

Chambre régionale des comptes
de Franche-Comté

La Présidente,

Besançon, le 26 JAN. 2010

Recommandé avec AR

N/REF. : n° G 60 -

Monsieur le directeur,

Par lettre du 14 décembre 2009, j'ai porté à votre connaissance le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier de Lons-le-Saunier pour les exercices 2003 et suivants. Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui le concerne, à votre prédécesseur.

Aux termes des articles L. 243-5 et R. 241-17 du code des juridictions financières, vous disposiez d'un délai d'un mois à compter de sa réception pour adresser au greffe de la chambre une réponse écrite à ces observations définitives.

A l'issue de ce délai d'un mois, aucune réponse de votre part n'est parvenue au greffe. Je vous notifie donc le rapport d'observations définitives retenu par la chambre.

En application des dispositions de l'article R. 241-17 cité ci-dessus, il vous appartient de transmettre ce rapport et la réponse jointe, à l'assemblée délibérante. Conformément à la loi, l'ensemble doit :

1. faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la plus proche réunion de l'assemblée ;
2. être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres ;
3. donner lieu à débat.

Vous voudrez bien informer le greffe de la chambre de la date à laquelle le rapport d'observations et la réponse jointe auront été portés à la connaissance de l'assemblée délibérante.

Monsieur Denis VALZER
Directeur du centre hospitalier de Lons-le-Saunier
55, rue du Docteur Michel
BP 364
39016 LONS-LE-SAUNIER

Après cette date, en application des dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, le document final sera considéré comme un document administratif communicable à toute personne en faisant la demande, dans les conditions fixées par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du même code, le rapport d'observations définitives et les réponses jointes sont transmis au préfet et au trésorier-payeur général du Jura.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, l'expression de ma considération distinguée.



Marie-Cristine DOKHÉLAR

Marie-Cristine DOKHÉLAR



Chambre régionale des comptes
de Franche-Comté

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES FORMULÉES PAR
LA CHAMBRE RÉGIONALE DES COMPTES DE FRANCHE-COMTÉ
SUR LA GESTION
DU CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL DE LONS-LE-SAUNIER**

Exercices 2003 et suivants

Délibéré le 9 décembre 2009

SOMMAIRE

Rappel de la procédure	4
Synthèse générale	5
1 Le positionnement de l'établissement et son pilotage externe	6
1.1 L'insertion de l'hôpital dans son environnement	6
1.1.1 Le territoire de santé	6
1.1.2 Les préconisations du SROS	7
1.1.3 Les actions de coopération	8
1.2 Le pilotage externe de l'établissement par l'ARH	8
1.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	8
1.2.2 Le contrat de retour à l'équilibre financier	9
2 Le diagnostic comptable et financier	11
2.1 La sincérité des prévisions budgétaires	11
2.2 La sincérité des comptes	12
2.2.1 Les reports de charges et de produits de 2004 à 2008	12
2.2.2 Les provisions réglementées	13
2.2.3 Les provisions pour risques et charges	16
2.2.4 Les aides exceptionnelles des autorités de tutelle	18
2.2.5 La situation budgétaire réelle de l'hôpital	18
2.3 L'analyse financière rétrospective	20
2.3.1 La section de fonctionnement	20
2.3.2 La section d'investissement	24
2.3.3 Le financement de l'investissement	28
2.3.4 Le bilan fonctionnel et ses indicateurs financiers	30
2.3.5 L'endettement	32
2.4 L'analyse financière prospective	33
2.4.1 Les premiers résultats du contrat de retour à l'équilibre financier	33
2.4.2 Les tendances de l'EPRD de l'année 2009	36
2.4.3 L'impact du coefficient de transition	37
2.4.4 L'analyse prospective de l'investissement	39
2.5 Synthèse sur le diagnostic financier et comptable	40
3 Le diagnostic médico-économique	41
3.1 Le pilotage médico-économique de l'établissement	41
3.1.1 Le recensement des outils de pilotage disponibles	41

3.1.2	La qualité du dialogue de gestion	42
3.1.3	L'organisation des pôles	43
3.2	L'activité de l'établissement	47
3.2.1	Les principales données d'activité	47
3.2.2	L'examen de l'activité au regard du PMSI	48
3.2.3	L'optimisation de la durée moyenne de séjour	50
3.2.4	La gestion des flux de patients à l'entrée et à la sortie	52
3.2.5	L'adéquation de la prise en charge en ambulatoire	53
3.2.6	Les seuils critique d'activité	55
3.2.7	La productivité des services médico-économiques, logistiques et administratifs	56
3.3	La valorisation et la facturation de l'activité	59
3.3.1	Les produits versés par l'assurance maladie	59
3.3.2	Le financement des activités d'intérêt général	60
3.3.3	La chaîne de facturation et de recouvrement	61
3.4	La maîtrise des effectifs et le pilotage de la gestion des ressources humaines	63
3.4.1	La maîtrise des charges et des effectifs	63
3.4.2	Le pilotage de la gestion des ressources humaines	67
Annexe n° 1	Liste des personnes rencontrées ou sollicitées	70
Annexe n° 2	Contrat de retour à l'équilibre financier 2008-2012	71
	Mesures détaillées	71
Annexe n° 3	Missions d'intérêt général 2008	72
Annexe n° 4	Liste des sigles utilisés	73

Rappel de la procédure

Par lettre du 7 avril 2009, le président de la chambre régionale des comptes de Franche-Comté a, conformément aux dispositions de l'article R. 211-2 du code des juridictions financières, informé M. Denis Valzer, directeur général du centre hospitalier de Lons-le-Saunier, de l'engagement de la procédure d'examen de la gestion pour la période démarrant à compter de l'exercice 2003.

Le président de la chambre régionale des comptes a également informé, le même jour, M. Yves Mamie, ancien directeur en fonctions au cours de la période examinée, de l'engagement de la procédure d'examen de la gestion de l'établissement.

L'entretien préalable prévu à l'article L. 241-8 du code des juridictions financières a eu lieu le 3 juillet 2009 avec M. Valzer, directeur général en fonctions depuis septembre 2004, et le 8 juillet 2009, par téléphone, avec M. Mamie, directeur du centre hospitalier de Lons-le-Saunier de décembre 2001 à septembre 2004.

La chambre a communiqué le rapport d'observations provisoires à l'ordonnateur actuellement en fonctions (M. Denis Valzer), qui en a accusé réception le 15 septembre 2009, et à son prédécesseur, qui en a accusé réception à la même date. Un extrait du rapport a également été communiqué au président du syndicat mixte de gestion de la cuisine centrale de Lons-le-Saunier. Enfin, en application des dispositions de l'article R. 241-24 du code des juridictions financières, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Franche-Comté a été destinataire du rapport d'observations provisoires, le 14 septembre 2009.

Par courrier daté du 13 novembre 2009, enregistré au greffe le 16 novembre 2009, le directeur de l'établissement a répondu au rapport d'observations provisoires de la chambre. Le précédent directeur de l'établissement, le président du syndicat mixte de gestion de la cuisine centrale de Lons-le-Saunier et le directeur de l'ARH n'ont pas produit de réponses.

L'instruction a principalement été conduite dans le cadre d'une enquête commune associant la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes sur le thème de la situation financière des hôpitaux publics.

Les observations consignées dans le présent rapport résultent de constats établis à la suite de visites et entretiens sur place ayant donné lieu à consultation et communication de documents.

Synthèse générale

Le centre hospitalier de Lons-le-Saunier est aujourd'hui l'établissement de santé de référence au cœur d'un territoire à faible démographie et confronté au vieillissement important de sa population. Ce statut le conduit à proposer une offre de soins diversifiée en courts séjours mais fortement concurrencée, notamment en chirurgie, par des établissements publics et privés de son territoire comme par ceux des territoires et régions limitrophes. Il en résulte que l'évolution modérée de son activité est insuffisante pour lui permettre d'assurer l'équilibre financier de ses comptes dans le contexte actuel de tarification à l'activité à 100 % des actes de soins réalisés.

Sa situation financière dégradée (déficit comptable de 4,4 M€ en 2007 et de 2,4 M€ en 2008) s'explique en partie par l'insuffisance d'activité mais aussi par la réalisation d'un important programme d'investissements (près de 32 M€) inscrit au contrat d'objectifs et de moyens conclu en 2003 avec l'agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté et dont le plan de financement n'a pas été respecté. En effet, les subventions prévues n'ont pas toutes été obtenues, ce qui a eu pour conséquence une baisse cumulée du fonds de roulement de près de 3,3 M€ entre 2004 et 2008 et une augmentation sans précédent de l'endettement. L'encours de la dette, hors crédits à long terme renouvelables (CLTR), est ainsi passé de 5,6 M€ en 2006 à 19,7 M€ en 2008. À partir de 2009, le poids des amortissements et du remboursement de cette dette va être de plus en plus important pour l'hôpital, qui ne pourra plus alors envisager d'engager de nouveaux investissements en dehors des renouvellements nécessaires à l'activité des services.

Face à ces difficultés, l'agence régionale de l'hospitalisation a engagé l'hôpital dans un contrat de retour à l'équilibre financier sur cinq ans (2008-2012). Les premiers résultats, observés pour l'exercice 2008, font apparaître que les objectifs n'ont été atteints que grâce à l'apport d'une dotation exceptionnelle de l'assurance maladie. Le déficit comptable a ainsi été ramené à 2,4 M€ en 2008 contre 4,4 M€ en 2007. L'augmentation des recettes qui devait résulter de la hausse de l'activité et d'une meilleure gestion des ressources humaines n'est pas intervenue en 2008. Toutefois, en partie grâce au transfert de l'activité de chirurgie de Champagnole à Lons-le-Saunier, fin octobre 2009, l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique, exprimée en nombre de séjours, avait progressé de 5,5 % par rapport à 2008.

L'organisation médico-économique de l'établissement doit être améliorée dans la chaîne de facturation et les fonctions logistiques, ainsi que par un renforcement des moyens dédiés au contrôle de gestion, qui sont aujourd'hui notoirement insuffisants. L'évolution du système de financement des établissements de santé doit par ailleurs conduire l'hôpital à adapter son offre de soins, en développant la chirurgie ambulatoire, et à revoir la gestion de ses flux d'entrée et de sortie des patients (développement des consultations préalables à l'hospitalisation en chirurgie, amélioration des flux de sortie en partenariat avec les structures d'accueil des personnes âgées), afin d'optimiser la durée moyenne de séjour de l'établissement.

L'amélioration de la gestion des ressources humaines peut permettre à l'établissement de réaliser les économies sur la masse salariale prévues dans le contrat de retour à l'équilibre financier.

1 Le positionnement de l'établissement et son pilotage externe

1.1 L'insertion de l'hôpital dans son environnement

1.1.1 Le territoire de santé

Le centre hospitalier général de Lons-le-Saunier appartient au territoire de santé de Lons-le-Saunier, Champagnole, Saint-Claude qui a été défini par un arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Franche-Comté du 4 octobre 2004. Ce territoire regroupe 380 communes et couvrent une superficie de 3 503 km².

1.1.1.1 L'environnement démographique et économique

Le centre hospitalier de Lons-le-Saunier dessert un bassin de population de plus de 171 000 habitants, selon le recensement 2006, dans le contexte démographique caractérisé par un vieillissement de la population (19 % de la population a plus de 65 ans). Le poids démographique du territoire de santé dans la population régionale (1 187 665 habitants selon le recensement 2006) est de 14,7 %.

Ce territoire se distingue par son caractère rural et montagneux : la densité de population est faible (49 habitants au km² en 2006 contre 71 pour la Franche-Comté) et les petites communes de l'espace rural sont très nombreuses.

Le tissu économique du territoire de santé se caractérise par l'importance de l'industrie (plus de 30 % des emplois, contre 28 % en Franche-Comté, région la plus industrielle de France, et 20 % en France) et une agriculture encore relativement importante (5 % des emplois) avec les industries agroalimentaires afférentes (3,5 % des emplois). L'appareil productif se distingue par la présence d'industries traditionnelles du Haut-Jura : la fabrication de jouets en bois et en plastique, la lunetterie et la plasturgie. Ce tissu productif très industriel se traduit par un nombre important d'ouvriers (20 % de la population contre 14 % au niveau national) et relativement peu de cadres (4,8 % contre 8,3 % au niveau national). Le niveau de chômage, bien qu'en constante augmentation depuis 2007, reste en deçà des taux régional et national au 1^{er} trimestre 2009 (7,9 %, contre 9 % pour la Franche-Comté et 8,7 % au niveau national). Par ailleurs, l'hôpital de Lons-le-Saunier est le premier employeur du territoire.

1.1.1.2 L'attractivité de l'établissement

En 2007, sur sa zone d'attractivité, les parts de marché du centre hospitalier de Lons-le-Saunier sur les activités de courts séjours (médecine, chirurgie et obstétrique) diminuent de 1,8 point par rapport à 2006. Cette diminution se confirme dans le secteur de l'obstétrique (-1 point). En revanche, l'attractivité de la chirurgie (+0,4 point) et celle de la médecine (+0,3 point) sont stables.

Parts de marché du centre hospitalier de Lons-le-Saunier selon les activités cliniques

		2005	2006	2007
Médecine	Taux de fuite	45,00%	45,10%	44,80%
	Part de marché	55,00%	54,90%	55,20%
Chirurgie	Taux de fuite	68,80%	68,90%	68,50%
	Part de marché	31,20%	31,10%	31,50%
Obstétrique	Taux de fuite	28,60%	24,90%	25,90%
	Part de marché	71,40%	75,10%	74,10%
Total activité MCO	Taux de fuite	34,50%	34,70%	36,30%
	Part de marché	65,50%	65,30%	63,70%

Source : ATIH PMSI - attractivité

1.1.1.3 L'environnement sanitaire de l'établissement

L'offre sanitaire environnante au centre hospitalier de Lons-le-Saunier, au sein du territoire de santé, comprend plusieurs établissements publics et privés distants parfois de plusieurs dizaines de kilomètres :

- la clinique du Jura, établissement privé à but lucratif, situé à un kilomètre, propose une offre en médecine et en chirurgie, pour laquelle l'activité ambulatoire est très développée.
- le centre hospitalier de Champagnole distant de 36 km propose une offre de chirurgie ambulatoire, un service d'accueil des urgences, un SMUR, et une offre de médecine polyvalente.
- le centre hospitalier de Morez, situé à 58 km, dispose d'une antenne du SMUR, de consultations non programmées en matière d'accueil des urgences, et d'une offre de médecine en médecine interne ;
- le centre hospitalier de Saint-Claude situé également à 58 km, comprend une maternité de niveau 1, un bloc opératoire, un service d'accueil des urgences, un SMUR et une offre de médecine en cardiologie, ophtalmologie, ORL, rhumatologie, pédiatrie.

1.1.2 Les préconisations du SROS

L'hôpital a été confirmé par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération comme hôpital de référence pour son territoire de santé. La ville de Lons-le-Saunier (18 763 habitants) est le chef-lieu du département. Les préconisations du SROS concernant l'établissement portent principalement sur la construction d'un nouvel hôpital de santé du sud-Jura, le maintien d'une maternité de niveau 2B, la création d'une unité de soins intensifs neuro-vasculaires et d'une unité de surveillance continue, l'implantation de deux équipes SMUR (une équipe principale et une équipe secondaire) et en matière d'imagerie médicale, l'installation d'une gamma-caméra et la création d'un plateau étendu et de proximité.

1.1.3 Les actions de coopération

Le centre hospitalier de Lons-le-Saunier participe à de nombreuses actions de coopération dans les domaines des soins et de la logistique et au travers de structures juridiques différentes.

En matière de soins, l'hôpital de Lons-le-Saunier adhère aux deux groupements de coopération sanitaire (GCS) : « Institut fédératif de cancérologie de Franche-Comté » et « Réseau régional des urgences de Franche-Comté ». Il est membre du groupement d'intérêt public (GIP) REQUA - réseau qualité des établissements de santé. Il adhère au réseau régional de santé Hémophilie, au réseau régional r@pid-fr pour la prise en charge des troubles de mémoire et des patients atteints de démence.

En matière médico-technique et logistique, le centre hospitalier de Lons-le-Saunier est membre du groupement de coopération sanitaire (GCS) « EMOSIST Franche-Comté » pour la modernisation des systèmes d'information de santé et du développement de la télémédecine, du groupement d'intérêt économique (GIE) Imagerie nucléaire du Jura pour l'implantation et la gestion d'un appareil de scintigraphie, du groupement d'intérêt public (GIP) pour l'élimination des déchets des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du Jura, du syndicat inter-hospitalier (SIH) du Jura chargé de la gestion de la blanchisserie centrale située à Dole, du syndicat mixte pour la production de repas et la gestion de la cuisine centrale de Lons-le-Saunier. Par ailleurs, l'hôpital exploite son imagerie par résonance magnétique (IRM) dans le cadre d'un GIE.

1.2 Le pilotage externe de l'établissement par l'ARH

1.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Introduit en droit hospitalier par l'ordonnance n° 96-346, modifié par le décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est un contrat conclu entre l'agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de santé, public ou privé, pour une durée comprise entre trois et cinq ans. Ce contrat détermine notamment les objectifs pluriannuels de l'établissement sur l'ensemble de la prestation de soins rendue et précise les modalités d'évaluation de l'atteinte de ces objectifs quantifiés (OQOS ou objectifs quantifiés de l'offre de soins).

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) élaboré par le centre hospitalier de Lons-le-Saunier et l'agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté a été conclu le 6 février 2007, pour la période 2007-2012, après avoir été validé par le conseil d'administration le 14 décembre 2006.

Le CPOM retient la mise en œuvre de plusieurs actions stratégiques :

- le développement des soins palliatifs et de la lutte contre la douleur (ouverture de deux lits dédiés aux soins palliatifs, mise en place d'une équipe mobile, d'une unité anti douleur) ;
- le développement des soins intensifs (implantation de soins intensifs neuro-vasculaires et une implantation de surveillance continue) ;

- le développement de la coopération sanitaire avec les autres établissements publics et privés du territoire de santé (notamment la restructuration de la chirurgie avec le centre hospitalier de Champagnole) ;
- l'amélioration et la sécurisation du circuit du médicament avec le contrat du bon usage des médicaments signé en décembre 2005 et annexé au CPOM.

Le CPOM arrête également la liste des missions d'intérêt général. Son avenant n° 3, précise les objectifs, les moyens financiers et les indicateurs d'évaluation pour chacune des missions. Le CPOM fixe enfin des objectifs quantifiés annuels de l'offre de soins en activité de courts séjours (médecine et chirurgie), en soins de suite et en équipement médical lourd (implantation d'un scanner). Les objectifs annuels sont les suivants :

	Nombre de séjours ou de journées minimum	Nombre de séjours ou de journées maximum
médecine	11 359	12 028
chirurgie	4 003	4 174
soins de suite	11 680	14 600

Pour le suivi et l'évaluation de ces objectifs, le contrat pluriannuel prévoit une révision dans un délai de deux ans et sur la base d'une évaluation. Le contrat renvoie à des critères nationaux qui n'étaient pas encore élaborés lors de sa signature. La chambre observe que l'hôpital n'a pas défini d'indicateur de performance médico-économique afin de permettre cette évaluation, ni dans le contrat initial, ni dans ses trois avenants.

Un comité de suivi composé des représentants de l'agence régionale de l'hospitalisation et des membres de la direction et du corps médical de l'établissement a été mis en place, pour étudier la réalisation des actions prévues au contrat. Ce comité se réunit une fois par an.

La chambre constate que, si les objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen s'inscrivent bien dans le cadre des objectifs fixés pour le territoire de santé par le SROS 2006-2011, aucun indicateur d'évaluation et ou de performance médico-économique n'a été défini afin d'en évaluer la réalisation.

1.2.2 Le contrat de retour à l'équilibre financier

Dès que les premières évaluations sur les résultats budgétaires de l'année 2007 ont été connues, l'ARH a invité l'hôpital de Lons-le-Saunier à s'engager dans une procédure de retour à l'équilibre financier. Un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a été approuvé par le conseil d'administration de l'établissement, le 28 avril 2008, avant l'approbation définitive le 30 mai 2008, du compte financier pour 2007.

Le diagnostic de la situation établi à cette occasion a mis en évidence que les pôles d'activités médicales historiquement bénéficiaires n'ont pu dégager d'excédents suffisants pour compenser les pertes des activités traditionnellement déficitaires comme la réanimation, les urgences et les activités périnatales. Aux termes du contrat de retour à l'équilibre, cette situation est « *classique [pour] des hôpitaux de référence d'un territoire qui s'avère soit trop petit pour justifier d'activités coûteuses au regard de la situation démographique, soit mal*

organisé (les hôpitaux du territoire sont en concurrence plus qu'en complémentarité, les filières internes sont négligées au profit de fuites extra territoriales)... »

Dans le même temps, le diagnostic présente une vision pertinente des causes structurelles des coûts de l'établissement tout en constatant que les pôles déficitaires se caractérisent par un niveau de charges fixes incompressibles du fait de la réglementation (conditions techniques de fonctionnement fixées par le code de la santé publique pour la réanimation, les urgences et la périnatalité).

Les mesures préconisées (cf. annexe n° 2) portent donc classiquement sur la réduction des charges avec une incidence sur l'organisation du temps de travail, les pratiques de remplacement, le non-remplacement systématique des agents partant en retraite, ainsi que la réduction de la durée moyenne de séjour en vue d'une convergence vers des durées de séjour cible, etc.

Pour le volet recettes, en sus des améliorations du codage qui restent limitées dans leur effet, l'accent est porté sur l'optimisation de la gestion des plateaux techniques, l'intégration de l'activité chirurgicale de l'hôpital de Champagnole et l'amélioration des filières de prise en charge des patients.

Au regard du positionnement particulier de l'hôpital de Lons-le-Saunier dans le département du Jura, la réactivité de l'autorité de tutelle face au déficit de cet établissement a permis la mise en œuvre du CREF sans retard.

2 Le diagnostic comptable et financier

2.1 La sincérité des prévisions budgétaires

COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL PRINCIPAL (CRPP)

Chap	Charges	2006			2007			2008		
		Prévisions initiales*	Réalisations	Ecart réel°/prév°	Prévisions initiales*	Réalisations	Ecart réel°/prév°	Prévisions initiales*	Réalisations	Ecart réel°/prév°
Titre 1	Charges de personnel	46 616 705 €	49 643 406 €	6.49%	50 210 000 €	51 593 703 €	2.76%	53 278 000 €	53 025 257 €	-0.47%
Titre 2	Charges à caractère médical	11 081 493 €	12 990 555 €	17.23%	13 037 966 €	12 707 054 €	-2.54%	13 084 597 €	12 927 131 €	-1.20%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	7 066 617 €	7 469 354 €	5.70%	7 480 149 €	7 878 093 €	5.32%	8 029 194 €	7 597 347 €	-5.38%
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	5 681 543 €	6 194 674 €	9.03%	4 871 606 €	5 157 093 €	5.86%	4 871 119 €	5 653 875 €	16.07%
	TOTAL DES CHARGES	70 446 359 €	76 297 989 €	8.31%	75 599 720 €	77 335 944 €	2.30%	79 262 910 €	79 203 610 €	-0.07%
	EXCEDENT	- €	- €		- €					
	TOTAL DU COMPTE DE RESULTAT PRINCIPAL	70 446 359 €	76 297 989 €	8.31%	75 599 720 €	77 335 944 €	2.30%	79 262 910 €	79 203 610 €	-0.07%

Chap	Produits	2006			2007			2008		
		Prévisions initiales*	Réalisations	Ecart réel°/prév°	Prévisions initiales*	Réalisations	Ecart réel°/prév°	Prévisions initiales*	Réalisations	Ecart réel°/prév°
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	58 463 581 €	61 775 790 €	5.67%	61 501 573 €	60 300 213 €	-1.95%	61 534 069 €	63 277 878 €	2.83%
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	5 612 649 €	6 528 187 €	16.31%	6 527 655 €	6 316 470 €	-3.24%	6 316 500 €	6 225 323 €	-1.44%
Titre 3	Autres produits	4 457 786 €	6 519 475 €	46.25%	6 086 028 €	6 154 554 €	1.13%	6 056 400 €	7 261 964 €	19.91%
	TOTAL DES PRODUITS	68 534 016 €	74 823 451 €	9.18%	74 115 256 €	72 771 238 €	-1.81%	73 906 969 €	76 765 165 €	3.87%
	DEFICIT	1 912 343 €	1 474 538 €	-22.89%	1 484 464 €	4 564 706 €	207.50%	5 355 941 €	2 438 444 €	-54.47%
	TOTAL DU COMPTE DE RESULTAT PRINCIPAL	70 446 359 €	76 297 989 €	8.31%	75 599 720 €	77 335 944 €	2.30%	79 262 910 €	79 203 610 €	-0.07%

* EPRD initial hors décisions modificatives

Source : comptes financiers de 2006 à 2008

La mise en place des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) à partir de 2006 s'est faite en application du décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 codifié aux articles R. 6145-29 et suivants du code de la santé publique. La nouvelle procédure budgétaire a été respectée. Les EPRD proposés par le directeur et le conseil exécutif du centre hospitalier de Lons-le-Saunier ont été votés par le conseil d'administration de l'hôpital et approuvés par l'ARH dans les délais réglementaires (le vote doit avoir lieu moins de 30 jours après notification par l'ARH des dotations et forfaits et l'approbation de l'ARH doit avoir lieu dans les 30 jours suivant la transmission de l'EPRD).

