



Rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE

(Seine-Maritime)

Exercices 2017 à 2021

Observations délibérées le 5 avril 2023

SOMMAIRE

SYNTHESE	1
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	2
OBLIGATIONS DE FAIRE	2
I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE	3
II - LES CONTROLES ANTERIEURS	3
III - L'HOPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT	4
A - L'ENVIRONNEMENT	4
1 - La planification régionale et l'organisation territoriale	4
2 - La contractualisation avec l'ARS	7
3 - Les projets d'établissement	8
B - LE PILOTAGE INSTITUTIONNEL	9
1 - Les instances décisionnelles	9
2 - Les instances consultatives	9
3 - La direction	10
4 - L'organisation interne de l'hôpital	11
5 - Les coopérations et partenariats	11
IV - LA TRAJECTOIRE FINANCIERE ET LA PERFORMANCE	12
A - LA FIABILITE DES COMPTES	12
1 - La certification des comptes	12
2 - Les points de contrôle de la chambre.....	13
B - L'ACTIVITE ET SA PERFORMANCE	14
1 - Le capacitaire et l'activité	14
2 - Les indicateurs d'efficience	15
C - LA TRAJECTOIRE FINANCIERE	16
1 - Le contexte général	16
2 - L'exploitation	16
3 - L'investissement	21
4 - L'analyse financière	22
V - LES RESSOURCES HUMAINES	24
A - LE PILOTAGE ET LA PROSPECTIVE	24
1 - Les lignes directrices de gestion	24
2 - Les bilans sociaux	25
3 - L'analyse de productivité	25
4 - La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	26
5 - Le recrutement et l'évaluation du personnel	26
B - LA GESTION DU PERSONNEL NON MEDICAL	27
1 - Le temps de travail	27
2 - Les primes et indemnités.....	29
C - LA GESTION DU PERSONNEL MEDICAL	31
1 - La politique de recrutement médical.....	31
2 - Le temps de travail médical.....	31
3 - Les modalités particulières d'exercice médical	34
VI - LA COMMANDE PUBLIQUE	36
A - LA POLITIQUE ET STRATEGIE EN MATIERE D'ACHATS	36
1 - La politique des achats	36
2 - Le rôle du GHT	36
3 - Le projet régional PHARE	37
B - L'ORGANISATION DE LA FONCTION « ACHAT »	38
1 - La direction des achats du CH	38
2 - Les procédures	38
3 - La publication des données essentielles	39
4 - Le système d'information.....	39
C - L'EXAMEN CIBLE DE MARCHES RELEVANT DES PROCEDURES FORMALISEES	42
1 - Le marché de réfection de salles de bain.....	42
2 - Le marché de maîtrise d'œuvre de restructuration du bâtiment Pasteur A et B année 2019	43
ANNEXES	44

SYNTHESE

Hôpital de référence du territoire de démocratie sanitaire de Dieppe, établissement-support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Caux-Maritime et tête de pont d'une direction commune d'établissements publics de santé élargie au secteur médico-social, le centre hospitalier (CH) de Dieppe bénéficie d'incontestables atouts.

Cependant, avec un bassin de population de 170 000 habitants, le territoire de santé de Dieppe reste exigu. L'offre de soins y est disputée entre les deux établissements sanitaires locaux, dont le CH de Dieppe, et les acteurs de santé de l'agglomération rouennaise.

C'est donc au prix d'efforts de maillage du territoire par la structuration de filières de soins et de recrutements médicaux subséquents que les parts de « marché » du CH pourront à l'avenir progresser.

Le pilotage stratégique de l'établissement apparaît particulièrement défaillant, en l'absence de tout projet d'établissement depuis 2017 et de suivi opérationnel des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui se sont succédé.

Les pôles d'activité clinique et médico-technique ne sont pas opérationnels en l'absence de projets, de démarches de contractualisation et du fait d'une vie institutionnelle interne particulièrement réduite.

L'activité de l'établissement a progressé jusqu'à la crise sanitaire début 2020, en particulier dans le champ de l'ambulatoire, mais au prix d'un effet-ciseau dans l'évolution respective des recettes et dépenses, aggravé par la crise sanitaire. Les dépenses de personnel se sont envolées sous l'effet cumulatif de recrutements massifs et de cette crise.

La marge brute, la capacité d'autofinancement (CAF) brute et la CAF nette se sont significativement dégradées sur la période contrôlée. Ce n'est qu'au prix de la mobilisation de lignes de trésorerie successives que l'établissement a pu jusqu'à présent faire face à ses charges courantes. Ne parvenant plus à les solder, il est pris dans un processus de « cavalerie » financière et de fuite en avant. Alors même que les dotations de l'agence régionale de santé (ARS) ont fortement progressé, les déficits d'exploitation n'ont cessé de s'aggraver. Depuis 2017, ceux-ci justifieraient la mise en œuvre d'un plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique.

Tous les indicateurs financiers sont désormais particulièrement préoccupants et commandent une vigoureuse action de restauration des capacités financières de l'hôpital dans le cadre d'un plan de redressement pluriannuel, opérationnel et réaliste, à formaliser et à suivre avec l'ARS.

Dans le champ des ressources humaines, les démarches de projet n'ont pas progressé depuis le dernier rapport de la chambre, qu'il s'agisse du projet social ou de la GPEC. Un important travail de mise en conformité des primes et indemnités et des rémunérations des praticiens recrutés par la voie de l'intérim demande à être conduit.

La structuration récente de la fonction « achat » au sein du GHT n'est pas aboutie en l'absence notamment de plan d'actions. L'absence de système d'information hospitalier commun aux établissements du GHT empêche de s'assurer de la computation des seuils par famille d'achats et, partant, de la juste application des procédures de marchés. Dans la passation des marchés, le CH s'affranchit des règles de mise en concurrence et ses procédures internes, au demeurant parcellaires et pour partie obsolètes, ne sont pas respectées.

Pour mener à bien tous ces « chantiers » d'importance majeure, l'établissement a enfin besoin de retrouver de la stabilité et de la continuité dans ses équipes de direction.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Structurer des filières de soins pour renforcer la capacité du CH à attirer des patients et ajuster son offre capacitaire à son activité ;
2. organiser le dispositif de suivi des conventions et partenariats et s'assurer de leur cohérence avec les objectifs stratégiques du CH ;
3. optimiser la chaîne de facturation en partenariat avec le trésorier.

OBLIGATIONS DE FAIRE

4. Définir, en concertation avec l'ARS, une trajectoire pluriannuelle de réduction des déficits et de retour à l'équilibre financier et en suivre périodiquement l'état d'avancement ;
5. élaborer le projet d'établissement prévu à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique ;
6. s'assurer du fonctionnement effectif des instances délibératives et consultatives du CH et du GHT, et structurer le fonctionnement des pôles d'activité ;
7. appliquer la réglementation relative à certaines primes et indemnités ;
8. mettre en conformité les modalités de la permanence des soins (astreintes, temps de travail additionnel) et les rémunérations des personnels médicaux recrutés par la voie de l'intérim avec les dispositions réglementaires applicables ;
9. respecter les dispositions du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 relatif à l'attribution de logements de fonction ou d'indemnités compensatrices mensuelles pour nécessité absolue de service ;
10. s'assurer pour le CH et le GHT de la bonne computation des seuils par famille d'achats et de la juste application des procédures de passation de marchés.

I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE

La chambre régionale des comptes a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Dieppe à partir de l'année 2017. Par lettres en date des 23 mai et 13 juin 2022, le président de la chambre en a informé Mme Valérie Billard, directrice en fonction, ainsi que Mme Dolorès Trueba de la Pinta, directrice du 1^{er} janvier 2017 au 3 février 2018, M. Jean-Baptiste Fleury, directeur par intérim du 4 février 2018 au 30 septembre 2018, M. Jean-Yves Autret, directeur du 1^{er} octobre 2018 au 22 août 2021 et M. Franck Estève, directeur par intérim du 23 août 2021 au 2 janvier 2022. Les entretiens de fin de contrôle avec le rapporteur ont eu lieu le 19 septembre 2022 pour Mme Billard, le 20 septembre 2022 pour Mme Trueba de la Pinta, MM. Estève et Autret et le 21 septembre pour M. Fleury.

Lors de sa séance du 22 novembre 2022, la chambre a arrêté ses observations provisoires portant sur les années 2017 à 2021. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à l'ordonnateur en fonction, Mme Billard ainsi qu'aux anciens directeurs du centre hospitalier et pour les parties qui la concernent, à l'agence régionale de santé Normandie.

Mme Billard ainsi que Mme Trueba de la Pinta ont répondu par courrier séparé en date du 28 février 2023. Les autres destinataires du rapport ou d'extraits n'ont pas répondu.

Après avoir entendu le rapporteur, la chambre a arrêté, le 5 avril 2023, le présent rapport d'observations définitives.

II - LES CONTROLES ANTERIEURS

Le précédent rapport d'observations définitives de la chambre, daté du 17 avril 2015, avait été assorti des 11 recommandations qui suivent :

- renforcer les actions partenariales avec les établissements de son territoire de santé, en vue notamment de limiter les taux de fuite ;
- adapter l'offre capacitaire au regard des indicateurs d'activité médico-économiques ;
- développer le dispositif de pilotage interne (pôles d'activité, contrôle de gestion, comptabilité analytique, suivi des plans et démarches stratégiques) ;
- en vue de la certification des comptes, ajuster les comptes de provisions et justifier les soldes des comptes « apports » en partenariat avec le trésorier, et réaliser un inventaire exhaustif des immobilisations ;
- déployer le plan d'actions qualité en matière de facturation/recettes et optimiser le codage au service de la valorisation de l'activité ;
- mettre en œuvre instamment le projet de système d'information hospitalier ;
- maîtriser les dépenses de fonctionnement, notamment celles de personnel ;
- déployer la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) ;
- initier une démarche d'analyse comparée de productivité des personnels médicaux et non médicaux ;
- formaliser la continuité et permanence des soins ;
- parachever le conventionnement relatif aux activités extérieures des praticiens du centre hospitalier de Dieppe.

A l'exception de celle portant sur la fiabilisation des comptes, les autres recommandations n'ont pas été mises en œuvre.

L'établissement a été certifié par la Haute Autorité de santé en mai 2019 avec recommandations d'amélioration (cotation de niveau B) portant respectivement sur les droits des patients, le dossier patient, la gestion du risque infectieux, le parcours du patient et le management de la prise en charge du patient au titre de diverses activités (imagerie interventionnelle, médicaments, bloc opératoire, qualité et risques, endoscopie, salle de naissance).

III - L'HOPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT

A - L'environnement

1 - La planification régionale et l'organisation territoriale

a - Le territoire de démocratie sanitaire de Dieppe

Pour la mise en œuvre territorialisée des objectifs de planification régionale, conformément à l'article R. 1434-29 du code de la santé publique, sept territoires de démocratie sanitaire normands ont été identifiés en 2016 et confirmés en 2022 : l'Orne, la Manche, le Calvados, Rouen-Elbeuf, Le Havre, Evreux-Vernon et Dieppe.

Avec 173 000 habitants, soit 14 % de la population de Seine-Maritime, il est le moins peuplé des territoires de santé de la région.

Par comparaison avec les données constatées en Normandie et au niveau national, ce territoire se singularise principalement par un taux de pauvreté significativement supérieur, une surmortalité et une plus forte prévalence des cancers (source : diagnostic régional sur les besoins de santé de la région établi par l'ARS de Normandie le 23 mars 2017).

Le centre hospitalier de Dieppe est érigé en établissement-pivot du territoire de démocratie sanitaire.

b - Les objectifs de la planification régionale sur ce territoire

Trois filières de soins appellent une structuration particulière sur le territoire de Dieppe : la filière personnes âgées, la filière santé mentale (avec notamment la création sur la période examinée de lits de psychiatrie infanto-juvénile) et la filière gynéco-obstétrique. Des travaux sont en cours pour affermir l'organisation de ces trois filières sur le territoire de Dieppe.

Le Projet Régional de Santé (PRS) fixe également les activités à créer en réponse aux besoins de santé. Celles prévues sur le territoire dieppois ont bien été implantées : une nouvelle activité de chirurgie des cancers gynécologiques (qui a donné lieu à substitution au CH de Dieppe des autorisations de la clinique Les Aubépines, fermée en novembre 2019) et une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) liée aux conduites addictives, dont l'autorisation a été délivrée fin 2020 à la clinique Mégival de Dieppe.

c - Le groupement hospitalier de territoire Caux-Maritime

En vertu de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, tout établissement de santé doit appartenir à un groupement hospitalier de territoire (GHT).

- Sa constitution

La convention constitutive du GHT Caux-Maritime a été signée le 17 juin 2016 et modifiée par avenant en date du 16 décembre 2016. Elle est complétée d'un règlement intérieur adopté le 2 décembre 2016.

Le GHT, dont le ressort géographique épouse celui du territoire de santé, se superpose également à une direction commune initialement constituée en 2011 entre les CH de Dieppe et d'Eu, ensuite élargie au CH de Saint-Valery-en-Caux et aux EHPAD de Luneray, du Tréport et de Saint-Crespin. Le 7 juillet 2014, les conventions de direction commune bilatérales ont été abrogées et remplacées par une convention multi-établissements unique. Le 21 décembre 2017, un nouvel établissement, l'EHPAD d'Envermeu a rejoint la direction commune.

Conformément aux dispositions réglementaires précitées, le GHT s'est doté d'un projet médical de territoire 2016-2021 (Cf. développements *infra*), adopté le 1^{er} juin 2017.

- Son fonctionnement

Le fonctionnement du groupement repose en premier lieu sur un comité stratégique créé en 2016 sous la simple forme d'un document intitulé composition du comité stratégique au 6 avril 2016, ni daté ni signé.

Alors qu'il devait se réunir au moins trois fois par an, hormis l'année 2017, les périodicités minimales de réunions n'ont jamais été respectées.

Il s'appuie également sur une commission médicale de groupement (CMG) créée par décision du 1^{er} décembre 2016 de la directrice de la direction commune, décision qui n'a jamais été actualisée au gré des départs des membres originels.

Alors qu'aux termes du règlement intérieur, la commission médicale de groupement doit siéger trois fois par an, elle ne s'est réunie que deux fois en 2017, 2018, 2019 et ne s'est pas réunie en 2020 et 2021. Ses statuts prévoyaient en outre la création de sept sous-commissions spécialisées qui n'ont jamais été constituées.

Les statuts ont enfin institué quatre autres commissions ou conseils mis en place et réunis sur la période en revue, à l'exception du conseil de communication, qui n'a pas été constitué.

Une ordonnance n° 2021-091 du 17 mars 2021 a rendu possible la création d'une commission médicale de groupement unifiée (CMUG). Cette dernière, instituée au sein du GHT en janvier 2022, s'est substituée à la CME du CH de Dieppe et la CMG du GHT. Elle a été dotée d'un règlement intérieur de fonctionnement.

L'établissement-support doit, ce faisant, actualiser la convention constitutive du GHT pour substituer la CMUG à la CMG et statuer sur le devenir des sous-commissions médicales et du conseil de communication non mis en place à ce jour. L'article 2 de l'avenant du 1^{er} juillet 2022 à la convention constitutive du GHT joint à la réponse au rapport d'observations provisoires de la directrice du centre hospitalier a modifié la convention constitutive du groupement en ce sens à compter de la date précitée.

- Ses attributions

Le groupement comporte deux catégories de compétences : celles obligatoires fixées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique au nombre de cinq et celles facultatives prévues dans sa convention constitutive.

Au titre des compétences obligatoires, dans le domaine de la gestion commune d'un système d'information hospitalier (SIH), un système convergent entre tous les établissements du GHT devait être mis en place au plus tard au 31 décembre 2020. Ce projet n'a pas été déployé.

Sur la fonction achat, la convention constitutive du GHT prévoyait la mise en place d'un comité de pilotage achat (à périodicité de réunion biannuelle) et d'une commission des achats de groupement (à périodicité de réunion mensuelle). Si le comité de pilotage a été mis en place, il ne s'est plus réuni de janvier 2020 à début 2022 et la commission des achats n'a pas été instituée.

En ce qui concerne la gestion du département d'information médicale (DIM) de territoire, le médecin responsable du DIM de territoire n'a été désigné par le directeur de l'établissement-support en vertu de l'article 36-1 de la convention constitutive du GHT que très tardivement, en août 2022. En dépit de cette nomination, la fonction de DIM de territoire n'est pas encore pleinement opérationnelle, le CH de Saint-Valery-en-Caux continuant de faire appel à un prestataire extérieur en matière d'information médicale.

Dans la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel, les réalisations sont très peu avancées, le CH se cantonnant à offrir des places pour certaines de ses formations aux agents des autres établissements.

Enfin, dans la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, aucune action concrète n'est intervenue.

