionaux (CHR) ne se distinguent que par leur ressort territorial, et leur niveau de spécialisation. Mis à part les CHR de Metz-Thionville et d'Orléans, tous les CHR sont également des centres hospitaliers universitaires (CHU), les CHU assurant, en plus de leurs missions de soins, une mission d'enseignement et de recherche.

Le CHU de Dijon appartient à l'aire urbaine de Dijon, laquelle avec 385 400 habitants² est la plus peuplée de Bourgogne-Franche-Comté.

Le dernier aménagement majeur de l'établissement a vu la naissance de la cité hospitalière dite « Bocage Central ». Ce nouvel ensemble ayant ouvert ses portes en 2010, les derniers services de l'hôpital général ont quitté leur précédent site en 2015.

En 2016, le CHU de Dijon a été renommé "CHU Dijon Bourgogne" et les hôpitaux du Bocage renommés par le Conseil de surveillance de l'établissement "Hôpital François Mitterrand" (Halls A, B et C).

Sous l'entité juridique CHU Dijon Bourgogne sont regroupés aujourd'hui le complexe Bocage Central plus particulièrement dédié à l'activité de MCO, la médecine gériatrique à Champmaillot, l'unité de soins palliatifs La Mirandière, un pôle de biologie, un centre antituberculeux et de vaccination.

² Source : Insee, état civil en géographie au 01/01/2019.

2.1 Le pilotage de l'établissement

2.1.1 La gouvernance

Le conseil de surveillance de l'établissement se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement, il est présidé pour la période contrôlée par M. François REBSAMEN, maire de Dijon et président de Dijon Métropole.

La directrice générale qui conduit la politique de l'établissement est Mme Nadiège BAILLE nommée le 1^{er} avril 2019. Elle a succédé à Mme Elisabeth BEAU. La directrice générale est entourée d'une équipe de direction composée de 18 directeurs adjoints.

La directrice générale assure la présidence du directoire, qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Le directoire du CHU est composé de 9 membres : le Président (DG), 3 vices présidents (le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, le Doyen de la Faculté de Médecine, le chargé de Recherche Clinique), le président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), quatre membres appartenant aux professions médicales. Sur la période contrôlée, le directoire s'est tenu toutes les deux semaines.

Au sein des instances consultatives se trouvent la commission médicale d'établissement (CME), laquelle est présidée par le Pr Yves COTTIN, chef de service de cardiologie et réélu pour son second mandat à la tête de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) en 2015 et dont le mandat se terminera avec les prochaines élections à la CME en novembre 2020, ainsi que le Comité Technique d'établissement (CTE), présidé par le Directeur. Le CTE rassemble les représentants des personnels non médicaux de l'établissement. Composé de 15 membres, le CTE du CHU a été renouvelé à l'occasion des élections professionnelles de 2018. La CME et le CTE sont associés aux orientations stratégiques et au fonctionnement de l'établissement, examinées en premier lieu par le Directoire.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est présidée par Mme Carol GENDRY, coordonnatrice générale des soins. Elle est plus spécifiquement consultée sur l'organisation générale des soins, la recherche, la formation et l'évaluation des professionnels, ainsi que sur les thématiques de qualité et de sécurité des soins.

L'établissement a communiqué les procès-verbaux des différentes instances au cours de la période contrôlée. La composition, l'organisation et la tenue ainsi que les thèmes à l'ordre du jour des séances des différentes instances sont conformes à la réglementation.

Enfin, le fonctionnement de l'établissement repose sur un règlement intérieur actualisé en février 2017.

2.1.2 L'organisation en pôles

Conformément à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, déclinée dans l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, le CHU a défini son organisation interne en pôles hospitalo-universitaires.

Dans son article 14, le règlement intérieur de l'établissement prévoit que « pour l'accomplissement de ses missions, l'établissement est organisé en pôles d'activités définis par le Directeur Général du CHU, conformément au projet d'établissement, après avis du Président de la CME et du Directeur de l'UFR de médecine. Leur nature et leur périmètre doivent revêtir une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer une gestion déconcentrée. Les pôles participent aux performances de la gestion de l'établissement en fonction des moyens qui leurs sont délégués et dans le respect des objectifs qui leurs sont assignés (...). L'organisation interne mise en place au sein de l'établissement prévoit également la participation au fonctionnement du pôle de Directeurs Délégués. Ces Directeurs Délégués, qui peuvent intervenir sur un ou plusieurs pôles, sont désignés par le Directeur Général (...). Un contrat de pôle est établi pour quatre ans, sur la base de l'organisation définie par le Directeur Général. Ce contrat arrête les objectifs assignés au pôle, notamment ceux en matière de politique et de qualité des soins, et fixe quantitativement et qualitativement, les moyens qui lui sont attribués ».

Au CHU, cette organisation est structurée autour de 13 pôles et 2 fédérations³. Des contrats de pôle définissant les objectifs du pôle en matière de politique et de qualité des soins, prévoyant les moyens attribués ont été signés avec les pôles. Ils prévoient également les modalités de suivi et d'évaluation des contrats de pôles avec notamment des rencontres Direction/chefs de pôles pour réaliser un bilan sur l'ensemble des objectifs signés.

Au cours de la vague de contractualisation 2015-2018⁴, le choix institutionnel a été de ne pas faire de contrat pour ces deux fédérations transversales, les éléments concernant la cancérologie et l'activité des blocs opératoires étant inclus dans les projets des pôles cliniques.

Pour la vague de contractualisation 2019-2022, il est prévu de contractualiser avec la Fédération des Blocs Opératoires. Concernant la Fédération de Cancérologie, en raison de son caractère transversal et de l'intégration en 2019 du Centre de Coordination en Cancérologie (3C) au sein du Pôle des Pathologies Médicales, il a été choisi de ne pas mettre en place de contrat de pôle avec cette fédération. En revanche, les projets et objectifs liés à la cancérologie demeurent intégrés au sein des contrats des pôles cliniques.

La gouvernance des pôles est assurée par un chef de pôle assisté d'un directeur délégué et d'un cadre supérieur de santé. Des contrôleurs de gestion assurent le suivi de l'activité des pôles et ont en charge deux à trois pôles chacun.

Les CREA (comptes de résultats et d'exploitation analytique) et les tableaux de bord que l'établissement élabore depuis de nombreuses années font l'objet d'un dialogue de gestion entre les chefs de pôles et la Direction. Les chefs de pôle ont ainsi des informations concernant les dépenses directes, liées au fonctionnement du pôle (dépenses de personnel, médicaments achats), et les dépenses indirectes (consultations interservices, les actes techniques, les charges de structure). Ils ont également une vision sur les recettes de T2A (tarification à l'activité) liées à leur activité médicale.

³ 13 pôles (Anesthésie - Réanimation chirurgicale, Urgences, Médecine légale (ARCUMEL) ; Cœur, Poumons Vaisseaux ; Gynécologie-Obstétrique ; Imagerie ; Neurosciences, Chirurgie Réparatrices, et Psychiatrie ; Pathologies médicales ; Pathologies médico-chirurgicales, digestives, endocriniennes et urologiques ; Pédiatrie ; Personnes Âgées ; Pharmacie ; Recherche et Santé Publique; Rééducation Réadaptation) + 2 fédérations (Cancérologie ; Blocs).

⁴ Premiers contrats élaborés en 2009.

Au Comité Opérationnel des Pôles en date du 3 décembre 2015, le mode d'évaluation des contrats de Pôle a été défini. Ainsi, deux vagues d'évaluation ont été organisées, l'une en décembre 2015-janvier 2016 et la seconde en mai-juin 2016. À l'issue de la première vague de suivi des contrats de pôle, une présentation au Comité Opérationnel des Pôles a été réalisée (COP du 3 décembre 2015 et du 18 février 2016). En septembre 2017, un bilan 2015-2018 des projets médicaux des contrats de Pôles a également été présenté au Comité Opérationnel des Pôles affichant les réalisations et les travaux engagés en lien avec le projet médical en cours.

Dans le cadre de la déclinaison du Projet d'Etablissement défini pour 2018-2022, la directrice générale a sollicité par courrier en septembre 2019 les chefs de pôles afin d'arrêter les nouveaux contrats, l'objectif étant de les signer début 2020, sur la base d'une trame de réflexion proposée au chefs de pôles. Cette nouvelle trame, qui reprend l'essentiel des axes des précédents contrats, rappelle cependant que les contrats de pôles à venir s'inscrivent « dans une période clé pour le CHU Dijon Bourgogne, avec le rétablissement durable de son équilibre financier dans le cadre d'un plan efficience, la mise en œuvre de son nouveau projet d'établissement et le renforcement de sa position stratégique dans l'offre de soins régionale, notamment dans le cadre des filières médicales constituées au sein du GHT 21-52 ». À ce titre les futurs contrats de pôles devront établir des objectifs relatifs à la déclinaison des actions du plan efficience au sein du pôle et prévoir les participations à la mise en place des coopérations médicales.

Concernant la démarche de contractualisation interne à engager en lien avec le Projet d'Etablissement 2018-2022, trois nouveaux contrats ont été signés : ceux des pôles ARCUMEL, MCDEU et pharmacie. L'établissement souhaite poursuivre cette démarche en 2021.

Recommandation n° 1. Finaliser les contrats de pôle pour tenir compte du projet médical établi dans le cadre du Projet d'Etablissement 2018-2022 de l'établissement.

2.2 Les documents stratégiques régissant les orientations du CHU

Les orientations du CHU s'inscrivent dans le cadre des Projets Régionaux de Santé 2012-2016 et 2018-2028 de la région Bourgogne-Franche-Comté qui couvrent la période contrôlée. Ces orientations se déclinent dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2014-2019 ainsi que dans les Projets d'Etablissement 2013-2017 et 2018-2022.

2.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2014-2019

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté a conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens couvrant la période 2014-2019 pour le CHU, validé par le Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (COPERMO) du 3 avril 2014 ; il a été signé entre le directeur de l'ARS et la Directrice Générale du CHU le 1^{er} juillet 2014. Il fait suite à un précédent CPOM validé en 2004.

Le rapport final d'exécution prévu à l'article D. 6114-8 du code de la santé publique qui dispose que « l'évaluation de la réalisation des objectifs quantifiés prévus dans le contrat est conduite par le directeur général de l'agence régionale de santé conformément au calendrier prévu et au moins une fois par an » n'a pas été produit. L'établissement précise sur ce point que lors du lancement de la nouvelle campagne de contractualisation 2019-2024, l'ARS de BFC a indiqué que, concernant l'évaluation de l'exécution du CPOM 2014-2019, « le suivi et la revue périodique des contrats n'avaient pas été réalisés en raison du périmètre à couvrir et faute de moyens adéquats ».

Un cadre de dialogue de gestion périodique est néanmoins mis en œuvre, à l'échelle des établissements du GHT 21/52, en cohérence avec les CPOM de chacun des établissements parties.

Dans le cadre du COPERMO (CPOM 2004, puis 2014), des aides financières d'accompagnement et de soutien à l'investissement immobilier pour le nouvel hôpital « Bocage Central » ont été versées. Les aides ont été actées tant au niveau national (aides à la contractualisation AC) dans le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance Maladie (ONDAM actualisé chaque année) qu'au niveau régional dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (FIR). Ces aides sont dégressives jusqu'en 2033.

Tableau n° 1 : Aides ponctuelles et structurelles 2014-2019

	CF 2014	CF 2015	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	Total cumulé sur la période
Aides structurelles	5 347 746 €	5 347 746 €	5 347 746 €	5 147 746 €	5 147 746 €	5 147 746 €	31 486 476 €
AC	+ 219 872 €						219 872 €
Aides structurelles FIR	10 114 149 €	10 334 021 €	10 334 021 €	10 653 630 €	10 653 630 €	10 653 630 €	62 743 081 €
Aide conjoncturelle	0 €	4 000 000 €*	3 000 000 €*	0 €	0 €	0 €	7 000 000 €

Source : Établissement

* aide affectée en complément de dotation

Le COPERMO a décidé d'attribuer au CHU un accompagnement financier ponctuel d'un montant de 7 M€ (aide affectée en complément de dotation) versé sur la période 2014-2016, au vu, d'une part, des exécutions constatées sur la trajectoire de retour à l'équilibre et, d'autre part, des difficultés de trésorerie de l'établissement.

Par ailleurs, des annexes et avenants au contrat, signés chaque année entre l'ARS et l'établissement déclinent en objectifs opérationnels les orientations stratégiques prises dans le Projet Régional de Santé (PRS) et déclinées dans le Projet d'Etablissement. Ces conventions annuelles de financement et avenants entre l'ARS et le CHU prévoyant l'accompagnement financier de l'établissement par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) sont arrêtées annuellement dans le cadre des orientations nationales en matière de santé établies par le Ministère de la Santé. De nombreuses aides sont ainsi apportées dans le cadre du FIR, en lien

avec les orientations de santé nationales et les orientations du PRS et du projet d'établissement du CHU, pour des accompagnements plus spécifiques comme le financement des postes d'assistants partagés entre établissement, l'éducation thérapeutique, le réseau AVC, la lutte contre la tuberculose, le réseau périnatal...

Un accompagnement au financement de la permanence des soins (PDS) est également prévu par l'ARS. À ce titre, 5 175 958 € ont été versés au CHU en 2018 et 5 787 824 € en 2019.

2.2.2 Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) 2014-2017

Le 1^{er} juillet 2014, l'établissement a signé avec l'ARS un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) dont les orientations stratégiques et la trajectoire financière associée sont intégrées par voie d'avenant au CPOM.

2.2.2.1 Les objectifs du CREF 2014-2017

Le CREF prévoit la réalisation sur la période d'économies à hauteur de 9 095 000 €, ainsi que des recettes supplémentaires pour un montant de 3 386 900 €. Des axes prioritaires ont été définis tels l'organisation de la gestion des lits, le développement de la chirurgie ambulatoire, l'efficacité de la politique d'achats, l'optimisation des plateaux techniques, des mesures d'organisation du temps de travail et notamment du temps médical, une optimisation du circuit de facturation-recouvrement. Une adéquation des effectifs en lien avec les réorganisations engagées était également attendue.

Tableau n° 2 : Objectifs financiers CREF 2014-2017

<i>Actions à mettre en place</i>	<i>Economies pressenties</i>	<i>Recettes supplémentaires attendues</i>
<i>Optimisation de la gestion des lits</i>	<i>1 510 000 €</i>	<i>2 000 000 €</i>
<i>Développement de la Chirurgie ambulatoire</i>	<i>700 000 €</i>	
<i>Efficacité de la politique d'achats</i>	<i>3 200 000 €</i>	
<i>Optimisation des organisations administratives et logistiques</i>	<i>2 365 000 €</i>	<i>150 000 €</i>
<i>Optimisation des plateaux techniques</i>	<i>770 000 €</i>	<i>126 900 €</i>
<i>Organisation du travail</i>	<i>410 000 €</i>	
<i>Optimisation du processus de facturation/codage</i>	<i>140 000 €</i>	<i>1 110 000 €</i>
<i>Sous total</i>	<i>9 095 000 €</i>	<i>3 386 900 €</i>
<i>Total</i>	<i>12 481 900 €</i>	

Source : Établissement.

2.2.2.2 Les modalités de suivi

Des fiches d'action détaillées ainsi qu'un plan d'action ont été élaborées. Pour chacune des actions, un ou plusieurs responsables-pilotes ont été désignés, avec souvent au moins un binôme médecin-directeur, un calendrier prévisionnel et des indicateurs opérationnels affichés.

Le suivi des actions CREF a été assuré par un comité de pilotage CREF interne à l'établissement qui a réuni toutes les six semaines l'ensemble des pilotes, sous la présidence conjointe de la directrice générale et du président de la CME. L'ARS et le CHU ont convenu d'un suivi trimestriel des réalisations du plan d'actions et de deux réunions annuelles dédiées (en février pour le bilan de l'exercice et en septembre pour un point d'étape mi exercice).

Sur les thèmes prioritaires identifiés ont notamment été mises en œuvre les actions suivantes :

- l'ouverture de l'Unité Médicale Ambulatoire (UMA) et de l'Unité Médicale Ambulatoire de Cancérologie (UMAC) rassemblant dans une même unité la plupart des prises en charge de chimiothérapie ;
- le développement de la chirurgie ambulatoire, et la mise en place d'un centre de chirurgie ambulatoire intégrant un bloc opératoire dédié, avec un taux 2017 de 43,2 % de chirurgie ambulatoire ;
- la mise en place de la cellule "gestion des lits" pour l'organisation des flux sur l'ensemble des lits MCO, hors gynécologie, pédiatrie et addictologie et les lits du Centre de Réadaptation et de Rééducation ;
- la gestion informatisée du temps de travail du personnel médical (2018) ;
- l'installation de guichets uniques à chaque étage de l'établissement permettant d'effectuer en un seul lieu l'ensemble des formalités de nature administrative et médicale d'entrée et de sortie tant dans le cadre des hospitalisations que des consultations externes ;
- la mise en place de FIDES⁵ pour une facturation individualisée « au fil de l'eau » pour les actes et consultations externes ;
- la réduction de 54,2 équivalents temps plein en lien avec le CREF entre 2014 et 2017.

Le bilan financier du CREF 2014-2017, élaboré par l'établissement, fait état de résultats très positifs dépassant les estimations projetées notamment en matière de recettes sur la période, recettes estimées à 8,1 M€ à la fin du contrat contre les 3,9 M€ attendus.

⁵ Facturation Individuelle des Etablissements de Santé.

Tableau n° 3 : Bilan par année (en €)

<i>Année</i>	<i>Bilan Recettes</i>	<i>Bilan Economies</i>	<i>Bilan coûts nouveaux</i>
2014	3 019 561	2 804 295	-
2015	2 932 715	2 093 617	1 008 432
2016	2 599 843	3 055 461	643 461
2017	1 107 000	522 097	-
Total	9 659 119	8 475 470	1 651 518

Source : Établissement.

À noter cependant que les coûts nouveaux issus de la mise en place de nouvelles organisations, prévus dans le CREF à hauteur de 500 000 €, s'établissent à 1,6 M€ et modèrent le résultat final constaté, celui-ci restant cependant nettement supérieur aux estimations initiales de 4 M€.

Tableau n° 4 : Bilan final CREF (en €)

	<i>Économies</i>	<i>Recettes</i>	<i>Total</i>	<i>Coûts nouveaux</i>
<i>Bilan projeté</i>	9 095 000	3 886 900	12 981 900	500 000
<i>Bilan réalisé</i>	8 475 470	9 659 119	18 134 589	1 651 518
<i>Delta</i>	-619 530	+5 772 219	+ 5 152 689	+ 1 151 518

Source : Établissement.

2.2.3 Les Projets d'Établissements

Deux projets d'établissements consécutifs couvrent la période contrôlée : le premier pour la période 2013-2017, le second rédigé en 2018 pour la période 2018-2022.

Les deux projets s'inscrivent dans les priorités du Schéma régional de l'Organisation des Soins et du Programme Régional de Santé, en convergence avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. Dans son projet d'établissement 2013-2017, le CHU inscrit sa volonté de s'engager dans la performance des organisations et l'efficacité de la gestion, de développer les alternatives à l'hospitalisation, d'assurer le déploiement de la télémédecine, de travailler à la rationalisation des organisations soignantes, de développer ses partenariats au service de la population et de ses territoires en étant structure de recours sur son territoire aux fins de réduction des inégalités territoriales, de travailler à la performance des organisations et au développement de la prise en charge ambulatoire.

Le projet d'établissement 2013-2017 avait également pour axes prioritaires de concrétiser la cité hospitalière Bocage Central en finalisant le regroupement de l'ensemble des services de l'Hôpital Général sur le site du Bocage.

Le projet d'établissement 2013-2017 a fait l'objet d'un bilan préalable à la rédaction du projet d'établissement 2018-2022 lequel, tout en reprenant les axes prioritaires du projet précédent, met également en exergue le rôle du CHRU en matière de référent régional sur le territoire de santé, le nécessaire développement de la collaboration avec les autres acteurs de soins du territoire et celui de la télémedecine pour l'amélioration de la prise en charge des patients dans le cadre d'un environnement médical contraint par les difficultés de recrutement structurelles.

2.3 Une activité en hausse et un positionnement reconnu

2.3.1 L'offre capacitaire

Le CHU Dijon Bourgogne compte en 2019 un total de 1 758 lits et places dont 1 236 sont classés en activité de court séjour Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)⁶. Autrefois implanté sur trois sites géographiques, le CHU a finalisé, en 2015, les travaux du principal complexe de l'hôpital François-Mitterrand et son activité est désormais répartie sur deux sites géographiques :

- l'Hôpital François Mitterrand qui réunit un ensemble de bâtiments dont le nouvel hôpital « Bocage Central » ouvert en 2013 ;
- un Établissement Hébergeant des Personnes Âgées (EHPAD) de 253 places ainsi qu'un service de médecine gériatrique et de soins de suite de 168 places, installé sur le site de Champmaillot.

Le nombre global de lits et places est quasi stable sur la période (- 6 lits et places au total) ; cette évolution est due à la baisse du nombre des lits dans les EPHAD de l'établissement, les lits et places installées en MCO ayant connu pour ce qui concerne la médecine une évolution de 3,4 % passant de 825 lits et places en 2014 à 853 en 2019, et pour la chirurgie de 3,8 % passant de 263 lits et places en 2014 à 273 en 2019. Le nombre de lits et places en gynécologie-obstétrique est quant à lui resté identique sur la période (110 lits et places en 2019 comme en 2014). Pour les secteurs de médecine et de chirurgie, c'est surtout le nombre de places qui évolue de manière sensible sur la période (+ 23 places en médecine, soit + 15,6 %), + 18 places en chirurgie (+ 58 %) (Cf. annexe 2 - tableau 72).

Cette évolution de places sur la période est conforme à la politique de l'établissement de développer l'ambulatoire. Ainsi, ont été mises en place une unité médicale ambulatoire de cancérologie (UMAC) de 55 places et une unité de chirurgie ambulatoire de 43 lits.

Une commission a été créée en décembre 2019 afin de coordonner les projets prioritaires du CHU, dont certains projets médicaux.

⁶ Par comparaison avec les disciplines de moyens et longs séjours.

Le plan performance du CHU définit, au travers de son chantier n° 1 « Capacitaire », les axes de travail concernant les secteurs où une meilleure adéquation des moyens et des recettes est à envisager.

2.3.2 Une évolution favorable de l'activité

L'établissement enregistre une augmentation de 6 % de ses séjours en hospitalisation complète sur la période, le nombre de journées d'hospitalisation complète diminuant très légèrement (- 0,3 %).

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 5,9 jours sur le court séjour (MCO), soit une durée moyenne conforme à la moyenne nationale de 2018 (5,9 jours) enregistrant ainsi une diminution de 0,4 jour par rapport à 2014 (6,3 jours), soit une baisse de 6,3 % de la DMS (Cf. annexe 2 - tableaux 72 et 73).

En 2018, le taux d'occupation est performant en médecine et en chirurgie (respectivement de 97 % et 94 %), identique sur l'ensemble de la période concernant la médecine, enregistrant une évolution de 6,8 % en chirurgie entre 2014 et 2018. En gynécologie-obstétrique, le taux d'occupation a baissé au cours de la période passant de 88 % en 2014 à 80 % en 2018.

L'activité s'est également développée sur la période concernant le nombre des venues externes (anesthésie : + 8 % ; explorations fonctionnelles : + 9 % ; biologie : + 22 % ; imagerie : + 27 %) répondant ainsi à une priorité du CREF 2014-2017.

Au titre de l'hospitalisation de jour et de la chirurgie ambulatoire, 59 938 journées ont été enregistrées en 2018 contre 42 185 en 2014, soit une progression de 42,1 %.

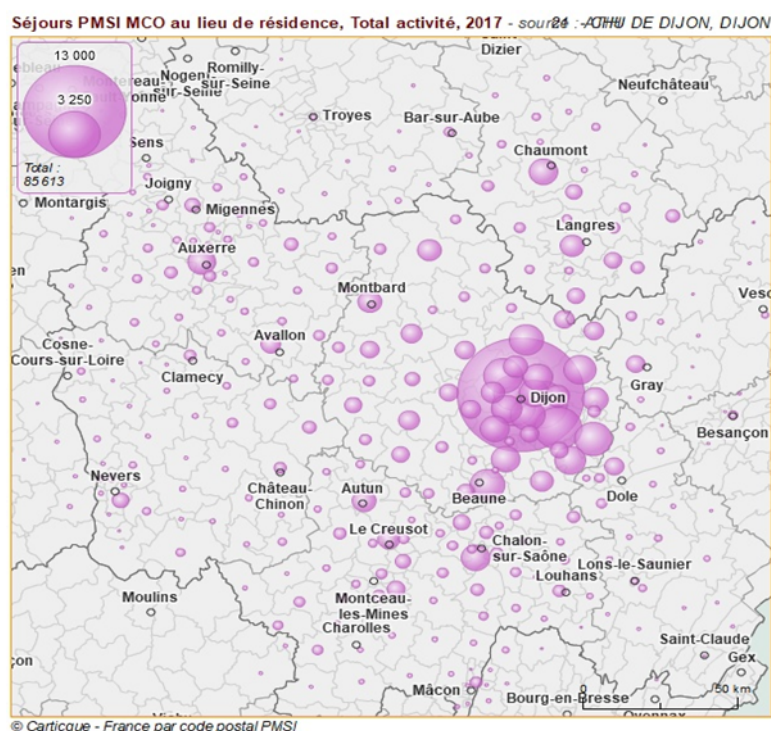
L'évolution de l'activité est très significative en ambulatoire avec un peu plus de 30 % du nombre des entrées, le nombre d'actes chirurgicaux en secteur ambulatoire ainsi que celui des actes autres en ambulatoire connaissant également des hausses respectives majeures (+ 33 % pour les actes chirurgicaux et + 66 % pour les actes autres).

Afin de recenser au mieux son activité, le CHU a fait le choix de constituer, par redéploiement interne, au sein du Département d'information médicale (DIM), une équipe centralisée constituée de techniciens d'études cliniques (TEC), afin de réussir à coder le plus grand nombre d'actes médicaux réalisés au sein des services. En 2019, le DIM a permis la codification de 66,6 % des résumés d'unité médicale (RUM)⁷. Ce système de codification centralisé mis en place au CHU a permis de contribuer à hauteur de 4,7 % des recettes T2A de l'exercice.

⁷ Un résumé d'unité médicale (RUM) est produit à la fin de chaque séjour de malade dans une unité médicale assurant des soins de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

2.3.3 Une attractivité reconnue de l'établissement

Le CHU est un établissement de recours dont l'attractivité ne cesse de croître au sein de l'ancienne région Bourgogne : 91 % de ses patients proviennent de la région, majoritairement de la Côte-d'Or et des départements limitrophes (87 %), dont 67 % de la Côte-d'Or, et à près de 40 % du Grand Dijon⁸.



Source : Hospidiag.

La chambre constate une évolution marquée des parts de marché de l'établissement, en permanente évolution sur la période, que ce soit sur la zone d'attractivité de l'établissement ou sur la région Bourgogne-Franche-Comté. En MCO, l'évolution est manifeste :

- En médecine, le CHU Dijon Bourgogne se positionne de très loin (35,9 % en 2018) devant le deuxième établissement sur la zone (Hospices civils de Beaune avec un taux de 5,5 %). Ce constat est permanent sur la période ; il s'accroît depuis 2016 en accroissant son écart les années suivantes. Sur la région, le CHU de Dijon reste positionné au 1^{er} rang en parts de marché, devançant cette fois de très peu le CHU de Besançon (10,6 % en 2018), le troisième établissement étant l'Hôpital Nord Franche-Comté (6,8 % en 2018).
- En chirurgie, l'attractivité de l'établissement sur la zone est encore plus manifeste (25,2 % en 2018), loin devant l'Hôpital privé Dijon Bourgogne, second établissement en termes d'attractivité (12,3 %). L'attractivité du CHU sur sa zone d'intervention et sur l'ensemble de la période contrôlée n'a cessé d'augmenter au fil des années ; il était de 22,6 % en 2014. Sur la région, bien que n'ayant cessés de croître sur la période, ses parts

⁸ Cf. annexe 4 - tableau 73.

de marché (8,3 % en 2014 ; 9,3 % en 2018) situent le CHU en troisième position derrière l'Hôpital Nord Franche-Comté (12,3% en 2018) et le CHU de Besançon (10 % en 2018).

- En obstétrique, le CHU reste de très loin l'établissement le plus attractif pour la population sur sa zone d'attractivité, ses parts de marché n'ayant cessé de croître sur la période contrôlée. Sur l'ensemble de la région, le CHU Dijon Bourgogne devance de très peu l'hôpital Nord Franche-Comté (12,3 % en 2018) et le CHU de Besançon (10 %).

En chirurgie ambulatoire, l'établissement enregistre une évolution importante et permanente de l'activité ; avec un taux de 17,2 % en 2018, il se positionne après l'Hôpital privé Dijon Bourgogne sur la zone d'attractivité (23,3 %) et après le CHU de Besançon sur la région Bourgogne-Franche-Comté (25,3 %).

En cancérologie, l'établissement conserve des parts de marché prédominantes en hospitalisation complète (30,7 %), ainsi que pour les séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité (31,1 %).

En 2018, le CHU Dijon Bourgogne assure 40 % de l'activité totale sur sa zone d'attractivité. Cette attractivité se confirme en 2019 avec une évolution de 3 points supplémentaires (43 %) sur ses parts de marchés.

Sur la région, le CHU a également augmenté ses parts de marché en hospitalisation complète ainsi qu'en chirurgie ambulatoire. Cette évolution de l'attractivité et des parts de marché de l'établissement est liée à la technicité croissante de la médecine à laquelle doivent désormais pouvoir répondre les établissements de santé.

Tableau n° 5 : Attractivité CHU en 2019

	<i>Nombre de séjours des habitants de la zone</i>	<i>Parts de marché</i>
<i>CHU de Dijon</i>	<i>41 210</i>	<i>43 %</i>
<i>Hôpital privé de Bourgogne</i>	<i>17 584</i>	<i>18,4 %</i>
<i>Hospices civils de Beaune</i>	<i>7 009</i>	<i>7,3 %</i>
<i>Polyclinique du Parc Drevon</i>	<i>6 110</i>	<i>6,4 %</i>
<i>Clinique médico-chirurgicale</i>	<i>6 281</i>	<i>6,6 %</i>
<i>CH Semur en Auxois</i>	<i>4 575</i>	<i>4,8 %</i>

Source : Hospidiag.

2.3.4 Des indices de performance également favorables

Plusieurs indices de performance permettent d'évaluer le CHU au regard des établissements de même catégorie (CHR/CHU) et de même typologie (de taille et d'activité comparable) :

- le taux d'occupation en MCO ;
- la durée moyenne des séjours (indicateur indice de performance de la durée moyenne des séjours) ;
- le taux de chirurgie ambulatoire ;
- la fréquentation des urgences ;
- la sévérité des cas traités évalués par l'indicateur du poids moyen des cas traités.

Hospidiag retrace le positionnement des établissements situés dans le 2^{ème} décile des établissements de la région, de la catégorie⁹ et de la typologie¹⁰, et du 8^{ème} décile desdits établissements. Les données observées lors du contrôle sont les données relatives aux établissements de même catégorie et de même typologie.

2.3.4.1 Le taux d'occupation (TO) en MCO

Le taux d'occupation est passé sur la période de 93,8 % en 2014 à 94,5 % en 2018. L'évolution est surtout marquante sur la chirurgie avec une progression de 6 % entre 2014 et 2018, l'activité de gynécologie-obstétrique enregistrant quant à elle une baisse du taux d'occupation des lits de 4 % sur la période.

À côté de ce TO classique, l'indicateur Hospidiag renseigne sur l'occupation, en MCO, des lits exploitables¹¹ dans la spécialité. L'indicateur diffère du taux d'occupation « classique » dans la mesure où il fait le rapport entre les journées-lits exploitables¹² de la spécialité et les journées des séjours réalisés au titre de l'activité du service. Il met donc en évidence l'adéquation de l'utilisation des lits aux types de pathologies traitées.

⁹ CHR/CHU.

¹⁰ Mêmes caractéristiques en termes d'activité et de « lourdeur médicale » des cas traités.

¹¹ Sont prises en compte les journées réalisées en Hospitalisation Complète (HC) et en Hospitalisation de Semaine (HdS).

¹² En hospitalisation complète, un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits » exploitables sur l'année (ou 366 les années bissextiles). Les exceptions permettant de ne pas compter les journées sont très strictement définies : travaux ou désinfection. Les fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ne sont pas déduites. En hospitalisation de semaine, les journées-lits exploitables sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités. Les journées de week-end et les jours fériés sont déduits.

Tableau n° 6 : Taux d'utilisation/occupation – indicateur Hospidiag

	Établissement					Catégorie		Typologie	
	2014	2015	2016	2017	2018	2 ^{ème} dec	8 ^{ème} dec	2 ^{ème} dec	8 ^{ème} dec
Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine (hors ambulatoire)	76.0	71.7	73.8	74.2	72.1	70.2	83.5	72.4	83.8
Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)	126.9	127.5	125.0	123.7	125.7	90	112.9	55.2	107.1
Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique (hors ambulatoire)	62.2	61.1	60.8	63.3	57.6	60.2	77.5	58.8	80

Source : Hospidiag.

Concernant la médecine, le taux a diminué entre 2014 et 2018 (- 3,9 points) positionnant l'établissement à un niveau proche (pour les établissements de même catégorie) ou inférieur au deuxième décile de la spécialité.

À l'inverse le taux d'occupation place l'activité de chirurgie de l'établissement hors ambulatoire très nettement au-delà du 8^{ème} décile des établissements de même catégorie et de même typologie avec un taux d'occupation de 125,7 % en 2018 (taux pratiquement identique sur la période). Ce taux largement supérieur à 100 % peut indiquer que des patients accueillis pour une pathologie de chirurgie doivent en fait être hospitalisés dans des lits appartenant à d'autres services (par exemple en médecine).

En Gynécologie-Obstétrique, le taux d'occupation fait apparaître une baisse régulière sur la période du TO de l'activité, la plaçant en deçà du deuxième décile des établissements de même catégorie et de même typologie, quand bien même l'établissement reste sur cette spécialité le plus attractif sur sa zone d'attractivité et sur la région.

2.3.4.2 La durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) globale du CHU a peu évolué sur la période contrôlée. Une baisse de 0,6 point est enregistrée entre 2014 (6,3) et 2018 (5,7), avec des durées moyennes de séjour par type d'activité qui sont demeurées sensiblement identiques sur la période.

L'indicateur IP-DMS ¹³ d'Hospidiag en proposant la comparaison de la DMS de l'établissement à celle standardisée de son case mix¹⁴ auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM en MCO hors ambulatoire fait apparaître des situations contrastées selon le type d'activité :

- L'IP-DMS de médecine s'est réduit sur période. Satisfaisant en 2014 (0,965), il s'est encore amélioré sur la période (0,920 en 2018). En se situant parmi les établissements les plus performants de même catégorie (CHU/CHR) à 0,949 et de même typologie (même type d'activité) à 0,921, l'IP-DMS de médecine de l'établissement reste satisfaisant sur la période.
- Il en va de même pour la chirurgie dont l'IP-DMS de l'établissement est à 0,940 en 2018. Malgré une légère régression sur la période (0,929 en 2014), l'IP-DMS de l'établissement apparaît satisfaisant sur la période.

Concernant l'activité de gynécologie-obstétrique, le critère Hospidiag affiche un IP-DMS de 1,091, alors que la DMS a diminué, soit à plus de 9 % de la moyenne nationale, se trouvant ainsi proche des établissements de même catégorie les moins performants (1,105) et moins bien que les établissements de même typologie (1,062). Malgré une légère amélioration en 2016, l'indicateur ne cesse de s'aggraver sur la période. La chambre s'interroge sur le nombre de lits en gynécologie-obstétrique au vu d'un IP-DMS très supérieur à la moyenne cumulée à un taux d'occupation qui diminue. Dans le cadre de la contradiction, le CHU a souligné que la pertinence du nombre optimal de lits en gynécologie-obstétrique doit s'apprécier au regard du contexte de démographie médicale en tension sur cette discipline en Bourgogne-Franche-Comté (conversion de plusieurs maternités en centre périnataux de proximité) et d'érosion constante du nombre annuel de naissance assuré par l'opérateur privé autorisé en gynécologie-obstétrique sur l'agglomération dijonnaise. Le CHU a également indiqué que les prises en charge de pathologies lourdes (chirurgies carcinologiques gynécologiques), nécessitent des capacités d'hospitalisation complètes. Il indique qu'est envisagée à terme la substitution de 2 lits d'hospitalisation complète de chirurgie gynécologique en places d'hospitalisation de jour ainsi que de vacations opératoires supplémentaires sur le plateau technique Mère-Enfant (PTME).

2.3.4.3 Le taux de chirurgie ambulatoire

Le taux de chirurgie ambulatoire a évolué favorablement et de manière régulière affichant une augmentation de 8 % sur la période contrôlée, laquelle a été favorisée par l'ouverture de l'Unité Médicale Ambulatoire de Cancérologie (UMAC) en 2015, et la mise en place d'un centre de chirurgie ambulatoire intégrant un bloc opératoire dédié.

L'ouverture de l'UMAC, rassemblant dans une même unité la plupart des prises en charge de chimiothérapie, permet à l'établissement d'accroître également la prise en charge ambulatoire en cancérologie.

¹³ L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) permet de comparer la durée moyenne de séjour (DMS) de l'établissement à celle standardisée de son case mix, auquel sont appliquées les DMS de référence de chaque groupe homogène de malades (GHM). L'IP-DMS doit être le plus proche possible de 1 ou en deçà de 1.

¹⁴ Éventail des cas pris en charge par un établissement de santé. On désigne ainsi la typologie des hospitalisations résultant du classement : en groupes homogènes de malades des prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; en groupes homogènes de journées des prises en charge en soins de suite ou de réadaptation en groupes homogènes de prise en charge des prises en charge en hospitalisation à domicile.

Tableau n° 7 : Taux de chirurgie ambulatoire

	Établissement			Catégorie			Typologie		
	2014	2015	2016	2017	2018	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Taux de chirurgie ambulatoire	33.65	35.53	37.55	39.57	41.38	19.58	38.14	34.13	67.13

Source : Hospidiag.

Cette évolution permet à l'établissement d'intégrer depuis 2017 les établissements de même catégorie les plus performants sur le segment.

2.3.4.4 Le nombre des venues en provenance des urgences

Cet indicateur mesure la contribution des urgences à l'activité traditionnelle de l'établissement et permet d'appréhender les impacts organisationnels des urgences sur les activités programmées de l'établissement. De plus, cet indicateur peut mettre en évidence un déficit d'attractivité de l'établissement s'il recrute essentiellement sur du non-programmé. Enfin il peut mettre en évidence un manque de coordination avec la médecine de ville.

Concernant le CHU, et bien qu'ayant enregistré une augmentation de 30 % de ses passages aux urgences entre 2014 et 2018, le nombre des venues externes aux urgences étant passé de 54 012 entrées à 70 335¹⁵, le pourcentage des entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences a diminué sur la période confortant l'attractivité intrinsèque de l'établissement qui programme la venue de ses patients pour 70 % de son activité. Il se positionne ainsi à proximité des établissements de même typologie performants en la matière.

Tableau n° 8 : % d'entrée en HC en provenance des urgences

	Établissement			Catégorie			Typologie		
	2014	2015	2016	2017	2018	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Pourcentage d'entrées en HC en provenance des urgences	41.5	41.4	39.8	38.4	36.3	26.5	47.6	35.1	56.1

Source : Hospidiag.

¹⁵ Source : Établissement.

2.3.4.5 Le taux de sévérité

L'indicateur cherche à mettre en évidence la lourdeur de prise en charge des patients par l'établissement (comorbidités, complications). Le niveau de sévérité est déterminé à partir des comorbidités associées (ex : diabète, anorexie...), des durées minimums de séjours et de l'âge. Pour chaque groupe homogène de malades (GHM)¹⁶, 4 niveaux de sévérité existent, le niveau 1 étant le niveau de base sans sévérité. Sur Hospidiag, seuls les séjours de niveau de sévérité 3 et 4 ont été pris en compte.

Tableau n° 9 : Taux de sévérité 3 et 4 sur la période

	Établissement			Catégorie (2018)			Typologie (2018)		
	2014	2015	2016	2017	2018	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4	11,82	12,07	11,81	11,82	12,12	10,04	15,21	9,67	13,96

Source : Hospidiag.

Sur cet indicateur, l'établissement progresse légèrement sur la période (+ 0,3 %), le positionnant au-delà du 2^{ème} décile des établissements de même catégorie et de même typologie.

2.3.5 Participation à la structuration de l'offre de soins sur le territoire de santé

La situation de la démographie médicale en Bourgogne a amené le CHU à développer une offre de soins territoriale en lien avec les établissements périphériques. Le CHU a ainsi formalisé et mis en œuvre une politique de coopérations médicales, fondée sur des postes médicaux partagés, des consultations avancées, l'organisation de la gradation des soins au sein de fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) comme la FMIH de pneumologie mise en place entre le CHU et le CH d'Auxerre, ou la FMIH de neuro-cardio-pneumo créée entre le CHU et le CH de Semur-en-Auxois.

Pour favoriser l'instauration de ces relations entre établissements, un poste de chargé de mission "coopérations médicales" a d'ailleurs été créé au CHU en 2017.

