

Chambre régionale
des comptes

Bourgogne,
Franche-Comté



Le Président

RS/BP/FB – n° 15-ROD2-BL-01

Dijon, le 9 janvier 2015

RECOMMANDE AVEC
AVIS DE RECEPTION

P. J. : 1 annexe

Monsieur le Directeur,

Par une lettre du 19 novembre 2014, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bourgogne, Franche-Comté sur la gestion du Centre Hospitalier "William Morey" à Chalon-sur-Saône afin que vous puissiez lui apporter une réponse. A cette même fin, le rapport a été également communiqué à votre prédécesseur.

Le délai légal d'un mois imparti aux destinataires d'un rapport d'observations définitives pour adresser leur réponse écrite à la chambre régionale des comptes étant expiré, j'ai l'honneur de vous notifier le rapport d'observations définitives ci-dessus mentionné.

Est jointe à ce rapport la réponse reçue, en l'occurrence votre lettre du 18 décembre 2014. Cette réponse engage la seule responsabilité de son auteur.

En application des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, il vous appartient de communiquer ce rapport et la réponse jointe au conseil de surveillance, dès sa plus proche réunion.

Monsieur Bruno LEGOURD
Directeur du centre hospitalier "William Morey"

4 rue capitaine Drillien

71100 CHALON-SUR-SAONE

En conséquence, ce rapport doit être inscrit à l'ordre du jour du conseil de surveillance, joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Dès qu'aura eu lieu la première réunion du conseil de surveillance suivant sa réception, il deviendra communicable aux tiers en vertu des dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières. Je vous saurais donc gré de bien vouloir me faire connaître la date de cette réunion.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations définitives est transmise au préfet et au directeur des finances publiques du département, ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de la santé de Bourgogne.

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

Roberto SCHMIDT

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

SUR LA GESTION DU CENTRE HOSPITALIER

"WILLIAM MOREY" DE CHALON-SUR-SAÔNE

(Saône-et-Loire)

Exercices 2007 et suivants

La chambre régionale des comptes de Bourgogne, Franche-Comté a examiné la gestion du centre hospitalier "William Morey" de Chalon-sur-Saône pour la période allant du début de l'exercice 2007 à la date de clôture de l'instruction.

Par courrier du 19 février 2013, le directeur en exercice a été informé de l'ouverture de ce contrôle.

Le contrôle a été conduit sur pièces et sur place. À travers son contrôle, la chambre s'est attachée, compte tenu des objectifs que s'est fixés l'établissement, à évaluer les résultats obtenus et à apprécier l'économie des moyens mis en œuvre, tout en s'assurant de la régularité des actes de gestion.

L'entretien préalable de fin de contrôle prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 25 novembre 2013 entre le magistrat rapporteur et M. Michel Bravais, directeur du centre hospitalier.

Dans sa séance du 16 janvier 2014, la chambre a formulé des observations provisoires auxquelles l'ordonnateur en fonction et le précédent ordonnateur ont répondu. Dans sa séance du 3 octobre 2014, la chambre a arrêté les observations définitives ci-après présentées.

SOMMAIRE

PARTIE I : LE POSITIONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER.....	11
I. LE CONTEXTE GENERAL DU TERRIOIRE DE SANTE	11
II. LA PLACE DE L'ETABLISSEMENT DANS LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS	12
III. UN ETABLISSEMENT EN FORTE CONCURRENCE AVEC D'AUTRES STRUCTURES.....	14
PARTIE II : LA GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT	15
I. LA GOUVERNANCE DE L'ÉTABLISSEMENT ET LE FONCTIONNEMENT EN PÔLES	15
A. UNE ORGANISATION EN POLES QUI N'A PAS ENCORE DEBOUCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE DE CONTRATS DE POLES	15
B. LE PROJET D'ETABLISSEMENT	16
II. LE PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE DE L'ETABLISSEMENT.....	18
A. LE RENFORCEMENT DES OUTILS DE PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE	18
B. UN CONTRAT DE PERFORMANCE CONCLU AVEC L'ANAP QUI A GENERE DES EVOLUTIONS SENSIBLES	19
III. LE PILOTAGE DE L'ETABLISSEMENT PAR L'ARS	20
A. LES CPOM.....	20
B. UN PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE MIS EN PLACE EN 2006 DU FAIT D'UNE SITUATION FINANCIERE QUI COMMENÇAIT A SE DEGRADER	20
IV. UNE POLITIQUE DE COOPERATION HOSPITALIERE PARTICULIEREMENT DEVELOPEE .	21
PARTIE III : L'ACTIVITE HOSPITALIERE	22
I. UNE ACTIVITE EN PROGRESSION SENSIBLE DEPUIS L'INSTALLATION DANS LES NOUVEAUX BATIMENTS DU CENTRE HOSPITALIER	22
II. UN TAUX DE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE QUI MERITE ENCORE DE PROGRESSER .	26
III. DES INDICATEURS DE QUALITE DE SOINS QUI SE SITUENT EN DESSOUS DU NIVEAU ATTENDU POUR CE TYPE D'ETABLISSEMENT	28
IV. UNE ACTIVITE LIBERALE CONTENUE ET ENCADREE MAIS QUI A SOUFFERT D'UN DEFAUT D'INFORMATION DES PATIENTS	31
PARTIE IV : LA FIABILITE DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIERE	33
I. L'EXAMEN DE LA FIABILITE DES COMPTES.....	33
A. LES IMMOBILISATIONS CORPORELLES	34
B. L'ENREGISTREMENT COMPTABLE DES NOUVEAUX EHPAD CONSTRUITS EN BEH	34
C. LES AMORTISSEMENTS	35
D. LES ACHATS ET LA COMPTABILISATION DES STOCKS	35
E. LE RATTACHEMENT DES CHARGES A L'EXERCICE.....	36

F.	LES PROVISIONS REGLEMENTEES	37
G.	LES PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	37
H.	LA COMPTABILISATION DES OPERATIONS DE TRESORERIE APPUYEES SUR DES EMPRUNTS A OUVERTURE DE CREDIT A LONG TERME	38
I.	CONCLUSION	39
II.	LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT.....	39
A.	UN PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL QUI DOIT ETRE ANALYSE AVEC GRANDE PRUDENCE	39
B.	LES RESULTATS D'EXPLOITATION ET LA CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT.....	40
C.	LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET SON FINANCEMENT	51
D.	UNE EVOLUTION TRES CONSEQUENTE DE L'ENDETTEMENT.....	52
E.	UN BILAN FORTEMENT IMPACTE PAR L'INTEGRATION DU NOUVEL HOPITAL.....	56

PARTIE V : LA MAITRISE DES EFFECTIFS ET LE PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES..... 58

I.	LES CHARGES DE PERSONNEL	58
A.	UNE PROGRESSION ASSEZ SENSIBLE DES DEPENSES DE REMUNERATION DES PERSONNELS	58
B.	DES OUTILS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES QUI PERMETTENT A L'ETABLISSEMENT UNE PREVISION ASSEZ FIABLE DE SES CHARGES DE PERSONNEL MAIS A LA PORTEE NEANMOINS LIMITEE	59
C.	DES CHARGES DE PERSONNEL EXTERIEUR PLUTOT CONTENUES	60
D.	UN DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION HOSPITALIERE	61
II.	DES EFFECTIFS CONSEQUENTS ET EN AUGMENTATION SENSIBLE.....	61
III.	LE PERSONNEL MEDICAL.....	62
A.	UN EFFECTIF COMPOSE POUR UN QUART DE MEDECINS NON TITULAIRES.....	62
B.	L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DU TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL	65
C.	UN RECOURS MODERE A DES MEDECINS ETRANGERS.....	67
D.	LA GESTION DES COMPTES EPARGNE TEMPS DES PRATICIENS HOSPITALIERS	68
E.	LES JOURNEES D'INTERET GENERAL	69
IV.	LE PERSONNEL NON MEDICAL.....	69
A.	DES EFFECTIFS DE PERSONNEL NON MEDICAL EN PROGRESSION TRES SENSIBLE.....	69
B.	UNE DENSITE DES EFFECTIFS NON MEDICAUX QUI N'EST PAS CORRELEE A LA PROGRESSION DE L'ACTIVITE	70
C.	UN ABSENTEISME DU PERSONNEL NON MEDICAL QUE L'ETABLISSEMENT CHERCHE A MAITRISER	72
D.	UNE ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL QUI A EVOLUE AVEC L'OUVERTURE DU NOUVEL HOPITAL.....	74
E.	DES HEURES SUPPLEMENTAIRES REMUNEREES EN TRES FORTE AUGMENTATION.....	75

PARTIE VI : LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL DE CHALON-SUR-SAONE 76

I.	UN PROJET DE GRANDE ENVERGURE CONDUIT SUR UNE DUREE DE PLUS DE 10 ANS	76
II.	UN PROJET DONT LE COUT GLOBAL EST PLUTOT ELEVE.....	77

III.	LE FINANCEMENT DU NOUVEL HOPITAL PESE LOURDEMENT SUR LA CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT DE L'ETABLISSEMENT	78
IV.	LES MARCHES PUBLICS : UN NOMBRE RESTREINT DE SOUMISSIONNAIRES POUR DEUX DES PRINCIPAUX LOTS	79
PARTIE VII : LA CONSTRUCTION DE DEUX NOUVEAUX EHPAD FINANCES EN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE.....		81
I.	LA PROCEDURE DU BAIL EMPHYTEOTIQUE HOSPITALIER.....	81
II.	LE CHOIX DU RECOURS AU BEH	82
A.	SUR LA PROCEDURE DE CHOIX	82
B.	SUR LE FONDEMENT DU RECOURS AU BEH	83
C.	LA PROCEDURE DE MISE EN CONCURRENCE.....	87
III.	LES ASPECTS ECONOMIQUES DU PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE	88
A.	UNE OPERATION MARQUEE PAR DES COUTS D'INVESTISSEMENT INITIAUX ELEVES	88
B.	UN PLAN DE FINANCEMENT QUI A LIMITE LES FRAIS FINANCIERS.....	89
C.	LES DIFFERENTES COMPOSANTES DES LOYERS DU BEH	90
ANNEXES		94

SYNTHESE

Le centre hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône, avec près de 460 lits en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique (MCO) et soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que ses deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrant 270 places, constitue l'hôpital pivot du nord du territoire de la Saône-et-Loire.

L'établissement possède huit salles de blocs opératoires et le service d'imagerie médicale est équipé entre autres d'un scanner de nouvelle génération.

L'hôpital de Chalon-sur-Saône accueille le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) pour l'ensemble de la Saône-et-Loire ; depuis le début de l'année 2014, il dispose des services d'un hélicoptère. Un institut de formation aux soins infirmiers, qui accueille chaque année 170 étudiants, fait également partie de l'établissement.

En 2012, le centre hospitalier a réalisé pratiquement 130 000 journées en MCO pour presque 29 000 entrées. Il a également effectué 6 610 interventions chirurgicales, plus de 1 900 accouchements et environ 8 100 séances d'hémodialyse.

Le centre hospitalier emploie 1 930 agents dont un peu plus de 190 sont des personnels médicaux et internes et près de 1 740 des personnels non médicaux.

Le budget principal de l'établissement (budget H), qui porte à lui seul 90 % des charges d'exploitation, affiche 110 M€ de recettes de produits de l'assurance maladie et 151 M€ de charges totales. Tous budgets confondus, le résultat net comptable a fait apparaître, pour l'exercice 2012, un déficit de 459 000 €

Le centre hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône s'est installé dans son nouvel hôpital le 26 septembre 2011. Cet événement a constitué une évolution majeure dans le fonctionnement et la vie du centre hospitalier.

En ce qui concerne le positionnement du centre hospitalier

L'étude des parts de marché du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône sur sa zone d'attractivité confirme l'importance de la concurrence, en particulier pour la chirurgie et le traitement du cancer. La part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité est d'environ de 46 % ce qui demeure relativement faible. Elle a progressé, légèrement, entre 2011 et 2012. En revanche, dégagé de toute concurrence directe, le centre hospitalier occupe une position quasiment exclusive en obstétrique sur sa zone d'attractivité.

En ce qui concerne la chirurgie, le centre hospitalier n'attire que 24 % de parts de marché sur sa zone d'attractivité, certes en progression légère en 2012 par rapport à 2011, le centre hospitalier William Morey étant concurrencé localement par deux établissements de santé privés. En cancérologie, il reste minoritaire sur sa zone d'attractivité ; le caractère partiel de ses autorisations, que ce soit pour les séjours hors séance ou pour les séances de chimiothérapie, n'est pas étranger à cette situation.

En ce qui concerne la gouvernance du centre hospitalier

L'organisation en neuf pôles médicaux du centre hospitalier a été mise en place en 2006. Cependant, le directeur n'a toujours pas signé des contrats avec tous les responsables de pôle ; la démarche est en cours et devra se poursuivre.

En ce qui concerne l'activité du centre hospitalier

La capacité globale du secteur hospitalier du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône, y compris les soins de suite et de réadaptation, est passée de 438 lits en 2007 à 459 lits en 2012. La capacité du centre hospitalier est de 473 lits et places en MCO et, globalement, la capacité de l'établissement est de 785 lits et places, incluant les soins de suite et de réadaptation et les deux EHPAD.

L'année 2012 s'est traduite, du fait de l'installation dans ses nouveaux murs, par une progression sensible de l'activité du centre hospitalier. Exprimée en nombre d'entrées, elle augmente de 37 %, de 9 % si l'on s'en tient au nombre de journées réalisées.

L'établissement affiche un indicateur de durée moyenne de séjour (cf. p. 24, renvoi n° 9) inférieur à un, tant en 2011 qu'en 2012, ce qui s'explique, pour l'essentiel, par les bonnes performances du secteur médecine. Pour les séjours chirurgicaux, les durées moyennes de séjours sont toujours supérieures à celles de référence pour une même pathologie et une même lourdeur et il en est également de même, mais dans une moindre mesure, pour l'obstétrique.

L'activité ambulatoire du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône s'avère relativement peu développée bien que le nombre de places de chirurgie ambulatoire ait doublé en 2012. Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire se monte à 21 % en 2012. Cette situation semblerait cependant avoir évolué à compter de 2012.

Les indicateurs de qualité des soins du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône sont, dans leur ensemble, inférieurs aux moyennes nationales et, pour leur grande majorité, inférieurs aux référentiels de la catégorie en 2011. L'établissement a conscience de cette situation qu'il explique plus par des lacunes dans la formalisation des procédures d'enregistrement que par des problèmes de fond.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers de Chalon-sur-Saône demeure relativement modeste ; elle respecte la réglementation relative à l'encadrement du volume de l'activité libérale. En revanche, jusqu'à une date récente, il a été constaté un défaut avéré d'information des patients que l'établissement a corrigé.

En ce qui concerne la fiabilité des comptes et la situation financière

L'examen de la gestion budgétaire et de la fiabilité des comptes du centre hospitalier, n'a pas mis en évidence d'anomalies profondes. La chambre a toutefois relevé plusieurs irrégularités, notamment sur les provisions, les rattachements de charges, qui sont de nature à modifier le résultat du budget principal et du budget annexe des deux EHPAD.

Les produits d'exploitation du centre hospitalier progressent de manière constante depuis 2009 ; ils ont augmenté de 34 % entre 2009 et 2012 soit une variation moyenne annuelle supérieure à 10 %. La chaîne de facturation mérite cependant d'être significativement améliorée.

Les charges d'exploitation de l'hôpital de Chalon-sur-Saône progressent de 32 % sur la période, soit une augmentation un peu moins rapide que celle des produits. Les dépenses de personnel augmentent de 27 % entre 2007 et 2012 ; cette progression s'avère particulièrement prononcée en 2012 (+ 10 %), première véritable année de fonctionnement au sein du nouvel hôpital.