En 2008, l'EPRD initial a été refusé par l'ARH et a fait l'objet d'une seconde proposition, acceptée par la tutelle car inscrite dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

Ces nouvelles procédures ont permis à l'hôpital de Lons-le-Saunier de parvenir à une meilleure adéquation entre prévisions et réalisations budgétaires. Ainsi l'écart d'environ 8 % constaté en 2006 entre EPRD initial et réalisation budgétaire a disparu dès la troisième année d'élaboration du budget sous les nouvelles règles.

La mise en place des nouvelles dispositions budgétaires et comptables s'est traduite par une meilleure information du conseil d'administration et de la tutelle, ainsi que par une vision plus précise des dépenses et des recettes prévisionnelles. L'ARH de Franche-Comté a ainsi autorisé, en 2008, la mise en place d'un EPRD plus réaliste, dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier.

2.2 La sincérité des comptes

La sincérité des comptes du centre hospitalier de Lons-le-Saunier a été examinée par la chambre. Les difficultés constatées concernent les reports de charges et de produits d'un exercice à l'autre, les provisions réglementées (compte épargne temps, renouvellement des immobilisations), les provisions pour risques et charges (créances irrécouvrables, provision pour gros entretien et grosses réparations) et les aides exceptionnelles accordées par la tutelle pour la réduction des tensions budgétaires.

2.2.1 Les reports de charges et de produits de 2004 à 2008

a) Les reports de charges

Charges sur exercices antérieurs - BUDGET H		2004	2005	2006	2007	2008
N° de cpte	Libellé					
67281 6721*	Charges de personnel	0	0	950 980	0	0
67282 6722*	Charges à caractère médical	0	0	56	0	89
67283 6723*	Charges à caract. hôtel. et gén.	0	0	18 714	0	1 313
67288 6728*	Autres charges	0	0	0	0	28 138
TOTAL DES REPORTS DE CHARGES		0	0	969 750	0	29 540

Montants exprimés en €

Source: comptes de gestion et comptes administratifs

* A compter de l'exercice 2006, nouvelle numérotation des comptes

Les données figurant dans le tableau ci-dessus font apparaître que l'hôpital de Lons-le-Saunier a peu pratiqué les reports de charges, exception faite en 2006, exercice au cours duquel des reports de charges sont intervenus pour des charges de personnel et à caractère hôtelier et général. Ces reports ont principalement concerné une indemnité pour les élèves infirmiers de 127 K€ et une partie de la prime de service pour 763 K€.

Quoiqu'autorisée jusqu'en 2005 par l'instruction budgétaire et comptable M21, le report de charges se traduit mécaniquement par une vision tronquée des résultats budgétaires de l'hôpital. Cette exception au principe de l'indépendance des exercices budgétaires n'est plus aujourd'hui autorisée qu'à titre dérogatoire. Aux termes de l'instruction n° 07-004 M21 du 16 janvier 2007, « *répondant à un double objectif de sincérité budgétaire et de qualité comptable, [l'utilisation du compte 672, « charges sur exercices antérieurs »] doit être*

exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné : elle a donc un caractère tout à fait exceptionnel ».

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires qui lui avait été communiqué par la chambre, le directeur du centre hospitalier a expliqué que « *le seul report de charges significatif supporté par l'exercice 2006 découle de l'encadrement budgétaire des dépenses encore en vigueur en 2005, concomitamment à l'introduction de la T2A [...]. L'exercice comptable [de 2005] s'est donc soldé par un excédent dont le caractère artificiel a largement été commenté auprès des instances de même que son impact péjoratif en 2006.* »

b) Les reports de produits

Produits sur exercices antérieurs - BUDGET H		2004	2005	2006	2007	2008
N° de cpte	Libellé					
7723 7721*	Réémission de titres suite à annulation sur ex. clos	49 421	69 375		163 286	95 690
7728	Produits / ex. antérieur (autres)	257 387	385 741	462 202	222 760	238 572
TOTAL DES REPORTS DE PRODUITS		306 808	455 116	462 202	386 046	334 262

Montants exprimés en €

Source: comptes de gestion et comptes financiers

* A compter de l'exercice 2006, nouvelle numérotation des comptes

Au cours des exercices 2004 à 2008, les reports de produits ont concerné des ordres de recettes annulés au titre d'un exercice et réémis sur l'exercice suivant. Leur prise en compte est nécessaire pour avoir une **vision fidèle des résultats budgétaires de l'hôpital**. La chambre relève que le montant moyen des reports de produits s'est établi à près de 390 K€, soit moins de 0,5 % des recettes de fonctionnement d'un exercice.

2.2.2 Les provisions réglementées

2.2.2.1 Les provisions au titre du compte épargne temps

Le compte épargne-temps (CET) a été institué pour les personnels médicaux par le décret n° 2002-1358 du 18 novembre 2002 et pour les personnels non médicaux par le décret n° 2002-788 du 3 mai 2002. Ce dispositif permet aux personnels médicaux d'épargner jusqu'à 30 jours par an et aux personnels non médicaux jusqu'à 20 jours par an. Le CET peut être cumulé avec d'autres congés (congés de maternité, d'adoption, de paternité, congés annuels). Dès lors, les droits attachés au CET représentent une dette comptable pour l'hôpital.

Aussi, la mise en œuvre du dispositif a conduit le centre hospitalier à constituer des provisions qui ont été budgétairement inscrites au compte 143, « provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET ». Le tableau ci-après indique notamment l'évolution sur les cinq dernières années du nombre de jours épargnés, l'estimation financière des jours épargnés et le montant des provisions constituées :

Compte épargne temps	2004	2005	2006	2007	2008
Personnels non médicaux					
Nb de jours épargnés	789	888	1 048	1 305	1 208
<i>valorisation financière y compris charges sociales*</i>	72 651	104 753	123 612	153 060	138 500
Personnels médicaux					
Nb de jours épargnés	1 919	2 275	3 043	3 720	2 737
<i>valorisation financière y compris charges sociales*</i>	845 771	1 002 934	1 341 507	1 639 962	1 206 606
TOTAL de jours épargnés	2 708	3 163	4 091	5 025	3 945
TOTAL valorisation financière	918 422	1 107 686	1 465 118	1 793 022	1 345 106
provisions au cpte 1581 jusqu'en 2005 et 143 à partir de 2006 (en €)	396 055	359 465	359 465	329 961	732 814
Insuffisance de provisions (en €)	-522 367	-748 221	-1 105 653	-1 463 061	-612 292

Source : CH Lons - Direction des ressources humaines

* taux moyen de charges sociales pour les personnels non médicaux 15,10% ; pour les personnels médicaux 46,95 %

Ces dispositions se traduisent pour l'hôpital par une charge qui doit être provisionnée. Pour les besoins de l'enquête commune sur la situation financière des hôpitaux, la chambre a considéré que l'établissement devrait provisionner des montants équivalents à la valorisation financière des jours épargnés sur des CET. Ainsi, sur la base des données 2008, le montant estimé du coût de cette dette, charges sociales incluses, est de 1 206 606 € pour les personnels médicaux et 138 500 € pour les personnels non médicaux ce qui laisse un besoin de provisionnement estimé à plus de 612 000 € malgré les crédits exceptionnels reçus cette même année pour apurer cette dette. Pour autant, le montant à provisionner peut faire l'objet de débats : il paraît logique que l'établissement puisse fixer un niveau de provision avec une certaine décote par rapport à la valorisation exacte des jours épargnés, charges sociales incluses. La chambre considère qu'un plan de provisionnement, élaboré en partenariat avec l'ARH, permettrait de définir une ligne de conduite claire sur une période pluriannuelle.

Depuis 2008 et les décrets n° 2008-454 et 2008-455 du 14 mai 2008, les personnels non médicaux et les personnels médicaux peuvent obtenir le paiement de la moitié des jours épargnés sur leurs comptes épargne-temps. Le coût de chaque journée épargnée, tel qu'il est fixé par les arrêtés du 14 mai 2008, est de 300 € pour un médecin, de 65 € pour un agent de catégorie C (agent de services hospitaliers), de 80 € pour un agent de catégorie B (infirmière) et de 125 € pour un agent de catégorie A (cadre supérieur de santé).

2.2.2.2 Les provisions pour le renouvellement des immobilisations

	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Dotations attribuées au titre de l'investissement hospitalier	4 839 283	5 419 154	5 244 307	4 677 445	4 786 335	24 966 524
Dépenses (frais financiers et amortissements) réalisées relatives aux programmes du COM et hors COM	3 716 426	3 840 462	3 758 386	3 894 814	4 136 177	19 346 265
Ecart entre dotations perçues et réalisations de dépenses du titre IV	1 122 857	1 578 692	1 485 921	782 631	650 158	5 620 259
Provision réalisée au compte 142* (en €)	950 000	1 362 555	1 035 000	696 606	564 000	4 608 161
Insuffisance (-) ou excédent (+) de provisions	- 172 857	- 216 137	- 450 921	- 86 025	- 86 158	- 1 012 098

Source : CH Lons Direction des affaires financières et générales - Notifications crédits ARH Franche-Comté 2004 à 2008

* compte 1584 en 2004 et 2005

Le centre hospitalier de Lons-le-Saunier a provisionné sur le compte 142, « provisions réglementées pour le renouvellement des immobilisations », 4 608 161 € à la fin de l'exercice 2008. Ces provisions portent sur la couverture des surcoûts d'exploitation (frais financiers et amortissements) des opérations programmées dans le contrat d'objectifs et de moyens (COM) signé le 22 décembre 2003 et des autres opérations de renouvellement des immobilisations non inscrites au COM. Le COM de l'établissement comprend principalement la restructuration des bâtiments abritant les urgences et les laboratoires d'analyses médicales ainsi que la restructuration de la maternité et du service pédiatrie, la construction d'un bâtiment pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la mise en sécurité incendie et le réaménagement du bâtiment Pasteur.

Toutefois, le rapprochement entre le montant de la provision réalisée chaque année, le montant des dotations de l'assurance maladie attribuées au titre du surcoût d'exploitation lié aux nouveaux investissements et le montant des frais financiers et amortissements déjà réalisés au 31 décembre 2008 montre que le centre hospitalier de Lons a insuffisamment provisionné le renouvellement de ces immobilisations. Cette insuffisance de provision représente pour la période examinée un montant cumulé de plus de 1,012 M€.

Or, aux termes de l'instruction codificatrice n° 07-006-M21 du 16 janvier 2007, « cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aide destinée à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie. Ce principe repose sur l'idée que pour lisser le plus efficacement les surcoûts liés aux investissements nouveaux, les dotations budgétaires en compensation des charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers doivent l'être en amont des investissements à réaliser. En effet, ces dotations permettent de constituer des provisions tant que les surcoûts du titre 4 en dépenses d'exploitation ne dépassent pas les prévisions budgétaires du même titre 4. En cours d'exécution de l'opération, à partir du moment où les crédits budgétaires ne suffisent plus à faire face aux surcoûts constatés en titre 4, l'établissement procède à des reprises sur la provision réglementée pour couvrir lesdits surcoûts ».

Tout en prenant bonne note de cette observation, l'ordonnateur du CHG précise que « l'établissement a respecté le principe de l'utilisation de la provision réglementée s'agissant de la compensation et du lissage des surcoûts des opérations prévues dans le COM. »

2.2.2.3 L'impact des provisions réglementées sur le résultat réel

BUDGET H	2004	2005	2006	2007	2008
Insuffisance de provisions CET	-522 367	-748 221	-1 105 653	-1 463 061	-612 292
Insuffisance de provisions c/142	-172 857	-216 137	-450 921	-86 025	-86 158
Impact sur le résultat	-695 224	-964 358	-1 556 574	-1 549 086	-698 450

L'insuffisance de provisions réglementées au titre de la mise en œuvre du compte épargne temps et au titre du renouvellement des immobilisations a une incidence notable sur les résultats budgétaires du centre hospitalier puisqu'elle vient minorer le résultat de l'hôpital de 1 549 086 € en 2007 et de 698 450 € en 2008.

La chambre recommande à l'hôpital de Lons-le-Saunier de respecter la réglementation relative aux provisions.

2.2.3 Les provisions pour risques et charges

2.2.3.1 Les provisions liées aux créances irrécouvrables

BUDGET H		2004	2005	2006	2007	2008
N° cpte	Libellé					
415	Redevables- créances admises en non valeur	146 375	71 494	82 200	78 781	70 834
416	Redevables- contentieux	0	0	0	0	0
sous-total créances irrécouvrables		146 375	71 494	82 200	78 781	70 834
491	Dépréciation comptes redevables	222 706	222 706	340 507	341 725	405 891
Insuffisance(-) ou excédent (+) de provisions		76 332	151 213	258 307	262 944	335 058

Montant en euros

Source : comptes de gestion jusqu'en 2005 et comptes financiers à partir de 2006

Entre 2004 et 2008, l'hôpital de Lons-le-Saunier a provisionné des montants de plus en plus importants sur le compte 491, « dépréciations des comptes de redevables », alors même qu'il a constaté et enregistré un montant de créances irrécouvrables stable depuis 2005, évalué entre 70 000 € et 80 000 €.

Aux termes de l'instruction n° 07-004-M21 du 16 janvier 2007, « le compte 491 retrace en fin d'exercice les seules créances dont le recouvrement est compromis et qui doivent donner lieu à constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à la minorer ou la majorer. Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la dépréciation constituée est reprise parallèlement à la constatation de la charge résultant de l'admission en non-valeur. Le compte 491 est alors débité par le crédit du compte 7817 "Reprises sur dépréciations des actifs circulants". Lorsque la dépréciation comptabilisée est devenue, en tout ou partie, sans

objet ou se révèle supérieure au montant réel de la dépréciation, le compte 491 doit être débité par le crédit du compte 7817 “Reprises sur dépréciation des actifs circulants” ».

Par ailleurs, les montants inscrits au compte 415 sont l'exacte contrepartie des sommes budgétaires inscrites au compte 654 pour l'apurement comptable des créances irrécouvrables. L'inscription en provisions au compte 491, telle que pratiquée par le centre hospitalier de Lons-le-Saunier, est supérieure par rapport aux besoins de cet établissement.

La chambre recommande à l'établissement d'effectuer une reprise partielle des montants inscrits au compte 491.

2.2.3.2 Les provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices

BUDGET H Provisions pour gros entretien ou grandes révisions (c/1572)	2004	2005	2006	2007	2008
Montant provisionné	1 350 051	1 350 051	1 350 051	1 350 051	1 350 051
Montant justifié	0	0	0	0	0
Différence	1 350 051				

Montant en euros

Source : comptes de gestion jusqu'en 2005 et comptes financiers à partir de 2006

L'hôpital de Lons-le-Saunier a provisionné en 2003 un montant de 1,35 M€ au titre des charges liées à un gros entretien ou à une grande révision des installations et des bâtiments. Toutefois, il apparaît que le montant provisionné n'est appuyé d'aucune justification précise alors même que les travaux réalisés entre 2004 et 2008 au titre du contrat d'objectifs et de moyens (COM) signé le 22 décembre 2003 auraient justifié une reprise au moins partielle de cette provision importante.

Le maintien de cette provision est discutable. En effet, selon les dispositions de l'instruction comptable M21 applicable aux établissements publics de santé : « *La provision pour risques et charges est destinée à couvrir des risques et des charges nettement précisés, rendus probables par des événements survenus ou en cours, mais dont la réalisation est incertaine. Elle permet ainsi de faire supporter une augmentation probable du passif exigible à l'exercice au cours duquel cette charge probable a pris naissance. On doit procéder à une double surveillance des provisions. Tant que la dépréciation ou le risque reste probable, il faut ajuster d'année en année la provision à raison des circonstances qui peuvent modifier le montant de cette dépréciation. Lorsque l'événement attendu se réalise ou si la cause de la dépréciation disparaît, il convient de reprendre la provision* ».

De plus, le plan comptable général définit les provisions comme la fraction de résultat excédentaire que l'établissement isole et conserve en vue de faire face ultérieurement soit à une perte (dépréciation d'un élément d'actif ou perte d'exploitation) soit à une charge qui n'est pas encore effective à la clôture de l'exercice mais que des événements en cours rendent probable. Les risques et charges doivent être nettement précisés, ce qui signifie qu'il doit y avoir une individualisation du risque. Les provisions n'ont par conséquent aucun caractère systématique ou pérenne, elles n'ont qu'un caractère provisoire. Lors de la réalisation du risque ou de la survenance de la charge, la provision antérieurement constituée est obligatoirement soldée par le crédit du compte 781, « *reprises sur amortissements et provisions* ».

Il résulte de ces dispositions que les provisions pour risques et charges ne sauraient avoir pour objet la constitution d'une réserve pérenne comme c'est le cas au centre hospitalier général de Lons-le-Saunier. **La chambre invite donc l'établissement à modifier ses pratiques afin de provisionner des risques clairement définis et présentant une probabilité dans leur réalisation.**

2.2.3.3 L'impact des provisions pour risques et charges sur le résultat réel

	2004	2005	2006	2007	2008
Surdotation provisions pour gros entretien	1 350 051	1 350 051	1 350 051	1 350 051	1 350 051
Surdotation créances irrécouvrables	76 332	151 213	258 307	262 944	335 058
Impact sur le résultat	1 426 383	1 501 264	1 608 358	1 612 995	1 685 109

Source : comptes financiers

Les montants des provisions liées aux créances irrécouvrables et des provisions pour charges à répartir ne sont pas négligeables au regard des résultats budgétaires et financiers de cet hôpital. En effet, le montant de 1,6 M€ inscrit sans justification particulière majore le résultat recalculé de cet hôpital.

La chambre observe que *volens nolens*, la politique de provisions menées par l'établissement a pour effet de masquer la réalité de ses résultats budgétaires.

2.2.4 Les aides exceptionnelles des autorités de tutelle

Le centre hospitalier de Lons-le-Saunier a bénéficié sur la période 2004-2008 de plus de 3,8 M€ d'aides exceptionnelles sous la forme de crédits non reconductibles. Le montant de ces crédits attribués par l'ARH est présenté dans le tableau qui suit :

Dotations exceptionnelles						
Dotations perçues au titre des tensions budgétaires	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
crédits non reconductibles (en €)	330 000	700 000	500 000	170 000	2 150 000	3 850 000

Sans ces dotations exceptionnelles, l'hôpital de Lons-le-Saunier aurait vu ses résultats budgétaires fortement minorés. La subvention de 2 150 000 €, reçue en 2008, correspond à la mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier conclu le 5 décembre 2008 entre l'établissement et l'ARH de Franche-Comté.

2.2.5 La situation budgétaire réelle de l'hôpital

Il résulte de ce qui précède (points 2.2.1 à 2.2.4) que les résultats comptables, tels qu'ils sont retracés dans les comptes de l'hôpital (cf. tableau ci-dessous), ne traduisent pas la situation financière réelle de l'établissement. En effet, si l'on neutralise les reports de charges et de produits et les éléments venant affecter la sincérité des comptes, comme le prévoient désormais les dispositions du décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 codifiées à l'article D. 6143-40 du code de la santé publique, le résultat du budget principal du centre hospitalier

de Lons-le-Saunier, fait apparaître un déficit de 529 160 € en 2006, de 4 582 122 € en 2007, et de 1 756 507 € en 2008. Toutefois, ces résultats réajustés ne sont pas cumulatifs car l'impact de la reprise de provisions pour risques et charges sur les résultats (montant cumulé et non pas nouvelle somme chaque année) ne peut intervenir que sur un seul exercice. Par conséquent, le résultat budgétaire recalculé une année donnée doit être regardé indépendamment des autres résultats, sous réserve que les écarts des années antérieures n'aient pas été corrigés.

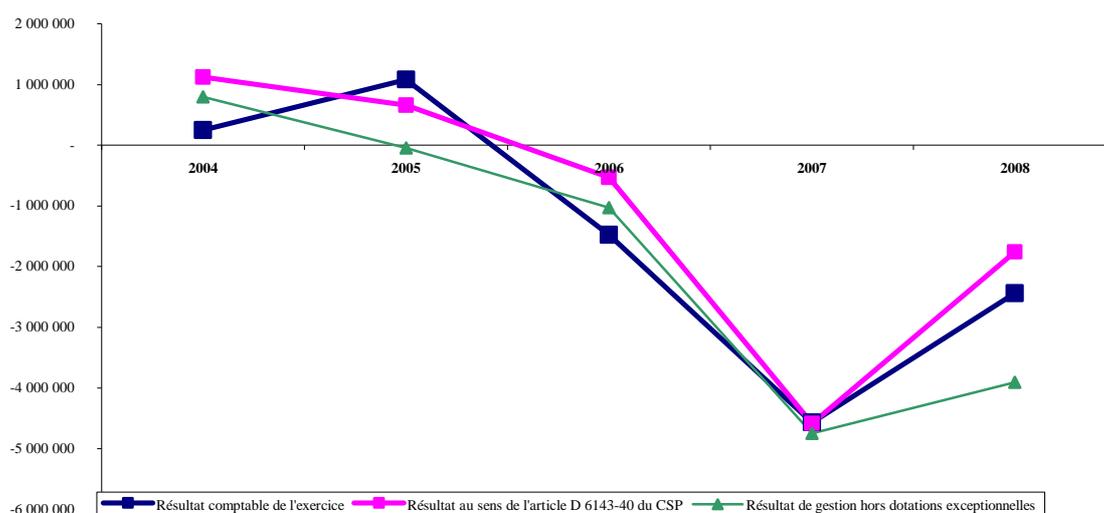
Ainsi sans l'apport exceptionnel d'une aide de 2,15 M€ attribuée dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier, et après prise en compte des reports de charges et de produits, ainsi que des éléments venant affectés la sincérité des comptes au sens de l'article D. 6143-40 du code de la santé publique, l'hôpital afficherait un résultat déficitaire de 3,9 M€ à la clôture de l'exercice 2008. Ce déficit, s'il n'atteint pas le seuil de 3 % déclenchant des mesures de redressement, n'en est pas moins à prendre en considération.