2.3.5.1 Les coopérations établies

Pour favoriser ces coopérations, l'établissement s'appuie sur son Projet Médical et sur une mobilisation importante des praticiens. Ainsi, en 2019, près de 180 médecins du CHU sont impliqués dans des coopérations au bénéfice des établissements partenaires, soit dans le cadre de mises à dispositions, soit dans le cadre d'une activité d'intérêt général.

¹⁶ Classement en GHM (groupes homogènes de malades) des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée selon des classifications préétablies de pathologies.

La politique de recrutement du CHU tend elle aussi au développement des coopérations avec les établissements en difficulté. En effet, depuis 2017, le personnel médical recruté au CHU doit s'engager, dans le cadre de conventions, à effectuer une partie de son temps médical (20 %) auprès d'établissements en difficulté (Auxerre et Nevers en particulier).

Les coopérations mises en place se traduisent notamment par :

- des consultations avancées réalisées dans d'autres établissements et qui sont parallèlement accueillies par le CHU. Des analyses de besoins conjointes entre l'ARS et les établissements de santé de la région, dont le CHU Dijon Bourgogne, sont en outre réalisées en amont des campagnes de recrutement des assistants partagés.
- le développement de la télé médecine : le CHU Dijon Bourgogne a développé son activité de téléconsultation (TCS) au sein de plusieurs spécialités et en faveur de nombreux sites requérants (établissement de santé, EHPAD) avec des développements d'activité attendus, notamment en addictologie, dermatologie ou infectiologie, conformément aux dispositions du projet d'établissement 2018-2022.

Le CHU est également partie prenante de nombreux partenariats participant à une structuration du territoire de santé, parfois élargie à l'ensemble de la région Grand Est (cf. annexe 4).

Des conventions d'association ont également été signées par le CHU avec plusieurs GHT (cf. annexe 4) dont les objectifs sont de contribuer à l'attractivité des établissements publics de santé de la région, d'organiser des filières de prise en charge et les parcours patients, de coordonner la gestion de la démographie médicale, de promouvoir la formation des étudiants et des internes, de soutenir la recherche clinique.

La direction générale du CHU, interrogée sur ses perspectives d'évolution en matière de partenariat et de coopérations, souhaite continuer à travailler sur le rapprochement du CHU avec les hôpitaux de proximité du territoire afin de conserver l'offre de proximité existante tout en assurant la filière recours pour le CHU. Le CHU précise vouloir enfin apporter une vigilance toute particulière au recrutement médical, lequel concilié à la réforme du 3^{ème} cycle pour les internes et à la spécialisation toujours plus prégnante des formations, nécessite de plus en plus tôt une réflexion hospitalo-universitaire.

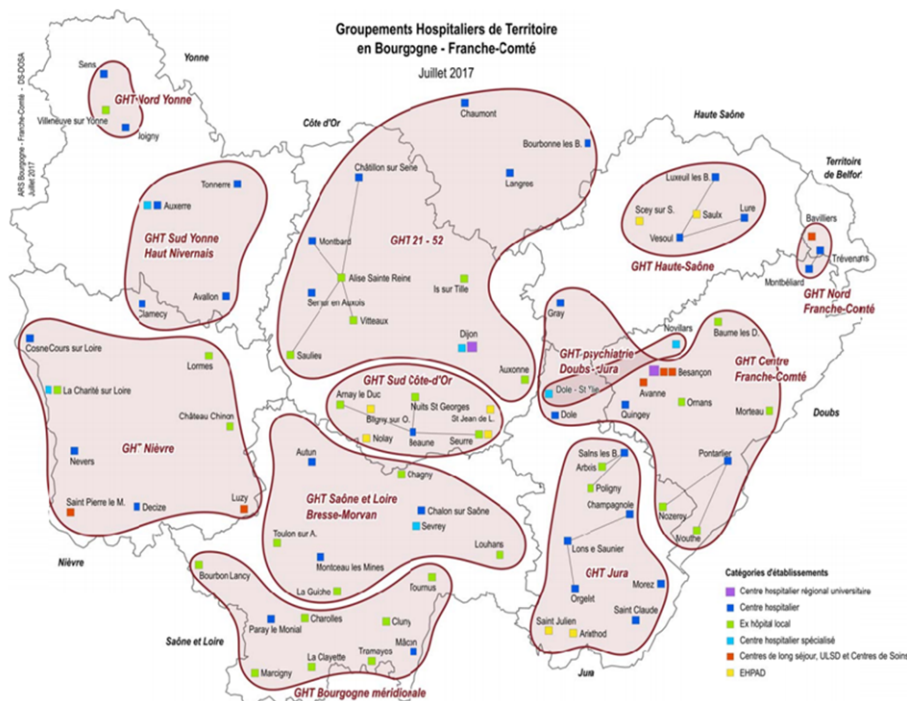
2.3.5.2 Le Groupement Hospitalier de Territoire

Suite à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le CHU est l'établissement support du GHT 21-52. Le groupement rassemble 9 établissements : le centre hospitalier universitaire Dijon Bourgogne, le centre hospitalier la Chartreuse, le centre hospitalier de Semur-en-Auxois, le centre hospitalier de la Haute Côte-d'Or regroupant les hôpitaux de Chatillon, de Montbard, de Vitteaux et de Saulieu, le centre hospitalier d'Auxonne et le centre hospitalier d'Is-sur-tille. Compte tenu des facilités de circulation pour se rendre à Dijon et des flux naturels de la population, les centres hospitaliers de Chaumont, Langres et Bourbonne-les-Bains ont souhaité avec l'accord de l'ARS rejoindre le groupement.

Le GHT a été créé par la convention constitutive du 1^{er} juillet 2016 après avis des conseils de surveillance des différents établissements et avis des différentes instances desdits établissements. Les instances se sont à nouveau prononcées en juillet 2017 sur le projet médical partagé, le projet de soins et le projet de gestion partagé et ont donné naissance à la convention constitutive du 1^{er} juillet 2017.

Le GHT 21-52 en chiffres est l'un des 12 GHT constitué en Bourgogne-Franche-Comté, le seul qui inclut des établissements hors région. Il couvre un bassin de population d'environ 530 000 habitants et concentre une capacité d'accueil de plus de 4 800 lits et places, dont 1 825 en médecine-chirurgie-obstétrique, 480 en psychiatrie adultes et enfants, 703 en soins de suite et de réadaptation et en unités de soins de longue durée, 1 835 en secteur médico-social, pour 10 076 équivalents temps plein (dont 9 111 ETP de personnels non médicaux et 965 ETP de personnels médicaux hors internes).

Conformément au décret n° 2016-41 du 26 avril 2016, les instances de gouvernance (comité stratégique, comité territorial des élus, collège médical, commission des usagers, conférence territoriale de dialogue social, Département d'information médicale) ont été mises en place. Elles permettent aux élus, au personnel, aux usagers de connaître et d'échanger sur les projets du GHT.



Dans le cadre du GHT 21-52 signé par convention constitutive le 1^{er} juillet 2016 entre les 9 établissements qui le composent et le CH de Beaune « associé » au GHT, différents projets ont été engagés. Le CH de Beaune a bénéficié fin 2016 d'une autorisation pour la création d'un GHT (GHT Sud Bourgogne) distinct du GHT 21-52. La chambre observe qu'à ce jour, il n'existe pas de convention d'association entre le CHU et le CH de Beaune malgré leur proximité géographique.

Le projet médical partagé élaboré entre les établissements organise l'offre de soins du territoire à partir de 10 parcours santé ou secteurs d'activité spécifiques¹⁷.

¹⁷ Le patient victime d'un Accident Vasculaire Cérébral ; le patient souffrant d'une insuffisance cardiaque ; la personne âgée, fragile et gériatrique, la Femme, la Mère et l'Enfant ; le patient souffrant d'un cancer de la prostate ; le patient souffrant d'un

Le projet de soins prévoit de favoriser la continuité des soins dans le cadre des transferts de patients entre établissements (meilleure transmission des informations concernant le patient, création de fonctions de coordination des prises en charge, etc.), des actions de formations, du renforcement des compétences des professionnels soignants comme par exemple la diffusion des bonnes pratiques récentes, etc.

En lien avec le projet médical partagé et le projet de soins du GHT, un projet pharmaceutique de territoire doit être mis en place et tendre à une convergence des méthodologies utilisées par les pharmaciens (assurance qualité, supports, indicateurs communs).

Les radiologues et les biologistes s'engagent dans des démarches de mutualisation, notamment autour de la permanence des soins ou de l'accès à des plateaux techniques spécialisés. Les professionnels en charge de la qualité et de la gestion des risques développent des outils de gestion documentaire et préparent ensemble la future certification du GHT (prévue après 2020)¹⁸. Les directions des ressources humaines ont mis en commun un plan de formation (2018) regroupant l'ensemble des formations prévues sur chacun des sites du GHT mais également organisées de manière commune pour l'ensemble des personnels du groupement.

Les directions des achats ont travaillé à la mutualisation de la fonction « Achats » au 1^{er} janvier 2018. Le CHU de Dijon, en tant qu'établissement support du GHT est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics. Les établissements partis au GHT assurent l'exécution de ces marchés conformément aux dispositions de la même ordonnance. Un comité stratégique « Achats » comprenant les chefs d'établissement du GHT se réunit depuis juin 2019 afin de déterminer les marchés à forts enjeux stratégiques ou financiers, la stratégie à adopter sur ces marchés, échanger sur les orientations « opérationnelles » souhaitables de la fonction « Achats ».

2.4 Le CHU certifié par la Haute Autorité de Santé

La certification V 2014 de la Haute Autorité de Santé (HAS) a été réalisée sur l'établissement en octobre 2017. Elle a eu pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients. Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La Haute Autorité de santé a certifié l'établissement en niveau B avec deux recommandations d'amélioration : sur le parcours du patient d'une part et sur le management de la prise en charge médicamenteuse du patient d'autre part, recommandations pour lesquelles

cancer digestif ; l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale ; la médecine intensive au sein du GHT (les services de réanimation, les services de soins intensifs ou de soins continus) ; l'offre de soins en structures de Soins de Suite et de Réadaptation ; l'organisation des urgences au sein du GHT.

¹⁸ Méthodologie "du patient traceur" pour évaluer l'efficacité de la prise en charge d'un patient dans le cadre d'un parcours de soins inter-établissement.

le CHU prévoit dans son Projet d'Établissement pour 2018-2022, une amélioration de la fluidité du parcours de soins et un développement de la pharmacovigilance.

Sur le CHU, plusieurs secteurs de l'établissement sont également accrédités (Accréditation COFRAC¹⁹ du laboratoire de Biologie médicale depuis novembre 2013), certifiés ISO 9001 (désinfection des endoscopes, Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation, Centre de ressources biologiques, blanchisserie...) ou labellisés (Labellisation du Centre de maladies rares de l'inter région Est, Coordination hospitalière de prélèvement – Agence de Biomédecine, Lactarium-ANSM - mai 2010).

2.5 Le développement de la recherche

En matière de recherche, le CHU s'appuie sur la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) pour consolider et développer le soutien financier à la recherche et à l'innovation. Prévue par la circulaire DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011, la DRCI a pour mission la promotion (organisation, administration, gestion, contrôle, appui technico-réglementaire des essais cliniques) et l'aide méthodologique, la gestion des données et la bio statistique (aide rédactionnelle, conception des essais cliniques, management des bases de données).

Plus d'une centaine de conventions recherche sont établies par le CHU avec des structures de santé en 2019, soit presque plus du double qu'en 2014.

Dans les établissements de santé ayant une activité recherche, le financement est apporté par les MERRI (Missions d'Enseignements, de Recherche, de Référence et d'Innovation). Depuis 2016, elles regroupent pour la recherche une dotation socle (indicateurs SIGAPS et SIGREC) et une part variable (financement des projets de recherche notamment).

Les éléments recueillis dans le cadre des indicateurs SIGAPS et SIGREC permettent de démontrer l'évolution de l'activité recherche au sein de l'établissement. Ce dynamisme s'est traduit au CHU par une évolution significative des recettes au titres de ces indicateurs (respectivement + 8,6 % au titre des publications et + 15,3 % au titre des essais réalisés).

Tableau n° 10 : Recettes au titre des indicateurs SIGAPS/SIGREC (en €)

	2014	2015	2016	2017	2018	Var %
SIGAPS	7 834 667	8 061 767	7 662 989	8 606 922	8 511 311	8,60%
SIGREC	3 580 658	3 984 207	5 012 821	4 306 960	4 143 469	15,30%

Source : Comptes de résultat Analytique (CREA)

¹⁹ Le Comité français d'accréditation (COFRAC) a été créé en 1994 à l'initiative des pouvoirs publics : association à but non lucratif devant s'assurer de la compétence et de l'impartialité des organismes d'évaluation de la conformité (OEC), généralement désignés comme organismes de "contrôle". En 2008, en application d'un règlement européen, l'État a désigné le COFRAC comme instance unique d'accréditation en France.

Pour les années à venir, la stratégie de la DRCI, en lien avec la faculté, est déclinée dans le projet d'établissement 2018-2022 notamment soutenir et dynamiser la recherche paramédicale, consolider et développer le soutien financier à la recherche et à l'innovation, maintenir la politique d'intéressement recherche et rechercher de nouveaux types de financements.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'établissement enregistre une progression constante de son activité au cours de la période contrôlée, notamment dans le domaine ambulatoire. Les évolutions d'activité du CHU et ses indices de performances témoignent du positionnement reconnu de l'établissement qui se renforce de manière régulière, tant sur la région que sur sa zone d'attractivité.

3 LA FIABILITE DES COMPTES

Le décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 a défini les établissements publics de santé soumis à la certification de leurs comptes par des commissaires aux comptes (fixation à 100 M€ de produits sur les trois dernières années du seuil à partir duquel les établissements sont soumis à cette obligation).

Le CHU de Dijon fait partie des établissements qui ont procédé à la certification de leurs comptes à compter de l'exercice 2015.

À la suite des travaux de certification, des rectifications d'écritures ont été effectuées, pour des montants parfois significatifs, principalement la première année de certification.

En raison du COVID, l'approbation des comptes 2019 et leur certification ont été repoussées et devraient intervenir au cours du deuxième semestre 2020. Les données 2019 qui sont utilisées dans le présent rapport ont été reprises des comptes arrêtés au 31 décembre 2018 ; il sera parfois fait état de données portant sur l'exercice 2019 mais celles-ci n'ont cependant qu'un caractère nécessairement provisoire à la date de rédaction du présent rapport.

3.1.1 Récapitulation des rectifications opérées sur la période sous contrôle

**Tableau n° 11 : Certification des comptes : rectifications effectuées sur l'année 2015 (1^{ère} année)
au 1^{er} janvier de l'exercice**

Comptes	Objet des rectifications	Montant
C/151	Provision pour risques autres - provision pour désamiantage	1 427 000
c/152	Provision pour risques et charges sur emprunts	-2 582 823
c/153	Correction CET personnel non médical	1 057 462
c/26	Participation au GCS France Finances	9 000
c/28	Amortissements Bocage Central et durées d'amortissement	-12 861 646
c/32	Stocks déportés	1 946 204
c/23	Intégration c/23 reclassement immobilisations en cours	316 821
c/1022	Réaffectation de titres de recettes	613 125

Source : Rapport commissaires aux comptes CAC 2015

**Tableau n° 12 : Les corrections de bilan : rectifications du certificateur sur la période 2016 à 2018
au 1^{er} janvier de chaque exercice**

		Au 1er janvier 2016			Au 1er janvier 2017			Au 1er janvier 2018		
		Compte financier Helios au 31/12/2015	Correction en situation nette au 01/01/2016	Compte financier au 01/01/2016	Compte financier Helios au 31/12/2016	Correction en situation nette au 01/01/2017	Compte financier au 01/01/2017	Compte financier Helios au 31/12/2017	Correction en situation nette au 01/01/2018	Compte financier au 01/01/2018
ACTIF										
Actif immobilisé	Immobilisations incorporelles							4 079 865		4 079 865
	Immobilisations corporelles	456 517 401	-36 591 658	419 925 743				376 404 359	-1 561 804	374 842 555
	Immobilisations financières				987 809	-844 500	143 308	143 308		143 308
Actif circulant	Stocks et encours									
	Créances									
TOTAL ACTIF		598 603 990	-36 591 658	562 012 332	561 071 438	-844 500	560 226 938	577 311 674	-1 561 804	575 749 870
PASSIF										
Capitaux propres	Apports C/1022 ; c/1028							56 025 388	-1 561 722	54 463 666
	Excédents affectés à l'investiss c/10682	37 227 809	-36 410 509	817 300	817 300	-844 500	-27 200	1 135 781	-82	3 121 863
	Report à nouveau excédentaire c/110	200 505	4 767	205 272	1 782 468	7 647	7 647	1 914 235	1 207 628	3 121 863
	Report à nouveau déficitaire c/119	-44 674 978	7 843 383	-36 831 595	-32 200 014	918 465	-31 281 549	-29 110 671	482 694	-28 627 977
	Résultat de l'exercice c/12	6 208 778	0	6 208 778	3 134 203	0	3 134 203	28 598 220	0	28 598 220
Provisions pour risques et charges (c/15)	Provisions pour risques c/151	14 047 003	-3 069 000	10 978 003	11 282 603	-1 088 000	10 194 603	11 223 671	-157 887	11 065 784
	Provisions pour risques et charges sur emprunts c/152									
	Provisions pour charges de personnel CET c/153	18 630 955	-4 960 298	13 670 657	16 812 219	161 888	16 974 107	17 496 017	-63 966	17 432 050
	Total prov. Pour risques et charges		-8 029 298			-926 112			-222 853	
Dettes	Produits constatés d'avance							15 107 302	-1 468 469	13 638 833
TOTAL PASSIF		598 603 990	-36 591 658	562 012 332	561 071 438	-844 500	560 226 938	577 311 674	-1 561 804	575 749 870

Source : Comptes financiers 2016 à 2018

Les rectifications opérées à la suite des observations des commissaires aux comptes ont principalement concerné les comptes de bilan. Ces modifications, qui ont porté sur des montants parfois élevés, ont été opérées principalement sur les deux premières années de certification. Ces corrections ont permis d'améliorer la sincérité et la fiabilité des comptes de l'établissement.

La chambre note que certaines autres rectifications ont parfois été effectuées directement au bilan alors qu'elles auraient pu également être reprises aux résultats de l'exercice.

Ainsi, par exemple, sur l'exercice 2018, des produits constatés d'avance perçus en 2015 pour un montant de 1 200 000 € et relatifs au désamiantage de l'hôpital général, ont fait l'objet d'une régularisation directement en correction de bilan au 1^{er} janvier, alors qu'ils auraient pu être imputés en recettes et modifier le résultat, au cas présent des années 2016 ou 2017.

Cependant, le produit de ces subventions a été imputé sur un compte de régularisation jusqu'en 2018, année où il a été procédé à une écriture de régularisation par correction des comptes de bilan.

3.1.2 Les principales observations et les rectifications des commissaires aux comptes dans le cadre de la certification des comptes du CHU

Certification sur les comptes 2015

À l'occasion de la certification des comptes du CHU, le certificateur avait émis des réserves, l'établissement n'ayant pas mis en œuvre d'approche par composant pour l'ensemble des immobilisations inscrites au bilan et amorties à compter du 1^{er} janvier 2014 comme requis par l'instruction M21.

Le certificateur avait estimé que le résultat de l'exercice 2015 était de ce fait surévalué d'un montant de l'ordre de 10 M€, que les capitaux propres au 1^{er} janvier 2015 étaient surévalués d'un montant de l'ordre de 26 M€, et ceux au 31 décembre 2015 d'un montant de l'ordre de 36 M€.

Certification sur les comptes 2016

L'annexe au compte financier 2016 indique que des changements de méthodes comptables, conduisant à des rectifications comptables ont été effectués dans le cadre du deuxième exercice de certification des comptes et ont été comptabilisées au bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2016.

En ce qui concerne les amortissements, le changement de méthode (amortissements par composants) concernant l'opération immobilière relative au site François Mitterrand (projet Bocage Central) a conduit ainsi à enregistrer au compte 28 une correction de bilan. Cette correction qui a été effectuée par opérations non budgétaires a conduit à augmenter le montant des amortissements comptabilisés, au moyen d'un prélèvement sur l'excédent affecté à l'investissement, et ce pour un montant de 36 591 657,75 €.

Certification des comptes 2017

**Tableau n° 13 : Certification des comptes : les rectifications effectuées sur l'année 2017
au 1^{er} janvier de l'exercice**

Comptes	Objet des rectifications	Montant
C/151	Provision pour risques autres - provision pour désamiantage	1 088 000
c/153	Correction CET personnel non médical et médical	161 888
c/26	Participation au GCS France Finances	
c/28	Amortissements Bocage Central et durées d'amortissement	
c/32	Stocks déportés	
c/23	Intégration c/23 reclassement immobilisations en cours	

Source : Rapport commissaires aux comptes CAC 2017

Dans son rapport de certification sur l'exercice clos le 31 décembre 2017, le certificateur attirait l'attention sur les points suivants :

- la correction au bilan d'ouverture sur les immobilisations financières, la provision pour désamiantage et celle couvrant le CET du personnel médical ;
- l'absence de plan de reprise des provisions pour renouvellement des immobilisations (compte 142) relatives au site François Mitterrand (projet Bocage Central) ;
- les provisions règlementées pour charges de personnel lié au CET et leur mode d'évaluation ;
- les provisions pour risques (compte 151) pour cotisations versées à la CNRACL.

3.2 Les recettes et les dépenses à classer ou à régulariser (compte 47)

L'instruction M21 indique, pour le compte 47 « comptes transitoires ou d'attente », que les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif.

3.2.1 Les recettes à classer ou à régulariser (compte 471)

À l'occasion du précédent contrôle, la chambre avait constaté que la présence de sommes importantes au compte 4718 « autres recettes à classer ou régulariser » (se situant dans une fourchette de 1,1 M€ à 2,8 M€) faussait le résultat annuel du CHU. Le CHU avait signalé que des travaux précis de fiabilisation des comptes, permettant de corriger les erreurs, devaient être engagés prochainement et qu'une convention de service comptable et financier devait être signée d'ici fin 2012 entre le CHU et la DRFIP.

Sur la période sous contrôle, les recettes à classer ou à régulariser (compte 471) sont toujours importantes en 2014 (3,3 M€). Bien qu'elles aient diminué de façon régulière les années suivantes, l'exercice 2018 enregistre à nouveau un montant élevé de recettes à classer ou à régulariser (3,7 M€).

Les services de l'ordonnateur ont indiqué que les soldes au 31/12/N sont représentatifs des fonds reçus sur le compte BDF (compte 47172 mouvementé dans HELIOS en date du 31/12/N), tandis que les flux d'encaissement ne sont intégrés dans HERA qu'à J+1 (situation normale), soit au cas particulier au-delà du 1^{er} janvier N+1.

Le solde du compte 4717 ne correspond en conséquence qu'aux flux financiers en instance d'imputation au moment du basculement d'exercice. Fin 2018, le solde a particulièrement été élevé en raison des nombreux retards d'intégration des flux durant le quatrième trimestre, non intégralement résorbés au 31 décembre.

3.2.2 Les dépenses à classer ou à régulariser (compte 472)

L'instruction M21 dispose que le compte 472 « dépenses à classer ou à régulariser » comporte 3 subdivisions :

- compte 4721 « Dépenses réglées sans mandatement préalable » : il s'agit de dépenses répétitives, réglées sans mandatement préalable, telles celles afférentes aux échéances d'emprunts, les factures de téléphone, eau et électricité. Ce compte doit être soldé dans un délai maximal de trente jours après paiement de la dépense considérée²⁰ et en tout état de cause, en clôture d'exercice.
- compte 4722 « Commissions bancaires en instance de mandatement (cartes bancaires).
- compte 4728 « Autres dépenses à régulariser » : il s'agit d'opérations relatives aux dépenses réglées sans mandatement préalable autres que les dépenses imputées aux comptes 4721 et 4722.

Le contrôle précédent avait relevé que le solde débiteur fin 2010 du compte 4728 « autres dépenses à régulariser » s'élevait à 325 081 €. L'existence de ce solde constituait ainsi une situation anormale qui avait pour effet d'influencer le résultat de l'exercice.

Sur la période 2014 à 2018, le solde du compte 4721 « dépenses sans mandatement préalable » comporte un montant non négligeable de 1 712 222 € en 2014, ce qui contrevient aux prescriptions comptables applicables à cette date, qui prévoient que ce compte doit être soldé le plus rapidement possible et, en tout état de cause, en clôture d'exercice. La présence de ce montant en compte d'attente a agi sur le résultat de l'année en l'augmentant à due concurrence par la non-imputation des dépenses à l'année concernée. La chambre relève néanmoins que depuis la gestion 2015 la réglementation comptable est respectée pour les dépenses sans mandatement préalable, comptabilisées au compte 4721.

²⁰ Arrêté du 16 février 2015 (JO du 24/02/2015 entrée en vigueur le lendemain de sa publication) relatif aux dépenses pouvant être réglées sans ordonnancement préalable, et notamment son article 6 : « L'ordonnancement de régularisation, auquel sont jointes les pièces visées au deuxième alinéa de l'article 5, intervient dans un délai maximal de trente jours après paiement de la dépense considérée et, en tout état de cause, avant la fin de l'exercice comptable auquel elle se rapporte ».

3.3 Le rattachement des charges et des produits à l'exercice

**Tableau n° 14 : Le rattachement des charges à payer et des produits à recevoir
- période 2014 à 2018**

Comptes. Solde au 31/12 - en €	2014 au 01/01 pour	2014	2015	2016	2017	2018
Charges à payer :						
c/408 "fournisseurs -factures non parvenues	9 228 417,42	23 746 197,32	25 071 725,14	9 765 489,89	10 219 954,98	10 707 984,25
c/4281 "prime de service à répartir	8 437 790,00	0,00	0,00	8 362 174,00	8 391 087,00	8 170 878,00
c/4286 "autres charges à payer"	5 611 032,77	0,00	0,00	5 663 993,00	5 420 290,37	5 838 460,00
c/438, "organismes sociaux, charges à payer"	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
c/448 "Etat, charges à payer	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	23 277 240,19	23 746 197,32	25 071 725,14	23 791 656,89	24 031 332,35	24 717 322,25
Produits à recevoir :						
c/418 produits à recevoir	4 300 541,54	7 304 599,80	6 069 454,96	5 915 879,34	6 171 547,58	5 754 830,37
dont c/4181 Redevables -produits à recevoir Hospitalisés et consultants	210 930,96	344 602,08	188 379,03	156 467,73	95 764,05	29 627,75
dont c/4182 Redevables- produits à recevoir Caisse d'AM Caisse pivot	582 380,23	6 959 997,72	763 493,30	5 759 411,61	6 075 783,53	5 725 202,62
dont c/4188 Redevables-Produits à recevoir Autres	3 507 230,35	0,00	5 117 582,63	0,00	0,00	0,00

Source : comptes financiers.

3.3.1 Les charges à payer

Aux termes de la nomenclature M21, à la clôture de la période comptable, le compte 408 « fournitures - factures non parvenues » est crédité, par le débit des comptes concernés de la classe 6, du montant des factures non encore parvenues mais correspondant à des dépenses engagées et dont le service a été fait au cours de l'exercice qui se termine. Au début de l'exercice suivant, le compte 408 est débité par le crédit des comptes de classe 6 débités lors du rattachement. Cette écriture de contre-passation de l'écriture de rattachement est opérée au vu d'un mandat d'annulation sur exercice courant établi par l'ordonnateur.

Le contrôle précédent avait relevé au compte 408 un solde important fin 2010 (6 009 897 €), en hausse par rapport aux années précédentes (3,8 M€ environ fin 2008 et 2009).

Sur la période sous revue, les montants figurant en solde du compte 408 « fournisseurs - factures non parvenues » apparaissent particulièrement élevés, notamment en 2014 et 2015. L'ordonnateur a expliqué que les dépenses engagées non mandatées de ces deux années ont été comptabilisées dans leur totalité au compte 408, alors qu'elles auraient dû être réparties sur les comptes de tiers 408, 4281 et 4286. Au final, ces dépenses comptabilisées au compte 408 s'élèvent environ à 10 M€ sur la période examinée.

Ces anomalies ont été relevées dans le cadre de la certification des comptes par les certificateurs. À leur demande, une répartition par rubrique du bilan des charges à payer est présentée chaque année depuis 2016 dans les comptes financiers, dans l'état PF1 « principes et méthodes comptables » pour « permettre une comparabilité pour le lecteur ».

Si la chambre note le caractère non significatif des charges à payer, celles-ci étant dans leur ensemble régulières à hauteur d'environ 24 M€ en moyenne et de ce fait sans réel impact sur les résultats compte tenu du report de montants constants, elle constate cependant un manque de rigueur au plan comptable, notamment en 2014 et 2015, du fait d'une utilisation insatisfaisante des comptes 4281 et 4286 au cours de ces exercices.

3.3.2 Les produits à recevoir (compte 418)

À l'occasion du contrôle précédent, la chambre avait relevé qu'à la fin de l'année 2010, le CHU n'avait pu facturer pour plus de 1,5 M€ alors même que la situation s'était améliorée entre 2007 et 2009.

Les montants constatés sur la période 2014 à 2018, qui s'établissent dans une fourchette allant de 6 à 7,3 M€, apparaissent élevés au regard du montant non facturé de plus de 1,5 M€ constaté fin 2010. Les sous comptes concernés sont les produits à recevoir caisse pivot (c/4182) et les produits à recevoir - autres(c/4188).

L'ordonnateur a indiqué que ces montants correspondent à la comptabilisation des séjours à cheval mis en œuvre dans le cadre de la certification des comptes. Les rapports des commissaires aux comptes sur la période indiquent que les recettes afférentes à des séjours d'hospitalisation de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) débuté en année N et clos en année N-1 (séjours dits « à cheval ») sont valorisées et versées par l'assurance maladie en N+1. Les molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables dispensés sur l'année N durant ces séjours sont également concernés.

3.4 Les produits et les charges constatées d'avance (comptes 486)

Les charges constatées d'avances, imputées au compte 486, sont des charges comptabilisées au titre de l'exercice N alors qu'elles concernent tout ou partie l'exercice suivant.

Les produits constatés d'avances (compte 487) sont constitués de produits qui ont donné lieu à l'émission d'un titre de recettes en année N alors qu'une partie des recettes se rattache à l'exercice suivant.

À l'occasion du précédent contrôle, la chambre notait que seul le compte 486 « charges constatées d'avance » avait été utilisé. Il présentait un solde nul en fin de période, en 2010 (pas de montant en 2012 et 2013). Le compte 487 « produits constatés d'avance » n'avait en revanche pas été utilisé par l'établissement.

Sur la période examinée, les constats sont très différents. Les produits constatés d'avance sont en effet particulièrement importants (de l'ordre de 6 M€ en 2012 et 2013).

Tableau n° 15 : Les produits et les charges constatées d'avances

En €	2014	2015	2016	2017	2018
c/486 Charges constatées d'avances	247 417,66	480 416,22	688 077,02	631 013,29	749 905,05
c/487 Produits constatés d'avance	6 199 155,48	11 322 524,81	12 107 585,68	15 107 301,75	15 005 688,77

Source : comptes financiers.

Le rapport des commissaires aux comptes relatif à l'année 2015 fait état de la méthodologie adoptée par le CHU. Les produits constatés d'avance concernent des recettes du titre 1 et du titre 3 du compte de résultat principal et des comptes de résultats annexes. Les recettes de dotations MIGAC et FIR sont enregistrées en produits constatés d'avance pour la part non consommée en cours d'exercice.

En 2016, un arrêté fixant le montant de la dotation complémentaire attribuée au CHU au titre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins avait été notifié. Dans le cadre de cet arrêté, un montant de 500 000 € a été versé. À fin 2016, ce montant avait été comptabilisé en produits constatés d'avance (PCA).

En 2017 également, un arrêté modificatif portant fixation des dotations MIGAC, DAF, du forfait global de soins USLD et des forfaits annuels au titre de l'année 2017 a été notifié au CHU. Dans le cadre de cet arrêté, un montant de 470 000 € a été versé au titre du « financement des activités de recours exceptionnel » (mesure non reconductible). Ce montant a été intégralement comptabilisé en produits constatés d'avance à la clôture 2017.

En 2017, l'impact sur le résultat 2017 s'élevait à 1 200 000 €, du fait des subventions accordées en 2015.

À l'occasion de la certification des comptes, une revue des produits constatés d'avances (PCA) est également effectuée. Ainsi, pour la certification 2018, la revue de ces produits a abouti à une correction de bilan pour la somme de 1 468 469 €.

Le suivi des produits constatés d'avance est rendu complexe par la notification tardive, parfois postérieure à la journée complémentaire, de certains de ces produits.

3.5 Les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie (compte 7722)

Ce compte enregistre les produits d'activité réalisée sur des exercices antérieurs, à la charge de l'assurance maladie.

**Tableau n° 16 : Les produits sur exercices antérieurs
à la charge de l'assurance maladie (compte 7722)**

en euros	2014	2015	2016	2017	2018
Compte 7722	2 359 961	4 139 472	2 926 481	5 535 779	4 237 515
Total des produits de l'assurance maladie	393 096 398	429 432 219	446 255 633	467 218 960	489 552 119
Part des produits dans le total	0,6%	1,0%	0,7%	1,2%	0,9%

Source : comptes financiers

La part de ces produits dans le total des produits de l'assurance maladie se situe aux alentours de 1 % tout au long de la période sous revue. La chambre constate que le CHU a amélioré les produits issus de la tarification tout en assurant un taux élevé de recouvrement de ces derniers.

3.6 Les immobilisations

3.6.1 Une application erronée des règles d'amortissement des immobilisations en début de période examinée

3.6.1.1 L'état de la réglementation

- L'amortissement progressif des immobilisations : dans le cadre de la refonte de l'instruction M21, la méthode de l'amortissement progressif a été supprimée à compter du 1^{er} janvier 2014. La durée d'amortissement doit correspondre désormais à la durée réelle d'utilisation de l'immobilisation par l'établissement public de santé. Cette évolution constitue un changement de méthode comptable.
- L'amortissement linéaire - règle du *prorata temporis* : l'instruction M21 indique que l'amortissement doit démarrer le jour de la mise en service. Ce principe comptable constitue une option en 2015 et devient obligatoire à partir de 2017.
- L'amortissement par composants : l'instruction comptable M21 dispose que lorsque des éléments constitutifs d'un élément d'actif sont exploités de façon indissociable, un plan d'amortissement unique est retenu pour l'ensemble de ces éléments. En revanche, si un ou plusieurs de tels éléments ont des utilisations différentes, chacun d'eux est comptabilisé séparément et donne lieu à l'établissement d'un plan d'amortissement propre.

3.6.1.2 Des observations conséquentes des certificateurs sur les méthodes d'amortissement pratiquées, avec l'application d'une réserve sur les comptes de l'année 2015

Dans le cadre des travaux de certification des comptes 2015, les certificateurs avaient relevé dans un rapport intermédiaire le recours à la méthode de l'amortissement progressif, méthode qui n'était plus applicable depuis le 1^{er} janvier 2014. Une correction de la situation antérieure, basée sur l'amortissement linéaire a été réalisée et a conduit à une correction des comptes de bilan au 1^{er} janvier 2015.

Les commissaires aux comptes ont également constaté la non application de la règle du *prorata temporis*. La réunion du comité de pilotage du 27 mai 2016 relative aux comptes 2015 indique que la règle du *prorata temporis* n'a pu être mise en œuvre en 2015 au regard de la charge de travail qu'aurait entraînée l'application de cette méthode de manière rétrospective (nombre important de fiches à retraiter). D'une part, le logiciel CPAGE ne permettait pas d'effectuer ce retraitement de manière automatique par l'établissement. D'autre part, ce retraitement aurait pu ne pas être accepté par le comptable public car une écriture globale n'aurait pas permis d'assurer la traçabilité des amortissements rectifiés.

Dès la certification des comptes de l'exercice 2015, les certificateurs relevaient également que les immobilisations n'étaient pas amorties par composants. Cette remarque portait principalement sur les dépenses d'investissement relatives à l'opération « Bocage Central ».

Selon les certificateurs, le choix de l'établissement de ne pas appliquer immédiatement la règle du *prorata temporis* aurait dû avoir pour conséquence l'application obligatoire de la méthode par composants pour les investissements post 1^{er} janvier 2014 (2^{ème} partie de

l'opération « Bocage Central »). Le CHU a toutefois souhaité attendre l'exercice 2016 pour mettre en œuvre cette méthode. Au regard de l'impact significatif de la non application de la méthode par composants dès 2015, les certificateurs ont formulé une réserve dans le rapport de certification.

Les certificateurs ont estimé que le résultat de l'exercice 2015 était de ce fait surévalué d'un montant de l'ordre de 10 M€, les capitaux propres au 1^{er} janvier 2015 étaient surévalués d'environ 26 M€, et ceux au 31 décembre 2015 surévalués de l'ordre de 36 M€.

La mise en œuvre de l'amortissement par composants a été effectuée à partir de l'exercice 2016. Ainsi pour le chapitre 28, une correction des amortissements a été effectuée par opérations d'ordre non budgétaires, consistant en une augmentation des amortissements d'un montant de 36,6 M€, par prélèvement au 1^{er} janvier sur l'excédent affecté à l'investissement.

La chambre constate une mauvaise application des règles d'amortissement en début de période examinée. Elle note que le choix de l'établissement de reporter à 2016 l'application par composants pour la 2^{ème} partie de l'opération « Bocage central » a permis de majorer le résultat de l'exercice 2015 de 10 M€ environ. Le CHU a précisé que le report à 2016 de l'amortissement par composant pour le bocage central résulte de la lourdeur de la procédure impliquant la nécessité de vérifier la correcte modification des fiches d'amortissement réalisée par le GIP CPAGE à chaque étape.

3.6.2 Le suivi des immobilisations mises à disposition

Dans le cadre de la certification des comptes du CHU il a été constaté un suivi comptable non conforme des immobilisations mises à disposition respectivement au GIP CPAGE et à l'établissement français du sang (EFS), conduisant soit à un amortissement effectué à tort (bâtiments EFS), soit à un amortissement qui aurait dû être pratiqué (GIP).

Surtout, bien que toujours comptabilisées au compte 24, les immobilisations mises à disposition de ces deux établissements avaient été restituées au CHU.

Des régularisations ont été effectuées par des opérations portant sur les capitaux propres. Les immobilisations mises à disposition de l'EFS ont ainsi fait l'objet d'une correction de bilan en clôture 2017, sur le bilan 2016, pour un montant de 1 372 041 €. Les immobilisations mises à disposition du GIP CPAGE ont fait l'objet d'une correction de bilan en clôture 2018, sur le bilan 2017 (1 565 250 €).

3.6.3 L'intégration des immobilisations en cours

Sur la période 2014 à 2018, au vu des comptes financiers, le stock d'immobilisations en cours (compte 23) au 31 décembre apparaît peu élevé : nul fin 2014 ; 1,9 M€ fin 2015 ; 3,6 M€ fin 2016 ; 2,8 M€ fin 2017 ; 8,5 M€ fin 2018 (dont 7,9 M€ comptabilisés en cours d'exercice). Il représente en 2017 et 2018 respectivement 0,3 % et 0,9 % du stock d'immobilisations corporelles, ce qui est marginal.

Il peut en être déduit que les immobilisations en cours sont régulièrement et rapidement transférées à leur compte d'imputation définitif, en l'occurrence le compte 21. Par ailleurs, l'examen de l'état de l'actif 2018 confirme ce constat, les immobilisations en cours les plus anciennes inscrites à cet état datant de 2016.

3.6.4 La concordance de l'inventaire avec l'état de l'actif

En application des dispositions de l'instruction comptable M21 (tome II, titre IV, chapitre 3), « la responsabilité du suivi des immobilisations incombe, de manière conjointe, à l'ordonnateur et au comptable. L'ordonnateur est chargé plus spécifiquement du recensement des biens et de leur identification : il tient l'inventaire physique, registre justifiant la réalité physique des biens et l'inventaire comptable, volet financier des biens inventoriés. Le comptable est responsable de leur enregistrement et de leur suivi à l'actif du bilan : à ce titre, il tient l'état de l'actif ainsi que le fichier des immobilisations, documents comptables justifiant les soldes des comptes apparaissant à la balance générale des comptes et au bilan. L'inventaire comptable et l'état de l'actif ont des finalités différentes mais doivent, en toute logique, correspondre. »

Lors du précédent contrôle, un état de l'actif avait été produit mais il n'était pas en concordance avec les données de l'ordonnateur pour ce qui concernait les immobilisations en cours et plus précisément les « avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations corporelles », imputées aux comptes 238. La chambre relevait que cette situation ne permettait pas d'appréhender la réalité du patrimoine de l'établissement fin 2010. Par ailleurs, la chambre demandait à l'ordonnateur de vérifier la mise en concordance de l'état de l'actif avec l'inventaire.

L'établissement a produit un état de l'actif 2018. Pour les immobilisations en cours (compte 23 y compris c/238), comme pour les autres comptes, la conformité entre le compte financier et l'état de l'actif est relevée fin 2018.

Par contre, et bien que la demande ait été faite à l'occasion du précédent contrôle de la chambre, les commissaires aux comptes relèvent en 2015, pour les comptes de l'exercice 2015, l'absence d'un inventaire physique des immobilisations.

