



Chambre régionale des comptes  
de Haute-Normandie

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES  
SUR LA GESTION  
DU CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE

# SOMMAIRE

	Pages
I – PROCEDURE	1
II- POSITIONNEMENT STRATEGIQUE ET PILOTAGE EXTERNE DE L'ETABLISSEMENT	1
1 – l'insertion de l'hôpital dans son environnement	1
2 – Le pilotage externe de l'institution par l'ARH	3
III - DIAGNOSTIC FINANCIER	4
1 – L'analyse financière rétrospective	4
2 – L'analyse financière prospective	7
3 – La situation financière réelle après vérification de la sincérité des comptes	9
IV – DIAGNOSTIC MEDICO-ECONOMIQUE	11
1 – Le pilotage médico-économique de l'établissement	11
2 – L'activité de l'établissement	12
3 – La valorisation et la facturation de l'activité	16
4 – La maîtrise des effectifs et le pilotage de la gestion des ressources humaines	18
SYNTHESE	21
ANNEXES	22
Réponse du directeur du centre hospitalier de Dieppe	23

## **I - PROCEDURE**

Le centre hospitalier de Dieppe a fait l'objet d'un examen relatif à sa gestion sur les exercices 2003 et suivants. Cet examen, effectué sur pièces et sur place, a été engagé le 12 juin 2009.

L'entretien préalable prévu à l'article L. 241-7 du code des juridictions financières a eu lieu, le 16 septembre 2009, avec le directeur en exercice de l'établissement depuis 2003.

Après en avoir délibéré le 22 octobre 2009, la Chambre a arrêté des observations provisoires, notifiées au directeur du centre hospitalier de Dieppe le 18 décembre 2009, qui portent sur les thématiques suivantes : positionnement stratégique et pilotage externe de l'établissement, diagnostic financier et diagnostic médico-économique.

Le directeur de l'établissement a présenté ses observations dans une lettre enregistrée au greffe de la Chambre le 15 février 2010.

Après avoir examiné cette réponse, et entendu les observations orales du directeur le 12 mars 2010, la Chambre a délibéré à nouveau le même jour et retenu, à titre définitif, les observations suivantes.

## **II – POSITIONNEMENT STRATEGIQUE ET PILOTAGE EXTERNE DE L'ETABLISSEMENT**

### **1 – L'insertion de l'hôpital dans son environnement**

Le centre hospitalier de Dieppe, qui dispose d'une capacité de 836 lits, est l'hôpital de référence du territoire de santé de Dieppe, situé au nord du département de la Seine-Maritime et qui se caractérise notamment par sa large façade maritime. L'établissement, qui est également l'un des cinq hôpitaux de recours de la région Haute-Normandie, dessert un bassin de population de 173 222 habitants, essentiellement répartis entre les bassins de vie de Dieppe (132 482 habitants) et Eu (37 216 habitants), dans un contexte démographique et économique marqué par une forte précarité de la population et une proportion importante de personnes âgées.

L'offre de soins sur le territoire est répartie entre un secteur libéral stable et 13 établissements de santé implantés principalement dans les villes côtières. Dans l'agglomération dieppoise, le centre hospitalier subit principalement la concurrence de la clinique Mégival, spécialisée en chirurgie, et de la clinique des Aubépines, qui dispose de 28 lits de gynécologie-obstétrique et réalise près de 800 accouchements par an, tout en exerçant également une activité de cancérologie au moyen de produits fournis par l'établissement contrôlé.

Sa part de marché sur le secteur Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) n'a cependant cessé de progresser dans le territoire de santé pour passer de 33,9 % en 2005 à 40,8 % en 2006, avant d'atteindre 42,3 % en 2007. Mais cette hausse s'accompagne d'une diminution du poids moyen du cas traité, qui passe de 109 à 103, ce qui est de nature à handicaper l'établissement dans le cadre de la mise en place de la nouvelle version des tarifs (V.11), laquelle valorise davantage les pathologies présentant un degré important de sévérité. La perte de recettes liée à la mise en place de la V.11 est ainsi évaluée à 800 000 euros par la direction de l'information médicale (DIM) de l'établissement.

Le centre hospitalier de Dieppe doit également composer avec le très fort taux de fuite, supérieur à 40 %, qui affecte son territoire de santé au profit, notamment de celui de Rouen-Elbeuf où est situé le centre hospitalier universitaire de Rouen, distant de l'établissement contrôlé de 65 kilomètres, soit un temps de trajet de 50 minutes. Si cette proximité du CHU, renforcée par une forte présence d'ambulanciers dans l'agglomération dieppoise, n'est pas étrangère à ces mouvements de fuite, l'image dégradée de l'établissement au sein de la population dieppoise - marquée par les nombreuses affaires contentieuses qui l'ont affecté et par le caractère vétuste de ses anciens locaux - et parmi les médecins libéraux locaux - qui ne lui accordent pas une grande confiance - y participe également beaucoup, malgré un taux de « sinistralité » en amélioration notable depuis 3 ans. L'établissement est de surcroît handicapé par l'absence de « niches d'activités » adaptées à son bassin de population où dans lesquelles il ferait référence au niveau local ou régional. La Chambre prend acte des efforts déployés par l'établissement, qui a notamment réalisé récemment une enquête d'image, et l'encourage à poursuivre dans cette voie en mettant, par exemple, en place rapidement un plan ambitieux de communication auprès de la population locale et des médecins libéraux du territoire de santé afin d'améliorer l'image de l'établissement auprès de la population et des acteurs de santé locaux.

Dans cette perspective, doivent être également salués les efforts déployés par le centre hospitalier pour établir et développer, au moyen de nombreuses conventions conclues avec d'autres structures de soins, un réseau opérationnel de coopérations locales permettant de réguler ses flux de patients aussi bien en amont qu'en aval. Ces actions de coopérations ne sont toutefois pas toujours des plus harmonieuses, et peuvent même devenir conflictuelles, s'agissant du centre hospitalier d'Eu.

Présentent également un caractère très conflictuel les relations qui unissent le centre hospitalier de Dieppe à la société SCM IRM des radiologues libéraux dieppois au sein du GIE « IRM de Dieppe », constitué en septembre 2005 par ces deux entités en vue de l'installation et l'exploitation d'un équipement d'imagerie par résonance magnétique.

Si le volume d'activité de cet équipement installé dans les locaux du centre hospitalier est en effet satisfaisant, la répartition des charges et des recettes entre les membres du GIE, fixée par le règlement intérieur du groupement adopté le 6 janvier 2006 après de longues discussions, se révèle en réalité défavorable à l'établissement public qui subit l'application mécanique de forfaits dégressifs au-delà d'un certain volume d'actes réalisés.

Le conflit né entre le centre hospitalier, qui souhaite obtenir une modification des modalités de fonctionnement et de financement de l'équipement, et les radiologues libéraux, qui souhaitent maintenir la situation actuelle, avait pris ces derniers mois une telle ampleur que les derniers comptes annuels du groupement n'avaient pu être approuvés par son commissaire aux comptes et que l'ARH avait dû désigner un médiateur entre les parties concernées. Au terme de cette médiation, un accord a finalement été conclu le 26 août 2009, prévoyant notamment un droit de tirage minimal de 2 250 actes à forfait technique normal pour chaque partenaire.

## **2 – Les relations de l'établissement avec la tutelle**

Le centre hospitalier de Dieppe a conclu avec l'ARH, le 30 mars 2007, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) couvrant la période 2007-2011, en assignant à l'établissement des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) volontaristes, notamment en chirurgie (3 202 séjours en 2010 contre 2 832 en 2006), et, préconisant notamment, au titre des orientations stratégiques, de « renforcer et développer les coopérations entre l'ensemble des établissements de santé du territoire dans le cadre d'une organisation concertée entre les acteurs publics et privés » et de « développer l'activité de chirurgie programmée et en particulier la chirurgie ambulatoire ».

Compte tenu de la situation structurellement déficitaire de l'établissement, qui était de l'ordre de 1,9 millions d'euros en août 2006, la signature de ce contrat s'est immédiatement accompagnée de la mise en œuvre de la procédure de redressement prévue au 1<sup>o</sup> de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, habilitant le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation à intervenir dès lors « que la situation financière de l'établissement l'exigeait », et qui aboutira à la signature, le 26 septembre 2008, d'un « contrat de retour à l'équilibre », annexé au CPOM et couvrant la période 2008-2012.

En retenant la double hypothèse d'une progression annuelle d'activité de 1,7 %, conforme à une évolution située entre la borne minimum et la borne maximum des OQOS susmentionnés fixés par le CPOM, et d'une convergence tarifaire linéaire jusqu'en 2012, qui devraient avoir pour effet de faire progresser les recettes de l'établissement dans les proportions suivantes : + 626 900 euros en 2009, + 1 441 819 euros en 2010,

+ 1 093 717 euros en 2011 et + 1 889 357 euros en 2012, ce contrat prévoit un retour à une situation excédentaire dès 2010.

La différence entre l'augmentation des recettes de l'établissement et le montant de son déficit structurel (1 421 575 euros en 2007 et 1 643 291 euros en 2008) doit être compensée par le double jeu :

- d'une dotation financière pluriannuelle dégressive, versée exceptionnellement par l'ARH en crédits d'aide à la contractualisation non reconductibles : 700 000 euros en 2008, 500 000 euros en 2009, 300 000 euros en 2010 et 50 000 euros en 2011.
- et par des économies sur les titres 1 et 3 que l'établissement s'est engagé à réaliser, dans les proportions suivantes, 2008 : 50 000 euros, 2009 : 250 000 euros, 2010 : 450 000 euros, 2011 : 603 091 euros et 2012 : 603 091 euros.

Pour tenir cette « feuille de route », l'annexe technique au contrat de retour à l'équilibre dresse une liste d' « axes d'actions issus des résultats du diagnostic-flash » qui doivent servir de support au « plan d'actions » que l'établissement doit élaborer dans un délai de trois mois suivant sa signature.

Mais à ce jour, soit plus d'un an après la signature du contrat de retour à l'équilibre, le centre hospitalier de Dieppe, qui a certes mis en place quelques mesures d'application, n'a toujours pas formalisé ce « plan d'actions », pourtant nécessaire à la bonne exécution dudit contrat. La Chambre invite donc l'établissement à régulariser cette situation, avec d'autant plus d'insistance que la mise en place de la V.11, qui bouleverse les prévisions de recettes sur lesquelles le plan de redressement était basé, lui impose de prendre de réelles mesures d'économies à réaliser.

### **III – DIAGNOSTIC FINANCIER**

#### **1 – L'analyse financière rétrospective**

##### **A - Le compte de résultat**

Entre 2004 et 2008, les résultats du budget H du centre hospitalier de Dieppe (soit son principal budget) ont évolué dans une fourchette comprise entre – 857 728 euros en 2005 et 144 629 euros en 2006, qui est la seule année où ils ont été bénéficiaires. Les résultats consolidés de l'établissement, qui ont présenté un déficit de 788 052 euros en 2005 et qui étaient presque à l'équilibre en 2007, avec un déficit de 52,30 euros, n'ont été bénéficiaires qu'en 2006, de 672 492 euros, et 2008, de 70 168 euros, le déficit du budget H de cette dernière année, soit 849 091 euros, ayant été compensé par les résultats des budgets annexes.