BUDGET H	2004	2005	2006	2007	2008
Résultat comptable de l'exercice	244 210	1 079 956	- 1 474 538	- 4 564 707	- 2 438 444
-Reports de charge de N sur N+1	-	969 750	-	29 540	
+Reports de charge de N-1 sur N	-	-	969 750	-	29 540
+Reports de produits de N sur N+1	455 116	462 202	386 046	334 262	
-Reports de produits de N-1 sur N	306 808	455 116	462 202	386 046	334 262
+Impact des provisions réglementées	- 695 224	- 964 358	- 1 556 574	- 1 549 086	- 698 450
+Impact des provisions pour risques et charges	1 426 383	1 501 264	1 608 358	1 612 995	1 685 109
Résultat au sens de l'article D 6143-40 du CSP	1 123 677	654 198	- 529 160	- 4 582 122	- 1 756 507
-Dotations exceptionnelles d'équilibre	330 000	700 000	500 000	170 000	2 150 000
Résultat de gestion hors dotations exceptionnelles	793 677	- 45 802	- 1 029 160	- 4 752 122	- 3 906 507

Montants exprimés en K€

Source : comptes de gestion et financier

Evolution du résultat de 2004 à 2008



BUDGET H	2004	2005	2006	2007	2008
résultat au sens de l'article D 6143-40 du CSP	1 123 677	654 198	- 529 160	- 4 582 122	- 1 756 507
recettes de fonctionnement	67 700 694	72 095 575	74 823 451	72 771 237	76 765 165
résultat/ recettes	1.66%	0.91%	-0.71%	-6.30%	-2.29%

La situation financière de l'établissement mérite une attention particulière dans la mesure où les restructurations immobilières qui s'achèvent vont générer des surcoûts de fonctionnement du fait des amortissements et frais financiers qui devront être payés, dans le contexte d'une activité stable voire en diminution.

La chambre constate l'importance du déficit réel de cet établissement et souligne que sans mesure de redressement, ce déficit pourrait s'aggraver compte tenu des prévisions de remboursements des emprunts qui ont été contractés pour la réalisation des investissements prévus au contrat d'objectifs et de moyens.

2.3 L'analyse financière rétrospective

2.3.1 La section de fonctionnement

L'hôpital de Lons-le-Saunier disposait au 31 décembre 2008 d'un budget consolidé de 85 M€ en dépenses et de 82,6 M€ en recettes. L'établissement dispose de trois budgets distincts, dont les données synthétiques sont présentées dans le tableau ci-après :

Section d'exploitation consolidée

	2004	2005	2006	2007	2008
DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT					
Budget principal H	67 456 485	71 015 618	76 297 989	77 335 944	79 203 610
Budget annexe E1 - long séjour*	3 102 348	3 077 738	3 178 200	3 268 802	3 427 496
Budget annexe E2 - maison de retraite*	1 890 536	1 821 114	1 910 362	1 963 918	2 457 944
TOTAL DES DEPENSES	72 449 369	75 914 469	81 386 550	82 568 664	85 089 050
RECETTES DE FONCTIONNEMENT					
Budget principal H	67 700 694	72 095 575	74 823 451	72 771 237	76 765 165
Budget annexe E1 - long séjour	3 135 148	3 153 199	3 197 531	3 349 507	3 409 716
Budget annexe E2- maison de retraite	1 933 217	1 953 648	1 920 531	2 009 772	2 460 868
TOTAL DES RECETTES	72 769 059	77 202 422	79 941 513	78 130 516	82 635 749
RÉSULTATS CUMULÉS	319 691	1 287 953	- 1 445 037	- 4 438 148	- 2 453 300

Montants exprimés en €

Source : CH Lons -comptes de gestion jusqu'en 2005 et comptes financiers à partir de 2006

* EHPAD au 01/01/2008, antérieurement budget B et J

Les résultats comptables consolidés de 2004 à 2008

RÉSULTATS DE FONCTIONNEMENT CONSOLIDÉS					
Budget	2004	2005	2006	2007	2008
Budget principal H	244 210	1 079 956	- 1 474 538	- 4 564 706	- 2 438 444
Budget annexe E1 - long séjour*	32 801	75 461	19 331	80 705	- 17 780
Budget annexe E2 - maison de retraite*	42 681	132 534	10 170	45 854	2 924
RESULTATS CONSOLIDES	319 691	1 287 952	- 1 445 037	- 4 438 147	- 2 453 300

Montants exprimés en K€

Source : comptes de gestion jusqu'en 2005 et comptes financiers à partir de 2006

* EHPAD au 01/01/2008, antérieurement budget B et J

Les budgets annexes E1 et E2 concernent les deux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) situés dans l'enceinte de l'hôpital. Le premier est un centre de long et moyen séjours dans lequel des activités de soins de suites et de réadaptation et de rééducation fonctionnelles sont également pratiquées. Le second est la maison de retraite. En 2008, ces deux budgets annexes présentaient globalement une situation financière équilibrée. Ils ne représentaient qu'environ 6,8 % du budget consolidé de l'établissement. C'est la raison pour laquelle les analyses ci-après portent, suivant les cas, sur le seul budget principal (« budget H ») ou sur le budget consolidé de l'hôpital.

2.3.1.1 L'évolution des dépenses et des recettes du budget principal

L'évolution des dépenses et des recettes de fonctionnement du budget principal de 2004 à 2008 tient compte de la mise en place progressive de la tarification à l'activité à hauteur de 10 % de la DGF en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007 et 100 % en 2008.

Répartition des dépenses par titre fonctionnel

DÉPENSES						
TITRES	2004	2005	2006	2007	2008	Variation moy annuelle
TITRE 1 charges relatives au personnel (+) charges sur exercices antérieurs (6721)	44 273 141	46 099 157	48 692 426 950 980	51 593 704	53 025 257	
TOTAL TITRE 1	44 273 141	46 099 157	49 643 406	51 593 704	53 025 257	4,61%
TITRE 2 charges à caract. médical (+) charges sur exercices antérieurs (6722)	11 090 552	12 108 085	12 990 499 56	12 707 054	12 927 042 89	
TOTAL TITRE 2	11 090 552	12 108 085	12 990 555	12 707 054	12 927 131	3,91%
TITRE 3 charges à caract. hôt.et géné (+) charges sur exercices antérieurs (6723)	6 619 579	7 421 829	7 450 640 18 714	7 878 093	7 596 034 1 313	
TOTAL TITRE 3	6 619 579	7 421 829	7 469 354	7 878 093	7 597 347	3,50%
TITRE 4 amort. prov.charges fin. except. (+) charges sur exercices antérieurs (6728)	5 380 531	5 274 711	6 194 674	5 157 093	5 625 737 28 138	
TOTAL TITRE 4	5 380 531	5 274 711	6 194 674	5 157 093	5 653 875	1,25%
TOTAL DES DÉPENSES TITRE 1 à 4	67 363 804	70 903 781	76 297 989	77 335 944	79 203 610	4,13%
annul. titres émis au cours d'ex. anté (c/6724)	92 681	111 837				
TOTAL AUTRES DÉPENSES	92 681	111 837	-	-	-	
TOTAL GÉNÉRAL DES DÉPENSES	67 456 485	71 015 618	76 297 989	77 335 944	79 203 610	4,10%

Montants exprimés en €

Répartition des recettes par titre fonctionnel

RECETTES						
TITRES	2004	2005	2006	2007	2008	Variation moy annuelle
TOTAL TITRE 1 produits de l'assurance maladie	56 248 850	60 079 489	61 775 790	60 300 213	63 277 878	2,99%
TOTAL TITRE 2 produits de l'activité hospitalière	4 213 902	5 490 177	6 528 187	6 316 470	6 225 323	10,25%
TOTAL TITRE 3 autres produits	7 173 356	6 445 650	6 519 475	6 154 554	7 261 964	0,31%
TOTAL DES RECETTES TITRES 1 à 3	67 636 108	72 015 316	74 823 451	72 771 237	76 765 165	3,22%
titres réémis (c/77231)	46 856	68 537				
produits exerc. antér. (c/7728)	17 730	11 721				
TOTAL AUTRES RECETTES	64 586	80 258	-	-	-	
TOTAL GÉNÉRAL DES RECETTES	67 700 694	72 095 575	74 823 451	72 771 237	76 765 165	3,19%
RÉSULTAT COMPTABLE	244 210	1 079 956	-	1 474 538	-	4 564 707
	-	-	-	-	2 438 444	

Montants exprimés en €

Source : CH Lons - comptes de gestion jusqu'en 2005 et comptes financiers à partir de 2006

Depuis 2004, la situation financière de l'établissement s'est dégradée. En effet, la progression des dépenses des titres I à IV (+4,13 %) a été plus rapide que celle des recettes (+3,19 %). En dépenses les charges de personnels et les charges à caractère médical (comprenant principalement les produits pharmaceutiques) sont en progression supérieure à celle des recettes liées à l'activité de l'hôpital.

Structure des charges par titre fonctionnel de 2006 à 2008

ANNEE	2006	Moy. Nat. 2006 CH avec budget d'exploitation > 70 M€	2007	2008
TITRE 1 charges relatives au personnel	65,06%	66,81%	66,71%	66,95%
TITRE 2 charges à caractère médical	17,03%	14,29%	16,43%	16,32%
TITRE 3 charges à caractère hôtelière et général	9,79%	9,15%	10,19%	9,59%
TITRE 4 amortissement, provisions, charges financières et exceptionnelles	8,12%	9,74%	6,67%	7,14%
	100%	100%	100%	100%

Source : comptes financiers du CH Lons ; rapport du comité d'expert finance 2006 - publication FHF octobre 2008

La structure des charges de fonctionnement de l'hôpital de Lons-le-Saunier est globalement comparable à celle des hôpitaux de même catégorie, à l'exception des charges à caractère médical.

2.3.1.2 La capacité d'autofinancement

Capacité brute d'autofinancement	2004	2005	2006	2007	2008
Résultat comptable de l'exercice	319 691	1 287 952	-1 445 037	-4 438 147	-2 453 300
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés (c/675)	0	0	47 494	0	3 200
+ Dotations aux amortissements et aux provisions (c/68)	5 543 280	5 403 455	5 155 670	4 822 103	5 068 688
- Produits des cessions d'éléments d'actif (c/775)	946	9 500	95 269	2 700	9 200
- Quote-part des subventions d'investissement virées au compte de résultat (c/777)	0	0	0	0	0
- Reprises sur amortissements et provisions (c/78)	186 246	108 084	103 403	132 833	72 447
CAPACITÉ BRUTE D'AUTOFINANCEMENT	5 675 779	6 573 823	3 559 455	248 423	2 536 941

Montants exprimés en euros

Source: rapports de gestion du directeur et comptes financiers

Capacité nette d'autofinancement	2004	2005	2006	2007	2008
CAF brute	5 675 779	6 573 823	3 559 455	248 423	2 536 941
Remboursement des dettes financières (hors CLTR et cautionnement)	945 188	803 843	4 184 515	969 060	2 711 079
CAF nette ou excédent (+) ou besoin de financement (-) des frais financiers	4 730 591	5 769 980	-625 060	-720 637	-174 138

Montants exprimés en euros

Source: rapports de gestion du directeur et comptes financiers

La capacité d'autofinancement mesure la différence entre les encaissements et les décaissements effectivement réalisés dans le cycle d'exploitation. Cet indicateur permet de vérifier si l'établissement peut rembourser ses emprunts et financer sa politique d'investissement. Son montant doit être supérieur au capital de la dette qui est remboursé chaque année. En effet, dans l'hypothèse inverse l'établissement se trouve en position de déséquilibre, c'est-à-dire qu'une partie des nouveaux emprunts pourrait alors servir à rembourser la dette, situation observée depuis 2006.

La capacité d'autofinancement de l'établissement est négative de 625 K€ en 2006, de 720 K€ en 2007 et de 174 K€ en 2008 et, par conséquent, ne permet plus d'assurer le remboursement en capital de l'annuité de la dette. L'hôpital de Lons-le-Saunier est donc en situation difficile puisqu'une partie des emprunts souscrits sert à rembourser la dette contractée à l'occasion de la mise en œuvre du contrat d'objectifs et de moyens signé le 22 décembre 2003.

La chambre constate que cette capacité d'autofinancement ne résulte pas du résultat dégagé par l'activité de l'hôpital mais provient principalement des dotations aux amortissements issues d'une politique d'investissements lourds sur la période 2004-2008.

2.3.2 La section d'investissement

2.3.2.1 La structure des dépenses d'investissement

DÉPENSES					
TITRES	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL TITRE 1 Remboursement des dettes fin.	4 745 674	6 747 648	9 554 443	9 622 376	14 603 595
<i>dont CLTR</i>	3 798 999	5 940 489	5 366 727	8 650 000	11 890 000
<i>dont cautionnement</i>	1 486	3 316	3 201	3 316	2 516
TITRE 1 Remboursement des dettes fin. (hors CLTR et cautionnement)	945 189	803 843	4 184 515	969 060	2 711 079
TOTAL TITRE 2 Immobilisations	4 703 349	5 183 979	5 974 069	9 567 712	9 080 887
TOTAL TITRE 3 Autres emplois	207 587	215 087	11 581	72 950	-
TOTAL DES DÉPENSES	9 656 611	12 146 714	15 540 093	19 263 038	23 684 482

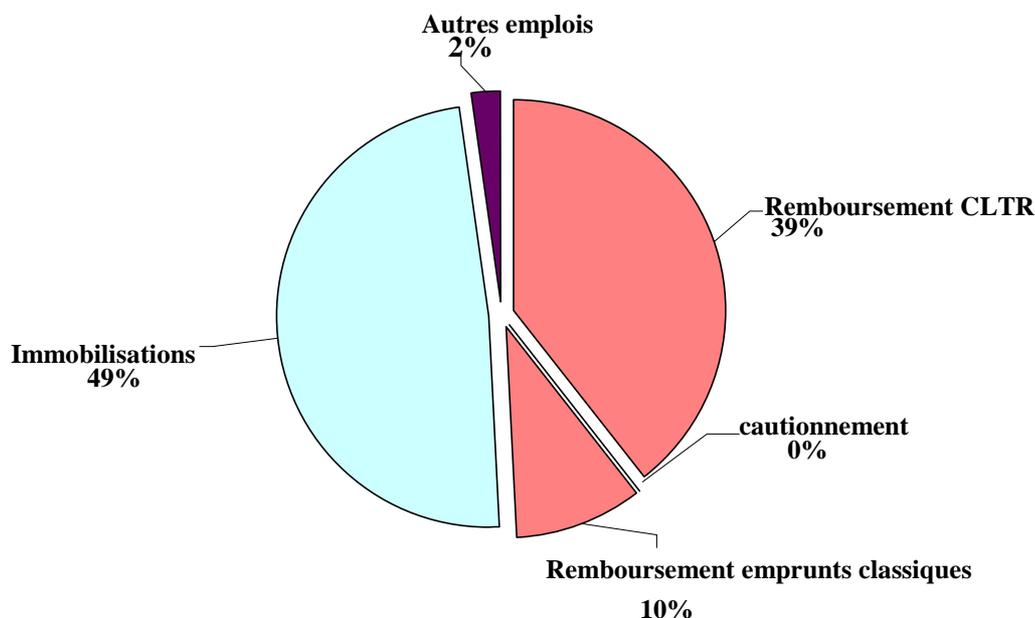
Montants exprimés en €

Source : comptes administratifs 2004 et 2005 et comptes financiers à partir de 2006

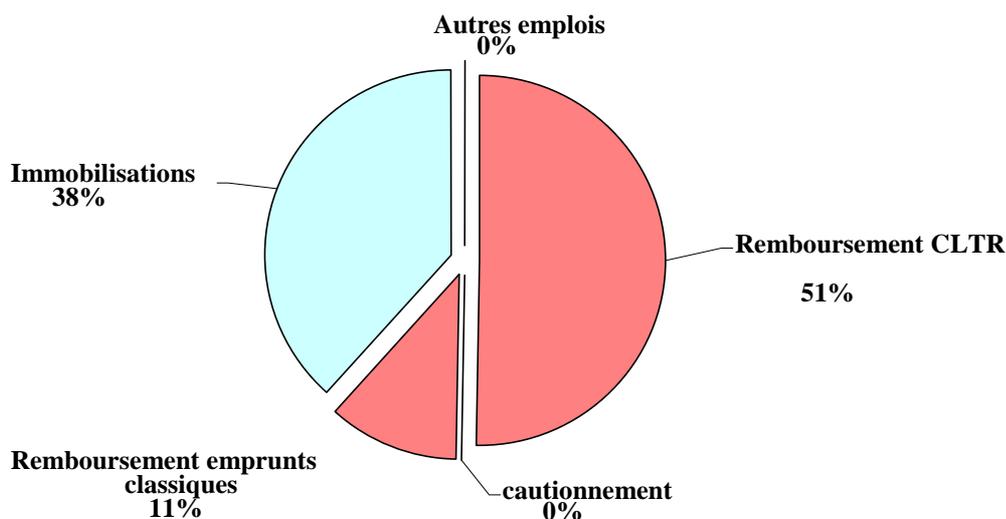
Les dépenses d'investissement sont en progression constante depuis 2004, avec la mise en œuvre des projets d'investissement prévus au contrat d'objectifs et de moyens 2002-2006.

La chambre observe que la part liée au remboursement des emprunts est devenue très majoritaire dans la structure des dépenses d'investissement. Le poids de la dette en capital va limiter le renouvellement des immobilisations, en raison de la consolidation des crédits long terme renouvelables (CLTR) en emprunts classiques, au fur et à mesure de la réception des opérations.

Structure des dépenses d'investissement 2004



Structure des dépenses d'investissement 2008



La chambre souligne l'importance prise par la dette dans la structure des dépenses d'investissement de l'établissement à compter de 2008.

2.3.2.2 La nature des investissements

Entre 2004 et 2008, l'hôpital de Lons-le-Saunier a dépensé près de 34,5 M€ au titre de ses investissements, qui se répartissent comme suit :

* 31,8 M€ pour des opérations de restructuration inscrites dans le contrat d'objectifs et de moyens signé le 22 décembre 2003 et qui couvre les années 2002 à 2006.

* 2,8 M€ pour des opérations de renouvellement des équipements devenus obsolètes et d'entretien courant.

Dépenses d'équipement	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
compte 20 - Immobilisations incorporelles	24 895 €	5 705 €	11 440 €	7 726 €		49 766 €
compte 21 - Immobilisations corporelles	2 431 500 €	2 622 210 €	2 619 714 €	2 367 406 €	2 557 484 €	12 598 314 €
compte 23- Immobilisations en cours (programmes)	2 246 955 €	2 556 065 €	3 342 913 €	7 192 580 €	6 523 402 €	21 861 915 €
Module A et B	224 080 €	7 949 €	35 595 €			267 624 €
IRM	30 308 €	2 595 €	7 449 €			40 352 €
Programmation module 3	32 814 €	5 382 €	20 765 €			58 961 €
Travaux de réaménagement Pasteur	1 439 943 €	1 107 701 €	58 713 €	207 €		2 606 564 €
Parking Carmel	69 289 €	594 596 €	18 979 €			682 864 €
Combles bâtiment A		30 567 €				30 567 €
Bâtiment Laboratoire Urgences Médecine	450 521 €	807 275 €	3 200 081 €	6 919 594 €	5 111 760 €	16 489 231 €
Mise en sécurité bâtiment Pasteur						
Etudes Hôpital neuf			1 331 €	6 431 €	35 318 €	43 080 €
Monte-malade bâtiment ex-CMS				88 862 €	467 168 €	556 030 €
Cuisine relais				3 229 €	20 568 €	23 797 €
Dossier patient informatisé				174 257 €	888 588 €	1 062 845 €
TOTAL DES DÉPENSES D'ÉQUIPEMENT	4 703 350 €	5 183 980 €	5 974 067 €	9 567 712 €	9 080 886 €	34 509 995 €

Source : CH Lons-le-Saunier, direction des affaires financières et générales

Les opérations programmées dans le contrat d'objectifs et de moyens, sont présentées ci-dessous :

DÉSIGNATION DES OPÉRATIONS	Coût (TTC) prévu dans le COM	Coût total et définitif TTC	Dépenses totales payées au 31/12/2008
Opérations inscrites dans le COM 2003			
Restructuration de la Maternité et de la pédiatrie construction Module A et B	7 800 492 €	7 790 256 €	7 790 256 €
travaux	6 702 859 €	6 578 171 €	6 578 171 €
équipement	1 097 633 €	1 212 085 €	1 212 085 €
Construction du bâtiment IRM	1 386 112 €	1 334 553 €	1 334 553 €
travaux	1 386 112 €	1 334 553 €	1 334 553 €
Mise en sécurité incendie et réaménagement du bât Pasteur	1 440 000 €	2 722 763 €	2 707 763 €
travaux	1 440 000 €	2 722 763 €	2 707 763 €
Construction d'un nouveau bâtiment pour les services d'urgences, laboratoire, service de médecine, archives et hélistation	13 136 913 €	19 043 107 €	18 176 770 €
acquisition	503 082 €	503 082 €	503 082 €
travaux	11 719 137 €	17 553 530 €	16 736 229 €
équipement médical	914 694 €	986 495 €	937 459 €
Aménagement du parking Carmel	842 281 €	922 120 €	922 120 €
acquisition	228 674 €	228 674 €	228 674 €
travaux	613 607 €	693 446 €	693 446 €
SOUS-TOTAL 1	24 605 798 €	31 812 799 €	30 931 462 €

Source : CH Lons-le-Saunier, direction des affaires financières et générales

La comparaison entre le coût prévisionnel et le coût définitif des programmes d'investissement permet de constater que les coûts initiaux ont été respectés pour la majorité des opérations, exception faite de la construction du bâtiment destiné aux services d'urgences, au laboratoire d'analyses médicales et au service de médecine ainsi que la mise en sécurité incendie du bâtiment Pasteur. L'opération de restructuration du bâtiment des urgences a été estimée à l'origine¹ par le centre hospitalier à 13 136 913 €, toutes dépenses confondues². Le montant des seuls travaux, prévus à l'origine pour 11 719 137 €, a été porté à 13 221 306 € à l'issue du concours d'architecture en juin 2003, et à 14 888 800 € à la suite de l'analyse par un économiste du projet retenu à l'issue du concours.

Cette évolution considérable du coût de l'opération s'explique par une mauvaise estimation initiale du projet par l'hôpital, ainsi que par une modification de celui-ci. En effet, en octobre 2003, l'établissement a décidé de rajouter la création d'une hélistation, pour un coût supplémentaire de 1,108 M€. Cette décision a porté le coût définitif des travaux à 16 959 531 €, montant réévalué après application des coefficients de révision à 17 553 530 €, ce qui porte l'opération à 19 043 107 € toutes dépenses confondues.

Le financement de ce projet inscrit au contrat d'objectifs et de moyens est le suivant : une subvention de l'assurance maladie inscrite en section d'investissement pour 1 509 245 €, des dotations à la prise en charge d'une partie des surcoûts de fonctionnement

¹ Fin 2002.

² COM du 22 décembre 2003 comprenant les frais d'études et d'ingénierie divers, l'acquisition d'un bâtiment CMS, l'équipement médical et TVA incluse.

³ Délibération du conseil d'administration du 13 octobre 2003.

liés aux amortissements et frais financiers inscrites en section de fonctionnement pour 2 662 078 € (308 431 € par an reductible sur la période 2003-2006, soit au total 1 233 724 € auquel sont ajoutés 1 428 354 € non reductibles). Le projet contractuel avait été prévu pour 13 136 913 € de dépenses, avec un financement de 4 171 323 €.

En réalité, les dotations perçues pour la prise en charge des surcoûts liés aux amortissements et frais financiers s'élèvent à 2 742 652 € cumulés au 31 décembre 2008 et la subvention d'investissement notifiée à l'origine pour 1 509 245 € n'a été versée qu'à hauteur 0,5 M€. Le solde de 1 M€ est versé chaque année⁴ crédit reductible de 82 988 €. Ces modifications portent la participation de l'assurance maladie à 4 242 652 € pour 19 043 107 € de dépenses fin 2008 contre 4 171 323 € de participation pour 16 959 531 € de dépenses après prise en compte des modifications apportées au projet décidé en 2003.

La mauvaise définition préalable du coût de l'opération conjuguée à une modification substantielle du programme par l'ajout non financé d'une hélistation pour un montant de 1 108 000 € a conduit à une augmentation du coût, toutes dépenses confondues, de 5,9 M€, soit 44 % du coût initial prévu en 2003 pour 13 221 306 €, à l'issue du concours d'architecture. Le coût final de ce projet, toutes dépenses confondues, s'élèvera à 19 043 107 €.