La structure d'exploitation de l'établissement tend à se dégrader. Ainsi, les charges financières et les dotations aux amortissements absorbent une part croissante de la marge brute qui n'arrive plus à les couvrir complètement en 2012. Le poids des frais financiers rapportés à la marge brute augmente également significativement. Ces évolutions proviennent, pour l'essentiel, de la nécessité de financer la construction du nouvel hôpital.

La situation financière des deux EHPAD se montre, quant à elle, particulièrement alarmante. Alors que, jusqu'en 2010, les résultats du centre hospitalier n'ont été que faiblement impactés par l'intégration des budgets annexes, à compter de 2011, le déficit conséquent du budget annexe des EHPAD vient creuser le déficit global.

La capacité d'autofinancement brute demeure à un niveau relativement conséquent jusqu'en 2011, période où elle a toujours couvert le remboursement de la dette ce qui a permis à l'établissement d'autofinancer une part de ses dépenses d'investissement. Ce n'est plus le cas en 2012, année où la CAF nette devient négative.

L'établissement a vu une évolution très conséquente de son endettement. L'encours de dette a été multiplié par plus de quatre depuis 2008. Cependant, la dette du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône présente une exposition aux risques de taux plutôt limitée.

En ce qui la maîtrise des effectifs et le pilotage des ressources humaines

Après une certaine stabilité entre 2009 et 2010, les effectifs, tant médicaux que non médicaux, exprimés en ETP, ont augmenté de 7 % entre 2010 et 2011 et de 9 % entre 2011 et 2012. Les effectifs ont progressé, en 10 ans, de 56 %.

L'établissement a non seulement vu son personnel augmenter mais le poids et la densité des effectifs apparaissent également supérieurs à ceux tirés de différents ratios nationaux pour un panel d'établissements de même catégorie (régionale et nationale).

En outre, l'absentéisme du personnel non médical, bien qu'affichant une tendance à la baisse, demeure élevé. Les indicateurs nationaux confirment le positionnement relativement défavorable du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône relatif au nombre de jours d'arrêt par agent.

En ce qui concerne la construction du nouvel hôpital de Chalon-sur-Saône

Le coût global de construction du nouvel hôpital demeure élevé. En 2003, le coût de la construction et des équipements avait été estimé à 192 M€TTC. Au final, la construction des bâtiments du nouvel hôpital et de ses équipements ont coûté un peu plus de 266 M€TTC soit un dépassement de 74 M€représentant 39 % du coût initial programmé.

Les ratios de surface du nouvel hôpital de Chalon-sur-Saône se situent globalement au-dessus des médianes observées pour ce type de constructions. De ce fait, le coût au m² apparaît supérieur à ce qui peut être observé pour ce type de projet, ce qui ne peut être sans conséquence sur la situation financière de l'établissement.

Le financement du nouvel hôpital va donc peser désormais lourdement sur la capacité d'autofinancement de l'établissement. En l'état actuel de l'activité de l'hôpital, de ses coûts et de son financement, le maintien des dotations de financement au niveau prévu par le contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence régionale de santé apparaît justifié, car indispensable à l'équilibre financier de l'établissement.

La construction du nouvel hôpital a fait l'objet d'appels publics à concurrence sous la procédure de macro-lots. Lors de la consultation, il s'est avéré que les lots numéros deux et trois, qui ont représenté 77 % du coût total du nouvel hôpital, ont été attribués au même groupe du fait d'une absence de pluralité des offres. Ceci, ainsi que les écarts conséquents entre l'estimation et les montants facturés, explique très certainement les coûts finaux supportés par le centre hospitalier.

En ce qui concerne la construction des deux nouveaux EHPAD

La construction des deux nouveaux EHPAD du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône a été engagée sous la forme d'un bail emphytéotique hospitalier (BEH) qui a comporté, dans le cadre d'une procédure unique, une tranche ferme concernant le site le plus important de Saint-Rémy, (capacité de 180 lits) et une tranche conditionnelle pour le second site de Chalon-sur-Saône (capacité de 90 lits).

Le choix du recours au BEH est justifié, selon l'établissement, par la complexité du projet. Aucun élément du rapport d'évaluation préalable ne permet cependant de considérer comme particulièrement complexe la construction simultanée de deux EHPAD.

L'établissement avance également, pour expliquer le recours au BEH, son souhait d'éviter une augmentation faciale de l'endettement, au moment où le centre hospitalier mobilisait des ressources financières élevées pour la construction du nouvel hôpital, ainsi que par la volonté de réaliser le nouvel équipement dans un délai rapide, simultanément au projet hospitalier.

Le rapport d'évaluation met en avant, pour justifier le recours à une procédure de partenariat, des délais de construction maîtrisés et plus courts, une valeur actuarielle nette inférieure dans deux des scénarii étudiés et, compte tenu de la relative faiblesse de la capacité d'autofinancement de l'établissement, un montage financier plus opportun dans le cas du recours au BEH. Les arguments qui ressortent *in fine* du rapport d'évaluation reposent sur des considérations qui tiennent plus de la situation financière globale du centre hospitalier que des avantages intrinsèques d'un recours au partenariat. Ces arguments ne figurent pas dans la liste de ceux qui peuvent réglementairement justifier une procédure de partenariat public-privé. Il n'en demeure pas moins que, sans le recours au BEH, la construction des deux EHPAD aurait été différée d'un certain nombre d'années.

Rapporté au lit, le prix de revient des deux EHPAD affiche des niveaux nettement plus élevés que ceux habituellement relevés pour ce type de structures. Ce coût est également plus important que celui avancé dans l'étude préalable.

Au final, le montant prévisionnel total des loyers du BEH qui assurent la couverture de l'ensemble du coût des investissements initiaux, y compris les frais financiers, pour la durée du BEH, apparaît raisonnable. Ceci s'explique, pour partie, par l'importance des subventions dans le plan de financement des deux EHPAD, ce qui a sensiblement contribué à diminuer le recours à l'emprunt.

RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS DE LA CHAMBRE

Recommandation n° 1 : La chambre recommande au centre hospitalier de se conformer aux dispositions de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique en poursuivant la mise en place des contrats de pôles.

Recommandation n° 2 : La chambre recommande au centre hospitalier de se doter d'un nouveau projet d'établissement dans un délai rapide et de veiller à préserver la cohérence d'ensemble de ce futur document.

Recommandation n° 3 : La chambre invite le centre hospitalier à porter une attention toute particulière au développement de son activité ambulatoire qui demeure encore très inférieure à ce qui est attendu pour un établissement de cette catégorie.

Recommandation n° 4 : La chambre, constatant la progression relativement sensible du personnel médical et non médical durant la période en examen, invite le centre hospitalier à fixer, dans les meilleurs délais, des effectifs cibles conformes aux prévisions d'activité de l'établissement afin de limiter une tendance au sureffectif déjà signalée lors d'un précédent contrôle.

Le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône a ouvert son nouvel hôpital le 26 septembre 2011. Le déménagement dans ces nouveaux bâtiments a constitué une rupture majeure dans la vie de l'établissement. Durant toute la période en examen, la structuration de l'activité, les différentes politiques de management, la gestion des ressources humaines, voire plusieurs aspects financiers de premier plan, ont été conditionnés par l'objectif de la réinstallation dans les nouveaux murs. Ce projet de réaménagement a donc été, pour l'établissement, au-delà d'une opération de rénovation, l'occasion d'une profonde réorganisation.

Le recul d'une année d'activité, 2012 en l'occurrence, paraît certes un peu faible pour évaluer pleinement les conséquences de cet événement ; il paraît toutefois possible d'en apprécier certains effets.

Outre l'analyse des conditions de construction du nouvel hôpital, ainsi que des deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par le biais d'un contrat de partenariat, et des conséquences financières et organisationnelles du déménagement du centre hospitalier, le présent contrôle porte sur des thèmes plus classiques : le positionnement du centre hospitalier dans l'environnement médical et le territoire de santé, la gouvernance de l'établissement, l'évolution de l'activité hospitalière, la fiabilité des comptes, la situation financière et la politique de gestion des ressources humaines.

PARTIE I : LE POSITIONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER

I. LE CONTEXTE GENERAL DU TERRIOIRE DE SANTE

Démographie et risques sanitaires

L'aire urbaine de Chalon-sur-Saône compte environ 130 000 personnes, soit près du quart de la population du département de Saône-et-Loire. Il s'agit de la seconde agglomération de Bourgogne. Dans le département de Saône-et-Loire, le bassin de Chalon-sur-Saône constitue, avec celui de Mâcon, le pendant de l'autre secteur de peuplement dense d'Autun et du Creusot.

L'espérance de vie en Saône-et-Loire est, en 2007, légèrement inférieure aux moyennes nationales et régionales pour les hommes, légèrement supérieure pour les femmes ¹. Bien qu'elle se soit améliorée depuis 1990, l'espérance de vie des hommes a eu une progression moins importante que celle constatée au niveau national et régional.

Dans l'ensemble, au regard des indicateurs socio-économiques, le bassin de Chalon-sur-Saône ressort parmi les territoires en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale (un peu meilleure) que pour la mortalité (sous-mortalité pour quelques causes).

¹ Cahier n°1 du projet régional de santé (PRS) 2012-2016 de Bourgogne - Voir également les éléments de diagnostic des besoins de santé en Saône-et-Loire (2010), identifiés par l'ORS Bourgogne en préparation au PRS.

Plus de sept décès sur dix sont causés par quatre groupes de pathologies : les maladies cardiovasculaires (30 %), les cancers (27 %), les « causes externes de traumatismes et empoisonnement » (7 %) et les maladies respiratoires (6 %). Le territoire est aussi marqué par une mortalité par suicide assez lourde, plus élevée que la moyenne régionale, et que la moyenne nationale. La région de Chalon-sur-Saône présente en outre un taux d'hospitalisation et d'affection longue durée par cancers plus élevé que la moyenne régionale.

Une offre de santé locale caractérisée par un nombre conséquent de structures hospitalières, ce qui n'est pas sans conséquence sur le positionnement du centre hospitalier

Le département de la Saône-et-Loire compte, sur un total de 23 hôpitaux et cliniques, 15 établissements hospitaliers publics². De ce fait, le taux d'équipements pour l'activité de médecine atteint 2,44 lits et places pour 1 000 habitants, alors qu'il n'est que de 2,11 en France. Le taux d'équipements pour l'activité de chirurgie dépasse sensiblement, en Saône-et-Loire, le taux national (1,71 contre 1,62).

Malgré ce nombre assez conséquent d'établissements de santé, la Saône-et-Loire s'avère, pour certains aspects, un département plutôt moins doté que la moyenne en soins de proximité et présentant en outre d'importantes disparités territoriales. Bien que la densité de médecins généralistes se monte à 87,3 pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 76, le temps d'accès à un généraliste est deux fois plus élevé qu'au plan national ; le temps d'accès aux urgences est de 15 minutes en Saône-et-Loire contre 11 minutes en moyenne en France métropolitaine ; le temps d'accès à un service hospitalier atteint 14 minutes dans le département contre 9,4 minutes en moyenne nationale³.

II. LA PLACE DE L'ETABLISSEMENT DANS LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS), qui constitue le cahier 4 du projet régional de santé (PRS) 2012-2016 de Bourgogne, comporte peu d'orientations visant spécifiquement le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône. Même si les territoires Nord et Sud Saône-et-Loire ont été regroupés en un seul territoire de santé, le SROS préserve le principe de deux sites pivots structurant le département : le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône et celui de Mâcon.

En ce qui concerne la chirurgie, au 1^{er} août 2010, la Bourgogne comptait 28 sites de chirurgie avec hospitalisation complète dont 10 pour le seul département de la Saône-et-Loire. Le recours à la chirurgie ambulatoire demeure plus faible en Saône-et-Loire qu'au niveau national et le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône a, en la matière, une activité particulièrement faible. Le SROS s'est donc fixé comme objectif, pour la période 2012-2016, de développer la prise en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoire hors urgences et actes lourds.

² Mâcon, Chalon-sur-Saône, Paray-le-Monial, Montceau-les-Mines, Autun, Bourbon-Lancy, Louhans, Marcigny, Tournus, La Guiche, Cluny, Charolles, Chagny, Digoin, Toulon-sur-Arroux.

³ Tous ces chiffres sont tirés d'une étude réalisée par le conseil général en 2010.

En matière d'urgences, le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône-sur-Saône porte le service d'aide médicale urgente (SAMU) pour tout le territoire de la Saône-et-Loire. Les deux hélicoptères implantés en Bourgogne sont situés pour l'un au CHU de Dijon, pour l'autre au centre hospitalier d'Auxerre. Quoique cela ne soit pas prévu dans le SROS, l'implantation d'un hélicoptère à Chalon-sur-Saône est effective depuis le début de l'année 2014.

Le SROS ne prévoit, pour la période 2012 à 2016, aucune implantation nouvelle de réanimation, les neuf implantations actuelles n'étant en revanche pas remises en cause. Il incite, au travers des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) à faciliter le transfert interne des patients ne relevant plus de réanimation vers les services adéquats (surveillance continue ou médecine/chirurgie). La Saône-et-Loire connaît en outre un déficit de médecins réanimateurs. Des lits de surveillance continue ont été créés dans le nouvel hôpital de Chalon-sur-Saône pour faciliter les sorties de son service de réanimation.

Le SROS ne s'inscrit pas dans une problématique de réorganisation de l'offre de soins en médecine et reconduit, pour la Saône-et-Loire, les objectifs de la période antérieure, notamment par le développement de l'hospitalisation à temps partiel, la coordination entre sites recours et sites de proximité et la structuration de filières de soins. Le déploiement du dossier médical personnalisé (DMP) et des applications de télémédecine sont cités comme modalités de mise en œuvre de ces objectifs.

À l'issue du SROS précédent, le nombre de maternités sur la région est passé de 17 à 14. Le SROS pour la période 2012-2016 anticipe une diminution assez marquée (de 6,3 %) du nombre de femmes en âge de procréer sur le territoire de Saône-et-Loire.

En Saône-et-Loire, le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône est l'une des deux maternités de niveau IIB (CH de Mâcon, 1816 accouchements en 2010, et CH de Chalon-sur-Saône, 1937). Trois maternités de niveau I sont implantées sur la partie Ouest du département (Hôtel-Dieu Le Creusot, Paray-le-Monial et Autun, pour un total d'environ 2000 accouchements en 2010) ; le CHU de Dijon abrite la seule maternité de type III de la région.

Si le SROS fait état d'une offre insuffisante en unités neuro-vasculaires (UNV), le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône abrite l'une des deux unités de la Bourgogne. Le taux de patients hospitalisés en UNV dans la région est de 8,7 %, très inférieur au taux national qui est de 20 %.

Chalon-sur-Saône dispose également de l'une des trois unités de soins intensifs en cardiologie (USIC) de Saône-et-Loire, le SROS prévoyant une diminution à deux. Le site d'angioplastie⁴ et l'autorisation de rythmologie interventionnelle sont dévolus au centre hospitalier de Mâcon. Les angioplasties coronaires du Nord de la Saône-et-Loire sont prises en charge au CHU.

En ce qui concerne le traitement du cancer, la lecture du SROS fait apparaître Chalon-sur-Saône comme un établissement de second rang sur son propre territoire de santé. La clinique Sainte Marie et le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône sont, de même que Mâcon et la polyclinique du Val de Saône, avec les centres de radiothérapie (à Chalon-sur-Saône, société civile de moyens (SCM) rattachée à la clinique Sainte Marie), classés au niveau des établissements intermédiaires.

⁴ Le CH de Chalon se positionnait fortement en demande d'autorisation pour l'angioplastie en 2007, en concurrence avec Mâcon, qui a été retenu.

III. UN ETABLISSEMENT EN FORTE CONCURRENCE AVEC D'AUTRES STRUCTURES

L'étude des parts de marché du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône sur sa zone d'attractivité confirme l'importance de la concurrence, en particulier pour la chirurgie et le traitement du cancer. La part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité, autour de 46 %, peut paraître, en première analyse, relativement faible. Elle a progressé, légèrement, entre 2011 et 2012.