Sur la même période, les dépenses de l'établissement ont progressé de 10,2 millions d'euros pour atteindre 92 464 043 euros en 2008, alors que les recettes de ce même exercice se sont élevées à 91 614 952 euros contre 81 804 225 euros en 2004, soit une progression de 9,8 millions d'euros, moins forte que celle des dépenses précitées.

Ces évolutions ont été anticipées de manière satisfaisante lors de l'élaboration des EPRD de l'établissement, puisque les écarts entre les prévisions et les réalisations n'ont été que de 3,9 % en 2006, 3,4 % en 2007 et 4,2 % en 2008 et apparaissent encore plus faibles (2,3%, 2% et 2,9 % respectivement) si l'on tient compte du fait que les montants du stock initial et du stock final ne sont pas intégrés dans les prévisions des EPRD.

## **B - Le financement de l'investissement**

Par le jeu des dotations et des reprises sur amortissements et sur provisions, la capacité d'autofinancement (CAF) brute de l'établissement a évolué entre 2003 et 2008 dans une fourchette comprise entre 4,8 millions (2004) et 8,8 millions d'euros (2006), pour augmenter globalement de 64,3 %, et atteindre 7,9 millions d'euros en fin de période.

La CAF nette de l'établissement, sur la même période, s'est maintenue à un niveau constamment positif pour s'établir à 4,2 millions d'euros en 2008.

Selon que sont intégrés ou non, dans le calcul de la variation du fonds de roulement d'investissement de l'établissement, les emprunts à taux zéro, ledit fonds de roulement a, en tout état de cause, diminué de 1,4 millions d'euros ou 1,56 millions d'euros entre 2003 et 2008.

Alors que l'établissement est en cours de reconstruction ou de rénovation, le taux de vétusté de ses équipements se maintient à un niveau élevé, soit 84,6 % en 2008, pour une moyenne nationale qui s'élevait à 77,4 % en 2006. Cette situation est, en réalité, la conséquence du choix de gestion fait par le centre hospitalier de retenir, aussi bien pour les bâtiments que pour les équipements, des durées d'amortissement très courtes, égales voire inférieures aux préconisations minimales de la M 21, ce qui a généré une augmentation de plus de 2 millions d'euros des amortissements entre 2005 et 2007. Le taux de vétusté moyen des constructions de l'établissement, qui atteint 33,6 % en 2008, s'est en revanche maintenu pendant toute la période contrôlée à un niveau inférieur à la moyenne nationale.

Le poids des charges financières et dotations aux amortissements de l'établissement par rapport aux produits de l'assurance maladie, qui présentait un niveau satisfaisant de 8,3 % en 2006, a beaucoup augmenté en 2007 pour atteindre 10,7 % en 2007, avant de revenir à 10,6 % en 2008.

Le degré de limitation de l'autofinancement (qui mesure la part des dotations aux amortissements qui ne peut être utilisée pour financer de nouveaux investissements) du centre hospitalier de Dieppe, dont le remboursement des emprunts est principalement assuré par les dotations aux amortissements, ne soulève pas d'inquiétude particulière.

### **C - La situation de la dette**

L'encours de la dette du centre hospitalier de Dieppe diminue de 9,2 % en 2008 par rapport à 2007, pour atteindre 36,9 millions d'euros, puis 36,5 millions d'euros en 2009, après avoir progressé significativement entre 2005 et 2006 (+ 10,5 millions d'euros).

La durée apparente de la dette a diminué entre 2007 et 2008, pour atteindre un niveau inférieur à la médiane de la strate situé à 5,29. Il faudrait donc, en 2008, 4,67 années au centre hospitalier pour éteindre l'encours de la dette si les ressources d'autofinancement étaient consacrées à cet objectif.

Sur la période contrôlée, le taux d'indépendance financière le plus élevé sur la période contrôlée a été de 48,7 % en 2007, avant de redescendre à 45,6 % en 2008, soit un niveau qui, sans être préoccupant, est néanmoins supérieur à la médiane de la strate.

La dette de l'établissement, est composée à 77 % d'emprunts à taux fixe et elle ne comporte pas de produits financiers à risque, ni même d'emprunts dits « structurés ». Les échéances d'emprunt représentent environ 18 jours de charges d'exploitation en 2008 contre 20 en 2007, et si elles ont diminué de 4 % entre 2007 et 2008, les charges de fonctionnement ont augmenté dans le même temps de 2,9 %. Le poids des frais financiers rapporté aux dépenses d'exploitation, soit 1,761 en 2007, est supérieur aux moyennes régionales (1,088) et nationale (1,108).

### **D - La structure financière : le bilan fonctionnel**

Le fonds de roulement d'investissement, qui est resté constamment négatif sur la période vérifiée, a subi une forte dégradation entre 2007 à 2008 pour passer de - 3 285 000 euros à - 5 061 000 euros, en l'absence de mobilisation d'emprunts pour financer les investissements.

Le fonds de roulement d'exploitation est en revanche largement excédentaire sur l'ensemble de la période et atteint un niveau élevé en 2008 à la suite de la compensation, à hauteur de 6 399 000 euros, de la créance dite de l'article 58, opérée dans le cadre fixé par le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007. Il se situe ainsi à un niveau largement supérieur à la médiane de la strate en nombre de jours d'exploitation (43,59 pour 20,08 en 2008).

En conséquence de ces évolutions, le fonds de roulement net global (FRNG), qui n'a été négatif qu'en 2006, a fortement augmenté entre 2007 et 2008 pour atteindre 6 315 000 euros contre 406 000 euros en 2005.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) est positif en 2008 en raison de l'émission importante de titres en journée complémentaire et de la réduction de la dette de la CPAM envers l'établissement. Il reste cependant inférieur à la médiane de la strate, puisqu'il ne représente que 24,70 jours de charges courantes contre 27,09 en moyenne nationale. Comme en 2005, il a atteint cette même année un niveau inférieur au fonds de roulement net global et ne permet donc pas de couvrir le décalage entre l'encaissement des recettes et le paiement des dépenses.

L'évolution du ratio de couverture du BFR par le FRNG présente une certaine instabilité au sein d'une fourchette comprise entre 3,67 et - 1,31.

En termes de disponibilités, le centre hospitalier de Dieppe a constamment dû composer sur la période contrôlée, à l'exception de l'exercice 2007, avec une trésorerie négative du moins au 31 décembre des années concernées, ce qui l'a notamment contraint à renouveler en 2009, à titre de précaution, une ligne de trésorerie, dont il a fait un usage modéré. Ainsi, par rapport à la grille d'analyse visée à la circulaire DHSO du 25 mars 2008 relative aux EPRD, le centre hospitalier de Dieppe qui a bénéficié sur la période 2004 - 2008, d'un FRNG qui variait beaucoup et d'une trésorerie qui n'a été positive qu'en 2007, se trouve dans une situation qui lui impose un « pilotage » effectif de son besoin en fonds de roulement.

Les fournisseurs d'exploitation supportent des délais de paiement excédant les seuils fixés par le code des marchés publics pour atteindre un délai de règlement de 59 jours en 2008.

Les délais d'encaissement des créances sont élevés, même à l'encontre de débiteurs publics, mais ils demeurent inférieurs aux moyennes régionale et nationale (79,35 jours en 2007 contre respectivement 91,35 jours et 83,68 jours).

## **2 – L'analyse financière prospective**

### **A - Les tendances de l'EPRD**

L'EPRD 2009 (soit les prévisions budgétaires), qui respecte la règle d'équilibre du budget posée à l'article R. 6145-11 du code de la santé, présente un déficit prévisionnel de - 215 000 euros, soit 0,17 % du montant total des produits.

Il intègre une stabilisation des tarifs de prestations depuis le 1er juillet 2008 mais une augmentation de 12 % des autres produits liée notamment à la vaccination contre la méningite (1 480 000 euros). L'augmentation des dépenses du titre 2 à hauteur de 466 000 euros s'explique par l'intégration des charges liées à la vaccination contre la méningite (17 000 euros), aux rétrocessions de médicaments supplémentaires (100 000 euros) et aux consommations de molécules onéreuses financées en sus pour 290 000 euros. Hors ces dépenses, ce titre n'augmente que de 0,05 % soit 59 000 euros, conformément au plan de retour à l'équilibre. Le titre 3 prend en compte les économies, d'un montant de 60 000 euros, qui devaient être réalisées sur le contrat de nettoyage. Les charges d'amortissement, les frais financiers et les charges exceptionnelles diminuent cependant de 556 000 euros par rapport aux prévisions du contrat de retour à l'équilibre.

### **B - L'impact du coefficient de transition**

Le montant des recettes encaissées en 2009 par l'établissement (nouvelle tarification à l'activité et dotation annuelle complémentaire (DAC)) devrait diminuer de près de 900 000 euros par rapport à 2008 sous le double effet de la baisse des tarifs et du coefficient de transition applicable à l'établissement en 2009, soit 0,9895. Le montant total des recettes du titre 1 (lié à l'activité strictement médicale) hors dotation annuelle de fonctionnement, s'élèverait donc à 59 868 454 euros. Selon le contrat de retour à l'équilibre, le gain potentiel d'activité lié à l'effet mécanique de la mise en place de la T2A est évalué à 1 099 852 euros entre 2008 et 2012.

### **C - L'analyse prospective de l'investissement**

Les investissements envisagés représentent une dépense totale de 64,1 millions d'euros de 2009 à 2013, financée par le recours à l'emprunt à près de 68 %. Ils portent, notamment, sur la reconstruction des bâtiments de psychiatrie (12 450 000 euros), la construction d'un bâtiment de médecine (21 000 000 euros), l'extension du service des urgences (4 860 000 euros), la création d'une crèche (1 500 000 euros) et la refonte du système d'information (4 000 000 euros).

Ces investissements lourds pèseront nécessairement sur la situation financière de l'établissement, malgré l'accompagnement au titre du plan Hôpital 2012 (entre 2009 et 2012, de 2,45 millions d'euros) et celui du Plan Régional d'Investissement en Santé Mentale (entre 2009 et 2012, de 1,3 millions d'euros). Le plan global de financement pluriannuel annexé à l'EPRD 2009, fait état d'une CAF constamment positive et devant s'élever à 9,7 euros en 2013, qui devrait permettre de financer le surcoût du remboursement des emprunts qui passerait de 3,5 millions d'euros en 2009 à 4,3 millions en 2011 et 5,1 millions en 2013.

### **3 – La situation financière réelle après vérification de la sincérité des comptes**

#### **A - Le rattachement des charges et des produits à l'exercice**

Les reports de charges ont faussé les résultats de l'établissement, notamment en ce qui concerne l'exercice 2005, dont le résultat aurait dû être minoré de 1 400 000 euros, et l'exercice 2007, dont le résultat aurait dû être majoré de 650 000 euros.

Les résultats de l'établissement ont été également affectés par le jeu des reports de produits qui, comptabilisés au compte 772, ont minoré de 600 000 euros le résultat de l'exercice 2005, alors que celui de l'exercice 2006 a été majoré de 520 000 euros.

#### **B - Les provisions liées aux comptes épargne-temps**

En application des règles de financement du compte épargne-temps de la fonction publique hospitalière fixées par le décret n° 2004-73 du 19 janvier 2004, le centre hospitalier de Dieppe a constitué les provisions nécessaires aux comptes épargne temps de son personnel médical et non médical, dont le montant global est passé de 1 200 042 euros au 31 décembre 2007 à 1 261 485 euros au 31 décembre 2008.