Afin de faire face à cette augmentation et compte tenu du rééchelonnement imposé de 1,5 M€ prévus au titre de la subvention du fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux, l'hôpital a été obligé d'augmenter son endettement de près de 3 M€ puisque prévus à l'origine pour 8,7 M€, les emprunts souscrits pour cette opération s'élèvent à 11,65 M€. La chambre note que l'évolution du coût de cette opération résulte au moins en partie d'une insuffisante définition du projet.

2.3.2.3 La vétusté des immobilisations corporelles

Vétusté des immobilisations					
	2004	2005	2006	2007	2008
Constructions	37,7%	38,4%	41,2%	44,6%	48,0%
Installations techniques, matériels, outillage	76,9%	79,5%	82,7%	82,0%	82,1%
Autres	89,0%	90,5%	92,2%	94,4%	93,9%
Taux de vétusté global	56,3%	57,2%	60,0%	62,7%	64,9%
Taux de vétusté moyen de la strate (budget CH>70 M€)	75,1%	75,9%	76,1%	nc	nc

Malgré les efforts d'investissements menés durant la période 2004-2008, la vétusté croissante de ses équipements va conduire l'hôpital de Lons-le-Saunier à maintenir un renouvellement minimum de ces derniers pour garantir une qualité optimale des soins.

La vétusté des équipements, même si elle n'est pas défavorable au regard des établissements de la strate, croît plus vite que celle des autres établissements comparables et contraint cet hôpital à prévoir un programme d'investissement conséquent dans un contexte budgétaire défavorable (endettement).

⁴ Notification de l'ARH du 3 octobre 2006, à l'occasion de l'approbation de la DM2.

2.3.2.4 Le poids de l'investissement dans l'exploitation

Poids de l'investissement par rapport aux recettes de l'assurance maladie (T2A)

Part des charges d'exploitation liées à l'investissement /aux recettes T2A	2005	2006	2007	2008
Charges financières (c/ 6611)	148 854	181 317	209 917	627 652
Dotations aux amortissements (c/6811)	3 658 312	3 537 888	3 499 240	3 377 348
Sous-total des charges d'exploitation liées à l'investissement	3 807 165	3 719 205	3 709 156	4 005 000
Titre I produits versés par l'assurance maladie	60 079 489	61 775 790	60 300 213	63 277 878
Part en % des charges liées à l'investissement / recettes T2A	6,34%	6,02%	6,15%	6,33%

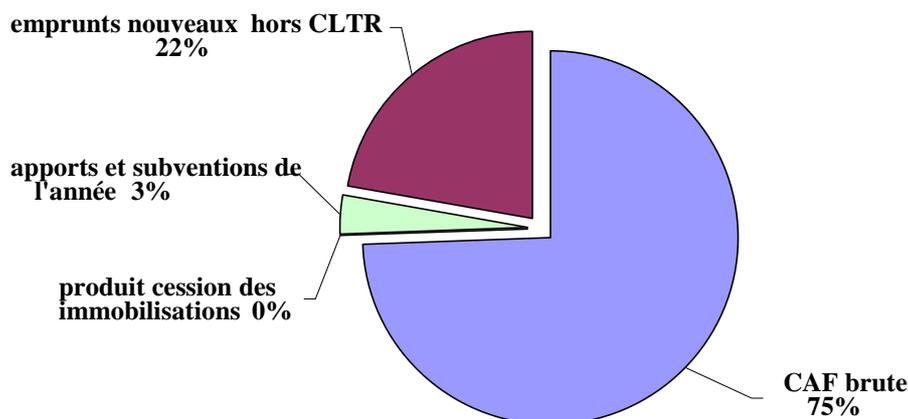
Source : CH Lons - comptes de gestion 2005 et comptes financiers à partir de 2006 - Données du budget principal

Dans les nouvelles dispositions liées à la mise en œuvre de la tarification à l'activité le poids de l'investissement dans le prix payé pour chaque GHS s'établit à 8 % en moyenne. Ainsi, la part des charges liées à l'investissement ne peut être supérieure à ce taux, ce qui est observé jusqu'à présent pour l'hôpital de Lons-le-Saunier.

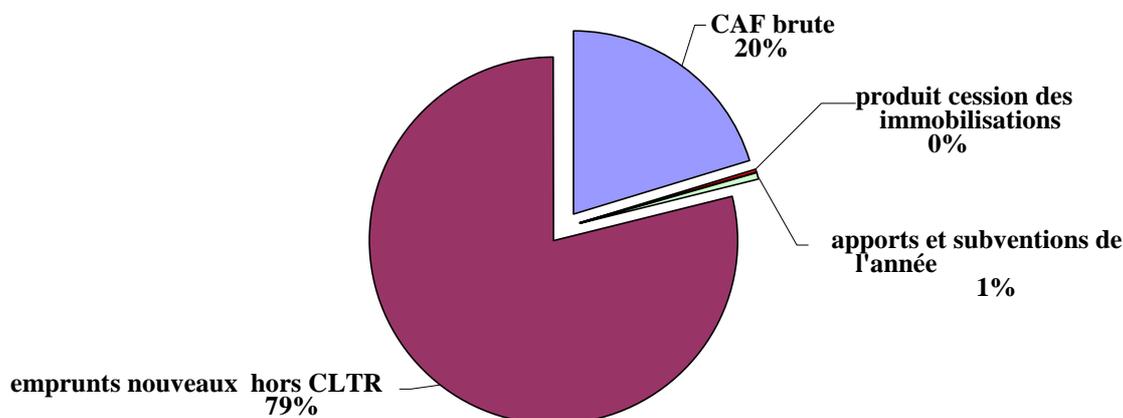
2.3.3 Le financement de l'investissement

Financement de l'investissement	2004	2005	2006	2007	2008	CUMUL 2004-2008
CAF brute	5 675 779	6 573 823	3 559 455	248 423	2 356 941	18 414 421
remboursement des emprunts hors CLTR (-)	945 188	803 843	4 184 515	969 060	2 711 079	9 613 685
CAF nette	4 730 591	5 769 980	- 625 060	- 720 637	- 354 138	8 800 736
investissement débit des c/20, 21 et 23 net (-)	4 703 349	5 183 978	5 974 068	9 567 712	9 080 887	34 509 994
Besoin de financement des investissements	27 242	586 002	6 599 128	10 288 349	9 435 025	26 935 746
produit cession des immobilisations crédit 775 (+)	946	9 500	95 269	2 700	9 200	117 615
apports et subventions de l'année (inclus le 10682) (+)	247 766	42 500	734 440	262 950	68 200	1 355 856
emprunts nouveaux hors CLTR (+)	1 700 000	900 000	649 552	8 650 000	9 110 000	21 009 552
Total financement de l'investissement	1 948 712	952 000	1 479 261	8 915 650	9 187 400	22 483 023
Apport (+) ou prélèvement (-) sur fonds de roulement	1 921 470	365 998	- 5 119 867	- 1 372 699	- 247 625	- 4 452 723
Taux d'emprunt sur les investissements	36,14%	17,36%	10,87%	90,41%	100,32%	60,88%

Structure des ressources d'investissement 2004



Structure des ressources d'investissement 2008



Depuis 2004, le centre hospitalier a vu la structure du financement de ses investissements évoluer dans le sens d'un accroissement du recours à l'emprunt. En effet, au début de la période examinée par la chambre, le financement de l'investissement était assuré à 75 % par des ressources propres et à hauteur de 22 % par l'emprunt (hors CLTR). En 2008, les investissements sont financés à hauteur de 79 % par des emprunts à long terme.

Cette évolution s'explique par le fait que l'établissement a financé les travaux et équipements prévus au contrat d'objectifs et de moyens 2002-2006 principalement par le recours à une gestion active de la trésorerie en associant une ligne de trésorerie à des emprunts de trésorerie (CLTR) dans un souci de minorer la charge de la dette au strict nécessaire lié à l'avancement des opérations.

Toutefois, à partir de 2007 et à mesure de la réception des travaux et de la mise en service des nouveaux équipements, ces emprunts de trésorerie ont été consolidés en emprunts à long terme. La conséquence de cette politique est un prélèvement sur le fonds de roulement de près de 4,45 M€ entre 2004 et 2008.

2.3.4 Le bilan fonctionnel et ses indicateurs financiers

Bilan fonctionnel synthétique

Structure financière	2004	2005	2006	2007	2008
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	75 107	- 1 008 424	- 5 916 754	- 3 820 801	- 2 781 426
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	4 239 148	6 853 065	6 630 625	3 089 250	1 982 022
Fonds de roulement net global (FRNG)	4 314 254	5 844 641	713 871	- 731 550	- 799 405
Besoin en fonds de roulement (BFR)	- 906 840	- 258 772	607 469	587 978	128 162
Trésorerie	5 221 094	6 103 412	106 402	- 1 319 528	- 927 567

Montants exprimés en €

Source : bilans comptes de gestion jusqu'en 2005 et comptes financiers à partir de 2006

Les données du tableau ont été retraitées.

2.3.4.1 Le fonds de roulement d'investissement

Le fonds de roulement d'investissement mesure l'excédent des ressources stables (apports, excédents affectés à l'investissement, subventions, emprunts et amortissements) sur l'actif immobilisé. Cet indicateur est resté négatif au cours de la période examinée. Au 31 décembre 2008, il correspondait à 12,6 jours négatifs d'exploitation. Ce résultat traduit un financement des investissements par la trésorerie et la substitution de ressources à court terme au recours à l'emprunt ; l'augmentation de l'actif sans ressources propres traduit la progression de l'emprunt.

2.3.4.2 Le fonds de roulement d'exploitation

Le fonds de roulement d'exploitation mesure la différence entre les ressources stables liées à l'exploitation (en particulier la réserve de trésorerie, les résultats et les provisions pour risques et charges d'exploitation) et à la créance de l'article 58. Cette créance s'établit à 2 961 948,98 € pour le centre hospitalier de Lons-le-Saunier. Elle était cependant compensée en 2008 à 74,5 % par une réserve de trésorerie de 2 208 320 €. La chambre relève qu'à l'occasion de la mise en place de la tarification à l'activité, l'hôpital s'est vu attribuer des avances de trésorerie en 2005 et en 2006 pour un montant total de 5 760 707,50 €, dont une partie est destinée à apurer totalement, à compter de 2008, cette créance de 2 961 948,98 €.

Néanmoins, le fonds de roulement d'exploitation de l'établissement est resté positif sur toute la période examinée. Au 31 décembre 2008, il atteignait 1,982 M€. Ce résultat représente plus de 9 jours d'exploitation, contre près de 18,5 jours pour la médiane des hôpitaux de la strate, soit un écart défavorable de 9,5 jours d'exploitation.

2.3.4.3 Le fonds de roulement net global

Le fonds de roulement net global est égal à la somme du fonds de roulement d'investissement et du fonds de roulement d'exploitation. Son évolution suit par conséquent celle des deux éléments qui le constituent. Le fonds de roulement net global de l'établissement s'établit à - 799 K€ au 31 décembre 2008, soit 3,6 jours (négatifs) de charges d'exploitation, contre près de 29,6 jours (positifs) pour la médiane des hôpitaux de la strate.

L'importance de l'écart constaté (plus de 33 jours) confirme, en l'occurrence, que l'hôpital de Lons-le-Saunier présente une situation financière particulièrement dégradée.

2.3.4.4 Le besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement correspond au besoin financier pour faire face au décalage entre les encaissements et les décaissements du cycle d'exploitation. Il est égal à la différence entre l'ensemble des créances et des dettes à court terme. Ainsi, une créance constatée et non encaissée génère un besoin de financement à court terme (le besoin en fonds de roulement est positif). À l'inverse, une dette constatée mais non encore payée vient diminuer ce besoin de financement à court terme. Le besoin en fonds de roulement peut alors être négatif.

Depuis 2006, l'hôpital de Lons-le-Saunier présente globalement un besoin en fonds de roulement positif, ce qui signifie que le décalage entre les encaissements et les décaissements ne permet pas de dégager une trésorerie suffisante pour assurer correctement son exploitation.

La chambre note que des avances de trésorerie reçues en 2005 et en 2006 pour un montant total de 5 760 707, 50 € avec la mise en place de la tarification à l'activité ont permis de limiter artificiellement ce besoin en fonds de roulement, qui correspondait au 31 décembre 2008 à 4,2 jours d'exploitation, contre 13,8 jours pour la médiane des hôpitaux de la strate. Cependant, ces avances devront être en partie remboursées par l'hôpital. En effet, le montant de la créance de l'article 58 fixé à 2,9 M€ devait en être déduit dès 2008 conformément aux dispositions de l'article 5 du décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

2.3.4.5 La trésorerie

Le montant de la trésorerie figurant au bilan fonctionnel correspond aux liquidités de l'établissement minorées des financements immédiatement exigibles (intérêts courus non échus, fonds déposés par les malades, dettes sur immobilisations en attente de paiement chez le comptable) et majorées des dotations à très court terme (DGF attendue jusqu'en 2005).

Malgré le recours à une ligne de trésorerie (4,52 M€ de moyenne journalière de tirage en 2007 et 2,88 M€ en 2008 du fait de la consolidation des emprunts liés à la fin de mise en œuvre des importantes opérations prévues au COM 2002-2006)⁵, l'établissement se trouve en situation de tension de trésorerie, alors même que les nouvelles modalités de financement reposant sur l'activité auraient dû lui permettre de faire face à ses engagements courants. Ainsi, la trésorerie de l'établissement présente au 31 décembre 2008 un solde négatif de 927 K€, représentant près de 4,2 jours de charges courantes d'exploitation, alors que la médiane des hôpitaux de la strate présente à la même date une trésorerie positive égale à 12,5 jours de charges courantes.

Fin 2008, l'hôpital de Lons-le-Saunier se caractérisait donc par un fonds de roulement net global négatif et une trésorerie négative. Il s'agit d'une situation qui traduit l'association d'une gestion active de la dette (l'hôpital a retardé le plus longtemps possible le recours à l'emprunt pour le financement de ses investissements durant la période

⁵ Source : rapports de gestion du directeur

intermédiaire des travaux) et l'utilisation d'une ligne de trésorerie. Ce modèle n'appellerait pas d'observation si l'établissement avait montré qu'il pouvait disposer structurellement de ressources à long terme pour équilibrer une augmentation du besoin en fonds de roulement (BFR). Cependant, l'hôpital de Lons-le-Saunier ayant largement mobilisé ses réserves du fait d'une insuffisance de subventions, notamment pour son important programme de restructuration des urgences, il ne lui reste plus d'autre choix que le recours forcé à l'emprunt à long terme pour retrouver des marges de manœuvres dans le financement de ses investissements. Ces éléments mettent également en lumière le **caractère dégradé de la situation financière du centre hospitalier**.

2.3.5 L'endettement

RATIOS D'ENDETTEMENT					
	2004	2005	2006	2007	2008
Encours de la dette au 31/12*	11 168 812	11 264 968	7 730 005	15 410 944	21 809 864
<i>dont CLTR</i>	8 229 249	8 614 874	2 062 250	8 595 136	2 048 021
Charges financières au 31/12	173 280	179 615	215 716	391 348	751 470
emprunts (c/6611)	154 657	148 854	181 317	209 917	627 652
ligne de trésorerie (c/6615)	18 623	30 761	34 399	181 431	123 818
Durée apparente de la dette (en année) (encours dette/CAF brute)	1,97	1,71	2,17	62,04	8,60
médiane de la strate	3,80	4,10	3,70	4,40	4,76
Indépendance financière (en %) (encours dette/SC 10 à 16 sf 1688 et 169)	25,4%	24,7%	17,2%	29,5%	36,8%

* solde créditeur des comptes 163, 164, 167 et 168 (sauf 1688)

Montants exprimés en €

Après avoir connu une évolution stable voire en diminution entre 2004 et 2006, du fait de la politique de gestion active de la trésorerie, l'encours de la dette a vivement progressé à compter de 2006, passant de 7,7 M€, à 21,8 M€ en 2008.

Le **ratio d'indépendance financière**, qui mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables par le rapport entre l'encours de la dette et les ressources stables, hors amortissements et provisions, s'établit au 31 décembre 2008 à 36,8 %. Ce taux place le **centre hospitalier de Lons-le-Saunier** légèrement **en dessous de la médiane des hôpitaux de sa catégorie**, qui atteint 40,28 % en 2008, traduisant ainsi pour celui-ci une situation plus favorable.

Quant à la durée apparente de la dette, qui est le rapport de l'encours de la dette sur la capacité d'autofinancement et qui permet de déterminer la capacité de désendettement de l'hôpital, elle s'est accrue à partir de 2007, s'établissant à plus de 62 années pour redescendre à 8,6 années au 31 décembre 2008, alors que la médiane des hôpitaux de la strate atteint 4,76 années à la même date.

2.4 L'analyse financière prospective

2.4.1 Les premiers résultats du contrat de retour à l'équilibre financier

2.4.1.1 Le contrat signé en 2008

Un contrat de retour à l'équilibre élaboré par l'hôpital a été signé le 5 décembre 2008 pour cinq ans. Il a été mis en œuvre dès le mois d'avril 2008 avec pour objectif de diminuer les dépenses de fonctionnement de 3,22 M€ sur trois ans et d'augmenter les recettes de 3,75 M€ d'ici à 2012. Ce contrat représente un effort à réaliser par l'établissement de près de 7 M€ sur cinq ans, ce qui paraît réalisable au regard du volume des dépenses et des recettes de cet hôpital.

Les mesures d'économies envisagées portent sur la réduction des charges de personnel (gains de 60 ETP), la rationalisation des dépenses pharmaceutiques et l'optimisation des dépenses hôtelières et logistiques. Les mesures concernant l'augmentation des recettes portent sur les gains de convergence attendus avec la mise en œuvre du coefficient de transition (coefficient multiplicateur du tarif des groupes homogènes de séjours, lié à la mise en œuvre de la tarification à l'activité), l'amélioration du codage entreprise depuis 2007, l'optimisation des filières des soins qui passe par l'amélioration des filières de prises en charge et une augmentation de l'activité de 11,1 % à l'échéance 2012, soit 2,11 % d'augmentation moyenne annuelle entre 2007 et 2012. L'ensemble de ces mesures et l'estimation de leur coût est résumé dans le tableau suivant :

Contrat de retour à l'équilibre financier 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Mesures d'économie						
Diminution des charges de personnel	672 000 €	1 344 000 €	404 000 €	- €	- €	2 420 000 €
Diminution des dépenses pharmaceutiques	124 000 €	248 000 €	58 000 €	- €	- €	430 000 €
Diminution des dépenses hôtelières et logistiques	104 000 €	208 000 €	58 000 €	- €	- €	370 000 €
Total des mesures d'économies	900 000 €	1 800 000 €	520 000 €	- €	- €	3 220 000 €
Augmentation des produits						
Gain de convergence		295 000 €	295 000 €	295 000 €	295 000 €	1 180 000 €
Optimisation du codage et de la facturation		100 000 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	475 000 €
Augmentation activité	750 000 €	355 000 €	330 000 €	330 000 €	330 000 €	2 095 000 €
Total augmentation des recettes	750 000 €	750 000 €	750 000 €	750 000 €	750 000 €	3 750 000 €
Effort de l'établissement	1 650 000 €	2 550 000 €	1 270 000 €	750 000 €	750 000 €	6 970 000 €

2.4.1.2 La situation à la fin de l'exercice 2008

COMPTE DE RESULTAT PRINCIPAL	DEPENSES EPRD 2008*	DEPENSES CA 2008	ECART CA-EPRD	RECETTES EPRD 2008*	RECETTES CA 2008	ECART CA-EPRD	COMPTE DE RESULTAT PRINCIPAL
Titre 1 - Charges de personnel	53 278 000,00	53 025 256,61	-252 743,39				Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie
dont personnel médicaux (642)	7 106 000,00	8 323 971,23	1 217 971,23	61 534 069,00	63 277 878,35	1 743 809,35	
dont personnel non médicaux (641)	26 938 000,00	27 082 975,65	144 975,65				
Titre 2 - Charges à caractère médical	13 084 597,00	12 927 131,14	-157 465,86	6 316 500,00	6 225 322,80	-91 177,20	Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	8 029 194,00	7 597 346,73	-431 847,27	6 056 400,00	7 261 963,98	1 205 563,98	Titre 3 - Autres produits
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	4 871 119,00	5 653 875,04	782 756,04				
TOTAL DES CHARGES	79 262 910,00	79 203 609,52	-59 300,48	73 906 969,00	76 765 165,13	2 858 196,13	TOTAL DES PRODUITS
RESULTAT PREVISIONNEL (BENEFICE)				5 355 941,00	2 438 444,39	-2 917 496,61	RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)
TOTAL EQUILIBRE	79 262 910,00	79 203 609,52	-59 300,48	79 262 910,00	79 203 609,52	-59 300,48	TOTAL EQUILIBRE

* EPRD initial hors décisions modificatives

L'analyse des résultats par rapport aux prévisions montre :

- pour les charges de personnel, une diminution de 252 000 € (hors paiement liés aux comptes épargne temps, d'un montant de 542 603 € financé par une dotation exceptionnelle), alors que le CREF prévoyait 672 000 € d'économies ;
- pour les charges à caractère médical, une baisse de 157 000 € contre 124 000 € attendus ;
- pour les charges à caractère hôtelier, une diminution de près de 432 000 € sur les 104 000 € prévus.

Sur ces trois postes de dépenses l'hôpital a bien économisé 841 000 € sur les 900 000 € attendus, hors paiements liés aux comptes épargne temps. Toutefois, le CREF n'a rien prévu sur le titre 4 des dépenses alors qu'elles ont augmenté de 782 000 €. En réponse au rapport d'observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur du CHG de Lons-le-Saunier a indiqué que « *l'augmentation des dépenses est liée aux opérations déjà engagées. Il y a bien eu un effort limité à contenir les dépenses de renouvellement courant.* »

Il en résulte que le total des charges est en diminution de 59 000 € au lieu des 900 000 € prévus par le CREF.

Les efforts réalisés en dépenses ont été annihilés par la progression des charges d'amortissement et des frais financiers résultant principalement du programme d'investissement de l'établissement.

En ce qui concerne les recettes, il était prévu au CREF une augmentation de l'activité permettant un gain net de 750 000 € dès 2008. Or, le résultat 2008 fait apparaître une

augmentation de 1,74 M€ des recettes du titre 1 provenant essentiellement de l'aide exceptionnelle de 2,15 M€ accordés par l'ARH. L'activité de l'hôpital n'a donc pas permis de réaliser les recettes supplémentaires prévues.

Le montant total des produits a augmenté de 2,86 M€ en raison d'une augmentation non prévue du titre 3 pour 1,2 M€, due pour moitié à une dotation exceptionnelle destinée à la résorption des comptes épargne temps. Cette augmentation conjuguée à l'aide exceptionnelle de l'ARH de 2,15 M€ a permis à l'hôpital de limiter son déficit à 2,4 M€ contre 5,3 M€ prévus à l'origine.

La chambre observe que les premiers résultats obtenus en 2008 dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier sont dus davantage à l'aide exceptionnelle de l'ARH de Franche-Comté qu'aux mesures mises en œuvre par l'établissement.