Sur les exercices suivants (2016, 2017 et 2018), les commissaires aux comptes constatent une évolution partielle.

Dans le cadre de la contradiction, le CHU a indiqué poursuivre la mise à jour de l'inventaire pour les équipements dits hôteliers, les mobiliers et les équipements du réseau informatique. Il a précisé que l'inventaire est dorénavant complet pour les équipements médicaux, les matériels informatiques (hors réseau) et la téléphonie pour les biens mis en service après le 1^{er} janvier 2018.

Recommandation n° 2. : Finaliser l'inventaire physique engagé en 2016 et toujours incomplet à ce jour.

3.6.5 Les dotations aux provisions

Au cours de la période sous revue, il a été constaté une augmentation substantielle des dotations aux provisions et reprises sur provisions annuelles, à compter de 2016.

Tableau n° 17 : Récapitulatif des provisions sur la période 2014 à 2018

	2014				2015				2016				2017				2018			
En euros	dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12	dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12	dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12	dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12	dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12
TOTAL PROVISIONS CONSTITUEES (c/142 + c/15 + c/49)	16 242 541	2 831 171	13 411 370	52 540 941	29 535 105	10 161 450	19 373 654	71 914 595	22 961 900	28 863 211	-5 901 311	66 013 284	17 442 048	16 323 547	1 118 501	67 131 784	16 412 144	19 074 243	-2 662 099	64 469 685
Dont provision pour renouvellement des immobilisations c/142	5 878 617	60 744	5 817 873	30 892 956	2 296 448	64 107	2 232 341	33 125 297	0	62 858	-62 858	33 062 439	0	58 657	-58 657	33 003 782	0	54 630	-54 630	32 949 151
Dont provision pour risques et charges c/15	10 223 399	2 758 912	7 464 487	20 476 563	19 979 366	7 777 972	12 201 395	32 677 958	18 054 130	22 637 266	-4 583 136	28 094 822	12 033 733	11 408 867	624 866	28 719 688	12 735 712	13 611 298	-875 586	27 844 102
Dont provisions pour dépré. Des comptes de tiers c/49	140 525	11 515	129 010	1 171 422	7 259 290	2 319 372	4 939 919	6 111 340	4 907 770	6 163 088	-1 255 317	4 856 023	5 408 315	4 856 023	552 292	5 408 315	3 676 432	5 408 315	-1 731 883	3 676 432
Total hors provision pour renouvellement des immobilisations c/142	10 363 924	2 770 427	7 593 497	21 647 985	27 238 657	10 097 343	17 141 313	38 789 298	22 961 900	28 800 353	-5 838 453	32 950 845	17 442 048	16 264 890	1 177 158	34 128 003	16 412 144	19 019 613	-2 607 468	31 520 534

Source : comptes financiers.

L'augmentation des dotations et reprises sur provisions relevée s'explique par une modification au cours de la période examinée, par l'ordonnateur, des modalités de comptabilisation des dotations et reprises sur certaines provisions. Depuis 2016, on observe des écarts significatifs entre les prévisions et les réalisations pour des montants respectifs de 22,3 M€ et 14,8 M€. À compter de 2017, des décisions modificatives ont augmenté les dotations et les reprises pour 15 M€ environ. En 2018, ces importants montants ont été directement intégrés aux prévisions initiales.

**Tableau n° 18 : Provisions pour risques et pour dépréciations des comptes de tiers
Période 2014 à 2018**

2014				2015				2016				2017				2018			
dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12	dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12	dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12	dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12	dotation de l'année	reprise de l'année	dotations nettes année	Solde au 31/12
1 415 643	0	1 415 643	1 415 643	8 856 670	1 415 643	7 441 027	8 856 670	6 113 111	8 241 281	-2 128 170	6 728 500	7 757 568	6 728 500	1 029 068	7 757 568	7 840 392	7 757 568	82 824	7 840 392
0	0	0	0	6 617 333	1 427 000	5 190 333	5 190 333	5 271 500	5 907 729	-636 229	4 554 103	1 179 000	2 267 000	-1 088 000	3 466 103	3 107 370	3 466 103	-358 733	3 107 370
1 415 643	0	1 415 643	1 415 643	15 474 003	2 842 643	12 631 360	14 047 003	11 384 611	14 149 010	-2 764 399	11 282 603	8 936 568	8 995 500	-58 932	11 223 671	10 947 762	11 223 671	-275 909	10 947 762
140 525	11 515	152 040	1 171 422	7 259 290	2 319 372	4 939 919	6 111 340	4 907 770	6 163 088	-1 255 317	4 856 023	5 408 315	4 856 023	552 292	5 408 315	3 676 432	5 408 315	-1 731 883	3 676 432
1 556 168	11 515	1 567 683	2 587 065	22 733 293	5 162 015	17 571 278	20 158 343	16 292 381	20 312 098	-4 019 717	16 138 626	14 344 883	13 851 523	493 360	16 631 986	14 624 194	16 631 986	-2 007 792	14 624 194

Source : comptes financiers

Les prévisions et réalisations budgétaires relatives aux dotations et reprises sur amortissements, dépréciations, provisions sont présentées dans le tableau ci-après et concernent plus particulièrement les provisions. L'étude du tableau conforte le constat précédant, démontrant l'évolution de la méthode de comptabilisation des provisions.

Tableau n° 19 : Prévisions et réalisations de provisions constituées à partir de 2016

En euros	2014	2015	2016	2017	2018
Dotations aux amortissements, dépréciations provisions					
Prévisions	39 011 850,00	46 815 012,00	40 814 055,00	42 862 913,00	57 975 547,00
Décisions modificatives	-152 815,00	0,00	0,00	14 788 000,00	-3 389 316,00
Total prévisions	38 859 035,00	46 815 012,00	40 814 055,00	57 650 913,00	54 586 231,00
Réalisations	46 067 243,15	56 293 452,94	63 124 570,98	54 324 583,02	55 395 202,23
Ecart	7 208 208,15	9 478 440,94	22 310 515,98	-3 326 329,98	808 971,23
Reprises suramortissements, dépréciations provisions					
CRP P initial	1 577 430,00	1 100 000,00	2 225 027,00	2 100 000,00	17 000 000,00
Décisions modificatives	0,00	0,00	0,00	14 900 000,00	-3 605 031,00
Total prévisions	1 577 430,00	1 100 000,00	2 225 027,00	17 000 000,00	13 394 969,00
Total réalisations	2 272 066,94	4 529 451,56	17 025 907,60	13 394 968,72	18 442 437,77
Ecart	694 636,94	3 429 451,56	14 800 880,60	-3 605 031,28	5 047 468,77

Source : comptes financiers.

Les services du CHU ont indiqué que ce changement a été opéré dans le cadre de la certification des comptes. Dans un souci de transparence et de lisibilité, et de manière à identifier annuellement chaque mouvement au regard des pièces justificatives à constituer, il a été fait le choix de reprendre et de reconstituer certaines provisions.

Cette nouvelle méthode de comptabilisation des dotations et reprises sur provisions à compter de 2016 n'a pas été appliquée à l'ensemble des comptes relatifs aux provisions. Ainsi, les provisions pour charges de personnel (compte 153) ont été dotés uniquement et régulièrement de dotations complémentaires ou reprises partielles.

Ces nouvelles modalités de comptabilisation des provisions contreviennent aux prescriptions des règles comptables et notamment celles de l'instruction M21, qui prévoit uniquement d'ajuster les provisions nécessaires, à la hausse comme à la baisse.

La chambre relève par conséquent une application erronée de la réglementation en matière de comptabilisation des dotations et reprises sur provisions, depuis l'année 2016.

Ce changement de comptabilisation n'est pas neutre sur la section d'exploitation de l'établissement. Par ailleurs, contrairement au souci de transparence affiché, les opérations de reprises en N+1 ne sont pas toujours équilibrées.

Même si le résultat de l'exercice n'en est que modérément affecté, il modifie le total des produits et des charges de chaque exercice concerné d'un montant se situant dans une fourchette de 10 à 15 M€. Dans le cadre de la contradiction, le CHU a confirmé l'absence d'impact sur le résultat de chaque exercice concerné, puisque d'un point de vue financier la méthode qu'il a appliquée est strictement identique à la méthode basée sur des dotations complémentaires ou des reprises partielles. Il s'est engagé toutefois à mettre en œuvre cette dernière méthode telle que préconisée par la chambre.

3.6.6 Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

3.6.6.1 L'état de la réglementation

L'instruction M21 indique que la provision réglementée pour renouvellement des immobilisations (compte 142) est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie. Les surcoûts correspondent aux coûts nouveaux liés au projet d'investissement en termes de charges financières et d'amortissement.

Les surcoûts liés aux investissements nouveaux, les dotations budgétaires en compensation des charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers doivent l'être en amont des investissements à réaliser.

La constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations n'est possible que dans le cadre des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement.

Ce mécanisme de « préfinancement » des surcoûts occasionnés par une opération d'investissement permet, lorsque les dotations budgétaires sont attribuées suffisamment en amont du programme d'investissement, d'optimiser le tableau de financement et de limiter le recours à l'emprunt. Les provisions constituées abondent la trésorerie permettant ainsi un décalage dans la mobilisation des emprunts nécessaires à la réalisation de l'opération et ainsi de réaliser des économies de frais financiers.

L'établissement doit reprendre les provisions, comme le prévoit l'instruction M21, « dès que les biens financés ont été mis en service et que la comptabilisation des charges d'amortissement et/ou financières débute. La reprise de la provision au compte de résultat a pour effet de neutraliser le montant des dotations aux amortissements et/ou des charges financières liés aux biens financés au niveau des résultats de l'exercice. La reprise s'opère selon les modalités définies par l'ARS ou à défaut, par l'établissement. Elle doit être achevée à la fin de la durée d'utilisation du bien ».

À défaut de précisions par l'ARS, l'établissement détermine les modalités de reprise de manière à neutraliser le montant des dotations aux amortissements et/ou des charges financières. Si les aides octroyées ne couvrent pas intégralement les charges d'amortissement et/ou financières liées aux biens financés, l'établissement peut :

- soit reprendre au compte 142 à hauteur du coût total représenté par les charges financières et d'amortissement pendant les premières années, si bien que la reprise sera achevée avant la fin de la durée d'utilisation du bien ;
- soit reprendre au compte 142 en fonction d'un taux de couverture des charges financières et d'amortissement, de manière à étaler la reprise sur la durée d'utilisation du bien. Dans tous les cas, dès lors que des provisions ont été constituées au compte 142 (ce qui concerne une majorité d'établissements), l'EPS doit déterminer sa méthode de reprise et l'appliquer de façon permanente. Cette méthode devra être formalisée et documentée afin de pouvoir être présentée au certificateur.

3.6.6.2 Les provisions constituées au compte 142 - tous budgets confondus - par l'établissement

L'établissement a constitué des provisions pour renouvellement des immobilisations au compte 142. Elles sont présentées dans le tableau ci-après :

Tableau n° 20 : Les provisions pour renouvellement des immobilisations – tous budgets

Compte 142 en €	2012 pour information	2013 pour information	2014	2015	2016	2017	2018
Dotation de l'année		6 158 000	5 878 617	2 296 448	0	0	0
Reprise sur provision		66 650	60 744	64 107	62 858	58 657	54 630
Solde au 31/12	18 983 733	25 075 083	30 892 956	33 125 297	33 062 439	33 003 782	32 949 151

Source : Comptes financiers.

Depuis l'exercice 2015, les provisions pour renouvellement des immobilisations sont stables à hauteur de 33 M€. Les provisions constituées concernent deux opérations, dont une opération relative au budget E EHPAD, qui fait l'objet de reprises annuelles.

Tableau n° 21 : Les provisions pour renouvellement des immobilisations - Budget E EHPAD

En euros	2013 pour information	2014	2015	2016	2017	2018
Budget E (projet EHPAD)						
Solde au 1er/01		1 257 350	1 196 606	1 132 499	1 069 641	1 010 984
Dotation aux provisions	0	0	0	0	0	0
Reprises sur provisions	66 650	60 744	64 107	62 858	58 657	54 630
Solde au 31/12		1 196 606	1 132 499	1 069 641	1 010 984	956 353

Source : Comptes financiers- Données communiquées par l'établissement.

Les provisions comptabilisées au compte 142, concernent pour la quasi-totalité le budget principal H et l'opération « Bocage Central ».

3.6.6.3 Les provisions constituées pour l'opération Bocage central- budget principal H

**Tableau n° 22 : Les provisions pour renouvellement des immobilisations
- Budget principal H - Opération « Bocage Central »**

En euros	2013 pour information	2014	2015	2016	2017	2018
Budget principal H (projet Bocage central)						
Solde au 1er/01		23 817 733	29 696 350	31 992 798	31 992 798	31 992 798
Dotation aux provisions	6 158 000	5 878 617	2 296 448	0	0	0
Reprises sur provisions	0	0	0	0	0	0
Solde au 31/12	23 817 733	29 696 350	31 992 798	31 992 798	31 992 798	31 992 798

Source : Comptes financiers- Données communiquées par l'établissement

• Les éléments relevés lors de la certification des comptes :

À l'occasion de la certification des comptes 2015, le certificateur a rappelé le principe comptable régissant la reprise de ces provisions et demandé « une reprise de cette provision à effectuer à compter de 2024 (décision de gestion) selon un plan restant à définir ».

À compter de la certification 2016, le certificateur a rappelé la nécessité d'un plan de reprise des provisions.

S'agissant de la certification des comptes 2017 et 2018, le certificateur a attiré l'attention du conseil de surveillance sur l'absence de plan de reprise des provisions relatives au site François-Mitterrand (projet « Bocage Central »). Plus précisément sur l'année 2018, les commissaires aux comptes ont indiqué : « Le plan de reprise lié au Bocage central n'a pas été défini dans l'attente des négociations en cours pour mettre à niveau l'aide annuelle. Nous demandons une mention en annexe justifiant de l'impossibilité de définir, à ce stade, un plan de reprise de la provision relative au Bocage Central. »

• Le principe retenu par le CHU pour constituer les provisions :

Les provisions constituées par l'établissement découlent d'un suivi, pour l'opération « Bocage Central et Plateau Technique », des surcoûts d'amortissements et financiers, et des aides versées par l'ARS pour financer ces surcoûts.

Le principe retenu par l'établissement pour une éventuelle dotation aux provisions est d'affecter directement l'aide versée annuellement au financement des surcoûts effectifs, et de mettre en provisions le surplus d'aides par rapport aux surcoûts constatés.

Selon l'établissement, le montant de provisions constituées au compte 142 pour le projet « Bocage Central » résulte du différentiel entre les aides versées au CHU par l'ARH de Bourgogne à partir de 2003 avant la mise en service du projet Bocage Central en 2012 et les surcoûts réellement constatés sur la même période, conformément au tableau de financement du projet « Bocage Central ». Il n'est plus procédé à des dotations depuis 2015.

Sur la période examinée, des aides ont été versées par l'ARS sur l'opération concernée, et sont présentées ci-dessous.

Tableau n° 23 : Aides financières d'investissement versées par l'ARS dans le cadre de l'opération « Bocage central et plateau technique » - Période 2014 à 2018

<i>En M€</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>Prév 2019</i>
AIDES STRUCTURELLES AC	5 347 746	5 347 746	5 347 746	5 147 746	5 147 746	
(aides financières investissement)						
AIDES STRUCTURELLES FIR	10 114 149	10 334 021	10 334 021	10 653 630	10 653 630	
(aides financières investissement)						
TOTAL	15 461 895	15 681 767	15 681 767	15 801 376	15 801 376	
Aides BC +PTB sur tableau surcouts et proc v/142 BC	14 228 767	14 228 767	14 228 767	14 348 376	14 348 376	14 348 376
Aides BC +PTB sur tableau surcouts et prov v/142 PTB	1 453 000	1 453 000	1 453 000	1 453 000	1 453 000	1 453 000
TOTAL	15 681 767	15 681 767	15 681 767	15 801 376	15 801 376	15 801 376

Source : Données du CHU

Une absence de reprise des provisions est contraire aux dispositions de l'instruction comptable M21. Il peut ainsi être constaté que, selon le tableau de suivi des surcoûts et des aides versées établi par l'établissement, qu'à compter de 2012, les aides versées pour l'opération « Bocage Central et Plateau Technique » étaient devenues inférieures aux surcoûts constatés. La différence entre le total des aides versées et les surcoûts constatés s'élève à 31 993 k€ au 31 décembre 2011. À cette même date, les provisions constituées s'élevaient à 15 417 733 €, soit 24 634 220 € de dotations aux provisions et 9 216 487 € de reprises sur provisions.

Le CHU a poursuivi ses dotations aux provisions en 2012 (2 400 000 €), en 2013 (6 000 000 €), en 2014 (5 878 617 €) et en 2015 (2 296 448 €). Ces dotations aux provisions, d'un montant total de 16 575 065 €, ont permis d'atteindre le montant de 32 M€ calculé fin 2011 (différence entre le total des aides versées et les surcoûts constatés).

Le « Bocage Central » a été mis partiellement en service au 1^{er} janvier 2012, intégralement au 1^{er} janvier 2014 pour l'ensemble des installations. À cette date, la reprise des provisions constituées au compte 142 aurait dû débiter. Or, aucune provision n'a été reprise sur la période examinée, l'établissement ayant même constitué des dotations aux provisions sur les exercices 2014 et 2015 de respectivement 5,9 M€ et 2,3 M€.

Il est ainsi relevé que la provision constituée, pour un montant de 32 M€ fin 2018, ne ressort pas du régime des provisions pour renouvellement des immobilisations.

En cours d'instruction, l'ordonnateur a indiqué que les reprises sur provisions du compte 142 concernant le projet « Bocage Central » pourront intervenir à compter de 2034 à la fin du versement des aides. À compter de cet exercice, la provision inscrite au compte 142 pourra être reprise pour financer les surcoûts à hauteur de 128 125 617 € sur la période 2034-2059.

S'il est certain que le commissaire aux comptes n'a pas demandé la reprise des provisions, du fait que cette décision relèverait d'un acte de gestion, il a demandé en revanche l'élaboration d'un plan de reprise ou du moins une mention en annexe au compte financier justifiant l'impossibilité de le définir.

La chambre observe l'absence de reprise des provisions imputées au compte 142, alors que leur constitution n'était justifiée que pour permettre de compenser les surcoûts résultant du décalage dans la mobilisation des emprunts et pour financer pour partie les surcoûts liés à l'opération « Bocage Central ». Ces provisions ont abondé le fonds de roulement de l'établissement de plus de 16 M€ depuis 2010, de près de 24 M€ au 1^{er} janvier 2014 et de près 32 M€ depuis fin 2015.

Recommandation n° 3. Établir le plan de reprise de la provision au compte 142 tel que préconisé par la réglementation M21 et procéder à la reprise de la provision.

3.6.7 Les provisions pour risques et charges sur emprunts (compte 152)

L'instruction M21 indique que le compte 152 - provision pour risques et charges sur emprunts - enregistre les provisions constituées pour des risques financiers sur des emprunts structurés ou « complexes » dès lors que le taux d'intérêt est susceptible de devenir très supérieur au taux que l'établissement aurait obtenu en souscrivant à l'origine un emprunt à taux fixe ou à taux variable simple. L'évaluation financière du risque doit être effectuée dès l'année de mise en place de l'emprunt puis actualisée à chaque clôture d'exercice.

Dans son rapport d'observations définitives du 26 septembre 2012, la chambre avait constaté l'absence de provisions pour emprunts structurés.

Au 1^{er} janvier 2014, le montant de la provision pour risques et charges sur emprunts structurés s'élevait à 1 426 435 €. La totalité de cette provision avait été constituée sur la gestion. L'établissement a ensuite provisionné en 2014 la somme de 1 156 387,55 €. La totalité de ces provisions d'un montant de 2 582 822,55 € ont totalement été reprises sur l'exercice 2015. Aucune nouvelle provision n'a été constituée par la suite.

Le provisionnement pour risques et charges sur emprunts n'a été rendu obligatoire que pour les produits financiers souscrits à compter du 1^{er} janvier 2014²¹. Toutefois la constitution de telles provisions a toujours été fortement préconisée dès lors qu'un risque avéré le justifie, en application du principe comptable de prudence. L'instruction M21 applicable aux EPS précise d'ailleurs que la comptabilité est établie sur la base d'appréciations prudentes pour éviter le risque de transfert, sur des périodes à venir, d'incertitudes présentes susceptibles de grever le patrimoine et le résultat de l'établissement.

Or, le CHU de Dijon avait contracté des emprunts structurés, notamment un emprunt structuré conclu en 2007 et à risque très élevé, coté 6 F sur la grille Gissler (capital restant dû de 8,7 M€ fin 2018) ; il a été renégocié en 2018 avec effet en 2019, avec une pénalité totale de 6,8 M€ dont 5 580 000 € comptabilisés en frais financiers en 2018 et le solde, soit 1 251 000 €, inclus dans le taux du nouveau contrat conclus (cf. point sur la dette).

La chambre considère que cette provision pour risques et charges sur emprunts constituée en 2013 et 2014, bien que non obligatoire, aurait pu cependant être conservée et être utilement reprise au résultat lors de la renégociation de l'emprunt coté 6 F intervenue en 2018.

3.6.8 Les provisions pour gros entretien ou grandes réparations (compte 1572)

L'instruction budgétaire et comptable M21 dispose : « Pour être traitée comme provision pour gros entretien ou grandes révisions (PGE), la provision correspondante doit être destinée à couvrir des charges d'exploitation très importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement. Les petites dépenses courantes d'entretien sont exclues de ce dispositif ». Il est par ailleurs nécessaire qu'un plan pluriannuel d'entretien identifie les travaux concernés.

²¹ En application du V de l'article 94 de la loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM).

L'établissement a constitué des provisions pour le budget principal et les budgets annexes C et E. Il est relevé, à compter de 2016 pour les budgets annexes et à compter de 2017 pour l'ensemble des budgets, une comptabilisation particulière de ces provisions consistant à doter, puis à effectuer des reprises pour des montants équivalents la même année.

Cette modalité de comptabilisation des provisions pour gros entretien ou grandes réparations au compte 1572, non conforme à la réglementation, a eu pour conséquence une augmentation induite des recettes et des produits du budget consolidé de 683 783 € en 2017 et 623 615 € en 2018.

La chambre s'interroge sur l'intérêt de telles écritures, lesquelles au final, ne modifient pas les provisions constituées l'année précédente.

Par ailleurs, dans le cadre de la certification des comptes, des observations ont été effectuées sur ce mécanisme de provision. Ainsi, dans ses conclusions sur la revue des comptes au 31 décembre 2015, le certificateur indique que « cette provision n'est pas fondée au vu des éléments communiqués, qui correspondent à des entretiens courants, et non pas à une programmation pluriannuelle de gros entretiens séquencés dans le temps. »

Dans le cadre de la certification 2018, le certificateur a réitéré cette observation. Par ailleurs, selon lui, cette provision n'a plus lieu d'être avec l'application de la méthode par composants.

L'ordonnateur a indiqué être en désaccord sur ce point avec les commissaires aux comptes. Selon lui, les travaux indiqués relèvent bien de cette provision.

La chambre relève que depuis 2014 au moins, est provisionné la somme d'environ 3,2 M€ au compte 1572. Le plan général d'entretien de l'établissement, s'il reprend les items de la M21, semble intégrer à la fois dans ces rubriques, des travaux qui relèvent des gros entretiens mais également d'entretiens plus courants (ex en 2015 : réfections de peintures suite dégradation tous sites... - selon l'instruction M21 : les dépenses courantes de peinture ne peuvent faire l'objet d'un PGE).

Par ailleurs elle constate que les écritures de dotations aux provisions pour gros entretiens, passées annuellement en débit et crédit pour le même montant, sont sans effet et sans utilité.

La chambre invite l'établissement à vérifier sa liste de gros travaux, à la mettre en concordance avec la réglementation et à ajuster en conséquence la provision de 3,2 M€ déjà constituée. Dans le cadre de la contradiction, le CHU s'est engagé à ajuster la provision pour gros entretien ou grandes réparations après vérification de la liste des gros travaux.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La certification des comptes à compter de l'exercice 2015 a permis de procéder à des corrections significatives portant sur les comptes du haut de bilan, ces corrections ont surtout été réalisées en 2015 et 2016. Les corrections d'écritures qui en découlent ont contribué à améliorer la sincérité des comptes produits par le CHU de Dijon. Malgré ces corrections, le suivi comptable de certaines provisions doit être poursuivi, particulièrement en matière de reprise des provisions. Enfin, la finalisation nécessaire de l'inventaire physique doit être réalisée.

4 LA SITUATION FINANCIERE

Au 31 décembre 2018, le budget du CHU est composé du budget principal (budget H) et de cinq budgets annexes : budget annexe dotation non affectée - DNA (budget A) ; budget annexe EHPAD (budget E) ; budget annexe École et institut de formation des professionnels paramédicaux et sages-femmes (budget C) ; budget annexe autres activités relevant de la loi sociale du 30/06/1975 - Autisme (budget P) ; budget annexe groupement hospitaliers régionaux - GHT 21-52 (budget G).

En raison de la crise sanitaire et de donc de l'extrême sollicitation des établissements de santé, l'arrêté des comptes 2019 des établissements publics de santé a été repoussé au 31 octobre 2020. Les données relatives aux comptes 2019 du CHU figurant dans le rapport étaient des données provisoires au moment où la chambre a délibéré. En conséquence les observations de la chambre s'appuient principalement sur les derniers comptes adoptés, à savoir l'exercice 2018.

4.1 Des résultats annuels tous budgets confondus sur la période

Après plusieurs exercices déficitaires, le résultat annuel tous budgets confondus du CHU est devenu positif à partir de 2014, puis en hausse significative sur les exercices suivants. Le résultat cumulé de fonctionnement devient positif à partir de 2017.

4.1.1 Les résultats annuels tous budgets

Tableau n° 24 : Évolution du résultat d'exploitation du budget principal et des budgets annexes

En €	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution 2014-2018
TOTAL DES CHARGES CONSOLIDEES	543 900 758	562 696 784	595 172 677	611 831 921	644 323 476	18,5%
évolution annuelle		3,5%	5,8%	2,8%	5,3%	
TOTAL DES PRODUITS CONSOLIDES	545 301 738	568 905 562	598 306 880	640 430 140	658 761 279	20,8%
évolution annuelle		4,3%	5,2%	7,0%	2,9%	
= RESULTAT DE L'EXERCICE CONSOLIDE	1 400 980	6 208 778	3 134 203	28 598 220	14 437 803	
Taux : résultat consolidé en % des produits	0,26%	1,09%	0,52%	4,47%	2,19%	

Source : Comptes financiers.

Les charges comme les produits consolidés ont connu une progression régulière sur la période 2014-2018, de respectivement 18,5 % et 20,8 %.

En 2014, le résultat annuel consolidé de l'établissement s'établit à 1,4 M€. Il marque une rupture avec les résultats des années précédentes, négatifs. Dans le détail, le résultat du budget principal s'avère faible mais positif (292 506 €), celui du budget E – EHPAD - est négatif à hauteur de 273 965 €, et celui du budget annexe dotation non affectée DNA positif à hauteur de 1 280 736 €, ce qui permet à l'année 2014 d'afficher un résultat excédentaire supérieur à 1 M€.

Sur la période examinée, il convient de relever l'importance des résultats de l'année 2017 qui s'explique pour partie par une cession opérée sur le budget annexe DNA, d'un montant de 11,86 M€, et relative à la vente à la ville de Dijon du site de l'ex-hôpital Général de Dijon. Retraité de ce montant, le résultat consolidé de l'année 2017 s'établit toujours à un montant élevé de 17 M€ environ et concerne le budget principal. Pour l'exercice 2018 également le résultat du budget principal s'avère important (13,8 M€), en dépit d'une pénalité de remboursement anticipée sur un emprunt toxique de 5,6 M€.

Les résultats annuels consolidés de l'établissement, bien qu'erratiques, sont constamment positifs, reflétant une situation financière qui s'est améliorée de façon constante au cours de la période examinée.

Dès lors, le déficit cumulé de fonctionnement, de - 40,7 M€ en 2014, s'est progressivement résorbé. L'établissement présente au 31 décembre 2018 un excédent de fonctionnement cumulé de 5,8 M€.

Le CHU de Dijon a connu une amélioration de sa situation financière en deux phases ; la première a débuté en 2014, exercice à partir duquel les résultats redeviennent excédentaires, puis la seconde à partir de 2017 où les résultats connaissent une très forte progression, même après neutralisation de la recette exceptionnelle de 11 M€ résultant de la vente du site hospitalier. Cette amélioration est en partie imputable à un rythme de progression des recettes supérieur à celui des dépenses.

Enfin, il convient de signaler la perception d'aides financières importantes qui ont également contribué à cette amélioration des résultats.

4.1.2 Les résultats annuels par budget

Tableau n° 25 : Résultats annuels par budget depuis 2014

<i>En €</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019 prov</i>
RESULTATS ANNUELS CONSOLIDES	1 400 980	6 208 778	3 134 203	28 598 220	14 437 803	10 418 636
- dont Budget H	292 506	4 561 922	2 259 450	17 082 852	13 840 962	10 354 153
- dont Budget A - DNA	1 280 736	1 512 648	1 162 981	11 696 279	1 291 394	422 012
- dont Budget E - EHPAD	-273 965	21 063	-301 036	-101 241	-867 988	-587 665
- dont Budget C - Ecoles	71 548	46 628	-78 399	-89 400	105 004	173 015
- dont Budget P - Autres activités art L312-1 du CASF	30 155	66 517	91 207	9 730	68 432	57 121
- dont Budget G - GHT				0	0	

Source : Comptes financiers.

Avec 635,5 M€ de recettes en 2018 (639 M€ en 2019 provisoire), le budget principal concentre 96 % du budget consolidé 2018, de 659 M€ (661,7 M€ en 2019 provisoire). De plus, ce budget est à l'origine des résultats importants relevés en fin de période examinée.

4.2 Évolution des charges et des produits

4.2.1 L'évolution des charges

**Tableau n° 26 : Évolution des charges par titres fonctionnels –
Compte de résultat du budget principal (budget H) - Années 2014 à 2019 -**

En €	2013 pour information	2014	2015	2016	2017	2018	2019 provisoire	Evolution 2014-2018	var. annuelle moy. 2014
Titre 1 - Charges de personnel	289 213 287	293 958 171	299 173 385	308 467 619	319 008 201	329 530 773	338 973 750	12,1%	2,9%
<i>Variation annuelle</i>		1,6%	1,8%	3,1%	3,4%	3,3%			
Part du titre 1 dans le total des charges	58,20%	56,30%	55,25%	53,78%	54,08%	53,00%			
Titre 2 - Charges à caractère médical	111 922 911	123 639 204	131 337 227	144 842 524	158 308 052	171 661 365	169 867 827	38,8%	8,5%
<i>Variation annuelle</i>		10,5%	6,2%	10,3%	9,3%	8,4%			
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	33 726 724	33 378 077	33 625 546	34 258 458	36 747 859	38 025 316	40 827 217	13,9%	3,3%
<i>Variation annuelle</i>		-1,0%	0,7%	1,9%	7,3%	3,5%			
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et except.	62 086 034	71 180 795	77 374 108	86 047 126	75 810 421	82 484 550	79 016 646	15,9%	3,8%
<i>Variation annuelle</i>		14,6%	8,7%	11,2%	-11,9%	8,8%			
<i>-dont dotations aux provisions</i>	326 165	8 767 803	19 176 466	19 040 194	15 771 284	16 167 428			
<i>Variation annuelle</i>		2588,2%	118,7%	-0,7%	-17,2%	2,5%			
TOTAL DES CHARGES	496 948 955	522 156 248	541 510 266	573 615 726	589 874 532	621 702 003	628 685 440	19,1%	4,5%
<i>Variation annuelle</i>		5,1%	3,7%	5,9%	2,8%	5,4%			
Total des charges hors effet dotation totale provisions	496 948 955	522 156 248	541 510 266	561 615 726	577 874 532	609 702 003		16,8%	4,0%
<i>Variation annuelle hors effet dotation totale des provisions</i>		5,1%	3,7%	3,7%	2,9%	5,5%			

Source : Comptes financiers

4.2.1.1 Les charges de personnel

En passant de 294 M€ à 329,5 € en 2018, les charges de personnel ont progressé de 12,1 % sur la période 2014-2018, soit une augmentation moyenne annuelle de 2,9 %, inférieure à celle de l'ensemble des charges, de 4,5 %. Elles s'élevaient à près de 339 M€ en 2019 (donnée provisoire).

Après une hausse de moins de 2 % en 2014 et 2015, elles affichent à compter de 2016 une progression plus dynamique, supérieure ou égale à 3 %. La constante des effectifs médicaux et non médicaux couplée à des mesures engagées au niveau national (revalorisation du point d'indice, réforme plus spécifique pour le personnel non médical concernant le « Parcours Professionnels Carrières Rémunérations », la réforme des astreintes et la revalorisation de l'indemnité de service publique pour le personnel médical) sont à l'origine de la dynamique des dépenses de personnel.

En 2018, les charges de personnel, premier poste de dépenses, représentaient 53 % des charges totales du budget principal. Les évolutions salariales décidées dans le cadre du « Ségur de la santé » devraient renforcer la dynamique précédemment observée.

Le tableau ci-dessous présente le détail des charges de personnel. Il convient de noter que les charges de personnel présentées sont nettes des remboursements sur charges de personnel.

Tableau n° 27 : Détail des charges de personnel sur la période 2014 à 2019 (provisoire) - charges de personnel nettes des remboursements sur rémunérations²²

<i>En €</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019 provisoire
Personnel titulaire et stagiaire	122 352 271	124 093 142	123 116 248	124 348 578	124 825 033	126 506 513
+ Personnel en CDI	11 504 936	10 587 707	14 287 510	18 018 987	23 546 356	25 847 303
+ Personnel en CDD	6 679 205	6 995 407	7 084 676	8 887 568	8 863 824	8 413 158
+ Contrats aidés et apprentis	1 752 267	2 158 261	2 354 025	1 901 271	463 267	112 914
- Atténuations de charges	2 348 532	3 750 619	4 121 563	4 111 235	1 914 917	2 205 823
= Rémunérations du personnel non médical (a)	139 940 147	140 083 897	142 720 896	149 045 168	155 783 563	158 674 065
<i>en % des rémunérations totales</i>	<i>74,41%</i>	<i>73,91%</i>	<i>73,36%</i>	<i>73,50%</i>	<i>73,24%</i>	<i>71,95%</i>
Praticiens hospitaliers	21 833 088	21 981 299	24 144 186	24 611 387	24 538 234	25 300 091
+ Praticiens hospitaliers contractuels	5 634 719	5 650 445	6 910 140	7 491 084	8 289 742	8 898 588
+ Internes et étudiants	15 887 816	16 124 112	18 128 659	18 942 128	20 572 143	21 422 786
+ Autres rémunérations (y c. permanence des soins et tps de tr	7 297 169	8 888 127	5 842 655	5 974 573	6 592 871	8 001 360
- Atténuations de charges	2 523 243	3 189 300	3 199 477	3 291 452	3 069 835	1 749 558
= Rémunérations du personnel médical (b)	48 129 548	49 454 683	51 826 163	53 727 721	56 923 155	61 873 267
<i>en % des rémunérations totales</i>	<i>25,59%</i>	<i>26,09%</i>	<i>26,64%</i>	<i>26,50%</i>	<i>26,76%</i>	<i>28,05%</i>
Rémunérations du personnel (a+b)	188 069 694	189 538 580	194 547 059	202 772 889	212 706 718	220 547 333
<i>en % des produits courants du budget H</i>	<i>37,57%</i>	<i>36,95%</i>	<i>36,43%</i>	<i>35,98%</i>	<i>36,47%</i>	<i>36,93%</i>
<i>(CDD + contrats aidés) / Rémunérations PNM</i>	<i>6,03%</i>	<i>6,53%</i>	<i>6,61%</i>	<i>7,24%</i>	<i>5,99%</i>	<i>5,37%</i>
<i>(PH contractuels + internes) / Rémunérations PM</i>	<i>44,72%</i>	<i>44,03%</i>	<i>48,31%</i>	<i>49,20%</i>	<i>50,70%</i>	<i>49,01%</i>
<i>Autres rémunérations / Rémunérations PM</i>	<i>15,16%</i>	<i>17,97%</i>	<i>11,27%</i>	<i>11,12%</i>	<i>11,58%</i>	<i>12,93%</i>
<i>en % des produits courants du budget H</i>	<i>0,00%</i>	<i>0,00%</i>	<i>0,00%</i>	<i>0,02%</i>	<i>0,08%</i>	<i>0,11%</i>
Rémunération du personnel	188 069 694	189 538 580	194 547 059	202 772 889	212 706 718	220 547 333
+ Charges sociales totales sur personnel	72 747 808	73 587 828	76 521 979	77 912 458	80 456 181	81 250 223
+ Honoraires médecine libérale et indemnités d'enseignement	18 953	17 652	23 086	24 471	27 825	25 697
+ Autres charges de personnel	607 745	906 872	565 698	581 666	482 435	571 482
+ Impôts et taxes liés au personnel	27 595 906	28 018 296	29 339 579	30 118 385	30 323 371	31 845 422
Dont taxe sur les salaires	17 673 878	17 722 758	18 172 900	19 178 777	19 394 509	20 478 271
= Charges de personnel interne	289 040 107	292 069 229	300 997 401	311 409 869	323 996 530	334 240 156
+ Charges de personnel externe	46 290	164 236	149 178	195 644	549 491	778 213
= Charges de personnel totales budget H	289 086 397	292 233 465	301 146 579	311 605 513	324 546 021	335 018 370
<i>CP externe / CP totales</i>	<i>0,02%</i>	<i>0,06%</i>	<i>0,05%</i>	<i>0,06%</i>	<i>0,17%</i>	<i>0,23%</i>
<i>+ remboursements sur charges de personnel</i>					4 984 752	
= Charges de personnel brutes					329 530 773	
Charges sociales nettes sur personnel non médical (a)	57 997 085	57 964 750	59 835 673	60 574 811	62 366 301	62 655 863
<i>Part des charges dans la rémunération chargée</i>	<i>29,30%</i>	<i>29,27%</i>	<i>29,54%</i>	<i>28,90%</i>	<i>28,59%</i>	<i>28,31%</i>
Charges sociales nettes sur personnel médical (b)	14 750 724	15 623 078	16 686 307	17 337 647	18 089 881	18 594 360
<i>Part des charges dans la rémunération chargée</i>	<i>23,46%</i>	<i>24,01%</i>	<i>24,36%</i>	<i>24,40%</i>	<i>24,12%</i>	<i>23,11%</i>

Source : logiciel ANAFI d'après les comptes financiers

²² À noter qu'en 2018, les remboursements sur rémunérations pour le personnel non médical (c/6419) étaient de 1 914 917 € et de 3 069 835 € pour le personnel médical (C/6429), soit un total de 4 984 752 € d'atténuations de charges de personnel.

4.2.1.2 Les charges à caractère médical

Les charges à caractère médical sont passées de 123,6 M€ en 2014 à 171,7 M€ en 2018 soit une augmentation de 48 M€ sur 2014-2018. Elles connaissent ainsi une progression régulière et très dynamique de 38,8 % sur la période examinée, et de 8,5 % en moyenne annuelle. Représentant 27,6 % du total des charges en 2018, elles constituent le 2^{ème} poste de dépenses du budget principal. En 2019 (provisoire), les charges à caractère médical marquent une pause et s'établissent à un peu moins de 170 M€.

Tableau n° 28 : Détail des charges à caractère médical (titre 2)

en €	2013 pour information	2014	2015	2016	2017	2018	var 2014- 2018
Titre 2 - Charges à caractère médical	111 922 911	123 639 204	131 337 227	144 842 524	158 308 052	171 661 365	38,8%
<i>variation annuelle</i>		10,5%	6,2%	10,3%	9,3%	8,4%	
-dont produits pharma produits usage médical c/6021	51 501 435	61 287 899	62 618 239	69 115 090	50 345 444	83 015 812	35,5%
<i>variation annuelle</i>		19,0%	2,2%	10,4%	-27,2%	64,9%	
-dont fourn prod finis petit med medi-tech c/6022	43 140 297	44 743 022	48 912 250	54 192 083	56 637 297	61 774 350	38,1%
<i>variation annuelle</i>		3,7%	9,3%	10,8%	4,5%	9,1%	
Sous-total c/602	94 641 731	106 030 921	111 530 488	123 307 173	106 982 741	144 790 162	36,6%
<i>variation annuelle</i>		12,0%	5,2%	10,6%	-13,2%	35,3%	
-dont ch. a caractère médical et pharmaceutique c/6071	0	0	0	0	28 806 887	0	
-dont fournitures médicales c/6066	190 991	578 462	614 746	698 708	662 660	654 054	13,1%
-dont variation des stocks à caractère médical c/603	3 988 293	4 072 938	5 596 452	5 975 392	6 855 236	7 943 158	95,0%
-dont sous- traitance générale c/611	7 563 399	7 175 664	7 656 872	8 814 225	8 911 081	11 508 687	60,4%
-dont locations a caractere médical c/6131	606 669	784 474	792 906	770 550	854 836	1 260 690	60,7%
dont entr. Répar biens caract médical c/6151	4 931 827	4 996 745	5 145 762	5 276 476	5 234 611	5 504 614	10,2%

Source : comptes financiers.

Dans le détail, si certaines lignes de dépenses médicales apparaissent stables au fil des années, d'autres au contraire connaissent des évolutions fortement différenciées.