Tableau 1 : Part de marché du CH sur la zone d'attractivité

	2008	2009	2010	2011	2012
Médecine	43,9	44,1	43,5	44,4	45,8
Chirurgie (HC)	21,5	22,5	23,7	22,9	23,9
Obstétrique	88,5	88,0	87,7	87,8	88,2
Chirurgie ambulatoire	8,1	9,7	10,8	9,8	12
Hospitalisation en cancérologie (hors séances)	20,4	20,8	19,7	30,8	35,8
Séances de chimiothérapie	11,5	13,7	16,3	16,8	23,2

Source : HOSPIDIAG

Dégagé de toute concurrence directe, le centre hospitalier occupe une position quasiment exclusive en obstétrique sur sa zone d'attractivité, avec 88 % de parts de marché.

En revanche, en ce qui concerne la chirurgie, le centre hospitalier n'attire que 24 % des parts de marché, certes en progression légère en 2012 par rapport à 2011. Le centre hospitalier William Morey est concurrencé localement par la clinique Sainte-Marie, 37 % des parts sur la même zone, ainsi que par la clinique de Dracy (centre orthopédique médico-chirurgical, situé à moins de 10 km), 12 % des parts – même si les positions de ces deux cliniques s'affaiblissent légèrement entre 2009 et 2011. Le CHU de Dijon et les Hospices civils de Lyon occupent une place de recours non négligeable avec respectivement 7 % et 3 % des parts sur la zone de l'hôpital.

Le déficit d'attractivité du centre hospitalier est accentué dans le secteur de la chirurgie ambulatoire, où l'établissement réalise 12 % des parts de marché sur sa zone d'attractivité, la clinique Sainte-Marie 54 % et la clinique de Dracy 14 %.

En cancérologie, le centre hospitalier reste minoritaire sur sa zone d'attractivité, avec 36 % des parts de marché en hospitalisation de cancérologie et 23 % pour les séances de chimiothérapie, malgré une progression sensible de ces deux chiffres entre 2009 et 2012 ; le caractère partiel de ses autorisations, que ce soit pour les séjours hors séance ou pour les séances de chimiothérapie, n'est pas étranger à cette situation. La clinique Sainte-Marie réalise respectivement, sur ces deux activités, 32 % et 49 % des parts de marché. Néanmoins, le poids représenté par les hospitalisations en cancérologie place le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône à un niveau relativement élevé en comparaison des autres établissements (supérieur au 8^{ème} décile dans sa catégorie).

En creux du constat sur les parts de marché, le centre hospitalier affiche des taux de fuite parfois au-dessus de la moyenne, notamment en neurologie, 26 %, et en chirurgie vasculaire périphérique.

La construction du nouvel hôpital, avec l'amélioration de la qualité des prestations hôtelières et l'augmentation du nombre de blocs opératoires, s'inscrit dans une perspective de conquête de parts de marché. S'il est possible que le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône accroisse son emprise sur le bassin de Montceau-Le Creusot, notamment du fait des difficultés des établissements de ce secteur, la concurrence le place plus directement en face de la clinique Sainte-Marie.

L'ARS prévoit la mise en place d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) dont le périmètre concernera le nord de la Saône-et-Loire. Elle a fait appel à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) pour une mission d'appui aux transformations territoriales dont les effets attendus sont de renforcer et déployer les coopérations territoriales, de structurer l'offre de soins pour améliorer le parcours de prise en charge sur le territoire.

PARTIE II : LA GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT

I. LA GOUVERNANCE DE L'ÉTABLISSEMENT ET LE FONCTIONNEMENT EN PÔLES

A. UNE ORGANISATION EN POLES QUI N'A PAS ENCORE DEBOUCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE DE CONTRATS DE POLES

Les pôles ont été créés en 2006. Les organigrammes de direction communiqués par le centre hospitalier concernent uniquement l'organisation du pôle de gestion. Aucune organisation hiérarchique globale incluant les pôles médicaux n'est affirmée à travers le document stratégique que constitue l'organigramme.

Outre le pôle de gestion (administratif, logistique et technique), le centre hospitalier est organisé en neuf pôles dont un pôle médico-technique qui regroupe la biologie, l'imagerie médicale, la pharmacie, la stérilisation, la kinésithérapie, la direction des interventions médicales, les archives et le service d'hygiène hospitalière ; la répartition adoptée pour les pôles relève d'une réelle cohérence et n'appelle pas de remarque particulière. Un onzième pôle (formation-enseignement) est venu par la suite se rajouter à ceux préalablement existants.

Malgré les dispositions introduites depuis 2009 au septième alinéa de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), alors que la stratégie de management de l'établissement était pleinement mobilisée pour assurer le succès de l'ouverture du nouvel hôpital et des deux EHPAD, le directeur n'a pas signé de contrats avec tous les responsables de pôle. Le contrat de performance signé avec l'ANAP prévoyait cependant de mettre en place un système de pilotage et de gouvernance des pôles avec pour objectif d'expérimenter le dispositif de contractualisation sur deux pôles volontaires en 2012 et, à partir de 2013, de généraliser la pratique à l'ensemble de l'établissement.

Le centre hospitalier a pris du retard dans la mise en place de cet objectif ; seuls les contrats pour le pôle n° 3 et pour le pôle n° 4 ont été signés à l'automne 2013 et celui du pôle médicotéchnique en décembre 2013. La signature des autres contrats de pôle est liée à l'élaboration du nouveau projet médical et devrait intervenir dès l'approbation du projet d'établissement par l'ARS.

Recommandation n° 1 : La chambre recommande au centre hospitalier de se conformer aux dispositions de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique en poursuivant la mise en place des contrats de pôles.

B. LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Le précédent contrôle relevait en 2006 que le projet d'établissement, approuvé en 1999 par l'agence régionale de l'hospitalisation, était relativement ancien. Un nouveau projet d'établissement devait être adopté à la suite du projet de schéma régional d'organisation sanitaire de Bourgogne pour les années 2006-2011. Ce nouveau projet d'établissement a été adopté, pour l'essentiel, au premier semestre 2007 (sauf le projet qualité, en mars 2008) et approuvé par l'ARS en novembre 2007. L'ARS formulait toutefois plusieurs observations concernant l'offre de soins en cardiologie interventionnelle, la mise en place, par plusieurs pôles, de leur propre activité d'hospitalisation de jour alors qu'il conviendrait plutôt d'envisager une unité centralisée d'hospitalisation de jour en médecine et en chirurgie ambulatoire, ou encore l'absence de volet sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en invitant l'établissement à se doter d'un tel outil.

Défini pour la période 2007-2012, le projet d'établissement entend à la fois poursuivre l'accompagnement des évolutions propres du centre hospitalier et préparer l'ouverture de ses nouveaux locaux. Il est en fait composé de l'adjonction de six projets concernant : le management, le volet médical, les soins, le volet social, les systèmes d'information et la démarche qualité.

Le projet de management

Le bilan du projet d'établissement qualifie ce premier volet du projet d'établissement de « projet composite combinant la prise en compte de différents aspects du management de l'établissement qui n'émergeaient pas en volet autonome ».

Il s'agit essentiellement d'éléments de pilotage portés par les directions ressources de l'établissement (nouvelle gouvernance, pilotage médico-économique, fonction logistique).

La chambre constate que si le développement de la comptabilité analytique, de l'évaluation médico-économique et de l'analyse des coûts ont été effectifs, en revanche, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance n'a été que partielle, notamment du fait de l'absence de contrats pour certains pôles.

Le projet médical

Si le projet médical pose bien la question centrale du manque de collaboration avec la clinique Sainte-Marie et reconnaît la nécessité d'une collaboration entre acteurs publics ou privés, les collaborations avec cet établissement privé de santé se limitent à une convention de coopération signée en 2005 pour la prise en charge des urgences cardio-vasculaires et à un groupement de coopération sanitaire pour l'activité d'hospitalisation à domicile.

Dans sa déclinaison par pôle, le projet médical comporte des orientations qui ont, pour la plupart, été mises en œuvre au cours de la période, notamment grâce aux conditions d'exercice rendues possibles par l'emménagement dans le nouveau bâtiment. Il s'appuie, au-delà des recrutements nécessaires sur postes vacants, sur des créations de postes médicaux qui ont été souvent réalisées, voire dépassées.

Globalement aussi, le projet médical se fixe un objectif en nombre de lits qui passent de 393 en 2005 à 434 en 2011 (+ 10 %) et en nombre de places qui progressent de 10 en 2005 à 29 en 2011. Ces objectifs ont été pleinement atteints.

Le projet de soins

Le projet de soins, en l'absence d'autres documents spécifiques, correspond à la fois aux projets de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et au projet de prise en charge des patients, cités à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

La chambre observe qu'il n'a pas été articulé au projet médical pour la partie paramédicale. Ainsi, les projets déclinés par pôle dans le projet médical ne donnent pas lieu à évaluation des moyens nécessaires en personnels paramédicaux.

Le projet de soins affiche prioritairement des orientations relatives à la gestion du personnel de soins : encadrement, référentiels métiers et méthodologie d'évaluation, gestion de l'absentéisme et des équipes de nuit... Les démarches de soins sont ensuite déclinées dans leurs différentes composantes, sous des aspects qui mettent fortement en avant les préoccupations de gestion ; sont ainsi traitées, de façon développée, l'uniformisation de gestion du dossier unique du patient et l'amélioration de sa gestion ainsi que la coordination et la continuité des soins.

Les questions de communication professionnelle, de respect des droits du patient et de son information, de préparation de la sortie (avec un projet thérapeutique individualisé) et d'accompagnement du décès sont également traitées de façon détaillée.

En revanche, les modalités d'amélioration de la qualité de l'accueil du patient restent peu précises. Cette question renvoie à une fiche succincte sur la démarche de soins. La prise en compte des problématiques et besoins spécifiques fait l'objet de développements sommaires : les sous-fiches "actions" concernant la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, la prise en charge des addictions et des patients atteints de troubles de l'alimentation ne comportent, au-delà de la description de la problématique et des personnels concernés, aucune définition d'objectifs ni d'actions.

Le bilan dressé par le centre hospitalier de la réalisation de son projet de soins est très nuancé. Il reconnaît ainsi que *"de nombreux axes de travail ne peuvent à ce jour être clôturés, même si dans leur formulation les objectifs semblent atteints. En effet, ils concernent des aspects de la prise en charge qui sont pérennes dans les préoccupations des soignants. Ils figureront donc sans doute à nouveau sous une autre forme dans le prochain projet de soins : soit au travers des valeurs générales qui y seront déclinées, soit au travers d'axes de travail plus précis nécessitant une seconde phase de projet"*.

Le projet social

Le projet social couvre l'ensemble des questions relatives au dialogue social et à la gestion des ressources humaines, à l'exception des prévisions d'évolution des effectifs ; si cette question, en ce qui concerne les personnels médicaux, est traitée par le projet médical, aucun document ne l'aborde pour les personnels non médicaux.

Le projet social ne comporte pas non plus de dispositions spécifiques au personnel médical. Cette absence doit être mise en relation avec le rattachement direct au secrétaire général des affaires médicales, disjointes de la direction des ressources humaines ; elle paraît particulièrement dommageable sur le plan de la politique de recrutement alors même qu'il s'agit d'une préoccupation forte de l'hôpital.

La mise en œuvre des préconisations du plan de retour à l'équilibre a amené l'établissement à revoir son organisation du temps de travail en 2011, ce que n'avait pas prévu le projet social.

Le schéma directeur du système d'information (SDSI)

Constatant divers dysfonctionnements dans les outils informatiques déployés, le SDSI pose l'ambition de construire "*un système d'information hospitalier cohérent et communicant*". L'établissement a d'ailleurs bénéficié, au cours de la période sous revue, de financements de l'ARS et de fonds européens à cet effet.

Dans l'ensemble, grâce à un effort notable d'équipement dans les nouveaux locaux, le bilan fait ressortir une progression très sensible de l'informatisation.

Le projet qualité

Le centre hospitalier s'est doté d'un projet qualité, dans le cadre de la procédure de certification engagée avec la Haute autorité de santé (HAS). Certaines fiches-actions du projet qualité sont en partie redondantes avec celles du projet de soins ; il en est ainsi du développement du dossier informatisé du patient, du respect des droits du patient ou de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Malgré la mise en œuvre du projet qualité, l'établissement s'est trouvé confronté à plusieurs réserves de la HAS, finalement levées en 2010. L'établissement a également connu une alerte sérieuse de la HAS fin 2012 dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales, mettant en exergue notamment la déficience de protocoles écrits. Les indicateurs de qualité de soins du centre hospitalier demeurent inférieurs à ceux constatés au plan national pour ce type d'établissement (voir infra).

Conclusion

Au regard de ces différents bilans, la chambre constate que l'articulation des différentes parties du projet d'établissement souffre d'un manque de cohérence générale, chacune de ses parties étant définie selon un critère organique (le projet de la direction, le projet des médecins, le projet des personnels infirmiers, etc...), ce qui ne favorise pas l'appropriation par les équipes d'un projet d'ensemble pour l'établissement.

La chambre observe également que le projet d'établissement défini pour la période 2007-2012 est actuellement échu.

Recommandation n° 2 : La chambre recommande au centre hospitalier de se doter d'un nouveau projet d'établissement dans un délai rapide et de veiller à préserver la cohérence d'ensemble de ce futur document.

II. LE PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE DE L'ETABLISSEMENT

A. LE RENFORCEMENT DES OUTILS DE PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE

L'établissement a marqué sa volonté de renforcer sa direction des finances en recrutant une directrice adjointe en charge de ce secteur et en créant, en 2013, une cellule d'analyse de gestion composée de deux personnes.

Par ailleurs, les données produites par la cellule d'analyse de gestion servent de support à des réunions de "dialogue de gestion mensuel" regroupant, outre l'équipe de direction générale, les responsables chargés des ressources humaines et ceux des affaires médicales.

La chambre observe que le centre hospitalier fait ainsi preuve, à travers les outils de pilotage dont il dispose et la place qui leur est donnée, d'une bonne maîtrise de sa gestion médico-financière. Cependant, dans la mesure où il ne produit plus depuis plusieurs années ses tableaux coûts-case mix (TCCM) et où les données de la base de l'Étude Nationale de Coûts (ENC) n'ont pas été rapprochées de sa comptabilité analytique, l'établissement se prive de ratios de comparaison.

B. UN CONTRAT DE PERFORMANCE CONCLU AVEC L'ANAP QUI A GENERE DES EVOLUTIONS SENSIBLES

Le centre hospitalier a commencé à s'engager dans la démarche de projet de performance avec l'aide de l'ANAP en juin 2010. En 2013, le bénéfice de la mission ANAP s'est avéré, de l'avis-même du centre hospitalier, particulièrement important pour l'amélioration de sa gestion.

La signature du contrat de performance est intervenue le 28 février 2011. Après une phase de diagnostic et de priorisation, le contrat a retenu sept pistes de travail.

- 1- La première piste concerne le positionnement du centre hospitalier en proposant de mettre à jour son projet médical dans le cadre de la politique territoriale. Cette première piste conforte l'orientation prise par l'établissement de renforcer sa filière gériatrique.
- 2- Le second axe porte sur le développement des structures alternatives à l'hospitalisation complète : hospitalisation de jour, de semaine, activité ambulatoire et hospitalisation à domicile.
- 3- La troisième piste consiste à optimiser le programme capacitaire des lits d'hospitalisation et à améliorer la gestion des lits. Le centre hospitalier devait passer de 461 à 538 lits avec le déménagement : la capacité a cependant été revue à la baisse et le gel de 34 lits a généré une économie estimée de 60 ETP non-médicaux et 5 praticiens hospitaliers.
- 4- La quatrième piste vise à améliorer la prise en charge et le circuit du patient aux urgences et en hospitalisation non programmée.
- 5- Le cinquième axe concerne l'adéquation des ressources humaines aux besoins de l'activité. Le contrat décrit notamment un contexte d'absentéisme des personnels non médicaux supérieur à la moyenne, en forte évolution, et invite l'établissement à mieux prévenir et gérer les absences.
- 6- La sixième piste vise à l'amélioration de la performance de la chaîne de facturation et de recouvrement ainsi qu'une meilleure valorisation des prestations hôtelières.
- 7- La septième piste constate l'absence de contrats de pôle. Le contrat ANAP ne comporte cependant pas d'orientation sur le niveau de délégation à accorder aux pôles.