2.4.2 Les tendances de l'EPRD de l'année 2009

COMPTE DE RÉSULTAT PRINCIPAL CHARGES	DÉPENSES 2008 RÉALISÉES	ÉCONOMIES 2009 PRÉVUES PAR CREF	DÉPENSES EPRD 2009 VOTÉ
Titre 1 - Charges de personnel	53 025 256,61	1 344 000 €	53 672 000,00
Titre 2 - Charges à caractère médical	12 927 131,14	248 000 €	12 475 046,67
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	7 597 346,73	208 000 €	7 675 203,10
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	5 653 875,04		5 186 323,85
TOTAL DES CHARGES	79 203 609,52	1 800 000,00	79 008 573,62
RESULTAT PREVISIONNEL (BENEFICE)			
TOTAL ÉQUILIBRE	79 203 609,52	1 800 000,00	79 008 573,62

COMPTE DE RÉSULTAT PRINCIPAL PRODUITS	RECETTES 2008 RÉALISÉES	GAINS 2009 PRÉVUS PAR CREF	RECETTES EPRD 2009 VOTÉ
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie gain de convergence optimisation du codage augmentation de l'activité	63 277 878,35	750 000,00 295 000,00 100 000,00 355 000,00	62 148 598,94
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	6 225 322,80		6 316 500,00
Titre 3 - Autres produits	7 261 963,98		6 576 034,28
TOTAL DES PRODUITS	76 765 165,13	750 000,00	75 041 133,22
RÉSULTAT PRÉVISIONNEL (DEFICIT)	2 438 444,39		3 967 440,40

L'état prévisionnel des dépenses et recettes 2009 a été conçu en prenant en compte à la fois les mesures d'économies et l'augmentation de recettes prévues au CREF. De plus, il intègre les conséquences budgétaires liées à la reprise par l'hôpital de Lons-le-Saunier de l'ensemble des charges et produits liés au transfert au 1^{er} janvier 2009 de l'activité de chirurgie de l'hôpital de Champagnole.

Ainsi, les principaux éléments relatifs aux dépenses pour cet EPRD sont retracés dans les tableaux suivant :

Construction de l'enveloppe budgétaire des dépenses de titre 1 (2009)

Etape	Montant	Observations
Dépenses réalisées en 2008	53 025 256,61	Base de départ pour l'EPRD 2009
Effet "Champagnole"	1 354 000,00	Surcoût intégration Champagnole (5 PM + 15 PNM)
CREF phase 09	-1 344 000,00	Economies prévues au CREF en 2009
Postes PM à pourvoir	316 103,39	budget 2008 non consommé
Effet valeur (GVT, mesures salariales)	320 640,00	approximativement 0,60 % des dépenses prévues
EPRD 2009 TITRE 1	53 672 000,00	

Construction de l'enveloppe budgétaire des dépenses de titre 2 (2009)

Etape	Montant	Observations
Dépenses réalisées en 2008	12 927 131,14	Base de départ pour l'EPRD 2009
Effet "Champagnole"	175 000,00	Surcoût intégration Champagnole (molécules pharma et consommables médicaux)
CREF phase 09	-248 000,00	Economies prévues au CREF en 2009
Evolution attendue MO/DML	-379 084,47	Baisse molécules et DM onéreux = 3 209 000 € - 3 588 084,47 €
EPRD 2009 TITRE 2	12 475 046,67	

Construction de l'enveloppe budgétaire des dépenses de titre 3 (2009)

Etape	Montant	Observations
Dépenses réalisées en 2008	7 597 346,13	Base de départ pour l'EPRD 2009
Effet "Champagnole"	100 000,00	Surcoût intégration Champagnole (informatique, blanchisserie, transports, alimentation)
CREF phase 09	-208 000,00	Economies prévues au CREF en 2009
Effets "hausse des prix"	185 856,97	augmentations incompressibles notamment assurance RC, énergies...
EPRD 2009 TITRE 3	7 675 203,10	

Les recettes ont bien intégré à la fois les prévisions du CREF et le caractère non reconductible de l'aide de 2,150 M€ accordée fin 2008. Elles prennent en compte les modifications de la tarification à l'activité dans sa onzième version mise en œuvre au 1^{er} mars 2009.

Construction de l'enveloppe budgétaire des recettes de titre 1 (2009)

Etape	Montant	Observations
CA 2008	63 277 878,35	Base de départ pour l'EPRD 2009
CREF phase 09	750 000,00	
Soutien 2008 non reconductible	-2 150 000,00	cf. courrier budgétaire = DM n°2 du 10/12/2008
Réajustement recettes T2A variables	270 720,59	réactualisations T2A = intégration Champagnole, effet codage V11, variation MO/DML...
EPRD 2009 TITRE 3	62 148 598,94	

La prévision budgétaire pour 2009 semble avoir été sincère et réaliste au regard des éléments dont disposait l'hôpital lors de l'élaboration de ses prévisions. Cependant, l'impact de l'accueil de l'activité de chirurgie de l'hôpital de Champagnole ne sera pas neutre car l'activité supplémentaire escomptée ne pourra être réalisée du fait de l'absence pour raison médicale (arrêt maladie...) durant les quatre premiers mois de 2009 d'un chirurgien de Champagnole transféré à Lons-le-Saunier (cf. *infra* dans le présent rapport).

2.4.3 L'impact du coefficient de transition

Le passage à 100 % en 2008 de la part tarifée à l'activité a été acté pour l'ensemble des établissements publics de santé et devrait avoir un plein effet en 2018. Ce changement de fraction tarifaire (passage à 100 %) s'est accompagné d'une baisse prévisionnelle de 3,7 % des tarifs au 1^{er} janvier 2008 justifiée par la volonté d'inciter les hôpitaux à se porter sur des activités jugées prioritaires au plan national (cancer, soins palliatifs, addictologie, etc.).

Parallèlement, les pouvoirs publics ont souhaité conserver une progressivité de l'impact de cette réforme en introduisant le principe de convergence. Cette situation se traduit par un taux de convergence propre à chaque établissement et qui constitue un coefficient multiplicateur du tarif des groupes homogènes de séjours (GHS). Les établissements considérés comme « sur-dotés » ont un taux supérieur à 1 et les établissements « sous-dotés » un taux inférieur à 1. Chaque année, ces taux se rapprocheront de la valeur 1, ce qui conduira progressivement à l'équité entre tous les établissements de santé au terme de la période envisagée, d'abord 2012 puis maintenant 2018.

Ce coefficient a été fixé pour le centre hospitalier de Lons-le-Saunier à 0,9778 au 1^{er} mars 2008, ce qui traduit le fait que l'établissement a été jugé comme sous-doté.

D'après les éléments fournis par le département de l'information médicale (DIM) et la direction des finances, et dans l'hypothèse où le volume des activités tarifées en 2008 serait à un même niveau en 2009, le montant des recettes encaissées en 2009 par l'établissement (T2A et DAC) devrait ainsi augmenter de 357 K€ par rapport à 2008 sous le double effet de la baisse des tarifs et de l'augmentation du coefficient de transition applicable à l'établissement fixé pour 2009 à 0,9852.

Ainsi, le contrat de retour à l'équilibre financier prévoit une augmentation de 295 K€ par an de 2009 à 2012.

2.4.4

L'analyse prospective de l'investissement

Financement prévisionnel de l'investissement

	2009	2010	2011	2012	2013
EMPLOIS					
Insuffisance d'autofinancement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	10 806 324,56	2 815 109,22	3 056 937,28	2 963 854,49	2 899 920,27
<i>dont CLTR</i>	9 090 402,16				
Titre 2 - Immobilisations	4 995 137,24	4 462 163,13	2 026 000,00	2 026 000,00	2 026 000,00
<i>Immobilisations incorporelles</i>	50 000,00	50 000,00			
<i>Terrains</i>					
<i>Agencements et aménagements de terrains</i>					
<i>Constructions sur sol propre</i>	866 000,00	740 203,13	540 000,00	540 000,00	540 000,00
<i>Constructions sur sol d'autrui</i>					
<i>Installations techniques, matériel et outillage industriel</i>	1 454 720,00	2 496 000,00	1 006 000,00	1 006 000,00	1 006 000,00
<i>Autres immobilisations corporelles</i>	1 541 226,00	1 175 960,00	480 000,00	480 000,00	480 000,00
<i>Immobilisations en cours</i>	1 083 191,24				
Titre 3 - Autres emplois	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DES EMPLOIS	15 801 461,80	7 277 272,35	5 082 937,28	4 989 854,49	4 925 920,27
RESSOURCES					
Capacité d'autofinancement	2 970 233,96	3 938 915,47	3 668 582,57	4 489 503,12	4 584 434,29
Titre 1 - Emprunts	15 385 603,24	2 951 458,00	1 380 000,00	510 000,00	350 000,00
<i>dont CLTR</i>	9 090 402,16				
Titre 2 - Dotations et subventions d'investissement	207 093,00	414 186,00	0,00	0,00	0,00
<i>Apports, dotations et réserves</i>	207 093,00	414 186,00	0,00	0,00	0,00
<i>Subventions d'équipement reçues</i>					
Titre 3 - Autres ressources	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DES RESSOURCES	18 562 930,20	7 304 559,47	5 048 582,57	4 999 503,12	4 934 434,29

Pour 2009, après prise en compte des mouvements en dépenses et recettes des CLTR, le remboursement net de la dette est de 1,715 M€ et l'augmentation de la dette est de 6,295 €. Il en résulte une augmentation de la dette nette de 4,579 M€ pour financer 4,995 M€ d'investissement, ce qui donne un taux d'emprunt sur investissement d'environ 91 %. Cette situation prend en compte l'ensemble des programmes d'investissement inclus dans le contrat d'objectifs et de moyens pour la période 2002-2006, exception faite de la cuisine centrale prévue pour 1,096 M€ fin 2010 ainsi que le dossier patient informatisé prévu pour 1,784 M€ fin 2010. Ce dernier dossier doit faire l'objet d'une subvention de 0,62 M€ versée par l'assurance maladie. Les autres projets d'investissement concernent le renouvellement courant des équipements pour un montant 1,93 M€ par an à partir de 2010 (1,33 M€ en 2009).

L'hôpital n'envisage plus d'engager de nouveaux projets en dehors des renouvellements nécessaires à l'activité des services. Ce plan global de financement paraît réaliste à l'exception de l'insuffisance de financement constaté pour le dossier patient porté par le groupement de coopération sanitaire EMOSIST Franche-Comté.

2.5 Synthèse sur le diagnostic financier et comptable

La mise en place des nouvelles procédures budgétaires a permis à l'hôpital de Lons-le-Saunier une meilleure adéquation entre prévisions et réalisations budgétaires, ainsi qu'une meilleure information du conseil d'administration et de la tutelle sur les orientations budgétaires de l'établissement. Conformément à la réglementation en vigueur, les reports de charges et de produits n'ont, à compter de 2007, plus d'effet sur les résultats budgétaires de l'hôpital de Lons-le-Saunier.

Les résultats budgétaires ont été partiellement faussés par la politique de provisions menée par l'établissement. Le montant des provisions relatives au compte épargne temps et à la prise en charge des surcoûts de fonctionnement liés à l'investissement hospitalier a été insuffisant. Dans le même temps, les montants inscrits en provisions depuis 2005 au compte de dépréciation des comptes des redevables ont été trop importants au regard de la réalité constatée chaque année. Il en résulte que le déficit réel de l'hôpital de Lons-le-Saunier se serait élevé à la clôture de l'exercice 2008 à 3,9 M€ contre 2,4 M€ sans aide exceptionnelle de l'assurance maladie. Toutefois, ce résultat budgétaire 2008 recalculé doit être regardé indépendamment des résultats des années précédentes, c'est-à-dire sous réserve que l'insuffisance de provisionnement constatée les années précédentes n'ait pas été corrigée.

Par ailleurs, durant la période soumise à l'examen de gestion, cet établissement n'a pas réussi à dégager une capacité d'autofinancement suffisamment importante pour assurer le financement des investissements prévus au contrat d'objectifs et de moyens signé le 22 décembre 2003.

Le financement des investissements a été effectué dans un premier temps, c'est-à-dire de 2003 à 2007, par le recours à une gestion active de la trésorerie en associant une ligne de trésorerie à des emprunts de trésorerie (CLTR) et, dans un second temps et à mesure de la réception des travaux et de la mise en service des nouveaux équipements, ces emprunts de trésorerie ont été consolidés en emprunts à long terme. De plus, la chambre note que les subventions attendues dans le cadre de ces investissements n'ont pas été intégralement versées, ce qui a pour conséquence une baisse cumulée du fonds de roulement de près de 3,3 M€ entre 2004 et 2008, ainsi qu'une augmentation sans précédent de l'endettement.

Fin 2008, l'hôpital de Lons-le-Saunier se caractérisait donc par un fonds de roulement net global négatif et une trésorerie négative. Cette situation n'appellerait pas d'observation si l'établissement avait montré qu'il pouvait disposer structurellement de ressources à long terme, ce qui n'est pas le cas. Cet hôpital n'a pas d'autre choix que le recours à l'emprunt pour retrouver des marges de manœuvre pour le financement de ses investissements futurs, même réduits au strict nécessaire.

Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) signé le 5 décembre 2008 pour la période 2008-2012 représente un effort d'économies et de gains de recettes supplémentaires pour l'établissement de près de 7 M€. Cependant, les premiers résultats observés en 2008 n'ont pu être atteints que grâce à une dotation exceptionnelle d'équilibre de 2,15 M€, contre 1,5 M€ initialement prévus, ainsi que par une réduction des charges d'hôtellerie très supérieure aux prévisions et une majoration des recettes au titre des autres produits. Cependant, les gains attendus de l'augmentation de l'activité comme de la réorganisation de la gestion des ressources humaines (révision des dispositions de mise en œuvre de l'ARTT et réorganisation des tâches et travail en équipe) se faisaient encore attendre fin 2008. En ce qui

concerne la tendance de l'année 2009, si l'EPRD 2009 a bien été construit sur des bases sincères et vérifiables, les gains d'activité escomptés par le transfert de l'activité de chirurgie de Champagne à Lons-le-Saunier ne seront pas atteints.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, l'hôpital ne peut plus envisager d'engager de nouveaux projets en dehors du renouvellement minimum nécessaires à l'activité de ses services.

3 Le diagnostic médico-économique

3.1 Le pilotage médico-économique de l'établissement

3.1.1 Le recensement des outils de pilotage disponibles

Le centre hospitalier de Lons-le-Saunier n'adhère pas à la base du CHU d'Angers mais à celle de la banque de données hospitalière de France, gérée par la Fédération hospitalière de France. Cette banque de données collecte des informations à partir des comptes de gestion et financiers et recueille les données de grandes bases nationales telles le PMSI et la statistique annuelle d'établissement (SAE).

En outre, l'établissement a réalisé en 2008 une démarche de diagnostic « Flash hospitalier », sur la base des données 2007, dans le cadre de l'élaboration de son contrat de retour à l'équilibre financier. Cet instrument mesure la performance de l'établissement de santé autour de quatre axes : financier, patient, processus, ressources humaines. Cet outil d'analyse permet d'examiner la dynamique de l'établissement en observant l'ensemble des indicateurs sur trois années.

La création de pôles d'activités a conduit l'hôpital de Lons-le-Saunier à mettre en place d'autres outils de pilotage que sont les tableaux coûts *case-mix* (TCCM) et les comptes de résultat analytique (CREA) par pôle.

La chambre observe que si une comptabilité analytique a été mise en place permettant d'élaborer des CREA par pôle, elle reste encore mal exploitée du fait de l'insuffisance des moyens affectés au contrôle de gestion. Un agent (pour 40 % d'un plein temps) est affecté au contrôle de gestion. Au début juin 2009, les données analytiques de l'année 2008 ne sont toujours pas disponibles. Dans une réponse du 3 juin 2009, un représentant de l'établissement reconnaît que « *la comptabilité analytique 2008 n'[est] pas disponible compte tenu du nombre important de dossiers en cours pour les services financiers* ». Ainsi, il apparaît que l'établissement n'a pas mis en œuvre les moyens suffisants, notamment en personnels, pour permettre d'élaborer rapidement les nombreux indicateurs nécessaires à une connaissance précise de l'activité médico économique de l'année écoulée.

Enfin, le centre hospitalier de Lons-le-Saunier ne dispose pas de tableaux de bord de pilotage par pôle, ce qui ne lui permet pas de suivre de manière infra-annuelle l'activité et la consommation des moyens pour chaque pôle d'activité. Cette situation est d'autant plus dommageable que précisément l'établissement a mis en place un contrat de retour à l'équilibre financier dont le suivi nécessite un tel outil. L'établissement en ne mettant pas en place les procédures de contractualisation interne avec ses pôles d'activité créés en 2007, se prive des informations relatives à chaque pôle.

En réponse au rapport d'observations provisoires formulées par la chambre, le directeur de l'hôpital a indiqué, toutefois, que « *l'établissement souhaite signaler que, si, en effet, il n'a pas institué de tableaux de bord de pilotage par pôle pour lui permettre de suivre la consommation de ses moyens, il produit néanmoins chaque mois aux unités médicales l'activité et des indicateurs médico économiques. Par ailleurs [...] un suivi budgétaire est réalisé tous les mois, certes globalement (dépenses, effectifs) et sans dimension analytique. Il est analysé avec les services gestionnaires.* » La chambre prend note de ces éléments de réponse mais juge encore insuffisants les outils de pilotage qui ont été portés à sa connaissance.

Les instruments de pilotage mis en place par l'hôpital de Lons-le-Saunier restent limités à des outils encadrés nationalement. Les seuls éléments d'information récents et fiables s'appuient sur les données médico-économiques du département de l'information médicale (DIM) et sur les données analytiques fournies par les directions fonctionnelles. Ces données sont présentées dans le rapport annuel de gestion du directeur.

3.1.2 La qualité du dialogue de gestion

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 instaure une nouvelle gouvernance basée sur un partenariat renforcé entre médecins et directeurs au travers de la contractualisation interne. Elle initie, de fait, un dialogue de gestion.

Celui-ci est défini par l'article L. 6145-16 du code de la santé publique : « *les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'une part, et chaque responsable de pôle, d'autre part définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur. Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle [...] selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif* ».

Or, force est de constater qu'en juin 2009, à l'hôpital de Lons-le-Saunier, aucun contrat n'a été conclu entre le directeur de l'établissement et les responsables des pôles d'activité clinique et médico-technique. Les chefs de pôle ne disposent d'aucune délégation de gestion en matière budgétaire et de ressources. Les pôles ne bénéficient d'aucun mécanisme d'intéressement aux résultats performants de leur gestion.

Si la mise en œuvre d'outils de pilotage comme la comptabilité analytique et les tableaux coûts-case mix constituent les éléments nécessaires au pilotage de l'organisation de l'hôpital de Lons-le-Saunier, ces outils sont cependant insuffisants pour mettre en place un véritable dialogue de gestion entre les chefs de pôles et l'administration.

La chambre observe qu'un effort important en matière de contractualisation avec les pôles doit être réalisé par l'hôpital afin de parvenir à établir un meilleur dialogue de gestion. La chambre invite également l'établissement à renforcer les moyens qu'il affecte au contrôle de gestion.

3.1.3 L'organisation des pôles

Les pôles d'activité au centre hospitalier de Lons-le-Saunier ont été créés par délibération du conseil d'administration du 10 septembre 2007 après avis de la commission médicale d'établissement (CME) et sur proposition du conseil exécutif qui s'est réuni à plusieurs reprises sur le sujet. Ils sont au nombre de neuf et regroupent les services et unités fonctionnelles de la manière suivante :

Dénomination du pôle	Services et/ ou Unités fonctionnelles membre du pôle	Nbre de lits ou places installés au 31/12/2007	Effectifs (ETP) moyens annuels 2007		Résultat 2007
			personnel médical	personnel non médical	
1- Pôle Urgences	UHCD	6	1,00	16,36	- 991 123,77 €
	SAU (service d'accueil des urgences)		11,08	27,79	- 158 470,17 €
	SAMU (centre 15)		0,50	0,40	
	SMUR		4,50	13,79	- 85 410,99 €
	Médecine légale		0,10		
	Dépôt de sang			4,00	
	Soins aux détenus		0,40	1,00	- 2 577,45 €
	Service mortuaire				
	Médecine Polyvalente d'orientation	12	1,60	17,46	- 184 916,60 €
Prélèvements d'organes			0,50		
TOTAL	18	19,18	81,30	- 1 422 498,98 €	
2- Pôle Anesthésie-Réanimation-Douleur	Réanimation polyvalente	8	4,00	28,03	- 1 100 086,21 €
	Anesthésiologie		8,42	14,72	
	Consult externes Anesthésie		0,94	0,80	- 46 355,14 €
	Unité d'évaluation et traitement de la douleur		1,02	2,50	- 10 677,98 €
TOTAL	8	14,38	46,05	- 1 157 119,33 €	
3- Pôle chirurgie	Chirurgie A (service 1+4)	59	4,35	57,71	342 471,28 €
	Chirurgie B (service 2+3)	44	3,03	45,28	22 354,66 €
	Ophthalmologie	compris dans Chir A	compris dans Chir A	compris dans Chir A	
	ORL	compris dans Chir A	compris dans Chir A	compris dans Chir A	
	Urologie	compris dans Chir B	compris dans Chir B	compris dans Chir B	
	Stomatologie	compris dans Chir B	compris dans Chir B	compris dans Chir B	
	Bloc opératoire		4,78	30,38	- 20 509,71 €
	Rééducation fonctionnelle		0,05	5,51	
TOTAL	103	12,21	138,88	344 316,23 €	
4- Pôle médecine	Médecine 2	30	4,05	31,66	237 830,10 €
	Médecine 3	30	2,43	29,84	474 724,48 €
	Médecine 4	28	4,11	40,84	843 211,88 €
	Médecine 6	11	2,01	13,85	285 381,47 €
	Consultations externes (plateau central)		7,57	28,67	- 855 754,78 €
	EFSN		1,86	4,75	- 144 861,39 €
	ELSA Addictologie		0,50	1,27	32 762,99 €
	Unité mobile d'éducation thérapeutique		0,25	4,15	- 148 886,69 €
	CDAG VIH VHC		0,09	0,18	- 8 221,54 €
	Consultation anti tabac		0,20	0,20	- 2 831,01 €
TOTAL	99	23,07	155,41	713 355,51 €	
5- Pôle oncologie - Infectiologie	Médecine 1	27	3,18	27,45	410 298,62 €
	Médecine 5	30	2,81	36,92	- 160 332,22 €
	Hospitalisation de jour	9	0,45	7,86	- 337 209,02 €
	Soins palliatifs		0,80	2,03	55 026,45 €
	Consult Externes secteur cancéro		1,30	3,01	- 41 172,76 €
	Pharmacie		2,63	10,34	
	Stérilisation centrale			13,37	
TOTAL	66	11,17	100,98	- 73 388,93 €	
6- Pôle Femme - Enfant	Pédiatrie-Néonatalogie	30	6,03	48,77	- 697 703,84 €
	Gynécologie	22	1,19	25,89	- 1 596 467,57 €
	Obstétrique	27	1,79	36,34	643 801,04 €
	Bloc gynécologique		1,00	36,72	- 119 524,87 €
	Consult externes Mère-Enfant		6,18	6,24	- 419 699,43 €
TOTAL	79	16,19	153,96	- 2 189 594,67 €	
7- Pôle gériatrique	Maison de retraite	80	0,20	40,66	- 142 558,41 €
	Soins de suites et de réadaptation (SSR)	40	3,00	42,35	- 439 950,61 €
	Consult externes Gériatrie		0,20	0,10	- 21 849,84 €
	Unité de soins de longue durée	80	0,60	62,49	- 132 001,13 €
	Equipe mobile de gériatrie		compris dans SSR	compris dans SSR	
TOTAL	200	4,00	145,60	- 736 359,99 €	
8- Pôle médico-technique	Laboratoire		3,00	29,04	5 469,50 €
	Radiologie		3,40	22,27	- 113 461,60 €
	Lutte contre infections nosocomiales		1,00	2,68	
	Information médicale		0,80	5,59	
	Archives médicales			4,48	
	Brancardage Transport			28,23	
	Pool de remplacement			ventilés	
	Service de nuit			ventilés	
TOTAL	0	8,20	92,29	- 107 992,10 €	

Dénomination du pôle	Services et/ ou unités fonctionnelles	Effectifs (ETP) moyens	Résultat 2007
9- Pôle administratif-logistique-technique	Direction générale	2.00	Non communiqué
	Direction des soins	4.00	
	Directions des ressources humaines	15.25	
	Directions des affaires financières	5.30	
	Direction des services économiques	10.04	
	Service de santé au travail	2.82	
	Service social aux malades	3.54	
	Bureau des entrées	18.46	
	Cellule qualité	2.00	
	Cuisines - diététique	29.30	
	Lingerie buanderie	4.99	
	Transport logistique	11.05	
	Ateliers	14.32	
	Jardins	2.00	
	Entretien biomédical	3.24	
	Magasin	4.08	
	Informatique	3.83	
	Formation promotion professionnelle	17.99	
	IFSI	3.60	
	Nettoyage	8.09	
Communications	11.09		
Culte aumônerie	1.00		
	TOTAL	177.99	- €

Le découpage des pôles proposé par le conseil exécutif et validé par le conseil d'administration apparaît peu cohérent d'un point fonctionnel. À titre d'exemple, le pôle urgences associe aux services d'urgence (SAMU, SMUR SAU) le service mortuaire, la médecine légale, le service de soins aux détenus. De même, le pôle anesthésie, réanimation, douleur n'associe pas le bloc opératoire alors même qu'il en est directement dépendant. Le bloc opératoire est rattaché au pôle chirurgie qui regroupe les services spécialisés en ORL, ophtalmologie, urologie et stomatologie.