Ainsi, les achats de produits pharmaceutiques, produits à usage médical, comptabilisés au compte 6021, affichent des évolutions extrêmement variables, avec en 2016 une augmentation de 10,4 % (+ 6,5 M€), en 2017 une diminution de 27,2 % (soit - 18,8 M€), puis à nouveau une hausse en 2018, de 65 % (soit + 32,7 M€).

De même, les achats à caractère médical et pharmaceutiques comptabilisés au compte 607, qui retracent les achats revendus, en l'état, et notamment les rétrocessions de médicaments, enregistrent, sur la période 2014 à 2018, des imputations comptables conséquentes durant la gestion 2017, pour 28,8 M€.

Selon le code de la santé publique (article R. 5126-102), une rétrocession est la dispensation par une pharmacie à usage intérieur de médicaments à des patients non hospitalisés. L'instruction M21 précisait que les achats de médicaments devant faire l'objet d'une rétrocession doivent être inscrits au compte 607 « achats de marchandises ». Cette écriture permet ainsi de connaître le montant des médicaments ayant servi directement à l'activité hospitalière, en excluant ceux revendus dans l'année. Il convient de noter que les recettes correspondantes de rétrocessions de médicaments étaient inscrites au compte 7071. À compter de 2018, l'instruction M21 exclut la réimputation des médicaments rétrocedés au compte 607.

L'addition des comptes 602 et 607, même si elle n'est pas exacte au regard de l'instruction comptable M21 sur la période 2014 à 2017, permet de constater des évolutions moins atypiques de ces postes d'achats.

**Tableau n° 29 : Les achats stockés y compris les rétrocessions de médicaments
- Années 2014 à 2018 -**

en €	2013 pour information	2014	2015	2016	2017	2018
compte 602 -achats stockés - autres approvisionnements (1)	94 641 731	106 030 921	111 530 488	123 307 173	106 982 741	144 790 162
compte 607 Achats de marchandises (2)	0	0	0	0	28 806 887	0
Total compte 602 + 607	94 641 731	106 030 921	111 530 488	123 307 173	135 789 628	144 790 162
<i>variation annuelle</i>		<i>12,0%</i>	<i>5,2%</i>	<i>10,6%</i>	<i>10,1%</i>	<i>6,6%</i>

Source : *comptes financiers*.

(1) Le compte 602 concerne l'ensemble des matières consommées directement par l'établissement pour exercer les activités pour lesquelles il a été créé.

(2) Le compte 607 enregistre les achats de marchandises devant être revendus en l'état (comptabilisation de la vente au compte 707) à l'exclusion des médicaments rétrocédés.

4.2.1.3 Les charges à caractère hôtelier (titre 3)

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) affichent une progression annuelle moyenne de 3,3 %, un peu inférieure à celle de l'ensemble des charges. Stables jusqu'en 2016, elles affichent une hausse à compter de 2017 en raison notamment de la progression de certaines charges, tels les prestations de nettoyage, les dépenses de prestations informatiques et d'infogérance et des dépenses de transport. Il convient de relever de nouvelles charges à caractère général à compter de la gestion 2017 de contribution au groupement hospitalier territorial (GHT) créé en 2017. Ces charges se sont élevées à 620 000 € en 2018 et 794 000 € en 2019 (provisoire).

4.2.1.4 Les charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles (titre 4)

Les charges du titre 4 affichent une augmentation annuelle moyenne de 3,8 % sur la période 2014-2018. Toutefois, si les charges exceptionnelles présentent des montants stables, à hauteur de 6 à 7 M€, comprenant notamment des charges de titres annulés sur exercices antérieurs stables comprises dans une fourchette de 2,4 à 4 M€, les autres postes de dépenses connaissent des évolutions différenciées et parfois erratiques.

**Tableau n° 30 : Évolution des charges du titre 4 (amortissements, provisions, financières et exceptionnelles) – Budget principal H
- Années 2014 à 2018 -**

En €	2013 pour information	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution 2014-2018	var. annuelle moy. 2014 2018
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	62 086 034	71 180 795	77 374 108	86 047 126	75 810 421	82 484 550	15,9%	3,8%
<i>Variation annuelle</i>		14,6%	8,7%	11,2%	-11,9%	8,8%		
Charges financières		19 239 921	14 182 724	16 441 255	13 649 899	19 802 207	2,9%	0,7%
-dont charges d'intérêts		19 239 894	12 116 457	16 434 979	13 649 900	14 222 207		
- dont autres charges financières		0	2 066 267	6 276	0	5 580 000		
Charges exceptionnelles		5 873 631	6 897 931	6 481 300	7 835 938	7 287 140	24,1%	5,5%
Dotation aux amortissements, dépréciations et aux provisions		46 067 243	56 293 453	63 124 571	54 324 583	55 395 202	20,2%	4,7%
-dont dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corp.		30 252 586	34 808 688	44 072 527	38 541 449	39 215 924		
-dont dotations aux provisions	326 165	8 767 803	19 176 466	19 040 194	15 771 284	16 167 428	84,4%	16,5%
Dotation aux amortissements, dépréciations et aux provisions hors dotations aux provisions		37 299 441	37 116 986	44 084 377	38 553 299	39 227 774	5,2%	1,3%

Source : Comptes financiers.

Les charges financières tendent à diminuer sur la période, ce qui s'explique par le fait que le CHU n'a plus emprunté depuis 2014. Toutefois, en 2015 et 2018, elles enregistrent des pertes sur échanges de taux d'intérêts et indemnités de renégociation de la dette, pour respectivement 2,1 M€ et 5,6 M€ en raison d'emprunts à risques très élevés. En 2019 (provisoire), les charges financières sont estimées à de 12,3 M€.

S'agissant des dotations aux amortissements des immobilisations, il convient de relever un pic en 2016 en raison de la mise en œuvre de l'amortissement par composants de l'opération « Bocage Central » sur l'exercice 2016, antérieurement en amortissement linéaire et en amortissement progressif ; ce qui a entraîné une charge supplémentaire de 9,3 M€ en 2016.

Les charges de dotations aux provisions n'ont pas été comptabilisées de façon régulière, comme il a été vu au point relatif à la fiabilité des comptes. De ce fait, sur les dernières années examinées, les dotations aux provisions enregistrées sans réelle justification atteignent environ 12 M€, majorant d'autant le total des charges d'exploitation.

**Tableau n° 31 : Charges d'exploitation du budget H avec dotations aux provisions modifiées
- Années 2014 à 2018 -**

En €	2013 pour information	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL DES CHARGES	496 948 955	522 156 248	541 510 266	573 615 726	589 874 532	621 702 003
<i>Variation annuelle</i>		5,1%	3,7%	5,9%	2,8%	5,4%
Total des charges hors effet dotation totale provisions	496 948 955	522 156 248	541 510 266	561 615 726	577 874 532	609 702 003
<i>Variation annuelle hors effet dotation totale des provisions</i>		5,1%	3,7%	3,7%	2,9%	5,5%

Source : Comptes financiers

Cette nouvelle façon de comptabiliser les dotations aux provisions modifie l'évolution des charges d'exploitation en 2016, qui serait de 3,7 % au lieu de 5,9 %.

4.2.2 L'évolution des produits

Cette évolution est portée par les produits de l'activité hospitalière.

Tableau n° 32 : Évolution des produits par titres fonctionnels – Compte de résultat du budget principal (budget H) -Années 2014 à 2019 -

<i>En €</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019 provisoire</i>	<i>Evolution 2014- 2018</i>	<i>var. annuelle moy. 2014 2018</i>
Titre 1 - Produits versés par l'Assurance Maladie	393 096 398	429 432 219	446 255 633	467 218 960	489 552 119	500 891 428	24,5%	5,6%
<i>Variation annuelle</i>		9,2%	3,9%	4,7%	4,8%			
Part du titre 1 dans le total des charges	75,24%	78,64%	77,49%	76,98%	77,03%			
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	37 099 787	38 941 771	41 995 255	43 779 781	43 803 488	44 887 046	18,1%	4,2%
<i>Variation annuelle</i>		5,0%	7,8%	4,2%	0,1%			
= PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE	430 196 185	468 373 990	488 250 889	510 998 741	533 355 606	545 778 475		
Titre 3 - Autres produits	92 252 568	77 698 199	87 624 287	95 958 643	102 187 359	93 261 118	10,8%	2,6%
<i>Variation annuelle</i>		-15,8%	12,8%	9,5%	6,5%			
TOTAL DES PRODUITS	522 448 754	546 072 189	575 875 176	606 957 384	635 542 965	639 039 593	21,6%	5,0%
<i>Variation annuelle</i>		4,5%	5,5%	5,4%	4,7%			
Total des produits hors effet reprise totale provisions	522 448 754	546 072 189	563 875 176	594 957 384	623 542 965		19,4%	4,5%
<i>Variation annuelle hors effet dotation totale des provisions</i>		4,5%	3,3%	5,5%	4,8%			

**Tableau n° 33 : Evolution des produits de l'activité hospitalière (titre 1 + titre 2) - Budget H
- Années 2014 à 2018 -**

<i>En €</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>var 2014-2018</i>	<i>Var annuelle moy.</i>
Produits de la tarification à l'activité (a)	280 942 049	282 962 875	296 763 355	312 206 068	329 294 196	17,2%	4,0%
Dont pdts de la tarification des séjours	251 173 523	252 081 688	262 586 384	270 950 132	276 928 258		2,5%
<i>variation annuelle en %</i>		<i>0,4%</i>	<i>4,2%</i>	<i>3,2%</i>	<i>2,2%</i>		
<i>variation annuelle en montants</i>		<i>908 165</i>	<i>10 504 696</i>	<i>8 363 748</i>	<i>5 978 126</i>		
Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus c/73112 et 73113	29 768 526	30 881 187	34 176 971	41 255 936	52 365 938	75,9%	15,2%
<i>variation annuelle en %</i>		<i>3,7%</i>	<i>10,7%</i>	<i>20,7%</i>	<i>26,9%</i>		
<i>variation annuelle en montants</i>		<i>1 112 661</i>	<i>3 295 784</i>	<i>7 078 965</i>	<i>11 110 002</i>		
Produits forfaitaires (b)	90 684 491	99 470 519	103 036 529	104 756 028	107 689 793	18,8%	4,4%
Dont forfait urgences, prélèvements et transplantations MCO c/73114	3 838 872	4 335 803	5 409 562	5 084 173	5 620 304		10,0%
Dont produits du financement des activités de SSR c/73115	0	0	0	1 318 988	1 644 273		
Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) MCO c/73118	63 120 591	67 328 493	73 522 454	75 759 118	77 875 002		5,4%
Dont dotations annuelles de financement (DAF) c/73117	23 725 028	27 806 223	24 104 513	22 593 749	22 550 214		-1,3%
Produits de l'hospitalisation (a+b=c)	371 626 540	382 433 394	399 799 884	416 962 096	436 983 989	17,6%	4,1%
Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)	19 109 898	22 408 066	23 207 411	23 915 603	26 448 580		8,5%
Dont consultations externes c/7312	16 308 569	18 890 321	19 650 656	19 968 223	21 932 250		7,7%
Dont forfait accueil et traitement des urgences c/7312	1 016 556	1 206 505	1 124 373	1 221 595	1 274 634		5,8%
Dont autres forfaits c/7312	1 784 774	2 311 240	2 432 382	2 725 784	3 241 695		16,1%
Produits à la charge de l'assurance maladie (c+d=e)	390 736 438	404 841 460	423 007 295	440 877 699	463 432 569	18,6%	4,4%
<i>en % des produits d'exploitation</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>		0,3%
Fonds d'intervention régional FIR c/7471	0	20 451 287	20 321 858	20 805 483	21 882 035		
Produits des ex. antérieurs à la charge de l'AM c/7722	2 359 961	4 139 472	2 926 481	5 535 779	4 237 515		
= PRODUITS VERSES PAR L'ASSURANCE MALADIE (Titre 1)	393 096 399	429 432 219	446 255 634	467 218 961	489 552 119	24,5%	5,6%
Produits à la charge des patients et complémentaires santé	33 996 285	34 630 811	35 798 181	37 436 730	37 432 911		2,4%
Produits sur patients étrangers et autres établissements	3 103 502	4 310 960	6 197 074	6 343 051	6 370 577		19,7%
= PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSP. NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE (Titre 2)	37 099 787	38 941 771	41 995 255	43 779 781	43 803 488	18,1%	4,2%
TOTAL DES PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE (Titre 1 + 2)	430 196 186	468 373 990	488 250 889	510 998 742	533 355 607	24,0%	5,5%

Source : comptes financiers - Logiciel ANAFI d'après les comptes financiers

Entre 2014 et 2018, les produits de l'activité hospitalière affichent une progression annuelle moyenne dynamique de 5,5 %, passant de 430,2 M€ en 2014 à 533,4 M€ en 2018, soit une hausse de produits de 103,2 M€. Cette hausse doit toutefois être retraitée pour tenir compte du passage, en 2015, du montant annuel du fonds d'intervention régional FIR du titre 3 au titre 1. En rajoutant en 2014 le montant du FIR (19,9 M€) au titre 1, les produits de l'activité hospitalière seraient passés de 450,1 M€ en 2014 à 533,4 M€ en 2018, ramenant l'augmentation de ces produits à 83,3 M€ sur la période, soit une variation annuelle moyenne de 4,3 %.

Les produits de l'hospitalisation ont augmenté de 65,4 M€ sur la période examinée, soit une hausse annuelle moyenne de 4,1 %.

Les produits de la tarification à l'activité, qui représentent en 2018 près des deux tiers du total des produits de l'activité hospitalière, ont progressé pour leur part de 48,4 M€, soit 4 % de hausse annuelle moyenne. Parmi eux, les produits de la tarification des séjours, qui constituent en 2018 un peu plus de la moitié (55 %) du total des produits de l'activité hospitalière, progressent de 10 % sur la période 2014-2018.

L'établissement a en effet enregistré une augmentation de 6 % de ses séjours en hospitalisation complète sur la période. L'activité externe a progressé (anesthésie : +8 % ; explorations fonctionnelles : +9 % ; biologie : +22 % ; imagerie : +27 %) répondant ainsi à

une priorité identifiée du CREF 2014-2017. L'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire ont enregistré 59 938 journées en 2018 contre 42 185 en 2014, soit une progression de 42,1 %. C'est l'activité ambulatoire qui représentant en 2018 un peu plus de 30 % du nombre des entrées enregistre les évolutions les plus marquantes avec le nombre d'actes chirurgicaux et autres types d'intervention en secteur ambulatoire qui augmentent respectivement de + 33 % et + 66 % sur la période.

En passant de 29,8 M€ en 2014 à 52,4 M€ en 2018, les produits des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus, autre composante des produits de la tarification à l'activité, affichent une hausse importante de 76 % sur la période, qui explique pour partie la hausse des produits, même s'ils ne représentent que 10 % du total des produits de l'activité hospitalière. Leur progression est plus beaucoup plus marquée en 2017 et 2018, années où ils ont augmenté respectivement de 7 et 11 M€.

Les produits du titre 3 sont passés de 92,3 M€ en 2014 à 102,2 M€ en 2018.

Tableau n° 34 : Évolution des produits (titre 3) – budget principal H

En M€	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution 2014-2018
Titre 3 - Autres produits	92 252 568	77 698 199	87 624 287	95 958 643	102 187 359	10,8%
dont :						
c/70 vente de produits fabriqués(=c70 - c/7071-c/7087)	15 721 596	16 208 667	16 245 947	16 353 095	17 360 570	10,4%
c/7071 Rétrocessions de médicament	23 570 804	22 867 975	21 574 569	28 848 496	28 578 663	21,2%
c/7087 remboursement frais CRPA	3 818 766	4 046 279	4 417 940	4 780 147	4 993 109	30,8%
c/74 subvention d'exploitation (sauf c/7471-FIR)*	27 205 122	4 533 893	3 906 796	4 596 861	4 285 150	-84,2%
c/75 autres produits de gestion courante	5 141 807	4 923 311	5 424 124	6 968 202	6 997 827	36,1%
c/76 produits financiers	1 094 287	2 296 456	1 611 722	1 408 084	2 344 307	114,2%
c/77 produits exceptionnels sauf 7722	4 284 891	4 811 936	2 599 601	3 593 263	4 705 481	9,8%
dont c/775 produits des cessions	52 670	11 883	241 484	600	101 550	92,8%
c/78 reprises sur amort déprec et prov	2 272 067	4 529 452	17 025 908	13 394 969	18 442 438	711,7%
dont c/78151 reprise sur prov pour risques	0	1 415 643	8 584 510	6 648 716	11 065 784	
dont c/78174 créances	0	863 696	6 067 249	4 782 118	5 268 400	
c/0603 Variation des stocks à à caractère méd	3 650 248	5 975 392	6 855 874	7 943 158	8 785 034	140,7%
c/603 Variation des stocks	621 207	564 919	640 767	669 680	710 029	14,3%
c/062 Rembst charges personnel	4 871 775	6 939 920	7 321 040	7 402 688	4 984 752	2,3%
TOTAL titre 3 :	92 252 568	77 698 199	87 624 287	95 958 643	102 187 359	10,8%
TOTAL titre 3 hors FIR :	72 338 488	77 698 199	87 624 287	95 958 643	102 187 359	41,3%

Source : Comptes financiers

Après retraitement des subventions d'exploitation, l'évolution des produits du titre 3 apparaît plus régulière mais également plus importante, et s'explique pour partie par deux facteurs.

Comme évoqué précédemment, une comptabilisation inadéquate des produits de reprises sur provisions à compter de 2016 a eu pour effet une augmentation sensible de ces produits, estimée annuellement à environ 12 M€, pour des produits dans les faits plutôt stables.

De plus, les produits de rétrocession de médicaments, dans une fourchette moyenne de 22 M€ sur les trois premières années examinées, s'affichent à près de 29 M€ en 2017 et 2018,

soit une hausse de 7 M€. Ce constat s'expliquerait, pour l'année 2017 au moins, par un rattrapage des produits de rétrocessions après résolution d'une problématique de facturation lié au logiciel CPAGE.

Ceci explique les raisons pour lesquelles les produits du titre 3 sont passés de 92,3 M€ en 2014 à 77,7 M€ en 2015, puis 102,2 M€ en 2018.

Au final, sur la période 2014-2018, les produits du budget principal affichent une progression d'un peu plus de 20 %, soit une augmentation de recettes de 113 M€.

4.3 Les soldes intermédiaires de gestion (tous budgets confondus)

4.3.1 Une progression générale des soldes intermédiaires de gestion

Tableau n° 35 : Soldes intermédiaires de gestion– Tous budgets confondus

<i>En €</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>Variation 2014 - 2018</i>
Produits de l'activité hospitalière	427 836 225	443 783 231	465 002 550	484 657 479	507 310 999	18,6%
+ Dotations et produits de tarification des budgets annexes	14 355 215	14 104 954	14 104 588	14 100 613	13 434 376	
+ Produits annexes	16 176 268	16 525 212	16 568 003	16 664 393	17 694 097	
+ Prestations sces, tvx, études et divers	1 668 438	1 851 175	1 816 540	1 941 181	1 829 348	
+ Rétrocession de médicaments budget H	23 570 804	22 867 975	21 574 569	28 848 496	28 578 663	
+ Autres ventes de marchandises	118 786	116 759	101 738	75 788	82 970	
+ Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'activités	25 131 936	25 949 434	25 260 067	26 159 608	27 617 939	
= Chiffre d'affaires / Produits d'exploitation	508 857 672	525 198 740	544 428 055	572 447 558	596 548 392	17,2%
-dont produits d'exploitation du budget H	487 796 118	504 439 255	523 940 298	551 796 961	576 280 968	
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	<i>95,65%</i>	<i>95,86%</i>	<i>96,05%</i>	<i>96,24%</i>	<i>96,39%</i>	
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	7 178 241	7 657 069	8 814 895	8 912 864	11 509 677	
= Production propre	501 679 431	517 541 671	535 613 160	563 534 694	585 038 715	16,6%
- Achats	123 994 083	128 034 982	139 234 161	151 791 555	160 967 307	29,8%
- Sces extérieurs	13 494 072	13 700 934	13 776 643	13 787 737	14 586 397	
- Autres services extérieurs	10 058 068	10 940 602	12 054 154	12 960 014	13 175 315	
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	147 368	114 978	115 232	135 169	131 617	
Valeur ajoutée	353 985 840	364 750 175	370 432 970	384 860 219	396 178 079	11,9%
+ Autres subventions	6 577 228	3 429 926	3 111 608	3 464 453	3 136 449	
- Charges totales de personnel nettes des remboursements	303 872 357	306 950 126	315 530 713	326 028 332	339 672 764	11,8%
+ Remboursement de frais budgets annexes	3 818 766	4 046 279	4 417 940	4 780 147	4 993 109	
Résultat économique brut	60 509 477	65 276 254	62 431 805	67 076 487	64 634 873	6,8%
Marge brute d'exploitation	63 503 957	67 665 275	65 170 486	70 028 706	67 457 410	6,2%
= Capacité d'autofinancement brute (a)	46 381 133	57 698 772	48 995 848	58 830 385	51 245 948	10,5%
Capacité d'autofinancement brute	46 381 131	57 698 055	48 942 376	58 822 575	51 028 450	10,0%
Quote-part des subventions d'inv. Transférés compte 777)	260 372	189 628	205 698	277 411	439 849	
- Dotations nettes aux amortissements	31 220 867	35 821 032	45 136 636	39 695 861	40 609 489	
- Dotations nettes aux provisions	13 852 172	17 159 338	2 127 987	2 368 389	-2 440 245	
= Sous-total des opérations d'ordre (b)	-44 812 667	-52 790 742	-47 058 925	-41 786 839	-37 729 395	
Produits de cessions des éléments d'actifs	1 216 902	1 465 777	1 396 484	11 925 797	1 191 428	
- Valeur nette des éléments d'actifs cédés	1 384 385	164 312	145 732	363 313	52 681	
= +/- valeurs de cessions ©	-167 483	1 301 465	1 250 752	11 562 484	1 138 747	
=Résultat net comptable (a+b+c)	1 400 981	6 208 778	3 134 203	28 598 220	14 437 802	

Source : comptes financiers - Logiciel ANAFI d'après les comptes financiers – données du CHU

L'ensemble des soldes intermédiaires de gestion du budget consolidé s'améliore au cours la période sous contrôle. Le chiffre d'affaires, ou produits d'exploitation, passe de 508,8 M€ en 2014 à 596,5 M€ en 2018 (604,4 M€ en 2019 en donnée provisoire) grâce à une excellente dynamique des produits de l'activité hospitalière, qui ont crû de 19 % sur la période 2014-2018 (23 % sur 2014-2019 provisoire).

Les achats (161 M€ en 2018) affichent une croissance élevée de près de 30 % sur la période 2014-2018, corollaire de la hausse de l'activité hospitalière.

La valeur ajoutée résulte de la différence entre les produits bruts d'exploitation (chiffre d'affaires + produits de la sous-traitance médicale) et les consommations intermédiaires (achats et services extérieurs). Elle connaît une croissance régulière, de 11,9 %, et s'établit à 396,2 M€ en 2018 (403,5 M€ en 2019 - donnée provisoire). Elle permet aisément à l'établissement de couvrir les charges de personnel, qui ont connu une progression du même ordre.

4.3.2 Focus sur la marge brute

La marge brute exprime la capacité économique de l'établissement à financer ses investissements ainsi que les charges de la dette au moyen des recettes générées par son activité courante. L'instruction ministérielle DGOS du 4 mars 2016 précise également un taux cible de marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits hors aides financières.

Tableau n° 36 : Marge brute et couverture des dépenses récurrentes
– années 2014 à 2018 -

<i>En €</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>Cumul 2014-2018</i>
Marge brute d'exploitation avec aides :	63 503 957	67 665 275	65 170 486	70 028 706	67 457 410	333 825 834
Aides financières non pérennes :	15 461 895	19 681 767	18 681 767	15 801 376	15 801 376	85 428 181
-dont aides financières conjoncturelles		4 000 000	3 000 000			
-dont FIR aides ARS - Soutien régional à l'investissement	10 114 149	10 334 021	10 334 021	10 653 630	10 653 630	
- dont AC nationales investissement	5 347 746	5 347 746	5 347 746	5 147 746	5 147 746	
Marge brute d'exploitation hors aides :	48 042 062	47 983 508	46 488 719	54 227 330	51 656 034	248 397 653
Annuité de la dette (intérêts et capital)	44 903 606	37 529 932	40 494 886	34 816 047	40 115 593	197 860 064
3 % des produits d'exploitation	16 359 052	17 067 167	17 949 206	19 212 904	19 762 838	90 351 168
= Total des dépenses récurrentes	61 262 658	54 597 099	58 444 092	54 028 951	59 878 431	288 211 232
Ecart dépenses récurrentes / marge brute hors aides	13 220 596	6 613 591	11 955 373	-198 379	8 222 397	39 813 579

Source : comptes financiers - Logiciel ANAFI d'après les comptes financiers – données du CHU

Les données présentées dans le tableau ci-après montrent que la marge brute d'exploitation avec aides financières couvre très aisément sur l'ensemble de la période l'annuité de la dette et un socle minimum d'investissement de 3 % des produits d'exploitation.

Par contre, hors aides, la marge brute ne parvient pas à financer totalement les dépenses récurrentes théoriques, hormis en 2017, année où elles sont de montants équivalents. Sur l'ensemble de la période, la marge brute hors aide couvre cependant la charge de la dette (intérêts et capital), comme le demande l'instruction ministérielle du 4 mars 2016.

**Tableau n° 37 : Taux de marge brute avec aides et sans aides
– années 2014 à 2018 -**

<i>En milliers d'€</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
= Marge brute d'exploitation	63 503 957	67 665 275	65 170 486	70 028 706	67 457 410
en % des prod. courants de fonct.= Taux de marge brute avec aides	12,5%	13,4%	12,2%	12,8%	11,7%
Taux de marge brute avec aides ensemble des CHU	6,2%	5,8%	5,7%	5,2%	5,6%
Marge brute d'exploitation hors aides	48 042 062	47 983 508	46 488 719	54 227 330	51 656 034
taux de marge brute hors aides	9,9%	10,0%	9,2%	10,4%	9,3%

Source : comptes financiers- données du CHU –Scan Santé

Hors aides financières, le taux de marge brute est constamment supérieur à 9 %, au-dessus du taux cible de 8 % préconisé. Avec aides, il s'établit aux alentours de 12 % *a minima* sur la période, bien au-dessus de celui constaté sur l'ensemble des CHU, qui se situe de 5 à 6 % sur la période examinée. Le taux de marge brute aidé de l'établissement s'avère ainsi très satisfaisant.

La très bonne tenue de la marge brute d'exploitation aidée montre que l'établissement peut non seulement renouveler aisément les immobilisations nécessaires à son bon fonctionnement mais dégager également des marges de manœuvre en matière d'investissements.

L'analyse des soldes intermédiaires de gestion et tout particulièrement celle de la marge brute montre une amélioration générale de la situation financière qui ne s'explique pas uniquement par les efforts consentis par l'établissement mais également par les aides structurelles perçues.

4.3.3 Une capacité d'autofinancement satisfaisante

4.3.3.1 La capacité d'autofinancement brute (CAF brute) et le taux de CAF

**Tableau n° 38 : Évolution de la CAF brute tous budgets
- années 2014 à 2018 -**

<i>En milliers d'€</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>Var annuelle mov.</i>
CAF brute consolidée	46 381 131	57 698 055	48 942 376	58 822 575	51 028 450	2,4%
dont CAF brute du budget principal H						
CAF brute consolidée en % des produits d'exploitation	8,8%	10,6%	8,7%	9,9%	8,2%	
Médiane hôpitaux	6,0%	4,6%	4,6%	5,0%	4,9%	
CHU / médiane	146,2%	231,9%	190,4%	198,0%	167,3%	

Source : comptes financiers- tableau de bord des indicateurs financiers de l'Hôpital TBFEPS

La CAF brute consolidée tous budgets, d'un montant moyen annuel de 52,6 M€ sur la période 2014-2018 affiche une progression moyenne annuelle de 2,4 %.

Le taux de CAF brute du CHU, qui se situe bien au-dessus de celui constaté pour la médiane des hôpitaux de même catégorie depuis 2015, apparaît très correct. En 2018, il était en effet de 8,23, quand la médiane affichait un taux de 4,89. Comparativement aux autres CHU, l'établissement bénéficie d'une capacité d'autofinancement satisfaisante.

En 2019, selon les données provisoires, la CAF brute s'élèverait à 56,2 M€, confirmant son très bon niveau déjà constaté les années précédentes.

4.3.3.2 De la capacité d'autofinancement brute à la capacité d'autofinancement nette

Tableau n° 39 : La capacité d'autofinancement

En €	2014	2015	2016	2017	2018	Var annuelle moy.
Capacité d'autofinancement brute consolidée (CAF brute)	46 381 131	57 698 055	48 942 376	58 822 575	51 028 450	2,4%
- Annuité en capital de la dette (compte 16)	26 606 418	25 502 429	25 529 459	22 438 063	22 525 915	-4,1%
<i>dont compte 1631 Emprunts obligataires in fine</i>	4 078 571	4 078 571	4 078 571	4 078 571	4 078 571	
<i>dont compte 1675 bail emphytéotique net</i>	361 965	378 706	396 221	414 546	433 720	
= Capacité d'autofinancement nette consolidée (CAF nette)	19 774 713	32 195 626	23 412 917	36 384 512	28 502 535	9,6%

Source : comptes financiers- Tableau de bord des indicateurs financiers de l'Hôpital

Le niveau de la CAF brute permet largement de financer le remboursement en capital de la dette sur toute la période. Ce dernier connaît une décrue sur la période, passant de 26,6 M€ en 2014 à 22,5 M€ en 2018, soit une baisse moyenne annuelle de 4,1 %.

Bien qu'erratique à l'instar de la CAF brute, la CAF nette, qui constitue l'autofinancement dégagé de l'exploitation déduction faite du remboursement en capital de la dette, s'élève à 28,5 M€ en 2018. Elle affiche une progression annuelle moyenne dynamique de 9,6 %. Cette forte augmentation s'explique par la bonne progression moyenne de la CAF brute conjuguée à un allègement marqué du remboursement en capital de la dette bancaire et obligataire sur la période.

Les niveaux des CAF brutes et nettes du CHU apparaissent tout à fait satisfaisants.

4.3.4 L'évolution du résultat tous budgets confondus

Tableau n° 40 : Évolution du résultat net comptable tous budgets – 2014 à 2018

<i>En €</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
Capacité d'autofinancement brute (a)	46 381 131	57 698 055	48 942 376	58 822 575	51 028 450
Quote-part des subventions d'inv. Transférés compte 777)	260 372	189 628	205 698	277 411	439 849
- Dotations nettes aux amortissements	31 220 867	35 821 032	45 136 636	39 695 861	40 609 489
- Dotations nettes aux provisions	13 852 172	17 159 338	2 127 987	2 368 389	-2 440 245
= Sous-total des opérations d'ordre (b)	-44 812 667	-52 790 742	-47 058 925	-41 786 839	-37 729 395
Produits de cessions des éléments d'actifs	1 216 902	1 465 777	1 396 484	11 925 797	1 191 428
- Valeur nette des éléments d'actifs cédés	1 384 385	164 312	145 732	363 313	52 681
= +/- values de cessions (c)	-167 483	1 301 465	1 250 752	11 562 484	1 138 747
=Résultat net comptable tous budgets (a+b+c)	1 400 981	6 208 778	3 134 203	28 598 220	14 437 802
- aides financières conjoncturelles -exceptionnelles		4 000 000	3 000 000		
=Résultat net comptable hors aides financières conjoncturelles (exceptionnelles)	1 400 981	2 208 778	134 203	28 598 220	14 437 802
- aides structurelles pour surcoûts investissements	15 461 895	15 681 767	15 681 767	15 801 376	15 801 376
=Résultat net comptable hors aides financières conjonct.+structurelles	-14 060 914	-13 472 989	-15 547 564	12 796 844	-1 363 574

Source : comptes financiers - Logiciel ANAFI d'après les comptes financiers – données du CHU

S'agissant de la gestion 2017, des produits de cessions supérieurs de 10 M€ environ par rapport aux autres années présentées, qui correspondent au produit de la vente de l'ancien hôpital général pour un peu plus de 11 M€, expliquent cette année particulièrement favorable.

Par ailleurs, le versement d'aides financières non pérennes sur la période dans le cadre du CREF (aides exceptionnelles et de soutien à l'investissement) permet une bonne tenue de la CAF brute. Pour rappel, les aides exceptionnelles, versées en 2015 et 2016, se sont élevées à respectivement 4 M€ et 3 M€ et le soutien à l'investissement à plus de 15 M€ chaque année.

Le niveau des résultats du CHU a été retraité des « aides exceptionnelles » qui lui ont été versées par l'ARS au titre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) signé en 2014.

En retraitant les résultats budgétaires annuels des aides financières exceptionnelles, versées hors financement des surcoûts de l'opération « Bocage Central », l'établissement affiche sur la période examinée des résultats toujours excédentaires mais faibles sur 2014 à 2016. Retraités de la totalité des aides financières non pérennes, les résultats annuels du CHU s'avèrent déficitaires hormis en 2017, d'une hauteur proche des aides financières structurelles perçues pour surcoûts d'investissement pour 2014 à 2016.

Le niveau des résultats apparaît très satisfaisant, notamment grâce à des aides reçues dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre signé en 2014, et d'un produit exceptionnel de cession de plus de 11 M€ en 2017.

4.4 Le financement des investissements (budget consolidé) : des dépenses d'équipements totalement financées par les ressources propres de l'établissement

4.4.1 Les dépenses d'investissement et leur renouvellement

Tableau n° 41 : Évolution des dépenses d'investissement et principales opérations
- 2014 à 2018 -

En €	2014	2015	2016	2017	2018	CUMUL
DEPENSES D'INVESTISSEMENT CONSOLIDEES :	23 957 075	16 953 657	18 825 907	23 500 408	29 555 720	112 792 767
Dont dépenses du budget principal H	22 522 815	16 316 036	18 317 244	22 952 938	29 086 148	109 195 181
Opération Bocage central :	8 651 658	2 582 927	844 398	65 233	14 384	12 158 600
Restructuration hôpital enfants :	0	4 129	262 187	927 779	5 358 215	6 552 310
Autres opérations de travaux :	5 921 231	3 510 385	3 969 855	4 653 165	2 418 727	20 473 363
-Dont services d'hospitalisation	1 609 546	1 010 342	181 228	163 824	147 389	3 112 329
-Dont Infrastructures	4 311 685	2 500 043	3 788 627	4 489 341	2 271 338	17 361 034
(travaux courants et divers)	590 412	678 777	512 927	822 764	1 453 063	4 057 943
(réaménagement bâtiment E Champmaillot)			592 286	2 412 272	125 827	3 130 385
(Cuisine centrale)	1 666 585	21 098				1 687 683
Equipements Médicaux	2 899 243	4 520 259	7 312 548	7 940 348	11 649 849	34 322 247
Autres équipements	5 050 683	5 698 336	5 928 255	9 366 414	9 516 694	35 560 382
-Dont frais d'études, concessions, brevets, licences...)	674 834	1 900 760	1 114 540	1 729 720	2 384 346	7 804 200
-Dont installations générales, agencements, aménagements des constructions	1 447 065	1 481 372	1 394 988	3 053 415	3 441 757	10 818 597
-Dont matériel informatique	1 090 890	1 154 219	2 127 832	2 315 827	1 683 637	8 372 405
Dont dépenses des budgets annexes	1 440 564	641 067	508 663	549 449	470 393	3 610 136

Source : Comptes financiers, données du CHU.

Entre 2014 et 2018, le centre hospitalier a engagé près de 113 M€ de dépenses d'équipement, soit une dépense moyenne annuelle de 22,6 M€. La quasi-totalité des investissements concerne le budget principal.

En 2019, les données provisoires font ressortir des dépenses d'investissement consolidées du même ordre que les années précédentes, soit environ 25 M€.

L'opération « Bocage Central », démarrée en 2006, s'est terminée sur le début de la période examinée. Elle a impacté particulièrement l'année 2014 (8,7 M€) et dans une moindre mesure les années 2015 et 2016, pour respectivement 2,6 M€ et 0,8 M€.

La restructuration de l'hôpital enfants a débuté sur l'année 2016. Pour cette opération, d'un montant prévisionnel total de 18 M€, 6,5 M€ ont été payés sur la période 2015-2018. Les exercices 2019 et suivants participeront à hauteur de 11,5 M€ à cette opération.

Le taux de vétusté des équipements rapporte le total des amortissements des comptes d'actifs d'équipements aux comptes d'actifs bruts concernés, mesurant la part moyenne des équipements déjà amortis. Ce ratio indique le poids des équipements nécessitant d'être renouvelés.

Le taux de renouvellement des immobilisations établit un rapport entre les investissements de l'exercice et l'actif immobilisé brut total de l'établissement.

Tableau n° 42 : Taux de vétusté et taux de renouvellement

<i>En €</i>	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de vétusté des équipements (en %)	76,2%	80,5%	82,6%	81,6%	80,1%
Taux de renouvellement des immobilisations	2,8%	1,9%	2,1%	2,6%	3,2%

Source : Tableaux de bord financiers des EPS.

Le taux de vétusté des équipements du CHU est constant, il s'établit à un peu plus de 80 % depuis 2015, ce qui indique que ces immobilisations ont été amorties à 80 %. En 2018, de 80,1 % il est moins satisfaisant que celui affiché par la valeur médiane des CHU, de l'ordre de 77,9 % (sous réserve de la fiabilité des informations fournies par l'établissement).

Le taux de renouvellement des immobilisations s'est amélioré en fin de période examinée, toutefois, de 3,2 % en 2018, il reste inférieur à la valeur médiane des CHU, de 4,23 % en 2018.

La politique de renouvellement des investissements menée par l'établissement sur la période 2014 à 2018 s'avère moins importante que celle pratiquée par les autres CHU (sous réserve de la fiabilité des informations fournies par l'établissement).

4.4.2 Le financement des investissements

Tableau n° 43 : Le financement des investissements- budgets consolidés (période 2014 à 2018)

En €	2014	2015	2016	2017	2018	CUMUL
Capacité d'autofinancement brute	46 381 131	57 698 055	48 942 376	58 822 575	51 028 450	262 872 587
-Annuité en capital de la dette = Total compte 16	26 603 593	25 408 902	25 529 308	22 438 063	22 525 015	122 504 881
<i>dont compte 1631 Emprunts obligataires in fine</i>	4 078 571	4 078 571	4 078 571	4 078 571	4 078 571	20 392 857
<i>dont compte 1675 bail emphytéotique net</i>	361 965	378 706	396 221	414 546	433 720	1 985 158
= Capacité d'autofinancement nette (a)	19 777 538	32 289 153	23 413 068	36 384 512	28 503 435	140 367 706
+ Apports en capital (=c/10 net)	-615 555	944 153	3 617 719	405 985	1 414 493	5 766 795
+ Subventions d'équipement reçues	1 684 365	115 328	329 667	780 171	670 702	3 580 233
+ Produits de cession	1 216 902	1 465 777	1 396 484	11 925 797	1 191 428	17 196 388
<i>dont produit cession CRA DNA</i>	1 164 232	1 453 893	1 155 000	11 925 197	1 089 878	16 788 200
= Recettes d'investis hors emprunt (b)	2 285 712	2 525 258	5 343 870	13 111 953	3 276 622	26 543 415
= Financement propre disponible (a+b)	22 063 250	34 814 411	28 756 938	49 496 465	31 780 058	166 911 122
<i>Financement propre disponible / dép.d'équipement</i>	92,1%	205,4%	152,8%	210,6%	107,5%	148,0%
- Dépenses d'équipement nettes	23 957 075	16 953 657	18 825 907	23 500 407	29 555 721	112 792 767
- Prises de participations	100 000	13 500	9 000	0	60 000	182 500
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre (hors emprunt)	-1 993 825	17 847 254	9 922 031	25 996 058	2 164 337	
-dépôts et cautionnements reçus	1 825	2 550	2 850	2 700	2 550	12 475
+ Nouveaux emprunts de l'année	18 000 000	0	0	0	0	18 000 000
= Besoin (-) ou capa (+) de financt propre (ou variation du FDR)	16 008 000	17 849 804	9 924 881	25 998 758	2 166 887	71 948 330
+ Variation des opérations sur capital non échû des emprunts obligataires remboursables in fine	4 078 571	4 078 571	4 078 571	4 078 571	4 078 571	
= Variation totale du fonds de roulement net global	20 086 572	21 928 375	14 003 452	30 077 330	6 245 458	92 341 187

Source : Logiciel ANAFI, d'après les comptes financiers. Comptes financiers -Retraitement CRC

Le financement propre disponible, autofinancement propre à l'établissement, est constitué de l'autofinancement en provenance de l'exploitation, après paiement de l'annuité en capital de la dette, (soit l'autofinancement net) et des recettes d'investissement hors emprunt. Avec les produits supplémentaires liés à l'emprunt, il doit permettre de financer la politique d'investissements de l'établissement.

Cumulé sur la période 2014-2018, l'autofinancement net s'est élevé à 140,4 M€. De même, les recettes d'investissement hors emprunt s'établissent à un montant cumulé de 26,5 M€, et sont constituées d'apport en capital (5,8 M€), de subventions d'équipement (3,6 M€) et de produits de cession (17,2 M€), ces derniers étant tirés majoritairement du budget annexe DNA, à hauteur de 16,8 M€.