L'ANAP, dans son rapport de clôture de mars 2013, estime que le contrat de performance s'est traduit par des évolutions sensibles de la performance du centre hospitalier, notamment sur le plan financier. Elle évalue à 10,4 M€ les gains réalisés par la mise en œuvre des mesures préconisées (7,5 M€ d'augmentation de recettes et 2,9 M€ de coûts évités ou de baisse de charges), mais ces estimations financières doivent être analysées avec une certaine prudence, les bases ayant permis de les élaborer n'étant pas toujours précisées de manière suffisamment détaillées.

L'ANAP souligne également les améliorations apportées sur le plan organisationnel. Ainsi, en ce qui concerne la troisième piste relative à l'amélioration de la gestion des lits, la mise en place d'un dispositif informatisé de suivi des lits en temps réel a contribué à fluidifier le fonctionnement de l'établissement.

III. LE PILOTAGE DE L'ETABLISSEMENT PAR L'ARS

A. LES CPOM

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), conclu entre l'ARH (puis l'ARS) de Bourgogne et le centre hospitalier William Morey en déclinaison des orientations du SROS de Bourgogne 2006-2011, a été signé le 23 mars 2007 pour une durée de quatre ans. En réalité, son application a été prolongée au-delà de cette échéance, sans qu'aucun avenant ne modifie pour autant la clause relative à sa durée.

Le CPOM s'appuie sur un objectif de croissance de l'activité par rapport aux données réelles de 2006 de 15 % en médecine et de 35 % en chirurgie. Pour l'insuffisance rénale chronique, le nombre minimal de patients doit passer de 44 à 64 patients. La cible d'activité SSR demeure quant à elle stable.

Ces orientations correspondent aux axes du projet médical, adopté dans la même période. Certains points apparaissent néanmoins en décalage, notamment en ce qui concerne les modalités de mise en place de l'hospitalisation à domicile, le développement de la coopération public-privé en chirurgie et surtout le projet de reconstruction et d'extension de l'EHPAD, absent du CPOM.

Le CPOM initial a été modifié par de nombreux avenants, six au total en intégrant celui relatif au financement du nouvel hôpital ; l'empilement de ces avenants ne contribue pas à améliorer la lisibilité du CPOM même si leur nécessité semblait s'imposer, soit au regard d'éléments concrets de contractualisation entre l'ARS et l'hôpital (à travers le plan de retour à l'équilibre en particulier), soit au regard de la retranscription d'orientations nationales.

Le dispositif d'aide de l'ARH pour la construction du nouvel hôpital est décrit séparément dans l'avenant n° 3 (plan hôpital 2007) du 3 mai 2004.

B. UN PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE MIS EN PLACE EN 2006 DU FAIT D'UNE SITUATION FINANCIERE QUI COMMENÇAIT A SE DEGRADER

Il est noté à l'article 9 du CPOM que *"dès 2006, l'établissement a mis en œuvre un plan de retour à l'équilibre budgétaire qui a été atteint et qu'il envisage de consolider en 2007 avec l'appui de l'ARH"*.

L'avenant n° 1 au CPOM, signé le 16 novembre 2007, précise certains éléments des orientations stratégiques, intégrant dans le calendrier la perspective du nouvel hôpital, et indiquant des attributions de crédits spécifiques sur quelques points. L'attribution de 1,385 M€ de crédits non reconductibles est *"conditionné[e] à la mise en œuvre effective du plan de retour à l'équilibre budgétaire"*, décrit au moyen d'indicateurs de performance, sans mention de mesures d'économie permettant d'y parvenir.

L'avenant n° 2, signé le 23 janvier 2009, porte spécifiquement sur le plan de retour à l'équilibre. Il dresse le constat d'un déficit de 2,9 % des produits, inférieur au seuil de 3 % caractérisant le déséquilibre financier selon les critères réglementaires, mais prenant en compte la dotation d'aide au retour à l'équilibre précédemment attribuée.

Il décline un plan d'actions, proposé par le centre hospitalier à l'automne 2008⁵, qui comporte plusieurs mesures : l'amélioration du codage, l'amélioration de la rotation des lits, l'encadrement du recours aux plages additionnelles et la diminution de l'intérim pour le personnel médical, l'amélioration de la productivité des pôles pour le personnel non médical (limitation des remplacements et diminution des personnels de 7 ETP pour le pôle administratif et technique et de 18,5 ETP pour les pôles médicaux et médico-technique, après une période de forte augmentation 2005-2008).

Le plan de retour à l'équilibre préconise également la fin du subventionnement de l'EHPAD par le budget principal de l'hôpital, ce point ayant fait l'objet d'observations lors du précédent examen de gestion par la chambre pour la période 1999-2006⁶, la maîtrise des dépenses des titres 2 et 3 et prévoit un financement complémentaire pour le nouvel hôpital de 1,4 M€ en 2011 et de 1,3 M€ en 2012, au titre du plan hôpital 2012 (montants qui seront *in fine* refusés).

La chambre observe que les axes d'action et les objectifs contenus dans cet avenant n° 2 concernent l'essentiel des difficultés de gestion rencontrées par l'établissement et constituent des éléments d'amélioration et de progrès qui n'ont toujours pas été pleinement mis en œuvre.

IV. UNE POLITIQUE DE COOPERATION HOSPITALIERE PARTICULIEREMENT DEVELOPPEE

Le centre hospitalier William Morey a conclu des conventions de coopération avec un nombre très conséquent d'établissements, 25 au total. Avec des établissements publics de santé avoisinants tout d'abord : l'hôpital local de Chagny, le centre hospitalier d'Autun, de la Bresse louhannaise, de Montceau-les-Mines, avec le CHS de Sevrey pour des mises à disposition de médecins ou des échanges d'actes médicaux ; avec des établissements publics de santé plus éloignés : le CHU de Dijon pour des échanges de patients en coronographie, pour la constitution de groupements de commandes, pour le prélèvement d'organes, le CHRU de Montpellier pour le prélèvement de tissus.

Des conventions ont été signées avec des établissements privés de santé : la clinique Sainte-Marie de Chalon pour les urgences cardio-vasculaires, le centre orthopédique de Dracy-le-Fort pour des échanges de patients, la clinique de Fontaine-les-Dijon pour la coronographie.

Les conventions concernent aussi des associations, nombreuses : AIDER Bourgogne, pour l'insuffisance rénale, AIDES, ASPAE....

L'établissement héberge également le groupement inter-établissements (GIE) de la vallée de l'image équipé d'un IRM de 1,5 Tesla dernière génération en partenariat avec l'hôpital de Beaune et des radiologues libéraux.

Un groupement de coopération sanitaire privé/public a également été créé pour la mise en place de l'hospitalisation à domicile dont l'influence géographique s'étend sur le territoire nord de la Saône-et-Loire.

⁵ Cf. compte-rendu de la CME du 14 octobre 2008.

⁶ Le centre hospitalier n'a visiblement toujours pas complètement rompu avec ce genre de pratiques - Voir partie V – chapitre II – paragraphe n° 6

Enfin, la mise en œuvre d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) en partenariat avec le centre hospitalier d'Autun, voire éventuellement celui de Montceau, devrait encore élargir le champ des coopérations afin de résoudre, au moins partiellement, les difficultés liées au positionnement de centre hospitalier William Morey.

PARTIE III : L'ACTIVITE HOSPITALIERE

I. UNE ACTIVITE EN PROGRESSION SENSIBLE DEPUIS L'INSTALLATION DANS LES NOUVEAUX BATIMENTS DU CENTRE HOSPITALIER

A - UN PLUS GRAND NOMBRE DE LITS POUR PLUS D'ACTIVITE

La capacité globale du secteur hospitalier, y compris les soins de suite et de réadaptation, passe de 438 lits en 2007 à 459 lits en 2012. En tenant compte des EHPAD, la capacité d'accueil du centre hospitalier a dépassé 600 lits à compter de 2008.

Tableau 2 : Évolution de la capacité en lits et places (hors alternatives à l'hospitalisation)

Capacité en lits et places installés au 31/12	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2007
Médecine	257	255	255	255	284	289	16%
Chirurgie	89	89	84	84	84	82	-4%
Gynéco-obstétrique	52	52	52	52	46	46	42%
Sous-total MCO	398	396	391	391	414	417	15%
SSR	40	40	40	40	42	42	5%
Sous-total secteur hôpital	438	436	431	431	456	459	14%
EHPAD et action sociale		181	181	181	181	270	

Source : SAE 2009 2011, CH Chalon 2012

À ce nombre de lits se rajoutent les capacités d'accueil alternatives à l'hospitalisation complète, soit 10 places en chirurgie ambulatoire, 26 places en hospitalisation de jour et 20 places en hospitalisation à domicile. Au total, la capacité du centre hospitalier est de 473 lits et places en MCO et, globalement, la capacité de l'établissement est de 785 lits et places en incluant les soins de suite et de réadaptation et les deux EHPAD.

Le nombre des entrées progresse de 58 % pour la médecine, de 17 % pour la chirurgie et de 25 % pour l'obstétrique. Cette progression s'avère particulièrement sensible entre 2011 et 2012 : elle est ainsi, sur ce seul intervalle d'une année, de 45 % pour la médecine, 19 % pour la chirurgie et 20 % pour l'obstétrique. Cette évolution résulte, de toute évidence, de l'installation dans les nouveaux bâtiments du centre hospitalier.

Le nombre de journées évolue également à la hausse, dans des proportions moindres, avec toujours une tendance plus marquée entre 2011 et 2012. Le taux d'occupation progresse pour la médecine et l'obstétrique mais diminue en ce qui concerne la chirurgie. Quant à la durée moyenne de séjour, elle diminue pour les trois secteurs.

Tableau 3 : Évolution de l'activité du CH de Chalon-sur-Saône de 2009 à 2012

ACTIVITE MCO hospitalisation complète		2009	2010	2011	2012	Évolution 2012/2009	Évolution 2012/2011
(hospitalisation de semaine incluse)							
Médecine	Nombre d'entrées réalisées	12 926	13 546	14 047	20 378	58 %	45 %
	Nombre de journées réalisées	79 132	82 191	81 579	93 455	18 %	15 %
	Taux d'occupation	86 %	90 %	89 %	90 %	4 %	1 %
	Durée moyenne de séjours (en jrs)	6,12	6,07	5,81	4,59	-25 %	-21%
Chirurgie	Nombre d'entrées réalisées	4 098	4 000	4 041	4 810	17 %	19 %
	Nombre de journées réalisées	24 315	24 534	24 630	23 585	-3 %	-4 %
	Taux d'occupation	79 %	80 %	86 %	79 %	-1 %	-8 %
	Durée moyenne de séjours (en jrs)	5,93	6,13	6,1	4,9	-17 %	-20 %
Obstétrique	Nombre d'entrées réalisées	2 741	2 800	2 850	3 421	25 %	20 %
	Nombre de journées réalisées	12 370	12 832	12 486	12 684	3 %	2 %
	Taux d'occupation	65 %	68 %	60 %	75 %	16 %	25 %
	Durée moyenne de séjours (en jrs)	4,51	4,58	4,38	3,71	-18 %	-15 %
Total MCO	Nombre d'entrées réalisées	19 765	20 346	20 938	28 609	45 %	37 %
	Nombre de journées réalisées	115 817	119 557	118 695	129 724	12 %	9 %

Source : SAE 2009 2011, CH Chalon 2012

La lourdeur du terrain des patients pris en charge par l'établissement, mise en évidence par la part des séjours de sévérité 3 et 4, est en augmentation forte entre 2008 et 2012, pour aboutir à un niveau élevé par rapport à la typologie et proche de la barre supérieure pour l'ensemble des établissements de même catégorie. Cela constitue un facteur à prendre en compte dans le développement de l'activité ambulatoire.

Tableau 4 : Lourdeur de terrain comparée

2012	Établis sement	Région 2012		Catégorie ⁷ 2012		Typologie ⁸ 2012	
		2 ^e	8 ^e	2 ^e	8 ^e	2 ^e	8 ^e
Déciles de comparaison							
Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4	17,68	3,14	22,03	9,18	19,16	2,82	11,28

Source : HOSPIDIAG

⁷ Catégorie : centres hospitaliers

⁸ La typologie permet des comparaisons sur la base du volume d'activité (caractérisé par le nombre de, résumés de sortie anonymes (RSA), autrement dit le nombre de séjours et venues. Le CH de Chalon se classe dans le 3^{ème} groupe sur un total de 5 groupes en ce qui concerne l'ensemble de l'activité, dans le 3^{ème} groupe également sur un total de 4 pour la médecine, dans le 2^{ème} groupe sur un total de 5 pour la chirurgie et dans le 4^{ème} groupe sur un total de 5 pour l'obstétrique.

B - DES SECTEURS DIFFERENCIES**1 – La médecine**

Le centre hospitalier présente une activité de médecine prépondérante (71 % des séjours en hospitalisation complète et 61 % des venues en ambulatoire), qui ne capte pourtant que 45 % des parts de marché de sa zone d'attractivité.

Tableau 5 : Taux d'occupation des lits en médecine

	Établissement 2012	Région 2012		Catégorie 2012		Typologie 2012	
		2è	8è	2è	8è	2è	8è
<i>Déciles de comparaison en 2012</i>							
Taux d'occupation des lits en médecine	79,7	76,6	92,6	74,2	88,9	74,2	86,8
IP-DMS médecine ⁹	0,933	0,887	1,125	0,947	1,134	0,912	1,075

Source : HOSPIDIAG

Le centre hospitalier a légèrement dégradé son taux d'occupation des lits en 2012, par rapport à 2011, avec une valeur qui se situe à un niveau intermédiaire. La durée moyenne de séjour, quant à elle, se montre d'un niveau conforme, tant en comparaison régionale que nationale. Elle affiche une légère baisse entre 2009 et 2012.

2 – La chirurgie

Le centre hospitalier n'occupe que 24 % de parts de marché sur sa zone d'attractivité en ce qui concerne la chirurgie ; ce chiffre est en progression légère en 2012 par rapport à 2011.

Le taux d'occupation en chirurgie se montre élevé, le plus important de la région, et a significativement progressé en 2012. La durée moyenne de séjour, bien qu'ayant diminué depuis 2008, reste néanmoins supérieure aux standards jusqu'en 2011 pour accuser une baisse très sensible en 2012. L'IP-DMS demeure cependant, là encore, supérieur à un en 2012.

Tableau 6 : Taux d'occupation des lits en chirurgie

	Établissement 2012	Région 2012		Catégorie 2012		Typologie 2012	
		2è	8è	2è	8è	2è	8è
<i>Déciles de comparaison en 2012</i>							
Taux d'occupation des lits en chirurgie	95,7	46,7	95,7	64,6	94,7	37,2	83,9
IP-DMS chirurgie	1,085	0,942	1,134	0,949	1,141	0,888	1,103

Source : HOSPIDIAG

⁹ L'IP-DMS est le rapport entre la durée moyenne de séjour de l'établissement et une durée de séjour de référence établie au plan national ; un IP-DMS supérieur à 1 signifie donc des durées moyennes de séjour plus longues pour l'établissement que ce qui est habituellement admis ou constaté.

Les ratios de mesure de l'intensité d'activité chirurgicale¹⁰ ont subi une forte baisse en 2011 pour remonter en 2012 à un niveau qui demeure cependant inférieur à ceux constatés les années précédentes.

Le nombre d'actes chirurgicaux, après une légère régression en 2011, progresse de 7 % en 2012, suite très vraisemblablement à l'installation dans le nouvel hôpital.