L'hôpital justifie ce découpage en indiquant que, « [son] choix s'est porté à l'époque sur une solution pragmatique et réaliste, appelée à être évaluée après cinq ans de fonctionnement. Cette solution tient compte de la cohérence des pôles sur le plan médical et économique, de l'état des coopérations entre services et de la "gouvernabilité" interne de chaque pôle (possibilité de trouver un chef de pôle motivé et reconnu par ses pairs, et donc notamment reconnaissance du pôle comme unité principale de management et interlocuteur de la direction en lieu et place des services) ». Il faut donc voir dans le découpage réalisé moins un modèle parfait d'organisation des soins que la traduction d'une volonté de légitimer le management par pôle auprès des médecins et des cadres afin de susciter l'adhésion du corps médical à une nouvelle organisation.

Selon l'hôpital, le bilan de ce découpage est le suivant : la cohérence médicale semble correcte, à témoin dans la plupart des pôles, de vraies concertations existent entre les équipes médicales sur des objectifs communs. Toutefois, la cohérence économique reste de l'aveu même de l'hôpital « perfectible, mais ceci est moins un problème de découpage que de structure de l'établissement ». En effet, la plupart des pôles sont géographiquement dispersés, ce qui freine d'éventuelles mises en commun de moyens.

Toutefois, pour l'hôpital, ce premier découpage prépare la voie à de futurs regroupements (pôle médecine et oncologie notamment, pôle chirurgie et anesthésie, pôle urgences et réanimation soit à terme sept pôles) qui permettraient de renforcer des coopérations existantes ou à venir. Dans sa réponse du 3 juin 2009, le directeur précise qu'« *on pourrait certes imaginer des transferts de services, mais nous avons dû renoncer à cette idée compte tenu des coûts induits et de l'état de notre compte financier. Il ne vous échappera pas que depuis 2004, le plan directeur a été stoppé et qu'aucun nouveau projet n'a été introduit (sauf opérations déjà programmées ou en cours urgences et maternité). Il demeure que nous avons pu profiter d'un découpage analytique opérationnel et discuter avec les différents pôles sur des bases d'activité et de dépenses cohérentes. La gouvernance des pôles est satisfaisante. Dans la plupart des cas, les exécutifs de pôle sont reconnus et actifs, tant dans leurs relations avec le CE et la direction qu'à l'intérieur du pôle. Les services demeurent mais ils sont plus des unités d'organisation médicale que de dialogue médico-économique. Il reste que la taille de l'établissement est un peu limitée pour profiter à plein de cette réforme. Si nous voulons être efficaces et pragmatiques les pôles sont trop petits, et ne génèrent pas de vraies économies. Si nous les augmentons, ils n'ont plus de cohérence médicale et deviennent ingouvernables. Difficile équation qui résume une fois de plus les problèmes de masse critique de l'établissement* ».

Comme la chambre l'a observé précédemment (cf. §3.1.2), bien que les relations entre les chefs de pôle et la direction soient bonnes, aucun pôle n'a fait l'objet (ne serait-ce qu'à titre expérimental) d'un contrat d'objectifs et de moyens et aucune délégation au sens de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique n'a été accordée aux responsables de pôle. Cette situation constitue un frein à la prise de décision rapide en matière d'organisation des soins.

L'absence de délégation formelle en matière budgétaire et de gestion des effectifs rend difficile la conduite du changement à l'hôpital, notamment dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier signé fin 2008. Ce handicap est accentué par une absence de pouvoir hiérarchique tant des responsables de pôles que des cadres de santé des pôles sur leurs collègues.

Pour ce qui concerne les relations entre chefs de pôle et médecins, des progrès pourraient être faits. En effet, les chefs de pôle ont été choisis, comme l'indique le directeur dans sa réponse du 3 juin 2009, pour leur personnalité diplomatique et consensuelle et ils sont vus par leurs confrères comme étant premiers parmi leurs égaux ; de ce fait, en l'absence de pouvoir hiérarchique direct, il est difficile pour ceux-ci d'exercer leur autorité dans la conduite du changement. Cette situation est accentuée par l'évolution défavorable de la démographie médicale qui place l'établissement en pénurie de médecins dans certaines spécialités notamment en anesthésie, cardiologie et neurologie, ce qui l'oblige à recourir à des cabinets privés de recrutement, afin de pourvoir les postes vacants.

La chambre observe donc que la mise en place des pôles à l'hôpital de Lons-le-Saunier reste perfectible au niveau de l'organisation et qu'elle ne s'est pas accompagnée des outils de délégation de gestion pourtant prévus à l'article L. 6145-16 du code de la santé publique. Elle recommande d'engager rapidement une démarche de contractualisation en concertation avec les médecins responsables des pôles.

3.2 L'activité de l'établissement

3.2.1 Les principales données d'activité

Évolution de l'activité MCO de 2004 à 2008

ACTIVITÉ		2004	2005	2006	2007	2008	Variation moy. annuelle
Médecine	Nombre de lits installés	173	202	206	206	204	4.21%
	Nombre d'entrées réalisées	12 787	14 061	14 765	14 665	14 813	3.75%
	Nombre de journées réalisées	64 864	67 442	72 260	71 347	69 776	1.84%
	Taux d'occupation	97.44%	97.97%	95.24%	93.91%	91.91%	-1.45%
	Durée moyenne de séjours (jours)	5.07	4.80	4.89	4.87	4.71	-1.83%
Chirurgie	Nombre de lits installés	103	107	103	103	103	0.00%
	Nombre d'entrées réalisées	4 851	5 268	5 164	5 116	5 161	1.56%
	Nombre de journées réalisées	26 478	28 013	26 664	25 866	25 042	-1.38%
	Taux d'occupation	74.80%	75.81%	72.25%	70.49%	68.92%	-2.03%
	Durée moyenne de séjours (jours)	5.46	5.32	5.16	5.06	4.85	-2.90%
Gynéco-obstétrique	Nombre de lits installés	45	52	46	45	46	0.55%
	Nombre d'entrées réalisées	2 626	2 597	2 827	2 726	2 840	1.98%
	Nombre de journées réalisées	10 412	10 070	11 606	10 474	10 543	0.31%
	Taux d'occupation	63.74%	61.02%	65.40%	64.70%	62.22%	-0.60%
	Durée moyenne de séjours (jours)	3.96	3.88	4.11	3.84	3.71	-1.63%

Source : CH Lons - rapports de gestion de 2004 à 2008

L'activité globale en médecine, chirurgie, et obstétrique de l'hôpital de Lons-le-Saunier augmente régulièrement en courts séjours tant en nombre d'entrées que de journées réalisées. En outre, la durée moyenne de séjours diminue régulièrement sur la période examinée.

Le taux d'occupation des lits en chirurgie, diminue de plus de 2 % par an en moyenne entre 2004 et 2008, en passant de 74,8 % en 2004 à 68,9 % en 2008. La chambre invite l'établissement à en examiner les conditions permettant une amélioration.

L'hôpital semble atteindre les limites de la saturation en médecine puisque le taux d'occupation des lits reste largement au dessus des 90 % sur toute la période examinée. La médiane des hôpitaux de la strate (CH réalisant plus de 16 000 séjours) se situe en 2007 sur cette activité à 85,3 %.

Au total, la chambre observe que l'activité du centre hospitalier progresse de manière modérée entre 2004 et 2008.

3.2.2 L'examen de l'activité au regard du PMSI

3.2.2.1 L'activité ambulatoire

Nombre de GHS réalisés par catégorie majeure de diagnostic (CMD)	2004	2005	2006	2007	2008
GHS MCO (CMD 1 à 23)	12 774	12 979	13 333	13 502	13 612
GHS CMD 24 (séances et séjours de moins de 48 heures)	7 993	9 050	7 058	5 544	5 282
GHS CMD 25, 26, 28 et 90	14	14	2 142	2 355	2 353
TOTAL GHS REALISES	20 781	22 043	22 533	21 401	21 247

Source : CH Lons - Rapports de gestion du directeur 2004 à 2008

L'activité du centre hospitalier de Lons-le-Saunier en ambulatoire, c'est-à-dire pour des séjours de moins de 48 heures (GHS CMD 24), diminue fortement (- 34 %) sur la période 2004-2008.

Cette baisse est le résultat de l'application de la circulaire du 31 août 2006 dite « circulaire frontière », relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée. En effet aux termes de cette circulaire, toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS et ne doit pas être comptabilisé comme tel.

L'impact financier de cette circulaire a entraîné une perte de recettes, évaluée par l'hôpital à environ 500 000 € chaque année La mise en œuvre de cette circulaire explique également que le nombre de séjours réalisés en activité ambulatoire ne représente plus que 24,8 % de l'ensemble des GHS réalisés en 2008 contre 38,4 % en 2004.

3.2.2.2 La chirurgie

CHIRURGIE	2004	2005	2006	2007	2008	Variation moyenne annuelle
Nombre total de séjours avec la 3ème lettre en C (CMD 1 à 23 + 26, hors césariennes)	2 479	2 689	2 802	2 821	2 779	2,90%
dont séjours en W associant des cas graves	280	398	428	537	496	15,37%
en % des séjours classés en C	11,29%	14,80%	15,27%	19,04%	17,85%	

Source : Département de l'information médicale - CH Lons

Le nombre de séjours en chirurgie (toutes pathologies confondues, mais hors césariennes) progresse de 2,9 % par an en moyenne entre 2004 et 2008 et le nombre de séjours associant des actes graves augmente, quant à lui, de plus de 15 % par an en moyenne. Ces chiffres traduisent une amélioration de la prise en charge des patients notamment pour des pathologies lourdes. Entre 2004 et 2008, l'activité de la chirurgie carcinologique (chirurgie des cancers) a été la suivante :

Répartition des cas de chirurgie des cancers

Pathologies pratiquées au CH de Lons	2004	2005	2006	2007	2008	Variation moyenne annuelle
Mammaires	103	92	98	82	91	-3,05%
seuil d'activité réglementaire *				30	30	
Digestives	49	57	48	50	44	-2,65%
seuil d'activité réglementaire				30	30	
Urologiques	4	26	25	29	32	68,18%
seuil d'activité réglementaire				30	30	
Gynécologiques	28	28	25	31	32	3,39%
seuil d'activité réglementaire				20	20	
ORL	20	21	16	34	19	-1,27%
seuil d'activité réglementaire				20	20	
TOTAL	204	224	212	226	218	1,67%

Source : Département de l'information médicale - CH Lons

* arrêté du 29 mars 2007

La chambre relève que les seuils minima d'activité fixés par l'arrêté du ministre de la santé du 29 mars 2007 sont atteints en 2008 pour les cancers digestifs, urologiques et du sein, mais qu'ils ne le sont pas pour les cancers d'ORL (19 contre 20 minimum). À ce titre, lors de sa séance du 11 juillet 2008, le conseil d'administration s'est prononcé dans le cadre de la révision du SROS III en cancérologie contre la fermeture envisagée de la chirurgie carcinologique en gynécologie et ORL.

L'établissement risque donc de ne plus pouvoir effectuer ce type de chirurgie, ce qui pourra lui faire perdre une partie de son activité, et ce, malgré une progression constatée de l'activité de chirurgie cancérologique de 1,6 % par an en moyenne entre 2004 et 2008. En effet, aux termes de l'article R. 6123-89 du code de la santé publique, « l'autorisation [d'exercer cette activité] ne peut être délivrée ou renouvelée que si le demandeur respecte les seuils d'activité minimale annuelle arrêtés par le ministre chargé de la santé ».

La chambre observe que malgré une progression de l'activité en chirurgie de 2,9 % par an en moyenne, la chirurgie carcinologique connaît une stabilité de son activité. Par ailleurs, la baisse enregistrée sur la chirurgie ORL risque de conduire à l'arrêt de cette activité, ce qui pourrait être préjudiciable à la notoriété de l'établissement et entraîner par là-même une diminution de ses recettes.

3.2.2.3 L'activité des urgences

L'activité du service d'accueil des urgences de 2004 à 2008

PASSAGES AUX URGENCES	2004	2005	2006	2007	2008	Variation moyenne annuelle
Nombre de passages aux urgences	18 307	19 198	19 323	20 809	21 754	4,41%
dont suivis d'hospitalisation	6 581	6 944	7 167	7 330	7 589	3,63%
<i>en % du nombre de passages</i>	36%	36%	37%	35%	35%	

Source : CH Lons - rapports de gestion 2004 à 2008

Le nombre de passages aux urgences progresse de 4,4 % par an en moyenne entre 2004 et 2008. Les hospitalisations après passages aux urgences connaissent une évolution de 3,6 % en moyenne. Ces passages aux urgences suivis d'une hospitalisation représentent d'ailleurs sur toute la période examinée environ 35 % de l'ensemble des passages aux services d'urgences, situant l'établissement au dessus de la médiane nationale des hôpitaux (CH de plus de 16 000 séjours) qui est de 24,3 % en 2007. Ces chiffres peuvent être interprétés de plusieurs manières : ils peuvent notamment traduire un problème de prise en charge des patients (passages aux urgences tardifs pour des interventions qui devraient relever des activités programmées).

La chambre observe que le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est élevé à l'hôpital de Lons-le-Saunier, ce qui tend à désorganiser l'activité de l'ensemble des services cliniques.

3.2.3 L'optimisation de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour constitue, dans le système actuel de tarification à l'activité, un indicateur important car le financement des séjours devient dégressif à la journée au-delà d'une durée qualifiée de « borne haute du séjour ». Pour l'hôpital la notion de performance économique d'une activité médicale dépendra donc de deux facteurs primordiaux : la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) et le nombre de séjours. Ainsi, un service médical parvenant à réduire sa DMS (idéalement à la borne basse de référence du même séjour) et d'autre part à maintenir voire à augmenter son taux d'occupation par la progression du nombre d'entrées a l'assurance d'améliorer ses résultats budgétaires à conditions tarifaires équivalentes, sous réserve de maîtriser ses effectifs à qualité de soins constante.

Il existe deux manières d'analyser la DMS :

- soit on estime la performance de l'hôpital par lecture directe de la moyenne arithmétique entre le nombre d'entrées et le nombre de journées réalisées ce qui donne les résultats suivants :

DMS	2005	2006	2007	2008
DMS global	4,81	4,86	4,78	4,62
DMS médecine	4,80	4,89	4,87	4,71
DMS chirurgie	5,32	5,16	5,06	4,85
DMS obstétrique	3,88	4,11	3,84	3,71

Source : rapport de gestion direction établissement

Pour les établissements de même catégorie (centres hospitaliers produisant plus de 16 000 résumés de sortie anonymisés) l'agence technique d'information hospitalière (ATIH) indique que la DMS médiane est de 3,2 jours en MCO global pour 2007, ce qui indique que même si l'hôpital de Lons-le-Saunier oriente à la baisse la durée moyenne de séjour, des marges de progression persistent pour cet indicateur de performance médico économique.

- soit on base l'analyse sur un indicateur de performance issu de la méthode « diagnostic flash » de la DHOS qui compare la DMS réelle de l'établissement à celle théorique de son *case-mix* auquel on appliquerait les DMS de référence de chaque groupe homogène de malade (GHM). L'indicateur retenu s'exprime alors dans une valeur par rapport à 1 sachant que plus l'établissement se rapproche ou dépasse la médiane des hôpitaux de sa catégorie meilleure est sa performance. Ainsi les derniers résultats publiés par l'ATIH concernent l'année 2007 selon le détail suivant :

DMS	CH LONS 2007	Médiane CH 2007
Indicateur de performance MCO	0,895	0,979
Indicateur de performance DMS médecine	0,898	0,980
Indicateur de performance DMS chirurgie	0,817	0,957
Indicateur de performance DMS obstétrique	1,048	1,000

Source : Diagnostic flash

Ces derniers résultats sont cohérents avec l'analyse qui précède puisqu'au niveau MCO global, l'hôpital de Lons se situe en 2007 dans les 20 % d'établissements de sa catégorie, qui présentent un indicateur de performance inférieur à 0,896 alors que la médiane des établissements est à 0,979. La même analyse peut d'ailleurs être reprise pour les activités de médecine et chirurgie, à l'exception de l'obstétrique qui présente un ratio meilleur que la médiane.

Même si la durée moyenne de séjour tend à se réduire, l'hôpital de Lons-le-Saunier reste encore au-dessus des hôpitaux de sa catégorie pour cet indicateur.

3.2.4 La gestion des flux de patients à l'entrée et à la sortie

3.2.4.1 La gestion des flux d'entrée

HOSPITALISATIONS NON PROGRAMMÉES	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre d'entrées totales réalisées en MCO	20 264	21 926	22 756	22 507	22 814
Nombre de passages aux urgences suivis d'hospitalisation	6 581	6 944	7 167	7 330	7 589
<i>soit en % du nombre d'entrée</i>	32,48%	31,67%	31,49%	32,57%	33,26%

Source : CH Lons - rapports de gestion 2004 à 2008

L'hospitalisation non programmée représente une part importante de l'activité de l'hôpital de Lons-le-Saunier puisque près d'un tiers des entrées réalisées proviennent des urgences. Cette situation confirme que l'hôpital n'a pas suffisamment de relations avec la médecine de ville pour lui permettre de développer une part d'activité programmée plus importante.

Par ailleurs pour l'activité programmée, le recours aux consultations et examens préalables (imagerie médicale et analyses de laboratoire) n'est pas suffisamment organisé notamment pour les interventions chirurgicales. Ce mode de prise en charge conduit à inclure à la durée des séjours des patients, des actes qui ne seront pas valorisés financièrement au-delà du forfait du groupe homogène de séjours (GHS). Cette pratique conduit aussi à allonger inutilement la durée moyenne de séjour.

L'hôpital justifie cette pratique par l'âge moyen élevé des patients et par leur origine géographique. Cette réponse justifie en partie la pratique existante pour les patients les plus âgés et les plus éloignés géographiquement mais elle ne peut être retenue pour l'ensemble des séjours. En effet, cet hôpital présente un poids moyen du cas traité (PMCT)⁶ de 86,3 alors que la moyenne des établissements de la région est à 96 et à 91,3 au niveau national. Ces chiffres démontrent que les cas traités à l'hôpital de Lons-le-Saunier sont un peu moins lourds que dans les hôpitaux de la région et au niveau national. Par ailleurs, la chambre note qu'en 2008, la moyenne d'âge des patients accueillis dans les services MCO de l'hôpital lédonien est de 54 ans, contre 51 ans et demi au niveau national.

La chambre observe que le niveau élevé d'hospitalisation après passage aux urgences perturbe l'organisation des services de l'hôpital, ce qui accroît les besoins supplémentaires en personnel. Elle relève, de plus, que le mode de prise en charge de l'hospitalisation non programmée notamment en intégrant dans le séjour hospitalier les examens et consultations préalables aux interventions chirurgicales conduit à allonger inutilement la durée moyenne de séjours et à limiter les recettes liées à l'activité.

⁶ Cet indicateur reflète grosso modo la lourdeur des pathologies.

3.2.4.2 La gestion des flux de sortie

L'hôpital de Lons-le-Saunier rencontre des difficultés pour faire accueillir des patients notamment âgés en soins de suite et de réadaptation (SSR), avec des délais souvent d'une à trois semaines (selon degré de dépendance). D'une manière générale il lui est toujours plus difficile d'organiser la sortie en SSR d'un patient très dépendant que d'un patient autonome et valide.

L'établissement cherche depuis bien longtemps à trouver des solutions à ce problème. Toutefois, il se heurte au manque de place dans les établissements qui assurent les soins de suite et de réadaptation ainsi qu'en hospitalisation en long séjour.

Pour l'hôpital, la solution passe par la création de lits dans des structures permettant de recevoir des patients dépendants dont le nombre augmente sans cesse. Des contacts ont bien été pris avec toutes les structures du département du Jura pour fluidifier les relations entre équipes de soins et améliorer l'efficacité de la sortie des patients de l'hôpital.

Par ailleurs, les assistantes sociales de l'hôpital sont en lien permanent avec les établissements du département. Une convention a même été passée en 2002 avec l'hôpital de Poligny pour maintenir une prise en charge continue des patients requérant des soins de suite après une hospitalisation de court séjour au centre hospitalier de Lons-le-Saunier.

En conclusion, la chambre observe donc que le manque de lits d'aval conduit à maintenir pour des périodes longues des patients hospitalisés en court séjour, sans que l'établissement puisse percevoir les recettes correspondantes à ces séjours dans le cadre de la tarification à l'activité.

3.2.5 L'adéquation de la prise en charge en ambulatoire

3.2.5.1 L'adéquation entre le nombre de places et l'activité réelle

L'adéquation entre le nombre de places et l'activité ambulatoire réelle paraît globalement satisfaisante au regard des données du tableau ci-dessous.

ACTIVITÉ AMBULATOIRE	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de places installées en médecine et chirurgie	9	13	9	9	9
Nombre de séjours réalisables (nb de places x 365 jours)	3 285	4 745	3 285	3 285	3 285
Nombre de GHS en CMD 24 réalisés	7 993	9 050	7 058	5 544	5 282

Source : CH Lons - rapports de gestion du directeur 2004 à 2008 et SAE 2004 à 2007

3.2.5.2 L'examen des séjours de courte durée « marqueurs » de l'activité ambulatoire

L'examen des séjours de courtes durées, notamment ceux liés aux actes d'endoscopie (cf. tableau ci-après), permet d'observer que cette activité connaît une évolution croissante, entre 2004 et 2008, de près de 6,5 % en moyenne annuelle. Les actes d'endoscopie sont considérés comme un des éléments « marqueurs » de l'activité ambulatoire.

CMD 24 / Nombre de séjours liés aux actes d'endoscopie	2004	2005	2006	2007	2008	Variation moyenne annuelle
24K02Z Endoscopie avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours	329	295				
24K03Z Endoscopies sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	66	239				
24K26Z Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours			100	85	100	0,00%
24K27Z Endoscopies digestives thérapeutiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours			4	14	10	58,11%
24K28Z Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours			127	161	186	21,02%
24K29Z Endoscopies digestives diagnostiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours			77	133	63	-9,55%
24K30Z Endoscopies urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours			26	30	24	-3,92%
24K31Z Endoscopies urinaires thérapeutiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours			50	52	20	-36,75%
24K32Z Endoscopies urinaires diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours			7	4	5	-15,48%
24K33Z Endoscopies urinaires diagnostiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours			15	37	17	6,46%
24K34Z Endoscopies ORL : séjours de moins de 2 jours			8	5	8	0,00%
24K35Z Endoscopies bronchiques : séjours de moins de 2 jours			89	112	75	-8,20%
TOTAL SÉJOURS D'ENDOSCOPIE	395	534	503	633	508	6,49%

Source : Département de l'information médicale - CH Lons

L'activité de chirurgie ambulatoire à travers des actes « marqueurs », (cf. tableau ci-après), malgré une forte progression sur la période 2004-2008, reste faible et place le centre hospitalier de Lons-le-Saunier très en dessous de la moyenne nationale de la strate de cet établissement (CH de plus de 16 000 séjours).

En 2007, le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire réalisés par l'hôpital de Lons-le-Saunier représente 5,23 % de la totalité des séjours de moins de deux jours enregistrés, alors qu'au niveau national, pour les centres hospitaliers produisant plus de 16 000 séjours et selon les statistiques issues de l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH), la part de la chirurgie dans l'activité ambulatoire atteint 14,83 %.