Le financement propre de l'établissement hors recettes d'emprunt, qui s'établit à 167 M€ en cumulé sur la période 2014-2018, a plus que financé les dépenses d'équipement cumulées (112,8 M€). Il convient de noter par ailleurs que les recettes d'emprunt se sont élevées à 18 M€ sur la période 2014-2018 et ne concernent que l'année 2014.

En conséquence, ce surplus de recettes a abondé le fonds de roulement de l'établissement, ou réserves, d'un peu plus de 92 M€ sur la période 2014-2018.

La chambre relève que sur la période examinée, l'autofinancement dégagé de l'exploitation a largement permis de financer non seulement l'annuité en capital de la dette, mais également la totalité des dépenses d'investissement. Sur la période 2014 à 2018, l'établissement a constamment abondé ses réserves, qui sont passées de 26,6 M€ au

1^{er} janvier 2014 à 127,7 M€ fin 2018. Toutefois sans la perception des aides financières perçues au cours de la période sous revue, l'établissement n'aurait eu d'autre solution pour financer ses investissements que d'augmenter sa dette.

4.4.3 Les valeurs bilancieller et la trésorerie

Tableau n° 44 : Fonds de roulement et trésorerie

<i>En €</i>	2014	2015	2016	2017	2018
Fonds de roulement au 31 décembre	52 036 208	75 910 788	89 914 239	119 991 568	127 705 497
- Besoin en fonds de roulement	43 393 208	45 615 788	53 286 239	41 538 568	34 630 497
= Trésorerie	8 643 000	30 295 000	36 628 000	78 453 000	93 075 000

Source : Comptes financiers - EPRD - TBFEPS

Sur la période examinée, le fonds de roulement ou réserves du CHU a régulièrement bénéficié d'abondements importants. Son niveau fin 2018, de 127 M€, est de fait particulièrement significatif. En effet, il représente 83 jours de charges courantes, bien au-dessus de la médiane constatée sur l'ensemble des CHU, qui s'établit à 32 jours.

L'importance de ces agrégats sur la période 2014-2018 s'explique par un autofinancement satisfaisant et constant, avec notamment un produit exceptionnel de cession (hôpital général) de 11 M€ en 2017, mais également par des mises en réserves pour emprunts obligataires *in fine* et pour des provisions pour renouvellement des immobilisations pour les surcoûts d'investissement de l'opération « Bocage Central » (cf. point sur la fiabilité). Ces provisionnements s'élevaient fin 2018 respectivement à 27 M€ et 33 M€, soit un total de 60 M€.

4.5 La dette du CHU : une dette élevée mais en diminution

4.5.1 L'évolution de la dette financière de l'hôpital

Tableau n° 45 : Évolution de la dette sur la période 2014 à 2019

<i>En €</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019 provisoire	var 2014- 2019	var. annuelle moyenne
Dette totale au 31/12	425 862 099	404 534 319	383 086 432	364 729 640	346 285 746	318 887 663	-25,1%	-5,6%
<i>évolution annuelle</i>		-5,0%	-5,3%	-4,8%	-5,1%	-7,9%		
Dont dettes financières	414 314 678	393 365 303	372 313 637	354 371 092	336 360 918	309 417 814	-25,3%	-5,7%
- emprunt obligataires	34 000 000	34 000 000	34 000 000	34 000 000	34 000 000	24 000 000	-29,4%	-6,7%
-emprunt auprès des étab. de crédit	379 690 492	358 785 391	337 777 999	319 873 714	301 901 800	284 996 956	-24,9%	-5,6%
- prêts des caisses d'AM	624 186	579 912	535 638	497 378	459 118	420 858		
Dont dette baux emphytéotiques	11 545 771	11 167 066	10 770 845	10 356 298	9 922 579	9 890 707	-14,3%	-3,0%

Source : logiciel ANAFI d'après les comptes financiers- Comptes financiers.

La dette de l'établissement, qui est passée de 426 M€ en 2014 à 346 M€ en 2018 et 319 M€ en 2019 (données provisoires), affiche une diminution d'environ 25 %, soit de 5,6 % en moyenne annuelle, sur la période 2014-2019. Cette situation résulte de l'absence de recours à l'emprunt depuis 2015 et du remboursement, sur l'année 2019, d'une tranche d'emprunt obligataire *in fine* de 10 M€. Au cours de l'année 2020, le remboursement d'une autre tranche d'emprunt obligataire, de 10 M€, aura également lieu.

En 2018, l'encours de dette est constitué à 87 % d'emprunts auprès d'établissements bancaires, 10 % d'emprunts obligataires et 3 % de dettes sur baux emphytéotiques. Le bail emphytéotique hospitalier, conclu en 2007, concerne la construction d'une plate-forme hospitalière d'approvisionnement.

4.5.2 La mesure de l'endettement du CHU

Bien qu'en baisse régulière, l'encours de dette reste élevé en fin de période, comme le montrent les indicateurs de soutenabilité financière défini par le code de la santé publique (CSP). Dans son article D. 6145-70, celui-ci définit de manière précise, au travers de 3 ratios, les critères d'un niveau excessif d'endettement des établissements de santé :

- un ratio de dépendance financière excédant 50 % ;
- un ratio dette/CAF excédant dix ans ;
- un encours de la dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues supérieur à 30 %.

Un régime d'autorisation préalable par l'agence régionale de santé du recours à l'emprunt s'applique aux établissements dont le niveau de dette est tel qu'il dépasse au moins deux de ces trois ratios.

Tableau n° 46 : Évolution des indicateurs de soutenabilité financière de la dette

en €	2014	2015	2016	2017	2018	variation 2014-2018	Médiane 2015	Médiane 2018
Dépendance financière (en %) (dette / capitaux permanents)	78,3	76,9	79,6	78,0	72,3	-7,7%	62,9	62,5
Poids de la dette (en %) (dette / total des produits)	80,0	73,4	66,2	58,9	54,2	-32,3%	38,0	35,1
Durée apparente de désendettement (en année) (dette / CAF)	9,2	7,0	7,8	6,2	6,8	-26,1%	NC	7,7

Source : Comptes financiers - TBFEPS

Le ratio de dépendance financière du CHU est proche de 80 % jusqu'en 2017, il amorce une décline en 2018. Il convient de noter que la médiane de l'ensemble des centres hospitaliers régionaux s'établit à 62,5 % en 2018.

Extrêmement élevé en 2014 (80 %), le ratio « poids de la dette » s'améliore très régulièrement sur la période et s'établit à 54,2 % en 2018 ; pour comparaison, l'ensemble des CHR présente un ratio moyen de 35,1 %.

Enfin le ratio de durée apparente de la dette se situe à 9,2 ans en 2014, proche du seuil de 10 années recommandé par le CSP, puis présente une évolution plus décroissante, 6,2 ans en 2017 et 6,8 ans en 2018. Cette dernière année, il est inférieur à celui de la médiane des CHR, qui s'établit à 7,7 ans, démontrant ainsi une capacité de désendettement qui s'est améliorée au fil des années.

Même si les indicateurs de soutenabilité présentés montrent une amélioration générale de la situation du CHU au regard de son endettement, le CHU dépasse les seuils pour deux des critères (ratio de dépendance financière supérieur à 50 %, ratio « poids de la dette » supérieur à 30 %) qui le fait relever du régime d'autorisation préalable d'emprunt par l'agence régionale de santé pour toute la période examinée. Dans ces conditions, l'établissement a dû solliciter l'autorisation de l'ARS pour souscrire l'emprunt de 18 M€ contracté en 2014.

L'importance de la dette du CHU constatée fin 2014 trouve son origine pour l'essentiel dans la réalisation d'un important investissement, l'opération « Bocage Central » dans le cadre du plan national Hôpital, financée principalement par l'emprunt.

4.5.3 Un endettement coûteux pour l'établissement

**Tableau n° 47 : Poids des frais financiers - tous budgets confondus -
2014 à 2019 (provisoire)**

en €	2014	2015	2016	2017	2018	2019 prov
Frais financiers nets des produits financiers	18 297 188	12 027 503	14 965 427	12 377 984	17 589 678	10 929 402
<i>dont charges d'intérêts</i>	19 239 894	12 116 457	16 434 979	13 649 900	14 222 207	12 274 242
<i>dont autres charges financières</i>	0	2 066 267	6 276	0	5 580 000	0

Source : Comptes financiers - logiciel ANAFI d'après les comptes financiers - TBFEPS

Les charges financières ont représenté 25 % en moyenne de la marge brute. Le montant particulièrement élevé constaté en 2018 correspond au paiement de frais financiers lié à la renégociation d'un emprunt structuré présentant le risque le plus élevé. Le coût de la désensibilisation des emprunts à risques a représenté des montants non négligeables, de respectivement 2 M€ en 2015 et 5,6 M€ 2018.

La chambre relève par ailleurs que la provision pour risques et charges sur emprunts constituée sur les années 2013 et 2014, d'un montant total de 2,58 M€, a été reprise totalement sur la gestion 2015, année au cours de laquelle aucun emprunt à risques n'a été renégocié. Cette provision constituée pour motif de prudence aurait pu être utilement reprise en 2018, année où la renégociation de l'emprunt le plus toxique a conduit au paiement d'une indemnité de renégociation (5,6 M€).

La situation d'endettement excessif du CHU alliée à la présence d'emprunts à risques a induit sur la période 2014-2018 des charges financières élevées qui ont réduit l'autofinancement de chaque exercice, notamment en 2015 et 2018.

4.5.4 La structure de la dette : une sécurisation progressive mais coûteuse

La charte dite Gissler constitue une cotation du niveau de risques des emprunts structurés. Au 31 décembre 2018, la dette financière souscrite auprès des établissements de crédit, d'un montant total de 336 360 918 €, est constituée à 69 % d'emprunts non structurés (232 140 542 €) et 31 % d'emprunts à risques (104 220 376 €), soit près d'un tiers. Parmi les emprunts à risques, 15 % d'entre eux présentent des risques limités, et 16 % sont classés en indice E1 et F6, indices les plus à risques. L'unique emprunt répertorié en indice F6, indice problématique « hors charte », s'établit à 8,7 M€.

Ce dernier emprunt a été renégocié par le CHU en 2018 avec effet au 1^{er} mars 2019. La pénalité de sortie se révèle particulièrement élevée pour un montant de 6 831 000 € dont 5 580 000 € comptabilisés en frais financiers sur la gestion 2018, et le solde, soit 1 251 000 €, intégrés dans le taux du nouveau contrat conclu.

Fin 2019, la structure de l'endettement de l'hôpital est donc sensiblement modifiée. Le CHU n'a plus d'emprunts dits « toxiques » hors charte à compter de mars 2019. De plus, les emprunts à risques élevés ont été renégociés. L'établissement a certes sécurisé sa dette mais cette situation lui a été coûteuse.

4.5.5 Les emprunts obligataires remboursables *in fine*

4.5.5.1 La dette obligataire du CHU

Une partie de la dette du CHU est composée d'emprunts obligataires *in fine*. Sur la période 2014-2018, l'encours d'emprunts obligataires s'élève à 34 M€ (il s'élevait à 20 M€ fin 2012, 34 M€ fin 2013).

Tableau n° 48 : La dette obligataire du CHU (en €)

Banque	Date de l'emprunt	Montant en €	Taux	Type indexation	Date de remboursement	Échéance annuelle des exercices 2014 à 2018 partie intérêt	Capital restant du au 31/12/2014	Capital restant du au 31/12/2018	Capital restant du au 31/12/2019 (provisoire)
Natixis CALyon	18/05/2009	10 000 000	4,38%	variable	20/05/2019	437 500	10 000 000	10 000 000	0
Natixis CALyon	29/04/2010	10 000 000	3,62%	variable	29/04/2020	362 500	10 000 000	10 000 000	10 000 000
Natixis pôle saisie	14/02/2013	14 000 000	3,65%	fixe	14/02/2023	511 000	14 000 000	14 000 000	14 000 000
		34 000 000				1 311 000	34 000 000	34 000 000	24 000 000

Source : Comptes financiers.

Trois emprunts obligataires remboursables *in fine* perdurent au 31 décembre 2018. Fin 2019 (données provisoires), le stock de dette obligataire s'établit à 24 M€ après remboursement en mai 2019 de la première tranche d'emprunts obligataire de 10 M€.

Selon l'état de la dette retraçant le profil d'extinction de la dette financière, dont un extrait est présenté dans le tableau ci-dessous, le remboursement en capital de la dette de

l'établissement connaît, en raison du remboursement « *in fine* » de ces trois lignes d'emprunts obligataires, un pic de 10 M€ en 2019 ; il sera de 10 M€ en 2020 et 14 M€ en 2023.

Tableau n° 49 : Profil d'extinction de la dette au 31/12/2018 (hors dette bail emphytéotique) et remboursement des emprunts obligataires

en €	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	2 024
Profil d'extinction de la dette financière au 31/12 :							
Remboursement en capital de la dette :	18 010 174	26 943 102	22 703 389	12 781 777	12 864 119	26 675 614	12 766 471
dont remboursement emprunt obligataire		10 000 000	10 000 000			14 000 000	

Source : Compte financier 2018 - État de la dette.

La comptabilisation spécifique mise en œuvre par le CHU pour anticiper le remboursement en capital des emprunts obligataires permettra, financièrement, de lisser les remboursements d'annuité en capital.

4.5.5.2 Une mise en réserve annuelle destinée à amortir le remboursement *in fine* de chaque tranche d'emprunts

Pour les emprunts obligataires remboursables *in fine*, un nouveau compte a été créé en 2012, destiné à la constatation par anticipation de l'équivalent des amortissements de capital qui seraient pratiqués au cours de l'exercice si l'emprunt avait un profil de remboursement régulier (cf. M21 utilisation du compte dédié 1632). Une mise en réserve en trésorerie est ainsi effectuée, permettant d'avoir les financements nécessaires au moment de chaque remboursement *in fine*.

Les établissements ayant recours à des emprunts obligataires remboursables *in fine* et dont le ratio d'indépendance financière, défini à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, excède 50 %, doivent utiliser ce dispositif. Pour les autres établissements, le recours à ce mécanisme est laissé à leur libre appréciation.

Il convient de noter que les emprunts obligataires émis par le CHU étaient remboursables *in fine*, et que le ratio d'indépendance financière de l'établissement était supérieur à 50 % jusqu'en 2018 au moins. De ce fait, conformément à la réglementation, les amortissements par anticipation de ces emprunts ont été comptabilisés par l'établissement au compte 1632.

**Tableau n° 50 : La dette obligataire du CHU et sa comptabilisation
- Période 2014 à 2019 -**

en €	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	2019 provisoire
Compte 163 - Emprunts obligataires	34 000 000	34 000 000	34 000 000	34 000 000	34 000 000	24 000 000
Compte 1631 Emprunts obligataires remboursables in fine. Solde au 31/12	23 164 286	19 085 714	15 007 143	10 928 571	6 850 000	24 000 000
Compte 1632 Opérations sur capital non échu des emprunts obligataires remboursables in fine. Solde au 31/12	10 835 714	14 914 286	18 992 857	23 071 429	27 150 000	0
Compte 1632 Opérations sur capital non échu des emprunts obligataires remboursables in fine. Op.de l'année	4 078 571	4 078 571	4 078 571	4 078 571	4 078 571	

Source : Comptes financiers.

Le CHU a, chaque année, provisionné au compte 1632 la somme de 4 M€. Fin 2018, un peu plus de 27 M€ était ainsi mis en réserve, accroissant de fait la trésorerie du CHU à due concurrence. Cette possibilité ouverte en 2012 par l'instruction comptable a permis le remboursement en 2019 de la première tranche d'emprunts obligataires de 10 M€ sans apporter de difficultés financières.

Au regard de sa situation d'endettement élevé, l'établissement s'est conformé aux prescriptions de l'instruction M21 en effectuant des mises en réserves lui permettant un remboursement lissé de ses emprunts obligataires *in fine*.

Parallèlement, et à la demande des commissaires aux comptes, l'établissement a décidé de reprendre totalement les montants provisionnés qui perduraient en réserves au compte 1632 pour les deux emprunts obligataires restants, soit 17,15 M€. La loi a conforté en 2020 cette décision en supprimant le compte 1632.

4.6 Les perspectives financières

La direction financière de l'établissement a formalisé ses projections dans :

- un plan global de financement pluriannuel (PGFP) réalisé en novembre 2018 et portant sur la période 2019-2028. Ce document prend comme base de départ le compte financier anticipé (CFA) 2018 et l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2019.
- un plan pluriannuel d'investissement de l'établissement (PPI), arrêté en janvier 2019, et couvrant la période 2019-2028. Il prévoit, tous budgets confondus, un montant d'investissements annuel de l'ordre de 20 à 30 M€ pour un montant final de 236 M€ en 2028, dont 232 M€ pour le seul budget H.
- une note de synthèse, actualisée au 28 novembre 2019, centrée sur le compte de résultat principal et son évolution sur la période 2019-2025. Ce document présente la politique budgétaire et financière du CHU et table sur un « cercle vertueux » combinant :
 - ✓ une hausse modérée des recettes de 1 % à 2 % selon leur nature ;
 - ✓ la maîtrise des charges dont les achats et charges de personnel ;
 - ✓ un effort d'investissement, oscillant entre 30 à 40 M€/an, pour remise à niveau du taux de vétusté ;
 - ✓ la poursuite du désendettement afin de revenir à un encours de la dette sur le total des produits inférieur à la moyenne des CHU (39 % en 2018) à l'horizon 2024.

Le PPI a pour objectif principal d'autofinancer intégralement les investissements courants dits de renouvellement et de faire appel le cas échéant à des ressources tierces (emprunts, subventions, cessions) pour les investissements majeurs.

La chambre note que ces perspectives ont été élaborées antérieurement à la crise sanitaire. Cette dernière par son ampleur aura nécessairement des répercussions majeures sur la situation financière du CHU. Par exemple le dispositif Ségur de la santé impactera de façon durable et significative les dépenses de personnel. En matière de recettes d'exploitation la chute de l'activité habituelle du CHU observée entre les mois de mars et de juin et *a contrario* l'afflux de malades atteints par le COVID au cours de cette même période aura un impact important sur les produits de la tarification. En conséquence, la prospective financière de l'établissement

devra être actualisée même s'il est possible de noter que la plupart des tendances mises en évidence perdureront, mais pourront être minorées ou au contraire accentuées en fonction de l'évolution de la crise sanitaire.

4.6.1 Une politique d'investissements plus dynamique

Avec des dépenses totales d'équipement de 113 M€ entre 2014 et 2018, soit une dépense moyenne annuelle de 22,6 M€, la politique de renouvellement des équipements et infrastructures est restée moins importante que celle pratiquée par les autres CHU.

Le plan pluriannuel d'investissement de l'établissement (PPI) pour la période 2019-2028 prévoit, tous budgets confondus, un montant d'investissement annuel de 20 à 30 M€ pour un montant final de 238 M€ en 2028, dont 232 M€ pour le seul budget H.

Le PPI intègre des opérations de travaux importantes telles que la restructuration de l'hôpital d'enfant (à horizon 2022) ; mais, comme le souligne le PGFP, ces engagements prévisionnels ne prennent pas en compte certains projets structurants pour le CHU Dijon Bourgogne tel que notamment le projet ReadapTIC²³.

Le PPI affiche cependant à partir de 2023 une enveloppe travaux de 5,8 M€ destinée à financer les opérations engagées à compter de cette période.

En outre, dans sa note de synthèse de fin 2019, le CHU a procédé à une réévaluation de son plan d'investissement. L'établissement indique en effet souhaiter pouvoir investir dans le renouvellement de ses infrastructures sans recours à l'emprunt en maintenant un plan d'investissements à hauteur de 30 à 40 M€ annuel soit 4 % des produits d'exploitation (cf. rapport Véran, 2017).

Sur la période 2019-2025, l'évolution prévisionnelle des dépenses d'investissement est d'environ 245 M€ sur 7 ans, représentant une moyenne annuelle de 35 M€.

La chambre constate que cette politique de renouvellement des investissements plus intensive et régulière permettra au CHU de retrouver un effort d'investissement comparable à la moyenne des CHU. Cette politique est subordonnée à sa capacité d'autofinancement que le CHU souhaite optimiser.

4.6.2 Une optimisation de la capacité d'autofinancement

Les projections de l'évolution de la capacité d'autofinancement sur la période 2019-2025 permettent d'envisager la mise en place de cette politique et la prise en compte des estimations du PPI.

²³ Le projet READAPTIC est un projet de « bâtiment intelligent » destiné à la réadaptation des patients (avec robotique, réalité virtuelle, big data) porté par le CHU et soutenu par Dijon Métropole et la Région Bourgogne-Franche-Comté, dont le coût global est estimé à 50 M€, avec un plan de financement en cours d'élaboration lors de l'établissement du PGFP fin 2018.

Tableau n° 51 : Projections CAF 2019-2025 (en €)

	RIA n°12019 ²⁴	PGFP 2020	PGFP 2021	PGFP 2022	PGFP 2023	PGFP 2024	PGFP 2025
CAF	40 270 461 €	44 594 122 €	45 839 808 €	45 572 923 €	45 600 005 €	44 268 514 €	43 712 913 €
Capital dette	20 046 883 €	14 578 159 €	14 678 505 €	14 783 822 €	13 219 356 €	13 335 364 €	13 457 119 €
CAF Nette	20 223 578 €	30 015 963 €	31 161 302 €	30 789 101 €	32 380 649 €	30 933 150 €	30 255 795 €

Source : Données Établissement.

Dans cette projection, il apparaît que la CAF brute n'intègre pas l'aide structurelle de l'ARS de 15 801 K€ dont a bénéficié l'établissement de 2012 à 2019. En effet, selon les données alors disponibles, la CAF brute réelle s'est élevée à 56,3 M€ en 2019 et les remboursements en capital à 46,7 M€ dont 29,8 M€ d'emprunts obligataires remboursables *in fine* ; d'où une CAF nette réduite à 9,6 M€. Le CHU a précisé que pour l'année 2023, la projection a bien pris en compte le remboursement en capital de l'emprunt obligataire de 14 M€, atténué par la reprise de la provision constituée au compte 1632. En outre, le PSFP 2021-2030 tient compte de la suppression de cette provision par l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à la M21.

Le niveau de la CAF brute permet largement de couvrir le remboursement en capital de la dette sur toute la période dont la décruce s'accélère à partir de 2020. Cette optimisation de la capacité d'autofinancement doit permettre de réduire à due concurrence le recours à l'emprunt pour financer les investissements nouveaux et ainsi limiter les frais financiers qui en découlent, ce qui devrait améliorer le résultat budgétaire et alimenter à nouveau une progression de la capacité d'autofinancement.

De même, les projections de la marge brute aidée comme non aidée permettent d'afficher des marges supérieures à celles enregistrées en 2018 (marge brute aidée à 6,46 % et marge brute non aidée à 4,01 %), elles-mêmes supérieures à la moyenne des CHU constatée pour l'exercice 2018.

²⁴ Le relevé infra annuel (RIA) présente le compte de résultat de l'EPRD de l'année exécutoire, du réalisé depuis le début de l'année civile jusqu'à la date d'observation, et de l'anticipé sur les mois restants de l'année. Il mesure ainsi le taux de réalisation.

Tableau n° 52 : Projections Marge brute 2019-2025 (en %)

	RIA n°1 2019	PGFP 2020	PGFP 2021	PGFP 2022	PGFP 2023	PGFP 2024	PGFP 2025
<i>Marge brute aidée</i>	8,71%	9,26%	9,25%	8,99%	8,73%	8,33%	7,96%
<i>Marge brute non aidée</i>	6,31%	6,95%	6,98%	6,75%	6,51%	6,28%	6,21%

Source : Données Établissement.

Ces projections s'appuient sur des hypothèses de hausse modérée des recettes décrites dans le PGFP (à titre d'exemple, 2 % pour les séjours), réalistes au regard de l'évolution observée par le passé (2,3 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2019).

En matière de charges, l'établissement table notamment sur l'impact des efforts d'efficacité pour ramener l'évolution annuelle des charges de personnel à + 1,13 % en 2020-2021, + 1,14 % en 2022-2023, puis + 1,39 % à partir de 2024. Cette hypothèse reste relativement optimiste au vu des évolutions constatées ces derniers exercices (3 % par an constaté entre 2014 et 2019).

4.6.3 Poursuivre la trajectoire de désendettement

La situation budgétaire et financière du CHU Dijon Bourgogne se caractérise en effet par un endettement toujours important, malgré une inflexion marquée depuis 2014. L'endettement de l'établissement, qui résulte du financement de ses opérations immobilières (Hôpital François-Mitterrand), a atteint le montant de 414 M€ en 2014 pour arriver à 336 M€ en 2018, soit une baisse de 78 M€ sur la période.

L'objectif de l'établissement est de poursuivre la trajectoire de désendettement, afin de revenir à un encours de la dette sur le total des produits (de l'ordre de 54,2 % en 2018) inférieur à la moyenne des CHU (35,1 % en 2018) à l'horizon 2024. À noter que le ratio plafond édicté par le code la santé publique est de 30 %.

Selon cette trajectoire, le désendettement de l'établissement se poursuit avec, à horizon 2023, la prévision d'un taux d'indépendance financière de 61,97 % (taux maximum de 50 % édicté par le CSP), d'une durée apparente de la dette de 4,49 ans (taux devant être inférieur à 30 %). Extrêmement élevé en 2014 (80 %), il s'améliore très régulièrement sur la période et s'établit à 54,2 % en 2018. Il demeure malgré tout toujours au-delà du ratio plafond de 30 % édicté par le CSP, l'ensemble des CHR affichant pour leur part un ratio à 35,1 %.

À l'horizon 2025, au terme de ces prévisions, l'établissement afficherait alors les ratios suivants :

- un taux d'indépendance financière de 50 % ;
- une durée apparente de la dette de 4,8 ans ;
- un poids de la dette de 30 %.

La chambre partage la démarche de l'établissement de poursuivre la réduction de son niveau d'endettement afin d'atteindre un niveau de frais financiers conforme à la moyenne des CHU. Au vu des projections présentées tant en lien avec la réduction de l'encours de la dette qu'avec les évolutions de la CAF, projections dont on peut estimer qu'elles sont réalistes, sous réserve de l'impact de la crise sanitaire et ses impacts financiers, cette stratégie est de nature à permettre à l'établissement de disposer de marges financières lui permettant le financement de son exploitation et de ses investissements.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La situation financière de l'établissement s'est améliorée tout au long de la période sous revue avec une progression annuelle moyenne dynamique de 5,5 % des produits de l'activité hospitalière, et une amélioration conséquente de la capacité d'autofinancement de l'établissement (moyenne annuelle de 9,6 %).

Malgré un endettement mieux maîtrisé, aucun nouvel emprunt n'ayant été contracté depuis 2015, la dette de l'établissement reste élevée, bien qu'en diminution constante (426 M€ en 2014, 346 M€ en 2018 et 319 M€ en 2019²⁵), entraînant des charges financières élevées représentant en moyenne 25 % de la marge brute sur la période.

5 LA COMMANDE PUBLIQUE

5.1 Enjeux et organisation

5.1.1 Des enjeux conséquents

5.1.1.1 Un volume financier important

En 2018, en fonctionnement, le total des achats de fournitures et services (hors variation des stocks) s'établit à 201 M€. En 2018 les achats représentent 32 % des charges de fonctionnement du CHU. Ils sont répartis entre le titre 2 « charges à caractère médical » et le titre 3 « charges à caractère hôtelier et médical ».

Les achats à caractère médical hôtelier et général sont passés de 152 M€ en 2014 à 201 M€ en 2018 soit une augmentation de 32 %. Ce sont surtout les « charges à caractère médical » (titre 2) qui ont augmenté (+ 37 %). Cette hausse est due à l'évolution de l'activité. Elle concerne, en partie, les achats de médicaments qui ont augmenté de 21 M€ durant la période en passant de 53 M€ à 74 M€ entre 2014 et 2018 sous l'effet de l'augmentation des prix et des nouveaux traitements.

²⁵ Selon les données alors disponibles et communiquées à la chambre au cours du premier semestres 2020.

Concernant les immobilisations (hors compte 23 immobilisations en cours), soumises aux règles de la commande publique, elles s'élevaient à 29 M€ en 2018 (comptes 21 et 23) et restent de cet ordre durant la période de contrôle.

5.1.1.2 Incidences sur les procédures d'achat

Celles-ci sont aujourd'hui essentiellement réalisées en groupements de commande. En effet le nombre total de marchés a fortement diminué entre 2014 et 2018. Tous les types de marchés sont concernés. Le CHU a mené un travail d'uniformisation de ses pratiques, notamment afin de diminuer par exemple le nombre de références. Il est cependant difficile d'en évaluer l'impact, aucune donnée factuelle n'ayant été transmise permettant d'objectiver les résultats obtenus.

En 2018, la moitié des achats se fait par l'intermédiaire des groupements d'achat (RESAH-UNIHA principalement, UGAP, et autres). La part de ces achats a progressé de façon marquée ; elle est passée de 35 % en 2014 à 52 % en 2018. En cours de contrôle, le CHU a indiqué que l'objectif était d'augmenter la part des achats via les groupements d'achat pour atteindre 50 %. Cet objectif est donc atteint.

Les appels d'offres représentent un peu plus d'un quart des procédures de marchés et concernent majoritairement les achats de médicaments. Le nombre d'appels d'offres est globalement stable entre 2014 et 2018.

Le recours aux procédures sans mise en concurrence représente environ 15 % des achats en 2018 et concerne surtout les médicaments sous monopole (les droits de propriété intellectuelle sur le médicament donnent à l'inventeur du produit un monopole d'exploitation durant une période limitée). Le recours à cette procédure a baissé puisqu'il représentait plus de 25 % entre 2014 et 2016 pour les achats à caractère médical.

La part des marchés à procédure adaptée (MAPA) représente 7 à 8 % des procédures et reste stable sur la période. Les marchés de travaux sont en majorité à procédure adaptée, en raison du seuil d'appel d'offres très élevé (plus de 5 M€ HT).

5.1.2 Organisation de la fonction Achat

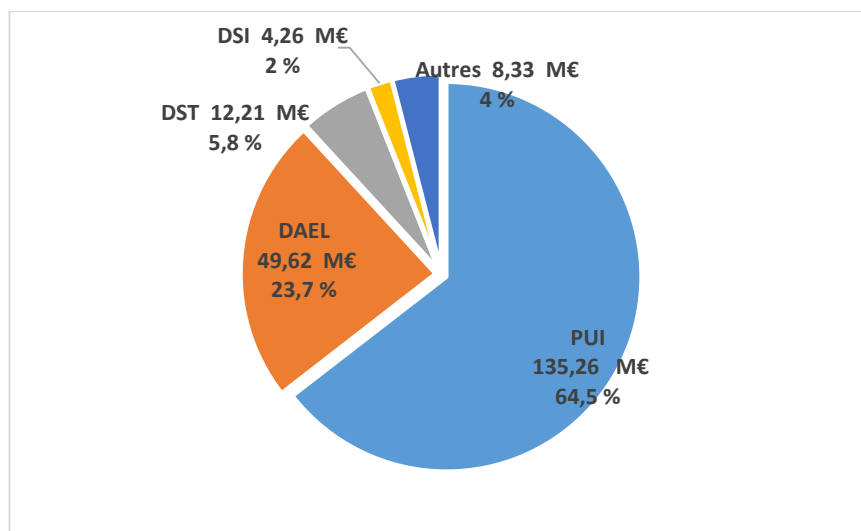
5.1.2.1 Les directions acheteuses

La fonction achat est répartie dans plusieurs directions en fonction des compétences métiers et des missions assurées par les directions :

- la Direction des affaires économiques et logistique (DAEL) : pour les achats à caractère général (fournitures courantes biomédicales, hôtelières, et logistiques) ;
- la Direction des services techniques (DST) : pour l'ingénierie bâtiments et travaux, la maintenance des bâtiments, les énergies et pièces détachées ;
- la Pharmacie à usage interne (PUI) pour l'achat des médicaments et dispositifs médicaux stériles ;
- la DSI : pour l'informatique (sauf les imprimantes multifonctions gérées par la DAEL) ;
- ainsi que d'autres services qui gèrent ponctuellement des achats spécifiques tels que le Secrétariat général pour les assurances ou plus ponctuellement un responsable de projet.

La répartition des achats entre les directions acheteuses pour les titres 2 (charges à caractère médical) et 3 (charge à caractère hôtelier et général) s'établit comme suit :

**Graphique n° 1 : Répartition des dépenses par direction en 2018
(titres 2 et 3 en M€ et en %)**



C'est la pharmacie qui constitue le plus gros acheteur du CHU en réalisant en 2018 plus de 60 % des achats de fonctionnement soit 135 M€. Les dépenses d'achat de médicaments ont augmenté entre 2014 et 2018, elles sont passées de 53 M€ en 2014 à 74 M€ en 2018. Le reste des achats de la PUI porte sur le matériel médical (compresse, prothèse...).

L'augmentation du volume financier consacré à l'achat des médicaments correspond d'abord à l'augmentation de l'activité, au fait ensuite qu'une grande part des médicaments reste en rétrocession, et enfin au coût élevé de nouveaux médicaments (traitement de chimiothérapie oral...).

Les achats de médicaments se font à plus de 90 % par l'intermédiaire de la centrale d'achat UNIHA. Les prix obtenus sont donc ceux négociés par UNIHA qui regroupe les plus importants hôpitaux français et bénéficie d'une mutualisation importante permettant des négociations intéressantes avec les laboratoires. En 2018, 57 % des achats correspondent à des appels d'offres, 36 % à des marchés sans mise en concurrence et à peine 7 % à des marchés à procédure adaptée.

Les médicaments en monopole pour lesquels des certificats d'exclusivité sont délivrés, sont achetés via UNIHA par la passation de marchés négociés mais aussi d'appels d'offres ; en effet la PUI indique procéder à une mise en concurrence dès que le médicament évolue au cas où celui-ci ne serait plus sous monopole.

Au niveau du GHT, un projet pharmaceutique partagé est en cours afin d'harmoniser les pratiques et d'avoir un livret thérapeutique commun.

Les achats réalisés par la DAEL représentent 24 % des dépenses de fonctionnement soit près de 50 M€ d'achats. Le solde est partagé entre la DST (12 M€ en 2018), la DSI (près de 5 M€) ainsi que d'autres acheteurs tels que le secrétariat général pour les assurances.

La répartition détaillée ci-dessus ne concerne que les dépenses de fonctionnement. Il convient donc d'ajouter les dépenses d'investissement de la DST en travaux (constructions sur sol propre, installations techniques matériels et outillages et immobilisations corporelles) qui représentent 29 M€ en 2018, soit au total 41 M€ gérés annuellement par la DST.

La répartition reste de cet ordre sur l'ensemble de la période contrôlée.

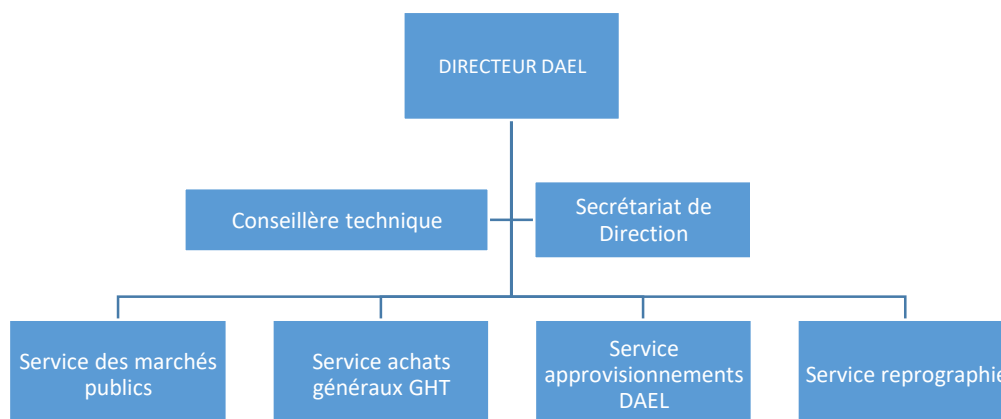
En matière d'organisation, le CHU a souhaité renforcer la sécurisation des marchés, en limitant les délégations de signature. Ainsi en plus de la Directrice générale, seules quatre personnes sont autorisées à signer les marchés de plus de 25 000 € : la Directrice générale adjointe, le Secrétaire général, le Directeur des affaires économiques et logistiques et le Directeur des services techniques. Pour les achats inférieurs à 25 000 € qui ne nécessitent pas de publicité et de mise en concurrence, des délégations de signature sont prévues dans les établissements membres du GHT conformément à l'instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

5.1.2.2 Une professionnalisation des acheteurs encore à développer

La Direction des affaires économiques et logistiques s'est réorganisée à partir de 2018, avec l'arrivée d'un nouveau directeur et la mise en place du GHT. La professionnalisation des acheteurs s'observe en ce qui concerne cette direction par la mise en place d'un service achat spécifique et la montée en compétence des acheteurs.

Le service « achat » composé exclusivement d'acheteurs, sous la responsabilité d'un acheteur de métier, est dorénavant dissocié du service des approvisionnements et de celui des marchés publics. Il compte 10 agents en plus du responsable.

Graphique n° 2 : Organisation au sein de la DAEL



Source : Établissement

Le poste de responsable de service est occupé par un acheteur professionnel issu de la grande distribution. S'agissant des autres agents du service, il n'y a pas eu de créations de poste. Il s'agit de mutations en interne : 4 d'entre eux, anciennement chargés des achats dans des établissements partie du GHT sont mis à disposition sachant que 3 continuent à travailler dans leur établissement d'origine tout en étant en lien avec l'établissement support. Cette organisation a été mise en place pour répondre à l'exigence de mutualisation des achats et de

leur gestion au sein de l'établissement support du programme PHARE (Performance Hospitalière pour les Achats Responsables). Les autres agents proviennent d'autres directions ou services du CHU de Dijon. Pour les produits liés aux soins, une cadre supérieure de santé est rattachée à 75 % à la DAEL et a été désignée référente. On compte dans ce service 7,2 ETP, certains de ces agents ayant leur temps partagé entre deux directions.

Les acheteurs de ce nouveau service, de métiers et de profils différents ont suivi des formations spécialisées sur le métier d'acheteur public. Le plan de formation pour les achats a été fourni ; selon le directeur de la DAEL, seuls les agents du service des achats ont suivi ces formations.

Par ailleurs, le service « achat » a mis en place des outils de suivi pour tous les achats, par acheteur et par établissement afin d'assurer un suivi des gains, et un suivi d'activité du service. Ce suivi interne complète celui demandé par la DGOS.

Parallèlement à la mise en place d'outils, début 2018, le service achat de la DAEL a élaboré des procédures et logigrammes listant toutes les étapes du processus, de la détermination du besoin à la notification du marché jusqu'au suivi de son exécution.

Les récentes évolutions dans l'organigramme destinées à professionnaliser la fonction « achat » ne concernent que la DAEL qui réalisent $\frac{1}{4}$ des achats du CHU.

La chambre estime que cette compétence « achat » devrait être développée au profit de l'ensemble des acheteurs au sein des autres directions, les orientations de la compétence « achat » (recherche de la mutualisation, estimation du juste besoin et du bon usage, négociation, raisonnement en coûts complets, activation du marchés fournisseurs, suivi fournisseurs, standardisation) étant précisées dans le programme PHARE.

La chambre invite l'établissement à développer la compétence « achat » de manière plus homogène au sein des directions concernées en renforçant la professionnalisation des acheteurs.

5.1.2.3 Une organisation encore cloisonnée

Le service « achat » de la DAEL n'a pas de mission ou de fonction transversale. L'expertise détenue par le responsable du « service achat à caractère général » n'est pas partagée avec les acheteurs des autres directions. Même si dans la pratique, il peut être sollicité par d'autres collègues pour des conseils, ces sollicitations restent à la discrétion de chacune des directions. Pourtant, à la suite de conseils en négociations sollicités par la DSI, celle-ci a économisé 60 000 € sur l'achat d'un matériel.

La chambre a d'ailleurs constaté au cours du contrôle que personne au sein de l'établissement ne détient une vision globale des pratiques d'achats des directions acheteuses. Les auditions ont dû donc se dérouler avec chacun des principaux acheteurs (PUI, DAEL, DST) et les réponses aux questionnaires ont été instruites par chacune des directions.

La désignation d'un responsable achat unique qui animerait et coordonnerait la politique « achat » au sein de l'établissement constitue cependant l'une des recommandations principales du programme PHARE. Le guide méthodologique de la DGOS recommande de placer le directeur des achats du GHT auprès du directeur de l'établissement support afin d'impulser la dynamique « achat » à l'ensemble du GHT. Parmi les modèles d'organisation possibles, le guide propose également de confier à la Direction des achats constituée soit la totalité des achats divisés en différents départements (informatique, travaux...), soit la totalité sauf les

médicaments et dispositifs médicaux stériles qui continueraient à relever de la PUI. Ces recommandations ont d'ailleurs été mises en œuvre dans d'autres GHT de plus grande taille.

La chambre relève l'absence d'animateur ou de coordonnateur de la politique et de la fonction « achat » pour l'ensemble de l'établissement et du GHT. Ainsi, les préconisations du programme PHARE visant à réorganiser profondément la fonction « achat » ne sont pas appliquées par le CHU.