Au chapitre des compétences facultatives, la convention constitutive institue un conseil stratégique qualité de groupement. Cette instance n'a pas été mise en place.

Elle prévoit également l'élaboration et la validation d'un schéma directeur immobilier territorial. Alors même que l'établissement-support pilote trois importants projets de reconstruction immobilière retenus dans le cadre du volet investissement du Ségur de la santé (reconstruction du bâtiment abritant les activités d'USLD phase n° 2 de l'opération Château-Michel, reconstruction du CH d'Eu et reconstruction de l'EHPAD de Saint-Crespin), ledit schéma directeur n'existe toujours pas.

L'instabilité managériale caractérisée de l'équipe de direction durant la période sous revue a contribué à l'important retard constaté dans la mise en place des instances et des fonctions mutualisées du GHT.

d - L'offre de soins du CH

Le CH de Dieppe déploie son offre de soins et d'hébergement principalement sur deux sites :

- le site principal, sis avenue Pasteur ; au plan architectural, ce site est constitué de blocs de bâtiments récents ou rénovés. Y sont assurées les activités de médecine, chirurgie, gynécologie et obstétrique (avec une maternité de niveau II dotée d'un service de néonatalogie) et de psychiatrie ;

Ce site comprend un plateau de consultations pour les spécialités de médecine, chirurgie, obstétrique et de psychiatrie, ainsi qu'un service d'urgences (adultes, pédiatriques et gynéco-obstétriques), une équipe SMUR répartie sur deux sites, un bloc opératoire doté de sept salles, un laboratoire d'hématologie, de biochimie et immunobactériologie, une pharmacie et une activité de radiologie (deux salles d'imagerie numérisée, deux scanners, deux IRM, trois échographes, une unité d'imagerie de la femme, une activité d'échographie doppler) ;

- le site annexe du Château Michel, sis avenue des Canadiens ; il comprend principalement les services de la filière gériatrique.

Le CH dispose d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour assurer la continuité des soins à domicile après une hospitalisation.

L'institut de formation en soins infirmiers et de formation des aides-soignants (IFSI/IFAS) est installé avenue Pasteur, à proximité du site principal.

2 - La contractualisation avec l'ARS

a - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2014-2018

Un premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) couvrant la période 2014-2018 avait été signé le 2 mars 2015.

Entendant remédier aux difficultés financières de l'établissement, il identifiait plusieurs chantiers d'action prioritaires tant en dépenses qu'en recettes.

Sur chacun d'eux, des gains escomptés sur les cinq années du contrat étaient évalués et inscrits dans un plan global de financement pluriannuel (PGFP) et un plan de réduction des déficits budgétaires. Ce dernier, élaboré à partir des retraitements des déficits annuels des années 2010 à 2013 ressortant du précédent rapport de la chambre régionale des comptes, devait ramener les niveaux d'impasse budgétaire à - 1 622 286 € en 2015, - 1 131 857 € en 2016, - 609 965 € en 2017 et - 356 771 € en 2018.

Force est de constater que non seulement les objectifs financiers prévus n'ont pas été atteints, mais que la situation n'a cessé de se dégrader avec un déficit atteignant en 2017 3 451 020 € et, en 2018, 3 400 676 €.

Dans son dispositif de suivi, ce contrat prévoyait un pilotage interne par l'établissement ainsi qu'un suivi spécifique par l'ARS dans le cadre d'un comité de suivi à périodicité trimestrielle.

L'établissement n'a pu faire état d'aucune démarche de suivi tant en interne qu'en externe avec l'ARS.

b - Le CPOM 2019-2024

Un nouveau CPOM a pris effet le 1^{er} octobre 2019 et couvre la période 2019-2024.

Il décline en objectifs et actions les orientations du projet régional de santé, et notamment ceux du schéma régional de santé.

A l'opposé du précédent contrat, il n'a pas de visée de réduction des déficits budgétaires. Pourtant, depuis 2017, ces derniers excédant 2 % des produits du compte principal, l'établissement relevait du plan de redressement visé à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique dont les modalités doivent donner lieu à la signature d'un avenant aux CPOM successifs.

Le suivi annuel du CPOM prévu sous la forme d'une revue de contrat réunissant la direction générale de l'ARS et une délégation du CH de Dieppe n'a pas été instauré, ce que l'établissement et l'ARS ont justifié par le contexte de crise sanitaire, qui n'a cependant caractérisé qu'une partie de la période.

c - Le plan triennal d'optimisation des organisations 2020-2022

A la demande de l'ARS, dans un contexte de dégradation annuelle des résultats budgétaires, le CH a élaboré un plan dit « plan triennal d'optimisation des organisations 2020-2022 ».

Ce document comporte 53 actions opérationnelles - dans le double champ des instances et des organisations internes - dont la mise en œuvre est cadencée sur les trois années du plan.

Les gains financiers attendus par la mise en place de ces actions, pour moitié, en matière de maîtrise des charges et, pour l'autre, en recettes supplémentaires, doivent permettre de redresser la marge brute de l'établissement de 9 300 000 € sur trois ans et, par suite, d'infléchir la trajectoire financière du CH.

Ce plan n'a été ni adopté, ni même présenté devant les instances de l'établissement.

La crise sanitaire a perturbé la mise en place de ce plan en 2020. Repris depuis lors dans les EPRD 2020 et 2021, il n'a toutefois toujours pas reçu le moindre commencement d'exécution.

En conclusion, en l'état actuel, le plan triennal d'optimisation des organisations 2020-2022 ne saurait constituer un outil de pilotage d'une trajectoire de redressement financier.

Au vu de l'ensemble de ces constats, la chambre estime que la situation particulièrement dégradée des finances du CH impose la négociation urgente d'un plan de redressement pluriannuel, opérationnel et réaliste sous la forme d'un avenant au CPOM et la mise en place d'un suivi subséquent à échéances régulières.

3 - Les projets d'établissement

a - Le projet d'établissement 2013-2017

En vertu de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, le CH est tenu de disposer d'un projet d'établissement établi pour une durée maximale de cinq ans.

Un projet d'établissement délibéré en conseil de surveillance du 14 juin 2013 avait couvert la période courant de 2013 jusqu'à 2017.

Il se déclinait en un projet médico-soignant, un projet social, un projet qualité/gestion des risques et un projet de système d'information.

Ce projet d'établissement n'a donné lieu à la définition d'aucun dispositif de suivi organisé, la direction en fonction ayant précisé qu'un bilan d'ensemble en serait fait en préparation du prochain projet d'établissement.

b - L'absence de projet d'établissement depuis 2017

Depuis 2017, le CH de Dieppe est dépourvu de projet d'établissement.

Le seul document de portée stratégique valide sur la période est le projet médico-soignant partagé de territoire 2016-2021. Ce projet unifié des établissements de santé du GHT fait office de projet médical du CH de Dieppe. Son avancement fait l'objet de points d'étape réguliers en CME et en conseil de surveillance.

Le projet médico-soignant n'a pas été accompagné des autres projets prévus par la loi pour former un document-cadre définissant la conduite générale de l'établissement.

La nouvelle direction du CH souhaitant disposer d'un projet d'établissement à l'échelle du GHT, une démarche en ce sens a récemment été engagée en juillet 2022.

Constatant que l'hôpital demeure dépourvu de projet d'établissement, la chambre lui demande de se conformer dans les meilleurs délais à cette obligation légale.

B - Le pilotage institutionnel

1 - Les instances décisionnelles

a - Le conseil de surveillance

En vertu de l'article R. 6143-11 du code de la santé publique, le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an.

Cette périodicité minimale de réunion n'a été que partiellement respectée sur la période examinée, seules trois séances s'étant tenues en 2018 et une seule en 2020.

En 2020, bien qu'un dispositif de réunion à distance ait été autorisé à titre exceptionnel en raison de la crise sanitaire, le CH n'y a pas eu recours arguant de contraintes de sécurité informatique.

Le CH n'a pu justifier l'absence de respect du rythme de réunion qu'en invoquant les contingences de la crise sanitaire qui ont pesé sur le fonctionnement normal de l'hôpital et de ses instances et la priorité donnée au fonctionnement de la cellule de crise interne.

b - Le directoire

Aux termes de l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique, le directoire se réunit au moins huit fois par an.

Si ce rythme de réunion a bien été respecté jusqu'en 2019, en revanche, en 2020 et 2021, le directoire n'a tenu respectivement que quatre et cinq séances.

Le CH a excipé du même argument que précédemment relatif à la crise sanitaire et à la priorité donnée au fonctionnement de la cellule de crise.

2 - Les instances consultatives

a - La commission médicale d'établissement

En vertu des dispositions de l'article R. 6144-6 du code de la santé publique, la commission médicale d'établissement (CME) se réunit au moins quatre fois par an.

Cette instance s'est réunie neuf fois en 2017 et 2018, huit en 2019 et seulement trois en 2020 et 2021 pour les mêmes raisons que celles déjà exposées précédemment.

b - Les autres instances consultatives

Alors que le comité technique d'établissement (CTE) est tenu de se réunir une fois par trimestre (article R. 6144-69 du code de la santé publique), cette périodicité de réunion n'a été respectée que sur l'exercice 2020. En réponse au rapport d'observations provisoires, la

directrice en poste en 2017 a indiqué que le CTE s'était bien réuni cinq fois en 2017 préalablement aux réunions du conseil de surveillance de l'établissement sans toutefois documenter sa réponse (transmission de feuilles de présence, de procès-verbaux ou de comptes rendus des réunions précitées).

En vertu de l'article R. 6146-14 du code de la santé publique, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques doit tenir au moins trois réunions par an.

Entre 2017 et 2021, cette instance n'a jamais tenu plus d'une réunion dans l'année.

Enfin, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) doit se réunir au moins tous les trimestres (article L. 4614-7 du code du travail dans sa rédaction en vigueur jusqu'à la mise en place des comités sociaux d'établissement).

En 2020 et 2021, ce rythme de réunion n'a pas été atteint.

Enfin, la commission des usagers se réunit au moins une fois par trimestre aux termes de l'article R. 1112-8 du code de la santé publique. Si elle a bien tenu quatre séances en 2017, 2018, 2019 et 2021, en revanche, en 2020, seules deux réunions ont été comptabilisées.

La chambre estime que le fonctionnement dégradé des instances délibératives et consultatives a nui à la bonne implication de la communauté médicale et non médicale dans les projets et la vie institutionnelle de l'établissement. Il convient en conséquence de respecter les dispositions dans ce domaine.

3 - La direction

La période sous revue est marquée par une forte rotation de l'équipe de direction, particulièrement peu propice au lancement et à la conduite des projets managériaux. La restauration durable des équilibres financiers de l'hôpital passe également par la stabilité et la continuité dans ses équipes de direction.

Entre l'organigramme de début 2017 et l'organigramme fin 2021, seuls deux membres de l'équipe de direction élargie sur 13 sont encore en fonction.

Au sommet de l'équipe de management, la fonction de chef d'établissement a été occupée successivement par quatre directeurs en titre ou par intérim. La durée moyenne d'exercice des fonctions de chef d'établissement entre début 2017 et fin 2021 n'a pas excédé 15 mois.

Dans les fonctions de directeur des ressources humaines, six directeurs ou faisant fonction se sont succédé.

Dans celles de directeur des finances, quatre directeurs ou faisant fonction de directeur ont tour à tour occupé cette fonction.

Enfin, la direction des soins a connu trois directrices sur la période.

L'instabilité chronique de l'équipe de direction a sans nul doute contribué aux difficultés d'organisation des instances et de pilotage des démarches de projets tant de l'hôpital que du GHT.

4 - L'organisation interne de l'hôpital

Si les activités médicales et médico-techniques ont bien été regroupées en pôles en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, l'organisation arrêtée par le directeur ne l'est pas conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement (CME).

Les contrats de pôle prévus à l'article R. 6146-8 du code de la santé publique ne sont pas mis en place.

Les projets de pôle¹ définis à l'article R. 6146-9 ne sont pas davantage établis et la concertation à la charge du chef de pôle associant toutes les catégories de personnel ne peut être attestée en l'absence de toute formalisation.

En dépit de la mise à disposition de chaque pôle d'un temps de cadre à temps partiel d'appui à la performance des parcours (deux ETP au total pour les cinq pôles), hormis des données d'activité mensuelles cumulées envoyées mensuellement par la cellule « pilotage de gestion, les chefs de pôle ne disposent pas d'outils de suivi des activités et des ressources financières et humaines dont ils sont responsables. En réponse au rapport d'observations provisoires, la directrice générale du centre hospitalier a précisé qu'à l'automne 2022 avaient été organisées des revues de pôle permettant à chaque pôle clinique de dresser un bilan de leur activité et d'établir une feuille de route pour 2023 : l'objectif de cette démarche étant d'aboutir à la mise en place de contrats de pôle tout en confortant le rôle des cadres d'appui à la performance.

Enfin, en termes de pilotage médico-économique déconcentré, l'établissement ne produit pas les comptes de résultats analytique (CREA) par pôle.

Au total, le CH accuse un retard manifeste dans la structuration de ses pôles, retard particulièrement préjudiciable à une réflexion stratégique d'établissement partagée avec le corps médical.

5 - Les coopérations et partenariats

Le CH de Dieppe est investi dans le développement et l'approfondissement des coopérations et des partenariats externes.

Les développements récents des coopérations et partenariats sont principalement intervenus dans cinq champs : la prise en charge des personnes âgées, l'addictologie, la cancérologie, le lien avec la médecine de ville et la gynécologie/obstétrique.

Le suivi des nombreux partenariats noués au fil du temps par le CH repose sur un tableau informatisé tenu au secrétariat de la direction générale qui ne dénombre pas moins de 983 conventions.

Cet instrument de suivi apparaît peu opérationnel. En premier lieu, il ne garantit pas l'exhaustivité des conventions, une transmission systématique au secrétariat de la direction générale des conventions nouvellement conclues n'étant pas organisée. Plusieurs directions fonctionnelles (DRH, finances, affaires médicales...) disposent d'un fichier de conventions dans leur domaine de compétences dont l'exhaustivité et le suivi ne sont pas

¹ Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Le chef de pôle, en association avec les chefs de service et les cadres de santé, élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

d'avantage assurés. En deuxième lieu, ce tableau n'est pas expurgé des conventions devenues caduques. Plus encore, aucun suivi des conventions actives n'est organisé.

In fine, un important travail d'actualisation et de mise en cohérence des conventions avec les objectifs stratégiques de l'établissement s'impose.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE :

Le fonctionnement irrégulier des diverses instances du CH et du GHT et leur quasi mise en sommeil pendant la crise sanitaire ont fait obstacle à la bonne implication de la communauté médicale et non médicale dans les projets et la vie institutionnelle.

Un important retard est constaté dans la mise en place des fonctions mutualisées au sein du GHT.

Le CH est dépourvu de tout projet d'établissement ordonnant et cadencant les transformations de son offre de soins en réponse aux besoins de la population. Les démarches contractualisées avec l'ARS ne sont pas suivies et, alors même que le niveau de ses déficits le justifierait, aucun dispositif contractualisé de redressement financier n'est en place.

Plus de quinze années après la constitution par la loi des pôles d'activité médicales, leur structuration au CH est embryonnaire. Ils ne sont pas associés au pilotage de l'établissement et dotés des outils de management prévus par la loi. D'importantes marges de progrès demeurent afin d'impliquer davantage les responsables de pôle dans le management interne.

L'instabilité chronique de l'équipe de direction a participé du défaut majeur de gouvernance et de pilotage interne.

IV - LA TRAJECTOIRE FINANCIERE ET LA PERFORMANCE

A - La fiabilité des comptes

1 - La certification des comptes

En vertu de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, le CH de Dieppe est soumis à certification de ses comptes depuis l'exercice 2016.

Le commissaire aux comptes a certifié sans réserve les comptes de l'établissement pour les exercices 2017 à 2021, attestant que « *les comptes annuels sont, au regard des règles et principes comptables applicables aux établissements publics de santé, réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'établissement à la fin de cet exercice* ».

2 - Les points de contrôle de la chambre

a - La concordance de l'inventaire comptable avec l'état de l'actif et l'inventaire physique

Conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21, la responsabilité du suivi du patrimoine relève conjointement de l'ordonnateur et du comptable public. L'organisation de la tenue de l'inventaire implique plus spécifiquement, pour l'ordonnateur, la tenue d'un inventaire physique² et d'un inventaire comptable³ et, pour le comptable public, celle de l'état de l'actif immobilisé⁴.

S'il a pu être établi une concordance entre l'inventaire de l'ordonnateur et l'état de l'actif du comptable, en revanche, l'établissement n'a pas été en mesure de fournir un inventaire physique du patrimoine de l'établissement.

Il n'est donc pas permis de s'assurer de la parfaite connaissance par le CH de l'étendue de ses biens et équipements.