La valorisation brute des journées épargnées par les personnels médicaux et non médicaux, soit respectivement 2 864,50 et 926,5, représente un montant total de 1 065 660 euros, inférieur au montant des provisions au 31 décembre 2008.

#### **C - Les provisions liées aux créances irrécouvrables**

Sur la période vérifiée, le centre hospitalier de Dieppe a régulièrement constitué des provisions en vue de couvrir le risque de non-recouvrement de certaines de ses créances. Pour l'exercice 2007, par exemple, l'établissement a mandaté les sommes de 120 990,05 euros (budget H), 18 880,28 euros (budget unités soins de longue durée) et 11 719,58 euros (maison de retraite) au titre des créances admises en non-valeur.

En 2008, la provision pour créances irrécouvrables constituée par le centre hospitalier de Dieppe s'élevait à 175 924 euros, ce qui est suffisant pour couvrir le risque réellement encouru par l'établissement. Les résultats réels de celui-ci ne peuvent donc pas être regardés comme affectés par une sous-évaluation des provisions liées aux créances irrécouvrables.

Il est cependant observé qu'aucun apurement des créances irrécouvrables n'a été effectué à la clôture de l'exercice 2008, au titre duquel le comptable n'a d'ailleurs procédé à aucune admission en non-valeur, ce qui apparaît anormal.

#### **D - Les aides et concours exceptionnels**

Les crédits supplémentaires accordés au centre hospitalier de Dieppe par la tutelle sur la période 2006-2008 ont représenté un montant total de 9 047 277 euros, n'intégrant que 23,5 % de crédits reconductibles et constitués à hauteur d'un quart, soit 2 267 000 euros, par des crédits de tensions budgétaires octroyés à l'établissement en tant qu'aides à la contractualisation non reconductibles.

#### **E - Les charges supportées par le compte principal au titre des activités relatives aux comptes annexes**

De l'examen du coût des charges éventuellement supportées par le budget principal mais se rapportant à un budget annexe, il ne ressort pas que le résultat comptable du centre hospitalier de Dieppe serait affecté par des charges indûment supportées par le compte principal. Des clefs de répartition ont en effet été déterminées pour affecter les charges à imputer par budget dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées, l'opération « sincérité des comptes » constituant un préalable à la signature de la convention tripartite.

#### **F - La situation financière réelle après retraitement comptable**

Compte tenu de l'ensemble des observations qui précèdent, la détermination de la situation financière réelle du centre hospitalier de Dieppe requiert le retraitement des résultats apparents du budget H de l'établissement selon les modalités suivantes :

budget H	2006	2007	2008
résultat comptable de l'exercice	144 629	- 581 575	- 849.091
- reports de charges de N sur N+1	242 476	965 503	103 224 *
+ reports de charges de N-1 sur N	118 773	242 476	965 503
+ reports de produits de N sur N+1	234 411	195 119	90 136 *
- reports de produits de N-1 sur N	756 631	234 411	195.119
- insuffisance de provisions (CET et créances ANV)	-	-	-
- crédits tensions budgétaires	727 000	840 000	700.000
<b>résultat de gestion hors dotations exceptionnelles</b>	<b>- 1 228 294</b>	<b>- 2 183 894</b>	<b>- 791 795</b>

\* Montants estimatifs

Ainsi, les résultats apparents du budget H du centre hospitalier de Dieppe, corrigés des crédits de tensions budgétaires accordés par la tutelle et des reports de charges et de produits, font apparaître des déficits d'exploitation très conséquents en 2006 et 2007.

#### **IV – DIAGNOSTIC MEDICO-ECONOMIQUE**

Le diagnostic qui suit a pour objet de mesurer la performance médico-économique du centre hospitalier de Dieppe en termes d'efficacité (résultats par rapport aux moyens) et d'économie des moyens, à partir d'indicateurs tels que ceux développés dans l'outil « diagnostic flash » ou dans les travaux de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH).

##### **1 – Le pilotage médico-économique de l'établissement**

Le centre hospitalier de Dieppe est adhérent à la base du CHU d'Angers depuis 2001, à l'étude des coûts par activité médicale depuis juin 2008 et à la Banque de Données Hospitalières de France (BDHF). Le nouveau médecin DIM, recruté en début d'année 2008, réalise des diagnostics réguliers grâce à l'application « PMSI Pilot ».

Le centre est également suivi par la MEAH en ce qui concerne la politique de recouvrement de ses recettes. Ces éléments traduisent la volonté réelle de l'établissement de se doter d'outils d'analyse de ses coûts de production.

Aucun des pôles de l'établissement, dont la taille et l'organisation sont par ailleurs suffisantes, ne s'est cependant doté de compte de résultat d'exploitation analytique (CREA), même si des analyses de l'activité desdits pôles ont été réalisées sur les points suivants : territoire de santé, origine géographique des patients hospitalisés, mode d'entrée et de sorties des patients MCO, répartition des patients hospitalisés en MCO par tranche d'âge, répartition de la durée de séjour MCO, répartition des séjours par catégorie majeures de diagnostics (CMD), poids des 20 premiers GHM en séjours et valorisation en T2A.

La direction de centre hospitalier prévoit cependant de doter prochainement les chefs de pôle d'instruments de pilotage plus fins et plus opérationnels, ce qui devrait, en complément de leur participation au Conseil exécutif de l'établissement, accroître leur implication dans la gestion et la performance de ce dernier.

## **2 - L'activité de l'établissement**

### **A - Les données administratives d'activité relatives au secteur MCO.**

Selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les activités de médecine connaissent au centre hospitalier de Dieppe une hausse tant pour l'hospitalisation complète (53 % de l'activité totale) que pour l'hospitalisation incomplète, 1,7 % en nombre d'entrées totales entre 2006 et 2007. Cette hausse d'activité s'est confirmée et amplifiée en 2008 où les entrées directes ont progressé de 2,5 %, et les entrées totales de 3,4 %. Dans le détail, cette hausse concerne essentiellement l'unité de soins intensifs (USIC), dont l'activité a progressé de 15,6 % entre 2007 et 2008, la cardiologie (+ 10,5 % entre 2006 et 2008), la médecine interne (+ 22,2 % sur la même période) et la réanimation (+ 7,5 %), alors que l'activité des services de pneumologie et de pédiatrie, après avoir augmenté entre 2006 et 2007, évolue depuis à la baisse.

Le nombre de journées en hospitalisation complète en chirurgie a globalement diminué entre 2005 et 2007, pour passer de 17 595 à 17 210, après avoir atteint 18 473 en 2006. Les entrées, quant à elles, ont cru sur la même période de 3 093 à 3 158. Les entrées en hospitalisation de jour ont également augmenté pour passer de 464 en 2006 à 554 en 2008. En 2007, le taux d'occupation en hospitalisation complète (63 %) est assez faible, et il est particulièrement haut en hospitalisation incomplète (31 %). En outre, le faible nombre d'actes pratiqués dans certains secteurs tels que la chirurgie ORL (hors oncologie) et la stomatologie, ou encore le faible nombre de poses de prothèses de hanche est cependant inquiétant, ne serait-ce qu'en termes de sécurité des patients.

L'activité en gynécologie-obstétrique reste faible avec un taux d'occupation de 53 %. Le nombre d'hospitalisation a baissé de 9,8 % entre 2007 et 2008 après avoir déjà diminué de 1,4 % entre 2006 et 2007. Le nombre de naissances est cependant passé de 909 en 2006 à 933 en 2007 et 950 en 2008 et si la part du marché pour cette discipline augmente de 2006 à 2007 pour passer de 49,9 % en 2006 à 51,9 % en 2007, le poids moyen du cas traité (PMCT), soit 93, est faible et la concurrence de la clinique des Aubépines qui absorbe toujours 36 % du marché demeure forte.

Ainsi l'activité MCO a globalement augmenté de 1,42 % entre 2007 et 2008. Mais la faiblesse des taux d'occupation constatés en chirurgie et en gynécologie obstétrique doit conduire le CH de Dieppe à poursuivre les efforts de restructuration déjà entrepris depuis 2006 [diminution du nombre de lits en médecine (-5 en 2007 et + 3 en 2007 soit une incidence sur 2 ans de - 2), et en chirurgie (de -5 en 2006)].

## **B - Les données administratives d'activité relatives aux autres secteurs**

Le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) a connu une hausse significative d'activité entre 2005 et 2007, tant en nombre de journées (25 489 contre 18 999, soit une progression de 34,1 %) qu'en nombre d'entrées (852 contre 637, soit une hausse de 33,7 %), et se caractérise par un taux d'occupation élevé, proche de 90 %.

L'activité d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte augmente de 9,82 % en nombre d'entrées de 2007 à 2008, après avoir connu une chute de 10,7 % de 2006 à 2007. Les taux d'occupation, proches de 86 %, restent stables.

L'activité de jour connaît une évolution différente selon les secteurs : dans le premier secteur, le nombre de journées a progressé de 1 183 entre 2007 et 2008 alors qu'il était stable de 2006 à 2007, alors que dans le second il a diminué de 28,3 % (- 890 journées) en 2008. L'activité de nuit, quant à elle, ne cesse de diminuer et a même atteint un niveau nul pour le secteur 11 en 2008. L'activité du secteur infanto-juvénile enfin a diminué de 6,7 % en nombre de journées entre 2006 et 2007, avant de progresser de 10,65 % en 2008.

L'activité des urgences augmente significativement depuis 2006 : pour atteindre 31 388 passages en 2008 (soit 26 %) dont 8 473 suivis d'hospitalisation.

Les sorties SMUR sont globalement stables tandis que l'activité d'UHCD baisse de 2,60 % entre 2006 et 2008, avec une DMS stable de 1,08 en 2007 et 1,05 jours en 2008.

Avec un taux d'occupation de plus de 99 % entre 2006 et 2008, les structures d'hébergement pour personnes âgées, qui présentent une DMS en constante diminution, sont utilisées à plein.

En ce qui concerne l'activité externe, le nombre de passages générant un acte a augmenté de plus de 15 % entre 2005 et 2008.

Si le nombre d'interventions au bloc opératoire a baissé entre 2006 et 2007 pour passer de 4 230 à 4 193, il a progressé de 8,9 %, soit 372 interventions supplémentaires, entre 2007 et 2008. Cette hausse concerne en particulier la chirurgie viscérale (+ 20 %) et ortho-traumatologie (+ 25,9 %) ainsi que les spécialités chirurgicales (+ 23,1 %). Ainsi, ce sont 4 565 opérations au total qui ont été réalisées en 2008.

Les activités d'imagerie sont en progression constante depuis 2006 : + 4,2 % en 2007, avec une nette progression de l'activité de l'IRM (+ 18,7%) et du scanner (+ 7,7%), puis + 20,2 % en 2008. Le laboratoire de l'établissement a également connu une hausse d'activité de l'ordre de 4,4 % entre 2006 et 2007.

### **C - L'activité au regard du PMSI**

Le nombre de groupes homogènes de séjour (GHS) a augmenté de 2,1 % entre 2006 et 2008, pour passer de 24 982 à 25 508. Leur valorisation a cependant subi une nette régression entre 2007 et 2008, où elle est passée de 47 903 490 euros à 45 871 904 euros. La mise en place de la V.11, qui favorise la prise en charge des pathologies les plus sévères, devrait, compte tenu du PMCT au centre hospitalier de Dieppe, favoriser et accentuer cette décroissance qui compromet le respect des objectifs fixés par le contrat de retour à l'équilibre.