La chambre invite en conséquence l'établissement à renforcer la coordination de tous les acheteurs en développant la transversalité entre les directions acheteuses.

5.2 Une stratégie mise en œuvre tardivement

Deux temps peuvent être distingués sur la période de contrôle : avant et après la mise en place du GHT. Malgré une stratégie globale définie dans le contrat de retour à l'équilibre 2014-2017 (CREF 2014-2017) et un audit mené sur les achats du CHU dont le rapport a été livré en décembre, la stratégie « achat » de l'établissement n'apparaît pas clairement avant la mise en place du GHT qui voit apparaître les premières orientations sur le domaine.

5.2.1 La stratégie inscrite dans le CREF 2014-2017

Le CREF 2014-2018 et son avenant n° 1 signé le 1^{er} juillet 2014 présentent le plan d'actions de l'établissement dans différents domaines dont celui de l'achat.

Il identifie deux actions à mettre en œuvre dans le cadre de la politique « achat » :

- l'action 2 porte sur l'amélioration de la fonction « achat » en lien avec le programme PHARE, les achats étant perçus comme un vecteur de performance et d'économies ;
- l'action 9 porte sur la maîtrise des consommations pharmaceutiques et des dispositifs médicaux. Concernant cette action, le CHU indique que les gains financiers sont reportés dans le fiche action 2.

La fiche action 2 fixe comme objectif une économie de 3 M€ sur la période, soit 2,25 % des dépenses des titres 2 (dépenses à caractère médical) et 3 (à caractère hôtelier et général). L'avenant n° 1 fixe comme nouvel objectif « une économie des dépenses de 2,3 M€ par an, avec une limitation de l'évolution annuelle de la masse salariale à + 0,8 %, des charges médicales à 2 % et des charges hôtelières à 1 % (soit – 9 M€ sur une période de 4 ans) », ainsi que « la limitation des investissements courants à 4 % des produits courants d'exploitation ».

Dans ce cadre, la fiche action 2 prévoit, pour gagner en efficience, les sous- actions suivantes:

- l'élaboration d'un plan action achat (PAA) au second trimestre 2014 avec la massification des achats, l'optimisation des achats par la standardisation, et l'élimination des sur-qualités, l'optimisation du processus achat par l'utilisation optimale du code des marchés publics, la mise en place d'un comité des achats et l'évaluation des gains avec un contrôle de gestion des achats ;

- l'élaboration d'un guide des achats, « actuellement en cours de rédaction et qui sera achevé avant la fin de l'année 2014 » ;
- la constitution d'un groupe projet, d'un calendrier de travail, ainsi que des indicateurs ;
- l'efficience des achats par la mise en place d'un plan d'action territoriale.

La fiche action du CREF 2014-2017 prévoyait la création d'un comité des achats, instance spécialement dédiée aux sujets de l'achat. Celui-ci n'a pas été mis en place, le suivi financier se faisant lors des réunions d'élaboration et de suivi budgétaire regroupant les directeurs adjoint et cadres en charge des achats dans les directions fonctionnelles (DST, DAEL, DSI, SG), ceux de la PUI, de la Direction financière et le contrôle de gestion.

Le CREF prévoyait également que l'évaluation des gains se fasse via un contrôle de gestion des achats. Si l'organigramme du CHU fait apparaître un contrôleur de gestion au sein de chaque pôle médical et un « contrôleur interne » rattaché à la Direction des finances, ceux-ci n'ont pas de mission en lien avec l'évaluation de la performance « achat ».

Enfin, le guide interne des achats qui constituait la 2^{ème} action de la fiche consacrée aux achats, dans le contrat de retour à l'équilibre n'a pas été élaboré.

Les objectifs d'économie financière fixés dans le CREF 2014-2017 ont bien fait l'objet d'un suivi durant toute la période et semblent atteints. Chaque année une présentation synthétique reprend les actions de l'ensemble des services de l'établissement. Chacune des directions y renseigne les économies réalisées (SG, PUI, DAEL, DST, DSI). Ce bilan synthétique a été fourni pour toute la période du CREF, soit de 2014 à 2017. Le bilan du CREF transmis par l'établissement étant un bilan chiffré, les éléments transmis sont peu explicites sur la manière dont ont été réalisées ces économies.

La chambre constate enfin un plan d'action achat (PAA) peu explicite. Le guide de la DGOS ainsi que le programme PHARE rappellent les 3 phases d'élaboration d'un plan d'action que sont l'état des lieux de la situation actuelle, le recensement des pistes ainsi que le chiffrage et la priorisation. Or bien que le CHU indique que le PAA tient compte par domaine de la méthodologie de la DGOS, les documents fournis ne comportent pas les différents items d'un plan d'action. Aucun élément, sur les modalités de pilotage du projet, sur l'état des lieux ou encore sur les priorisations ou planifications des actions n'a été fourni. Les PAA fournis par l'établissement indiquent des résultats chiffrés qui s'appuient sur des suivis internes dont la méthodologie est propre à chaque direction. Deux suivis ont été produits par la DAEL et la DST ; ces suivis sont très différents et très récents car mis en place dans le cadre du GHT (à partir de 2016 pour la DST et 2018 pour la DAEL).

5.2.2 Une stratégie qui se formalise dans le cadre du GHT

5.2.2.1 Les évolutions réalisées avec le GHT

La DGOS dans son guide méthodologique des achats, considère « que la mutualisation des achats a pour but de faire du GHT l'échelon pertinent pour la mise en œuvre d'une politique et d'une organisation des achats des établissements parties ». Le guide préconise l'élaboration d'un référentiel documentaire qui inclurait entre autres une note descriptive de la politique d'achat du GHT et de la méthodologie d'élaboration des stratégies d'achat.

Avec la mise en place du GHT, la stratégie est dorénavant établie par un Comité stratégique qui réunit l'ensemble des chefs d'établissement du groupement et qui, depuis juin 2019, suit la mise en place et le fonctionnement de la fonction « achat » au sein du GHT. Les comités stratégiques se réunissent chaque mois depuis décembre 2016, l'organisation de la fonction « achat » étant abordée dans ce cadre.

Le CHU indique que le Comité stratégique a défini cinq objectifs généraux de la politique achat du GHT 21-52 dans une note de synthèse d'août 2019 :

- la mutualisation des achats (hors travaux) au niveau du territoire d'ici 2020 par un travail de convergence des marchés ainsi que la définition d'une stratégie d'achat unique pour l'ensemble des établissements du GHT ;
- une plus grande harmonisation des produits et standardisation des pratiques par la mise en place d'un groupe de travail ;
- la montée en gamme et l'innovation, grâce aux économies générées, en particulier lors de l'achat d'équipements ;
- la responsabilité environnementale, sociétale et territoriale. En effet, même si l'harmonisation est l'une des règles de base de la fonction achats, le GHT 21-52 souhaite prendre en compte les particularités locales telles le tissu économique local, les approvisionnements locaux en filières courtes.
- la recherche de l'efficacité des achats.

Concernant la « notion de gains » censés refléter les économies réalisées par les acheteurs grâce à l'amélioration de leurs pratiques (programme PHARE), le CHU s'est fixé comme but d'utiliser la nouvelle méthodologie élaborée par la DGOS pour tous les secteurs d'achat pour le calcul des gains de l'année 2019. Aussi, lors du comité stratégique de septembre 2019, le responsable des achats à caractère général a présenté la méthodologie de calcul des gains sur achat, sur la base de la note d'information de la DGOS du 2 août 2019.

5.2.2.2 Les évolutions encore à conduire

La chambre a constaté l'absence d'un guide interne et de référentiels fiables.

Le guide de la DGOS recommande l'élaboration d'un référentiel et donne des indications sur ce qu'il devrait contenir. Il est préconisé l'élaboration de notes descriptives des processus achat, de passation des commandes, de gestion et d'évaluation des fournisseurs.

La chambre estime que la taille et le volume d'achat du CHU aurait nécessité l'élaboration d'un référentiel et un travail sur l'harmonisation des processus bien avant la mise en place du GHT.

La procédure générale de la DAEL, pour les achats généraux, identifie toutes les étapes auxquelles interviennent tous les acteurs. Elle permet de distinguer les marchés à fort enjeux de ceux à plus faibles enjeux. Un logigramme sur le rôle de l'acheteur et du juriste a aussi été élaboré. Enfin la DAEL a fourni un nombre important de modèles internes : par exemple des modèles de dossiers de consultation des entreprises selon la procédure de marché retenue, ou de rapports d'analyse des offres.

La DST a rédigé sa propre procédure pour les marchés de travaux. Si elle est plus approximative et laisse à penser qu'elle a été établie davantage comme action corrective plutôt que préventive, elle est datée et donne un numéro de version et indique qui sont ses rédacteurs.

Recommandation n° 4. Élaborer un guide d'achat interne et unique à disposition de tous les acteurs de la chaîne « achat », permettant au sein du CHU comme au sein du GHT une harmonisation des procédures, le recensement de tous les documents encadrant l'achat et en facilitant les mises à jour.

5.3 Le processus achat

5.3.1 Concernant les marchés

Le contrôle a également porté sur la pratique de l'achat dans différentes familles de produits en analysant un échantillon de marchés sélectionnés selon plusieurs critères : leur nature (fourniture, services, prestations intellectuelles et travaux), la procédure (appels d'offres, MAPA, sans mise en concurrence), la passation par des directions acheteuses différentes.

5.3.1.1 Le respect des règles de passation

La chambre a pu constater la disponibilité des dossiers correspondants avec un archivage efficace, leur bonne tenue et leur complétude, témoignant du respect des règles de passation. Les dossiers de consultation sont complets et comportent les documents et clauses obligatoires. Les délégations de signature sont respectées. L'ouverture des plis est consignée dans un procès-verbal qui indique la date d'ouverture des plis, les personnes présentes ainsi que les offres reçues. Les rapports d'analyse des offres et/ou rapports de présentation sont élaborés. Les notifications, rejets ou échanges éventuels avec les candidats sont formalisés.

5.3.1.2 Un respect constaté de la computation des seuils

Les procédures de marchés sont déterminées en fonction des montants pour chaque famille de produits homogènes (ou numéro de nomenclature). Les estimations annuelles de chaque famille sont réalisées en fonction des dépenses réalisées (issues du logiciel comptable GEF) et des perspectives de dépenses. Les approvisionneurs et acheteurs veillent au respect des seuils en collaboration avec le service « marchés publics » de la DAEL qui dispose d'une vision globale des procédures de tout l'établissement.

C'est le logiciel CPAGE puis CPAGEI depuis les GHT qui permet aux acheteurs de se renseigner sur les familles homogènes et les montants s'y rapportant. La difficulté est qu'avec la mise en place des GHT et la mutualisation des achats, ces estimations doivent se faire au niveau territorial. Les montants des familles homogènes par territoire doivent donc s'additionner.

Le CHU a indiqué que depuis la création des GHT, le système informatique n'est pas optimal pour l'exploitation d'une base de données commune, la communication entre les bases de données de chaque territoire étant pour le moment techniquement impossible. Dans ce cadre, un suivi via un tableau Excel a été mis en place.

Le CHU indique également que, pour les achats généraux, le travail s'est avéré complexe en raison de nomenclatures d'achats différentes dans les territoires, de bases de données informatiques non communicantes et de la multiplicité des acteurs. Conformément aux recommandations du guide méthodologique de la DGOS, un travail est conduit depuis le 1^{er} janvier 2018 par les services, consistant notamment à la création d'un fichier de retraitement des dépenses par catégorie homogène au niveau du GHT et la mise en place d'un plan de convergence des marchés qui permet d'identifier par famille d'achat, la liste des marchés arrivant à échéance et qui seront à relancer.

Concernant les achats pharmaceutiques qui ne se font pas par l'UNIHA, la Pharmacie indique que les procédures sont majoritairement celles de l'appel d'offres en raison des montants importants.

La question du respect des seuils se pose différemment pour les marchés de travaux ; chaque opération de travaux étant isolée, c'est son coût total qui détermine la procédure de marché. De plus, le montant pour passer un appel d'offres est très élevé (>5 M€), de ce fait la majorité des marchés sont à procédure adaptée et les risques de dépassement de seuil sont donc très limités.

5.3.2 Un processus à sécuriser davantage

5.3.2.1 Une organisation perfectible

Malgré la mise en place du GHT, chaque direction du CHU gère ses achats. Ainsi, même si conformément au programme PHARE, la fonction « achat » demeure désormais du ressort de l'établissement support, elle reste partagée entre différentes directions en fonction des métiers.

La rédaction de la partie administrative, c'est-à-dire celle concernant le Règlement de Consultation (RC) et le Cahier des Clauses Administratives Particulières (CCAP), relève du service « marchés » placé au sein de la DAEL qui veille à la sécurisation juridique des documents et des procédures d'achat. Ce service a en charge tous les marchés du CHU étendus au GHT depuis 2018, hors les marchés passés par la Direction des services techniques. Le service des marchés de la DAEL ne vise donc pas les marchés de travaux passés par la DST qui dispose de sa propre « cellule marchés publics » qui assure l'élaboration des CCAP de travaux et prend en charge l'aspect juridique desdits marchés.

Le CHU a ainsi fait le choix de mettre en place 2 entités « marchés publics » : un service des marchés publics comptant 8 ETP rattaché au directeur de la DAEL et une cellule juridique comptant 1,5 ETP, rattachée au service de gestion administrative et financière de la DST, les deux entités ayant pour rôle commun de venir en appui des services opérationnels acheteurs sur le plan juridique et de rédiger les pièces administratives.

Le CHU justifie cette organisation du fait de la spécificité technique des marchés en matière de travaux et prestations associées qui nécessite selon lui un travail en collaboration étroite avec les ingénieurs et techniciens acheteurs, et aussi en raison d'une durée des marchés le plus souvent pluriannuelle entre la conception du projet et le Décompte Général Définitif (DGD).

Aucun lien n'existe entre ces deux services, dont la gouvernance est propre à chacun d'eux. Leur organisation, mais aussi les modalités de contrôle ou encore la veille réglementaire sont gérés distinctement.

La chambre constate donc la présence de deux cellules marchés ayant des compétences juridiques semblables tout en étant dissociées et l'absence de regard extérieur, notamment celui de la direction des finances, quant au suivi des gains recherchés.

La chambre invite l'établissement, d'autant plus qu'il est établissement support du GHT, à sécuriser davantage les procédures d'achat par la création d'une cellule juridique commune et une implication de la direction des finances, afin de faciliter l'évaluation des gains obtenus.

5.3.2.2 Une méthodologie de détermination des besoins à améliorer

La méthodologie de détermination des besoins est propre à chaque direction. Ainsi, l'acheteur responsable de son segment d'achat recense tous les besoins au niveau de l'établissement et depuis la mise en place des GHT des établissements membres auprès de référents chargés d'indiquer leurs consommations prévisionnelles ainsi que le réalisé. Ce sont ces référents qui font le lien avec les prescripteurs et les utilisateurs pour la détermination des quantités mais aussi des critères qualitatifs.

Si un nouveau besoin émerge, après validation par le directeur fonctionnel concerné, ou la Direction générale, en fonction des enjeux et de l'EPRD, l'utilisateur sollicite l'acheteur en charge du segment qui interroge les autres établissements pour déterminer si ce besoin existe également. Tous les utilisateurs potentiels sont donc consultés. Il suit alors le processus habituel décrit ci-dessus.

Le CHU indique que dans certains cas, si le besoin le nécessite ou dans l'objectif de standardiser des produits, des groupes de travail sont mis en place.

Concernant plus particulièrement les équipements, ils font l'objet d'une programmation en fonction de leur nature (matériel médical, de bureau, de transport, informatique, outillage, mobilier...). Les besoins sont étudiés dans le cadre du Plan Pluriannuel d'Investissements (PPI). Concernant les investissements de mobiliers, une partie est déléguée aux pôles qui peuvent ainsi prioriser leurs besoins dans une enveloppe annuelle fermée. Pour les équipements médicaux, le Plan d'Equipements Médicaux (PEM) est élaboré par la Commission des Equipements Médicaux regroupant les ingénieurs biomédicaux, le directeur de la DAEL et deux médecins désignés par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) en associant les bureaux de pôles et un référent médical. Le PEM est validé pour 2 ans.

Enfin s'agissant des marchés de travaux, l'analyse des besoins est réalisée par le demandeur ou l'établissement demandeur dans le cadre du GHT. Pour les projets importants ou complexes, la DST indique qu'un comité de pilotage est créé et valide l'expression des besoins. Il est composé de soignants, de représentants des directions supports (DAEL, DST, DSI, DRH...), afin d'évaluer tous les impacts financiers de l'opération, tant en investissement qu'en exploitation, et en incluant les coûts personnels. Les projets importants qui concernent le CHU sont présentés et validés lors des comités stratégiques, en cohérence avec le projet médical d'établissement.

Pour cette phase qui se déroule en amont de l'achat, et notamment concernant les comités mis en place dans le cadre de travaux importants, la chambre n'a pas obtenu de comptes rendus de ces comités pour les dossiers de marchés étudiés en travaux. Il n'y a pas de cadre arrêté ou de montant arrêté pour déterminer qu'un projet est important et nécessite l'organisation d'un groupe de travail ou comité de pilotage.

La chambre invite le CHU à mieux organiser la phase d'évaluation des besoins notamment par une meilleure documentation de ceux-ci.

5.3.2.3 Une méthode de choix des attributaires des marchés propres à chaque direction

Les commissions d'attribution des marchés ne sont réglementairement plus obligatoires pour les Etablissements Publics de Santé (EPS) depuis 2009. Au-delà de l'élaboration du rapport présentant l'analyse des offres pour le choix du titulaire du marché, la chambre a souhaité connaître selon quelles modalités ce choix était validé.

Au CHU, la validation du choix du fournisseur est propre à chacune des directions.

En règle générale (sauf pour la Pharmacie), le choix du fournisseur est établi par celui qui passe le marché, c'est à dire l'acheteur pour la DAEL, ou le technicien-ingénieur-agent référent pour les autres directions.

Ce choix est expliqué et consigné dans le rapport d'analyse des offres. Tous les dossiers de marchés étudiés par l'équipe de contrôle comportaient un rapport d'analyse des offres en général assez complet.

Le choix est ensuite validé par le signataire du marché qui est le directeur de la DAEL pour tous les marchés, sauf pour les marchés d'études, maîtrise d'œuvre et travaux, fournitures courantes et services associés, qui sont validés et signés par le directeur de la DST.

Ainsi, pour les marchés relatifs aux achats généraux, le gestionnaire du marché a en charge le choix de l'attributaire du marché, il rédige le rapport d'analyse des offres, lequel est soumis au service des marchés pour la conformité juridique, puis transmet le dossier au chef du service et enfin au directeur des affaires économiques pour validation, signature et notification du marché le cas échéant. La DAEL indique que des commissions de choix « informelles » regroupant les utilisateurs et dans certains cas les référents « achats » des établissements du GHT subsistent pour des dossiers complexes et à fort impact.

Pour les marchés de travaux qui ont plusieurs lots, la DST explique que des réunions internes peuvent être organisées entre le référent du marché, la responsable de la cellule des marchés publics et chacun des référents des lots (lots architecture, chauffage, électricité...) pour y apprécier les offres. Le rapport d'analyse des offres ainsi établi est ensuite validé par le directeur des services techniques qui signe et notifie le marché.

Une commission de choix est organisée pour une direction : c'est le cas de la pharmacie qui a conservé son ancienne organisation pour les marchés hors UNIHA. La commission de choix est composée des médecins ou chirurgiens concernés par le segment d'achat, des cadres de santé, des préparateurs en charge de monter les dossiers et de passer les commandes et des pharmaciens concernés. À l'issue de cette commission, le marché est signé par le directeur de la DAEL.

La chambre émet deux observations quant à cette organisation :

- En premier lieu, et dans la continuité de ce qui a déjà été évoqué précédemment, la chambre constate l'exception faite aux marchés de travaux qui sont les seuls marchés à ne pas être signés par le directeur de la DAEL ; ce qui favorise une gestion en quasi autonomie des achats par cette direction.
- En second lieu, pour les autres marchés (hors ceux gérés par la PUI), la validation du choix de l'attributaire et la signature du marché relève d'une seule personne quel que soit le montant du marché.

La chambre invite l'établissement à davantage sécuriser cette étape de validation du choix du fournisseur en favorisant par exemple la collégialité pour des marchés à fort enjeu financier, comme cela est le cas pour la PUI qui a conservé une commission de choix.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Sur les achats, le présent contrôle témoigne des progrès accomplis en la matière par l'établissement depuis le précédent contrôle. Des efforts restent à poursuivre, notamment dans le contexte de mise en place du GHT.

6 LES RESSOURCES HUMAINES

Le précédent contrôle faisait le constat d'une hausse des effectifs de 240 ETP liés à la mise en service du nouvel hôpital dès 2010. Au vu de l'évolution des effectifs au cours des années suivantes, cette augmentation n'a pas été résorbée, l'ouverture de bocage jusqu'en 2014 et la hausse de l'activité nécessitant le renforcement des moyens.

L'analyse de l'évolution des effectifs et de la masse salariale de l'établissement a été réalisée en partie au moyen des bilans sociaux.

Concernant les présentations de ces bilans aux instances de l'établissement, elles ont été faites :

- en septembre 2015 pour le bilan social 2014 ;
- en septembre 2016 pour le bilan social 2015 ;
- en octobre 2017 pour le bilan social 2016 ;
- en octobre 2018 pour le bilan social 2017 ;

- et en juin 2019 pour le bilan social 2018.

L'établissement ne s'est pas conformé aux dispositions réglementaires qui précisent que le bilan social doit être arrêté par le directeur, après avis des instances consultatives, avant le 30 avril de l'année n+1. La chambre note toutefois en 2019 une amélioration des délais de présentation du bilan social aux instances consultatives.

Trois directions ont en charge la gestion des ressources humaines :

- la Direction des affaires médicales qui assure la totalité des missions de gestion du PM (recrutement, temps de travail, rémunération, mises à disposition...) managée par une directrice adjointe ;
- la Direction des ressources humaines composée d'une directrice et d'un directeur adjoint, lui-même plus particulièrement chargé de la formation et de l'amélioration des conditions de travail ;
- la Direction des Soins avec à sa tête une coordonnatrice générale des soins assisté d'un directeur des soins.

La gestion des ressources humaines non médicales est basée sur la collaboration entre la Direction des ressources humaines (DRH) et la Direction des soins. La DRH a en charge les recrutements des personnels non médicaux, la gestion de leurs statuts, de leurs carrières, et des diverses positions d'activité de ces agents. La Direction des soins a un rôle d'encadrement des personnels soignants, d'animation et de coordination des soins conformément au décret qui fixe ses compétences²⁶. La Direction des soins et la Direction des ressources humaines assurent en collaboration l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants. Le recrutement est réalisé conjointement entre la DRH (volet statutaire) et la Direction coordination générale des soins (DCGS) (volet professionnel).

6.1 Une évolution régulière des effectifs et de la masse salariale

À l'occasion de son précédent contrôle, la chambre avait relevé une hausse importante des effectifs et de la masse salariale. À l'occasion du présent contrôle, la chambre renouvelle ce constat, les effectifs (PNM + PM) ayant augmenté de 4,6 % sur la période. La hausse des effectifs a parallèlement entraîné une évolution des charges salariales à hauteur de 15,3 %.

²⁶ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Tableau n° 53 : ETPR moyen consolidé

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution sur la période
PM	521,53	511,18	537,85	540,46	548,13	557,98	7 %
PNM	5 290,66	5 291,60	5 346,17	5 434,22	5 506,62	5 523,62	4,4 %
Total	5 812,08	5 802,78	5 884,01	5 974,67	6 054,75	6 081,6	4,6 %

Source : Bilans sociaux

6.1.1 Évolution des effectifs entre 2014 et 2019

6.1.1.1 Les effectifs non médicaux

On constate une hausse de l'ensemble des effectifs non médicaux de 4,4 % sur la période.

- Évolution par statuts

Tableau n° 54 : Personnel non médical en ETPR par statut

Effectifs par statuts	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution en %
Permanents (1)	4 858,47	4 799,64	4 844,86	4 895,56	5 058,38	5 125,73	+ 5,45%
Non permanents (2)	432,18	491,95	501,30	538,66	448,24	397,9	- 7,9%
TOTAL	5 290,66	5 291,60	5 346,17	5 434,22	5 506,62	5 594,30	+ 4,4 %

Source : Bilans sociaux.

(1) Titulaires, stagiaires et CDI

(2) CDD et autres (contrats aidés, contrats d'apprentissage...)

L'établissement affiche une réduction de 54 ETP dans le cadre du CREF 2014-2017. Les effets de celle-ci apparaissent sur les effectifs de titulaires en 2015 (- 58,8 ETP)²⁷, mais n'ont pas d'incidence sur les effectifs totaux de l'exercice. Les effectifs restent stables entre 2014 et 2016, la baisse du nombre de titulaires étant en effet compensée par une hausse pratiquement équivalente des effectifs contractuels (+ 59,8 ETP).

²⁷ Année où est affichés dans le CREF la majeure partie des réductions d'effectifs prévus dans ce cadre.

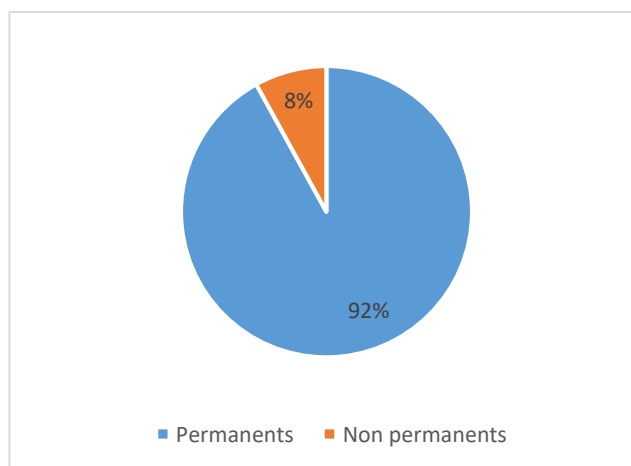
Après la stabilité constatée entre 2014 et 2015, les effectifs repartent à la hausse en 2016 (+ 54,6 ETP). L'établissement justifie ces évolutions car essentiellement dues à la mise en œuvre d'une politique de « CDIisation », notamment en faveur du personnel soignant (IDE et spécialisés). Le bilan social de l'établissement fait effectivement apparaître une évolution des effectifs soignants, notamment des IDE (infirmier toutes spécialités confondues) passés de 1 526,33 ETPR en 2014 à 1 617,05 ETPR en 2018 (+ 5,9 % sur la période) et des ASAP (aide-soignante et auxiliaire de puériculture), dont les effectifs passent de 877,15 ETPR en 2014 à 952,26 ETPR en 2018 (+ 8,6 % sur la période).

La politique de « CDIisation » répond également à l'évolution du cadre légal (cf. loi Sauvadet du 12 mars 2012), laquelle prévoit la transformation des CDD en CDI lorsque l'agent a atteint 6 années de service.

Entre 2016 et 2017, les effectifs progressent encore (+ 88,05 ETP) tant sur les effectifs permanents (+ 50 ETP) que sur les effectifs non permanents (+ 38 ETP). Ces évolutions sont pour l'établissement le résultat de l'adaptation des effectifs à l'augmentation d'activité enregistrée au fil des ans sur la période contrôlée.

Les effectifs continuent de progresser en 2018 (+ 72,40 ETP) et en 2019 (+ 67 ETP). Les effectifs non permanents baissent quant à eux à partir de 2017. Pour anticiper la fin du dispositif gouvernemental sur les emplois aidés, le CHU a en effet adopté une politique visant à réduire progressivement le recours aux emplois aidés à partir de janvier 2017. L'année 2018 a vu l'extinction du dispositif avec la fin effective des derniers contrats de cette catégorie en juillet 2018²⁸.

Graphique n° 3 : PNM par statut



Source : Bilan social 2018.

²⁸ À partir de janvier 2018, les contrats aidés sont transformés en parcours emploi compétences. La mise en œuvre des parcours emploi compétences repose sur le triptyque emploi-formation-accompagnement : un emploi permettant de développer des compétences transférables, un accès facilité à la formation et un accompagnement tout au long du parcours tant par l'employeur que par le service public de l'emploi, avec pour objectif l'inclusion durable dans l'emploi des personnes les plus éloignées du marché du travail. Ce nouveau dispositif s'inspire notamment des recommandations du rapport « Donnons-nous les moyens de l'inclusion » publié le 16 janvier 2018 et commandé le 5 septembre 2017 par Muriel Pénicaud, ministre du Travail.

- Évolution par filières

Au prorata des effectifs, la chambre constate que ce sont les effectifs administratifs qui connaissent l'évolution la plus importante sur la période avec une croissance de 52,7 ETP (+ 8,75 %). L'établissement explique que cette évolution est en lien avec la mise en place de postes d'accueil de secrétariat pour consultations et hospitalisations via des guichets d'accueil à chaque étage de l'établissement, où sont affectés notamment des assistantes médico administratives appartenant à la filière administrative.

Tableau n° 55 : Évolution du PNM par filières en ETPR

	2014	2015	2016	2017	2018	% évolution
<i>Administratifs</i>	601,87	596,47	608,98	631,04	654,55	8,75
<i>Soignants</i>	3 329,44	3 333,24	3 360,75	3 468,04	3 502,89	5,20
<i>Sociaux éducatifs</i>	42,97	40,71	45,54	45,53	95,35	121,8
<i>Médico-techniques</i>	447,27	431,32	416,25	382,86	396,13	-11,4
<i>Techniques</i>	743,62	739,52	756,10	783,63	831,29	11,8
<i>Autres*</i>	125,49	150,34	158,55	123,21	28,41	77,3
Total	5 290,66	5 291,60	5346,17	5434,22	5506,62	4

Source : Bilans sociaux

* contrats aidés et contrats d'apprentissage

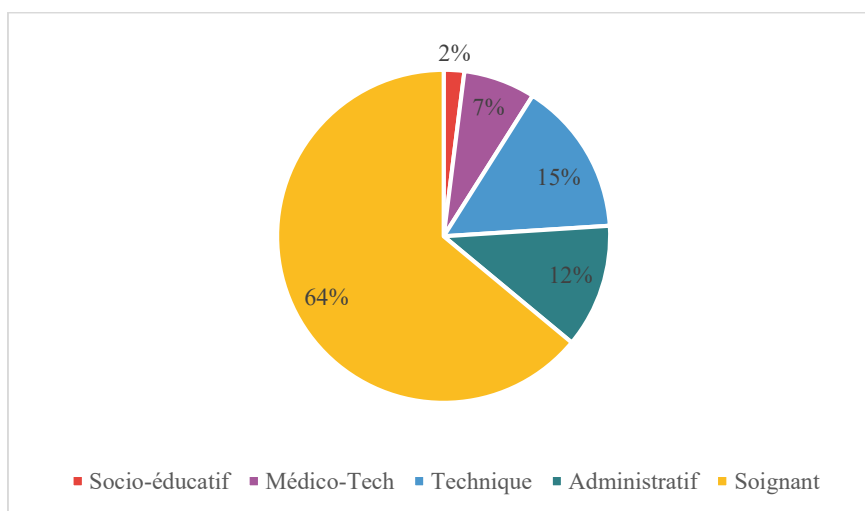
Les effectifs soignants ont connu également une croissance régulière, corrélée à la hausse d'activité sur la période conduisant à une hausse de 173 ETP (+ 5,20 %).

Les effectifs des personnels socio-éducatifs sont restés stables sur la période. L'effectif figurant au bilan social pour 2018, qui représente plus du double de l'effectif moyen, inclut à tort les psychologues qui n'ont pas à être comptabilisés dans cette catégorie d'agents.

Les effectifs médico-techniques diminuent quant à eux sur la période (- 11,4 %) ; cette évolution à la baisse s'explique notamment par un changement de filière des personnels de recherche.

Concernant les emplois aidés, l'extinction du dispositif a été engagé par l'établissement dès 2017 en prévision du dispositif gouvernemental concernant ces emplois, avec la fin effective des derniers contrats en juillet 2018.

Graphique n° 4 : PNM par filière



Source : Bilan social 2018.

- Évolution par catégorie

Les évolutions statutaires intervenues depuis 2010, notamment le protocole Licence Master Doctorat (LMD), l'exercice du droit d'option et le passage en catégorie A (cf. décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010), avaient déjà modifié la structuration de l'emploi d'infirmier entre les catégories A et B.

Sur la période examinée, les effectifs de catégorie A ont continué à augmenter de 18,8 %, suite au reclassement notamment d'autres métiers, jusque-là en catégorie B, tels les pédicures, les psychomotriciens, les manipulateurs en radiologie en 2015, les ergothérapeutes en 2016, les effectifs de catégorie B diminuant dans le même temps de 13,2 %.

Tableau n° 56 : Équivalents temps plein rémunérées (ETPR) par catégorie

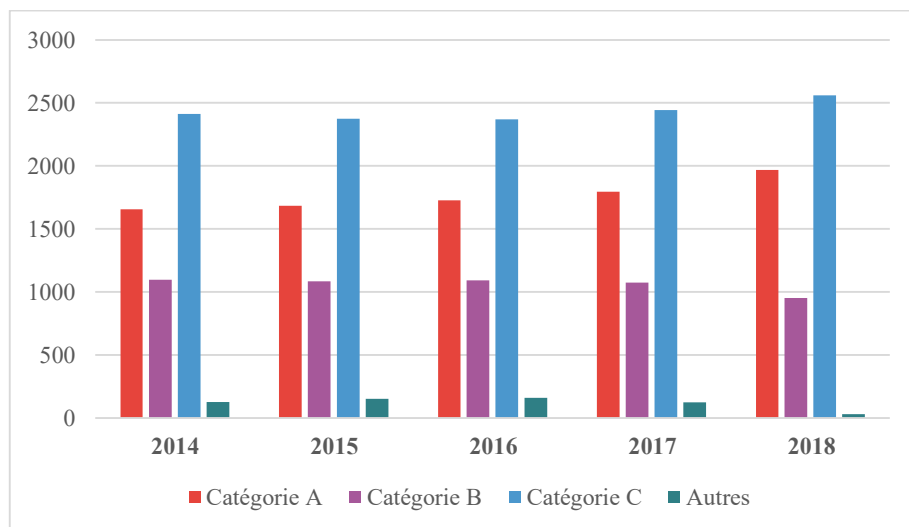
	2014	2015	2016	2017	2018	% évolution
Catégorie A	1 655,65	1 683,16	1 727,27	1 794,31	1 966,80	18,8
Catégorie B	1 097,85	1 084,71	1 091,54	1 073,34	953,02	- 13,2
Catégorie C	2 411,58	2 373,39	2 368,80	2 443,65	2 558,40	6
Autres*	125,49	150,34	158,55	123,22	28,41	- 77,3
Total	5 290,57	5 291,60	5 346,16	5 434,22	5 506,63	4

Source : Bilans Sociaux.

*Autres : contrats aidés et contrats d'apprentissage.

La catégorie C dans laquelle apparaissent la grande majorité des effectifs non permanents ainsi que les effectifs passés sous CDI au bout de 6 années d'exercice, progressent également (+ 6 %). Les emplois « autres » (emplois aidés) disparaissent à partir de 2018.

Graphique n° 5 : Effectifs par grade



Source : Etablissement.

6.1.1.2 Les effectifs médicaux

Sur la période, l'établissement enregistre une évolution modérée des effectifs des personnels médicaux (+ 3,4 %) qui est essentiellement due à la hausse des effectifs médicaux non hospitalo-universitaires.

Tableau n° 57 : Évolution PM en ETPR moyen*

	2014	2015	2016	2017	2018	% évolution
<i>Personnel hospitalo-universitaire</i>						
<i>PUPH</i>	76,83	70,00	76,00	73,78	75,32	-1,9
<i>MCUPH</i>	21,14	17,58	20,00	19,98	24,00	13,5
<i>PHU</i>	3,33	1,21	2,25	4,38	4,29	28,8
<i>CCA</i>	68,15	64,25	72,27	69,50	66,36	-2,6
<i>Sous total</i>	169,46	153,03	170,52	164,64	169,97	0,3
<i>Personnel médical hors hospitalo-universitaire</i>						
<i>PH temps plein</i>	226,88	228,56	231,98	232,74	231,30	1,9
<i>PH temps partiel</i>	14,03	20,22	20,67	21,56	21,83	55,6
<i>Assistant</i>	48,28	52,72	59,04	53,87	50,56	4,7

	2014	2015	2016	2017	2018	% évolution
<i>Praticien attaché</i>	32,84	27,79	24,61	23,17	22,09	
<i>Praticien attaché associé</i>	8,50	7,95	5,90	6,19	2,25	-73,5
<i>Praticien contractuel</i>	21,45	20,90	25,13	35,30	28,04	30,7
<i>Sous total</i>	351,97	358,15	367,33	372,82	369,07	4,8
TOTAL	521,43	511,18	537,85	540,46	539,04	3,4

Source : Bilans sociaux. *hors internes et étudiants

- Le personnel hospitalo-universitaire

Même si des évolutions significatives sont observées sur les grades de MCUPH (+ 13,5 %) et de PHU (+ 28,8 %), elles restent sans véritable incidence sur l'évolution globale des effectifs des personnels universitaires, les deux catégories concernées représentant un effectif réduit. La part des effectifs de PU-PH ne connaissant qu'une légère baisse (- 1,9 %).

- Le personnel non hospitalier universitaire

La hausse du personnel non universitaire relève essentiellement d'une augmentation des effectifs de praticiens contractuels (+ 30,7 %) notamment en 2016 et 2017, qui est surtout à noter. En 2016 et 2017, sur de nombreuses disciplines médicales et chirurgicales (radiologie, urgences, neurologie, neurochirurgie, gériatrie, gynécologie, anesthésie-réanimation...), des praticiens contractuels développant de nouvelles activités ont été recrutés par le CHU. Soumis à évaluation en vue de leur renouvellement, l'établissement a mis en place une Commission de Prospective Hospitalière (CPH), réunie 3 fois par an. Cette commission est chargée d'étudier de façon approfondie l'opportunité du recrutement médical ainsi que les compétences et aptitudes des candidats.

Une augmentation des effectifs de PH temps plein et temps partiel est également à noter (+ 12,2 ETP).

6.1.2 Évolution de la masse salariale

L'évolution des effectifs a entraîné une évolution des charges salariales proportionnellement plus importante, celle-ci ayant progressé sur la période de 15,3 %.

Tableau n° 58 : Charges de personnel totales (consolidées) en euros*
(chiffres provisoires sur 2019)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation annuelle moyenne	% évol période
Rémunération du personnel	197 123 773	198 443 991	203 217 147	211 648 799	222 010 373	229 935 562	3,1%	16,6%
Charges sociales totales sur personnel	76 402 586	77 258 649	80 141 479	81 470 452	84 118 993	84 882 792	2,1%	1,4%
Honoraires médecine libérale et indemnités d'enseignement	159 777	195 190	189 580	179 828	218 979	150 255	1,2%	-5,9%
Autres charges de personnel	1 120 012	1 445 490	1 095 762	1 013 373	1 039 814	1 342 637	3,7%	19,8%
Atténuations de charges portabilité CET	0	0	0	0	0	0	N.C.	-
Impôts et taxes liés au personnel	29 019 918	29 442 569	30 737 567	31 520 237	31 735 113	33 309 830	2,8 %	14,8%
Dont taxe sur les salaires	18 559 444	18 596 842	19 014 770	20 045 060	20 286 641	21 404 750	2,9 %	15,3
Charges de personnel totales consolidées	303 872 357	306 950 126	315 530 713	326 028 332	339 672 764	350 399 289	2,9 %	15,3%

Source : ANAFI

* Dépenses nettes de remboursement sur charges

L'évolution totale des rémunérations sur la période est de 16,6 %, la part des rémunérations du personnel médical (+ 29 %) ayant connu une progression plus soutenue que celle du personnel non médical (+ 12,6 %).

Tableau n° 59 : Rémunérations en euros

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	% évol
Total	197 123 773	198 443 991	203 217 147	211 648 799	222 010 373	229 935 562	16,6 %
PNM	148 828 432	148 833 425	151 211 225	157 611 076	164 658 055	167 596 290	12,6 %
PM	48 295 342	49 610 565	52 005 922	54 037 723	57 352 318	62 339 271	29 %

Source : ANAFI

6.1.2.1 Évolution de la part des personnels non médicaux (PNM)

Tableau n° 60 : Évolution de la rémunération du personnel non médical (en €)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation annuelle moyenne (en %)	Variation 2014/2019 (en %)
<i>Personnel titulaire et stagiaire</i>	130 397 662	132 037 317	130 735 941	131 859 674	132 252 582	133 916 746	0,5	2,7
<i>Personnel en CDI</i>	12 045 618	10 920 684	14 741 900	18 746 254	24 734 376	27 117 222	18,8	125,1
<i>Personnel en CDD</i>	7 002 429	7 510 034	7 553 082	9 267 512	9 137 092	8 671 733	4,8	23,8
<i>Contrats aidés et apprentis</i>	1 800 988	2 210 213	2 406 826	1 955 035	480 587	112 914	-27,8	-93,7
<i>Atténuations de charges</i>	2 418 265	3 844 822	4 226 524	4 217 400	1 946 582	2 222 325	50,8	-8,1
<i>Rémunérations du personnel non médical</i>	148 828 432	148 833 425	151 211 225	157 611 076	164 658 055	167 596 290	22,4	12,6
<i>en % des rémunérations totales</i>	75,50%	75,00%	74,41%	74,47%	74,17%	72,89%	-0,6	-3,5
<i>(CDD + contrats aidés) / Rémunérations PNM</i>	5,92%	6,53%	6,59%	7,12%	5,84%	5,24%	-6,2	-11,5

Source : ANAFI

Les rémunérations du personnel non médical ont progressé au cours de la période de 12,6 % alors que leur part sur le total des rémunérations du personnel a diminué passant de 75,5 % en 2014 à 72,9 % en 2019, soit une diminution de 3,5 %.