La chambre invite le CH à recenser les éléments de son patrimoine dans un inventaire physique, indispensable outil d'une planification des travaux d'entretien et de rénovation des bâtiments.

b - Les autres points de contrôle

Dans les relations contractuelles avec le GIE IRM, celui-ci facture au CH la quote-part des charges qu'il doit supporter (principalement les locations des deux IRM) et opère une compensation avec le produit des forfaits techniques dû à l'établissement.

Une telle pratique méconnaît le principe comptable selon lequel aucune compensation ne peut être opérée entre les postes de charges et de recettes. Il convient d'enregistrer les charges facturées par le GIE en classe 6 et les produits des forfaits techniques en classe 7.

En conséquence, la chambre invite le CH à mettre fin dès la prochaine clôture budgétaire des comptes du GIE à la contraction des dépenses dues par le CH au GIE IRM et des recettes perçues par le CH du GIE IRM.

Sous l'effet principalement de la certification des comptes à laquelle est astreint le CH de Dieppe depuis 2016, la tenue et la fiabilité des états budgétaires se sont fortement améliorées depuis le précédent rapport de la chambre.

² L'inventaire physique constitue un registre justifiant la réalité physique des biens et qui permet de connaître précisément ses immobilisations. Il est alimenté par chaque service gestionnaire au moment de « l'entrée » du bien dans le patrimoine immobilier.

³ L'inventaire comptable doit permettre à la collectivité de connaître ses immobilisations sur le plan financier, y compris leur amortissement, et constitue à ce titre une aide pour la gestion du patrimoine.

⁴ L'état de l'actif est établi tous les deux ans à partir du fichier des immobilisations, qui est tenu à la disposition du juge des comptes. Pour les exercices budgétaires impairs, un état des flux d'immobilisations recensant l'ensemble des flux annuels de l'exercice, qu'il s'agisse des entrées, des sorties ou des modifications patrimoniales diverses, est produit au compte de gestion du receveur municipal.

B - L'activité et sa performance

1 - Le capacitaire et l'activité

a - Le capacitaire

Toutes activités d'hospitalisation et d'hébergement confondues, l'appareil capacitaire du CH de Dieppe est passé de 955 lits et places en 2017 à 985 lits et places en 2021, soit une progression de 22 lits et 8 places (cf. annexe n° 1 : Données d'activité).

Les activités de médecine ont bénéficié de la création de neuf lits se décomposant comme suit : + trois lits au service d'accueil des urgences en 2019, + quatre lits de fluctuation d'activité en cardiologie en 2020 et + deux lits de gastro-entérologie en 2021.

Le capacitaire en hospitalisation de jour de médecine a progressé de 6 places en médecine ambulatoire entre 2020 et 2021.

L'activité d'obstétrique a été dotée de neuf lits supplémentaires entre 2020 et 2021, pour faire face au surcroît d'activité généré par la fermeture de la maternité Les Aubépines.

En chirurgie, le capacitaire de la chirurgie est passé de 22 à 26 lits (dont + trois lits entre 2017 et 2018 et + un lit en 2021).

La capacité autorisée en SSIAD a progressé de 2 places entre 2017 et 2018, passant de 51 à 53 places.

En revanche, l'appareil capacitaire de psychiatrie et d'hébergement de personnes âgées est resté inchangé.

La chambre relève que ces évolutions capacitaires ne se sont pas inscrites dans une stratégie globale d'établissement découlant du projet médical.

b - L'activité

L'activité globale mesurée en nombre de résumés standardisés de sortie (RSS) a progressé de 4,7 % entre 2017 et 2018 et de 1,9 % entre 2018 et 2019. Elle s'est contractée de 4,8 % entre 2019 et 2020 dans le contexte de crise sanitaire avant de remonter en 2021 (+ 3,4 %).

Alors que les RSS d'hospitalisation complète ont baissé de 7,1 % entre 2017 et 2021, ceux d'hospitalisation à temps partiel ont progressé de 28,50 %.

L'activité de séances a crû de 12,2 % entre 2017 et 2021. Malgré le contexte de crise sanitaire, la poursuite de la progression de l'activité de séances a tenu aux chimiothérapies et traitements cancéreux hors hospitalisation maintenus pour les besoins des patients suivis.

L'activité globale de l'année 2021 a retrouvé le niveau d'avant crise sanitaire. L'activité d'hospitalisation complète, qui avait atteint en 2020 son plus bas niveau, continue de périlcliter et celle d'hospitalisation incomplète de se développer.

Sans conteste, la période examinée est marquée par une forte poussée de l'activité ambulatoire, conformément aux recommandations des pouvoirs publics et aux objectifs de l'établissement.

Tableau n° 1 : Evolution de l'activité médicalisée en nombre de RSS

Activité médicale	2017	2018	2019	2020	2021
Hospitalisation complète	15 428	15 502	15 821	14 351	14 325
% évolution hospitalisation complète	+1.7 %	+ 0.5 %	+ 2.1 %	- 9.3 %	- 0.2 %
Hospitalisation temps partiel	3991	4731	4691	3886	5167
Hospitalisation temps partiel	+13.7%	+18.5 %	-0.8 %	-17.2 %	+ 33.0 %
Séances	12 148	12 826	13161	13 806	13 626
% évolution séances	+3.0 %	+5.6 %	+2.6 %	+4.9 %	-1.3%
Total transmis	31 567	33 059	33 673	32 043	33 118
% évolution totale	+ 3.6 %	+ 4.7 %	+ 1.9 %	- 4.8 %	+ 3.4 %

Source : CH de Dieppe – tableau CRC

2 - Les indicateurs d'efficience

Les taux d'occupation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)⁵ se sont globalement dégradés sur la période observée, ce qui suscite des interrogations quant au juste dimensionnement capacitaire de l'établissement au regard de son activité.

En médecine, les taux d'occupation ont progressé jusqu'en 2019, passant de 83,9 % à 87,2 % avant de fléchir en 2020 (73,8 %) dans le contexte de crise sanitaire et d'amorcer une remontée en 2021 (76,1 %). Si l'établissement est resté jusqu'en 2019 proche des 20 % d'établissements les plus performants, depuis 2020, il s'en est éloigné.

En chirurgie, ces taux ont constamment baissé de 2017 à 2021. De 97,8 % en 2017, ils n'étaient plus que de 64,3 % en 2021. Proche de la strate des établissements les plus performants en 2017, il se situe en fin de période très en-deçà des 20 % d'établissements les moins performants.

En obstétrique, après une stabilité des taux d'occupation jusqu'en 2018 au niveau d'environ 63 %, une forte hausse est intervenue en 2019 (85,3 %) à la suite de la fermeture de la clinique d'obstétrique Les Aubépines de Dieppe. En 2020, une forte chute est constatée (52,8 %), que l'exercice 2021 voit s'accroître (50,6 %). Alors qu'en 2017, l'établissement était proche des 20 % d'établissements les plus performants, il se rapproche désormais des 20 % d'établissements les moins performants.

L'indicateur dit de l'IP-DMS (indice de performance de la durée moyenne de séjour), qui compare la DMS de l'établissement à celle standardisée de référence (indicateur qui doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1), est désormais en-dessous de la valeur-cible depuis 2020 en chirurgie et médecine, tandis qu'en obstétrique, il est resté au-dessus quasiment sur toute la période.

Enfin, l'indicateur des parts de « marché » sur son territoire recèlent d'évidentes marges d'amélioration. En médecine, sur toute la période, celles-ci atteignent péniblement les 50 %. En chirurgie, déjà faibles à hauteur d'environ 25 %, elles se sont effondrées depuis 2020 (21,9 %), chute qui s'accroît en 2021 (19,8 %). Dans le champ de l'obstétrique, après une forte progression entre 2018 et 2019, les parts du CH sont restés stables à environ 70 %.

La capacité du centre hospitalier de Dieppe à attirer des patients reste limitée et de plus celui-ci est fortement concurrencé par d'autres acteurs locaux telle la clinique Mégival ainsi que les structures de santé rouennaises. A l'exception notable de la gynécologie-

⁵ Source : base de données Hospidiag.

obstétrique où l'établissement est désormais l'unique offreur de soins, ses parts de « marché » chutent.

En termes de prospective, des gains massifs de parts de marché et d'activité à court terme apparaissent incertains. En médecine et en chirurgie, des segments d'activité non présents pourraient être développés. Quelle que soit la discipline, ils sont subordonnés à des recrutements de spécialistes médicaux (dermatologie, ophtalmologie, orthopédistes spécialisés...) que l'hôpital ne parvient pas d'abord à attirer puis à fidéliser, et à un travail concomitant de fond encore à réaliser de structuration de filières locales d'adressage de patients par les médecins libéraux.

La chambre ne peut que confirmer les recommandations de son précédent rapport en invitant l'hôpital à dimensionner et à adapter son appareil capacitaire à l'activité produite.

C - La trajectoire financière

1 - Le contexte général

Au plan budgétaire et financier, le précédent rapport de la chambre sur le CH de Dieppe en date du 17 décembre 2014 relevait que : « *Sur le seul budget principal, et en dépit d'une hausse continue des dépenses de personnel, le résultat comptable n'a été déficitaire qu'en 2011 et 2013 grâce à la progression constante des recettes liée à l'activité. Retraité au plan comptable, ce résultat est cependant déficitaire depuis 2011.* »

Loin de s'être résorbé, le déficit structurel s'est aggravé et les états des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) initiaux présentés par l'établissement pour les exercices 2017 à 2020 ont été rejetés, contraignant l'établissement à présenter en cours d'année de nouvelles propositions d'évolution des dépenses et recettes pour contenir les niveaux de déficit inscrits et retardant par voie de conséquence l'approbation des budgets annuels.

La chambre a principalement centré son analyse sur le budget principal Hôpital (Cf. annexe n° 2 : Données financières), qui représente en moyenne annuelle 85 % des dépenses totales du CH.

2 - L'exploitation

Entre 2017 et 2021, les recettes ont progressé plus lentement (+ 23,95 %) que les dépenses (+ 26,59 %), creusant mécaniquement le niveau de déficit constaté en début de période.

De - 3 451 020 € en 2017, le niveau de déficit a culminé à - 7 505 116 € en 2021, soit une progression de 117,50 %.

Tableau n° 2 : Evolution des recettes, dépenses et du résultat du budget principal

CH Dieppe	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution 2017-2021
Charges	122 498 377 €	123 605 240 €	128 996 757 €	139 366 972 €	155 072 312 €	+ 26,59 %
charges de personnel (limitatifs)	49 632 940 €	51 570 320 €	53 747 365 €	57 900 461 €	64 954 924 €	+ 30,14 %
charges de personnel (estimatifs)	29 772 711 €	29 951 522 €	31 839 875 €	34 285 792 €	38 348 474 €	+ 28,80 %
charges à caractère médical	20 493 104 €	20 184 317 €	20 760 649 €	22 410 420 €	25 507 876 €	+ 24,47 %
charges à caractère hôtelier et général	9 920 048 €	10 462 413 €	10 926 990 €	14 250 177 €	16 123 898 €	+ 62,53 %
charges amort prov financ except	12 679 575 €	11 436 667 €	11 721 878 €	10 520 123 €	10 137 140 €	-20,05 %
Produits	119 047 357 €	120 204 563 €	123 170 487 €	134 880 640 €	147 567 196 €	+ 23,95 %
produits versés par l'assurance maladie	94 359 827 €	95 912 274 €	99 527 278 €	112 949 938 €	123 138 411 €	+ 30,49 %
autres produits activité hospitalière	7 629 887 €	7 938 314 €	7 683 378 €	6 756 378 €	6 919 591 €	-9,31 %
autres produits	17 057 642 €	16 353 976 €	15 959 831 €	15 174 323 €	17 509 194 €	+ 2,64 %
Résultat	- 3 451 020 € (2,9 % des produits)	- 3 400 676 € (2,8 % des produits)	- 5 826 270 € (4,7 % des produits)	- 4 486 332 € (3,3 % des produits)	- 7 505 116 € (5,1 % des produits)	+ 117,47 %

Source : CH de Dieppe -tableau CRC

a - Les recettes

Les recettes des produits versés par l'assurance-maladie (titre 1) sont passées de 94,4 M€ en 2017 à 123,1 M€ en 2021, soit une progression substantielle de 30,49 %.

Si, entre 2017 et 2019, les produits de l'activité se sont accrus de 4,71 % (50 667 972 € en 2017 ; 52 368 433 € en 2019), c'est dans une proportion inférieure à la progression de l'activité mesurée en RSS (résumés standardisés de sorties).

Outre les diminutions de tarifs et les évolutions de case-mix de l'établissement, cet écart procède dans une grande mesure de la montée en puissance de l'activité ambulatoire, dont la tarification est moins rémunératrice que l'activité réalisée en hospitalisation complète.

Dans le contexte de crise sanitaire de 2020 et 2021, le CH a bénéficié d'une garantie de financement sur les deux exercices lui octroyant des financements plus élevés que ceux qui auraient été issus de son activité réelle.

Les dotations et forfaits versés par l'ARS ont peu évolué jusqu'en 2018. Entre 2019 et 2021, leur montant a bondi de 50 %.

En 2020, l'augmentation constatée de 11 M€ s'explique principalement par l'attribution de crédits au titre des tensions de trésorerie, la création d'une unité d'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie, la prise en charge des surcoûts et pertes de recettes liés à la COVID-19 et les primes versées au personnel et des mesures salariales dans le cadre du Ségur de la santé. En 2021, 5 M€ supplémentaires ont été attribués à l'établissement au titre principalement de la reconduction des mesures salariales du Ségur de la santé.

Malgré ces aides substantielles, les études régionales attestent d'une sous-dotation de l'hôpital en psychiatrie et SSR.

La baisse tendancielle des autres produits (titre 3) s'explique principalement par une diminution des produits de rétrocessions de médicaments.

- La chaîne de facturation

Le codage de l'activité d'hospitalisation est centralisé au département d'information médicale (DIM) mais décentralisé pour les actes et consultations externes.

L'organisation de ce recueil de l'information médicale est à l'évidence encore perfectible.

En atteste tout d'abord le plan triennal d'optimisation des organisations (2000-2022) évoqué *supra*, lequel a mis en évidence des marges d'efficience dans le codage.

Par ailleurs, le dossier médical informatisé de l'établissement ne couvre pas encore l'intégralité des besoins des services. Ainsi, plusieurs spécialités médicales ne disposent pas de module du dossier médical informatisé adapté à leurs spécificités. Ces carences affectent le bon recueil de l'activité médicalisée réalisée au sein de ces services et leur intégration dans le système d'information hospitalier.

Autre indicateur d'appréciation des performances relatives de la facturation, l'indice de facturation de la base de données HospiDiag mesurant la performance de la chaîne de traitement de l'information dans le cadre de la fonction facturation, apparaît comme très peu performant. Il atteste de retards infra-annuels de codage et a donc une incidence sur les versements de produits tarifés par l'assurance maladie.

De même, l'encaissement en régie s'établit à un niveau très faible (environ 45 000 € en 2021). L'établissement n'a pas à ce jour cherché à analyser les causes de ce faible rendement et à mettre en œuvre, le cas échéant, des mesures d'optimisation du fonctionnement de la régie de recettes d'hospitalisation et consultation.

Enfin, des sommes importantes restent dues dans les états de restes de recouvrement. Le CH convient de la nécessité d'un accompagnement social au paiement pour les publics en difficulté et d'un rapprochement avec le Trésor public en vue d'adapter le processus de relance des factures impayées.

Si, à cette fin notamment, le trésorier a proposé au CH, le 12 juillet 2022, un travail conjoint tendant à adapter la convention déjà ancienne de partenariat (signée en 2013), le CH ne l'a pas érigé au rang de ses priorités d'action de court terme.

En définitive, les performances relatives des indicateurs de la chaîne de facturation recensées ci-avant recèlent d'importantes marges d'amélioration que l'établissement gagnerait à inscrire dans un plan organisé, défini et suivi périodiquement avec le comptable public.

b - Les dépenses

- Les dépenses de personnel (titre 1)

Les dépenses de personnel se sont accrues de 30 %, dont + 28 % au titre du personnel non médical et + 37 % au titre du personnel médical.

La forte progression des dépenses de personnel non médical a tenu à un double effet : un effet-volume, la création de plus de 234 équivalents temps plein (ETP) supplémentaires sur la période (Cf. annexe n° 3 : Ressources humaines), soit + 14,6 %,

conjugué à un effet-coût résultant principalement des revalorisations salariales issues du Ségur de la santé en particulier la création d'un complément de traitement indiciaire.

Celle des personnels médicaux est liée au même effet-volume avec le recrutement de 50,19 ETP supplémentaires principalement à compter de 2020, soit + 26 % (recrutement de praticiens contractuels, d'assistants et d'internes) et effet-coût sous-tendu principalement par la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public.