Le déficit d'attractivité du centre hospitalier se montre particulièrement sensible en matière de chirurgie ambulatoire. Le nombre des actes en chirurgie ambulatoire augmente cependant de 19 % en 2012 par rapport à l'année précédente, marquant en ce sens une évolution significative de la politique de l'établissement.

3 – L'obstétrique

Dégagé de toute concurrence directe, le centre hospitalier occupe une position quasiment exclusive en obstétrique sur sa zone d'attractivité, avec 88 % de parts de marché.

Le taux d'occupation des lits d'obstétrique a progressé en 2012 plaçant l'établissement en position élevée au plan régional. L'indicateur IP-DMS, bien qu'en léger fléchissement en 2012, se montre toujours supérieur à un et se positionne à une valeur moyenne par rapport aux établissements comparables.

Tableau 7 : Taux d'occupation des lits en obstétrique

	Établissement 2012	Région 2012		Catégorie 2012		Typologie 2012	
		2è	8è	2è	8è	2è	8è
<i>Déciles de comparaison en 2012</i>							
Taux d'occupation des lits en obstétrique	64,7	48	64,7	46,5	68	57,3	76,6
IP-DMS obstétrique	1,006	0,93	1,059	0,924	1,052	0,928	1,054

Source : HOSPIDIAG

L'activité d'obstétrique (en moyenne 1 900 accouchements par an) est réalisée par un nombre accru de sages-femmes (passant de 32 ETP en 2008 à 44 en 2011), encadrées par un effectif moindre de gynécologues-obstétriciens (8,4 ETP en 2008, 6,9 en 2011). Globalement le nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme diminue sensiblement entre 2008 et 2012, atteignant un niveau moyen, tandis que le ratio du nombre de sages-femmes par obstétricien s'élève fortement jusqu'en 2011 pour redescendre en 2012 à un niveau qui demeure cependant élevé par rapport aux bases de comparaison.

Tableau 8 : Activité obstétrique

	Établissement				Région 2012		Catégorie 2012		Typologie 2012	
	2009	2010	2011	2012	2ème	8ème	2ème	8ème	2ème	8ème
<i>Déciles</i>										
Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme	41	41	37	36	NC	40	22	44	38	48
Nombre de sages-femmes par obstétricien	4,3	5,4	6,4	4,8	2,6	5,7	3,1	5	2,6	3,7

Source : HOSPIDIAG

¹⁰ Nombre ICR chirurgicaux par chirurgien, ICR d'anesthésie par anesthésiste et IADE. L'indice de coût relatif (ICR) mesure le degré de mobilisation des ressources de l'établissement, humaines et matérielles, pour une catégorie d'actes.

4 – La cancérologie

En 2012, le centre hospitalier occupe 36 % des parts de marché pour la cancérologie hors séances et 23 % en ce qui concerne les séances de chimiothérapie ; sur cette dernière activité, il demeure encore minoritaire sur la zone d'activité.

Malgré cette faiblesse de position, le poids représenté par les hospitalisations en cancérologie (séjours, hors séances) dans les hospitalisations de l'établissement, se situant entre 7 % et 8 % au cours de la période 2008-2011, est à un niveau relativement élevé en comparaison d'autres établissements (supérieur au 8^{ème} décile dans sa catégorie).

Le centre hospitalier ne pratique pas de radiothérapie.

C - CONCLUSION

L'année 2012 s'est traduite, pour le centre hospitalier, du fait de l'installation dans ses nouveaux murs, par une progression sensible de son activité. Exprimée en nombre d'entrées réalisées, elle augmente de 37 %, de 9 % seulement si l'on s'en tient au nombre de journées réalisées.

Cette hausse d'activité, qui conforte l'établissement dans son rôle d'établissement pivot, n'est pourtant pas homogène. Certains secteurs accusent une baisse ; il en est ainsi, en médecine, de la toxicologie, des intoxications et du traitement de l'alcoolisme. D'autres progressent fortement comme la neurologie (+ 19 %) ou le traitement des douleurs et les soins palliatifs (+ 96 %) ou encore, pour la chirurgie, l'orthopédie et la traumatologie (+ 20 %) et l'ophtalmologie, qui à elle seule, double son nombre de séjours entre 2011 et 2012.

Les neuf premiers mois de l'année 2013 confirment la progression de l'activité enregistrée en 2012 : le nombre de séjours progresse globalement de 6,4 % par rapport à la période équivalente de l'année précédente. L'augmentation se montre particulièrement nette en ce qui concerne la néphrologie, la médecine et la chirurgie ambulatoire, l'unité de soins intensifs en cardiologie, ainsi que la chirurgie ; ces éléments confirment donc le gain d'attractivité résultant de l'installation dans le nouvel hôpital.

Globalement toujours, l'établissement affiche un indicateur de durée moyenne de séjour inférieur à un, tant en 2011 qu'en 2012, ce qui s'explique, pour l'essentiel, par les bonnes performances du secteur médecine. Pour les séjours chirurgicaux, les durées moyennes de séjour sont toujours supérieures à celles de référence pour une même pathologie et une même lourdeur et il en est également de même, mais dans une moindre mesure, pour l'obstétrique.

La réduction de la durée moyenne de séjour a été retenue comme un des axes de progression pour l'année 2013. Les chiffres des neuf premiers mois de 2013 confirment une légère baisse globale de la durée moyenne de séjour qui passe de 4 à 3,9 jours.

II. UN TAUX DE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE QUI MERITE ENCORE DE PROGRESSER

L'activité ambulatoire du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône s'avère relativement peu développée bien que le nombre de places de chirurgie ambulatoire ait doublé en 2012. Cette situation trouve en partie une explication dans la mise en place assez récente du secteur ambulatoire au sein de l'établissement. En outre, le développement de l'activité ambulatoire est probablement freiné par les difficultés liées à la surveillance du patient au retour au domicile en raison d'une population âgée et de l'éloignement de certaines parties de la zone d'activité.

Tableau 9 : Évolution de nombre de places et de séjours en chirurgie ambulatoire

	Places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire	Nombre de séjours
2009	5	749
2010	5	849
2011	5	918
2012	10	1 335

Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire se monte à 21 % en 2012¹¹. C'est l'un des plus bas de la région, il se situe dans les fourchettes basses comparé aux établissements de même catégorie ou de même typologie. Le taux sur les 18 gestes marqueurs¹² se montre particulièrement faible, tant en comparaison régionale que nationale. Enfin, le taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire¹³ demeure toujours inférieur à 100 %, passant de 65 % en 2008 à 43 % en 2012, du fait notamment du doublement des places.

Tableau 10 : Indicateurs d'activité en ambulatoire

	Établissement				Région 2012		Catégorie 2012		Typologie 2012	
	2009	2010	2011	2012	2ème	8ème	2ème	8ème	2ème	8ème
<i>Déciles</i>										
Taux de chirurgie ambulatoire	17,85	19,04	18,9	20,59	20,59	47,99	16,11	39,98	28,36	57,33
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	36,06	44,63	45,48	46,2	50,43	79,39	48,07	73,7	54,12	80
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	64,9	73,5	36,3	43,1	46,1	91,6	45,35	94,2	44,2	118,3

Source : HOSPIDIAG

Toutefois le pourcentage des résumés de sortie anonyme¹⁴ (RSA) réalisés en ambulatoire pour le secteur MCO progresse légèrement entre 2009 et 2012 et celui concernant les actes chirurgicaux marque une hausse sensible sur 2012.

¹¹ Cet indicateur est égal au nombre de séjours chirurgicaux pratiqués en ambulatoire rapporté au nombre total de séjours chirurgicaux. Les endoscopies sont hors champ.

¹² Cet indicateur mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire, au travers de l'analyse des 18 gestes marqueurs qui correspondent aux principaux actes chirurgicaux potentiellement substitutifs. Il est calculé par le rapport entre le nombre de séjours ambulatoire pour les 18 gestes marqueurs rapporté au nombre total de séjours pour ces gestes marqueurs.

¹³ Cet indicateur reflète l'organisation au niveau de la chirurgie l'ambulatoire : il permet de mettre en évidence une sur ou sous capacité d'accueil des patients en chirurgie ambulatoire (hors endoscopies). Il est calculé par le rapport entre le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire et le nombre de places en chirurgie ambulatoire sur 220 jours. Un taux supérieur à 100% révèle une forte rotation des places (plus d'un patient par place par jour) qui est habituelle dans le cas de certaines interventions chirurgicales (cataractes, carpiens, etc.) nécessitant une durée de séjour de quelques heures.

¹⁴ Le résumé de sortie anonyme est directement issu du fichier de résumé de sortie standardisé qui collecte toutes les informations sur les séjours des patients. Le RSA respecte le secret médical.

Tableau 11 : Évolution de l'activité ambulatoire

	2009	2010	2011	2012
Nombre de RSA de médecine (HC)	13 347	13 598	13 990	14 970
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	3 287	3 440	3 424	3 659
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	2 342	2 395	2 328	2 360
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	2 009	2 027	2 091	2 509
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	714	809	798	949
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	588	574	566	566
Nombre total de RSA	24 296	24 853	25 208	27 025
% de RSA ambulatoires en médecine	15%	15%	15%	17%
% de RSA ambulatoires en chirurgie	22%	24%	23%	26%
% de RSA ambulatoires en obstétrique	25%	24%	24%	24%
% de RSA ambulatoires en MCO	17%	18%	18%	19%

Source : HOSPIDIAG retravaillée chambre

La faiblesse constatée de l'activité ambulatoire au sein du centre hospitalier William Morey a fait l'objet de l'axe 1c¹⁵ du projet de performance signé avec l'ANAP. L'objectif était de tirer profit du déménagement dans les nouveaux locaux pour moderniser la prise en charge du patient à travers le développement de l'activité ambulatoire, de l'hospitalisation de semaine, de jour et à domicile devant se traduire, notamment, par une augmentation du taux des 18 gestes marqueurs vers la fourchette 60-70 %¹⁶.

Cet objectif n'est pas atteint puisque cet indicateur se monte à 46 % en fin d'année 2012. En revanche, les chiffres d'activité des neuf premiers mois de 2013, comparés à ceux de la période équivalente de 2012, indiquent une progression très sensible : + 39 % pour la médecine et + 40 % pour l'unité de chirurgie ambulatoire.

Recommandation n° 3 : La chambre invite le centre hospitalier à porter une attention toute particulière au développement de son activité ambulatoire qui demeure encore très inférieure à ce qui est attendu pour un établissement de cette catégorie.

III. DES INDICATEURS DE QUALITE DE SOINS QUI SE SITUENT EN DESSOUS DU NIVEAU ATTENDU POUR CE TYPE D'ETABLISSEMENT

Les indicateurs de qualité des soins du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône sont, dans leur ensemble, inférieurs aux moyennes nationales et, pour leur grande majorité, inférieurs aux référentiels de la catégorie en 2011. Ainsi, le score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales, qui se montrait satisfaisant en 2009 et 2010, a chuté en 2011. L'indice de traçabilité de l'évaluation de la douleur est très éloigné des objectifs nationaux : il se situe à 28 % en 2011 et, bien qu'il progresse par rapport à 2009 et 2010, demeure très inférieur à l'objectif national de 80 %. L'indice de tenue du dossier patient était en 2010 en classe C ; il est passé en classe B en 2011.

¹⁵ Comité de pilotage du projet de performance du 3 février 2011

¹⁶ Comité de pilotage de clôture du contrat de performance

En revanche, l'établissement affiche des niveaux de conformité très satisfaisants pour la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, la prévention et la prise en charge initiale de l'hémorragie *post partum* ¹⁷.

Tableau 12 : Principaux indicateurs de qualité du centre hospitalier

	Établissement			Référentiels (2011)		
	2009	2010	2011	National	Régional	Catégorie
Score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales ¹⁸	87	84	65	81	71	79
Score de conformité du dossier patient ¹⁹	79 % ± 4 %	73 % ± 4 %	75 % ± 5%	76	75	76
Conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	28 % ± 10%	44 % ± 11%	55 % ± 11%	48	48	55
Dépistage des troubles nutritionnels ²⁰	68% ± 10%	54% ± 11%	78% ± 9%	84	84	75
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	11% ± 7%	10% ± 7%	28% ± 10%	73	65	58
Score de conformité du dossier anesthésique	74 % ± 3 %	68 % ± 3 %	75% ± 3%	83	83	83
Exhaustivité et modalités d'organisation de la RCP ²¹ en cancérologie			52% ± 13%	69	58	72

Source : HOSPIDIAG

En ce qui concerne la lutte contre les maladies nosocomiales, les derniers indicateurs de référence datent de 2011 et font état d'un positionnement en classe D ou E (A étant le classement le plus satisfaisant et F le plus défavorable) pour l'indicateur ICALIN.2 qui évalue les moyens, l'organisation et les actions mis en place par l'établissement pour lutter contre les infections nosocomiales. Il en est de même pour l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO) qui apprécie l'organisation pour la prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique et pour l'indicateur ICA-BMR ou indicateur composite d'activité de lutte contre les bactéries multi résistantes. Il se classe cependant en B pour ce qui concerne l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (ICSHA.2) et l'indicateur composite du bon usage des antibiotiques (ICATB).

Parallèlement, en 2012, l'ARS a mené une vague d'enquêtes sur le terrain en Bourgogne dans les établissements de santé visant à valider les informations déclaratives faites jusque-là par les établissements. Un certain nombre de réajustements a conduit à la décote du score agrégé du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône.

¹⁷ Données extraites des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) tels qu'ils ont été reportés sur le site internet de centre hospitalier.

¹⁸ Cet indicateur mesure les moyens mis en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales dans les établissements, à travers quatre indicateurs. Le score est exprimé sur 100.

¹⁹ Cet indicateur évalue la tenue et le contenu du dossier des patients hospitalisés, sur la base de 10 critères au maximum, sur la base de dossiers tirés au sort.

²⁰ Les troubles nutritionnels doivent être dépistés pour tout patient hospitalisé en médecine ou en chirurgie. Ce dépistage, pour les patients adultes, nécessite un suivi du poids, de la variation du poids, et un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC).

²¹ RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire.

Ainsi, l'analyse de l'ensemble des résultats montre que les actions correctives à mener sont de l'ordre de la formalisation des politiques, des procédures et des actions de communications internes aux professionnels.

Par ailleurs, l'établissement considère que l'effectif en médecins et infirmiers hygiénistes reste à conforter au regard du nombre de lits. Cet élément fera partie du projet médical en cours de rédaction.

Les résultats provisoires du score 2013 ne montrent pas encore de progression car les données prises en compte sont issues de l'année 2012. Un plan d'actions correctives a été mis en place en 2012, après que l'établissement ait pris connaissance des résultats du score 2012.

Tableau 13 : Évolution des indicateurs de lutte contre les maladies nosocomiales entre 2012 et 2013

	Score 2012 (données 2011)	Score 2013 (données 2012)
ICALIN2	62	67,5
ICSHA2	75,4	64,6
ICATB2	73,75	43
ICA-BMR	52	68
ICA-LISO	53	71
Score agrégé	65	63
Classe	C	C ?

Source : CH Chalons

L'établissement, s'il reconnaît que l'indice de traçabilité de l'évaluation de la douleur demeure très éloigné des objectifs nationaux, a cependant souligné, qu'avec un score de 28 % en 2011, il est en progression par rapport à 2009 et 2010. Il explique ses scores faibles par une absence de traçabilité dans le dossier du patient informatisé. Il précise que des actions correctives sont actuellement en cours consistant en des formations des professionnels à l'évaluation et à son enregistrement dans Cristal Net, en des informations des professionnels sur le mode de cotation de l'IPAQSS et dans l'intégration d'un indicateur de performance dans les contrats de pôle.

En ce qui concerne l'indice de tenue du dossier patient, l'établissement a précisé que des actions correctives sont également en cours : traçabilité de l'examen médical d'entrée du patient, amélioration du contenu du compte rendu d'hospitalisation et présence systématique du dossier d'anesthésie dans le dossier unique du patient maintenant informatisé.