L'augmentation de la masse salariale sur la période s'explique en partie par l'application de plusieurs mesures gouvernementales ayant eu des impacts importants sur le titre 1 « Dépenses de personnel » : revalorisation du point d'indice de 0,6 %, revalorisation du SMIC, PPCR, reclassement des catégories, augmentation de la cotisation CNRACL passée de 30,40 % en 2014 à 30,65 % en 2017, augmentation de la cotisation IRCANTEC.

Deux mesures ont eu un impact particulièrement important :

- les revalorisations du point d'indice sur la période (en 2016 et en 2017)

Tableau n° 61 : Revalorisation du point d'indice en € (montant brut + charges)

	<i>Impact financier par catégorie</i>		<i>Impact financier annuel</i>
	<i>Titulaires</i>	<i>Contractuels</i>	
2016	493 311	110 524	603 835
2017	659 395	1 003 662	1 663 057
2018	83 199	14 834	98 033
TOTAL	1 235 905	1 129 020	2 364 925

Source : Établissement

- la mise en œuvre de l'instruction du 21 juillet 2016 relative à la mise en œuvre de la réforme « Parcours Professionnels, Carrières et Rémunérations (PPCR) » au bénéfice des personnels de la fonction publique hospitalière. L'évolution des rémunérations des agents titulaires liée à la mise en place du PPCR a été engagée au CHU à compter de 2017 conformément à la réglementation, le CHU Dijon Bourgogne ayant également appliqué les évolutions salariales induites par la réforme PPCR aux agents contractuels.

Tableau n° 62 : Coûts liés à la mise en place de PPCR (en €)
(agents titulaires et contractuels)

	Montants
2016	535 941
2017	2 248 816
2018	1 186 557
2019	889 685
2020	281 130
Total	5 142 129

Source : Établissement

La chambre relève que c'est principalement le coût du personnel en CDI qui a fortement augmenté (+ 125 %) sur la période, coût certes impacté par les revalorisations du point d'indice, mais moins par la mise en place de la PPCR, les contractuels ayant été moins concernés par les mesures. C'est plus l'impact de la politique de CDIisation engagée par l'établissement dès 2016 qui a entraîné l'augmentation de 83,9 % de la masse salariale des CDI non médicaux entre 2016 et 2019.

Dans le même temps, la part des CDD et contrats aidés a baissé, traduisant l'arrêt progressif sur 2017 et 2018 des contrats aidés dans le cadre de la politique gouvernementale en ce domaine telle qu'évoquée précédemment.

La masse salariale du PNM devrait en outre connaître une évolution significative sur les prochains exercices en lien avec les décisions récentes prises dans le cadre du « Ségur de la santé ».

6.1.2.2 Masse salariale du personnel médical

Tableau n° 63 : Évolution de la masse salariale du personnel médical (en €)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évol moyenne annuelle)	Évolution sur la période
Praticiens hospitaliers	21 952 577	22 068 528	24 297 006	24 777 829	24 771 483	25 518 852	2,9%	16,2%
Praticiens hospitaliers contractuels	5 669 168	5 709 525	6 924 087	7 504 806	8 354 581	9 025 235	6,7%	59,2%
Internes et étudiants	15 888 339	16 124 332	18 140 595	19 072 263	20 701 070	21 540 733	5,8%	35,6%
Autres rémunérations (y c. permanence des soins et tps de travail additionnel)	7 308 501	8 898 266	5 847 364	5 976 239	6 598 089	8 010 896	2,2%	9,6%
Atténuations de charges	2 523 243	3 190 085	3 203 131	3 293 413	3 072 904	1 756 444	-7,0%	-30,4%
Rémunérations du personnel médical	48 295 342	49 610 565	52 005 922	54 037 723	57 352 318	62 339 271	4,7%	29,1%
<i>en % des rémunérations totales</i>	<i>24,50%</i>	<i>25,00%</i>	<i>25,59%</i>	<i>25,53%</i>	<i>25,83%</i>	<i>27,11%</i>	<i>1,8%</i>	<i>10,6%</i>

Source : Anafi

La hausse de la masse salariale du personnel médical (PM) est sur la période huit fois plus importante que l'augmentation des effectifs. De nombreux éléments entrainant cette évolution sont à prendre en compte sur la période. Des mesures générales concernant toutes les catégories d'agents telles la revalorisation du point d'indice de la fonction publique de + 0,6 %, ou spécifiques comme la prime de responsabilité attribuée aux internes en médecine (arrêté du 4 mars 2014), la mise en œuvre du référentiel du temps de travail des urgences (circulaire du 22 décembre 2014 et instruction du 10 juillet 2015) nécessitant le renfort en médecins urgentistes, la prime d'engagement des assistants spécialistes (décret n° 2015-321 et arrêtés du 20 mars 2015), l'intégration des étudiants en maïeutique dans un statut d'étudiants hospitaliers (décret n° 2016-1335 du 7 octobre 2016), ou la revalorisation de l'IESPE pour praticiens totalisant plus de 15 ans de service public exclusif ont impacté la masse salariale du personnel médical.

En 2019, la masse salariale du PM représente 27,11 % de la masse salariale globale de l'établissement, soit une évolution de cette part qui n'a pas cessé de progresser sur la période (+ 2,5 points).

Le coût moyen du personnel, au regard de la moyenne nationale ²⁹ est en 2015 de 43 938 € pour le PNM, inférieur à la moyenne nationale (44 900 € en 2015), et de 131 826 € pour le PM, nettement supérieur quant à lui à la moyenne nationale (115 300 € en 2015). Si le coût moyen a diminué sur la période pour le PNM (estimé par la chambre à 41 992 € en 2018), il a encore augmenté pour le PM passant à 155 515 € en 2018.

À l'instar de la masse salariale du PNM, celle du PM devrait connaître une évolution majeure suite aux décisions prises en 2020 dans le cadre du « Ségur de la santé ».

6.2 Le régime indemnitaire

6.2.1 Le personnel non médical

6.2.1.1 La Nouvelle Bonification Indiciaire

Instaurée par [l'article 27 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991](#) sur la rénovation de la grille des classifications et des rémunérations des agents dans les trois fonctions publiques, bénéficient de la NBI les agents appartenant aux corps³⁰ ouvrant droit à la perception de cette indemnité.

Pour toute attribution de la NBI en dehors des corps cités en note de bas de page, les grades et les affectations sont nécessaires.

La jurisprudence du Conseil d'État est précise sur ce sujet :

- le bénéfice de la NBI est lié non au corps d'appartenance ou au grade des fonctionnaires, mais aux emplois qu'ils occupent compte tenu de la nature des fonctions attachées à ces emplois³¹ ;
- le bénéfice de la NBI³² est lié aux seules caractéristiques des emplois occupés, au regard des responsabilités qu'ils impliquent ou de la technicité qu'ils requièrent et ne peut être limité aux fonctionnaires d'un corps ou aux titulaires d'une qualification déterminée ni être soumis à une condition de diplôme.

²⁹ Cf. [synthèse des bilans sociaux](#) de 339 établissements de santé établie par l'ATIH, 2015 étant la dernière année disponible.

³⁰ Masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, psychomotriciens, des techniciens de laboratoire, des manipulateurs d'électroradiologie médicale, des préparateurs en pharmacie hospitalière, des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé et corps des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé paramédicaux, ergothérapeutes cadres de santé et corps des ergothérapeutes cadres de santé paramédicaux, des psychomotriciens cadres de santé et corps des psychomotriciens cadres de santé paramédicaux, des techniciens de laboratoire cadres de santé et corps des techniciens cadres de santé paramédicaux, des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé et corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé paramédicaux, des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé et corps des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé paramédicaux, infirmiers anesthésistes cadres de santé et corps des infirmiers anesthésistes cadres de santé paramédicaux, infirmiers de bloc opératoire cadres de santé et corps des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé paramédicaux, des puéricultrices et des puéricultrices cadres de santé paramédicaux.

³¹ Conseil d'État - arrêt du 24 mars 2004.

³² Conseil d'État - arrêt du 22 janvier 2013.

La décision d'attribution de la NBI doit donc indiquer les responsabilités exercées justifiant l'attribution de cette indemnité.

Dans le cadre de son contrôle, la chambre a constaté que si les agents percevaient bien la NBI au taux correspondant à leur grade ou à leur fonction et que les agents contractuels n'en bénéficiaient pas, elle note cependant l'absence de décision individuelle concernant son attribution. Plusieurs dossiers d'agents percevant la NBI au titre de leurs fonctions ont été analysés par la chambre. Dans l'échantillon recueilli, les seules décisions relatives à la NBI figurant dans des dossiers sont celles établies par des structures autres que le CHU (ex par le Centre National de Gestion).

Pour les autres situations, les décisions du directeur du centre hospitalier fixant le nombre de points attribués en matière de NBI ne figurent pas dans les dossiers. Le CHU a mis en place un processus de recensement de l'ensemble des NBI attribuées, afin d'en vérifier la régularité et d'édicter les décisions nécessaires à partir de modèles intégrés dans le module bureautique du logiciel CPage. Il a précisé que sur l'année 2020, 90 décisions et 70 attestations reprenant l'ensemble de la carrière des professionnels ont été réalisées. La chambre invite le CHU à poursuivre ce processus de mise à jour qui porte sur la formalisation de 1 071 décisions.

6.2.1.2 La régularisation des primes aux contractuels

Concernant la prime de service, les modalités de calcul appliquées par le CHU s'appuient bien sur l'arrêté du 24 mars 1967 et conformément à l'article R. 6144-40 du code de la santé publique ; les modalités de calcul de la prime de service ont été présentées au CTE du CHU lors de sa séance du 3 février 2015.

La chambre a constaté le versement d'une prime de service à des contractuels. Les contrats des cinq agents concernés ont été fournis par l'établissement. Ces contrats précisent le versement d'une prime aux modalités de calcul et de versement identiques à celles retenues pour la prime de service des agents titulaires. Dans le cadre de la contradiction, le CHU souligne l'ancienneté des contrats en cause signés antérieurement à la décision du Conseil d'Etat n° 312446 du 23 mars 2009 qui a jugé que la prime de service ne pouvait être attribuée aux contractuels (un en 2004 et cinq dans les années 1990 au regard d'un effectif de 1 200 contractuels). Il précise que les départs des six agents concernés vont conduire à l'extinction de ce versement (un départ effectif en 2020 et deux en 2021).

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

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

La chambre a également constaté le versement d'une indemnité différentielle à une attaché d'administration contractuelle. Le décret n° 91-769 du 2 août 1991 instituant une indemnité différentielle en faveur de certains personnels civils et militaires de l'État, des personnels des collectivités territoriales et des établissements publics d'hospitalisation détermine les conditions d'attribution actuelle de cette prime. Le dispositif est complété par les circulaires ministérielles FP/7 N°1787 du 26 mars 1992 et 2BPSS N°11-34-11 du 25 novembre 2011.

La chambre a constaté que le versement de cette indemnité différentielle à cet AAH contractuel de droit public ne répond pas aux critères réglementaires. En effet, au moment de son recrutement en 2014, le traitement indiciaire de l'agent prévu au contrat est fixé à 2 296,62 € auquel s'ajoute l'indemnité de sujétion de 13 heures soit 188,57 €. La rémunération étant supérieure au SMIC de 2014 (1 445,38 € bruts mensuels³³), l'attribution d'une indemnité différentielle ne se justifiait pas.

Un avenant n° 2 au contrat établi à la date du 4 avril 2017 précise que « la rémunération prévoit par ailleurs depuis le 1^{er} avril 2014 une indemnité différentielle de traitement correspondant à 25 points d'indice » soit 115,76 €. Le recours à l'indemnité différentielle n'apparaît pas non plus justifié.

C'est le cas également pour un CDI établi pour un AAH. L'avenant n° 3 du contrat en date du 1^{er} juillet 2017 prévoit une indemnité compensatrice nette annuelle de 2 508 €. Cet avenant ne précise pas à quel titre cette indemnité compensatrice est versée, onze années après sa signature initiale en 2006.

La chambre invite l'établissement à s'appuyer sur l'instruction du 2 avril 2015 précitée pour assurer de manière conforme à la réglementation le régime indemnitaire de ses agents contractuels.

³³ Le salaire minimum légal en France, (le SMIC) a été revalorisé de +1,1 % au 1^{er} janvier 2014 par le décret n° 2013-1190 du 19 décembre 2013 portant relèvement du salaire minimum de croissance portant donc le SMIC horaire à 9,53 euros au 1^{er} janvier 2014, soit 1445,38 euros bruts mensuels sur la base de la durée légale de 35 heures hebdomadaires. Au 1^{er} janvier 2014, la valeur du point d'indice de la fonction publique reste inchangée à 4,6303 €.

6.2.1.3 L'indemnité compensatrice de logement

Certains fonctionnaires peuvent bénéficier d'un logement par nécessité absolue de service en raison de leur statut fonctionnel ou des journées de garde à assurer dans leur service. À défaut de pouvoir octroyer un logement, l'agent peut percevoir une indemnité compensatrice de logement.

C'est le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière qui détermine les conditions d'attribution actuelle de cette prime. Ce décret est pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986. Le dispositif est complété par l'arrêté ministériel du 8 janvier 2010 qui en fixe le montant par zones conformément au code général des impôts en fonction de la localisation de la commune du lieu de résidence administrative de l'agent ³⁴.

Les fonctionnaires concernés sont de droit et sans condition « ceux qui occupent les emplois des corps et des statuts fonctionnels des personnels de direction et les directeurs de soins » ainsi que ceux appartenant à certains corps (ingénieurs hospitaliers, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière...) à condition qu'ils assurent un nombre annuel minimum de journées de garde fixé à 40 jours. Un arrêté en date du 8 janvier 2010 précise les conditions par lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service.

Concernant les directeurs statutaires, il n'est fait référence à l'indemnité logement que dans la décision annuelle signée par la directrice générale relative au calcul de la part fonction laquelle tient compte de l'attribution ou non d'une indemnité logement. Est seulement précisé dans cette décision la notion de « directeur non logé – bénéficie d'une indemnité logement ».

La chambre invite l'établissement à établir des décisions individuelles accordant le bénéfice de cette indemnité conformément au décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 en lien avec le code général des impôts. Cependant le CHU estime que les décisions de la directrice générale attribuant leur part fonction aux directeurs statutaires en tiennent lieu. Toutefois, il s'est engagé à établir des décisions individuelles distinctes en 2021.

6.2.1.4 Les heures supplémentaires

Le nombre d'heures supplémentaires a fortement augmenté sur la période passant de 144 229 heures en 2014 à 167 785 heures en 2018 (soit + 16,3 %), alors même que le nombre d'agents bénéficiant d'heures supplémentaires a diminué (- 5 %). La conséquence première de ce constat se révèle être l'augmentation du nombre moyen d'heures détenues par agent (29 heures en 2018 soit + 11,5 % entre 2014 et 2018) (cf. tableau annexe 5).

Le nombre d'heures supplémentaires rémunérées n'a cessé également de progresser sur la période avec une hausse particulièrement importante en 2017 (+ 97,8 % par rapport à 2016). Malgré une diminution en 2018, le montant des heures rémunérées reste élevé et fait apparaître une augmentation de 157 % entre 2014 (595 010 €) et 2018 (1 238 640 €).

³⁴ Zone A : 1 828 euros ; Zone B : 1 485 euros ; Zone B2 : 1 257 euros ; Zone C : 1 142 euros.

Interrogé sur ce constat, l'établissement précise que l'augmentation des heures supplémentaires rémunérées en 2017 (+ 35 400 par rapport à 2016) et en 2018 (+ 19 000 par rapport à 2016) est liée :

- à la mise en place de l'application WHOOG à partir de fin 2016. Cette application permet aux cadres de santé d'assurer une meilleure réactivité dans le remplacement de l'absentéisme par la publication sur l'application de leurs besoins de remplacement. La dépense est maîtrisée car contrainte dans le cadre des enveloppes de remplacement déléguée aux pôles. Selon l'établissement, 13 000 heures en 2017 et 20 600 heures en 2018 sont imputables à la mise en place de l'application.
- au plan de résorption des balances horaires décidé par la Direction générale suite à un mouvement social de mars 2017 (récupération des heures entre 40h et 60h et paiement au-delà de 60h afin de parvenir à une balance horaire moyenne par agent inférieure à 40h). L'impact de cette mesure se chiffre à 23 700 heures supplémentaires rémunérées sur 2017.

Concernant le nombre d'heures supplémentaires par agent, le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 plafonne à 15 heures par mois le nombre d'heures supplémentaires pouvant être indemnisées par agent, et à 18 heures par mois le nombre d'heures pouvant être indemnisées pour les catégories de personnel suivantes : infirmiers spécialisés, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnel d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Au-delà de ce plafond, le Conseil d'État a rappelé dans un arrêt du 18 janvier 2011 que les heures effectuées ne pouvaient donner lieu ni à récupération ni à indemnisation (CE 18 janvier 2011, Madame A).

Au CHU, un nombre d'heures supplémentaires à ne pas dépasser est affecté automatiquement pour chaque agent. Ce plafond est calculé en fonction du grade selon la réglementation (180 ou 220 heures). Il est également proratisé en fonction du nombre de mois de présence de l'agent. Ainsi, pour exemple, un agent ASH qui a un contrat du 1^{er} janvier au 30 juin bénéficiera dans CHRONOS d'un plafond d'heures supplémentaires à 180/2, soit 90 heures.

L'analyse par la chambre de feuilles de paies présentant le versement d'heures supplémentaires fait apparaître deux types de situations :

- Alors que les heures supplémentaires sont les heures de travail effectuées par un agent à la demande de son chef de service en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail, la chambre constate le versement mensuel systématique d'HS dans le plafond autorisé, sur l'ensemble des mois couverts par la période, pouvant laisser penser au paiement, par le biais de ces heures, d'un complément de salaire. Le versement mensuel régulier de 15 heures supplémentaires (14 + 1)³⁵ est ainsi observé notamment pour différents encadrants du secteur de bio-nettoyage (technicien hospitalier, aide-soignant), pour une responsable de crèche et pour une technicienne de laboratoire. Dans le cadre de la contradiction, le CHU a indiqué avoir fait le choix de verser mensuellement aux 12 encadrants du secteur du bio-nettoyage 15 heures supplémentaires correspondant à une « estimation » des heures de travail complémentaires en tant que « responsable hôtelier de pôle » assurées par ces aides-soignants dont le grade ne permet pas la valorisation de telles

³⁵ Majoration de 25 % pour les 14 premières heures, 27 % pour les heures suivantes.

fonctions pourtant indispensables au management de ces équipes et à la qualité du suivi des normes d'hygiène.

- De même, la chambre a constaté le paiement d'heures supplémentaires au-delà des plafonds réglementaires englobant le versement d'astreintes. Pour rappel, les articles 6, 9 et 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière modifié précisent :
 - que lorsque la durée du cycle de travail est inférieure ou égale à un mois, un agent ne peut pas effectuer plus de 15 heures supplémentaires par mois (180 heures par an). Ce plafond mensuel est porté à 18 heures (220 heures par an) pour les personnels suivants : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale.
 - qu'en cas de crise sanitaire, les établissements de santé sont autorisés, par décision du ministre de la santé, à titre exceptionnel, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail. Le troisième alinéa de l'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 prévoit en effet qu'en cas de « crise sanitaire, les établissements de santé sont autorisés, par décision du ministre de la santé, à titre exceptionnel, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à dépasser les bornes horaires fixes par le cycle de travail. »³⁶.
 - que les heures supplémentaires effectuées dans le cadre des astreintes réalisées par les personnels participant aux activités de prélèvement et de transplantation d'organes ne sont pas prises en compte dans le calcul de ces plafonds. Toutefois, ces personnels ne doivent pas travailler plus de 48 heures au cours d'une période de 7 jours.

Concernant les astreintes, c'est l'article 1 du décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui rappelle que « le temps passé en astreinte dans les conditions prévues par le titre II du décret du 4 janvier 2002 donne droit soit à une compensation horaire, soit à une indemnisation. La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile³⁷. L'indemnisation horaire correspond au quart d'une somme déterminée en prenant pour base le traitement indiciaire brut annuel de l'agent concerné au moment de l'astreinte dans la limite de l'indice brut 638 augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1 820. » Le renvoi au décret du 4 janvier 2002, apporte la seule précision que l'intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme du temps de travail effectif.

³⁶ C'est sur ce fondement que par décision du 5 mars 2020 le gouvernement a autorisé les établissements publics de santé, à titre exceptionnel, à recourir aux heures supplémentaires au-delà des plafonds fixés à l'article 15 du décret n° 2002-9, pour la période du 1^{er} février au 30 juin 2020 et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients.

³⁷ Sous réserve du respect de la procédure prévue à l'article 3 du décret n° 2003-507 du 11 juin 2003, cette indemnisation peut, à titre exceptionnel, dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels, être portée au tiers de la somme évoquée au précédent alinéa, lorsque le degré des contraintes de continuité de service mentionnées à l'article 20 du décret du 4 janvier 2002 susvisé est particulièrement élevé dans le secteur et pour les personnels concernés (cf. tableau astreintes PNM).

Aucun texte ne prévoyant un mode de rémunération ou de compensation spécifique pour les interventions, elles constituent néanmoins un temps de travail effectif qu'il convient de rémunérer, et ce, sur la base des indemnités horaires pour travaux supplémentaires régies par le décret du 25 avril 2002. L'application de ce décret implique cependant de s'assurer que le contingent mensuel réglementaire ne soit pas dépassé.

Le guide de l'organisation du travail réalisé par le CHU³⁸ précise que le temps passé dans l'établissement, s'il y a intervention, et celui passé en déplacement pour rejoindre l'établissement concerné sont rémunérés ou considérés comme du travail effectif mais que « *le nombre d'heures d'intervention et de déplacement d'astreinte suit la réglementation des heures supplémentaires si la direction de l'établissement a choisi de les rémunérer comme telle* ».

La chambre constate que le CHU rémunère bien les heures d'astreinte effectuées en intervention sur les taux horaires des heures supplémentaires (interventions en astreinte payées au tarif HS de jour : taux horaire x 1,25 ou de DJF : taux horaire x 1,25 + (taux horaire x 1,25 x 2/3), ou de nuit : taux horaire x 1,25 fois 2). Elle constate également que le cumul des heures supplémentaires payées au titre des astreintes, parfois cumulées avec des heures supplémentaires pour travail supplémentaire, dépasse à de nombreuses occasions les plafonds réglementaires mensuels et annuels autorisés alors que ces heures ne sont pas effectuées par des personnels participant aux activités de prélèvement et de transplantation d'organes, et ont été réalisées hors période d'urgence sanitaire (cf. article 6 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002). Le constat a été fait pour 2018 avec un nombre d'heures supplémentaires mensuel pouvant aller jusqu'à plus de 40 heures et un nombre d'HS annuel à plus de 600 HS pour certains soignants notamment au sien du Bloc Urgences Adultes. Le constat a été fait également au sein de la stérilisation (419 HS en 2018 pour 180 autorisées réglementairement).

À noter que le montant des astreintes a augmenté sur la période de 7 %, en lien avec la hausse de l'activité (974 062 € en 2018 contre 816 773 € en 2014). Dans sa réponse aux observations provisoires, le CHU expose que le constat de la chambre relatif au bloc s'explique par une activité chirurgicale croissante, qui n'a pu être accompagnée par le recrutement de compétences IBODE et IADE, en raison de la tension existant sur ces spécialités. S'y ajoute la nécessité de faire face à des absences sans effectif supplémentaire. Aussi, tant pour des raisons budgétaires que de compétence, de continuité et de qualité des soins, le CHU indique avoir fait ce choix de mobiliser en priorité ses professionnels par le biais des heures supplémentaires. Il souligne, par ailleurs, que l'établissement étant accrédité pour les activités de prélèvement et de transplantation, les IDE et IBODE exerçant aux blocs opératoires participent à ces activités, ce qui autorise pour ces soignants, le dépassement du contingent d'heures supplémentaires en application du décret du 4 janvier 2002.

³⁸ Présenté au CTE du 26 septembre 2016 pour validation

6.2.2 Le personnel médical

6.2.2.1 L'indemnité de service public exclusif (ISPE)

L'arrêté du 8 juin 2000 prévoit le versement d'une indemnité de service public exclusif aux praticiens hospitaliers (PH) nommés à titre permanent, qui s'engagent par contrat passé avec le directeur de l'établissement à ne pas exercer d'activité libérale dans l'établissement. Cinq arrêtés relatifs à l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) publiés au JO du 22 décembre 2016 rappellent les bénéficiaires de cette indemnité :

- les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, les assistants hospitaliers universitaires et les praticiens hospitaliers universitaires ;
- les personnels enseignants et hospitaliers titulaires ;
- les praticiens attachés ;
- les praticiens hospitaliers titulaires à temps plein ;
- les praticiens hospitaliers titulaires à temps partiel.

Dans un souci de fidéliser les praticiens investis durablement dans le service public, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a instauré la création d'un deuxième palier de l'IESPE pour valoriser cet engagement durable des praticiens à l'hôpital sans exercice libéral. Ainsi un des arrêtés du 20 décembre 2016 fixe le montant de l'IESPE à 490,41 euros bruts par mois. Il fixe également un second montant de l'IESPE s'élevant à 700 euros bruts mensuels pour les praticiens justifiant du bénéfice au cours de leur carrière, de manière continue ou non, d'un minimum de quinze années de l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

La chambre a pu observer que les contrats entre les praticiens bénéficiaires de l'ISPE et l'établissement existent et sont signés. La chambre observe également que les praticiens contractuels conformément à la réglementation, ne perçoivent pas cette indemnité³⁹.

Par contre la chambre a constaté que des praticiens en période probatoire ⁴⁰, non concernés par la perception de cette indemnité, l'ont perçue entre juillet 2014 et novembre 2017, sur des périodes allant de trois à dix-sept mois, pour des montants compris entre 1 462,47 € et 7 799,84 €. Seul un des praticiens concernés a vu les montants indûment versés par l'établissement récupérés par celui-ci.

La chambre ne peut que constater que l'établissement n'a pas récupéré les sommes versés au titre de l'IESPE aux praticiens en période probatoire, contrairement à ce qui a été fait pour l'un des praticiens en période probatoire.

³⁹ Article R. 6152-406 du code de la santé publique : les praticiens contractuels ne peuvent exercer une activité libérale au sein d'un établissement public de santé.

⁴⁰ La période probatoire s'applique à tous les candidats issus du concours national de praticien des établissements publics de santé, de type 1 ou de type 2 sauf le cas particulier des praticiens hospitaliers universitaires. La durée de la période probatoire est de douze mois effectifs durant laquelle ils ne peuvent ni percevoir la prime spéciale d'engagement exclusif de service public, ni exercer une activité libérale.

6.2.2.2 L'indemnité multi établissements et cumuls d'activités

Dans le cadre de l'examen des conventions concernant la mise à disposition d'autres établissements de médecins du CHU, la chambre a analysé la situation d'un médecin, rémunéré à temps plein par le CHU sur le grade de praticien hospitalier jusqu'en août 2016, puis sur celui de professeur des universités qui a également été rémunéré par le Centre hospitalier (CH) Louis Pasteur de Dôle depuis 2014.

Le tableau de synthèse des conventions établies à partir de 2014 entre les praticiens du CHU et d'autres établissements ne mentionne aucune convention autorisant une activité de ce praticien à Dôle avant la convention d'activité d'intérêt général signée le 19 novembre 2019, pour une activité du 1^{er} janvier 2018 au 31 août 2019, au demeurant rétroactive et signée pour le CH de Dôle par un agent qui ne pouvait plus légalement le représenter à cette date. Un projet non signé de convention d'activité partagée pour la période du 4 novembre 2019 au 3 novembre 2020, renouvelable par tacite reconduction, a été produit.

La chambre relève en outre que les tableaux de service du service de réanimation médicale du CHU pour 2016 mentionnent la présence de l'intéressé à 9 des 19 dates de présences également comptabilisées dans les tableaux de service du service d'anesthésie-réanimation du CH de Dôle.

La chambre constate que l'intéressé a bénéficié d'un cumul de rémunération irrégulier, en l'absence de convention l'autorisant entre 2014 et 2017, pour un montant de 55 705,52 €.

6.3 Le recours aux contractuels

6.3.1 Pour le personnel non médical

Le recours aux personnels contractuels est strictement encadré par les articles 9 et 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui disposent que les emplois permanents ne peuvent être occupés par des agents contractuels que :

- si la nature des fonctions ou des besoins le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées ;
- si l'emploi est à temps non complet, inférieur à 50 % ;
- pour assurer le remplacement momentané d'un fonctionnaire ou pour faire face à une vacance temporaire d'emploi dans l'attente du recrutement du fonctionnaire ;
- pour faire face à un accroissement temporaire d'activité.

Même si des conditions d'accès plus large au CDI pour les agents occupant un emploi permanent de l'administration ont été ouvertes par la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012, dispositif d'abord autorisé à titre expérimental aux administrations d'État à recruter directement en CDI pour pourvoir des emplois permanents correspondant à des missions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires. La loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la

déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires généralise ce dispositif. Il ne reste possible de recruter d'emblée en CDI des agents contractuels sur le fondement de l'article 4-1 de la loi du 11 janvier 1984 que dans les cas suivants :

- 1° lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes ;
- 2° lorsque la nature des fonctions ou les besoins des services le justifient, notamment :
 - a) lorsqu'il s'agit de fonctions nécessitant des compétences techniques spécialisées ou nouvelles ;
 - b) lorsque l'autorité de recrutement n'est pas en mesure de pourvoir l'emploi par un fonctionnaire présentant l'expertise ou l'expérience professionnelle adaptée aux missions à accomplir à l'issue du délai prévu par la procédure mentionnée à l'article 61 ;
- 3° lorsque l'emploi ne nécessite pas une formation statutaire donnant lieu à titularisation dans un corps de fonctionnaire.

En la matière, la chambre observe un recours soutenu du CHU aux contrats à durée indéterminée. En effet une part importante des postes pourvus par contrat aurait pu l'être par des titulaires.

La chambre a analysé notamment les contrats établis par le CHU sur les fonctions d'attaché d'administration hospitalière avec des recrutements directement sur grade (voire directement sur le grade promotionnel d'AAH principal) sans référence à des fonctions ou missions. En observant les fonctions confiées à ces attachés contractuels (management, finances, RH, informatique...), il est apparu manifeste que ces fonctions auraient été tout à fait susceptibles d'être exécutées par des titulaires de la FPH. Sur la période, 42 agents sur grade d'attaché d'administration hospitalière ont été comptabilisés, dont 14 titulaires. Ce nombre fait apparaître une propension importante du CHU à recruter directement par contrat sur le grade d'AAH, sans précision des fonctions occupées, avec 2/3 des recrutements effectués en CDI sur des emplois permanents.

La chambre a constaté que sur plusieurs contrats à durée indéterminée établis dans le cadre d'un recrutement d'attaché d'administration hospitalière ne figurent que le grade de recrutement et non les fonctions qui s'y rattachent. Ces contrats ont en effet été rédigés en faisant exclusivement référence à un grade. Concernant cette référence à un indice de recrutement, il convient de rappeler que les agents contractuels ne sont généralement pas « classés » dans des échelles indiciaires. Celles-ci concernent en effet des corps, auxquels n'appartiennent pas les agents contractuels, qui ne sont pas titulaires d'un grade. Si c'est bien à l'autorité administrative qu'il appartient de fixer le montant de leur rémunération, c'est le cas échéant par référence à un indice mais sans que puisse être considéré qu'ils sont classés dans une grille indiciaire.

Les exemples observés de CDI font cependant largement référence à un corps et à sa grille indiciaire. En l'occurrence le corps des attachés d'administration hospitalière, lequel est strictement encadré. C'est le décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001 modifié par décret n° 2011-404 du 14 avril 2011 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière (article 5) qui prévoit le recrutement des attachés d'administration hospitalière. Il ne peut intervenir que selon deux modalités : le recrutement par concours national et l'inscription sur une liste d'aptitude. Toute autre modalité de recrutement est illicite et susceptible d'un recours contentieux devant le juge administratif. C'est spécifiquement le cas

du recrutement d'un agent en qualité d'attaché d'administration hospitalière sur emploi permanent par la voie contractuelle (en CDD et *a fortiori* en CDI).

Les grades d'attaché d'administration hospitalière principal ou hors classe, grades promotionnels résultant de règles d'accès réglementés (octroyés normalement après un nombre d'années d'exercice déterminé dans la fonction publique et suite à examen professionnel), sont également souvent des grades de recrutement direct dans les contrats de droit public référencés, sur des missions non précisées, sur lesquelles après vérification, des compétences existent au sein des corps statutaires.

La chambre invite l'établissement à limiter son recours à des CDI sur des emplois permanents qui pourraient être occupés par des agents titulaires et notamment sur des corps réglementés. Elle invite également l'établissement à préciser de manière claire dans les contrats les fonctions et responsabilités justifiant de la grille salariale référencée. Le CHU a fait valoir qu'en raison du très faible nombre de candidatures d'AAH titulaires, il est contraint de pourvoir ces postes, qui nécessitent souvent des compétences techniques nécessaires à la gestion de l'établissement, en recourant à des profils contractuels.

6.3.2 Pour le personnel médical

6.3.2.1 Les contrats de cliniciens

Le recrutement de praticien sous contrat spécifique dit de « clinicien » est autorisé par l'alinéa 3° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique et concerne le recrutement par contrat de médecins, odontologistes et pharmaciens sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus.

Le contrat doit préciser les titres ou qualifications du praticien concerné, la nature des fonctions occupées ainsi que les obligations de service incombant au praticien exprimées en demi-journées, notamment en ce qui concerne sa participation à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique sur place et, le cas échéant, la réalisation de périodes de travail au-delà des obligations de service. Le contrat doit également préciser les engagements particuliers souscrits par le praticien, les objectifs quantitatifs et qualitatifs qui lui sont assignés et dont la réalisation détermine les éléments variables de rémunération, les délais qui lui sont impartis pour y parvenir ainsi que le rythme de révision éventuelle de ces objectifs et engagements.

La rémunération des praticiens recrutés sur le fondement du 3° de l'article L. 6152-1 comprend :

- 1° une part fixe, déterminée par référence aux émoluments des praticiens hospitaliers ;
- 2° une part variable subordonnée à la réalisation des engagements particuliers et des objectifs 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. 6152-21⁴¹ du code de la santé publique majoré de 65 %, soit 7 500,82 € bruts mensuels + 65 % (148 500 € brut annuel maximum).

Enfin, concernant l'évaluation de l'activité, et notamment la réalisation des engagements particuliers et des objectifs prévus au contrat, celle-ci est conduite par le chef de pôle à l'occasion d'un entretien entre lui et le praticien. Elle doit donner lieu à un compte rendu écrit signé par le chef de pôle, qui comporte un bilan des résultats atteints au regard des objectifs assignés. Le chef de pôle transmet le compte rendu de l'entretien d'évaluation accompagné d'une proposition de montant de la part variable au directeur de l'établissement. Lorsque le bilan des résultats s'avère notoirement insuffisant, il peut être mis fin au contrat sans indemnité, ni préavis, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

La chambre a analysé les contrats de cliniciens transmis. Si les barèmes de rémunérations mis en place permettent de respecter la réglementation en la matière en ne dépassant pas les montant maximum autorisés, la chambre observe que ces contrats ne reposent pas tous sur des modalités de rémunération identiques avec, concernant l'équivalent IESPE, une intégration tantôt dans la part fixe, tantôt dans la part variable et par conséquent normalement dépendante de l'évaluation annuelle. Concernant la participation à la permanence des soins, celle-ci est parfois déterminée avec un nombre de gardes attendues, parfois en déterminant seulement un forfait annuel prévoyant une participation à la PDS sans objectifs chiffrés précis. En cours de contrôle, des avenants ont été conclus avec plusieurs cliniciens afin de formaliser les objectifs qui leurs sont assignés.

6.4 Le temps de travail, intérim et CET

6.4.1 Pour le personnel non médical

6.4.1.1 L'organisation du temps de travail

L'accord local portant sur la réduction du temps de travail a été signé le 16 janvier 2002 conformément au décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail.

Les modalités actuelles de mise en œuvre de cet accord ainsi que l'ensemble des règles applicables en matière de temps de travail sont précisées dans le guide de gestion du temps de travail applicable au personnel non médical. La rédaction de ce guide a fait l'objet d'une concertation avec les syndicats et d'une présentation pour avis en CTE lors de la séance du 6 septembre 2016.

⁴¹ Article R. 6152-706 modifié par le décret n° 2010-1218 du 14 octobre 2010 – art. 1 : engagements particuliers souscrits par le praticien, les objectifs quantitatifs et qualitatifs qui lui sont assignés et dont la réalisation détermine les éléments variables de rémunération, les délais qui lui sont impartis pour y parvenir ainsi que le rythme de révision éventuelle de ces objectifs et engagements.

Le guide de gestion du temps du personnel non médical présente l'obligation annuelle de travail (OAT), dans sa version du 1^{er} janvier 2018 en se référant à l'article 1 du décret n° 2007-826 du 11 mai 2007 - art. 2 (JORF 12 mai 2007) « La durée du travail est fixée à 35 heures par semaine dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée. Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées ».

L'article 3 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 précise que « La durée annuelle de travail effectif mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1^{er} du présent décret est réduite pour les agents soumis aux sujétions spécifiques dans les conditions ci-après : 1° Pour les agents en repos variable, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1^{er}, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé. En outre, les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires. 2° Pour les agents travaillant exclusivement de nuit, à compter du 1^{er} janvier 2004, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 476 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1^{er}, cinquième et sixième alinéa du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents hospitaliers.

Le calcul du temps en heures est effectué en 7h00 pour les agents de jour et en 6h30 pour les agents de nuit. Une planification du temps de travail par cycles et roulements a été mise en place à partir du 1^{er} janvier 2018, dans le même temps que le lancement d'un nouveau logiciel de temps de travail (logiciel Chronos) qui en favorise l'application et pour lequel un travail préalable a été nécessaire sur l'année 2017 avec l'écriture du paramétrage du logiciel. À cette fin a été mise en place la Commission Planning dont les travaux ont fait l'objet de validation en Comité Technique d'Etablissement des cycles et roulements et des chartes plannings des services. Pour le suivi des cycles de travail, un cadre de santé dédié est positionné au sein de la DRH. La mise en place du logiciel Chronos depuis janvier 2018 s'est accompagné du badgeage au sein de l'établissement.

Le temps de travail journalier est de 7h30 soit 37h30 hebdomadaires, avec 15 journées de RTT sauf pour les personnels de spécialités qui travaillent en 12h00 (infirmiers anesthésistes, manipulateurs radio). Les agents qui, de par leurs fonctions ou leurs grades sont au forfait (39h00 par semaine), disposent de 20 jours de RTT.

La chambre a repris le décompte horaire annuel calculé par le CHU avant les 3 jours de congés supplémentaires non systématiquement applicables. Elle observe que si le décompte du temps de travail au CHU est respecté pour les temps variables, il n'en est pas de même pour les personnels en repos fixe et les personnels de nuit dont le temps de travail est inférieur à ce qui est prévu par les textes dont les termes sont cependant rappelés dans le guide des OAT établi par l'établissement.

Tableau n° 64 : Obligation annuelle applicables au CHU de Dijon

	Repos fixe	Repos variables		Nuit
		10 à 19 DJF	+ 19 DJF	
Nombre de jours par année	365			
Repos hebdomadaires en jours	104	104	104	104
Congés annuels en jours	25	25	25	25
Fériés en jours (9 en moyenne sur onze ans)	9	11	11	11
- Sujétions en jours	0	0	2	0
+ Journée solidarité	1	1	1	1
Total jours travaillés	228	226	224	226
Durée théorique en heures travaillées par jour (base = quotité 100% temps plein)	7	7	7	6,5
Références annuelles en temps effectif avant les 3 jours de congés annuels supplémentaires	1 596	1 582	1 568	1 469

Source : Établissement - Guide de l'OAT.

Le guide de l'OAT du CHU précise que le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 définit pour la nuit 1 476 heures alors que le calcul mathématique tel qu'il figure dans le tableau donnerait 1 469 heures. La chambre relève également que le « calcul mathématique » conduit à un temps travail de 1 596 heures de jour pour un temps fixe dont 7 heures au titre de la journée solidarité, alors que le décret du 11 mai 2007 auquel se réfère le guide prévoit 1 607 heures (1 596 arrondies à 1 600 heures + la journée de solidarité soit un total 1 607 heures).

Tableau n° 65 : Comparatif OAT au CHU / OAT réglementaire (en heures)

<i>Catégories</i>	<i>Heures réglementaires</i>	<i>OAT CHU</i>
<i>Agents en repos fixes</i>	1 607	1 596
<i>Agents >10 Dim et JF < 20 Dim et JF</i>	1 582	1 582
<i>Agents > ou = 20 Dim et JF</i>	1 568	1 568
<i>Agents travaillant de nuit</i>	1 476	1 469

Sources : Établissement - Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 – Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007.