Tableau n° 3 : Evolution des dépenses de personnel

Budget H dépenses	2017	2018	2019	2020	2021
Personnel non médical	59 619 623 €	60 321 091 €	63 064 253 €	66 940 144 €	76 181 195 €
Personnel médical	19 786 027 €	21 200 751 €	22 522 987 €	25 246 108 €	27 122 203 €
Total titre 1	79 405 650 €	81 521 842 €	85 587 240 €	92 186 252 €	103 303 398 €

Source : CH de Dieppe – tableau CRC

- Les dépenses médicales et pharmaceutiques (titre 2)

Les dépenses médicales et pharmaceutiques sont restées stables jusqu'en 2019 avant de fortement progresser en 2020 (+ 8 % par rapport à 2019) et 2021 (+ 14 % par rapport à 2020) sous l'effet de deux facteurs : d'une part, les surcoûts liés à la crise sanitaire (fournitures et consommables médicaux de types masques, gants, blouses et produits de laboratoires dont ceux nécessaires à la réalisation des tests) ; d'autre part, les suppléments d'achats de molécules coûteuses en lien principalement avec l'activité de cancérologie.

- Les dépenses hôtelières et générales (titre 3)

Les charges hôtelières et générales ont constamment progressé dans des proportions annuelles comprises entre 4 et 5 % jusqu'en 2019, en raison des coûts croissants d'entretien et de maintenance, d'électricité ou encore de transports inter-hospitaliers.

Elles se sont envolées en 2020 (+ 30,41 % par rapport à 2019) et 2021 (+ 13,15 % par rapport à 2020) avec la prise en charge des surcoûts liés à la crise sanitaire (produits d'entretien et d'hygiène, traitement des déchets, habillement et petit matériel à usage unique, prestations de nettoyage et de gardiennage supplémentaires, transports pour la réalisation des tests).

- Les dépenses d'amortissement et frais financiers (titre 4)

A rebours des autres titres de dépenses, l'évolution des dépenses d'amortissement et de frais financiers s'est inscrite dans une tendance baissière de 20,05 %, résultant de diminutions constantes des dotations aux amortissements et des intérêts des emprunts.

Sous l'effet d'une diminution des investissements, les dotations aux amortissements sont ainsi passées de 10 360 000 € en 2017 à 9 500 000 € en 2021, soit une baisse de 8 %.

En parallèle de la diminution de l'encours de dettes, les frais financiers se sont significativement repliés. De 1 452 164 € en 2017, ils n'atteignent plus que 994 686 € en 2021, soit une chute de 31,50 % à mettre en lien avec la chute brutale des investissements entre 2017 et 2018.

c - Le résultat

- Le budget principal

En conclusion, les résultats sur la période 2017 à 2019 se sont profondément détériorés, le déficit annuel passant de 3 % du total des produits en 2017 à 5,2 % en 2021.

Malgré une hausse d'activité jusqu'en 2019, les dépenses ont continué de progresser plus rapidement que les produits supplémentaires, creusant ainsi les déficits annuels.

A ce déficit structurel, sont venus s'ajouter en 2020 et 2021 les effets de la crise sanitaire. En dépit de dotations croissantes de l'ARS en compensation des divers surcoûts budgétaires et pertes de recettes liées à la COVID-19, les déficits annuels se sont fortement aggravés.

Si depuis 2017, le CH remplissait l'un des trois critères justifiant aux termes de l'article D. 6143-39 du code de la santé publique, un plan de redressement financier (déficit supérieur à 2 % des produits du compte principal, CAF nette inférieure à 2 % des produits du compte principal, insuffisance d'autofinancement), depuis 2021, il répond aux trois critères cumulés.

Tableau n° 4 : Critères du déséquilibre financier (article D. 6143-19 du code de la santé publique)

	2017	2018	2019	2020	2021
Déficit supérieur à 2 % des produits du compte principal	- 3,0 %	- 3,1 %	- 4,9 %	- 3,5 %	- 5,2 %
CAF nette inférieure à 2 % des produits du compte principal	5,3 %	4,2 %	2,5 %	3,0 %	0,1 %
Insuffisance d'autofinancement	+ 3 226 000 €	2 108 000 €	- 185 000 €	+ 753 000 €	- 3 923 000 €

Source : synthèses annuelles du trésorier – tableau CRC

- Les budgets annexes

Les budgets annexes ont affiché des résultats équilibrés sur la période 2017-2019, à l'exception du budget EHPAD, qui a présenté des résultats fortement déficitaires depuis 2018 et qui ont culminé à - 953 000 € en 2021.

Tableau n° 5 : Résultats comptables annuels des budgets annexes

En €	2017	2018	2019	2020	2021
EHPAD	+ 656 000	-506 000	-298 000	-195 000	-953 000
USLD	+ 92 000	+ 815 000	+ 508 000	+ 585 000	+103 000
SSIAD	+ 61 000	+ 1 000	+ 111 000	+ 182 000	+83 000
IFSI-IFAS	-8 000	+ 32 000	+ 287 000	-44 000	+ 11 000
CSAPA	-8 000	-25 000	-18 000	+74 000	+ 96 000
DNA	+ 1 094	+ 1 097	+1 088	+ 682	+ 881
GHT				0	0

Source : CH de Dieppe – tableau CRC

Ce déficit chronique de l'EHPAD tient à une conjonction de facteurs : une forte progression des dépenses de personnel entre 2017 et 2018 à la suite d'une opération de sincérité des comptes entre le budget EHPAD et le budget USLD ; une élévation des dotations aux amortissements après la mise en service du nouveau bâtiment EHPAD Mireille Darc à compter de décembre 2017 ; une lourdeur accrue de la prise en charge des résidents, non compensée par des crédits supplémentaires, l'EHPAD relevant d'une convergence tarifaire négative ; enfin, plus récemment, les effets de la crise sanitaire (surcoûts, perte de recettes) et les mesures salariales du Ségur de la santé.

Au surplus, pendant la crise sanitaire, les affectations de personnel ayant fluctué en fonction des besoins entre l'EHPAD et l'USLD, les imputations des personnels entre ces deux budgets annexes ne sont plus fiables.

La chambre estime que le CH doit mettre à plat les effectifs des deux budgets annexes EHPAD et USLD dans le cadre d'une nouvelle opération de sincérité des comptes. En réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur a précisé que ce travail avait été engagé dans le cadre du renouvellement en cours du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

3 - L'investissement

a - L'analyse rétrospective

Les investissements annuels ont accusé une forte diminution entre 2017 et 2018, passant de 11 038 181 € à 3 026 458 €, soit une diminution de 78 %. Ce fort repli a tenu à la fin des travaux de construction de la première tranche de reconstruction de l'EHPAD Mireille Darc en 2017.

Ils sont remontés à 4 730 162 € en 2019, puis 5 061 818 € en 2020 et 5 244 584 € en 2021.

Malgré cet effort d'investissement dans un contexte financier particulièrement dégradé, les taux de vétusté n'ont cessé de progresser au point que, depuis 2020, pour les constructions et, depuis 2021, pour les équipements, le CH émerge dans le décile le plus défavorable de sa catégorie d'établissements.

b - L'analyse prospective

Le projet d'investissement structurant des années à venir concerne la phase n° 2 de la réhabilitation des bâtiments de la filière EHPAD/USLD de l'établissement, sur le site de Château-Michel, pour un montant de 19 500 000 €, projet intégré dans un projet de plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2022-2026 non encore validé par l'ARS.

Ce PGFP repose sur des simulations d'évolution des recettes d'activité non documentées et des financements complémentaires attendus de l'ARS très hypothétiques.

En dépenses, il postule la mise en place de mesures de maîtrise des effectifs non chiffrées et peu précises, qui s'apparentent davantage à des pistes de travail qu'à des actions opérationnelles, que les mesures s'inscrivent dans le champ non médical ou médical.

En prenant pour acquises ces hypothèses hautement favorables d'évolution des produits et des dépenses, le CH n'en dégagerait pas moins des déficits annuels sur toute la période 2022-2026, d'un niveau fin 2022 sensiblement identique au déficit constaté fin 2021 et compris entre - 1 000 000 € et - 2 400 000 € les années suivantes. Malgré plusieurs emprunts, dont l'un massif en début de période (9 000 000 € la première année, 2 770 000 € la quatrième année et 4 000 000 € la dernière année), la CAF nette demeurerait

négative jusqu'en 2023, la trésorerie nette constamment négative et la variation du fonds de roulement négative sur trois des cinq années du PGFP.

Au final, la chambre estime qu'en l'état ce PGFP apparaît peu réaliste au regard des performances actuelles de l'établissement. En réponse au rapport d'observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que dans le cadre d'un nouveau PGFP 2024-2027 étaient prévues différentes mesures d'économies chiffrées et réalistes car négociées avec les directions fonctionnelles concernées afin de recouvrer une trajectoire financière plus soutenable. Toutefois, à défaut d'éléments plus précis, la chambre n'est pas en mesure d'apprécier le caractère réaliste des économies annoncées et plus largement de la trajectoire financière prévisionnelle subséquente 2024-2027.

4 - L'analyse financière

a - L'encours et la structure de la dette

En dépit de la conclusion de 13 M€ d'emprunts supplémentaires sur la période de contrôle, l'encours de dettes est descendu de 42,1 M€ en 2017 à 37,4 M€ en 2021, soit un reflux de 11,24 %.

Malgré ce désendettement, les résultats déficitaires pesant sur les capitaux permanents, le ratio d'indépendance financière s'est profondément détérioré sur la période (47,90 % en 2021 contre 38,1 % en 2017).

Plus encore, la durée apparente de remboursement (qui correspond au montant de la dette à long et moyen terme rapporté à la capacité d'autofinancement) passe de 5,5 ans en 2017 à 164 ans en 2021, sous l'effet d'un très faible niveau de CAF.

L'établissement est entré dans une zone délicate au regard des ratios de structure de la dette définis à l'article D. 6145-70 du CSP, imposant un régime d'autorisation d'emprunt pour les établissements publics de santé dès lors qu'un établissement remplit simultanément deux des trois critères fixés⁶.

De ce point de vue, sa durée apparente de dette excède le seuil des 10 ans et il approche désormais le taux de 50 % d'indépendance financière.

⁶ Le régime d'autorisation d'emprunt entre en vigueur dès qu'un établissement remplit au moins deux des trois critères suivants : - un ratio d'indépendance financière excède 50 % ; - un ratio de durée apparente de leur dette excède 10 ans ; - un ratio de l'encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues excède 30 %.

Tableau n° 6 : Ratios relatifs à la dette

		2017	2018	2019	2020	2021
Encours de la dette au 31/12		42 137 000	38 394 000	41 617 000	37 527 000	37 397 000
Limites et réserves du recours à l'emprunt (décret du 14/12/2011)	Indépendance financière (rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents)	38,1 %	42,9 %	46,6 %	46,3 %	47,9 %
	Durée apparente de la dette (en nombre d'années)	5,5 ans	6,6 ans	11,6 ans	7,9 ans	164,2 ans
	Encours de la dette/total des produits	31,2 %	28,0 %	29,6 %	23,9 %	22,0 %

Source : CH de Dieppe – tableau CRC

b - La capacité d'autofinancement

Sous le poids grandissant du déficit du budget principal, la CAF brute s'est fortement contractée sur la période examinée, passant de 7 347 000 € en 2017 à 228 000 € en 2021.

Ainsi, le taux de CAF brute qui était de 5,5 % en 2017 ne ressortait plus qu'à 0,1 % en 2021.

Sur deux années, 2019 et 2021, la CAF brute n'a pas permis de couvrir le remboursement du capital de la dette, générant une insuffisance de financement de l'ordre, respectivement, de - 186 000 € et de - 4 129 000 €.

A l'exception de l'année 2018, le cycle de financement des investissements est devenu profondément déséquilibré, se soldant par un prélèvement sur le fonds de roulement en 2017 (- 4 600 000 €), en 2020 (- 4 730 000 €) et en 2021 (- 2 900 000 €) en dépit de la conclusion de nouveaux emprunts pour un montant de 2 000 000 € en 2017, 7 000 000 € en 2019 et 4 000 000 € en 2020.

c - Les agrégats du bilan

L'agrégat du fonds de roulement (FRNG) est le rapport entre le total des ressources stables et des emplois stables.

Il ne représente plus que 5 477 000 € en 2021 contre 8 732 000 € en 2017, soit l'équivalent de 12 jours de fonctionnement. Le ratio de l'établissement est significativement éloigné de la médiane de la catégorie d'établissements (44,1 jours en 2021).

Le besoin en fonds de roulement (BFR) lié à l'exploitation courante est égal à la différence entre l'ensemble des créances augmentées des stocks et les dettes à court terme.

Le BFR n'a été couvert par le FDR que sur la seule année 2019. Hormis cette dernière année, il a ainsi constamment généré une trésorerie négative, malgré le recours massif et croissant aux lignes de crédit (3 300 000 € en 2017, 4 000 000 € en 2018, 4 705 370 € en 2020, 9 500 000 € en 2021), non soldées en fin d'année en raison de la situation financière tendue de l'établissement.

En raison des tensions de trésorerie, malgré la mobilisation de trois lignes de financement de court terme pour continuer à honorer ses charges sociales et fiscales, le CH en est réduit à retarder le paiement de ses fournisseurs (délai moyen annuel de 50,07 jours en 2021 contre 43,41 en 2020 ; délai de 63,10 jours en novembre 2021).

CONCLUSION INTERMEDIAIRE :

Les évolutions capacitaires intervenues sur la période ne sont pas inscrites dans un plan stratégique découlant du projet médical et sont peu corrélées à une activité encore insuffisante au regard notamment des durées moyennes de séjour et des taux d'occupation.

Même si les recettes d'activité ont progressé jusqu'en 2019, les dépenses ont augmenté à un rythme plus soutenu, creusant les déficits annuels. Ces derniers se sont encore exacerbés en 2020 et 2021, en dépit de dotations croissantes de l'ARS allouées pour compenser les effets de la crise sanitaire.

Le niveau atteint d'impasse financière est d'autant plus préoccupant qu'à compter de 2023, les allocations de l'ARS en compensation des pertes d'activité doivent cesser.

Les déficits pèsent également fortement sur les agrégats financiers au point que le fonctionnement courant de l'établissement n'est plus assuré que par le recours massif aux lignes de trésorerie. Faute d'être soldées, elles exposent le CH à de potentiels refus de financement pour l'avenir et, par voie de conséquence, à une incapacité à pouvoir continuer d'honorer ses dettes.

Dans un tel contexte, l'établissement ne saurait retarder davantage la négociation du plan de redressement financier avec l'ARS visé à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, dont il est toujours dépourvu alors même qu'il en relève depuis 2017.

V - LES RESSOURCES HUMAINES

A - Le pilotage et la prospective

1 - Les lignes directrices de gestion

Obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2021, les lignes directrices de gestion (LDG) fixent, d'après le décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019, en matière de promotion et de valorisation des parcours : « 1° *Les orientations et les critères généraux à prendre en compte pour les promotions de corps et de grade réalisées par la voie du choix ; 2° Les mesures favorisant l'évolution professionnelle des agents et leur accès à des responsabilités supérieures.* »

Le directeur du CH de Dieppe a arrêté le 28 octobre 2021, après avis du comité technique d'établissement (CTE), ses lignes directrices de gestion (LDG) avec un effet rétroactif au 1^{er} janvier 2021.

Si les LDG fixent bien les critères généraux à prendre en compte pour les promotions de corps et de grade réalisées par la voie du choix et les modalités de prise en compte de la valeur professionnelle et des acquis de l'expérience professionnelle des agents, en revanche, les modalités prévues n'intègrent pas les activités professionnelles intervenant dans le cadre d'une activité syndicale et celles exercées à l'extérieur de l'administration

d'origine, dans le secteur privé ou dans une organisation européenne ou internationale, contrairement aux prescriptions du décret précité.

Aux termes du même décret, les LDG doivent également viser « à assurer l'égalité entre les femmes et les hommes dans les procédures de promotion en tenant compte de la part respective des femmes et des hommes dans les corps et grades concernés ». Pour y satisfaire, le CH de Dieppe a prévu de mettre en œuvre un plan d'action pluriannuel égalité femme/homme, mais celui-ci, pourtant obligatoire depuis le 31 décembre 2020⁷, n'est pas adopté, les négociations ne devant reprendre qu'en 2023.

Pour se conformer aux règles d'édition des lignes de gestion, la chambre demande au centre hospitalier d'intégrer dans ses modalités d'appréciation de la valeur professionnelle des agents les activités extérieures et de mettre en place le plan d'action pluriannuel égalité femme/homme. En réponse au rapport d'observations provisoires, le centre hospitalier s'est engagé à amender les lignes directrice de gestion afin d'y intégrer la situation des agents exerçant une activité syndicale. Par ailleurs, la directrice générale a également indiqué dans sa réponse précitée que le plan égalité femme/homme avait été adopté le 6 février 2023 et que « [...] la mise en œuvre et le suivi de ces actions [feraient] l'objet d'une présentation au prochain comité social d'établissement ».