### **D - L'optimisation de la durée moyenne de séjour**

En mesurant, pour l'exercice 2006, l'écart de recettes entre une valorisation de l'activité conforme à la durée moyenne de séjour de référence, soit 5,6 jours selon les données de la Fédération hospitalière de France, et les produits effectivement perçus en MCO par le centre hospitalier de Dieppe sur la base d'une DMS réelle de 5,8 jours, il apparaît que l'établissement a perdu 740 898 euros du seul fait que sa DMS était supérieure à la moyenne nationale. Si la situation s'est améliorée en 2007, la perte de recettes subie par l'établissement, en raison d'une DMS trop élevée, s'élève à 422 664 euros. Cette situation est susceptible d'amélioration.

### **E - L'adéquation de la prise en charge**

Sur la période 2006-2008, le centre hospitalier de Dieppe a affecté un nombre de places constant, soit 11, à l'activité ambulatoire dans le secteur MCO, tandis que les lits affectés à cette même activité diminuaient de 311 à 297. Compte tenu des taux d'occupation très faibles constatés en hospitalisation complète, notamment en chirurgie et en gynéco-obstétrique, l'établissement est encouragé à accroître sa capacité en ambulatoire, ce que facilite l'absence de cloisonnement physique étanche entre les lits d'un même secteur affectés respectivement à l'hospitalisation incomplète et l'hospitalisation complète.

### **F - La productivité des services médico-techniques, logistiques et administratifs**

Selon les données de la Fédération hospitalière de France relatives à l'année 2007, le centre hospitalier de Dieppe s'est caractérisé par le poids important des personnels soignants, d'une part, et des personnels administratifs, d'autre part, par rapport à l'ensemble du personnel non médical, qui atteignaient des niveaux supérieurs aux moyennes nationales, soit respectivement 0,740 contre 0,705 et 0,125 contre 0,119, avant, pour ce dernier ratio, de baisser à 0,103 en 2008. Le poids des agents médico-techniques au sein du personnel non médical, soit 0,048, était en revanche inférieur à la moyenne nationale de la catégorie, soit 0,052.

Rapporté au taux moyen constaté par la base du CHU d'Angers depuis 2001, la performance de l'établissement en termes de coût des unités d'œuvre de la logistique et de la gestion générale est contrastée, l'édition des bulletins de paie mensuels représentant ayant représenté en 2007 un coût supérieur de 35 % à celui de la moyenne, tandis que la gestion économique est était supérieure de 133,4 % à cette même moyenne. S'agissant de la logistique médicale, les coûts de production du centre hospitalier de Dieppe, qui étaient nettement supérieurs en 2007 aux coûts moyens constatés aussi bien en ce qui concerne l'anesthésiologie (+ 15,68 %) que l'entretien biomédical (+ 19,6 %), se maintiennent à un niveau élevé malgré une évolution positive en 2008. Un constat identique peut être opéré concernant le coût des activités médico-techniques, à l'exception de l'activité des laboratoires dont le coût est inférieur au coût moyen.

### **3 – La valorisation et la facturation de l'activité**

Les recettes de l'établissement ont globalement progressé de 13,5 % entre 2004 et 2008, avec une hausse particulièrement sensible des recettes du titre 2 sur cette période (+ 55 %), qui s'accompagne depuis 2007 d'une nette augmentation des recettes du titre 3 (+ 13,4 %). Ces évolutions ne sont pas restées sans effet sur la ventilation des recettes entre les différents titres, qui se caractérise par la progression du poids des recettes du titre 2, et depuis 2007 de celui du titre 3, même si les recettes du titre 1 restent largement majoritaires (80,4 % en 2008).

#### **A - Les produits versés par l'assurance maladie**

Les recettes du titre 1 (soit les recettes directement liées à l'activité médicale) sont passées de 72 622 585 euros en 2007 à 73 693 448 euros en 2008, soit une hausse de 1,5 % entre 2007 et 2008, qui tient compte de l'incidence du coefficient de transition qui était de 0,9774 au 1er janvier 2008 et 0,9842 au 1er mars 2008.

La valorisation des données d'activités dont procèdent ces recettes est réalisée par le service de l'information médicale, placé sous l'autorité du médecin DIM, et composé de 4 ETP contrôlant les cotations faites par les médecins de l'établissement effectuant par ailleurs le codage de plus de 70 % des séjours d'hospitalisation. Selon les informations communiquées par l'établissement, le taux d'exhaustivité du codage serait proche de 100 % en 2008 et 2009, grâce à l'adoption d'un système PMSI intégré à la gestion administrative des dossiers.

Par ailleurs, le total des ressources notifiées par l'ARH en 2008, soit 23 747 779 euros, a représenté 32,2 % des produits réellement perçus par l'établissement versés par l'assurance maladie (Titre 1) et 25,9 % du total des recettes réelles durant cet exercice. Les mesures nouvelles allouées à l'EPRD initial 2008 représentaient un montant total de 603 481 euros dont 274 494 euros de crédits non reconductibles, soit 45,5 % du total.

Les charges nettes afférentes à la section d'analyse soins de suite (SSR)/psychiatrie dans le compte administratif retraité de l'exercice 2003 s'élevaient à un total de 10 685 679 euros ainsi ventilées : 2 485 404 euros (SSR) et 8 200 275 euros (PSY). Ces charges ont sensiblement augmenté entre 2003 et 2007 pour atteindre au cours de cette dernière année la somme totale de 13 642 087 euros, à concurrence de 4 822 133 euros pour les soins

de suite et 8 819 954 euros pour la psychiatrie. L'écart entre les dépenses totales de la section SSR/PSY ressortant du compte administratif retraités (CAR) 2007 et le montant de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) allouée en 2008 par l'ARH pour ces activités s'établit donc à - 91 368 euros - et non 483 000 euros comme le soutient l'établissement sans le justifier, ce qui traduit une situation de très légère sous-dotation de ces activités.

Ce constat doit être cependant nuancé en ce qui concerne le SSR, qui apparaît en réalité sous-doté avec la mise en place en 2009 du modèle intermédiaire de financement de ces activités SSR tenant compte de l'activité réalisée en 2007. Celle-ci est en effet appréciée au travers d'un indice de valorisation de l'activité national (IVA) et pendant la phase transitoire, la DAF de chaque établissement est modulée sur une fraction de 2 % en 2009 au regard de l'effet du revenu potentiel. En financement IVA à 100 %, le gain potentiel entre la recette théorique et la dotation 2009 serait, selon les indications de l'établissement, de l'ordre de 2,2 millions d'euros.

## **B - Le financement des activités d'intérêt général**

De l'examen du compte administratif retraité 2003, il ressort que les dépenses réelles de la section d'analyse « Autres activités » se sont élevées au cours de cet exercice à 5 936 480 euros. Ces charges ont progressé entre 2003 et 2007 pour atteindre un montant total de 6 989 505 euros selon le compte administratif retraité 2007.

Les dotations MIGAC réellement reçues par l'établissement en 2007 ont été sans commune mesure avec le montant de ces charges, puisqu'elles se sont élevées à 8 917 460 euros, dont 1 268 000 euros de crédits non reconductibles.

Pour l'élaboration de l'EPRD 2008 initial, ces dotations ont été réduites de 1 732 782 euros par rapport aux réalisations constatées en 2007, pour atteindre le montant total de 7 184 678 euros, soit un ordre de grandeur proche des charges réelles afférentes aux « autres activités » MCO, SSR et psychiatrie de l'exercice 2007.

Si la direction de l'établissement affirme réaliser un suivi de chacun des crédits qui lui sont attribués au titre du financement de ses activités d'intérêt général, elle n'a cependant produit aucune donnée chiffrée, ni aucun tableau de bord concernant ce suivi.

### **C - Les recettes de facturation**

Les recettes du titre 2 ont progressé de 55 % entre 2004 et 2008, avec notamment une hausse de 8,9 % entre 2007 et 2008. Cette hausse résulte de plusieurs causes qui se sont conjuguées :

- l'augmentation du nombre de journées réalisées en médecine et l'application à compter de juillet 2008 d'un tarif spécifique pour les soins intensifs,
- la hausse des consultations et des actes externes,
- l'augmentation des produits liés à la facturation des patients étrangers au titre des conventions internationales,
- la progression de + 25 % des prestations réalisées pour le compte d'autres établissements.

Elle est également, selon le médecin DIM, la conséquence de l'amélioration de la qualité de la facturation et du recouvrement dans l'établissement depuis 2008 et le phénomène devrait encore s'accroître avec la mise en place en 2010 d'un nouveau système d'information (SIH).

### **D - Les autres recettes**

Malgré une baisse significative (- 77,5 %) des produits exceptionnels sur la période 2006-2008, les recettes du titre 3 (soit les recettes diverses) ont globalement progressé de 10,2 % sur la même période en conséquence :

- du quadruplement des subventions perçues,
- des remboursements de frais des budgets annexes
- des rétrocessions de médicaments,
- des reprises sur provisions.

## **4 – La maîtrise des effectifs et le pilotage de la gestion des ressources humaines**

### **A - L'évolution des charges de personnel**

Les dépenses de personnel du centre hospitalier de Dieppe ont augmenté de 7,5 % entre 2006 et 2008 pour passer de 56 112 942 euros à 60 308 424 euros, soit une hausse de 4,2 millions d'euros, tandis que les recettes du titre 1 n'ont progressé dans le même temps que de 4,4 % pour passer de 70 615 010 euros à 73 693 448 euros. Certes, les dépenses du titre 1 sont partiellement compensées par les recettes que l'établissement facture au titre 3 en contrepartie de mises à disposition de son personnel, mais la progression desdites dépenses demeure sans rapport avec l'évolution des recettes liées à la tarification à l'activité (T2A), valorisée à 100 %, qui ont diminué de 1,3 % entre 2006 et 2008.

Cette hausse concerne essentiellement les dépenses relatives au personnel médical, qui, prises dans leur totalité, sont passées de 13 621 604 euros en 2006 à 15 760 341 euros en 2008, soit une progression de 15,7 %.

Elle repose cependant sur un coût moyen annuel par agent qui, s'élevant à 41 780 euros, est proche de celui constaté dans d'autres établissements de la région.

## **B - L'évolution des effectifs**

Si les charges afférentes au personnel non médical, prises dans leur totalité, ont progressé de 6,7 % entre 2006 et 2008 pour passer de 42 646 731 euros à 45 513 729 euros, les effectifs correspondants, qui sont supérieurs aux moyennes régionales en ce qui concerne les personnels soignants (0,740 contre 0,724) et les personnels administratifs (0,125 contre 0,110) sont restés stables.

Sur la même période, les effectifs composant le personnel médical ont également progressé pour passer de 132,13 ETP en 2006 à 152,44 ETP en 2008, soit une hausse de 20,31 ETP, alors même que la part des médecins dans les effectifs globaux de l'établissement, soit 9,8 % en 2008, est sensiblement supérieure à la moyenne nationale (8,1 %) et même régionale (8,2 %).