L'établissement a tenu également à indiquer que les bons résultats enregistrés dans les analyses de filières de soins (AVC, hémorragie de la délivrance ou infarctus du myocarde) témoignent de son engagement profond dans une démarche qualité autour des soins. Il précise que le déploiement, dans tous les pôles, des actions d'évaluation des pratiques professionnelles et l'exigence d'indicateurs qualité au côté des indicateurs financiers et d'activité dans les contrats de pôle doivent participer à cette dynamique. La commission médicale d'établissement a enfin décidé d'inscrire systématiquement les affaires de qualité, de gestion des risques et de sécurité des soins en priorité de son ordre du jour depuis plus d'un an. Cette évolution est conforme à la loi hôpital, patients, santé et territoire (loi du 21 juillet 2009 dite HPST).

L'établissement attache en revanche une attention particulière aux enquêtes de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés et affiche des scores globalement plutôt satisfaisants.

Par ailleurs, le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône s'est engagé dans une démarche de certification depuis novembre 2008. Le rapport élaboré à cette occasion concluait à une certification avec suivi portant sur les points suivants : la qualité et l'hygiène en restauration, la gestion des risques, la prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement, les conditions d'administration du médicament au patient. En janvier 2010, la Haute autorité de santé (HAS) s'est à nouveau prononcée, suite au suivi réalisé par l'établissement, en levant les quatre réserves. En juin 2013, la conformité de l'établissement aux exigences du référentiel HAS v2010 (version Avril 2011) dans le cadre de la troisième procédure de certification de l'établissement a été validée.

Parallèlement à la certification de la HAS, le centre hospitalier "William Morey" a intégré, depuis plusieurs années, une démarche qualité visant à la certification ISO de secteurs ciblés cliniques et médico-techniques. Quatre d'entre eux ont récemment obtenu ou renouvelé leur certification ISO 9001.

L'établissement a également mis en place un dispositif de déclaration des événements indésirables et publie de manière régulière les données résultant de ce suivi. 190 événements indésirables ont été déclarés en 2010, 220 en 2011. En 2012, 281 ont été recensés, 64 % d'entre eux ont été traités dans l'année, et 18 % ont été jugés importants, 70 % modérés et 12 % bénins.

IV. UNE ACTIVITE LIBERALE CONTENUE ET ENCADREE MAIS QUI A SOUFFERT D'UN DEFAUT D'INFORMATION DES PATIENTS

Le centre hospitalier a produit un tableau récapitulatif de 2009 à 2012 des praticiens exerçant une activité libérale. Le nombre de praticiens est passé de 16 durant les années 2009 et 2010 à 13 en 2011 et à 10 depuis 2012 ; l'activité libérale concernait neuf disciplines en 2009 et cinq actuellement (maternité et gynécologie, diabétologie-rhumatologie-anesthésie, orthopédie-traumatologie, maladies digestives-alcoologie-pneumologie et chirurgie).

Parmi les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'établissement, deux relèvent du secteur à honoraires réglementés (secteur II) mais seul l'un d'entre eux détermine librement ses honoraires, l'autre appliquant les tarifs de remboursement de l'assurance maladie (secteur I).

Le relevé annuel d'honoraires de 2009 à 2012 permet de constater que le montant des honoraires déclarés diminue sur la période et passe de 613 000 € en 2009 à 433 000 € en 2012 et que celui de la redevance baisse également de 147 000 € à 90 000 €. Cependant, la moyenne d'honoraires déclarés par praticien a plutôt tendance à augmenter, passant de 38 306 € en 2009 à 43 335 € en 2012.

Tableau 14 : Évolution des honoraires déclarés en activité libérale

En milliers d'euros	2009	2010	2011	2012	2009/2012
Honoraires déclarés par les PH (A)	613	574	472	433	-29%
Redevance due (B)	147	121	101	90	-39%
Forfait technique reversé (C)	27	24	27	20	
Honoraires perçus par les PH (C=A-B+C)	493	477	399	363	-26%
Retenues et versements sur honoraires médicaux (c/753)	114	80	84	75	-34%

Source : relevés annuels d'honoraires et comptes financiers

Les rapports de la commission d'activité libérale reprennent régulièrement un tableau récapitulatif des contrats en cours, le relevé annuel individuel de chaque praticien, le rappel de la réglementation en vigueur et un compte rendu annuel. La commission est présidée par un représentant de l'ordre des médecins qui ne fait pas partie du personnel médical de l'établissement. Cette commission se réunit une fois par an et contrôle les relevés annuels (nombre d'actes et de consultations), les honoraires perçus et le montant de la redevance.

La commission, dans son rapport 2011, s'interroge sur l'absence d'enregistrement des patients pris en charge dans le cadre de l'activité libérale qui passent directement par le secrétariat du service, ce qui constitue une perte d'informations. La commission propose la généralisation de l'enregistrement de ces patients par le logiciel « CPage ».

La chambre observe, qu'à ce jour, cette préconisation n'a toujours pas été mise en œuvre. Il est à noter, en outre, que, dans le cadre de son activité libérale, le médecin encaisse directement ses honoraires auprès du patient hospitalisé. Un seul dossier est ouvert et le patient règle le montant de l'acte ou des actes réalisés par le praticien au cours de l'hospitalisation ; il n'y a pas de différenciation entre les actes médicaux et les frais d'hospitalisation.

L'établissement s'assure du suivi de l'activité et du calcul de la redevance en exigeant que le praticien transmette sa déclaration des consultations et des actes effectués au titre de l'activité libérale ainsi que les honoraires perçus à la direction des affaires médicales, 15 jours après la fin du trimestre échu. En cas de non transmission de cet état, un acompte trimestriel lui est réclamé se basant sur l'activité de l'année précédente et régularisé en fin d'année.

La chambre observe que les dispositions réglementaires relatives à l'encadrement du volume de l'activité libérale pour les praticiens concernés ont été respectées ; pour sept praticiens, l'activité libérale a représenté entre 34 % et 45 % de l'activité totale.

Tableau 15 : Récapitulatif de la part d'activité libérale sur le total des consultations et actes effectués par praticien

Numéro praticien	2009		2010		2011	
	consultations	actes	consultations	actes	consultations	actes
1	41%		36%	10%	38%	8%
2	36%	15%	38%	14%	45%	20%
3	38%		36%	0%	34%	0%
4	17%	30%	19%	12%	19%	25%
5	29%	27%	27%	23%	27%	20%
6	0%	15%	0%	7%	0%	21%
7	0%	35%	0%	20%	0%	23%
8	43%	0%	46%	0%	34%	0%
9			31%	0%		
10	50%	7%	42%	7%	41%	10%
11			46%	30%	43%	35%
12	40%	14%	35%	15%	34%	21%
13	0%	0%	29%	11%	0%	22%

Source : rapports annuels de la commission d'activité libérale

Si le contrôle du respect des dispositions relatives au poids des actes privés dans l'activité des praticiens paraît relativement facile à mettre en œuvre, le suivi de la durée de l'activité libérale, qui doit être inférieure à 20 % du temps de travail des praticiens, s'avère beaucoup plus sujette à caution. La chambre relève ainsi qu'un praticien a effectué, en 2011, sur deux demi-journées hebdomadaires de son planning, qui en compte dix au total, 45 % du nombre total de ses consultations alors qu'il a en comptabilisé, en secteur public, 55 % sur huit demi-journées.

Le rapport de mars 2013 remis au ministre des affaires sociales et de la santé rappelle²² que « l'interprétation de la notion de demi-journée a été donnée par un avis de la section sociale du 6 février 1996 : une demi-journée d'activité libérale ne peut avoir une durée excédant de manière disproportionnée celle retenue par le praticien dans le secteur public pour une catégorie d'actes identiques. Ainsi, une durée de plus de 5 heures dépasserait le cadre d'une demi-journée ». La chambre invite la commission d'activité libérale à pratiquer ce type de vérifications.

Le livret d'accueil des patients ne mentionne que de manière très succincte les possibilités, pour les patients, d'être traités en secteur libéral. Seule une petite phrase en bas du tableau général des consultations externes,²³ stipule « *Nous vous rappelons que suivant le praticien, vous pouvez obtenir un rendez-vous en consultations externes publiques ou privées* ».

Par ailleurs, la chambre a constaté²⁴ que, sur les cinq services ayant actuellement une activité libérale, seuls deux d'entre eux, celui de neurologie et celui d'imagerie médicale, ont pris le soin d'afficher le montant des honoraires des consultations en secteur libéral au moyen d'une affichette de format A4 ; l'absence d'affichage a été constatée pour les trois autres services (anesthésiologie, spécialités chirurgicales, hépato-gastro-entérologie). L'ordonnateur a indiqué, lors de l'entretien préalable de fin de contrôle, que cette anomalie avait été dernièrement corrigée.

Lors du précédent examen de la gestion²⁵, la chambre avait déjà relevé que certains médecins n'affichaient pas les plages horaires et les tarifs réservés aux consultations privées.

Le chambre constate donc, à nouveau, un défaut manifeste d'information des patients jusqu'à une date très récente.

PARTIE IV : LA FIABILITE DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIERE

I. L'EXAMEN DE LA FIABILITE DES COMPTES

L'établissement a diligenté, dans la perspective de certification des comptes, un audit de la qualité comptable auprès d'un cabinet spécialisé, dont les conclusions ont été rendues le 5 juin 2012. Cet audit a porté sur les dispositifs de contrôle internes comptables, sur la fiabilisation des comptes, sur le contrôle interne relatif aux systèmes d'informations et sur la chaîne de facturation. Il en ressort que l'établissement, en vue de la certification des comptes, devra compléter ses procédures écrites internes, adapter un certain nombre de ses pratiques comptables, mettre en place une procédure écrite relative à la chaîne de facturation et sécuriser certains maillons de ses différents systèmes d'information.

²² L'activité libérale dans les établissements publics de santé - Rapport à Madame Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé – Dominique Laurent, conseillère d'État – 31 mars 2013 – p. 27

²³ Page 20 du livret des patients

²⁴ Visite du 18 juillet 2013

²⁵ Rapport d'observations provisoires du 10 novembre 2006, page 8

A. LES IMMOBILISATIONS CORPORELLES

L'audit précité relève qu'il n'existe pas de lien direct entre l'ensemble des immobilisations inscrites dans le fichier des immobilisations et les immobilisations existant physiquement dans l'établissement.

L'établissement a toutefois précisé que, dans le cadre de la certification en cours des comptes de l'exercice 2014, il a commencé à identifier et formaliser les différentes étapes de la prise en charge des immobilisations. Par ailleurs, il considère que l'identification des biens immobiliers est rendue délicate par des corrections régulières des données cadastrales demandées et actualisées, parfois avec un certain différé. Les différentes directions ont néanmoins engagé l'inventaire de tous les équipements des différents services afin d'actualiser l'actif comptable de l'établissement.

La chambre rappelle que l'établissement doit se rapprocher du comptable afin de disposer d'un état des immobilisations actualisé et fiable.

B. L'ENREGISTREMENT COMPTABLE DES NOUVEAUX EHPAD CONSTRUITS EN BEH

De nouvelles dispositions comptables sont applicables à la M21 pour les BEH à partir du 1^{er} janvier 2012.

Le plan des comptes des budgets annexes médico-sociaux (dont le budget E EHPAD) de la nomenclature M21 fait ainsi apparaître un compte 61232 « part fonctionnement – baux emphytéotiques », tandis que sur le plan des comptes du budget principal, on relève le C/16752 « dettes – baux emphytéotiques » et le C/2352 « part investissement – baux emphytéotiques ».

La circulaire du 6 juillet 2012 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable à compter de l'exercice 2012 pour les établissements de santé note : « *Dans la continuité des dispositions prises en 2011 pour les contrats de partenariat et à l'issue des travaux menés par le Conseil de normalisation des comptes publics (C.No.C.P), des comptes de bilan ont été créés pour comptabiliser la part « investissement » des baux emphytéotiques hospitaliers (BEH), conclus en application des dispositions de l'article L. 6148-2 du code de la santé publique. Un compte spécifique (16752) retrace l'endettement afférent restant dû au jour de la mise en service du bien ainsi acquis.*

Les établissements concernés disposent de l'exercice 2012 pour prendre connaissance des nouvelles dispositions comptables et les appliquer aux échéances mandatées à compter de 2012. Pour les contrats en cours, les établissements procéderont aux corrections induites par ces nouveaux schémas comptables. Ces corrections doivent avoir été comptabilisées au plus tard à la clôture de l'exercice 2012 ».

Les premières dépenses résultant de l'entrée en vigueur du BEH, en fin d'exercice 2012, ont correctement distingué, parmi les charges financières, la part relative au remboursement en capital de la dette (C/16751) et la part relative aux charges d'intérêts (C/6618). Cependant l'ensemble des autres « loyers » R2 (loyer gros entretien renouvellement), R3 (loyer maintenance), R4 (prestation nettoyage) et R5 (indemnité de gestion et les frais d'assurance) a été porté au compte 61322 « locations immobilières ».

Comptablement, le loyer GER (R2), d'un montant de 4 624 € en 2012 mais dont le volume augmente très fortement au cours du contrat, correspond à des charges d'investissement réalisées sous forme d'avances : il doit être imputé au compte 2352 prévu pour la part investissement des BEH. L'imputation spécifique prévue pour la part fonctionnement des BEH ne doit pas, quant à elle, figurer au compte 61322 mais au compte 61232.

La chambre invite le centre hospitalier à procéder à une imputation correcte des différentes composantes des loyers liés au BEH des deux nouveaux EHPAD, notamment en ce qui concerne la partie relative au gros entretien qui doit correspondre à des charges d'investissement.

C. LES AMORTISSEMENTS

Le volume des amortissements présente la situation suivante :

<i>Budget consolidé (en k€)</i>	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Débit 6811 et 6871	3 551	3 465	3 182	2 977	3 164	22 266
Crédit 28	3 551	3 465	3 182	2 977	3 164	22 266
Écart	0	0	0	0	0	0

Les durées d'amortissement pratiquées par l'établissement sont globalement conformes à celle préconisées par l'instruction budgétaire et comptable M21 applicable aux établissements publics de santé²⁶, avec toutefois plusieurs écarts. Le centre hospitalier amortit le matériel biomédical sur 10 ans alors que l'instruction M21 préconise une durée de quatre à cinq ans et pour le matériel informatique, la durée retenue est de cinq ans, supérieure à celle de l'instruction M21 qui recommande un amortissement en deux à trois ans. Le centre hospitalier a choisi d'amortir les agencements et installations sur 30 ans alors que l'instruction M21 préconise une durée comprise entre 10 et 20 ans.

L'audit préalable à la certification des comptes relève que les investissements sont amortis le 1^{er} jour de l'année suivant leur acquisition, il préconise de comptabiliser l'amortissement au 1^{er} jour de mise en service comme le prévoient les directives budgétaires et comptables²⁷. Il observe, en outre, que la création des fiches d'amortissement n'est pas automatique.

D. LES ACHATS ET LA COMPTABILISATION DES STOCKS

La procédure d'achat fait l'objet d'une réflexion du centre hospitalier dans la perspective de la certification des comptes. En effet, comme l'a déjà souligné l'audit préalable, l'absence de séparation des tâches, de la prise de commande jusqu'au mandatement favorise le risque de fraudes et pose difficulté pour la fiabilisation du cycle d'achat.

Quatre directions différentes disposent actuellement de délégations de signature, accordées à leur directeur, sur l'ensemble de la procédure achat concernant leur activité. La cellule des marchés intervient en appui ; elle supervise l'ensemble des marchés publiés et a pour rôle de diriger et de contrôler la passation des marchés publics et d'en assurer le suivi administratif.

S'il n'existe pas encore de procédures d'ensemble sur l'exécution des marchés, l'établissement a précisé qu'il a engagé, avec les principaux services acheteurs, la rédaction des procédures d'achat. La cellule des marchés est par ailleurs en train d'élaborer des logigrammes portant sur la sélection des fournisseurs, la commande et la réception des fournitures et services.