2 - Les bilans sociaux

Conformément au décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 (applicable pour la dernière année en 2021 avec le passage au rapport social unique en 2022), l'hôpital établit bien chaque année son bilan social.

Toutefois, certains indicateurs ne sont pas présentés, à l'image de l'indicateur du nombre de réunions de concertation (hors réunions règlementaires) ou du taux de travailleurs handicapés.

Le recueil d'autres données ne concorde pas avec d'autres sources documentaires du CH. Ainsi, en est-il à, titre d'illustration, du montant des dépenses de l'intérim médical qui ressort à 1 244 387 € en 2021 au bilan social, quand les chiffres connus des ressources humaines les évaluent à 2 135 738 € ; cet écart est expliqué par la direction par la non prise en compte dans le bilan social 2021 des dépenses afférentes aux contrats de remplaçants (dit de « gré à gré ») signés avec les médecins intervenant habituellement au sein de l'établissement.

D'autres indicateurs enfin ne sont que partiellement remplis. Il en est ainsi de l'item « repérage et du suivi de trois métiers sensibles ou en tension pour le personnel médical et non-médical » trop sommairement renseignés pour être exploitable.

Pour l'avenir, la chambre demande au CH de veiller à présenter exhaustivement la base de données sociales de son rapport social unique.

3 - L'analyse de productivité

Les données comparatives de productivité des personnels médicaux et non médicaux ressortant des bases nationales (banque de données hospitalière de France, Hospidiag) et d'enquêtes diverses ne donnent pas lieu par le CH à analyse comparée des performances de l'établissement.

⁷ Article 94 - Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

La direction n'utilise pas davantage les données issues du retraitement comptable (RTC)⁸, dispositif obligatoire dont les données sont validées par l'ARS.

Or, telles qu'elles émanent notamment de base de données Hospidiag, les performances moyennes enregistrées en 2019 par le CH dans le coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes, celles très défavorables du coût du personnel médical des services cliniques et du personnel des services médico-techniques rapporté aux recettes (avec un indice dépassant ou frôlant la tranche des 20 % d'établissements les moins performants, quelle que soit la catégorie de comparaison), justifieraient une analyse et une recherche d'une amélioration des organisations.

Afin de réduire ses coûts, la chambre invite le CH de Dieppe à engager une démarche d'analyse comparée de productivité de ses personnels médicaux et non médicaux.

4 - La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

La démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) est embryonnaire, aucune avancée n'étant intervenue depuis le précédent rapport de la chambre en 2015.

L'hôpital ne s'est pas doté d'une cartographie des métiers, hormis celle de la direction des ressources humaines, et les fiches de postes sont obsolètes.

Un projet de déploiement de la démarche de GPMC sur l'ensemble de l'établissement et de mise à jour de l'ensemble des fiches de postes a été reporté à plusieurs reprises, en particulier dans le contexte de la crise sanitaire récente. Selon l'établissement, il devait reprendre au dernier trimestre 2022 avec un accompagnement extérieur sur deux ans.

L'accompagnement attendu doit notamment porter sur la réécriture des fiches de postes, les organigrammes et organisations, l'anticipation des compétences nécessaires au vu de la pyramide des âges et la formation pour les métiers en tension.

La chambre invite le CH à reprendre le cours interrompu de son projet de GPMC et à le mener à bien en l'insérant dans le projet d'établissement et dans son volet projet social.

5 - Le recrutement et l'évaluation du personnel

a - La situation des agents contractuels

Le CH subordonne la conclusion des contrats en contrat à durée indéterminée (CDI), poursuivant une relation de travail après un ou plusieurs contrats à durée déterminée (CDD) sur un poste identique, à une nouvelle période d'essai.

En procédant ainsi, il méconnaît la jurisprudence de la Cour de cassation (arrêt du 9 octobre 2013), qui conduit à considérer qu'un salarié ayant effectué deux ans sans discontinuer en CDD et qui, par suite, est embauché en CDI sur le même poste ne peut se voir imposer une nouvelle période d'essai.

⁸ Le RTC a pour objectif de répartir l'ensemble des charges d'exploitation incorporables apparaissant au compte de résultat principal (H) du compte financier de l'établissement entre ses différentes activités (à partir des charges directes (dépenses de personnel, dépenses médicales, ...) et des charges des fonctions auxiliaires (services MT, LGG, logistique médicale...) au moyen de clés de répartition.

En conséquence, il y a lieu pour le CH de Dieppe de mettre fin aux périodes d'essai qu'il intègre dans les contrats CDI succédant à plusieurs CDD ; ce qu'il s'est engagé à faire en réponse au rapport d'observations provisoires de la chambre.

b - L'évaluation professionnelle

Depuis la loi n° 2019-828 du 6 août 2019, le système de notation des fonctionnaires a laissé place à entretien professionnel annuel.

Alors que le décret d'application n° 2020-719 du 12 juin 2020 instaurait sa mise en place en 2021, le CH a pris la décision de ne le déployer qu'à compter de l'année 2022 (pour l'évaluation de l'année 2021), estimant qu'il était nécessaire au préalable de former l'ensemble des évaluateurs du GHT et de les accompagner dans cette méthode.

La chambre prend acte de la mise en place avec retard de l'évaluation professionnelle et invite le CH à mener à bien cette première année de mise en place du nouveau dispositif.

B - La gestion du personnel non médical

1 - Le temps de travail

a - Les entorses constatées à la réglementation

La durée du travail non médical dans la fonction publique hospitalière est définie par le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 fixant les dispositions du temps de travail et sont précisées par une circulaire DHOS/P 1 n° 2003-295 du 24 juin 2003 relative aux mesures d'adaptation de la réduction du temps de travail.

L'accord-cadre local initial sur les 35 heures, conclu le 7 février 2002, a fait l'objet d'un avenant le 23 mai 2014.

Son contenu en matière d'organisation du travail est décliné dans un guide pratique daté de février 2015 mais dépourvu de toute force exécutoire en l'absence d'avis du comité technique d'établissement et de validation par la direction. Il reprend les durées annuelles de travail mentionnées dans l'accord-cadre en y ajoutant les heures travaillées au titre de la journée de solidarité.

Les dispositions contenues dans le guide appellent deux observations de la chambre.

En contradiction avec la réglementation, l'établissement accorde à ses agents les jours de congé de fractionnement quelles que soient les périodes de congés effectivement prises.

Par ailleurs, tous les agents en repos variable bénéficient des deux jours de repos compensateurs, quel que soit le nombre de dimanches et jours fériés effectués dans l'année, alors que le bénéfice de ces jours ne s'applique qu'aux agents travaillant plus de vingt dimanches et jours fériés dans l'année.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que l'établissement formaliserait prochainement l'octroi des jours de congé de fractionnement et mettrait fin à l'attribution des deux jours de repos compensateurs aux agents travaillant moins de vingt dimanches et jours fériés dans l'année.

b - Les mesures envisagées de révision du temps de travail

L'établissement entend, en 2023, mettre en place un projet de gestion du temps de travail qui vise à former et accompagner l'ensemble des cadres à des règles de gestion du temps de travail qu'il estime complexes (cycles de travail, comment passer du cycle au planning, gestion des agents en temps partiel, gestion des différents congés...).

Selon lui, les écarts constatés entre les obligations annuelles de travail réglementaires et son application au CH ne pourront faire l'objet d'échanges et d'éventuelles négociations qu'après cette phase d'appropriation collective des règles du temps de travail.

La chambre prend acte des grandes lignes du projet de gestion du temps de travail que l'établissement entend mettre en place en 2023 mais considère qu'il ne porte pas en soi retour à une application de la réglementation. En conséquence, elle invite instamment l'établissement à mettre en accord son organisation du temps de travail avec le corpus réglementaire applicable.

c - Les heures supplémentaires

Les agents peuvent être appelés à effectuer, à la demande de l'encadrement, des heures supplémentaires (HS).

Si le paiement des heures supplémentaires intervient à l'issue de leur validation par l'encadrement, le CH de Dieppe ne dispose pas d'un dispositif de contrôle automatisé permettant de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires accomplies, dispositif obligatoire en vertu des dispositions du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002.

En toute irrégularité, des heures supplémentaires sont attribuées en complément de la rémunération sur des profils rares (cadre de santé au bloc, compétences informatiques) et aux faisant-fonction de cadre en compensation pour ces derniers de la prime d'encadrement qu'ils ne peuvent percevoir. Ces heures concernent 17 agents en 2021.

Des heures supplémentaires sont également versées aux aides-soignants et agents des services hospitaliers ayant des missions relatives au système de sécurité incendie et assistance à personne (SSIAP), missions rémunérées par quatre heures supplémentaires. L'ensemble de ces compléments de rémunération représente 18 322 € en 2021.

Enfin, la réglementation plafonne le nombre d'heures supplémentaires mensuelles. Un sondage a permis de relever plusieurs situations de dépassements. Peuvent être cités, en 2019, le cas d'une sage-femme rémunérée sur le mois de mars 2019 de 24 heures supplémentaires (pour un maximum autorisé de 18 heures) et, en août 2021, celui d'un brancardier rémunéré de 90 heures supplémentaires mensuelles (pour un maximum autorisé de 20 heures).

La chambre invite l'établissement, d'une part, à mettre en place le dispositif obligatoire de contrôle automatisé des heures supplémentaires accomplies, d'autre part, à mettre fin au versement d'heures supplémentaires fictives⁹ et à respecter scrupuleusement les plafonds maxima mensuels. Sur ce dernier point, l'ordonnateur s'est engagé à respecter la réglementation, les dépassements étant, selon lui, par ailleurs marginaux.

⁹ Même si l'ordonnateur conteste le caractère « fictif » de ces heures, il s'agit bien d'heures « forfaitisées » versées en complément de rémunération à certaines catégories de personnel difficiles à recruter ou en compensation de missions relatives au système de sécurité et assistance à personne (SSIAP) par exemple.

2 - Les primes et indemnités

a - Les diverses indemnités

Diverses primes et indemnités sont indûment versées.

Ainsi, la NBI reste maintenue pour certains agents lorsque ces derniers ont changé d'affectation. Les régularisations sont en cours.

Par ailleurs, la prime spécifique des infirmiers est versée aux contractuels alors même que le décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 la réserve explicitement aux seuls agents titulaires. En 2021, le montant indûment versé s'est élevé à 93 400 €.

De même, la majoration pour travail intensif de nuit est également versée aux agents contractuels, en méconnaissance des dispositions du décret n° 88-1084 du 30 novembre 1988. Ce versement irrégulier a représenté 52 200 € en 2021. En réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que l'établissement allait se conformer à la réglementation et supprimer par voie d'avenant aux contrats de travail les primes et indemnités versées à tort aux agents contractuels concernés.

Enfin, aucune décision individuelle d'attribution n'encadre le versement des primes d'encadrement ; ce que l'établissement, en réponse au rapport d'observations provisoires, s'est engagé à rectifier.

Alors qu'elle s'impose en vertu de l'article 20 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, l'établissement ne dispose pas d'une décision du directeur fixant la liste des activités, des services et catégories de personnels concernés par les astreintes.

Si, au vu de l'échantillon étudié, aucune anomalie n'a été constatée dans les taux horaires des astreintes, conformes au décret n° 2003-507 du 11 juin 2003, en revanche, pour les cadres de santé acceptant de remplacer un cadre inscrit au tableau d'astreinte mais en arrêt, le nombre d'heures d'astreinte est doublé et le temps passé au téléphone rémunéré en heures supplémentaires.

Le doublement des heures d'astreinte revient à doubler le taux horaire, dépassant ainsi le maximum prévu par le texte.

La chambre demande à l'hôpital de se conformer strictement à la réglementation relative aux primes et indemnités.

b - Les logements de fonction et l'indemnité compensatrice mensuelle pour nécessité absolue de service

Le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 dispose en son article 3 que « [...] les fonctionnaires bénéficiant de concessions de logement par nécessité absolue de service sont logés par priorité dans le patrimoine de l'établissement. A défaut, lorsque ce patrimoine ne permet pas d'assurer leur logement, ils bénéficient, au choix de l'établissement dont ils relèvent :

- soit d'un logement locatif mis à leur disposition dans les conditions prévues à l'article 4, dont la localisation est compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction ;
- soit d'une indemnité compensatrice mensuelle, dont les montants sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique pour chacune des zones relatives au classement des communes, définies par les dispositions des articles 2

duodecimes, 2 terdecimes A, 2 terdecimes B, 2 terdecimes C, 2 quindecimes B et 2 quindecimes C de l'annexe III du code général des impôts, sous réserve que la localisation du logement occupé soit compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction. »

En 2021, sur 18 agents bénéficiaires d'un contrat de location d'un logement ou de l'indemnité compensatrice mensuelle, trois d'entre eux étaient mis à la disposition d'autres établissements de santé ou d'une organisation syndicale. Pour deux d'entre eux, les conventions de mise à disposition ne sont pas à jour.

Sur les 11 agents effectuant des permanences, cinq d'entre eux étaient bénéficiaires de l'indemnité au titre de logements occupés dans l'agglomération rouennaise et un dans l'agglomération havraise.

Quand bien même les textes précités ne fixent pas de distance en kilomètres ou en temps de trajet pour se rendre sur place, la location de logements situés respectivement à 67 et 108 kilomètres par voie routière du CH de Dieppe apparaît peu conciliable avec la mise en œuvre de permanences de direction.

Cette contrainte d'éloignement ne semble pas avoir échappé au CH, qui met en sus un logement sur place à la disposition des agents participant aux permanences de direction.

Cette entorse à la réglementation se double d'un effet financier non négligeable tenant aux écarts de taux de l'indemnité compensatrice mensuelle entre les zones rouennaises et havraises et la zone dieppoise qui se monte à 228 €. Le surcoût constaté en 2021 représente un montant de 21 900 €.

Au total, la chambre estime que l'attribution de l'indemnité compensatrice mensuelle aux agents domiciliés en dehors de l'agglomération dieppoise n'est pas en accord avec la réglementation applicable. En conséquence, elle lui demande d'en revenir à une application stricte des dispositions du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010.

c - Les risques et le reclassement professionnels

Le taux d'absentéisme du CH a oscillé, selon les années, entre 9,2 et 10,4 %, soit à un niveau légèrement supérieur au taux moyen de 9,1% ressortant de l'analyse des bilans sociaux de l'année 2018 opérée par l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH).

Jusqu'à présent, l'établissement n'a pas mené de démarches de parangonnage sur son taux d'absentéisme avec des établissements comparables.

Il s'est néanmoins engagé, depuis 2013, dans une action structurée de reclassement interne.

A compter de 2020, à la cellule « Retour et maintien dans l'emploi » chargée d'évoquer les situations individuelles s'est adjoint un comité de pilotage (COPIL) dont la mission principale devait consister en 2021 à définir les étapes du retour à l'emploi, formaliser des outils d'information et rédiger un guide interne.

Or ce COPIL ne s'est réuni qu'à deux reprises en 2021 et l'objectif de formalisation des outils et de rédaction du guide interne n'a pas été atteint, seule une fiche outil qualité sur les arrêts longs ayant été diffusée en 2021.

Si seuls trois agents en 2017 et six en 2018 ont bénéficié d'un accompagnement dans le cadre d'un reclassement, 18 agents en 2019, 16 en 2020 et 14 en 2021 ont été suivis.

L'établissement considère désormais que le dispositif prend en charge l'ensemble des situations individuelles requérant un accompagnement.

Élément connexe, l'établissement dispose d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) qui répertorie l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les agents et qui, par là-même, contribue également à leur prévention. Sa dernière version est datée de février 2017.

Son actualisation n'a toutefois été engagée qu'à compter de janvier 2021 alors même que le document doit être mis à jour annuellement.

La chambre salue l'investissement du CH dans le reclassement des agents le nécessitant. Elle l'invite cependant à parfaire son dispositif en formalisant les différentes étapes et outils et en procédant à la mise à jour annuelle du DUERP.

C - La gestion du personnel médical

1 - La politique de recrutement médical

a - Les causes des difficultés de recrutement

Le CH est confronté à un sous-effectif médical dans les spécialités déficitaires au niveau national telles la radiologie, l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence, la pédopsychiatrie, la cardiologie et la gynécologie-obstétrique notamment.