Le rapprochement des effectifs du centre hospitalier de Dieppe avec les densités moyennes mesurées, aux niveaux national et régional, en termes d'agents nécessaires pour réaliser 1 000 journées ou venues, fait cependant apparaître une situation satisfaisante en médecine et en chirurgie, mais pas en obstétrique, où les effectifs d'agents non soignants sont supérieurs aux moyennes régionale et nationale, alors même que l'établissement ne souffre pas d'une pénurie de médecins dans ce secteur puisqu'il utilise plus de gynécologues-obstétriciens (3,735 contre 2,616 et 3,364) et de sages femmes (21,814 contre 13,431 et 9,613) que les autres établissements pour réaliser 1 000 accouchements. Ainsi, plus globalement, en ce qui concerne le secteur MCO, le centre hospitalier de Dieppe n'est pas affecté par un sureffectif du personnel non médical (3,974 contre 4,629 et 4,153), mais au contraire par une densité très élevée de médecins nécessaires pour réaliser 1000 journées ou venues (1,122 contre 0,678 au niveau régional et 0,615 au niveau national).

Cette surdensité affecte également les services médico-techniques puisque la densité d'agents relevant desdits services nécessaires au fonctionnement des activités d'anesthésie, des blocs opératoires et des laboratoires est supérieure aux moyennes nationale et régionale.

### **C - Le niveau d'encadrement des services**

Les effectifs des IDE, AS et ASH, en ce qui concerne le budget H, ont augmenté de 83,3 ETP entre 2003 et 2008, pour passer de 946,19 à 1 029,49, soit une hausse de 8,8 %, que l'établissement justifie par la mise en place de la réduction du temps de travail qui aurait généré la création de 37 postes entre 2003 et 2004.

La comparaison entre les effectifs réels de l'établissement et les effectifs théoriques, calculés sur une base de 9 IDE et 9 AS pour 24 lits fait ressortir une situation de sureffectif. Pour le seul exercice 2008, il apparaît qu'en effet, les effectifs réels observés en pédiatrie, en cardiologie et en néphrologie demeurent comme les années précédentes supérieures aux effectifs théoriques à hauteur, respectivement de 18 %, 24 % et 43 %. La situation du service de gastro-entérologie, satisfaisante les années précédentes, fait apparaître en 2008 un sureffectif de 24 %, en conséquence du maintien à leur poste des agents concernés malgré des fermetures de lits.

### **D - L'absentéisme**

Les éléments communiqués par la direction des ressources humaines du centre hospitalier de Dieppe font état d'un taux d'absentéisme dans l'établissement qui ne s'écarte pas des données comparables recensées par la fédération hospitalière de France. Il en ressort un nombre de jours d'absence, toutes causes confondues, supérieur aux taux de référence (22,6 à Dieppe contre 22 pour la région et 19 pour la France), avec pour chaque catégorie de personnel et pour chaque motif d'absence, excepté pour les accidents ou maladie professionnelle, des chiffres supérieurs à la moyenne nationale

Si le taux moyen d'absentéisme sur la période a été de 8,50 %, il convient de noter qu'il a atteint 9,46 % en 2007 soit un chiffre supérieur d'un point aux moyennes constatées dans des établissements comparables.

Toutes ces absences ne sont pas remplacées : ainsi, en 2008, par exemple, ce sont l'équivalent de 25 emplois (équivalent temps plein) qui n'ont pas fait l'objet d'un remplacement.

Avec ce taux d'absentéisme moyen de 8,50 %, ce sont ainsi 108 agents qui, quotidiennement, sont absents des locaux du centre hospitalier de Dieppe.

### **E - Le pilotage de la gestion des ressources humaines**

La gestion des ressources humaines du centre hospitalier de Dieppe a été examinée au regard des procédures de recrutement et de remplacement mises en place, du suivi des effectifs et de la masse salariale et de l'application de la réglementation statutaire et n'appelle pas de critiques particulières.

## **SYNTHESE**

En rénovation permanente depuis plusieurs années, le centre hospitalier de Dieppe est piloté par une équipe de direction qui a pris la mesure des réformes profondes qui ont affecté récemment le financement et la gouvernance des établissements publics de santé et s'est dotée d'outils de gestion qui, bien que perfectibles, lui permettent d'avoir une connaissance précise des coûts afférents à son activité.

La proximité du CHU de Rouen, son manque de notoriété et la concurrence d'un secteur privé important, ne favorisent ni l'attractivité, ni le développement de l'établissement. Si le résultat des budgets annexes permettent d'afficher un résultat global positif, le compte retraité (exclusion des dotations exceptionnelles et rattachement des charges et des produits à l'exercice) du budget principal, affiche des déficits réels d'exploitation largement supérieurs à ceux qui sont affichés.

Malgré un contrat de retour à l'équilibre conclu avec l'ARH, l'établissement présente toujours des niveaux d'activité et des taux d'occupation faibles dans certains secteurs tels que la gynécologie-obstétrique ou la chirurgie ortho-traumatologique et maintient des sureffectifs conséquents en pédiatrie (hors néo-natalité), cardiologie (horsUSIC) et néphrologie.

Si le redressement de l'établissement passe par des mesures de réorganisation interne, il suppose également la mise en place d'actions rapides de nature à limiter la fuite des patients potentiels vers le territoire de santé de Rouen.

**Annexe n° 1 : Evolution des résultats**

<b>BUDGET</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
budget H principal	-462 169,65	-857 728,00	144 629,55	-581 575,80	-849 091,28
budget E1 long séjour	354 731,85	64 832,80	396 670,78	498 794,03	577 503,80
budget EHPAD	-8 852,75	1 777,63	130 065,40	77 371,66	333 194,99
budget C écoles paramédicales		96,99	-2 379,01	2 282,02	6 072,98
budget P lutte contre l'alcoologie	902,10	89,89	648,40	197,79	
budget A ou C : DNA	2 906,00	2 878,00	2 857,00	2 878,00	2 488,00
<b>résultats cumulés</b>	<b>-112 482,45</b>	<b>-788 052,69</b>	<b>672 492,12</b>	<b>-52,30</b>	<b>70 168,49</b>

**Annexe n° 2 : Répartition des dépenses par titre fonctionnel**

<b>DEPENSES</b>							
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>évolution moyenne annuelle</b>	<b>évolution moyenne annuelle en%</b>
titre 1 charge relative au personnel	52 712 164	54 885 767	56 130 003	58 862 936	61 187 353	2 118 797	4,02%
titre 2 charges relatives à caract. médical	12 315 732	12 357 199	11 616 952	12 079 478	13 245 774	232 510	1,89%
titre 3 charges à caract.hôt.et générales	10 300 606	10 497 274	9 644 657	9 678 402	8 796 824	-375 945	-3,65%
titre 4 autres dépenses	6 775 825	7 037 339	8 769 485	9 251 062	9 234 091	614 567	9,07%
hors groupe	162 067	123 081	0	0	0	-40 517	
<b>totaux</b>	<b>82 266 394</b>	<b>84 900 660</b>	<b>86 161 097</b>	<b>89 871 877</b>	<b>92 464 043</b>	<b>2 549 412</b>	<b>3,10%</b>
dépenses de personnel/DGF	78,34%	79,10%	79,49%	81,05%	83,03%	132,24%	
dépenses de personnel/dépenses totales	64,07%	64,65%	65,15%	65,50%	66,17%	83,11%	

**Annexe n° 3 : Répartition des recettes par titre fonctionnel**

<b>RECETTES</b>							
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>évolution moyenne annuelle</b>	<b>évolution moyenne annuelle en%</b>
titre 1 produits de l'assurance maladie	67 284 321	69 390 242	70 615 011	72 622 585	73 693 448	1 602 282	2,38%
titre 2 produits de l'activité hospitalière	4 342 990	4 804 066	5 676 451	6 318 006	6 881 300	634 578	14,61%
titre 3 autres produits	10 102 129	9 778 774	10 014 265	10 349 710	11 040 203	234 519	2,32%
hors groupe	74 785	69 849	0	0	0	-18 696	-25,00%
<b>TOTAL DES RECETTES TITRES 1 à 3</b>	<b>81 804 225</b>	<b>84 042 931</b>	<b>86 305 727</b>	<b>89 290 301</b>	<b>91 614 952</b>	<b>2 471 378</b>	<b>3,02%</b>

## **REPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE**

Le rapport d'observations définitives réalisé par la Chambre Régionale des Comptes appelle un certain nombre de remarques. Une synthèse des observations majeures est présentée en première partie de cette réponse, l'ensemble des remarques étant détaillées dans la deuxième partie de la réponse.

### **Première partie : Synthèse des observations majeures**

Les observations majeures se déclinent autour de quatre axes :

- L'insuffisance historique de financement du Centre Hospitalier de Dieppe

A aucun endroit dans le rapport de la Chambre Régionale des Comptes n'est évoqué le sous financement historique de l'établissement, pourtant reconnu par la mission d'appui menée par la DHOS en 2004 et démontré par le niveau du coefficient de transition inférieur à 1 (0,9774) au moment du passage à la T2A MCO à 100% en 2008. Le sous financement de l'Etablissement est également reconnu dans le domaine des Soins de Suite et de Réadaptation, le modèle de préfiguration de la T2A dans ce secteur révélant en effet une sous dotation conséquente de 40% par rapport à la moyenne nationale.

Loin d'être largement financées, comme le rapport l'indique, les MIG de l'établissement souffrent également d'un sous financement. Dans ce domaine, le rapport de la Chambre souligne, à juste titre, la très forte précarité de la population du territoire de Dieppe, alors que le CHD, seul établissement de référence de ce secteur, n'a pas bénéficié en 2009 de la répartition des crédits y afférents.

- L'image de marque de l'établissement

Le rapport évoque une image de marque dégradée de l'établissement au sein de la population dieppoise marquée par de nombreuses affaires contentieuses qui l'ont affecté, tout en indiquant néanmoins un taux de sinistralité en amélioration notable depuis trois ans. Il convient d'ajouter qu'une étude récente menée par le principal assureur des établissements de santé français a montré que le Centre Hospitalier de Dieppe a un taux de sinistralité nettement inférieur à la moyenne des établissements de même taille.

- La méthodologie du retraitement comptable des résultats

La méthodologie de retraitement comptable utilisée par la Chambre Régionale des Comptes appelle un certain nombre de réserves, car elle ne tient pas compte de la montée en charge de la T2A. Le retraitement devrait prendre en compte la situation de l'établissement au regard du coefficient de convergence. Ainsi, les résultats retraités du CH de Dieppe, qui a un coefficient inférieur à 1, devraient intégrer la perte de recettes liée à la non application de la T2A à 100%, cette dernière n'étant que partiellement compensée par les crédits de tensions budgétaires. Les résultats corrigés par la CRC font apparaître des déficits alors qu'en tenant compte des sous dotations effectives du CH de Dieppe, les résultats du compte de résultat principal auraient dû être excédentaires ces dernières années.

- La notion de sur-effectifs :

Le rapport évoque dans sa dernière partie des sur effectifs en personnel soignant dans certains services alors que les secteurs concernés, pédiatrie, néphrologie, cardiologie, comportent tous les trois des unités normées en personnel et que l'effectif doit s'apprécier dans sa globalité pour chacun des secteurs ; les équipes étant mutualisées entre les différentes unités.

## **Deuxième partie : Observations**

Les observations sont formulées en fonction du plan du rapport définitif de la Chambre Régionale des Comptes.