²⁶ Instruction codificatrice n° 07-004-M21 du 16 janvier 2007 – Tome 2 – page 92

²⁷ Selon les termes de la comptabilité M 21, l'amortissement « est en principe calculé prorata temporis à compter de la date de mise en service ou de la date d'acquisition de l'immobilisation. Néanmoins, il est admis que l'amortissement peut être calculé à partir du premier jour de l'exercice suivant la date de mise en service ou d'acquisition de l'immobilisation. »

La cellule des marchés effectuée, pour les fournitures relevant des affaires économiques et logistiques, des contrôles des stocks et s'attache à réduire les fraudes, minimes, qui avaient été antérieurement constatées ; en outre, l'établissement a engagé la rédaction des procédures de réception et de constatation du service fait pour toutes les fournitures et prestations.

Le centre hospitalier a en outre indiqué que la procédure interne d'engagement comptable est actuellement revue dans le cadre de la fiabilisation des comptes qui concerne l'ensemble des directions fonctionnelles dont la pharmacie, les systèmes d'information et le secteur biomédical.

Enfin, la chambre a relevé que l'établissement n'effectue pas de dépréciation de stock par comparaison entre la valeur d'entrée des biens et leur valeur d'inventaire. L'audit préalable à la certification des comptes a d'ailleurs constaté n'avoir pas pu obtenir un détail des stocks, indiquant quantités et valorisation unitaire, cadrant avec le montant des stocks inscrits en comptabilité. L'établissement a toutefois précisé qu'il réalisait régulièrement des inventaires de ses stocks et il en a précisé la périodicité.

E. LE RATTACHEMENT DES CHARGES A L'EXERCICE

L'instruction n° 07-004 M21 du 16 janvier 2007 n'autorise plus qu'à titre dérogatoire l'exception au principe de l'indépendance des exercices budgétaires : l'utilisation du compte 672 « charges sur exercices antérieurs » doit être exclusivement liée à une insuffisance des crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné. Ces crédits concernent uniquement des charges de personnel.

Tableau 16 : Évolution des charges sur exercices antérieurs (en euros)

Compte	2009	2010	2011	2012
67218 charges de personnel - autres	265 180,02	77 025,11	35 374,38	410 966,59
<i>Budget H</i>	261 680,82	74 691,76	34 663,09	376 651,54
<i>Budget C</i>	270,00	2 333,35	119,25	3 987,76
<i>Budget E</i>	3 229,20	0,00	592,04	30 327,29
67228 Charges à caractère médical - autres (budget H)	19 455,33	4 053,68	10 773,81	57 163,58
67238 Charges à caractère hôtelier et général	122 477,56	46 362,09	107 678,76	231 932,96
<i>Budget H</i>	33 850,36	46 362,09	86 448,60	229 102,10
<i>Budget C</i>	0,00	0,00	0,00	61,50
<i>Budget E</i>	88 627,20	0,00	21 230,16	2 769,36
6728 Autres (budget A)	987,00	2 137,34	2 433,43	628,25
TOTAL DES REPORTS DE CHARGES	408 099,91	129 578,22	156 260,38	700 691,38

Source : comptes financiers

La chambre observe que le montant des rattachements effectués par l'établissement durant la période en examen dépasse fréquemment le périmètre des charges de personnel. Les rattachements pratiqués ont un caractère récurrent, y compris sur des budgets annexes de faible volume.

En 2010 et 2011, les charges de personnel mandatées au compte 67218 sont notamment constituées de cotisations à la CNRACL dues pour la validation des services accomplis en qualité de non-titulaire. Ces charges nées au moment de la demande de validation des services doivent être considérées comme des charges courantes de cet exercice : en cas de décalage d'exercice entre la demande de validation et la liquidation des cotisations dues, des écritures de rattachement à l'exercice doivent s'appliquer.

En 2011 figure parmi les charges imputées au compte 67238 un mandat de 35 710 € d'indus payés à l'assurance maladie, en conséquence d'anomalies constatées sur des facturations à l'occasion d'un contrôle en 2010. Il s'analyse comme une charge exceptionnelle sur opération de gestion (C/671).

Y figure également une participation de 10 339,18 € au budget 2011 du GCS e-santé Bourgogne, qui ne correspond pas à une charge relevant d'un exercice antérieur.

F. LES PROVISIONS REGLEMENTEES

Les provisions pour charges de personnel au titre du compte épargne temps (CET) sont imputées au compte 143. Elles ont atteint le montant cumulé de 5,73 M€ en fin d'année 2012, le centre hospitalier n'ayant constitué une provision conséquente qu'à partir de 2009.

Tableau 17 : Provisions pour CET

<i>Solde des comptes</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
C/143	317 856	267 856	78 091	1 466 466	4 365 325	5 122 325	5 730 160	7 435 045

Source : comptes financiers

L'établissement s'est livré, à la clôture de l'exercice 2013, à une estimation relativement précise du nombre de jours stockés sur les CET, pour le personnel médical comme pour le personnel non médical, et ceci pour le budget principal comme pour les budgets annexes.

Le montant estimé de la valorisation des journées stockées sur les CET n'avait été que partiellement provisionné au cours des exercices antérieurs. À la clôture de l'exercice 2013, l'établissement a crédité de 2 621 144 € la provision pour le budget H pour couvrir l'antériorité ainsi que l'exercice 2013. Le rattrapage de provisions a été de 202 800 € pour le budget annexe de l'EHPAD. A la clôture 2013, l'établissement était à jour de ses provisions sur la base de décompte des jours stockés à fin 2012 et de l'estimation des jours susceptibles d'être déposés au titre de 2013.

G. LES PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES

- L'établissement a procédé, en 2010, au provisionnement de 1,1 M€ sur le compte 1518 « autres provisions pour risques » en vue de couvrir partiellement les surcoûts inhérents au nouvel hôpital²⁸; le mandat portant cette dotation indique qu'elle est issue de « plus-values de recettes ». Selon l'instruction comptable M21, « sont inscrites au compte 151, les provisions pour risques inhérents à l'activité de l'établissement »; concernant plus précisément le compte 1518, il est indiqué que « constituent, entre autres, des provisions pour risques, les provisions pour indemnités de licenciement ».

Ce provisionnement de surcoûts ne présente pas un caractère de risque avéré et la chambre considère qu'il est donc infondé.

- Le provisionnement au compte 1572 pour gros entretien ou grandes révisions doit s'appuyer sur la formalisation d'un plan pluriannuel d'entretien, qui n'a pas été produit par l'établissement.

- Par ailleurs, une dotation de 600 000 € portée à l'exercice 2011, destinée à couvrir le passif né de la réalisation de 30 769 heures supplémentaires, aurait dû être comptabilisée comme charges de personnel à payer (C/4286); cette irrégularité demeure sans conséquence sur le résultat.

²⁸ Voir la liste des provisionnements en annexe 1

- Une dotation de 815 000 € destinée aux « ajustements liés au bon fonctionnement de l'hôpital qui ne peuvent être pris en charge par la section d'investissement 2012 »²⁹, apparaît comme insuffisamment justifiée et contrevient donc au principe d'indépendance des exercices.

- Enfin, la provision de 89 500 € constituée en 2010 et reprise en 2011, pour couvrir des charges d'internes de l'exercice 2011 financées de façon anticipée, aurait dû être inscrite non en provision mais en produits constatés d'avance.

Au total, la chambre observe que le résultat comptable du centre hospitalier a été faussé en ne prenant pas en compte la dotation de 1,1 M€ irrégulièrement constituée :

- En 2010, le résultat du budget H, au lieu d'être déficitaire de 975 835,64 €, aurait dû présenter un excédent de 124 164,36 €

- En 2011, la reprise de cette provision n'a plus lieu d'être, ce qui diminue d'autant le résultat ; il n'y a pas lieu, non plus, de prendre en compte la provision injustifiée de 815 000 € ce qui a pour conséquence d'augmenter le résultat d'une somme équivalente. Le résultat de l'exercice a donc été surévalué de 285 000 € (1 100 000 € – 815 000 €).

- En 2012, le centre hospitalier a procédé à une reprise partielle de la provision de 815 000 € pour un montant de 757 841 €; le résultat de cet exercice se trouve donc surévalué d'un montant équivalent et l'excédent de 301 596,97 € masque en réalité un déficit de 456 244,03 €

H. LA COMPTABILISATION DES OPERATIONS DE TRESORERIE APPUYEES SUR DES EMPRUNTS A OUVERTURE DE CREDIT A LONG TERME

Le centre hospitalier a eu recours, sur l'ensemble des exercices étudiés, à des emprunts assortis d'options de tirage de trésorerie (emprunts à ouverture de crédit à long terme – OCLT) en utilisant les compte 16441 et 16449. Le compte 16449 voit des mouvements équilibrés aux hauteurs suivantes au cours de la période :

(en k€)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
compte 16449	13 406	40 649	27 480	23 450	44 300	39 700

Les mouvements de tirage et de remboursement sont identifiés dans le profil de gestion de la dette du centre hospitalier sur trois supports différents.

Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, ce type de contrat sert à effectuer des remboursements permettant en contrepartie de réaliser des tirages de trésorerie.

Lors de ce type d'opérations, les écritures suivantes sont prévues :

- remboursement anticipé préalable du capital : le compte 16449 est débité par le crédit du compte au Trésor (opération budgétaire) ;
- tirage sur une ligne de trésorerie : le compte 51932 est crédité par le débit du compte au Trésor.

²⁹ Mention portée sur le mandat de dotation.

Le centre hospitalier a court-circuité cette procédure, par des successions de tirages par crédit du compte 16441 et de remboursements par débit du compte 16449, sans usage du compte de trésorerie requis.

L'instruction budgétaire et comptable M21 précise cependant clairement que le « compte 519 est destiné à recevoir le montant des fonds provenant d'avances de trésorerie (compte 5192) et de l'ouverture d'une ligne de trésorerie auprès d'un établissement financier compte 5193) ».

En méconnaissant ces dispositions, le centre hospitalier se prive des possibilités d'identification complète et précise des mouvements relatifs à l'utilisation des emprunts à ouverture de crédit à long terme.

I. CONCLUSION

L'examen de la gestion budgétaire et de la fiabilité des comptes du centre hospitalier a relevé des anomalies, notamment sur les provisions, les rattachements de charges et l'imputation d'opérations d'immobilisation des EHPAD construits en BEH, qui sont de nature à affecter le résultat du budget principal et du budget annexe E.

Ces pratiques compromettent sur certains aspects la fiabilité des comptes du centre hospitalier "William Morey".

II. LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

A. UN PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL QUI DOIT ETRE ANALYSE AVEC GRANDE PRUDENCE

Le dernier plan global de financement prévisionnel (PGFP), établi par l'établissement après que l'ARS ait, par courrier du 27 juin 2013, demandé de retravailler la version initialement transmise, laisse présager un résultat excédentaire en augmentation constante jusqu'en 2017.

Tableau 18 : PGFP 2013 - budget principal

<i>Produits (en K€)</i>	<i>Réel 2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>Var annuelle moyenne</i>
<i>TITRE 1 Produits de l'assurance maladie</i>	110 899	104 482	108 999	111 233	113 807	115 811	2,61%
<i>TITRE 2 Produits de l'activité hospitalière</i>	15 701	14 568	14 865	15 359	15 877	16 421	3,04%
<i>TITRE 3 Autres produits</i>	25 160	33 190	33 419	32 992	33 216	32 779	-0,31%
TOTAL DES PRODUITS	151 760	152 240	157 282	159 384	162 900	165 138	2,05%
<i>Charges (en K€)</i>							
<i>TITRE 1 Charges relatives au personnel</i>	84 498	89 445	91 489	92 936	94 410	95 649	1,69%
<i>TITRE 2 Charges à caractère médical</i>	24 771	24 484	25 532	26 047	26 568	27 099	2,57%
<i>TITRE 3 Charges à caractère hôtelier et général</i>	14 934	14 864	15 192	15 604	16 025	16 458	2,58%
<i>TITRE 4 Charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles</i>	27 257	22 659	23 028	22 590	22 276	21 563	-1,23%
TOTAL DES CHARGES	151459	151 452	155 242	157 177	159279	160 769	1,50%
RÉSULTAT	302	788	2041	2407	3621	4 369	

Les données de ce document s'appuient sur des hypothèses prudentes de progression des ressources de l'établissement. Ainsi, la variation moyenne annuelle des produits de l'assurance maladie serait de 2,61 % entre 2013 et 2017 alors qu'elle a été de 6,48 % entre 2009 et 2012. De même, la variation moyenne annuelle des produits de l'activité hospitalière serait de 3,04 % entre 2013 et 2017 alors qu'elle a été de 10,84 % entre 2009 et 2012.

Le PGFP prévoit en revanche que les charges de personnel augmentent 1,69 % en variation moyenne annuelle entre 2013 et 2017, alors que leur progression a été de 5,62 % par an, en moyenne, sur la période 2009-2012. Le centre hospitalier justifie cette estimation par une réduction d'une part des dépenses de personnel médical du fait d'économies sur les plages additionnelles et les comptes épargne temps (CET) et d'autre part des dépenses de personnel non médical par une réduction de huit ETP de remplacement. Cette hypothèse tient compte d'un effectif actuel de l'établissement qui semble pouvoir absorber un surcroît d'activité pour les années à venir mais nécessitera une grande rigueur dans le suivi de ces charges.

L'hypothèse retenue de progression des charges à caractère hôtelier de 2,58 % en variation moyenne annuelle alors qu'elles ont progressé en moyenne de 19,03 % par an sur la période 2009-2012, paraît trop optimiste et il en est de même pour l'augmentation des charges médicales, estimées à 2,57 % en variation moyenne annuelle dans un contexte probable de développement d'activité, alors que ce type de dépenses a augmenté de 9,31 % par an sur la période antérieure. Une partie de ces charges sont certes compensées, au titre du remboursement des molécules onéreuses, mais si l'on neutralise cette compensation, la progression des charges à caractère médical a néanmoins été de 29 % entre 2009 et 2012, ce qui confirme la sous-estimation de ce type de dépenses pour les années à venir.

Enfin, le PGFP prévoit une diminution globale des charges du titre 4 limitée à 1,23 % entre 2013 et 2016. L'établissement justifie cette évolution du fait, d'une part, de la fin des remboursements d'emprunts anciens et, d'autre part, d'une absence d'emprunts nouveaux à partir de 2016. Compte tenu de la tendance à la baisse de la capacité d'autofinancement observée en 2012, cette hypothèse semble *a priori* irréaliste.

Au regard de ces observations, la chambre considère que les prévisions du dernier plan global de financement prévisionnel du centre hospitalier doivent être interprétées avec grande prudence du fait, notamment, d'une sous-estimation de l'évolution de certaines charges.

B. LES RESULTATS D'EXPLOITATION ET LA CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT

Le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône est doté d'un budget principal (H) et de trois budgets annexes concernant les deux EHPAD (budget E), l'institut de formation aux soins infirmier (budget C) et la dotation non affectée (DNA) (budget A).

Pour l'exercice 2012, 90 % des charges de l'établissement sont portées au budget principal et 9 % à celui des EHPAD.

Des produits d'exploitation qui progressent de manière constante depuis 2009

Les produits ont progressé de 34 % entre 2009 et 2012 soit une variation moyenne annuelle supérieure à 10 %, pour atteindre près de 152 M€ en 2012.

Tableau 19 : Évolution des produits d'exploitation du budget H

Produits (en K€)	2009	2010	2011	2012	2012/2009	Variation moy annuelle
TITRE 1 : produits de l'assurance maladie <i>variation</i> <i>% recettes</i>	91 856 81%	100 560 81%	102 893 72%	110 898 73%	 20,73%	 6,48%
TITRE 2 : produits de l'activité hospitalière <i>variation</i> <i>% recettes</i>	11 530 10%	12 622 10%	13 731 10%	15 701 10%	 36,18%	 10,84%
TITRE 3 : autres produits <i>variation</i> <i>% recettes</i>	9 646 9%	10 767 9%	26 468 18%	25 160 17%	 160,83%	 37,65%
TOTAL DES PRODUITS	113 032	123 949	143 092	151 759	34,26%	10,32%
<i>variation</i> <i>Évolution</i>		9,7% 10 917	15,4% 19 143	6,1% 8 667		

Source : comptes financiers 2009 - 2012

Alors que les produits de l'assurance maladie (titre 1) représentent 81 % du total des produits en 2009 et 2010, leur part dans les recettes du centre hospitalier diminue en 2011 pour ne plus représenter, en 2012, que 73 % des recettes ; cette évolution est, pour l'essentiel, due à la très nette augmentation des produits du titre 3 suite, notamment à l'enregistrement de cessions d'actif et à la reprise de provisions réglementées.