Quand bien même le post-internat à temps partagé a permis à l'établissement de maintenir un certain niveau d'offre de soins et que le nombre d'internes affectés à l'hôpital de Dieppe est en augmentation constante depuis plusieurs années, le CH peine à être actif et à retenir les jeunes médecins en raison tant de l'attrait du secteur libéral que de la forte attraction du CHU de Rouen et de son agglomération sur les professions médicales.

b - Les actions menées

Le CH de Dieppe mise sur une politique active d'accueil des internes et des assistants à temps partagé. Il développe également les coopérations avec les centres de référence, dont le CHU, en permettant à ses praticiens d'y maintenir certaines activités. Enfin, outre l'ajustement de son dispositif de permanence des soins aux souhaits des praticiens (notamment en pédiatrie avec un double système astreintes/gardes), il a recours à l'intérim médical et aux contrats de clinicien.

2 - Le temps de travail médical

a - L'organisation du temps de travail médical

En vertu des articles R. 6152-26, R. 6152-27 et R. 6152-708 du code de la santé publique, les obligations de service hebdomadaires des praticiens hospitaliers sont fixées à dix demi-journées lorsqu'ils exercent à temps plein et entre cinq et neuf demi-journées lorsqu'ils exercent à temps partiel.

Aux termes des articles précités, les modalités selon lesquelles les praticiens accomplissent leurs obligations de service doivent être précisées par le règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils sont affectés.

Or le règlement intérieur n'y fait pas référence et, pour y suppléer, l'établissement n'a pas élaboré un guide interne de gestion du temps de travail médical.

Pour remédier à cette défaillance, la chambre invite l'établissement à insérer les modalités d'exercice du temps de travail médical dans son règlement intérieur.

b - La permanence des soins

- La formalisation de l'organisation médicale

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 dispose en son article 5 que l'organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement.

En méconnaissance de ces dispositions, la politique de l'établissement en matière de continuité et permanence des soins n'est pas formalisée. S'il existe bien une liste des gardes et astreintes, elle n'est ni arrêtée par le directeur ni précédée d'un avis de la CME.

En outre, les tableaux de service mensuels ne sont pas arrêtés par le directeur ou son représentant habilité. Ils ne comportent que la seule signature des chefs de service.

- Le fonctionnement de la commission de l'organisation et de la permanence des soins

L'arrêté précité du 30 avril 2003 instaure en son article 6 une commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS).

Cette instance doit définir annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ; donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens ; donner son avis sur les conventions de coopération ; établir un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins adressé au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

Si la COPS s'est bien réunie au moins une fois annuellement, elle n'exerce pas dans leur plénitude ses attributions. Ainsi, sur une seule année (en 2018), mention a été faite d'une validation de la liste des gardes et astreintes annuelle.

Elle n'a jamais établi le bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle doit adresser au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

Elle ne s'est pas non plus dotée d'un règlement intérieur de fonctionnement, comme elle est tenue de le faire en application de l'article 7 de l'arrêté du 30 avril 2003.

- Le coût de la permanence des soins

La permanence des soins du CH repose sur 11 lignes de gardes financées par les forfaits urgences ou dans le cadre du fonds d'intervention régionale de l'ARS, et 17 lignes d'astreintes dont seules huit sont reconnues et financées dans le cadre du fonds d'intervention régionale de l'ARS.

La permanence des soins en place recèle des voies de rationalisation au regard de son coût total estimé en 2021 à 2 744 813 €, pour un financement alloué de l'ARS de 1 551 144 €.

Le système de rémunération des astreintes repose sur une forfaitisation prévue à l'article 14 IV de l'arrêté précité de 2003.

Les tarifications en sont disparates selon les services et, dans l'un d'entre eux (radiologie), supérieures aux plafonds prévus par l'arrêté de 2003.

Ces tarifications sont encadrées par des contrats signés entre le directeur et les chefs de service concernés. Si ces derniers prévoient une possible évaluation annuelle du dispositif sur la base de laquelle une réévaluation financière peut intervenir (à la hausse ou à la baisse) en sus des actualisations annuelles des tarifs nationaux des astreintes, le CH n'en a fait usage que dans deux services : la psychiatrie, en 2016, à l'issue d'une étude rétrospective de l'organisation des astreintes menée en décembre 2015, et la gériatrie en 2020.

Enfin, il est permis de s'interroger sur le bien-fondé de l'astreinte dite de président de CME pour un montant de 21 014 € en 2021 que rien n'apparaît justifier du strict point de vue de la permanence des soins.

c - Le temps de travail additionnel

L'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 dispose que les besoins prévisionnels en matière de temps de travail additionnel (TTA) doivent être arrêtés par le chef de pôle, inscrits dans les contrats de pôle et donner lieu à la signature de contrats individuels avec les responsables de structure et le directeur. Les périodes de TTA ainsi effectuées peuvent être, au choix du praticien, indemnisées, récupérées ou versées au compte épargne-temps.

Au regard des prescriptions ci-dessus, le temps de travail additionnel est mis au CH de Dieppe sans être arrêté par les chefs de pôle et inscrit dans les contrats de pôle non mis en place. Les contrats individuels d'exercice du temps additionnel ne sont pas mis en place¹⁰.

Pour s'assurer d'une rémunération conforme aux dispositions de l'arrêté susvisé, la chambre a examiné les deux tableaux de service (gynécologie et urgences) présentant le plus fort recours au TTA.

Au service des urgences, la rémunération du TTA constaté sur le quadrimestre est doublée depuis 2019, alors même qu'aucune disposition de l'arrêté précité du 30 avril 2003 ne l'autorise.

L'établissement a justifié ce doublement en se référant à un contrat conclu avec le service concerné, lequel n'exonère en rien l'établissement de l'irrégularité relevée.

Cette irrégularité a généré en 2019 un surcoût pour l'hôpital de 106 870 €.

De ce qui précède, la chambre conclut à une insuffisante formalisation de l'exercice du temps de travail additionnel et à des irrégularités dans son indemnisation. Pour l'avenir, elle invite l'établissement à revenir à une application stricte de la réglementation.

¹⁰ La réglementation dispose au surplus que le directeur doit présenter à l'instance délibérante et à la commission médicale d'établissement le bilan annuel des contrats, bilan à transmettre chaque année à l'ARS.

3 - Les modalités particulières d'exercice médical

a - Les contrats de clinicien

Sur la période en revue, le CH a conclu, sur le fondement de l'article L. 6153-2 du code de la santé publique en vigueur, quatre contrats de cliniciens hospitaliers dont deux initialement conclus pour une durée d'une année renouvelée une fois et deux signés d'emblée pour une durée de trois ans.

Ces contrats ont omis de préciser, au titre des engagements particuliers souscrits par les praticiens, les objectifs quantitatifs dont la réalisation doit déterminer les éléments variables de rémunération, les délais impartis pour y parvenir ainsi que le rythme de révision éventuelle de ces objectifs et engagements, toutes mentions qui étaient obligatoires.

En outre, l'un des deux contrats établis pour une durée d'un an reconduit une fois n'a pas été précédé de l'évaluation préalable.

En synthèse, dans le recrutement des praticiens sous statut spécifique, la chambre invite le CH à se conformer aux obligations de fixation d'objectifs quantitatifs et d'évaluation périodique des résultats atteints subordonnant l'attribution des parts variables.

b - L'activité libérale

En 2021, sept praticiens exerçaient une activité libérale.

Une commission de l'activité libérale (article L. 6154-5 du code de la santé publique) est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale.

Alors qu'elle doit se réunir annuellement, elle n'a pas siégé en 2020 et 2021, ce que le CH a justifié par les contraintes de fonctionnement induites par la gestion de la crise sanitaire.

Pour l'avenir, la chambre invite l'établissement à se conformer strictement à l'obligation de réunion annuelle de la commission d'activité libérale.

c - L'intérim médical

Le CH a recours de manière régulière à l'intérim dans les spécialités en forte tension que sont l'anesthésie, l'imagerie médicale ou encore la médecine d'urgence, mais également en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, voire de manière plus ponctuelle, en gériatrie ou encore en SSR.

Le recours à l'intérim intervient sur sollicitation, de gré à gré, d'agences d'intérim qui fournissent, moyennant frais et rémunérations, des candidats qui seront au terme de la procédure directement recrutés par l'établissement.

Les montants engagés ont varié, selon les années, entre 2 135 738 € en 2021 pour la borne basse et 3 213 424 € en 2018.

En 2021, la rémunération de l'intérim médical a représenté sur cet exercice presque 11 % du total des dépenses de personnel médical (17 993 747 €).

Outre son coût financier majeur, le recours massif au travail temporaire au sein de l'établissement appelle quatre observations.

En premier lieu, le CH assoit ses recrutements sur un dispositif juridique inapproprié. En effet, l'établissement prend appui sur le dispositif prévu à l'article L. 6146-2 et aux articles R. 6146-7 et suivants du code de la santé publique qui ne concerne que les seuls recrutements de médecins exerçant à titre libéral et rémunérés sous la forme d'honoraires. Le seul vecteur juridique à sa disposition de recrutement direct de médecins temporaires est celui des praticiens hospitaliers contractuels (alinéa 2 de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique), dans une grille de rémunération maximale du 4^{ème} échelon de la grille des praticiens hospitaliers + 10 %. En outre, les contrats de praticiens recrutés de manière temporaire sur plusieurs jours n'ont comporté aucune indication sur la répartition respective du travail effectif et du repos de sécurité.

En deuxième lieu, en sus d'être irrégulier par principe, le recrutement sous la forme de tarifs journaliers prévus R. 6146-5 du code de la santé publique a été constamment assorti de dépassements des montants plafonds prévus par l'arrêté du 27 novembre 2017 (1 287,05 € pour une journée de 24 heures de travail effectif). Ainsi, en février 2019, les montants des rémunérations journalières ont oscillé selon les praticiens entre 1 100 et 1 800 €.

En troisième lieu, si l'établissement vérifie bien les conditions de diplôme et d'inscription à l'ordre des médecins, il ne s'assure pas que les praticiens ainsi recrutés satisfont aux autres conditions préalables aux recrutements par la voie de l'intérim prévues à l'article R. 6146-25 du code de la santé publique précité que sont le respect des repos sur la période précédant immédiatement la mise à disposition et la vérification de l'absence d'exercice au sein d'un autre établissement public de santé.

Enfin, alors même que le total des commissions versées aux agences d'intérim a fluctué selon les années entre 77 290 € et 123 466 € et que les montants annuels ainsi constatés justifiaient une mise en concurrence au regard des règles de la commande publique, aucune démarche visant à la conclusion d'un marché public de prestations de service de mise en relation avec des agences d'intérim n'a été menée.

Nonobstant les réelles difficultés de recrutement du CH, la chambre estime que ce dernier ne saurait pour autant s'affranchir de l'application de la réglementation en vigueur dans le recours au travail temporaire médical et l'invite donc à rémunérer les praticiens ainsi recrutés conformément aux grilles hospitalières applicables, à s'assurer du respect des conditions préalables de recrutement et à soumettre son dispositif de mise en relation avec les agences d'intérim aux règles de la commande publique.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE :

En définitive, la politique des ressources humaines du CH de Dieppe n'est pas suffisamment structurée et sa gestion opérationnelle méconnaît l'application de nombreuses dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Dans le champ du personnel non médical, l'élaboration des lignes directrices de gestion demande à être achevée, les données sociales fiabilisées et le cours du projet de GPMC relancé et mené à bien. Le temps effectivement travaillé et le versement des primes et indemnités diverses doivent être mis en conformité avec la réglementation applicable. La réglementation relative aux concessions de logement et au versement de l'indemnité mensuelle compensatrice doit également être strictement appliquée.

Dans la gestion des ressources médicales, les modalités d'exercice du temps de travail médical doivent être définies dans le règlement intérieur de l'établissement et tant la permanence des soins que les tableaux mensuels de service arrêtés annuellement par le directeur. Il incombe à la COPS d'établir son règlement intérieur et de produire annuellement

un bilan de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins. Enfin, dans le recrutement de médecins temporaires (intérim médical), le CH est tenu de s'assurer du respect des conditions préalables, d'asseoir les rémunérations sur les grilles hospitalières applicables et de soumettre son dispositif de mise en relation avec les agences de placement aux règles de la commande publique.

VI - LA COMMANDE PUBLIQUE

Le montant des achats du CH de Dieppe représente, en 2021, 40 309 235 € (soit un quart du budget annuel). Le montant agrégé au niveau du GHT sur cet exercice n'a pu être fourni.

En 2018, le montant des achats du CH se montait à 36 511 967 € et celui du GHT à 43 190 744 €. A lui seul, le CH de Dieppe représentait 85 % des achats du GHT.

Le CH exerçant la responsabilité particulière d'établissement-support de son GHT d'appartenance, la fonction achat a été approchée sous trois dimensions : la politique et stratégie achat (A.), d'une part, l'organisation en place (B.), d'autre part, l'examen de quelques marchés (C.), enfin.

A - La politique et stratégie en matière d'achats

1 - La politique des achats

En vertu de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, l'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 de leurs avenants.

La politique « achat » du GHT n'a été formalisée que tardivement¹¹ dans un document du 2 décembre 2020, intitulé « *Politique d'achats du GHT* », mais dépourvu de force exécutoire en l'absence d'adoption formelle par les instances du GHT ou par celles des établissements membres.

Si cette politique se décline en axes stratégiques et actions opérationnelles, le suivi des actions opérationnelles n'est pas organisé, en l'absence de calendrier prévisionnel de réalisation, de désignation de référents pour les actions à mener et d'indicateurs.

Aux termes de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, un plan d'action des achats (PAAT) du groupement hospitalier de territoire doit être élaboré pour le compte des établissements parties au groupement.

Le PAAT du CH de Dieppe est établi sous forme de tableaux et utilisé pour le calcul des « gains achats » dans le cadre du projet PHARE. Toutefois, aucune cartographie des achats, préalable pourtant nécessaire à son élaboration, n'a pu être transmise à la chambre.

2 - Le rôle du GHT

La convention constitutive du GHT a prévu en ses articles 33 à 35 la mise en place d'une coordination en matière d'achats au moyen de deux instances : un comité de pilotage

¹¹ Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur évoque un document de 2017, non transmis, et, en tout état de cause, non validé par les instances.

(COPIL) achat (devant tenir deux réunions par an) et une commission des achats de groupement (à réunir selon une périodicité mensuelle).

La commission des achats n'a pas été mise en place.

Le COPIL a été institué tardivement en 2019 et ne s'est pas réuni entre janvier 2020 et mai 2022, ce que l'ordonnateur conteste dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, sans cependant fournir à la chambre d'éléments probants attestant de la tenue de réunions sur cette période.

Dans sa première réunion du 19 juin 2019, le COPIL achat avait acté la création de trois groupes de travail : un groupement opérationnel achat, des réunions de département (filiales) et des plénières achats.

Aucun élément attestant de la mise en place de ces groupes de travail n'a pu être fourni à la chambre.

Le GHT a bénéficié en 2019 et début 2020 de l'accompagnement d'un prestataire externe dans la mise en place de son COPIL achat et d'indicateurs de suivi de la performance et du pilotage de la fonction achat.

Les indicateurs définis ne se rapportent pas aux actions opérationnelles de la politique « achat » et n'ont donné lieu à aucun suivi, défaillance que le GHT a justifiée par le manque de temps.

Si en 2020 et sur une partie de 2021, les contingences de la crise sanitaire ont pu perturber le fonctionnement de l'hôpital, il est moins compréhensible que depuis lors l'établissement n'ait toujours pu produire ses indicateurs de mesure de la fonction « achat ».

3 - Le projet régional PHARE

La politique achat du GHT Caux-Maritime s'inscrit dans le programme de Performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE).

Annuellement, des « gains achats » sont fixés par l'ARS aux GHT qui ne se traduisent pas en toute circonstance par des « gains budgétaires », des gains achats pouvant être constatés alors même que les dépenses augmentent¹².

Dans cette démarche, l'établissement-support du GHT tient des tableaux dits de « gain financier » demandés par l'ARS à titre de mesure des gains achats mutualisés fixés annuellement pour chaque GHT de la région.

A l'exception de l'année 2021, le GHT Caux-Maritime a atteint les objectifs qui lui étaient assignés. La non-atteinte des objectifs en 2021 a été expliquée par deux facteurs : la priorité donnée à la gestion de la crise sanitaire, d'une part, le faible nombre de marchés conséquents à renouveler cette année-là de l'autre.

¹² A titre d'exemple, une décision visant à baisser la température d'un degré dans des locaux peut être valorisée en « gains achat » car participant d'une action de limitation de la hausse des dépenses d'énergie sans qu'elle se traduise pour autant par un « gain financier », le coût de l'énergie continuant de progresser sous l'effet de facteurs exogènes non maîtrisables par l'établissement.

Tableau n° 7 : Gains achat du GHT dans le cadre du projet PHARE

	2017	2018	2019	2020	2021
Objectif PHARE	Pas d'objectif fixé	568 655 €	688 000 €	657 000 €	556 000 €
Réalisation GHT	675 817 €	786 741 €	718 820 €	672 342 €	499 872 €

Source : CH de Dieppe – tableau CRC

B - L'organisation de la fonction « achat »

1 - La direction des achats du CH

Un projet de règlement intérieur fixant l'organisation et le fonctionnement de la fonction achat mutualisée a récemment été rédigé en 2021. Il n'a toutefois, pour l'heure, été ni présenté ni adopté par les instances du GHT.