### **I - Procédure (cf. page 1 du rapport)**

### **II – Positionnement stratégique et pilotage externe de l'Etablissement**

#### **L'insertion de l'hôpital dans son environnement**

Le rapport évoque le taux de fuite important du territoire de santé de Dieppe et le plan de communication à mettre en oeuvre par le Centre Hospitalier de Dieppe auprès des médecins libéraux du territoire et de la population locale tout en prenant acte des efforts déployés en ce sens par l'Etablissement. Une enquête d'image auprès des médecins libéraux a en effet été diligentée par le Centre Hospitalier de Dieppe en juin 2009 et suite aux résultats de cette enquête, un plan d'action a été défini en février 2010 avec la communauté médicale.

En lien avec le taux de fuite, le rapport évoque en page 2 l'image dégradée de l'établissement marquée par de nombreuses affaires contentieuses qui l'ont affecté, tout en notant néanmoins une amélioration notable du taux de sinistralité depuis trois ans. Les analyses réalisées par la SHAM, compagnie d'assurance garantissant la responsabilité civile de l'établissement, qui ont d'ailleurs été produites dans le cadre du contrôle,

vont au-delà de la remarque de la Chambre Régionale des Comptes puisqu'elles concluent que la sinistralité du Centre Hospitalier de Dieppe est inférieure de 58% à celle enregistrée dans les établissements de même catégorie. Cette situation favorable est d'ailleurs prise en considération pour déterminer le montant de la prime d'assurance.

Un des facteurs explicatifs de l'image dégradée de l'établissement avancé par la Chambre est le caractère vétuste de ses anciens locaux, or il est à noter que le CHD fait l'objet d'un vaste programme de reconstruction qui a commencé par l'ouverture en décembre 2006 des nouveaux bâtiments d'hospitalisation de chirurgie, de Soins de Suite et de Réadaptation et de consultations, qui se poursuit avec l'ouverture prévue en octobre 2010 du bâtiment de psychiatrie et celle du bâtiment de médecine en 2012. Ainsi, à cet horizon, l'ensemble des unités d'hospitalisations et de consultations du CHD auront été reconstruites, sans oublier le plateau technique qui avait été complètement reconstruit à la fin des années 90.

L'augmentation de 2005 à 2007 de la part de marché du CHD sur le secteur MCO dans le territoire de santé, soulignée par la Chambre Régionale des Comptes, témoigne d'une reconquête de la patientèle du territoire, tout comme le dynamisme de l'activité externe constatée depuis plusieurs années (nombre de passages : + 16% depuis 2005). La progression de 3 points de la part de marché constatée à nouveau en 2008 (43% contre 40,3% en 2007) conforte le CHD dans sa position de premier établissement de recours pour les habitants du secteur Caux Maritime pour les activités MCO.

Le rapport évoque page 2 les rapports difficiles entre le CHD et les radiologues libéraux dieppois dans le cadre du GIE IRM tout en notant l'accord de médiation conclu en août 2009. Il convient de préciser que l'organisation financière obtenue au terme de cette médiation, qui est conforme à l'esprit même d'un GIE, peut être considérée comme exemplaire et mériterait un benchmark avec d'autres organisations moins favorables aux établissements publics ou plus coûteuses pour l'Assurance Maladie.

### **Les relations de l'établissement avec la tutelle (cf. page 3 du rapport)**

Il convient de préciser que la signature du Contrat de Retour à l'Equilibre en septembre 2008 s'inscrivait dans la volonté de l'ARH d'accompagner l'établissement dans l'atteinte de l'équilibre financier. En effet, le Centre Hospitalier de Dieppe est un établissement historiquement sous-doté, comme l'ont démontré les conclusions de la mission d'appui menée par la DHOS en 2004 et les indicateurs de productivité utilisés successivement par le Ministère de la Santé. A ce titre, peut être citée la valeur du point ISA (Indice Synthétique d'Activité), calculé antérieurement à la mise en place de la T2A, qui a toujours été inférieur pour le Centre Hospitalier de Dieppe aux moyennes régionales et nationales.

Plus récemment en 2008, au moment du passage à la T2A à 100%, le niveau du coefficient de transition du CHD, largement inférieur à 1 (0,9774) n'a fait que rappeler à l'établissement sa sous-dotation financière. La mise en place progressive de la T2A à partir de 2004 n'a pas permis de rattraper le retard accumulé depuis de nombreuses années et a pénalisé l'établissement dans ses possibilités de développement. L'application d'une convergence interne au secteur public jusqu'en 2012, ne permettant pas au CHD de percevoir l'intégralité des recettes liées à son activité, continue de pénaliser l'établissement jusqu'à cette échéance.

La remarque formulée par la Chambre Régionale des Comptes sur l'absence de dispositif de suivi et de bilan du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier renvoie aux modalités mêmes d'élaboration de ce contrat.

Toutefois, si formellement le plan d'actions n'a pas été écrit, il est à noter que la plupart des actions ont été menées, à commencer par les économies prévues sur 2008 et 2009.

Des actions ont également été mises en place afin de consolider et pérenniser la qualité de l'information médicalisée et de la facturation, comme cela était préconisé dans le CRE.

Il n'en demeure pas moins que, comme l'indique la Chambre Régionale des Comptes, les prévisions de recettes du contrat de retour à l'équilibre reposent sur la version 10 du PMSI alors que la valorisation des séjours des établissements de santé se fonde désormais sur la 2ème version 11 du PMSI. Les modifications majeures entre ces deux versions auraient en effet dû conduire à une révision du contrat de retour à l'équilibre.

### **III – Diagnostic financier (cf. page 4 du rapport)**

#### **L'analyse financière rétrospective**

##### **A - Le compte de résultat**

Suite à la séance du Conseil d'Administration du 28 mai 2010, il peut être ajouté aux remarques de la Chambre Régionale des Comptes que le compte de résultat principal affiche un résultat excédentaire en 2009 de 578 990 euros. Le Centre Hospitalier affiche ainsi, depuis 2006, des résultats consolidés excédentaires ou un résultat asymptote à l'équilibre comme en 2007 de -52,30 euros.

La Chambre Régionale, page 5, relève une progression supérieure des dépenses d'environ 400 000 euros par rapport à l'évolution des recettes sur une période de 5 ans de 2004 à 2008. Cet écart de 400 000 euros, soit 80 000 euros en moyenne par an, doit être relativisé d'une part, par son faible rapport au montant total annuel des charges soit plus de 92 millions d'euros en 2008 (ce qui représente 0,09%) et d'autre part par la non prise en compte dans l'évolution des recettes des résultats du GIE IRM de 2006 à 2008 de 165 000 euros.

#### **B - Le financement de l'investissement (cf. page 5 du rapport)**

Contrairement à ce qui est indiqué page 5, le fonds de roulement net global de l'établissement n'a pas diminué mais augmenté de 4,2 millions d'euros entre 2003 et 2008, passant de 2 071 K€ à 6 316 K€ conformément aux données du rapport du Trésorier Public.

La Chambre Régionale des Comptes mentionne une augmentation importante du poids des charges financières et dotations aux amortissements rapportées aux produits versés par l'Assurance Maladie. Cette progression ne porte pas préjudice à la santé financière de l'établissement étant donné que ce sont les dotations aux amortissements qui augmentent le plus, soit 1 434 729 euros de 2006 à 2008 contre 491 201 euros pour les charges financières sur la même période, ce qui est lié aux importants projets de modernisation des locaux de l'Etablissement.

Il convient de préciser également qu'en 2008, les dotations aux amortissements représentaient 78% du montant total des charges financières et des dotations aux amortissements.

Par ailleurs, il est important de noter que la part des dotations aux amortissements consacrée au remboursement du capital des emprunts a diminué ces dernières années : 78% en 2006, 65% en 2007 et 61% en 2008, l'autofinancement ne faisant que croître depuis quelques années.

#### **C – La situation de la dette (cf. page 6 du rapport)**

En réactualisant l'analyse de la Chambre Régionale des Comptes avec les données financières 2009, la durée apparente de la dette poursuit sa décroissance en 2009 soit 3,3 ans en 2009 contre 4,67 ans en 2007.

Par ailleurs, l'indépendance financière s'améliore en 2009 et affiche un taux favorable de 43%, inférieur à la médiane de la catégorie qui s'établit à 44,76%.

## **D - La structure financière : le bilan fonctionnel**

S'il est vrai que le fonds de roulement d'investissement a diminué sur la période contrôlée du fait notamment du moindre recours à l'emprunt, ceci est la résultante d'un choix visant à limiter les effets de la crise des liquidités sur le volume des frais financiers, sachant que le niveau de trésorerie le permettait, notamment du fait d'un fonds de roulement d'exploitation (FRE) très largement excédentaire.

Par ailleurs la situation déficitaire du fonds de roulement d'investissement est également induite par :

- les modalités de financement du vaste programme de construction Les deux bâtiments d'hospitalisation (Ango) et de consultations (Le Trividic) et le bâtiment d'hospitalisation en psychiatrie sont majoritairement financés en ressources d'exploitation et non en subvention d'investissement (plan hôpital 2007, plan de santé mentale)

- le décalage entre la réalisation des dépenses et la constatation des recettes d'amortissement, liées à la mise en service des bâtiments. Les recettes d'amortissements ne se constituent qu'au moment de la date de mise en service. Les bâtiments Jehan Ango et Le Trividic ont été mis en service en 2006 (34,8 millions d'euros) ; le bâtiment de psychiatrie sera mis en service à la fin de l'année 2010.

L'analyse fonctionnelle du bilan fait en effet apparaître une trésorerie négative du fait de la prise en compte des fonds déposés par les malades, mais dans les faits, seule une période de 4 mois en 2007 a été concernée par l'utilisation d'une ligne de trésorerie. Il est vrai que depuis, chaque année, l'établissement, par précaution, souscrit une ligne de trésorerie sans toutefois l'avoir utilisé depuis trois ans.

A partir du délai de rotation des dettes et des créances calculé au 31 décembre de chaque année, la Chambre Régionale des Comptes conclut à une analyse sur les délais de paiement des factures et de recouvrement des créances de l'établissement.

Or, le délai de rotation des dettes notamment reporté dans les rapports des comptables est le ratio exprimé en jours entre les restes à payer au 31 décembre aux fournisseurs pris en charge par le Trésor public rapportées aux sommes payées aux fournisseurs au cours de l'exercice. Ce taux ne prend donc pas en compte le délai qui court entre la date d'arrivée de la facture et la date de paiement par le Trésor Public.

En lien avec la Trésorerie municipale et dans le cadre du dispositif d'appui de la MEAH sur « l'optimisation de la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière », un travail de suivi et d'analyse des délais de paiement et de recouvrement a été entrepris depuis plusieurs années.

Le délai moyen de paiement des fournisseurs pour 2009 est de 43,1 jours, et contrairement à la remarque de la Chambre Régionale des Comptes, il est inférieur au seuil de 50 jours fixé par le code des marchés publics.

### **Analyse financière prospective (cf. page 7 du rapport)**

#### **A - Les tendances de l'EPRD**

#### **B – L'impact du coefficient de transition (cf. page 8 du rapport)**

La diminution des recettes liées à l'activité entre 2008 et 2009 s'explique en effet par la baisse des tarifs des GHS et la nouvelle classification des GHM (V11) mais elle est atténuée pour partie par l'effet du coefficient de transition convergé qui est passé de 0,9842 au 1er mars 2008 à 0,9895 au 1er mars 2009. Il n'en reste pas moins que le manque à gagner pour l'Etablissement lié au niveau du coefficient inférieur à 1 est de 584 000 € en 2009. En cumul sur la période de 2008 à 2012, la perte de recettes liée à la vitesse de convergence a été évaluée à 2 millions d'euros. A ce montant s'ajoute la perte de recettes enregistrée de 2004 à 2007, période pendant laquelle la T2A est passée de 10% à 50%, soit 7 682 000 €. Ce manque à gagner a été validé par les autorités de tutelle en 2007. Il est à noter que cette somme aurait permis de réduire l'endettement du Centre Hospitalier de Dieppe et par conséquent le montant des charges financières. De plus, l'établissement aurait pu constituer une réserve de compensation qui aurait évité toute démarche de plan de retour à l'équilibre.