Cette faiblesse d'une partie de l'activité de l'établissement pourrait pénaliser financièrement le centre hospitalier de Lons-le-Saunier avec la nouvelle version de la classification des GHS dite V11, car celle-ci rémunère davantage ce type d'activité.

CMD 24 / Nombre de séjours liés aux actes de chirurgie	2004	2005	2006	2007	2008	Variation moyenne annuelle
24C54Z Libérations du canal carpien	82	147	137	156	175	20,87%
24C55Z Autres interventions sur la main : séjours	38	51	66	37	49	6,56%
24C15Z Résections osseuses localisées et ablations	19	27	38	25	46	24,74%
24C17Z Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours	5	30	39	41	68	92,04%
24C18Z Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours	17	33	28	31	50	30,96%

Source : Département de l'information médicale - CH Lons

La chambre relève que l'activité ambulatoire présente une évolution croissante pour les actes marqueurs en endoscopie comme en chirurgie. Toutefois, l'activité de chirurgie ambulatoire reste très inférieure à la moyenne nationale des hôpitaux de même strate.

3.2.6 Les seuils critique d'activité

3.2.6.1 La chirurgie

La circulaire du ministre de la santé n° DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération fixe un seuil en deçà duquel cette activité n'est pas viable. Ce seuil est de 2000 interventions par an. Ce chiffre a été retenu dans le SROS 2006-2011 élaboré par l'agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté.

Le nombre d'interventions réalisées au bloc opératoire de l'hôpital de Lons-le-Saunier se situe très largement au-dessus de ce seuil, comme l'atteste les données du tableau ci-dessous. Le nombre d'interventions devrait s'accroître en 2009 en raison du transfert de l'activité de chirurgie du centre hospitalier de Champagnole sur le site de Lons-le-Saunier.

BLOC OPÉRATOIRE	2005	2006	2007	2008	Variation moyenne annuelle
Nombre d'interventions	5 131	5 136	5 267	5 613	3,04%
Nombre de points ICR	1 041 777	1 068 007	1 058 984	1 142 327	3,12%

Source : Rapports de gestion du directeur de 2005 à 2008

3.2.6.2 La maternité

Concernant la maternité, l'article R. 6123-50 du code de la santé publique fixe le seuil d'activité minimale pour ouvrir ou maintenir une unité d'obstétrique à 300 accouchements par an. Le SROS 2006-2011 retient comme seuil d'activité minimale au niveau de la région de Franche-Comté 500 accouchements par an et ce en raison des restructurations de l'activité obstétricale réalisées au cours du précédent SROS.

MATERNITÉ	2004	2005	2006	2007	2008	Variation moyenne annuelle
Nbre total d'accouchements	1308	1 240	1 325	1 309	1 339	2,59%

Source : Rapports de gestion du directeur de 2005 à 2008

Le nombre d'accouchements pratiqués au centre hospitalier de Lons se situe très largement au-dessus de ces seuils. La chambre note que cet hôpital est dotée d'une maternité de niveau 2B ce qui implique que l'établissement dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie avec soins intensifs. Cependant, l'unité de néonatalogie qui comprend 12 lits autorisés et installés ne présente en 2008 qu'un taux d'occupation moyen des lits de 35,9 %, ce qui rend cette unité déficitaire au regard des normes d'encadrement en personnels médical et non médical.

La chambre note que les seuils critiques d'activité pour le bloc opératoire et la maternité sont respectés pour cet hôpital. Toutefois, l'obligation pour l'hôpital d'assurer

les missions d'une maternité classée 2B⁷ impose à cet établissement l'organisation d'un service de néonatalogie avec soins intensifs qui au regard de la taille de territoire de santé, présente un taux d'occupation des lits ne permettant pas de parvenir à un équilibre budgétaire dans le cadre de la tarification à l'activité.

3.2.7 La productivité des services médico-économiques, logistiques et administratifs

3.2.7.1 La restauration

L'état de vétusté de la cuisine de l'hôpital de Lons-le-Saunier et les difficultés à respecter les normes réglementaires d'hygiène et de sécurité ont conduit l'établissement à engager en 2005 (cf. délibération du conseil d'administration du 25 novembre 2005) une réflexion sur cet équipement.

L'hôpital s'est engagé dans le projet soutenu par la ville de Lons-le-Saunier de créer une cuisine centrale gérée par un syndicat mixte regroupant l'hôpital, la ville, le CCAS et le syndicat intercommunal optionnel pour l'agglomération lédonienne (SICOPAL). En effet, une étude de faisabilité (réalisée fin 2005) a permis d'évaluer le prix de revient du repas fabriqué par cette future entité à 5,17 € alors qu'à la même époque la médiane de l'ensemble des hôpitaux présente un prix de revient de 5,45 € et que la médiane des hôpitaux de même catégorie est à 5,47 €.

L'adhésion du centre hospitalier à ce syndicat a été approuvée par le conseil d'administration le 17 décembre 2007. Le syndicat a été officiellement créé par un arrêté préfectoral du 11 août 2008. Il a pour objet la production de repas destinés aux patients de l'hôpital, aux personnes âgées soit à domicile soit en établissement d'accueil, aux restaurants scolaires et accessoirement à quelques restaurants administratifs ainsi qu'à un self service ouvert sur le site de la cuisine centrale. Ses ressources financières reposent principalement sur les contributions de ses membres et sur des recettes issues de ses missions ponctuelles. Quant aux agents qui y travaillent, ils sont mis à disposition par les collectivités publiques adhérentes mais ils restent rémunérés et gérés par leur administration d'origine, le syndicat mixte assurant le remboursement des charges afférentes aux collectivités d'origine.

Actuellement, le fonctionnement du syndicat est en phase de démarrage. Ainsi, les repas chauds sont encore fabriqués dans la cuisine de l'hôpital, provisoirement transformée en cuisine relais de la cuisine centrale, alors que les plats froids sont directement livrés par cette cuisine centrale. Durant cette période transitoire, seul le coût du salaire et des charges d'une diététicienne est partagé entre l'hôpital et la ville. En revanche, l'ensemble des autres charges salariales des 27,5 agents équivalent temps plein mis à disposition sont encore payées sur le budget de l'hôpital.

Aucune convention prévoyant l'organisation de la mise à disposition de ces personnels n'a été conclue entre le syndicat mixte et l'hôpital de Lons-le-Saunier car, selon l'hôpital, l'adhésion au syndicat mixte constitue « [...] *la solution juridique appropriée* ».

⁷ Les maternités de niveau 2B sont habilitées à prendre en charge des nouveau-nés prématurés. Ils doivent disposer d'une unité de soins intensifs située au sein d'une unité de néonatalogie dans le même bâtiment ou à proximité immédiate permettant de réaliser une ventilation non invasive et de bénéficier d'une présence médicale continue sur place.

Néanmoins, une harmonisation des conditions d'organisation du temps de travail différentes a été appliquée par le syndicat mixte à l'ensemble des agents mis à disposition par la ville et l'hôpital. Cette harmonisation s'est faite par un alignement des conditions de durée annuelle du travail sur celle des agents de l'hôpital qui s'avèrent dérogatoires à la réglementation sur la réduction du temps de travail (trois jours de RTT au titre de temps d'habillage et trois jours de RTT attribués systématiquement au titre du fractionnement des congés annuels et aux congés pris hors saison).

Toutefois, l'absence de convention sur les conditions de mise à disposition laisse de nombreux points non résolus :

- l'adaptation des effectifs nécessaires à la fabrication des repas par chaque collectivité,
- les dispositions d'ordre hiérarchique entre les agents de l'hôpital et ceux des autres collectivités.

Enfin, même si le syndicat rembourse le coût des salaires des personnels mis à disposition, l'hôpital conserve le coût de la gestion administrative (absentéisme, gestion des avancements et de la paye) de ces personnels.

Ce type de montage a permis à l'hôpital d'éviter de s'engager dans un lourd programme d'investissement pour la rénovation de son unité de production de repas, alors qu'il se trouvait déjà en situation financière relativement tendue. Il a également permis d'éviter la difficile question de la reconversion du personnel affecté en cuisine.

Ce choix ne permet pas à l'établissement de maîtriser complètement le prix de revient du repas. Une convention devrait être conclue, afin de prévoir notamment les conditions d'emploi des agents concernés.

Par ailleurs, l'hôpital assure pour ses personnels un service de distribution de repas avec le fonctionnement d'un self. Le prix de revient du repas fournis aux personnels par ce self est plus élevé que celui des repas distribués aux malades puisque, s'agissant d'une prestation de type « restaurant/caféteria », des personnels spécifiques sont affectés à ce service.

La fréquentation de ce self est par ailleurs faible puisque 30 532 repas ont été servis en 2008 ce qui représente un peu plus de 83 repas servis par jour d'ouverture (si le self-service est ouvert tous les jours de l'année) pour un effectif de l'hôpital de près 1 200 agents.

L'hôpital enregistre ainsi un déficit croissant (cf. tableau ci-dessous) pour cette prestation utilisée par environ 10 % des personnels. De plus, la chambre relève que le prix facturé en 2008 (4,00 €) est loin de couvrir le prix de revient de production des repas (10,67 €).

Coût du self-service

	2004	2005	2006	2007	2008
Tarif appliqué aux personnels (en €)	3,68	3,77	3,86	3,96	4,00
Prix de revient repas servis au self (en €)	8,77	8,77	9,63	9,27	10,67
Deficit par repas (en €)	5,09	5,00	5,77	5,31	6,67
Nombre de repas servis au self des personnels	32 677	33 331	31 237	33 752	30 532
Déficit du self	166 325,93	166 655,00	180 237,49	179 223,12	203 648,44

Source : rapports de gestion du directeur

La chambre souligne le déficit croissant en 2008 du *self-service* de restauration, du fait à la fois de sa faible fréquentation mais aussi du prix facturé aux agents qui ne couvre pas le coût de production des repas.

3.2.7.2 La lingerie

Le centre hospitalier de Lons-le-Saunier adhère depuis 2003 au syndicat inter-hospitalier du Jura pour bénéficier des services d'une blanchisserie centrale située à Dole. Ce syndicat regroupe quatre établissements hospitaliers du département du Jura : le centre hospitalier spécialisé de Dole Saint-Ylie, le centre hospitalier Louis Pasteur de Dole, le centre hospitalier de Lons-le-Saunier et le centre hospitalier de Saint-Claude.

Le prix facturé par ce syndicat est en 2008 de 1,34 € par kilo de linge lavé auquel il convient d'ajouter le coût de prestations complémentaires (mise en armoire de distribution et transport) dues à l'éloignement de l'unité de traitement. En effet, celle-ci est distante de 53 kilomètres de l'hôpital de Lons-le-Saunier. Au total, le prix global du kilo de linge lavé et distribué s'établit selon le tableau ci après :

Activité blanchisserie	2004	2005	2006	2007	2008
Quantité de linge lavé en kg	645 926	671 949	708 242	710 931	712 847
Coût total linge lavé (en €)	1 080 847	1 093 224	1 157 496	1 210 813	1 193 325
Prix du kg du linge lavé (€)	1,673	1,627	1,634	1,704	1,674

Source : rapports de gestion du directeur

Comparé au coût de revient du kilo de linge lavé de la base d'Angers (1,414 € en 2006) et à la moyenne des centres hospitaliers de la même strate (1,474 € en 2006), le prix du kilogramme de linge lavé au centre hospitalier de Lons-le-Saunier présente un surcoût important qui varie de 0,16 € à 0,22 € par kilogramme de linge lavé.

Le montant de ce surcoût peut être estimé pour 2006 entre 113 187 € (à partir de la base d'Angers) et 155 813 € en référence à la moyeme nationale.

L'adhésion à ce syndicat inter hospitalier n'est pas particulièrement intéressante pour l'hôpital de Lons-le-Saunier notamment en raison de l'éloignement de la blanchisserie centrale qui occasionne des frais de transport et de conditionnement supplémentaires. Aussi, une mise en concurrence sur cette prestation pourrait être utile dans le contexte budgétaire actuel de l'hôpital, d'autant que l'hôpital de Champagnole, situé à une trentaine de kilomètres bénéficie d'une prestation externalisée pour un coût moindre.

La chambre recommande à l'établissement de remettre ce service en concurrence dès que possible afin d'obtenir un niveau de coût plus conforme à la médiane des hôpitaux.

3.2.7.3 Les indicateurs de productivité des fonctions logistiques et administratives et des fonctions médico-techniques

L'hôpital ne dispose que d'un contrôleur de gestion à temps partiel ce qui ne lui permet pas de renseigner l'ensemble des indicateurs de processus et d'organisation des soins. Ainsi, l'établissement ne connaît pas les éléments suivants :

- le temps annuel de mise à disposition d'une salle d'opération hors garde et urgence ;
- le taux d'utilisation des salles d'opération ;
- le temps annuel de mise à disposition du scanner.

Toutefois les données issues du diagnostic flash établi par l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) permettent de calculer pour les indicateurs de performance suivants :

Diagnostic Flash 2007	ETAB	Minimum	Décile 1	Décile 2	Décile 3	Décile 4	Médiane	Décile 6	Décile 7	Décile 8	Décile 9	Maximum
Pers. non médical pour 5 M€ - Services cliniques	45,3	30,7	35,2	38,2	39,7	41,7	43,6	45,4	47,5	50,8	57,3	71,6
Pers. non médical pour 5 M€ - Unités médico-techniques	12,7	1,7	4,7	8	10,1	11,2	12,2	13,2	14,5	15,7	17,3	21,6
Pers. non médical pour 5 M€ - Logistique et administration	18,6	10,8	15,6	17,6	18,8	19,8	21,6	23,2	25	27,6	33,9	50,9
Prix de revient du B	0,17	0,12	0,14	0,17	0,18	0,19	0,2	0,21	0,22	0,24	0,27	0,36

Il apparaît que le centre hospitalier de Lons-le-Saunier figure parmi les 30 % d'établissements les plus performants en termes de personnels non médical pour la fonction logistique et administration. Toutefois les difficultés rencontrées pour obtenir les résultats analytiques 2008 semble démontrer un sous effectif au regard de la médiane des hôpitaux (18,6 pour le CH de Lons contre 21,6 pour la médiane des hôpitaux).

En ce qui concerne les personnels non médicaux affectés aux services cliniques et médico-techniques, l'hôpital de Lons-le-Saunier présente des résultats supérieurs à la médiane des hôpitaux.

Enfin, en ce qui concerne le prix de revient des actes de laboratoire (actes en B), les données indiquent que cet hôpital se situe parmi les 20 % d'établissements les plus performants en la matière.

3.3 La valorisation et la facturation de l'activité

3.3.1 Les produits versés par l'assurance maladie

Le total des ressources notifiées par l'ARH de Franche-Comté en 2008 (soit 63 510 095,36 €) a représenté 100,36 % des produits perçus par l'établissement et versés par l'assurance maladie (soit 63 277 878,35 €) et 82,73% du total des recettes durant cet exercice qui s'élève à 76 765 165,13 €.

Nature des ressources notifiées (Budget H)	2008	
	Montant en €	Part en %
DAC	0,00	0,00%
MIGAC	8 376 226,00	13,19%
<i>dont MIG</i>	4 602 792,00	7,27%
<i>dont AC</i>	3 773 434,00	4,92%
DAF (SSR)	2 076 880,00	3,27%
FORFAIT URGENCES	1 129 327,00	1,78%
FORFAIT PRELEVEMENT D'ORGANES	28 421,00	0,04%
T2A ACTIVITE	48 215 944,65	75,92%
T2A MEDICAMENTS ONEREUX	3 075 055,53	4,84%
T2A DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES	608 241,18	0,96%
TOTAL DES RESSOURCES NOTIFIÉES	63 510 095,36	100,00%
TOTAL DES RECETTES DU TITRE 1 PERÇUES	63 277 878,35	
TOTAL DES RECETTES PERÇUES	76 765 165,13	

Source : DDASS du Jura - Arrêtés de notifications des crédits assurance maladie

L'écart constaté entre le montant notifié des ressources de l'assurance maladie et le montant réellement perçu provient du décalage lié aux opérations de rattachement de produits effectuées pendant la journée complémentaire et intervenues avant la valorisation par l'ATIH après la fin janvier. Ce rattachement insuffisant entraîne ainsi une moindre valorisation de recettes en 2008, qui est comptabilisée sur l'exercice suivant.

La chambre note que la part de la tarification à l'activité dans le total des crédits notifiés par la tutelle représente pour le centre hospitalier de Lons-le-Saunier 81,72 % en 2008 contre 47,56 % en 2007.

3.3.2 Le financement des activités d'intérêt général

La contractualisation sur les missions d'intérêt général avec les ARH constitue un élément essentiel de la réforme hospitalière. L'ARH apprécie les missions retenues pour un établissement donné et fixe le montant pour chacune d'elles dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le centre hospitalier de Lons-le-Saunier assure un réel suivi comptable de ces crédits dont le résumé figure dans le tableau ci-après et le détail en annexe n° 3 :

LISTE DES MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG et MERRI)		Crédits notifiés en 2008 (en €)	Dépenses réalisées en 2008 (en €)	Besoin (-) ou excédent (+) de financement (en €)
N°1	Aide médicale d'urgence	2 961 864	2 970 803	-8 939
N°2	Interventions des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	537 467	543 588	-6 121
N°3	Mission de prévention et d'éducation pour la santé	71 941	220 348	-148 407
N°4	Missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient	523 987	536 004	-12 017
N°5	Activité de dépistage anonyme et gratuit	17 250	36 480	-19 230
N°6	Prise en charge des détenus	143 986	141 496	2 490
N°7	Recherche médicale et innovation			
N°8	Enseignement, recherche, rôle de référence et innovation	33 000	33 000	
TOTAL		4 289 495	4 481 719	-192 224

Source : CH Lons - direction des affaires financières

Arrêté du 26 novembre 2008 du directeur de l'ARH portant ventilation des crédits MIGAC

En 2008, les crédits notifiés par l'agence régionale de l'hospitalisation correspondent à 95,7 % des dépenses réalisées, ce qui représente un déficit sur ces missions de près de 192 000 €. **La chambre observe que les crédits attribués pour le financement des missions d'intérêt général n'ont pas couvert la totalité des dépenses réalisées dans le cadre de ces missions.**

3.3.3 La chaîne de facturation et de recouvrement

Le montant des restes à recouvrer est un élément à prendre en compte pour l'analyse de la chaîne de facturation d'autant plus que cet indicateur traduit en partie les difficultés de trésorerie de l'hôpital.

CHG Lons, créances à recouvrer au 31/12 + journée complémentaire				
	2005	2006	2007	2008
Hospitalisés et consultants	149 877	820 340	804 784	820 982
Caisse sécurité sociale	3 703	6 031 970	9 938 781	6 382 007
Départements	0	70 037	86 602	27 858
Autres tiers payants	16 415	1 616 611	1 201 025	1 391 409
TOTAL	169 995	8 538 958	12 031 192	8 622 256

Montants en €

Le niveau atypique des restes à recouvrer de l'année 2005 s'explique par le fait qu'avant le passage à l'EPRD et au compte financier, le montant des créances à recouvrer figurant sur ces comptes ne concernait que les exercices antérieurs alors qu'ensuite, il intégrait l'ensemble des créances. Le montant des créances à recouvrer atteint 8,6 M€ à la fin de la journée complémentaire de l'exercice 2008. Ce montant correspond à plus de trois fois le déficit comptable constaté à la même date (-2,43 M€). Ce montant doit également être rapproché de la situation de trésorerie de l'établissement qui, à la fin de l'exercice 2008, était négative de 927 K€. La chambre note, toutefois, que le montant des restes à recouvrer sur l'assurance maladie comprend le rattachement des produits qui n'a pas encore fait l'objet de l'arrêté de valorisation de l'ARH car ce dernier intervient après la journée complémentaire. La

réduction du volume des créances restant à recouvrer constitue un enjeu important dans la politique financière de l'établissement.

Ce niveau élevé des restes à recouvrer révèle la mauvaise qualité des titres de recettes émis par l'établissement. En effet, l'émission des titres repose sur le recueil des informations administratives concernant les patients, lors de leur venue dans les services et particulièrement aux urgences. Toute erreur dans la prise en compte de ces informations induit un allongement du délai de recouvrement, notamment lorsqu'elle suscite l'annulation puis la réémission des titres. Ainsi, le montant des annulations pour l'année 2008 a concerné 3 045 titres de recettes correspondant à 3 502 475,87 € soit 4,24 % du nombre des titres émis et 3,29 % de leur montant financier.

Ces annulations résultent des défaillances dans l'organisation des procédures d'enregistrement administratif des patients (erreurs de retranscription sur l'identité des tiers, leur adresse, le caractère opérant ou non des mutuelles au jour des soins...). Elles ont contribué aux difficultés budgétaires de l'établissement.

La mise en place en 2005 d'un nouveau système de traitement de l'information a contribué, jusqu'en 2008, aux difficultés rencontrées par l'hôpital en matière de recouvrement.

À la demande de la chambre, un sondage a été effectué en juillet 2009 par les services de la trésorerie du centre hospitalier sur les restes à recouvrer de l'exercice 2008. Ce sondage a porté sur les créances enregistrées sur les comptes des hospitalisés et consultants (411-1 exercice courant, 412-1 exercice précédent, 414-1 exercices antérieurs).

Ce sondage a été réalisé sur 10 % des 2 456 titres restant à recouvrer au 31 mai 2009 pour un montant total de 267 633 €. Il a permis de mettre en évidence que le délai moyen entre le fait générateur et l'émission du titre de recettes était de près de 73 jours. Si l'on y ajoute le délai de recouvrement des créances, le besoin de trésorerie de l'établissement sur ce poste de recettes s'élève à près de six mois. Cela signifie concrètement qu'en moyenne, pour un acte médical réalisé en fin d'année N, les premiers encaissements des mutuelles et/ou patients sans tiers payant débutent à compter de juin de l'année N+1. Dans le contexte de tarification totale à l'activité et désormais de facturation au fil de l'eau, cette notion de délai dans la chaîne de facturation constitue un enjeu auquel l'établissement doit porter une attention toute particulière.

La chambre invite l'établissement à mettre en place des procédures et à déployer les moyens nécessaires pour améliorer la qualité de l'enregistrement des données concernant les malades, et réduire les délais de recouvrement de ses créances. La chambre prend acte que l'établissement est engagé, depuis avril 2008, en lien avec la trésorerie du centre hospitalier, dans une démarche d'amélioration pilotée par la Mission d'évaluation et d'audit hospitalier.

3.4 La maîtrise des effectifs et le pilotage de la gestion des ressources humaines

3.4.1 La maîtrise des charges et des effectifs

3.4.1.1 L'évolution des charges de personnels

LES DÉPENSES DE PERSONNELS (source compte financier)

DONNÉES GÉNÉRALES

	2006	2007	2008	2006/2008
Dépenses totales	76 297 989 €	77 335 944 €	79 203 610 €	3.8%
dont titre 1 (D1)	49 643 406 €	51 593 704 €	53 025 257 €	6.8%
Recettes totales	74 823 451 €	72 771 237 €	76 765 165 €	2.6%
dont titre 1 (R1)	61 775 790 €	60 300 213 €	63 277 878 €	2.4%
D1 / dépenses	65.07%	66.71%	66.95%	
D1 / R1	80.36%	85.56%	83.80%	

Les dépenses de personnels présentent une augmentation faible mais régulière sur les trois dernières années : elles passent de 65 % des dépenses totales en 2006 à près de 67 % en 2008. Rapporté aux recettes liées à l'activité (titre 1), le poids de ces dépenses laisse peu de marge (16,20 % des recettes d'activité) à l'hôpital pour financer le coût des charges à caractère médical (titre 2) et les amortissements et frais financiers (titre 4) résultant de l'ambitieux plan d'investissements réalisés dans le cadre du contrats d'objectifs et de moyens signé en 2002.