La fonction « achat » mutualisée pour le compte du GHT relève des attributions de la direction des achats et des ressources matérielles du CH de Dieppe.

Le CH a fourni trois organigrammes de sa direction des achats et ressources matérielles, dont les découpages en fonctions et en postes de travail ne se recoupent pas.

En conséquence, il n'est pas possible d'identifier précisément l'organisation de cette fonction et de dénombrer le nombre d'agents qui y sont affectés.

Sous ces réserves, l'organisation en place identifie une cellule des marchés aux attributions principalement centrées sur la partie juridique de la passation du marché (choix de la procédure et passation du marché au moyen du logiciel MARCO, rédaction des CCAP, publicité de l'annonce, ouverture des plis, respect de la procédure avec les différentes notifications) mais qui assure également le suivi de l'exécution administrative (avenants, pénalités, reconduction...), l'assistance aux acheteurs du GHT, la veille réglementaire ainsi que le « sourcing » auprès d'entreprises.

La direction des achats s'appuie également sur des référents métier par segment d'activité relevant de la démarche d'achat mutualisée (pharmaceutique, laboratoire, travaux, restauration, RH...), responsable chacun des achats dans leur domaine de compétences.

2 - Les procédures

Les règles internes de la commande publique sont formalisées dans huit fiches qualité.

La fiche qualité cardinale intitulée « Qui fait quoi » ne comporte ni titre, ni mention du service émetteur, ni date. Elle n'est au surplus pas à jour, faisant référence à une commission des achats non mise en place comme indiqué *supra*.

Les sept autres fiches outils qualité (FOQ) sont anciennes (datant de 2015) et même lorsqu'elles ont fait l'objet d'une mise à jour, les seuils et les procédures n'ont pas pour autant été actualisés (à titre d'exemple, la réception des offres par voie dématérialisée, obligatoire en MAPA depuis 2018, n'est pas évoquée dans la fiche MAPA). Au total, trois des sept fiches qualité ne sont pas à jour.

De plus, elles se contredisent pour deux d'entre elles. Ainsi, la fiche intitulée « Achats inférieurs à 25 000 € » soumet le CH (et les autres établissements du GHT) à une

mise en concurrence auprès d'au moins trois fournisseurs sous la forme d'une demande de devis alors que les marchés en-dessous de 4 000 € en sont, aux termes de la fiche « *Les exceptions au principe de publicité et de mise en concurrence* », exemptés.

Enfin, ces fiches ne couvrent pas l'ensemble du périmètre des achats. A titre d'illustration, la fiche dénommée « Marchés formalisés » se cantonne à un renvoi aux prescriptions des fiches commande publique du ministère de l'économie et des finances et celle intitulée « MAPA » ne détermine pas les délais minima de publicité.

Le CH établissement-support du GHT doit étendre ses procédures à l'ensemble du périmètre de la fonction achat et les actualiser au gré des évolutions du code de la commande publique.

La chambre a cherché à s'assurer du respect des procédures ci-dessus sur huit marchés compris entre 4 000 € et 25 000 €, de façon à vérifier la pleine application des procédures internes requérant la présence des trois devis.

Au terme des investigations menées (Cf. annexe n° 4 : Commande publique), sur les huit marchés contrôlés, un ne relevait pas des procédures internes (contrat captif de maintenance dispensant l'établissement de toute mise en concurrence), et, sur les sept autres, un seul a respecté la procédure décrite dans la FOQ des marchés inférieurs à 25 000 €.

L'établissement a indiqué que ces achats étaient couverts par d'autres justifications réglementaires (urgence, droits exclusifs sur des matériels à maintenir). La chambre constate néanmoins que ni la direction des achats pendant l'instruction, ni la directrice générale dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, n'ont produit d'éléments probants justifiant le non-respect des procédures internes de passation des marchés.

Aucun dispositif de contrôle interne n'est donc en place pour s'assurer du respect des procédures établies par l'établissement.

3 - La publication des données essentielles

Depuis le 1^{er} octobre 2018, en application de l'article R. 2196-1 du code de la commande publique, le CH est tenu de publier les données essentielles concernant les marchés publics dont la valeur est supérieure ou égale à un certain seuil (25 000 € HT jusqu'au 31 décembre 2019 et 40 000 € HT depuis le 1^{er} janvier 2020).

Or, entre 2018 et 2022, seuls sept marchés ont été publiés par le CH Dieppe. Le CH a imputé le faible nombre de publications à une mauvaise appréciation du seuil minimal des marchés à publier et a indiqué qu'il rectifierait cette erreur pour l'avenir.

La chambre invite le CH à publier les données essentielles de tous les marchés dont la valeur est égale ou supérieure au montant prévu par la disposition réglementaire précitée.

4 - Le système d'information

a - L'absence de système d'information commun

Le GHT est dépourvu de système d'information commun aux différents établissements partenaires.

La gestion économique et financière (GEF) dans les établissements du GHT est assurée au moyen de quatre logiciels informatiques différents et non interopérables.

De ce fait, la computation par voie informatique des seuils d'achats par catégorie homogène au niveau du GHT est inopérante.

Pour tenter d'y porter remède, l'établissement-support n'a d'autre choix que de procéder à un recensement déclaratif des achats par catégorie homogène pour chaque établissement, puis de procéder à une computation manuelle des seuils laissée à la main des différents établissements à l'image du recensement annuel des gains dans le cadre du projet PHARE de l'ARS. Une telle façon de faire est archaïque et source d'erreurs.

Pour l'avenir, le GHT et son établissement-support sont engagés dans un projet dit « *Système d'information Achats Pour des Hopitaux aux achats Responsables* » (SEMAPHORE) visant à consolider et faire remonter les informations achats, notamment vers l'ARS et la DGOS et reposant, pour ce faire, sur la mise en place d'un système d'information achat commun à tous les établissements d'un même GHT.

Le GHT Caux-Maritime et son établissement-support ont été désignés pilotes pour la région par l'ARS (conjointement avec le CH de Caen).

La mise en place opérationnelle du SIH commun était prévue pour la fin du premier trimestre 2023.

L'implémentation de ce système d'information commun requiert l'application de la nouvelle version de 2018 de la nomenclature des catégories homogènes des fournitures et services NCFHS. Cette dernière introduit un changement des codes de catégories homogènes d'achats.

Depuis 2021, l'établissement-support s'est donc engagé dans une lourde démarche de mise en concordance de toutes les fiches « produits » avec les nouveaux codes de catégorie homogène qui devait être achevée au plus tard fin 2022. Ce travail était en voie d'achèvement sur le CH de Dieppe mais à peine engagé sur les autres établissements du GHT (certains d'entre eux n'appliquant toujours aucune nomenclature de catégorie homogène de fournitures et services).

La chambre invite l'établissement à mener à bien son projet de mise en place d'ici la fin du premier trimestre 2023 d'un système d'information commun à tous les établissements du GHT, dont la mise en place effective sera seule à même de s'assurer de la computation des seuils par famille d'achats et, partant, de la juste application des procédures de marchés.

b - Les défaillances du suivi informatique des achats hors marché

Les achats identifiés « hors marché », dans le système d'information comptable représentaient en 2021, pour le seul CH de Dieppe, 22,6 % du total de ses achats. La cellule des marchés s'emploie à les identifier afin que ses achats se fassent à l'avenir soit auprès de centrales d'achats soit dans le cadre de procédures adaptées ou formalisées.

Toutefois, dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, la directrice générale du centre hospitalier a indiqué que le libellé « hors marché » indiquait uniquement que ceux-ci ne se faisaient pas dans le cadre d'une adhésion à une centrale d'achats (UGAP, UNIHA, RESAH...) ou d'un accord cadre ou de marchés à bons de commande pluriannuels. Ainsi, selon l'ordonnateur, des marchés de travaux ponctuels faisant l'objet d'une consultation en procédure MAPA ou en appel d'offres seraient considérés, dans le système d'information comptable (CPAGE) de l'hôpital, comme relevant du « hors marché » donc passés en marge de la réglementation.

Par ailleurs, le recensement des achats hors marché au niveau du GHT se heurte à trois difficultés majeures : le défaut de traçabilité des achats inférieurs à 4 000 € ; l'absence de remontées automatiques des marchés passés par les établissements autres que l'établissement support ; l'attribution d'un numéro de « marché » pour des raisons comptables à chaque paiement échelonné dans le cadre d'achats hors procédure.

Seule la mise en place de la nouvelle nomenclature commune des catégories homogènes d'achats associée au projet SEMAPHORE pourra lever pour partie les difficultés de computation des achats « hors marché ».

La chambre constate qu'il subsiste à ce stade, à défaut de disposer d'une application informatique adaptée, un problème majeur d'identification et de recensement de ses achats passés en conformité avec les règles de la commande publique qui doit être résolu au plus vite.

En effet, si comme l'affirme la direction de l'établissement des marchés sont passés en procédure d'appel d'offres sans numéro de marché, cette pratique serait contraire à la réglementation, puisque ne permettant pas de les tracer et de donner un caractère exhaustif à la publication des données essentielles des marchés publics de l'hôpital.

c - Les carences du logiciel de gestion économique du CH de Dieppe

Le logiciel de GEF n'effectue aucun contrôle de cohérence entre le compte budgétaire proposé et la catégorie homogène du marché. Cette carence devrait être levée avec la mise en place de la nouvelle nomenclature visée ci-avant, laquelle associe automatiquement un compte budgétaire et un code de catégorie homogène.

Le logiciel n'est pas non plus paramétré pour verrouiller les commandes en fonction du montant (exemple d'une commande passée hors marché pour un montant supérieur à 40 000 € qui devrait logiquement relever d'une procédure adaptée).

En revanche, le logiciel bloque bien toute commande si celle-ci dépasse le montant d'engagement prévu sur le compte budgétaire.

Enfin, si le logiciel est bien configuré pour les accords-cadres de façon à bloquer toute commande dépassant le montant maximal autorisé par l'accord, la fonctionnalité en ce sens est le plus souvent inopérante. A titre d'illustration, pour les accords-cadres en matière de travaux avec marchés subséquents, le fait de devoir créer un nouveau numéro de marché, obligatoire puisqu'une nouvelle procédure de passation a eu lieu, fait obstacle à toute computation des seuils pour l'accord-cadre ; de même, en situation d'accords-cadres avec plusieurs attributaires, le logiciel ne permet pas d'entrer plusieurs fournisseurs, le montant total du marché est donc par fournisseur, entravant ainsi la bonne computation globale du seuil de marché.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur a confirmé le constat de la chambre tout en indiquant qu'en raison des défaillances ou des limites du logiciel précité les accords-cadres étaient tracés dans un tableau de suivi des dépenses tenu à part par la cellule des marchés publics. Un tel fonctionnement en « doublon » apparaît peu efficient. En conséquence, la chambre invite l'établissement à y mettre fin en se dotant d'un outil de gestion de ses marchés adapté à ses besoins.

Sur un autre point, en l'absence à ce jour de signature électronique possible (sauf pour certains marchés de la pharmacie), tous les marchés sont signés de manière manuscrite.

Chaque responsable de département dispose d'une délégation de signature pour signer les marchés de son secteur. Ces délégations comportent un maximum par marché et un maximum sur l'année.

Cependant, aucun contrôle manuel ou automatisé n'est mis en place pour s'assurer du respect des limites de montants, le logiciel entrant par défaut la signature du directeur général du CH. Le signataire effectif, par délégation, n'apparaît que sur les engagements de marchés sous forme papier.

La direction des achats n'est donc pas en mesure de s'assurer que la personne titulaire de la délégation de signature n'a pas outrepassé ses prérogatives en matière de signature des marchés.

En conclusion, l'établissement gagnerait à se rapprocher de son éditeur de logiciel GEF afin d'envisager des évolutions informatiques de nature à lever les insuffisances constatées de contrôle des montants ou seuils de marchés et à instaurer un contrôle du respect des délégations de signature.

C - L'examen ciblé de marchés relevant des procédures formalisées

La chambre a examiné plus spécifiquement quelques marchés aux enjeux financiers significatifs et représentatifs des trois types de marchés (travaux, fournitures et services). Deux d'entre eux appellent des observations.

1 - Le marché de réfection de salles de bain

Il s'agit d'un marché de travaux de l'année 2019, justifié par un besoin de rénovation de six salles de bains. Il avait pour ce faire reçu un devis de 27 248,88 € HT.

Aux termes de la réglementation applicable en 2019, les marchés au-dessus de 25 000 € relevaient de la procédure adaptée. Or aucune mise en concurrence n'est intervenue sur ce marché passé de gré à gré.

Si l'établissement a justifié cette absence de mise en concurrence par le fait que les entreprises étaient peu nombreuses pour répondre aux spécificités du marché¹³, il n'a pas cherché à obtenir d'autres devis, préférant travailler avec un artisan « *positivement connu de l'établissement* ».

Le coût final s'est monté à 32 210,36 € HT, soit + 4 961,48 € HT par rapport au devis initial de 27 248,88 € HT (+ 18 %).

Aucun contrôle ni interne ni au niveau du comptable n'est intervenu alors même que le montant à payer final a présenté un écart substantiel avec le devis initial.

L'établissement s'est défendu en expliquant qu'une réduction d'environ 2 520 € aurait été négociée au niveau du devis mais n'aurait pas été répercutée sur la facture mais cette explication apparaît peu probante, le montant de cette remise étant inférieur à l'écart entre le devis signé et la facture. En réalité, le surplus de 4 961,48 € HT correspond à la facturation d'une salle de bain supplémentaire.

L'établissement a fait savoir qu'il allait émettre un titre de recette à l'attention du prestataire eu égard à cette erreur.

¹³ Un prestataire en capacité de garantir l'étanchéité de la solution (liaison revêtement de sol/siphon et revêtement mural/sol) et pouvant intervenir dans un planning court.

Au total, ce marché de 32 210,36 € a été passé en méconnaissance des règles relatives à la passation des marchés en forme adaptée. Il montre les limites du contrôle interne au sein du CH, en particulier dans l'étape de rapprochement des factures et devis préalablement à la mise en paiement.

2 - Le marché de maîtrise d'œuvre de restructuration du bâtiment Pasteur A et B année 2019

Pour conduire les travaux de restructuration du bâtiment Pasteur A et B du CH de Dieppe, le CH a confié une prestation de maîtrise d'œuvre à un cabinet local, le 28 novembre 2019, pour un montant total de 4,50 % du coût de référence des travaux HT.

Le coût prévisionnel de la prestation était évalué à 43 125 € HT en novembre 2019 par le cocontractant, montant fixé dans un tableau de répartition des honoraires joint au contrat.

Au motif d'un caractère d'urgence à lancer des travaux, et donc à disposer d'un maître d'œuvre à même de l'accompagner, ce que le CH n'a pu que verbalement soutenir, ce marché a été conclu de gré à gré avec un cabinet d'architectes.

Dans la conclusion de ce marché, sans justification, le CH a contrevenu sciemment au principe fondamental de la commande publique de mise en concurrence.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE :

Il échoit au CH de Dieppe une responsabilité particulière d'établissement-support du GHT Caux-Maritime.

Il est, à ce titre, le garant de la définition de la stratégie de l'achat du groupement et de la définition de son plan d'action territorial, plan qui n'a toujours pas été adopté. Le comité de pilotage d'animation de la démarche n'a été créé que tardivement et mis en sommeil quelques mois après son installation. Les démarches d'animation collective de la fonction achat mutualisée doivent être sans délai relancées.

Les indicateurs de l'achat mutualisé - ne se rattachant au demeurant pas explicitement à des objectifs institutionnels et dont la pertinence peut par suite être discutée - ne sont pas suivis.

Dans l'organisation de la direction commune des achats, un organigramme unique demande à être adopté et les procédures actualisées et complétées dans les champs non couverts.

La computation des seuils des marchés est rendue impossible en l'absence d'interface entre les logiciels de gestion économique des établissements membres du GHT. Par voie de conséquence, l'établissement ne peut s'assurer du respect des procédures de marchés. Seule la mise en place d'un ambitieux système d'information hospitalier, dont l'aboutissement était projeté pour la fin du premier trimestre 2023, devrait lever ces freins.