Une précision est à apporter par rapport à la remarque page 8 du rapport. En effet, le montant des recettes financées par l'assurance maladie au titre de la seule activité M.C.O. n'atteint pas 59,8 millions mais 49,9 millions en 2008 car il convient de retrancher les dotations (dotation annuelle de financement et dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) et le forfait annuel urgences de l'ensemble des produits versés par l'assurance maladie.

#### **C – L'analyse prospective de l'investissement**

#### **La situation financière réelle après vérification de la sincérité des comptes (cf. page 9 du rapport)**

#### **A - Le rattachement des charges et des produits à l'exercice**

Le rapport indique que les résultats de l'établissement ont également été affectés par le jeu des reports de produits qui ont minoré de 600 000 euros le résultat de l'exercice 2005, alors que celui de l'exercice 2006 a été majoré de 520 000 euros.

Il convient de lire 491 567 euros au lieu de 600 000 euros et 408 477 au lieu de 520 000 euros.

### **B – Les provisions liées aux comptes épargne-temps**

Si le nombre de jours épargnés par le personnel médical et non médical au 31 décembre 2008, mentionnés dans le rapport, correspond aux données de l'Etablissement, la valorisation indiquée paraît sous-estimée.

En effet, la valorisation effectuée par l'Etablissement, qui tient compte du statut de chaque individu et qui comprend les charges sociales, s'élève à 1 549 372 euros alors que le Centre Hospitalier de Dieppe valorisation indiquée dans le rapport s'élève à 1 065 660 €. Les provisions pour CET s'élevant au 31 décembre 2008 à 1 261 485 € ;si l'établissement devait rémunérer les bénéficiaires de CET, la reprise de la provision constituée à cet effet ne serait pas suffisante et obligerait l'établissement à prendre en charge le solde soit 287 887 euros.

### **C – Les provisions liées aux créances irrécouvrables**

### **D – Les aides et concours exceptionnels (cf. page 10 du rapport)**

Le rapport indique que l'établissement a obtenu 9 047 227 d'euros de mesures nouvelles de 2006 à 2008 n'intégrant que 23,5% de crédits reconductibles.

Il est également fait mention de l'octroi de crédits liés aux tensions budgétaires pour un montant de 2 267 000 euros sans toutefois mettre en parallèle d'une part, les mesures de débasage qui sont intervenues de 2006 à 2008 pour un montant de 1 709 943 et d'autre part, les pertes de recettes, détaillées ci-dessous, liées à la mise en oeuvre progressive de la tarification à l'activité de 2006 à 2008 pour un montant de 5 499 000 euros.

### **E – Les charges supportées par le compte principal au titre des activités relatives aux comptes annexes**

### **F – La situation financière réelle après retraitement comptable**

La méthode du retraitement du résultat comptable utilisé dans le rapport de la Chambre Régionale des Comptes appelle plusieurs remarques :

La prise en compte des crédits de tensions budgétaires La diminution du résultat du montant des crédits de tensions budgétaires ne peut se concevoir que si parallèlement est ajouté au résultat le manque de recettes lié à la montée en charge de la T2A et à l'application d'un coefficient de transition inférieur à 1. En effet, les crédits de tensions budgétaires ne viennent qu'atténuer cette perte de recettes.

	2006	2007	2008
Crédits de tensions budgétaires	727 000	840 000	700 000
Perte de recettes liée à la mise en place progressive de la T2A	2 300 000	2 382 000	817 000

Afin de retraiter complètement le résultat de cet effet, il convient de le diminuer des charges financières qui auraient été économisées du fait de la diminution des emprunts consécutive aux résultats excédentaires.

Le Financement des Comptes Epargne Temps et Heures Supplémentaires en 2008.

En 2008, suite à l'arrêté du Directeur de l'ARH octroyant des crédits à l'Etablissement pour le financement des CET et heures supplémentaires restant dues au 31 décembre 2007, à hauteur de 599 558 €, le Centre Hospitalier de Dieppe a procédé au règlement des sommes dues à ce titre pour un montant de 636 979 € (la différence entre le financement et la charge ayant été compensée par reprise sur provision). Cette charge a été comptabilisée sur le compte « charges sur exercices antérieurs » et figure dans la rubrique intitulée « report de charges » dans le rapport, alors qu'il s'agit non pas de reports mais de charges exceptionnelles. Elles ne devraient donc pas être incluses dans les reports de charges, et ce d'autant plus que le financement obtenu a été comptabilisé en subvention sur l'exercice 2008, comme l'arrêté du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation du 10 juillet 2008 l'indiquait.

La non prise en compte de la sous dotation pour l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation.

Le modèle de tarification à l'activité appliqué aux Soins de Suite et de Réadaptation montre que sur les données 2007, le CH de Dieppe est sous-doté par rapport à la moyenne nationale de 40%, ce qui représente **un manque de recettes estimé à 2,5 millions d'euros** et qui fait de l'établissement, le Centre Hospitalier de référence le plus sous-doté de la région Haute-Normandie.

L'Agence Régionale de Santé par courrier du 18 juin 2010 confirme cette insuffisance budgétaire au titre des données d'activité 2008.

La non prise en compte des résultats du GIE-IRM.

Pour une parfaite sincérité des comptes, les résultats du GIE-IRM depuis 2006 devraient être intégrés aux résultats, soit 1 702 € en 2006, 35 821 € en 2007 et 127 748 € en 2008.

Ainsi, prenant en compte l'ensemble des remarques ci-dessus, les résultats de l'Etablissement, loin d'être largement déficitaires comme énoncé dans le rapport page 11, apparaissent comme excédentaires (cf. tableau ci-après).

	2006	2007	2008
<b>Résultat comptable retraité des reports</b>	<b>386 561</b>	<b>- 706 916</b>	<b>- 731 773</b>
- crédits tensions budgétaires	727 000	840 000	700 000
+ Perte de recettes liée à la montée en charge de la T2A	2 300 000	2 382 000	817 000
<b>Résultat de gestion hors dotations exceptionnelles</b>	<b>1 959 561</b>	<b>835 084</b>	<b>- 614 773</b>
- Frais financiers supplémentaires liés aux pertes de recettes	62 920	61 680	4 680
+ Perte de recettes liée à la montée en charge de la T2A SSR	0	2 503 000	2 306 000
+ Résultat du GIE 2006 à 2008	1 702	35 821	127 748
<b>Résultat de gestion retraité</b>	<b>+ 1 898 343</b>	<b>+ 3 312 225</b>	<b>+ 1 814 295</b>

	2006	2007	2008
<b>Résultat de gestion hors dotations exceptionnelles retraité par la CRC</b>	<b>- 1 228 294</b>	<b>-2 183 894</b>	<b>- 791 795</b>

Il convient de rappeler qu'en 2009, le déficit attendu sur le Compte de Résultat Principal dans le Contrat de Retour à l'Equilibre n'a pas été atteint puisque la gestion 2009 s'est conclue par un excédent de 578 990 euros obtenu grâce à une maîtrise rigoureuse des dépenses.

#### **IV – Diagnostic médico-économique (cf. page 11 du rapport)**

##### **Le pilotage médico-économique de l'Etablissement**

Le choix de l'Etablissement en matière de dialogue médico-économique avec les pôles ne s'est pas orienté vers l'élaboration et la diffusion de comptes de résultat d'exploitation analytique (CREA) mais plus vers une sensibilisation des acteurs des pôles à la mesure de leur activité et à la connaissance de leurs moyens et par conséquent de leurs coûts.

Le travail sur la contractualisation interne dans le cadre de la nouvelle gouvernance est en cours de finalisation et les pôles sont destinataires depuis février 2010 de tableaux de bord complétés par rapport à ceux existant antérieurement, visant à répondre à leurs besoins pour la gestion de leur pôle (indicateurs d'activité, suivi des effectifs et des dépenses de personnel, de l'absentéisme, suivi des dépenses médico-pharmaceutiques et hôtelières, suivi des consommations d'actes ...).

Au-delà de ces différents supports, la coordination médico-administrative est une réalité dans le pilotage du Centre Hospitalier de Dieppe, notamment dans le cadre du Conseil Exécutif qui se réunit très régulièrement et qui traite les différentes questions stratégiques de l'Etablissement (16 réunions en 2008 et 17 réunions en 2009).

### **L'activité de l'Etablissement (cf. page 12 du rapport)**

#### **A – les données administratives d'activité relatives au secteur MCO**

Le rapport indique que « l'activité des services de pneumologie et de pédiatrie, après avoir augmenté entre 2006 et 2007, évolue depuis à la baisse ». Il est vrai que l'unité de pneumologie a connu une baisse d'activité uniquement entre 2007 et 2008 après avoir connu une hausse entre 2006 et 2007 de 6,48%. Par contre, l'établissement n'a pas connu de baisse d'activité en pédiatrie entre 2006 et 2008. Le service de pédiatrie a enregistré une hausse du nombre d'entrées en hospitalisation de 9,4% entre 2006 à 2008.

#### **B – Les données administratives d'activité relatives aux autres secteurs (cf. page 13 du rapport)**

#### **C – L'activité au regard du PMSI (cf. page 14 du rapport)**

La Chambre Régionale des Comptes aborde les effets négatifs de la version 11 du PMSI appliqué au 1er mars 2009 sur la valorisation financière de l'activité du Centre Hospitalier qui selon la Chambre aurait plus d'impact par rapport aux autres établissements de santé, vu le niveau faible du PMCT des séjours.

La version 11 a bien modifié la classification des niveaux de sévérité des séjours mais ceci a un faible impact financier. Par contre, cette nouvelle version de codage des séjours a modifié le calcul des bornes hautes et basses des séjours qui a contribué à une perte de recettes d'environ 700 000 euros en 2009 pour le CHD. Cet effet néfaste constaté dans l'ensemble des établissements a donné lieu à des allocations supplémentaires de crédits par les ARH. A ce titre, le CHD a obtenu 200 000 euros en 2009, et la prise en charge des séjours haut et bas a été modifiée dans la nouvelle version 11B applicable depuis le 1er mars 2010.

Par ailleurs, il est indiqué dans le rapport que de ce fait, le respect des objectifs fixés dans le CRE sera compromis, mais il convient de rappeler que le CRE a été construit sur la base de la V10 et non de la V11, non connue à l'époque de son élaboration. Il n'en demeure pas moins que même sans modification du CRE, l'établissement a fait en 2009 les efforts de gestion requis afin d'adapter au mieux le volume des charges à celui des recettes.

#### **D – L'optimisation de la durée moyenne de séjour**

Concernant la durée moyenne de séjour, le rapport indique que celle observée au CH de Dieppe est globalement plus élevée que la durée moyenne de référence. Il convient de préciser que pour l'obstétrique, la DMS est inférieure à la valeur théorique nationale et que pour la médecine et la chirurgie, l'écart avec la DMS théorique est faible (entre 0,2 et 0,4 jours).