Dans le cadre de la contradiction, le CHU indique, d'une part, que la durée du travail fixée par le décret du 4 janvier 2002 constitue un « maximum », variable en fonction notamment du nombre de jours fériés positionnés en jours ouvrés qui est de 8 à 11 selon les années et, d'autre part, que le décompte de cette durée doit se fonder sur la durée effective de travail. Il précise que le logiciel CHRONOS met à jour chaque année l'obligation annuelle de travail (OAT) des agents dans le respect de la réglementation et du décompte applicable à chaque agent.

6.4.1.2 Le compte épargne temps

Concernant les journées de RTT épargnées sur CET pour le PNM, une hausse des journées épargnées est constatée sur la période passant de 22 987 jours en 2014 à 25 857 jours en 2018 (+ 12,5 %) (cf. tableau annexe 6 - tableau 77).

Concernant les rachats de journées RTT, leur montant a évolué régulièrement sur la période passant de 139 455 € en 2014 à 151 729 € en 2018 (+ 8,8 %) avec un pic en 2017 (194 683 €).

Si le nombre de jours cumulés sur CET a augmenté sur la période, le nombre moyen par agent a quant à lui diminué (- 15,8 %) compte tenu de l'augmentation du nombre d'agents ayant ouvert un CET (+ 33,6 %). La part du personnel soignant sur le nombre de jours épargnés représente près de 45 % en 2018 pour une filière professionnelle qui représente 63 % des effectifs.

La chambre observe que les provisions pour CET ont augmenté dès 2016 pour le PNM avant de se réduire en 2018.

Tableau n° 66 : CET monétisés (en €)

	2014	2015	2016	2017	2018	% évolution
<i>Provision</i>	5 341 984	7 095 786	7 540 042	7 329 396	6 548 715	20 %
<i>Nombre total PNM</i>	139 455	142 296	145 273	194 683	151 729	8,8 %
<i>Dont Personnel soignant</i>	72 603	65 433	76 230	82 287	60 353	- 16,9 %

Source : bilans sociaux.

L'augmentation de la provision à partir de 2015 fait suite à une demande des commissaires aux comptes, dans le cadre de la certification des comptes, de modifier le taux de charges sociales des provisions CET du PNM⁴².

6.4.1.3 Absentéisme et gestion des remplacements

Lors de son précédent contrôle, la chambre avait observé un absentéisme important. Après une période de stabilisation du taux d'absentéisme entre 2013 et 2014, celui-ci a connu une hausse non négligeable en 2015 passant de 8,1 % à 8,7 %. Les raisons avancées de cette augmentation sont les conséquences d'une non évolution des effectifs, de reports de CA pour raisons de santé, d'une baisse des remplacements suite à la diminution du nombre de vacataires. Le taux d'absentéisme diminue à partir de 2016 de manière régulière (- 4,8 % entre 2016 et 2018), s'expliquant essentiellement par une forte baisse du nombre de jours d'absence pour maladie ordinaire et maternité (- 14 %). Il s'établit à 7,9 % soit en deçà de la médiane des établissements de même catégorie (8,3 %).

L'établissement a mis en place une politique structurée de gestion des remplacements des agents des pôles cliniques et médicotechniques.

Pour le remplacement du personnel soignant, avant 2017, toutes les décisions de remplacement étaient prises hebdomadairement par la Direction des soins et la Direction des ressources humaines. À partir de 2017, le CHU Dijon Bourgogne a mis en place un système de suivi et de délégation de gestion des moyens de remplacement avec le maintien d'une équipe centrale de suppléance de soins. Celle-ci est constituée de sept équivalent temps plein (ETP) de personnel soignant dont la gestion est assurée par un cadre supérieur, rattaché à la Direction des soins.

Un cadre supérieur, en lien avec un contrôleur de gestion, assure également la gestion d'une enveloppe budgétaire déléguée, répartie par pôle, en fonction des effectifs recensés au sein de chaque pôle. Le montant des enveloppes est arrêté annuellement par la DRH en tenant compte, pour chaque pôle, du nombre d'ETP, de la masse salariale, du taux d'absentéisme et du niveau de consommation de l'enveloppe de l'année antérieure.

⁴² Prise en compte du taux de cotisations patronales et d'un taux synthétique résultant de la distinction entre jours CET récupérés et jours CET monétisés soit 43,8 % pour le PNM et 46 % pour le PM.

Pour assurer les besoins de remplacement du personnel soignant, l'établissement recourt également aux heures supplémentaires. L'établissement dispose enfin d'une « bourse interne au remplacement » (WHOOG) à laquelle peuvent s'inscrire des étudiants comme des retraités.

Les leviers de remplacement que peuvent également utiliser les pôles pour faire face à une situation d'absentéisme dans le cadre de leur enveloppe de remplacement sont le recours aux contractuels en CDD ou à celui des agents intérimaires.

Le portail Business Object (BO) est utilisé pour produire des requêtes de suivi afin d'objectiver les absences en qualifiant l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée puisque la réponse de la gestion peut ne pas être la même. En cours d'année, la DRH assure un suivi macro du respect des budgets alloués et des rencontres régulières ont lieu infra-annuellement pour un dialogue de gestion sur ces budgets avec les pôles. Les interlocuteurs de la DRH sont les cadres supérieurs de pôles et les contrôleurs de gestion qui sont spécifiquement formés sur ces outils

Concernant la gestion des remplacements des agents des guichets uniques, agents administratifs et secrétaires médicales intervenant sur l'ensemble des activités du parcours médico-administratif, des cadres médico-administratifs de pôle assurent la gestion des effectifs et des remplacements correspondants.

La Direction des opérations gère de manière centralisée une enveloppe de remplacement pour faire face aux situations d'absentéisme portées par les cadres médico-administratifs de pôle. Cette enveloppe est déléguée annuellement par la DRH et fait l'objet d'un suivi dans les mêmes conditions que les enveloppes de remplacement polaire présentées précédemment. Les leviers de remplacement mobilisables dans ce cadre sont les suivants : le Pool central de suppléance médico-administrative, les contractuels en CDD, le recours aux heures supplémentaires hors application de rappel d'agents (Whoog).

Enfin, concernant la gestion des remplacements des agents des secteurs administratifs, techniques et logistiques (remplacements non inclus dans le périmètre des enveloppes polaires et de l'enveloppe médico-administrative ci-dessus présentées), les remplacements sont gérés par la Directrice des ressources humaines sur sollicitation des directeurs responsables du secteur concerné par une situation d'absentéisme. Ces dépenses de remplacement émergent alors sur l'enveloppe dite centrale. Elles sont suivies par les mêmes outils que ceux mis en place dans le cadre de la délégation de gestion des crédits de remplacement. Les leviers de remplacement mobilisables dans ce cadre sont le recours à des contractuels en CDD et le recours aux heures supplémentaires hors application de rappel d'agents (Whoog).

Les coûts engendrés par les remplacements effectués sur les moyens internes du CHU, avec une estimation pour décembre 2019 diminuent sur la période (- 2,2 %). Cette baisse résulte surtout des recours moindres à l'équipe centrale de suppléance (- 23,5 %) alors que le recours aux heures supplémentaires augmente (+ 7,7 %).

Tableau n° 67 : Coût des moyens de remplacement internes (en €)

	2017	2018	Novembre 2019	Estimation* décembre 2019	% évolution estimé
<i>Equipe centrale de suppléance soins</i>	661 538,3	461 677,2	463 601,1	505 746,5	- 23,5 %
<i>Heures supplémentaires</i>	874 837,9	1 039 391	863 777,1	942 302,3	7,7 %
<i>UF suppléance de pôle</i>	5 394 778,7	4 959 637,5	4 889 245,8	5 333 721,7	- 1,1 %
Total	6 931 154,7	6 460 705,4	6 216 623,9	6 781 771,4	- 2,2 %

Source : Établissement (seulement les 3 derniers exercices transmis).

* Les chiffres transmis pour 2019 le sont jusqu'à fin novembre soit un montant 6 216 623,9 €, pouvant aboutir à une estimation au 31 décembre 2019 de 6 781 771 €.

Le CHU recourt également à des moyens de remplacements extérieures (contractuels de courte durée, intérim, vacataires⁴³).

Tableau n° 68 : Coût des moyens de remplacement externes (en €)

	2017	2018	Novembre 2019	Estimation* 31/12/2019	% évolution
<i>Professionnels de remplacement</i>	5 256 995	6 212 001	5 727 838	6 248 550	18,8 %
<i>Vacataires</i>	107 720	89 442	40 049	43 690	- 59,4 %
<i>Intérim*</i>	214 261	425 776	267 165	291 453	36 %
Total	5 578 976	6 727 219	6 035 052	6 583 693	18 %

Source : Établissement.

Les dépenses à fin novembre 2019 s'élèvent à 6 035 051 €, soit un résultat annuel au 31 décembre 2019 pouvant être estimé à 6 583 692 €. Au vu de cette estimation, l'évolution sur la période est de 18 %.

⁴³Un vacataire est une personne à laquelle l'administration fait appel pour exécuter une tâche précise, ponctuelle et limitée à l'exécution d'actes déterminés. Le vacataire est rémunéré à la vacation, c'est-à-dire à la tâche. Pour exemple, l'administration peut recourir au vacataire lorsque la tâche à accomplir est ponctuelle et ne nécessite pas d'engager un agent non titulaire par contrat ; la tâche présente un caractère d'urgence et l'administration ne peut pas répondre autrement qu'en faisant appel à un intervenant extérieur.

Le recours à des contractuels évolue nettement sur la fin de la période contrôlée, de 2017 à 2019 (+ 18 %), le recours à l'intérim ayant connu une évolution marquée (+ 36 %).

Concernant spécifiquement les dépenses d'intérim, la chambre constate une inflation majeure à partir de 2015 (+ 211,4 % entre 2014 et 2015) reconduite en 2016 (+ 148,5 %), inflation déjà en lien avec les difficultés de recrutement des métiers en tension d'IBODE (infirmier de bloc opératoire) et d'IADE (infirmier anesthésiste). L'augmentation des dépenses d'intérim se poursuit en 2017 à un rythme plus modérée que les deux années précédentes pour exploser à nouveau en 2018 (+ 98 %), également suite aux difficultés de recrutement sur les métiers sensibles (IBODE et IADE). Au regard des données partielles transmises pour 2019 par l'établissement, l'estimation réalisée par la chambre sur les 12 mois de 2019 fait néanmoins apparaître une diminution du recours à l'intérim par rapport à 2018 (- 31,5 %).

La chambre constate les efforts de l'établissement pour adapter les effectifs non-médicaux aux exigences d'activité, notamment en ce qui concerne la gestion des remplacements, limitant ainsi les besoins de recours à l'intérim.

6.4.1.4 La prévention de l'absentéisme

Le secteur « accompagnement » de la DRH contribue tout particulièrement à la prévention et à la gestion de l'absentéisme (axe du projet social du CHU orienté sur la qualité de vie au travail) par des actions en faveur de l'aménagement des postes, du retour à l'emploi, de la prévention des accidents du travail.

Outre la médecine de travail (ETP), du temps de psychologue est également mis à disposition du personnel à hauteur de 0,8 ETP. Un pôle « coaching » interne, constitué d'un cadre de la direction, existe également et est destiné à accompagner les agents en difficulté.

Enfin, un Plan sénior permettant d'engager des entretiens de fin de carrière s'adressant aux salariés de plus de 50 ans (catégorie active) ou plus de 55 ans (catégorie sédentaire) est conduit au sein du CHU. Les entretiens ainsi menés permettent de recueillir les éléments de pénibilité, les souhaits de mobilités, les besoins d'aménagement de poste.

6.4.2 Pour le personnel médical

6.4.2.1 Temps de travail et temps de travail additionnel⁴⁴

Le CHU Dijon-Bourgogne a fait le choix de la solution informatique CHRONOS pour suivre et gérer le temps de travail médical. Avant ce logiciel, la gestion des tableaux de services était suivie sur Excel. Le 1^{er} janvier 2018, 6 services pilotes ont dans un premier temps utilisé le logiciel pour une généralisation dans un second temps à l'ensemble des services à partir de mai 2018 pour tous les personnels médicaux. Pour les internes affectés au CHU l'intégration s'est faite au premier jour du début du semestre de novembre 2018.

⁴⁴ Lorsque, dans le cadre de la réalisation de ses obligations de service, un praticien a été conduit à dépasser le seuil de 48 heures en moyenne sur un quadrimestre, le temps de travail effectué au-delà est décompté en heures de temps de travail additionnel, lesquelles cumulées par plages de cinq heures, sont converties en une demi-période de temps de travail additionnel.

Concernant le temps de travail additionnel (TTA), l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé prévoit que pour pouvoir se faire indemniser du TTA, les praticiens doivent auparavant s'engager contractuellement et annuellement à effectuer un volume prévisionnel de temps de travail additionnel et à demander soit l'indemnisation soit la récupération de ce temps de travail. L'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 précise également que « Que le recours au temps additionnel soit prévisible ou ponctuel, l'engagement du praticien donne lieu à la signature d'un contrat de temps de travail additionnel par le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement. Ce contrat peut être dénoncé, sous réserve d'un préavis d'un mois, par l'une des parties. »

L'instruction DGOS/RH4 2014-101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de cet arrêté revient sur l'obligation de conclure un contrat par lequel le praticien accepte d'effectuer du TTA et précise que la contractualisation doit porter à la fois sur la quantité et le mode de valorisation de ce TTA (indemnisation, récupération ou épargne sur compte épargne temps). Elle précise également que les indemnités pour temps de travail additionnel doivent être versées au terme de chaque quadrimestre, après avoir effectué un lissage du temps de travail effectué sur les quatre mois concernés.

Dans le cadre de l'analyse du temps de travail médical, la chambre constate que l'établissement n'a pour l'heure pas contractualisé avec les praticiens réalisant du temps de travail additionnel bien qu'un modèle de contrat ait été élaboré.

Outre le nécessaire respect de la réglementation, la mise en place de la contractualisation avec l'ensemble des praticiens sur ce sujet pourrait permettre à l'établissement d'en cadrer le recours et d'en limiter le coût, de l'ordre d'1,8 M€ en 2018. La chambre constate en effet une évolution non négligeable du coût du temps de travail additionnel des praticiens qui augmente de près de 100 % en 2018.

Tableau n° 69 : Montant des périodes de temps additionnel indemnisées

	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Montants</i>	461 718	419642	410 499	685 522	1 364 255
<i>% évolution</i>	15,8%	-9,1%	-2,2%	67%	99%

Source : bilans sociaux.

Cette évolution importante est mise par l'établissement sur le compte de la hausse d'activité. Sans contractualisation telle que prévu par la réglementation affichant notamment les besoins estimés par service en la matière, il apparait difficile de remettre en question les plages additionnelles validées.

Dans le cadre de la contradiction, le CHU a rendu compte de la consultation de l'ensemble des praticiens concernés au moyen d'un formulaire de choix relatif aux modalités de leur temps de travail additionnel, signé de chaque médecin et de son chef de pôle ou de service. La chambre constate toutefois que ces formulaires, qui ne sont notamment pas signés du directeur de l'établissement, ne peuvent tenir lieu du contrat prévu par l'arrêté du 30 avril 2003.

Recommandation n° 5. Mettre en place la contractualisation sur le temps de travail additionnel des praticiens, via des contrats individuels en lien avec les contrats de pôle.

6.4.2.2 Le compte épargne temps

L'arrêté du 17 octobre 2002 fixant les modalités d'application de la réduction du temps de travail des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé complète le dispositif relatif au compte épargne temps des personnels médicaux. Le compte-épargne temps relève de l'arrêté du 27 décembre 2012.

Le guide du temps de travail des personnels médicaux reprend les clés de la réglementation sur le sujet. Il y est précisé que les personnels hospitalo-universitaires et les internes ne bénéficient pas de droit à des jours de réduction du temps de travail (RTT).

Le nombre de jours épargnés a fortement chuté sur la période passant de 21 700 journées en 2014 à 12 666 journées en 2018, soit une baisse de plus de 40 %. Le montant des rachats, après deux pics observés en 2015 (700 000 €) et en 2016 (701 700 €), a fortement diminué sur les années suivantes, affichant une baisse sur la période de 22,3 % (cf. annexe 6).

Le CET fait l'objet d'une provision dédiée, constituée, chaque année, par l'établissement et validée par les commissaires aux comptes. En 2014 et en 2015, les montants de la provision sont en nette évolution par rapport aux exercices précédents, les calculs se faisant désormais charges incluses.

Le montant de la provision a diminué en 2016 à l'instar du nombre de jours de CET épargnés 2015 et 2016 (- 38 %). Cette baisse s'explique par la réalisation d'une épuration du nombre de jours dans la base de données de suivi des CET. Cette épuration a occasionné la suppression des soldes de CET de praticiens parties ou ayant changé de statut (HU permanent) et pour lesquels le solde dans CPAGE était toujours positif bien que le paiement ait déjà eu lieu. Cela se traduit également par la diminution du nombre de jours moyens stockés sur CET par médecin qui a régressé sur la période de 50,3 % et bien qu'enregistrant une légère augmentation entre 2017 et 2018. L'indemnisation des jours de CET est restée stable entre 2015 et 2016 (+ 0,17 %).

6.4.2.3 Absentéisme et intérim

Le taux d'absentéisme du personnel médical a diminué entre 2014 (3,6 %) et 2015 (2,7 %), diminution largement due à une baisse de la maladie ordinaire (- 25 %), de la longue maladie (- 70 %), ainsi que du nombre de jours d'arrêts pour accident du travail (37 jours en 2015 contre 99 en 2014). Le taux d'absentéisme a augmenté entre 2017 et 2018 de 0,8 % pour s'établir à 3 %, cette augmentation s'expliquant par une hausse des arrêts pour maladie professionnelle (+ 306 jours) et surtout par une hausse des congés maternité/paternité (+ 1 230 jours).

L'absentéisme déclaré pour le personnel médical reste cependant assez faible. Conjugué à une absence de difficultés majeures en termes de recrutements médicaux sur le CHU, cet état de fait explique le recours faible de l'établissement à l'intérim au cours de la période contrôlée.

Tableau n° 70 : Dépenses personnel intérimaire PM (en €)

	2014	2015	2016	2017	2018
Montant	28 057	98 008	0	1 281	89 456
Évolution		249,3 %	- 100 %	-	6 883 %

Source : Établissement.

Des difficultés ont amené le CHU à recourir à l'intérim en 2015 pour boucler les plannings estivaux de son service d'urgences adultes. Les exercices 2014, 2016, 2017 et 2018 n'ont pas donné lieu à des difficultés particulières, permettant au CHU de ne pas recourir à l'intérim médical.

Une augmentation de ses besoins en termes de temps médicaux, conjuguée à une baisse de ses propres effectifs d'urgentistes, ont amené le CHU Dijon Bourgogne à recourir, à nouveau, à l'intérim en 2019 pour un coût de 110 566 €. Malgré cette évolution enregistrée en 2019, la chambre observe une excellente maîtrise du recours à l'intérim en ce qui concerne le personnel médical.

6.5 La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

6.5.1 Pour le personnel non médical

6.5.1.1 Une politique de formation conforme à la réglementation

Conformément aux préconisations du décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie dans la fonction publique hospitalière, le plan de formation élaboré par le CHU intègre les principales orientations stratégiques définies notamment dans le projet d'établissement et dans les projets de pôle.

En application du décret du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé, le plan de formation du CHU prend également en compte l'obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) pour les professionnels de santé, médicaux et non médicaux concernés. Le décret de 2016 met en place le parcours professionnel à dérouler tous les trois ans.

L'année 2017 a été marquée par la disparition du dispositif Droit Individuel à la Formation (DIF), remplacé par le Compte Personnel de Formation (CPF), dispositif faisant partie du Compte Personnel d'Activité (CPA), tout comme le Compte d'Engagement Citoyen (CEC). La finalité du CPF est de permettre aux professionnels d'accéder à une qualification et de développer leurs compétences dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle. Tous

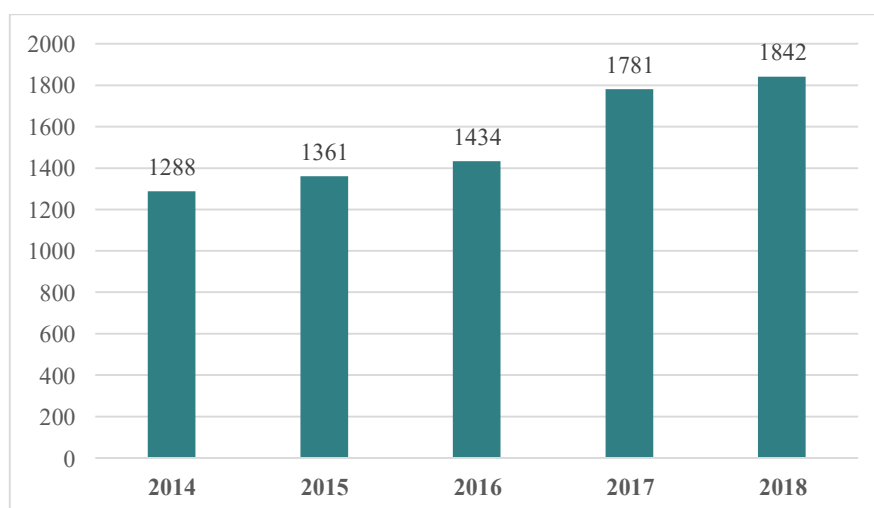
les agents titulaires, stagiaires, contractuels ou personnes recrutées sous contrat de droit privé sont concernés. Le dispositif a été mis en place par le CHU avec le plan de formation de l'année.

L'établissement précise que depuis 2019, le plan de formation est réalisé en lien avec les établissements partenaires du GHT 21-52 avec mise en exergue de domaines transversaux en tenant compte des besoins spécifiques en matière de formation continue de chacun des établissements du GHT.

Concernant le financement de la formation, le budget du plan de formation provient des cotisations réalisées auprès de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier des hospitaliers (ANFH)⁴⁵ auprès de laquelle les établissements hospitaliers cotisent.

Au CHU, comme dans tout autre établissement hospitalier cotisant, 85 % de cette cotisation sont dédiés à la mise en place du plan de formation et des études promotionnelles, les 15 % restants étant mutualisés par l'ANFH avec les cotisations des établissements de santé de la région.

Graphique n° 6 : Budget de formation (en K€)



Source : Établissement.

La chambre constate que les moyens donnés à la formation continue ont augmenté sur la période de 36,3 %, soit un rythme plus important que celui de la masse salariale (+ 12,6 % entre 2014 et 2019).

⁴⁵ L'ANFH est en effet un organisme paritaire collecteur (OPCA) de la fonction publique hospitalière, agréé par le ministère de la Santé et des Sports pour collecter et gérer les fonds consacrés au financement du plan de formation (2,1 % de la masse salariale), du Congé de formation professionnel (CFP), du bilan de compétences et de la VAE (0,2 % de la masse salariale) et celui dédié au financement des études promotionnelles (0,6 % de la masse salariale).

6.5.1.2 Une politique de promotion professionnelle volontariste

Dans le cadre des documents transmis sur le sujet et au cours des échanges avec la Direction des ressources humaines et la Direction des soins, le CHU insiste sur la volonté de l'établissement de considérer les études promotionnelles comme un moyen d'accompagner les projets, de fidéliser les professionnels, d'anticiper les départs à la retraite et de valoriser l'investissement formation.

Pour décliner cette politique, le CHU a un outil de promotion interne organisée dans le cadre du plan de formation et financée soit sur les fonds dédiés au plan de formation, soit sur un fonds mutualisé par l'ANFH appelé le Fonds Mutualisé relatif au financement des Etudes Promotionnelles (FMEP).

Les procédures décrivent les modalités d'organisation de la sélection des professionnels pris en charge dans le cadre des études promotionnelles et proposent un dispositif d'accompagnement (possibilité de suivre une préparation à la formation si besoin) et d'engagement mutuel pour tous les agents souhaitant s'investir dans un projet professionnel (accès IFAS, IFSI, IFCS, formation IADE ou IBODE⁴⁶). Une note commune annuelle est signée par la Direction des ressources humaines et la Direction des soins afin que tout professionnel ayant un projet professionnel d'intégrer une école paramédicale dans les 2 ans s'inscrive dans le processus de recensement et d'accompagnement institutionnel.

La direction du CHU (Direction des ressources humaines/Direction des soins) a également engagé une politique de repérage des cadres avec un processus de sélection spécifique. Il s'agit de repérer en amont, parmi les professionnels ayant un projet cadre, ceux qui ont le potentiel et les aptitudes pour envisager l'exercice du métier de cadre au CHU, avec pour les projets retenus une formation de préparation au concours d'entrée en institut de formation des cadres de santé. Pour les agents ayant un projet cadre, quelle que soit la filière métier, il y a mise en situation groupale avec un écrit correspondant à un cas pratique et échange oral au sein du groupe. Le groupe est pluri professionnel sans filtration de métier ni de grade. Le processus de sélection et d'accompagnement des cadres a été soumis au Comité technique d'établissement et y a recueilli un avis favorable lors de la séance du 19 juin 2014.

115 professionnels étaient en études promotionnelles en 2018, ce qui a représenté 14 209 jours de formation pour un budget d'environ 2 285 K€ (dont FMEP), soit + 7 % par rapport à 2017.

6.5.1.3 Une procédure d'évaluation structurée

Des fiches de postes sont élaborées tant pour les métiers soignants, que pour les métiers administratifs, techniques et logistiques. Les entretiens d'évaluations sont réalisés à partir des profils de postes. Un guide pratique de l'entretien professionnel est rédigé, lequel, en cohérence avec son projet social, doit accompagner les agents (évalués et évaluateurs) dans la réalisation de l'entretien professionnel tout en l'amenant à être un véritable outil de management.

⁴⁶ IFAS : Institut de formation des aides-soignants ; IFSI : Institut de formation des soins infirmier ; IFCS : Institut de formation des cadres de santé ; IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état ; IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état.

Outre le bilan de l'année écoulée, des réalisations et des difficultés rencontrées, l'entretien professionnel est également destiné à évoquer les perspectives professionnelles souhaitées ou envisagées.

La période des entretiens professionnelles est déterminée chaque année par une note de service précisant les modalités d'évaluation et de notation ainsi que le calendrier arrêté pour l'année en cours. Les demandes de révision de note ou d'appréciation sont à adresser au président de la commission administrative paritaire.

6.5.2 Pour le personnel médical

Une trame de Gestion Prévisionnelle des Effectifs et des Compétences du personnel médical est mise en place au sein de l'établissement permettant d'établir par la Direction des affaires médicales les besoins des services en matière de formation, de recrutement, de compétences, au regard de l'activité et de l'évolution pressentie de l'activité.

Un guide d'entretien avec le chef de service est également établi. Il permet d'échanger avec les chefs de service, dans le cadre d'un entretien annuel, sur l'activité du service, les effectifs du service et les compétences, l'organisation du service de jour, l'organisation de la permanence des soins, l'organisation et la gestion du temps de travail et aboutir ainsi à une appréciation globale du service.



Annexe 1 : Capacité d'accueil

Tableau n° 71 : Évolution de la capacité d'accueil (lits et places)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Evol %
<i>Nombre de lits installés en médecine</i>	678	691	694	697	682	683	5,6
<i>Dont lits de réanimation</i>	79	79	79	79	76	76	
<i>Nombre de places en médecine</i>	147	157	159	170	170	170	15,6
Total Médecine	825	848	853	867	852	853	3,4
<i>Nombre de lits installés en chirurgie</i>	232	258	228	224	224	224	-3,4
<i>Nombre de places en chirurgie</i>	31	31	33	41	49	49	58
Total Chirurgie	263	289	261	265	273	273	3,8
<i>Nombre de lits installés en gynécologie-obstétrique</i>	95	95	95	95	95	95	-
<i>Nombre de places en gynécologie-obstétrique</i>	15	15	15	15	15	15	-
Total Gynécologie-Obstétrique	110	110	110	110	110	110	-
<i>Nombre total de lits installés en MCO</i>	1005	1044	1017	1016	1001	1002	-0,3
<i>Nombre total de places en MCO</i>	193	203	2017	226	234	234	21,2
Nb total de lits et places installés MCO	1 198	1 247	1 224	1 242	1 235	1 236	3,1
<i>Nb total de lits et places en Soins de suite et Réadaptation</i>	168	168	68	168	168	-	-
<i>Lits EHPAD</i>	281	281	273	251	253	-	-10,6
<i>Nb total de lits et places en Psychiatrie</i>	117	114	116	116	101	-	-13,7
Total Nb lits et places	1 764	1 810	1 781	1 777	1 757	1 758	-0,04

Annexe 2 : Activité du CHU

Tableau n° 72 : Évolution de l'activité sur la période

		2014	2015	2016	2017	2018	2018/2014
Médecine	Nb de séjours en hospitalisation complète	33 205	33 592	35 347	36 453	35 893	8%
	Nb de journées en hospitalisation complète	203 001	200 689	207 704	206 472	203 364	0%
	DMS	6,1	6	5,9	5,6	5,7	-
	Taux d'occupation	97%	98%	98%	97%	97%	-
Chirurgie	Nb de séjours en hospitalisation complète	14 676	14 431	14 660	14 786	14 864	1%
	Nb de journées en hospitalisation complète	103 987	105 075	103 276	100 191	103 090	-1%
	DMS	7,1	7,3	7	6,8	6,9	-
	Taux d'occupation	88%	89%	90%	93%	94%	6%
Obstétrique	Nb de séjours en hospitalisation complète	4 167	4 069	4 198	4 357	4 201	1%
	Nb de journées en hospitalisation complète	20 352	20 413	20 359	21 155	19 956	-2%
	DMS	4,9	5	4,8	4,9	4,8	-
	Taux d'occupation	84%	84%	82%	85%	80%	-5%
Total MCO	Nb de séjours en hospitalisation complète	52 048	52 092	54 205	55 596	54 958	6%
	Nb de journées en hospitalisation complète	327 340	326 177	331 339	327 818	326 410	-0,3%
	DMS	6,3	6,3	6,1	5,9	5,9	-
Autres	Nombre de venues externes Anesthésie	18 136	17 844	18 769	19 469	19 559	8%
	Nombre de venues externes Explorations fonctionnelles	17 530	18 858	21 144	21 579	19 163	9%
	Nombre de venues externes en Biologie	29 686	34 236	28 974	35 579	36 346	22%
	Nombre de venues externes en Imagerie	59 078	62 115	69 296	74 289	74 835	27%

Données : Établissement

Tableau n° 73 : Activité en secteur ambulatoire⁴⁷

	2014	2015	2016	2017	2018	%
<i>Nombre de consultations</i>	251 666	266 213	284 008	294 751	298 729	18,7 %
<i>Nombre d'actes de chirurgie ambulatoire</i>	7 829	8 220	8 992	9 780	10 463	33,6 %
<i>Nombre d'interventions autres en secteur ambulatoire</i>	2 677	3 010	3 535	3 914	4 442	66 %

Source : Établissement.

⁴⁷ Mode de calcul des indicateurs par le CHU Dijon Bourgogne:

- Nombre d'entrées en secteur ambulatoire : nombre total d'hospitalisation de jour en secteur MCO.
- Nombre de consultations : consultations facturés en NGAP avec les codes typés consultation.
- Nombre d'actes de chirurgie ambulatoire : activité de chirurgie ambulatoire selon la définition ARS Nombre d'interventions autres en secteur ambulatoire : Hôpital de jour avec passage au bloc opératoire ne rentrant pas dans le cadre de l'indicateur ARS de chirurgie ambulatoire

Annexe 3 : Attractivité du CHRU Dijon Bourgogne

Tableau n° 74 : Parts de marché (en %)

		2014	2015	2016	2017	2018
Médecine	Sur la zone d'attractivité	32.2	32.7	34.	35.5	35.9
	Sur la région	10.3	10.3	10.9	11.6	11.6
Chirurgie	Sur la zone d'attractivité	22.6	23.4	24	24.3	25.2
	Sur la région	8.3	8.5	8.7	9	9.3
Obstétrique	Sur la zone d'attractivité	64.7	66.1	67.5	69	70.3
	Sur la région	11.5	11.7	12.2	12.7	12.6
Chirurgie ambulatoire	Sur la zone d'attractivité	15.2	15.2	16	16.5	17.2
	Sur la région	5.8	5.9	6	6.3	6.4
Hospitalisation en cancérologie (hors séances)	Sur la zone d'attractivité	26.1	26.5	26.9	28.6	30.7
	Sur la région	10.8	10.8	11.4	12	12.7
Séances de chimiothérapie	Sur la zone d'attractivité	24.7	25.2	26.9	31.8	31.1

Source : Hospidiag.

Annexes 4 : Partenariats et conventions d'associations

Partenariats

- Le Groupement de coopération sanitaire (GCS)⁴⁸ Institut Régional Universitaire de Cancérologie Bourgogne (IRUCB), GCS de moyens de droit privé avec le Centre Georges – François Leclerc (CLCC) de Dijon
- Le GCS Unité centrale de stérilisation Public-Privé (USCPP), GCS de moyens de droit privé avec les cliniques de l'agglomération dijonnaise, USCPP dont la mise en service a généré 12 mois de travaux supplémentaires sur la première phase Bocage central et 13,7 millions d'euros HT en sus au montant initial du marché.
- Le GCS Grand Est, GCS de moyens de droit public avec le CHU de Nancy, les Hospices Universitaires de Strasbourg, le CHU de Besançon, le CHU de REIMS, le CHR Metz-Thionville dont le but est de développer l'attractivité et l'activité des établissements membres, notamment par la mise en œuvre d'actions communes en matière des soins, d'enseignement et de recherche. La formalisation des coopérations inter-établissements de longue date par la création de ce groupement offre des possibilités d'échange et de développement de complémentarités essentielles pour renforcer la visibilité de ces établissements au niveau local, national et européen.
- Une convention cadre (FMIH) en addictologie entre le CHU et le CH La Chartreuse de Dijon.
- La Fédération Médicale Inter Hospitalière (FMIH) Urgences 21 avec les établissements publics de santé du territoire de Côte-d'Or concernés, les responsables de structures de médecine d'urgence, le réseau des urgences de Bourgogne (RUB) et la Fédération Hospitalière de France – Région Bourgogne se sont accordés avec l'ARS de Bourgogne, dans le cadre de l'instance régionale du réseau des urgences (ICRRU) en vue de coordonner les différentes structures internes des établissements concourant à l'Urgence. Ces établissements sont le CHU de Dijon, le CH de Beaune, le CH de Semur en Auxois, le CH de la haute Côte-d'Or.
- Le Groupement d'Intérêt Economique (GIE) de Maison Universitaire de Santé et de Soins Primaires (MUSPP) rassemblant les professionnels de santé publics et privés qui a vocation à constituer un terrain de stage pluri-professionnel destiné aux étudiants dont l'exercice sera libéral (médecine générale, infirmières, sages-femmes libérales, biologistes de ville, dentistes) et à devenir la tête de réseau des maisons de santé de Bourgogne, dont la plupart sont installées en zone rurale et donc assez loin de la ville universitaire.
- Le GCS E-santé en région Bourgogne, GCS de moyens de droit privé regroupant l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales publiques et privées de la région.

⁴⁸ Le GCS est l'outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital. Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé. Le GCS est une personne morale de droit public ou de droit privé selon la nature des personnes le composant.

- Le groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale (GCSMS) Centre de Ressources Autisme (CRA) avec l'ensemble des structures gestionnaires des CRA, GCSMS de moyens de droit public. Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Autisme 2013-2017, les pouvoirs publics ont souhaité renforcer et préciser les missions réglementaires des CRA, structures régionales dont la gestion relève de l'établissement de recours régional. Le regroupement des CRA, par le truchement de leurs organismes gestionnaires, dans une structure nationale commune de type GCSMS, a été retenue.
- Une convention SSR gériatrique avec deux cliniques dijonnaises (Clinique Bénigne Joly et Clinique Fontaine). Il s'agit de conventions bilatérales ayant pour but de faciliter les flux des patients âgés et d'optimiser la prise en charge gériatrique en leur assurant une meilleure orientation et en limitant les durées de séjour (notamment les séjours en attentes d'entrée en institution), et en leur évitant de transiter par la structure d'urgence chaque fois que possible. Les autres objectifs sont d'accompagner la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de ré hospitalisation, de favoriser la communication des informations relatives aux patients/résidents entre les différents établissements et services participant à la prise en charge, de développer une culture gériatrique commune et de favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts des patients/résidents en milieu hospitalier, de formaliser la coopération entre les établissements des signataires pour permettre la fluidité de la filière, le partage et l'échange de compétences et de mettre en œuvre des projets de recherche communs.
- La Direction commune avec le Centre Hospitalier d'Auxonne par une convention de direction commune précisant qu'un directeur adjoint du CHU assure la direction déléguée du CH d'Auxonne.

Conventions d'associations

- Avec le Centre hospitalier d'Auxerre, établissement support du GHT Sud Yonne Haut Nivernais en décembre 2016 ;
- Avec le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers, établissement support du GHT de la Nièvre en juin 2017 ;
- Avec le centre hospitalier de Mâcon, établissement support du GHT de la Bourgogne Méridionale en juillet 2017 ;
- Avec le Centre Hospitalier de Sens, établissement support du GHT Nord Yonne, en juillet 2017 également.

Annexes 5 : Heures supplémentaires sur la période

Tableau n° 75 : Heures supplémentaires

Heures supplémentaires non payées non rémunérées						% évolution
	2014	2015	2016	2017	2018	
Nombre d'agents disposant d'heures sup.	3 786	3 906	3 973	4 151	3596	-5
Nombre d'heures sup	144 229	159 586	172 795	145 730	167 785	16,3
Nombre moyen d'heures sup par agent effectuant des heures sup	38,10	40,86	43,49	35,11	46,66	22,3
Nombre moyen d'heures sup par agent	26,02	29,59	31,54	26,01	29,01	11,5
Heures supplémentaires rémunérées						
Montant des heures supplémentaires rémunérées	595 010	716716	732 582	1 449 119	1 283 640	157,3
Nombre d'heures sup rémunérées	21 358	26 700	26 599	62 014	45 749	142
Montant moyen de l'heure sup rémunérée	27,86	6,84	27,54	23,37	28,06	0,7
Pourcentage paiement heures sup sur total heures sup	12,90%	14,33%	13,34%	29,85%	21,42%	-

Source : Établissement

Annexe 6 : Compte Epargne Temps

Tableau n° 76 : CET Personnel non médical

	2014	2015	2016	2017	2018	% évolution
Nombre d'agents disposant d'un CET	871	913	1 045	1 110	1 164	33,6
Nombre cumulés de jours épargnés	22 987	24 973	25 899	25 082	25 857	12,5
Dont jours personnel soignant	10 368	11 212	11 894	11 824	11 590	11,8
Nombre moyen de jour de CET stockés par agent disposant d'un CET	26,4	27,4	24,8	22,6	22,2	-15,9
Nombre de jours rachetés hors RAFP	NR	1 230	1 408	1 781	1 471	19,6
Montant des rachats en € hors RAFP	139 455	142 296	145 273	194 683	151 729	8,8

Source : Établissement.

Tableau n° 77 : CET Personnel médical

	2014	2015	2016	2017	2018	% évolution
Nombre de praticiens disposant d'un CET	304	326	282	487	357	17,4
Nombre cumulés de jours épargnés	21 700	17 087	10 658	16 249	12 666	-41,6
Nombre moyen de jour de CET stockés par praticien disposant d'un CET	71,4	52,4	37,8	33,4	35,5	-50,3
Provision*	7 602 952	7 820 642	5 962 932	6 905 613	7 162 100	-5,8
Montant des rachats en €	448 500	700 500	701 700	293 100	348 500	-22,3

Source : Établissement.

Hors internes, FFI et étudiants.

Annexe 7 : Glossaire

ANAP : agence nationale d'appui à la performance
ANFH : association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
ARS : agence régionale de santé
CASE-MIX : anglicisme désignant l'éventail des cas traités, décrit par le classement en groupes homogènes de malades (GHM) des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée (plus le degré de gravité des cas est élevé, plus l'indice de case mix est élevé)
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CET : compte épargne temps
CHRU : centre hospitalier régional universitaire
CME : commission médicale d'établissement
COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
COPS : commission de l'organisation de la permanence des soins
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREA : compte de résultats et d'exploitation analytique
CREF : contrat de retour à l'équilibre financier
CRUQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSIRMT : commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique
CSP : code de la santé publique
CSS : code de la sécurité sociale
CTE : comité technique d'établissement
DAF : dotation annuelle de financement
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DIM : département d'information médicale
DIF : droit individuel à la formation
DMS : durée moyenne de séjour
DNA : dotation non affectée
DPC : développement professionnel continu
DSP ; délégation de service public
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
EIG : événements indésirables graves
ETP : équivalent temps plein
ETPRM : équivalent temps plein rémunéré moyen
FIR : fonds d'intervention régional
GCS : groupement de coopération sanitaire
GHM : groupe homogène de malades
GHS : groupe homogène de séjours
GHT : groupement hospitalier de territoire
MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
FIR : Fonds d'intervention régionale
FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés



Chambre régionale des comptes Bourgogne-Franche-Comté

28-30 rue Pasteur – CS 71199 – 21011 DIJON Cedex

bourgognefranchecomte@crtc.ccomptes.fr

Site Internet : <http://www.ccomptes.fr/fr/crc-bourgogne-franche-comte>