Enfin, le CH doit s'assurer du strict respect des règles de mise en concurrence prévues par le code de la commande publique.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : DONNEES D'ACTIVITE

ANNEXE N° 2 : DONNEES FINANCIERES

ANNEXE N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

ANNEXE N° 4 : COMMANDE PUBLIQUE

ANNEXE N° 1 : DONNEES D'ACTIVITE

Tableau n° 1 : Evolutions de l'appareil capacitaire du CH

Discipline, unité ou service	Capacité lits et places installés					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (données au 1 ^{er} septembre)
	Hospitalisation complète					
Médecine (M) y compris néonatalogie	198	198	201	205	207	207
Chirurgie (C)	51	54	54	54	54	55
Obstétrique (O)	20	20	20	20	29	29
Total MCO	269	272	275	288	290	291
	Hospitalisation incomplète					
Ambulatoire médecine (hors dialyse)	24	24	24	24	30	30
Ambulatoire chirurgie	8	8	8	8	8	8
Total MCO (HDJ)	32	32	32	32	38	38
Hospitalisation à domicile (HAD)	0	0	0	0	0	0
Postes de dialyse	15	15	15	15	15	15
Hospitalisation complète	73	73	73	73	73	73
Hospitalisation incomplète	47	47	47	47	47	47
Psychiatrie	120	120	120	120	120	120
Soins de suite et de réadaptation	90	90	90	90	90	90
Unité de soins de longue durée	130	130	130	130	130	130
Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)	248	248	248	248	248	248
SSIAD	51	53	53	53	53	53
Total général lits et places au 31/12	955	960	963	976	984	985

Source : données CH de Dieppe – tableau CRC

ANNEXE N° 2 : DONNEES FINANCIERES

Tableau n° 1 : Total des produits de l'activité

En euros		2017	2018	2019	2020	2021
Hospitalisations	Produits de la tarification des séjours MCO	50 667 972	51 512 447	52 368 433	53 055 694	56 655 415
	Produits des médicaments facturés en sus des séjours MCO	2 691 117	3 081 489	4 057 367	5 067 072	6 962 496
	Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours MCO	883 239	950 323	1 089 173	916 800	699 734
Externes	Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique MCO	7 862 922	8 313 480	8 747 230	8 961 613	8 936 424
Total des produits liés à l'activité		62 115 250	63 857 739	66 262 312	68 001 179	73 254 069

Source : données CH de Dieppe – tableau CRC

Tableau n° 2 : Evolution des produits de la tarification des séjours

Recettes en euros	2017	2018	2019	2020 sous garantie de financement	2021 sous garantie de financement
Hospitalisation complète	42 516 000	42 263 000	43 193 000	41 371 000	44 506 000
Hospitalisation temps partiel	3 530 000	4 287 000	4 210 000	3 360 000	4 255 000
Séances	4 283 000	4 504 000	4 528 000	4 796 000	5 085 000
Total	50 329 000	51 054 000	51 931 000	49 527 000	53 846 000

Source : données CH de Dieppe – tableau CRC

Tableau n° 3 : Evolution des diverses dotations et forfaits versés par l'ARS

Montant en euros	2017	2018	2019	2020	2021
Forfait annuel urgences (et prélèvement d'organes depuis 2019)	2 127 145	2 221 046	2 364 558	2 731 185	5 596 700
Forfait prélèvement d'organes	55 710	55 710			
DAF	13 659 426	18 483 797	18 921 661	22 389 943	23 839 826
Activité SSR	5 472 043	799 517	849 054	891 847	1 007 018
MIGAC	5 747 511	4 962 578	4 843 835	13 012 345	13 418 061
FIR	5 182 742	5 531 887	5 925 076	5 597 064	5 578 657
Produits sur exercices antérieurs			359 327		444 079
Total dotations	32 244 577	32 054 535	33 263 511	44 948 759	49 884 341

Source : données CH de Dieppe – tableau CRC

Tableau n° 4 : Résultats USLD et EHPAD

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
USLD	261 000 €	- 10 000 €	- 4 000 €	- 140 000 €	92 000 €	815 000 €	508 000 €	585 000 €	103 000 €
Produits de l'activité	7 409 000 €	7 439 000 €	7 446 000 €	7 488 000 €	7 571 000 €	7 651 000 €	7 604 000 €	8 398 000 €	8 510 000 €
Dépenses personnel	4 623 000 €	4 929 000 €	4 889 000 €	5 079 000 €	4 989 000 €	4 483 000 €	4 730 000 €	5 254 000 €	5 562 000 €
Amortissement	155 000 €	144 000 €	213 000 €	278 000 €	268 000 €	199 000 €	199 000 €	151 000 €	110 000 €
EHPAD	171 000 €	238 000 €	80 000 €	113 000 €	656 000 €	- 506 000 €	- 298 000 €	- 195 000 €	- 953 000 €
Produits de l'activité	10 982 000 €	10 677 000 €	10 765 000 €	9 864 000 €	10 161 000 €	10 221 000 €	10 523 000 €	11 389 000 €	11 926 000 €
Dépenses personnel	5 470 000 €	5 692 000 €	6 005 000 €	6 134 000 €	6 100 000 €	6 463 000 €	6 517 000 €	7 318 000 €	8 064 000 €
Amortissement	282 000 €	282 000 €	342 000 €	381 000 €	505 000 €	1 268 000 €	1 252 000 €	1 201 000 €	1 176 000 €

Source : comptes financiers – tableau CRC

Tableau n° 5 : Les investissements du CH et leur financement

En euros	2017	2018	2019	2020	2021	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	7 346 596	5 850 434	3 591 631	4 844 078	206 479	21 839 218
Dont CAF budget H	5 759 520	4 249 163	1 887 430	3 502 384	200 045	15 598 542
Dont CAF budgets B, E, J	1 490 528	1 467 278	1 266 312	1 027 871	-204 342	5 047 646
Dont CAF budget C	37 127	96 999	348 749	43 648	33 486	560 009
Dont CAF budgets L, M, N, P	58 326	35 896	88 052	269 493	176 408	628 175
Dont CAF budget A	1 095	1 098	1 089	683	882	4 846
- Annuité en capital de la dette	4 120 194	3 742 690	3 776 991	4 090 827	4 129 070	19 859 772
= Capacité d'autofinancement nette (a)	3 226 402	2 107 743	-185 360	753 251	-3 922 591	1 979 446
en % du produit total	2,46 %	1,59 %	-0,14 %	0,51 %	-2,44 %	1,98 %
+ Apports en capital	-1 714	0	0	0	809 645	807 932
+ Subventions d'équipement reçues	4 592 654	1 067 764	206 441	1 552 112	1 409 320	8 828 290
+ Produits de cession	807	500	68 500	0	6 071	75 878
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	4 591 747	1 068 264	274 941	1 552 112	2 225 036	9 712 100
= Financement propre disponible (a+b)	7 818 149	3 176 007	89 581	2 305 363	-1 697 555	11 691 546
Fi dispo / Dépenses d'équipement (y c. tvx en régie)	1	1	0	0	0	2
- Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)	11 038 181	3 026 458	4 730 162	5 061 818	5 244 584	29 101 204
Dont immobilisations incorporelles	354 933	367 418	512 037	832 312	747 337	2 814 037
Dont terrains, constructions et agencements	132 351	911 787	1 699 486	1 211 654	2 155 433	6 110 711
Dont autres immobilisations corporelles	1 535 134	1 739 397	2 180 048	1 640 679	1 243 435	8 338 694
Dont immobilisations en cours	9 015 763	7 856	338 591	1 377 172	1 098 379	11 837 761
- Prises de participations nettes	0	17	0	0	12 490	12 507
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	-3 835	-700	1 825	0	721	-1 989
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	-3 216 197	150 232	-4 642 405	-2 756 455	-6 955 350	-17 420 175
- Var. du besoin en fonds de roulement global (hors fonds en dépôt)	0	-817 730	-897 960	1 974 399	-35 400	3 606 275
= Besoin (ou disponible) après financement des inv. et du cycle d'exploitation, dit BAFIC (ou DAFIC)	-3 216 197	967 962	-3 744 446	-4 730 854	-6 919 950	-17 643 485
+ Nouveaux emprunts de l'année	2 000 000	0	7 000 000	0	4 000 000	13 000 000
Dont autres obligations et dettes financières	2 000 000	0	7 000 000	0	4 000 000	13 000 000
= Variation de la trésorerie nette	-1 216 197	967 962	3 255 554	-4 730 854	-2 919 950	-4 643 485

Source : retraitement CRC des comptes de gestion- tableau CRC

Tableau n° 6 : Tableau de financement du PGFP 2022-2026

	Passé 2020	Passé 2021	Présent 2022	Avenir 2023	Avenir 2024	Avenir 2025	Avenir 2026
Résultat prévisionnel CRP Principal	-4 486 332 €	-7 505 116 €	-5 631 084 €	-2 394 882 €	-1 027 967 €	-2 249 308 €	-1 926 872 €
Résultat prévisionnel CRP en % des produits	-3,33 %	-5,09 %	-3,75 %	-1,57 %	-0,67 %	-1,46 %	-1,25 %
Résultat comptable toutes activités confondues	-3 882 291 €	-8 163 460 €	-5 631 084 €	-2 394 882 €	-1 027 967 €	-2 249 308 €	-1 926 872 €
Marge brute prévisionnelle	5 984 659 €	609 713 €	2 483 736 €	4 470 689 €	5 203 094 €	5 132 518 €	5 050 727 €
Taux prévisionnel de marge brute	3,89 %	0,37 %	1,45 %	2,58 %	2,99 %	2,94 %	2,88 %
Capacité d'autofinancement prévue	4 770 789 €	-625 563 €	1 300 327 €	3 381 187 €	4 182 806 €	4 157 635 €	4 118 012 €
CAF nette (valeur)	679 962 €	-3 901 341 €	-2 081 686 €	-19 508 €	775 524 €	789 933 €	1 121 467 €
Taux de renouvellement des immo. (en %)	2,40 %	2,44 %	2,22 %	2,95 %	4,13 %	4,75 %	1,81 %
Durée apparente de la dette (en années)	7,87	164,22	19,49	8,93	6,66	6,41	6,49
Indépendance financière (en %)	48,69 %	53,46 %	62,05 %	58,26 %	52,45 %	51,12 %	54,79 %
Encours de la dette sur le total des produits toutes activités confondues	23,48	21,59	23,85	21,15	18,62	17,81	17,77
Fonds de roulement d'investissement	14 427 385 €	20 126 868 €	28 233 033 €	30 995 341 €	30 421 297 €	29 411 004 €	32 475 717 €
Fonds de roulement d'exploitation	-6 015 884 €	-14 649 467 €	-20 605 876 €	-24 100 075 €	-25 527 366 €	-28 376 000 €	-30 902 197 €
Fonds de roulement net global	8 411 501 €	5 477 401 €	7 627 157 €	6 895 266 €	4 893 931 €	1 035 004 €	1 573 520 €
Besoin en fonds de roulement	11 808 644 €	11 729 387 €	11 747 708 €	10 266 103 €	10 272 565 €	10 278 998 €	10 285 400 €
Trésorerie nette au 31/12	-3 397 143 €	-6 251 985 €	-4 120 551 €	-3 370 836 €	-5 378 635 €	-9 243 994 €	-8 711 880 €

Source : données CH de Dieppe – tableau CRC

Tableau n° 7 : Agrégats financiers

	2017	2018	2019	2020	2021	
FRNG	8 732 000	8 882 000	11 241 000	8 412 000	5 477 000	
FRNG en nombre de jours de charges courantes	25,3	25,4	30,9	20,6	12,01	
BFR	11 905 000	10 986 000	10 000 000	11 809 000	11 709 000	
Trésorerie	-3 173 000	-2 103 000	1 241 000	-3 397 000	-6 252 000	
Situation de l'actif	Taux de vétusté des constructions	46,6 %	59,2 %	62,6 %	65,9 %	69,0 %
	Taux de renouvellement des immobilisations	5,4 %	1,5 %	2,3 %	2,4 %	2,4 %
	Taux de vétusté des équipements	80,1 %	81,8 %	82,4 %	83,5 %	86,5 %

Source : rapport du trésorier année 2021- tableau CRC

ANNEXE N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Tableau n° 1 : ETP Non-médicaux

ETPR	2017	2018	2019	2020	2021
Administratif	164,67	164,86	171,88	172,50	195,31
Médico-technique	64,66	65,52	68,33	69,45	71,91
Socio-éducatif	24,13	26,14	29,38	30,48	32,15
Soignant	1225,67	1231,73	1266,16	1335,42	1401,19
Technique	122,08	115,57	118,76	125,23	134,65
Total général	1601,21	1603,82	1654,51	1733,08	1835,21

Source : données CH de Dieppe -tableau CRC

Tableau n° 2 : Effectifs médicaux

	2017	2018	2019	2020	2021
Praticien hospitalier	90,78	88,94	91,43	90,86	94,71
Praticien hospitalier temps partiel	1,74	1,7	2,67	4,12	3,82
Praticien attaché associé CDI	1	1	1	1	1
Praticien attaché CDI	0,56	0,87	1,45	1,45	1,35
Praticien attaché	1	0,58			0,08
Praticien attaché associé	0,42				1,74
Praticien contractuel	10,42	11,81	12,62	17,78	19,18
Med/Phar. contractuel temps partiel	2,02	2,54	3,91	3,89	3,73
Assistant des hôpitaux	10,6	14,09	13,49	17,06	18,08
Contrat art. L6152-1 3°CSP	1,21	2,13	1,56	2,65	4,3
Praticien attaché CDD	2,41	1,71	2,12	2,67	1,72
Praticien attaché associé CDD	1,42	2,05	2,41	4,63	4,74
Internes	64,39	60,49	62,71	72,9	78,07
Docteur junior				0,16	3,14
Praticien contractuel hors statut	5,07	8,15	7,19	5,28	7,56
Total budget H	193,02	196,05	202,57	224,46	243,21

Source : données CH de Dieppe tableau CRC

Tableau n° 3 : Coût de l'intérim médical

Année	Numéro de compte	Dépenses brutes 6423412	Charges 63112-63332-64521-64523	Frais* 625101	Commissions** 64882	Total
2017	6423412	697 960 €	1 204 819 €	34 053 €	77 290 €	2 014 122 €
2018	6423412	1 115 356 €	1 925 327 €	49 275 €	123 466 €	3 213 424 €
2019	6423412	999 583 €	1 725 479 €	31 355 €	114 425 €	2 870 842 €
2020	6423412	839 884 €	1 449 808 €	39 306 €	108 923 €	2 437 921 €
2021	6423412	729 899 €	1 259 952 €	48 270 €	97 616 €	2 135 737 €
Total		4 382 682 €	7 565 385 €	202 259 €	521 720 €	12 672 046 €

Source : données CH de Dieppe – tableau CRC

NOTA : * La colonne frais correspond aux frais de déplacements prévus dans le cadre de la mission de chaque intérimaire versés sur la paie des intéressés après validation par la trésorerie, généralement à M+2 de la mission.

** La colonne commissions correspond au versement des commissions aux agence d'intérim pour la mise à disposition d'un intérimaire. Elles sont versées par le biais des liquidations hors paie.

ANNEXE N° 4 : COMMANDE PUBLIQUE

Tableau n° 1 : Contrôle ciblé de marchés compris entre 4 000 € et 25 000 € TTC

Type de marché/Objet	Nom de l'entreprise	Année	Montant du marché HT	Procédure	Commentaires
Service : prestation juridique	Cabinet Lheritier Avocats	2021	3 500 €	Une convention signée	Pas de mise en concurrence, motif invoqué par l'établissement : urgence au vu de l'ouverture d'un précontentieux
Fourniture : porte	Geze	2018	6 671,81 €	Deux devis	Seulement deux devis de demandés car marché urgent, ce n'est pas le mieux-disant qui a été choisi mais celui qui proposait le délai de réalisation le plus rapide
Service : maintenance informatique	Pyramid Informatique	2019	5 664 €	Contrat de maintenance	Pas de mise en concurrence, marché captif après l'achat du logiciel. Contrat au nom de FSI, et avenant de transfert suite à cession du fonds de commerce
Fournitures	Bio-Rad	2019	5 002 €	Facture pour achat ponctuel	Pas de mise en concurrence (achat pour contrôle de qualité interne)
Fournitures	Johnson et Johnson Medical SAS	2019	4 352,82 €	Commande directe	Pas de mise en concurrence, commande de la PUI de dispositifs médicaux effectuée à la suite d'une rupture de stock du fournisseur titulaire du marché AO (à l'époque MEDTRONIC)
Fournitures	Vertex Pharmaceuticals	2019	12 994 €	Commande directe	Commande de la PUI, pas de mise en concurrence, le CH Dieppe a rejoint un marché UniHA en juillet 2019 pour cette molécule (Orkambi)
Fournitures	CGE Distribution	2019	4 684,75 €	Trois devis	L'établissement a choisi le devis le moins cher.
Fournitures : équipement salle d'esthétique	SA Co Jamet	2019	5 696,96 €	Un seul devis	L'établissement a consulté un prestataire qui était en mesure de faire un projet complet. Il n'y a pas eu de mise en concurrence préalable.

Source : données CH - tableau CRC