Comme le souligne la Chambre Régionale des Comptes en page 1 du rapport, le Centre Hospitalier de Dieppe se situe dans un bassin de population « marqué par une forte précarité de la population et une proportion importante des personnes âgées », ce qui a nécessairement des conséquences sur la durée moyenne de séjour.

#### **E – L'adéquation de la prise en charge (cf. page 15 du rapport)**

#### **F – La productivité des services médico-techniques, logistiques et administratifs**

En ce qui concerne la productivité des services, et plus particulièrement le poids des personnels administratifs dans l'ensemble du personnel non-médical, qui selon le rapport était supérieur à la moyenne nationale en 2007, on peut citer le diagnostic flash et notamment l'indicateur mesurant le poids du personnel logistique et administratif sur les recettes T2A, qui fait apparaître un ratio de 16,7 en 2007 pour le CH de Dieppe, inférieur à la moyenne nationale (21,6).

Le rapport fait référence à la base du CHU d'Angers en indiquant un coût élevé de l'édition des bulletins de paie. Il convient de préciser que la méthode de calcul des coûts par activité de la base d'Angers a évolué depuis 2001 et notamment en 2007 où pour calculer le coût de l'activité « gestion du personnel » les dépenses de la direction des soins ont été ajoutées à celles de la direction des ressources humaines. Au CH de Dieppe, figuraient dans cette rubrique en 2007 les dépenses des cadres supérieurs de santé, ce qui n'est peut-être pas le cas dans les autres établissements. Depuis 2008, ces dépenses, représentant 63% des dépenses de la Direction des soins, sont directement affectées dans les pôles.

Concernant l'activité « gestion économique », seule l'évolution au fil des années du périmètre des activités gérées par les services économiques et les services techniques et la répartition des comptes gérés par ces structures qui en découle permet d'expliquer l'évolution erratique des coûts.

S'agissant de la logistique médicale, il est à noter qu'en 2008 les écarts constatés avec la moyenne se sont atténués ; en effet, le coût de l'entretien biomédical est supérieur de 8% à la moyenne (contre 19,6% en 2007) et celui de l'anesthésiologie est supérieur de 2,8% (contre 15,6% en 2007). Il convient de préciser qu'un défaut dans le recueil des ICR en 2007 a conduit à ce résultat pour l'anesthésiologie. En ce qui concerne les activités médicotechniques dont le coût était supérieur à la moyenne de la base d'Angers en 2007, la tendance s'est inversée en 2008 ; en effet, le coût du bloc opératoire est devenu inférieur de 7,6% et celui de l'imagerie de 4%.

De façon générale, la productivité de l'Etablissement s'apprécie au vu de la tarification à l'activité et une approche sectorielle, intéressante pour le gestionnaire d'un secteur, ne peut refléter une vision d'ensemble.

### **La valorisation et la facturation de l'activité ( cf. page 16 du rapport)**

#### **A – Les produits versés par l'Assurance Maladie**

A partir du retraitement du compte administratif, la Chambre Régionale des Comptes compare l'évolution des dépenses de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie entre 2003 et 2008 tout en sachant que le périmètre de ces activités entre 2003 et 2007 s'est substantiellement étendu. A titre d'exemple, la capacité des soins de suite et de réadaptation est passée de 39 lits en 2003 à 80 lits en 2007.

Au vu du retraitement des données financières (ICARE), les charges des soins de suite et de réadaptation (S.S.R.) et de psychiatrie atteignent fin 2007, 14 947 377 euros. La Chambre Régionale des Comptes n'a pas intégré les charges des missions d'intérêt général réalisées en SSR et en Psychiatrie pour un montant de 1 305 290 euros en 2007.

Comparativement à la Dotation Annuelle de Financement reconductible fin 2007 d'un montant de 12 674 305, la sous-dotation se révèle être de 2 273 000 euros.

Si la même méthodologie de rapprochement de la Chambre Régionale des Comptes était appliquée, c'est-à-dire la comparaison des coûts de l'année 2007 avec la dotation de financement de l'exercice 2008, cet écart de financement sur les activités de soins de suite et de réadaptation se réduirait à - 1 789 000 euros et non à - 91 368 euros, comme indiqué page 17.

Par contre, le rapport souligne à juste titre que le modèle de préfiguration de la T2A en SSR démontre une sous-dotation du CHD de plus de 2 millions d'euros.

**B – Le financement des activités d'intérêt général ( cf. page 17 du rapport)**

La Chambre Régionale des Comptes de Haute-Normandie fait état, page 17, d'un financement des MIGAC supérieur aux charges réellement constatées dans le retraitement comptable. Or, les éléments transmis à la Chambre Régionale le 12 février 2010 font apparaître que les montants comparés recouvrent des périmètres différents. En effet, sont comparées d'une part les charges relatives aux seules MIG et d'autre part la totalité de la dotation MIGAC, qui comprend en plus du financement des missions d'intérêt général (MIG), le financement des aides à la contractualisation (AC). Cette dernière enveloppe comprend notamment les crédits de soutien à l'investissement (dans le cadre d'hôpital 2007) et des mesures ponctuelles d'accompagnement généralement non reconductibles.

Pour information, l'établissement a obtenu en 2007 une dotation globale MIGAC de 8 917 458 euros répartie à hauteur de 3 814 057 euros pour le financement des missions d'intérêt général et de 5 103 401 euros pour celui des aides à la contractualisation dont 2 098 970 ont été accordés à titre non reconductible.

Contrairement à l'analyse de la Chambre Régionale des Comptes qui conclut à une sur-dotation importante des MIGAC du Centre Hospitalier de Dieppe, le rapprochement entre les charges des seules MIG, issues du retraitement comptable, et la dotation individualisée par l'ARH fait état d'une insuffisance de financement de 1 870 000 euros. Le Centre Hospitalier de Dieppe a alerté, dès 2006, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation sur ce sujet. Cette situation de sous financement a d'ailleurs été analysée en 2009, dans le cadre de la mission d'évaluation de la politique nationale de contractualisation sur MIGAC, confiée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales et aux Conseillers Généraux des Etablissements de Santé.

Par ailleurs, les Missions d'Intérêt Général font l'objet d'un suivi attentif et régulier par l'Etablissement depuis leur mise place. La réponse de l'Etablissement aux différentes enquêtes menées au niveau régional ou national l'atteste sans difficulté.

## **C – Les recettes de facturation ( cf. page 18 du rapport)**

### **D – Les autres recettes**

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

### **A - L'évolution des charges de personnel**

Le rapport rapproche, page 18, l'évolution des dépenses de personnel à celle des recettes d'assurance maladie de 2006 à 2008 constatant ainsi une hausse de 4 195 000 euros sur cette même période de dépenses de personnel contre une hausse de 3 078 000 euros des recettes d'assurance maladie. Bien que la Chambre Régionale des Comptes ait pris en compte la remarque du CHD consistant à ajouter aux recettes de titre 1, les recettes de mise à disposition de personnel notamment dans le cadre de plan de vaccination contre les Infections Invasives à Méningocoque et des coopérations avec le Centre Hospitalier de Eu et avec la Centrale EDF de Penly , le rapport n'en tire pas les conséquence en terme de retraitement de l'évolution des recettes. En effet, ces recettes facturées en titre 3 ont un réel impact sur le niveau des dépenses de personnel au CHD.

En réintégrant les recettes de mises à disposition de personnel, on obtient ainsi une évolution de 3 600 000 euros de recettes entre 2006 et 2008 suivant l'évolution des dépenses de personnel.

Le rapport rapproche également l'évolution des dépenses de personnel à la seule évolution en baisse des recettes liées à la tarification à l'activité alors que l'établissement a des activités de missions d'intérêt général, de soins de suite et de psychiatrie financées par des dotations et d'urgences financées partiellement par le forfait annuel urgences.

### **B – L'évolution des effectifs (cf. page 19 du rapport)**

### **C – Le niveau d'encadrement des services ( cf. page 20 du rapport)**

Pour l'analyse des effectifs, la Chambre Régionale des Comptes retient en base de référence 9 IDE et 9 AS pour 24 lits alors qu'il est communément admis, sans que cela repose sur une base réglementaire opposable, que la présence 24 heures sur 24 d'une IDE et une AS est nécessaire pour 12 lits en secteur MCO. Ainsi, une unité de 12 lits nécessite six IDE et six AS et par conséquent une unité de 24 lits 9,5 IDE et 9,5 AS, l'effectif de nuit ne changeant pas entre ces deux capacités. Le passage à 30 lits nécessite 10,7 IDE et 10,7 AS.

Il est regrettable d'appliquer une règle de 3 en fonction du nombre de lits car elle écarte la logique d'effet de seuil. En effet, dans l'hypothèse où le nombre de lits varie de 22 à 24 ou de 24 à 26, le nombre d'ETP nécessaire reste constant. Il convient également de rappeler que dans l'hypothèse d'une unité de 8 ou 12 lits, l'effectif ne peut être inférieur à 2 temps de présence 24 heures sur 24.

La Chambre Régionale des Comptes constate dans le rapport une hausse de 83,3 ETP entre 2003 et 2008. Cette hausse s'explique en effet par la mise en place sur cette période des 35 heures de jour et 32h30 de nuit. Cette réduction de temps de travail s'est traduite par la création de 37 postes sur les deux années concernées (2003 et 2004) mais également par la création ou le renforcement d'activité reprises notamment dans le CPOM (SSR, précarité, psychiatrie, périnatalité, équipes mobiles...).

#### **D – L'absentéisme**

Le rapport souligne un taux d'absentéisme supérieur aux moyennes régionales et nationales. Ce constat doit être pondéré puisque l'absentéisme lié à la maternité (30%) au Centre Hospitalier de Dieppe est particulièrement élevé, ce qui majore le taux global d'absentéisme de l'établissement.

#### **E – Le pilotage de la gestion des Ressources Humaines**

##### **SYNTHESE (cf. page 21 du rapport)**

Dans sa synthèse, le rapport indique que des sureffectifs se maintiennent, en cardiologie, en pédiatrie et en néphrologie. Cette analyse ne prend pas en considération l'existence de mutualisation entre unités et que pour analyser l'efficacité, il convient de globaliser les effectifs des unités.

L'analyse sur les effectifs de la cardiologie se fonde uniquement sur le personnel de l'unité d'hospitalisation complète de cardiologie excluant l'unité de soins intensifs de cardiologie et la consultation. Or s'il est exact que cette seule donnée met en évidence un sureffectif, la prise en compte de l'effectif mentionné pour l'USIC, en situation quant à lui de sous-effectif, compense globalement.

Pour la pédiatrie, l'effectif pris en compte par la Chambre Régionale des Comptes est celui de la pédiatrie grands enfants excluant la néonatalogie et l'unité nourrissons. Or l'effectif est commun à l'ensemble des unités.

Il convient de rappeler que les effectifs de néonatalogie sont normés, y compris de nuit.

Pour la néphrologie, le personnel de l'hémodialyse, de la dialyse péritonéale et de la néphrologie est également mutualisé. Les contraintes architecturales actuelles qui isolent le service de néphrologie-hémodialyse du reste des services d'hospitalisation disparaîtront grâce au projet médecine, soutenu par le plan Hôpital 2012 qui regroupera l'ensemble des spécialités médicales dans un même bâtiment et qui renforcera par conséquent l'efficacité de l'organisation.