DÉTAIL PAR CHAPITRE

	chapitre	2006	2007	2008	2006/2008
<i>Personnel non médical</i>					
Titulaire et stagiaire	6411	22 410 998 €	23 061 877 €	24 136 046 €	7.7%
Personnel CDI	6413	404 846 €	407 742 €	474 098 €	17.1%
Personnel CDD	6415	2 476 424 €	2 792 458 €	2 330 986 €	-5.9%
Autre personnel	6417	- €	- €	- €	0.0%
sous total non médical		25 292 267 €	26 262 077 €	26 941 131 €	6.5%
<i>Personnel médical</i>					
Praticiens hospitalier	6421	4 866 418 €	5 108 612 €	5 380 691 €	10.6%
Praticiens attachés	6422	357 479 €	390 914 €	389 294 €	8.9%
Autres praticiens	6423 et 24	967 181 €	1 010 338 €	1 125 830 €	16.4%
Permanences des soins	6425	1 207 982 €	1 181 100 €	1 253 385 €	3.8%
sous total médical		7 399 058 €	7 690 964 €	8 149 199 €	10.1%
Personnel intérimaire	621	- €	- €	- €	0.0%
Charge sur exercice antérieur T4	6721	950 980 €	- €	- €	

Le montant des charges de personnels non médicaux s'accroît 2,7 fois plus vite que les recettes liées à l'activité (6,5 % d'augmentation pour les charges de personnels non médical contre 2,4 % pour les recettes liées à l'activité). Cette tendance est encore plus affirmée pour les personnels médicaux dont le coût salarial augmente de plus 10 % ce qui représente une augmentation 4,2 fois plus rapide que les recettes liées à l'activité.

La chambre constate donc que les charges de personnels augmentent plus vite que les recettes liées à l'activité, ce qui réduit les marges de l'hôpital pour financer les autres dépenses (notamment les médicaments, les amortissements et les frais financiers).

3.4.1.2 L'évolution des effectifs

PERSONNEL NON MÉDICAL (Budget H)

STATUT	2006	2007	2008	2008/2006
Titulaires et stagiaires				
Personnel administratif	96,06	97,74	102,86	6,61%
<i>dont direction</i>	4,00	4,08	5,00	20,00%
Personnel soignant et éducatif	618,73	630,20	639,74	3,28%
Personnel technique	55,58	55,04	52,50	-5,87%
personnel médico-technique	40,82	40,72	43,10	5,29%
Total 1	811,19	823,70	838,20	3,22%
Contrats à durée indéterminée				
Personnel administratif	2,00	2,00	2,00	0,00%
Personnel soignant et éducatif	5,93	6,45	10,02	40,82%
Personnel technique	5,50	4,25	4,17	-31,89%
Personnel médico-technique				
Total 2	13,43	12,70	16,19	17,05%
Contrat à durée déterminée	132,93	147,30	123,22	-7,88%
Total 3	132,93	147,30	123,22	-7,88%
Contrats soumis à dispositions particulières	21,91	15,96	9,32	-135,09%
Apprentis				
Total 4	21,91	15,96	9,32	-135,09%
Total général	979,46	999,66	986,93	0,76%

Source : Bilan social et EPRD approuvé de l'établissement (effectifs moyens rémunérés en ETP)

CH Lons le Saunier - Direction des ressources humaines

PERSONNEL MÉDICAL (Budget H)

STATUT	2006	2007	2008	2008/2006
HU permanents				
PH temps plein	56,78	58,52	57,78	1,73%
PH temps partiel	9,12	8,70	8,47	-7,67%
Praticiens attachés renouvelables	7,97	8,94	9,06	12,03%
Total 1	73,87	76,16	75,31	1,91%
HU temporaires				
Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	11,33	12,02	12,20	7,13%
Internes et étudiants	19,83	19,25	19,21	-3,23%
Total 2	31,16	31,27	31,41	0,80%
Total général	105,03	107,43	106,72	1,58%

Source : Bilan social et EPRD approuvé de l'établissement (effectifs moyens rémunérés en ETP)

CH Lons le Saunier - Direction des ressources humaines

L'évolution des effectifs présente une stabilité sur les trois dernières années, tant en personnel médicaux que non médicaux, alors que sur la même période, l'activité de l'établissement présente la même tendance. Le poids de la masse salariale résulte donc, plus du glissement vieillesse et technicité (GVT), lié à la pyramide des âges, qu'au coût élevé des personnels de remplacement notamment médicaux.

La chambre note, sur ce point, que l'hôpital a recours à un cabinet spécialisé pour le recrutement de médecins dans les spécialités déficitaires (notamment anesthésie). Cette procédure n'est pas neutre budgétairement puisqu'en 2007, l'hôpital a dépensé 65 780 € TTC et 59 800 € TTC en 2008 (recrutement de deux anesthésistes allemands).

3.4.1.3 L'absentéisme et les contractuels de remplacement

ABSENTÉISME ET CONTRACTUELS DE REMPLACEMENT

(source bilan social, budget H)

JOURNÉES D'ABSENCE	2006		2007		2008	
	tous budgets confondus	budget H	tous budgets confondus	budget H	tous budgets confondus	budget H
Maladies ordinaires	13 130	11 901	13 388	11 477	14 968	13 024
Maternité	9 760	9 249	9 395	8 700	8 512	7 692
Accident du travail et trajet	1 490	1 240	2 180	1 936	2 874	2 624
Maladie professionnelle	1 444	1 444	1 379	1 379	1 966	1 966
Congés longue maladie/longue durée	5 839	5 517	6 987	6 342	7 455	6 521
Garde d'enfant malade	312	312	256	256	263	263
Disponibilité d'office pour raison de santé	31	31	37	37	0	0
Congés syndical	158	158	177	177	200	200
Formation	2 200	1 987	2 360	2 164	2 306	2 109
TOTAL brute	34 364	31 839	36 159	32 468	38 544	34 399
TOTAL en base 5/7e	24 546	22 742	25 828	23 191	27 531	24 571

ABSENTÉISME ET CONTRACTUELS DE REMPLACEMENT

BUDGET H	2006	2007	2008	2006/2008
Journées théoriques travaillées individuelles	222	223	224	
Effectif moyen annuel	957.55	983.70	977.61	2.05%
Journées théoriques travaillées totales	212 576	219 365	218 985	2.93%
Journées d'absence (R1)	22 742	23 191	24 571	7.44%
Taux d'absentéisme	10.70%	10.57%	11.22%	
Nombre de contractuels de remplacement (ETP)	68.80	81.27	70.11	1.87%
Journées travaillées par ces contractuels (R2)	15 274	18 123	15 705	2.74%
Différence R1-R2	7 468	5 068	8 866	

Source : bilan social ; CH Lons-le-Saunier, direction des ressources humaines

L'analyse de l'absentéisme est retraitée sur la base des 5/7^e de journées travaillées pour coïncider avec la réalité d'exécution du service des agents. Sur cette base, le taux d'absentéisme global des agents reste important sur la période 2006-2008 (environ 11 %) puisqu'il représente fin 2008 plus de 110 ETP. L'action de l'hôpital pour réduire cet absentéisme doit se concentrer principalement sur l'analyse des causes des maladies ordinaires et des accidents du travail, ainsi que sur la prévention de ces accidents et de ces maladies. En effet, ces deux catégories représentent 45 % des absences, soit 5 % des journées théoriques travaillées, c'est-à-dire 49 agents en équivalent temps plein.

L'hôpital ne remplace pas l'ensemble des personnels absents puisque le nombre de journées de remplacement reste constamment inférieur au nombre de journées d'absence. Cette différence représente 39 ETP à la fin de l'exercice 2008, ce qui signifie que seuls deux tiers des absences sont remplacées. Ces données traduisent l'effort de l'hôpital pour limiter le

coût du remplacement mais montrent que des progrès peuvent encore être accomplis dans la lutte contre l'absentéisme.

3.4.1.4 L'encadrement des services

Une étude sur les moyens en personnels à mettre en œuvre conformément aux normes réglementaires d'encadrement des services ou à celles qui sont généralement admises par les responsables d'établissement a été faite par un groupe de travail DRH/DSSI en 1999. Le résultat de cette étude a donné à l'époque les taux d'encadrement suivant : une infirmière diplômée d'État (IDE) et une aide-soignante (AS) pour 12 lits le jour et une IDE et une AS pour 24 lits la nuit.

L'actualisation de cette étude, compte tenu de la mise en place des 35 heures, des horaires de nuit limités généralement à 32h30, ainsi que des contraintes de week-end, donne aujourd'hui les normes suivantes : 9 IDE et 9 AS pour 24 lits le jour comme la nuit.

Le tableau suivant permet d'avoir une estimation sur le taux d'encadrement de l'hôpital de Lons en personnel soignant non médical.

EFFECTIFS PAR SERVICE

Effectifs théoriques actualisés : 9 IDE et 9 AS pour 24 lits(en ETP)

source : Groupe de travail national DRH/DSSI de 1999

	Lits	Effectifs réels		Effectifs théoriques		Différence		TOTAL DIFFERENCE	
		IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS	Nombre	%
MÉDECINE									
SERVICE 1 (gastro-entérologie)	27	10.7	9.7	10.125	10.125	0.575	-0.425	0.15	1%
SERVICE 2 (pneumologie)	30	11.2	9.8	11.25	11.25	-0.05	-1.45	-1.5	-7%
SERVICE 3 (neuro-addictologie)	30	10.6	10.7	11.25	11.25	-0.65	-0.55	-1.2	-6%
SERVICE 4 (cardiologie)	22	11.5	9	8.25	8.25	3.25	0.75	4	20%
SERVICE 5 (pneumologie-oncologie)	30	13.8	11.7	11.25	11.25	2.55	0.45	3	12%
SERVICE 6 (diabétologie-endocrinologie)	11	6.6	3.6	4.125	4.125	2.475	-0.525	1.95	19%
TOTAL MÉDECINE	150	64.4	54.5	56.25	56.25	8.15	-1.75	6.4	5%
CHIRURGIE									
SERVICE 1 (orthopédie-traumatologie, ophtalmologie)	30	10	9.8	11.25	11.25	-1.25	-1.45	-2.7	-14%
SERVICE 2 (urologie, stomatologie)	16	5.7	5.4	6	6	-0.3	-0.6	-0.9	-8%
SERVICE 3 (chirurgie générale, viscérale et digestive)	28	10.1	10.5	10.5	10.5	-0.4	0	-0.4	-2%
SERVICE 4 (chirurgie générale et ORL)	29	10.2	11.2	10.875	10.875	-0.675	0.325	-0.35	-2%
TOTAL CHIRURGIE	103	36	36.9	38.625	38.625	-2.625	-1.725	-4.35	-6%

Les données du tableau mettent globalement en évidence un « sureffectif » en médecine, notamment dans les services cardiologie, pneumologie, diabétologie-endocrinologie et un « sous-effectif » en personnels de soins en particulier en orthopédie. De plus, il convient de rapprocher ces données avec le poids moyen des cas traités qui est inférieur à l'hôpital de Lons-le-Saunier (0,937) par rapport à la médiane des hôpitaux de même catégorie (0,994).

La chambre constate que l'encadrement des services en personnels de soins non médicaux au centre hospitalier de Lons-le-Saunier ne répond pas à la typologie de l'encadrement généralement admise depuis 1999. Elle invite l'établissement à engager une réflexion sur le taux d'encadrement des services en infirmières et aides-soignantes et sur la redéfinition du périmètre des pôles d'activités cliniques.

3.4.2 Le pilotage de la gestion des ressources humaines

3.4.2.1 Les recrutements et les mouvements de personnels

MOUVEMENTS DE PERSONNEL

	2006	2007	2008	2006/2008
Nombre total d'agents permanents	1 075	1 100	1 084	0,83%
Agents de + de 55 ans	73	78	77	5,19%
Ratio	6,79%	7,09%	7,10%	
Nombre de départ	44	54	65	32,31%
Nombre d'arrivée	39	65	61	36,07%
Solde	-5,00	11,00	-4,00	-25,00%
Suppression d'emploi prévus au CREF	0,00	0,00	17,00	
Différence	-5,00	11,00	13,00	

Source : bilan social ; CH Lons-le-Saunier, direction des ressources humaines

L'examen des mouvements de personnels montre que l'établissement a des difficultés pour mettre en place les mesures de réduction de poste prévues au CREF. En 2008, seuls 4 postes ont pu être supprimés, alors que le CREF en prévoyait 17.

Par ailleurs, l'hôpital dispose de marges de manœuvre sur la réduction des postes puisque 77 agents pourraient partir en retraite dans les cinq ans à venir. Cette opportunité doit permettre à l'hôpital de réduire sa masse salariale à la fois par recrutement en début de carrière et par une réflexion sur les taux d'encadrement des services en fonction de leur activité réelle, du poids moyen du cas traité, dans le cadre d'une redéfinition du périmètre des pôles.

Au sein de l'hôpital de Lons-le-Saunier, la décision de recrutement est toujours prise par le directeur des ressources humaines (DRH). Néanmoins, il y a une organisation « proactive » dans le cadre du recrutement (définition du profil de poste, mouvements internes ou contrats ou mutations selon les besoins) qui s'effectue en général par binôme (le DRH ou son représentant avec tantôt la directrice des soins, tantôt un cadre supérieur de santé). L'autorisation de recruter un nouvel agent est toujours validée par le directeur des ressources humaines et ce en amont, sauf situation d'extrême urgence et pour une durée très courte (absentéisme de week-end inopiné). Un adjoint de la direction des ressources humaines en est alors informé.

Par ailleurs, l'hôpital organise mensuellement des réunions conjointes (DRH-DSI) pour renouveler ou non des contrats, donner des avis sur des possibilités ou non de recourir à des mutations, des reclassements, des contrats aidés etc. Les décisions de recrutement sont prises au vu, d'une part, de tableaux d'effectifs théoriques cibles et, d'autre part, des possibilités permises par le CREF.

3.4.2.2 Le respect de la réglementation statutaire

1) concernant les règles d'avancement de grade et d'échelon des personnels non médicaux

Exercice 2008			
GROUPE	Effectifs réels au 31 décembre	Avancements de grade (hors reclassement)	Avancements d'échelon
Catégorie A	118	7	23
Catégorie B	371	29	65
Catégorie C	481	19	196
TOTAL	970	55	284

Source : Bilan social 2008

Exercice 2007			
GROUPE	Effectifs réels au 31 décembre	Avancements de grade (hors reclassement)	Avancements d'échelon
Catégorie A	121	4	30
Catégorie B	372	17	105
Catégorie C	475	28	104
TOTAL	968	49	239

Source : Bilan social 2007

L'avancement d'échelon constitue l'une des causes importantes d'évolution de la masse salariale. Les modalités d'avancement procèdent de la combinaison de règles énoncées à l'article 67 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : « l'avancement d'échelon se traduit par une augmentation de traitement et a lieu de façon continue d'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur », et de l'article L. 818 du code de la santé publique (abrogé sous réserve de la publication d'un décret non paru, donc encore applicable actuellement).

Cet article précise que « l'avancement d'échelon à l'ancienneté minimum peut être accordé par l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis de la commission paritaire, aux agents auxquels a été attribuée une note supérieure à la note moyenne obtenue par les agents du même grade, sans que plus d'une promotion sur trois puisse être prononcée par application de ces dispositions ».

Dès lors, il résulte des dispositions législative et réglementaire que l'avancement s'effectue selon trois modalités :

- 1°) à la durée moyenne telle que fixée par les statuts particuliers,
- 2°) à la durée minimale ou durée moyenne diminuée du quart, le nombre de promotion étant limité à une sur trois,
- 3°) à la durée maximale ou durée moyenne majorée du quart, accordée de plein droit.

Au centre hospitalier de Lons-le-Saunier, les règles d'avancement concernant le nombre maximum de promotion par catégorie ont été respectées.

2) concernant la gestion des gardes et astreintes des personnels médicaux

Evolution du coût de la permanence des soins

Compte	Intitulé	2005	2006	2007	2008	Evol 2008/2005
6425	Permanence des soins	1 359 370	1 207 982	1 181 100	1 253 385	-7.80%
6426	Temps de travail additionnel de jour	0	0	0	0	
TOTAL Permanence des soins		1 359 370	1 207 982	1 181 100	1 253 385	-7.80%
642	Rémunérations du personnel médical	6 979 275	7 551 905	7 800 301	8 323 971	19.27%

Montants en €

Les obligations de service du personnel médical édictées dans l'arrêté du 30 avril 2003 (10 demi-journées de présence de jour ou de nuit par semaine et 48 heures hebdomadaires pour les praticiens en temps continu) imposent la mise en œuvre des tableaux de services et des tableaux de garde et d'astreinte. À l'hôpital de Lons-le-Saunier, les praticiens en temps de travail continu (urgentistes et anesthésistes) respectent cette obligation et transmettent tous les mois à la direction de l'établissement les tableaux prévisionnels de service, puis en cas de changement les rectificatifs. Il est à noter que ces tableaux incluent les permanences sur place.

En dehors des praticiens en temps de travail continu, seuls trois services respectent cette obligation : laboratoire, pharmacie et pédiatrie. En ce qui concerne les autres services, les praticiens transmettent les tableaux de gardes et d'astreintes mais pas le tableau de service de jour qu'ils jugent fastidieux et redondant avec les consultations externes : par conséquent, ils ne fournissent pas ces tableaux de service de jour au directeur de l'établissement. Subséquemment, la direction applique un principe qui se vérifie dans le coût global de la permanence des soins, à savoir que sans tableau de service de jour, il n'est pas possible pour les médecins d'obtenir une rémunération au titre des indemnités pour le temps additionnel de jour.

La chambre observe que l'établissement maîtrise l'évolution du coût des gardes et astreintes et n'engage aucune dépense liée à l'indemnisation du temps additionnel de jour en l'absence de justification prévue par l'arrêté du 30 avril 2003.

Au sein du centre hospitalier de Lons-le-Saunier

- **Direction générale :**
Monsieur Denis Valzer, directeur en fonctions
- **Direction des affaires financières et générales, qualité et gestion des risques, usagers:**
Madame Annie Crollet, directrice adjointe
Monsieur Thierry Poly, services financiers
- **Direction des ressources humaines :**
Monsieur Bernard Wenisch, directeur adjoint
- **Direction des services économiques et logistiques :**
Monsieur Didier Richard, directeur adjoint
- **Département de l'information médicale :**
Docteur Denis Baborier
- **Président de la commission médicale de l'établissement :**
Docteur Denis Baborier

En dehors du centre hospitalier de Lons-le-Saunier

- **Agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté :**
Madame Vanessa Bailly, contrôleur de gestion
- **Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Jura :**
Monsieur Yves Simeray, directeur
Madame Nancy Jaehn, inspectrice des affaires sanitaires et sociales
- **Caisse régionale d'assurance maladie de Bourgogne-Franche-Comté :**
Monsieur Madica, directeur
Monsieur Florent Théveny, responsable de la cellule hospitalière de Franche-Comté
- **Trésorerie principale de Lons-le-Saunier municipale et établissements publics locaux :**
Monsieur Jean-Louis Lanfant, comptable public
Monsieur Olivier Demets, adjoint comptable public
Monsieur Boris Bourgeois, adjoint comptable public

Montants en euro	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Mesures d'économie						
Diminution des charges de personnel (Titre 1)	672 000	1 344 000	404 000	0	0	2 420 000
Passage de la durée du tps de travail de 37h30 à 37h et réduction nbre de RTT	165 000	495 000	52 500			712 500
Adaptation de l'effectif ASH à l'activité	280 000	402 500	157 500			840 000
Diminution des remplacements pour arrêt maladie	160 000	40 000				200 000
Diminution des remplacements pour congés annuels	35 000	35 000				70 000
Promotion professionnelle (limitation des départs, valorisation des VAE)		130 000				130 000
Non remplacement de départ en retraite (service administratif/logistique)		88 000	132 000			220 000
Transformation de l'activité de gynéco-obstétrique en hôpital d esemaine		147 500				147 500
Rationalisation de la permanence des soins (personnel médical)	32 000	6 000	62 000			100 000
Diminution des dépenses pharmaceutiques (Titre 2)	124 000	248 000	58 000	0	0	430 000
Action sur prescription prduits pharmaceuti.et consommables médicaux stériles	82 000	163 000	35 000			280 000
Suivi des demandes médicales extérieures	42 000	85 000	23 000			150 000
Diminution des dépenses hôtelières et logistiques (Titre3)	104 000	208 000	58 000	0	0	370 000
Evolution des politiques d'achat	104 000	108 000	58 000			270 000
Révision de la prestation SMUR		100 000				100 000
Total des mesures d'économies	900 000	1 800 000	520 000	0	0	3 220 000
Augmentation des produits						
Gain de convergence avec l'application coeff de transition		295 000	295 000	295 000	295 000	1 180 000
Optimisation du codage et de la facturation		100 000	125 000	125 000	125 000	475 000
Augmentation activité (hospit de jour, hospit de semaine, baisse DMS)	750 000	355 000	330 000	330 000	330 000	2 095 000
Total de l'augmentation des recettes	750 000	750 000	750 000	750 000	750 000	3 750 000

Annexe n° 3

Missions d'intérêt général 2008

LISTE DES MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (MIG et MERRI)		Crédits notifiés en 2008 (en €)	Dépenses 2008 réalisées CH Lons (en €)	Besoin (-) ou excédent (+) de financement CH Lons (en €)
N°1	Aide médicale d'urgence	2 961 864	2 970 803	-8 939
	SMUR	2 839 315	2 839 316	-1
	SAMU (y compris CESU)	122 549	131 487	-8 938
N°2	Interventions des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	537 467	543 588	-6 121
	consultations mémoire	105 766	108 005	-2 239
	consultations hospitalières d'addictologie	46 838	48 034	-1 196
	emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique	71 929	73 758	-1 829
	structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle	205 827	205 827	
	RCP (Cancerologie)	88 058	88 611	-553
	dispositifs d'annonce (Cancérologie)			
	centres de coordination des soins en cancérologie (3C)	19 049	19 353	-304
N°3	Mission de prévention et d'éducation pour la santé	71 941	220 348	-148 407
	actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH	71 941	220 348	-148 407
N°4	Missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient	523 987	536 004	-12 017
	équipes hospitalières de liaison en addictologie (ELSA)	138 461	138 023	438
	équipes mobiles de gériatrie	140 131	152 527	-12 396
	équipes mobile de soins palliatifs (EMSP)	245 395	245 454	-59
N°5	Activité de dépistage anonyme et gratuit	17 250	36 480	-19 230
	consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH ou d'autres maladies transmissibles-CDAG	17 250	36 480	-19 230
N°6	Prise en charge des détenus	143 986	141 496	2 490
	unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)	143 986	141 496	2 490
N°7	Recherche médicale et innovation			
	conservation des tissus, tumeurs et produits humains à des fins de recherche (banque du sang)			
N°8	Enseignement, recherche, rôle de référence et innovation	33 000	33 000	
	enseignement et formation des personnels médicaux et paramédicaux (financement des quotas d'externes)	33 000	33 000	
sous total		4 289 495	4 481 719	-192 224

Source : CH Lons - direction des affaires financières

Arrêté du 26 novembre 2008 du directeur de l'ARH portant ventilation des crédits MIGAC

Annexe n° 4	Liste des sigles utilisés
--------------------	----------------------------------

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AS	Aide-soignant
BFR	Besoin en fonds de roulement
CAF	Capacité d'autofinancement
CHG	Centre hospitalier général
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CPOM	Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens
CREA	Compte de résultat analytique
DAC	Dotation annuelle complémentaire
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère santé)
DIM	Direction de l'information médicale
DMS	Durée moyenne des séjours
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Établissement public de santé
ETP	Équivalent temps plein
FHF	Fédération hospitalière de France
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupes homogènes de malades
GHS	Groupes homogènes de séjours
GIE	Groupement d'intérêt économique
GVT	Glissement vieillesse technicité
IDE	Infirmière diplômée d'État
IP-MCO	Indice de productivité pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique
ISA	Indice synthétique d'activité
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SIH	Système d'information hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSI	Service de soins infirmiers
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TCCM	Tableau coûts <i>case mix</i>