Les produits versés par l'Assurance Maladie - Titre 1

Les produits liés directement à l'activité (tarification des séjours) progressent de 22 % sur la période pour atteindre 82 M€ en 2012, soit 74% des produits du titre 1.

Tableau 20 : Évolution des produits versés par l'assurance maladie (budget H)

Produits Titre 1 (en K€) (cpté 731)	rappel 2008	2009	2010	2011	2012	2012/2009	Variation moyenne annuelle
Tarification des séjours (73111)	57 873	59 794	63 687	64 949	73 193	22,41%	6,97%
Dotation annuelle complémentaire (DAC 73116)		0	0	0	0		
Forfaits annuels (urgence, transplan, prélèvements) (73114)	1 849	2 021	2 026	2 026	2 416	19,54%	6,13%
Tarification spécifique (7312)	4 820	5 204	5 598	5 768	6 373	22,46%	6,99%
Total Activité	64 543	67 019	71 311	72 743	81 982	22,33%	6,95%
Produits médicaments facturés en sus des séjours (73112)	4 073	3 898	4 648	4 244	5 389	38,25%	11,40%
Dispositifs médicaux en sus (73113)	439	752	1 156	873	884	17,55%	5,54%
Total MO et DMI	4 512	4 650	5 804	5 117	6 273	34,90%	10,49%
Dotation annuelle de financement (DAF) (73117)	2 012	2 051	4 444	2 685	2 311	12,68%	4,06%
MIGAC (73118)	14 040	18 135	19 001	22 348	20 265	11,75%	3,77%
Produits exercices antérieurs AM (7722)					67		
Total	16 052	20 186	23 445	25 033	22 643	12,17%	3,90%
Total titre 1 : produits de l'assurance maladie	85 107	91 855	100 560	102 893	110 898	20,73%	6,48%
<i>Variation</i>			8 705	2 333	8 005		

Le système de tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé consistant à rémunérer les établissements, jusque-là financés par une dotation globale, sur la base de leur activité mesurée par groupes homogènes de malades (GHM), il était prévu à l'origine que la transition entre les deux modes de financement s'effectue jusqu'en 2012 de manière progressive.

Jusqu'en 2008, le dispositif transitoire mis en place consistait à faire progresser la part tarifée à l'activité (dite "fraction T2A") ; l'activité des établissements était valorisée selon les tarifs nationaux à hauteur d'une fraction qui augmentait tous les ans et devait atteindre 100 % en 2012 ; le reste était versé sous forme de dotation faisant office "d'amortisseur", la dotation annuelle complémentaire (DAC). Toutefois, le passage à la tarification à 100 % a été anticipé en 2008 et le dispositif transitoire a été modifié : les tarifs nationaux, qui déterminent les recettes issues de la T2A, ont alors été modulés par l'application de coefficients de transition annuels calculés pour chaque établissement.

Le coefficient de transition est arrêté par établissement sur la base d'une estimation des données 2007. Il est égal aux recettes estimées pour 2007 (activité valorisée selon la fraction T2A à 50 % plus la DAC à 50 %) rapportées aux recettes théoriques obtenues par valorisation de l'activité à 100 %. Le taux de convergence appliqué au coefficient de transition est défini annuellement et peut être modulé par établissement. En 2008, à titre dérogatoire, l'écart entre le coefficient de transition et la cible a été réduit de 30 % de manière uniforme pour tous les établissements au 1^{er} mars 2008.

Lorsque le coefficient est supérieur à 1, l'établissement facture son activité à un niveau supérieur au tarif national et on peut considérer qu'il est "surdoté" ; à l'inverse, des établissements affectés d'un coefficient inférieur à un peuvent être considérés comme "sous-dotés". Au terme du processus de convergence, en 2012, tous les coefficients ont été ramenés à un.

Le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône affichait, en 2008, un coefficient de transition de 0,9602.

Tableau 21 : Évolution du coefficient de transition lors du passage à la T2A

	coefficient définitif	01 et 02/ 2008	1 ^{er} mars 2008	1 ^{er} mars 2009	1 ^{er} mars 2010	1 ^{er} mars 2011
% de T2A	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Coefficient de transition	0,9602	0,9600	0,9721	0,9814	0,9907	1,0
Vitesse de convergence			30%	33,33%	50%	

Source : centre hospitalier

Cumulé sur les trois exercices 2008 à 2010, l'écart entre les recettes réellement perçues au titre de la tarification des séjours et les recettes recalculées en appliquant un coefficient de transition de 1 s'élève à 3,52 M€ Cet écart représente 2 % du produit total de la tarification perçu au titre des exercices 2008 à 2010 et presque la moitié du déficit net comptable des trois exercices concernés.

Tableau 22 : Évaluation des conséquences financières de la sous-dotation T2A

en K€	01-02/ 2008 (1)	03-12/2008 (1)	2009	2010
Produit de tarification des séjours (73111) réellement perçus (A)	9 646	48 227	59 794	63 687
Produits de la tarification des séjours perçus si le coefficient de convergence est égal à 1 (B)	10 048	49 611	60 927	64 285
Écart (A-B)	-402	-1 384	-1 133	-598
Écart cumulé	-402	-1 786	-2 919	-3 517

(1) Le calcul est effectué prorata temporis

- Les paiements concernant les remboursements des médicaments onéreux, effectués en sus de ceux liés aux groupes homogènes de soins (GHS) et des dispositifs médicaux, progressent de 35 % entre 2009 et 2012.

- Les aides liées aux missions d'intérêt général (MIG) et les aides à la contractualisation (AC) augmentent, quant à elles, de 12 %, passant de 14 M€ en 2008 à 20 M€ en 2012 en raison des subventions à la construction du nouvel hôpital.

Tableau 23 : Évolution des aides MIG et AC notifiées par l'ARS

	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2008
MIG	5 100	6 672	7 814	8 432	7 664	50%
AC	8 940	11 463	11 187	13 916	12 602	41%
Total MIG+AC	16 048	20 144	21 011	24 359	22 277	39%
Autres	3 862	4 072	6 470	4 711	2 311	-40%
Total	17 902	22 207	25 470	27 058	22 577	26%
<i>dont crédits reconductibles</i>	<i>17 067</i>	<i>19 687</i>	<i>20 072</i>	<i>20 954</i>	<i>12 764</i>	<i>-25%</i>

Les produits de l'activité hospitalière - Titre 2

Les produits de titre 2 augmentent de 36 % entre 2009 et 2012 essentiellement du fait de la progression très sensible des produits de la tarification non pris en charge par l'assurance maladie facturés aux patients ou aux organismes ; ils représentent 10 % des recettes et atteignent 15,7 M€ en 2012.

Les autres produits - Titre 3

Le titre 3 est celui qui a enregistré la plus forte progression depuis 2009 (+ 38 %) ; entre 2010 et 2011, le montant des produits du titre 3 est pratiquement multiplié par trois.

La progression enregistrée provient, pour ce qui concerne l'exercice 2011, du produit de la cession d'actifs pour 12 M€

Pour 2012, elle s'explique par la reprise d'une provision de 8,9 M€ mais aussi par l'augmentation de recettes liées à la première année de fonctionnement du nouvel hôpital. En effet, les produits tirés des « prestations aux usagers et accompagnants », correspondant à la facturation à 50 € des suppléments pour chambres individuelles beaucoup plus nombreux, progressent de manière très significative, passant de 413 000 € en 2011 à 1,4 M€ en 2012.

Une chaîne de facturation qui mérite d'être encore significativement améliorée

La chambre avait évoqué, dans son précédent rapport d'observations, les difficultés rencontrées par l'établissement dans l'encaissement de ses recettes. Elle indiquait que, eu égard au nombre des annulations et rémissions de titres de recettes, le fait de ne pas encaisser immédiatement le prix des consultations ou des soins entraînait des coûts non négligeables pour l'établissement et le trésor public.

Depuis, le centre hospitalier a mis en place 13 régies dont huit concernent l'hôpital et deux les EHPAD. En ce qui concerne l'hôpital, l'accueil central dispose de trois régies, le secteur des spécialités, la médecine, la cardiologie et l'imagerie médicale. En revanche, il n'existe aucune régie pour la maternité.

Pourtant, la situation ne semble pas encore pleinement satisfaisante. Ainsi, l'audit de qualité comptable en vue de la certification des comptes relève l'absence de formalisation de la procédure relative à la chaîne de facturation et fait ressortir plusieurs défaillances portant sur l'activité d'accueil, la phase de facturation, le recouvrement et le pilotage général de la chaîne.

En ce qui concerne l'accueil, il n'y a pas de rapprochement systématique entre les consultations externes programmées et facturées. Par ailleurs, la procédure de préadmission n'est, de toute évidence, pas adaptée.

Les délais de facturation apparaissent trop importants. L'ANAP avait d'ailleurs pointé ce problème lors de son étude préalable au contrat de performance : elle indiquait des délais de facturation de 34 jours en cas d'hospitalisation et de 38 jours pour les consultations externes et proposait de les ramener à une fourchette comprise entre 10 et 20 jours.

L'établissement dispose d'un tableau de bord de la facturation dont il ressort que le délai moyen d'émission des titres pour les activités internes s'établit à 31,5 jours pour l'année 2013, ce qui traduit une amélioration très sensible par rapport à l'exercice précédent pour lequel le même délai était de 49,7 jours. L'écart avec l'objectif cible, de 25 jours, demeure significatif. Pour les soins externes, ce délai a été de 43,6 jours pour 2012 et se monte à 37,6 jours pour 2013, la valeur cible ayant été fixée à 20 jours.

L'audit préalable à la certification des comptes souligne les fortes difficultés rencontrées par le comptable public concernant la mise en œuvre par l'établissement des régies de recettes. De son côté, l'ANAP avait relevé un taux d'encaissement en régie de 10 % et proposait d'atteindre un niveau compris entre 30 % et 50 %. Le taux d'encaissement en régie pour les consultations externes s'est monté à 28 % en 2012 et à 30 % pour les neuf premiers mois de l'année 2013 : l'objectif du contrat de performance n'a visiblement pas encore été atteint.

L'audit conclut que l'établissement a été fortement désorganisé par son installation dans de nouveaux locaux, un certain nombre d'actions anciennement réalisées ayant été, pour partie, mises en attente ; il considère qu'il existe aujourd'hui des zones de risques sur les activités de facturation et de gestion des gros contentieux.

Des dépenses d'exploitation qui augmentent un peu moins que les produits

Les charges d'exploitation augmentent de 32 % sur la période, ce qui représente une progression légèrement moins importante que celle observée pour les produits (+ 34 %).

Tableau 24 : Évolution des charges d'exploitation du budget principal

Charges (en K€)	2009	2010	2011	2012	Évolution 2009/2012	Variation moy. annuelle
TITRE 1 : Charges relatives au personnel	71 716	73 231	77 150	84 497	17,82%	5,62%
variation %		2,1%	5,4%	9,5%		
% dépenses	62,3%	58,6%	53,5%	55,8%		
TITRE 2 : Charges à caractère médical	18 963	21 369	22 292	24 771	30,63%	9,31%
variation %		12,7%	4,3%	11,1%		
% dépenses	16,5%	17,1%	15,5%	16,4%		
TITRE 3 : Charges à caractère hôtelier et général	8 855	9 579	11 735	14 934	68,65%	19,03%
variation %		8,2%	22,5%	27,3%		
% dépenses	7,7%	7,7%	8,1%	9,9%		
TITRE 4 : Charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	15 535	20 747	32 919	27 257	75,46%	20,61%
variation %		33,6%	58,7%	-17,2%		
% dépenses	13,5%	16,6%	22,8%	18,0%		
TOTAL DES CHARGES	115 069	124 926	144 096	151 459	31,62%	9,59%
variation %		8,6%	15,3%	5,1%		

Les charges relatives au personnel - Titre 1

La part des charges de personnel dans le total des charges tend à diminuer, passant de 62 % en 2009 à 54 % en 2012, en raison d'une forte augmentation des dépenses du titre 4. Globalement, les charges du titre 1 progressent de 18 % sur la période ; leur variation annuelle s'est accélérée, passant à 5,5 % en 2011 et à 9,5 % en 2012, première véritable année de fonctionnement du nouvel hôpital.

Les charges à caractère médical – Titre 2

Les dépenses du titre 2, qui ne représentent que 16 % des charges en 2012, augmentent néanmoins de 31 % entre 2009 et 2012, passant de 19 M€ à près de 25 M€. Les dépenses relatives aux produits pharmaceutiques et à usage médical constituent près de 56 % des dépenses totales du titre 2.

Les dépenses de produits pharmaceutiques et de produits à usage médical (compte 6021) représentent entre 55 % et 56 % de l'ensemble des charges du titre 2. En contrepartie de ces dépenses de produits pharmaceutiques, l'établissement a bénéficié, de la part de la Caisse d'assurance maladie, de produits liés aux « molécules onéreuses » (compte 73112) qui passent de 3,89 M€ en 2009 à 5,39 M€ en 2012³⁰.

Le second poste de dépenses concerne les fournitures, produits finis et petit matériel médical qui représentent entre 27 % et 28 % des charges totales du titre 2 et évoluent de 30 % sur la période.

Les charges à caractère hôtelier et général - Titre 3

Elles augmentent de près de 69 % sur la période avec une variation moyenne annuelle de 20 %, et un montant de près de 15 M€ atteint en 2012 contre 9 M€ en 2009. Le poids du titre 3 oscille entre 8 % de 2009 à 2011 et 10 % des dépenses totales en 2012.

³⁰ Voir tableau n° 27

Les charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles - Titre 4

Les charges enregistrées au titre 4 progressent de plus de 75 % avec une variation moyenne annuelle proche de 21 %. Cette très forte progression s'explique tout d'abord par l'envolée des frais financiers qui passent de 1,3 M€ en 2009 à 8 M€ en 2012, du fait des emprunts nouveaux contractés pour financer la construction du nouvel hôpital.

Les charges exceptionnelles passent de 0,5 M€ en 2009 à 15 M€ en 2011 pour revenir au niveau de 2 M€ en 2012. Le pic de 2011 trouve son explication dans les mouvements comptables liées aux opérations de revente de l'ancien hôpital (11,3 M€ de valeur comptable) et par des charges exceptionnelles, d'un montant de 2,7 M€, qui correspondent à une inscription, à tort, de charges de gestion courante liées au déménagement et à l'installation dans le nouvel hôpital (voir fiabilité des comptes – I dépenses exceptionnelles).

Les dotations aux amortissements et provisions (c/681) progressent de manière très sensible passant de 3 M€ en 2009 à 14,12 M€ en 2012 du fait de la prise en compte, à compter de 2012, de l'amortissement des équipements et bâtiments du nouvel hôpital.

Les dotations aux provisions (687) baissent de 34 % sur la période, passant de 10,57 M€ en 2009 à 3 M€ en 2012, cette évolution s'expliquant, pour partie, par la fin du programme d'investissement immobilier et par la baisse du provisionnement pour les comptes épargne temps dont l'abondement majeur a eu lieu en 2009.

Tableau 25 : Récapitulatif des comptes de dotations

en K€	2009	2010	2011	2012	VMA	2009/2012
<i>Amortissements immo incorporelles (68111)</i>	106	161	211	490	67 %	362 %
<i>Amortissements immo corporelles (68112)</i>	2 824	2 572	2 724	12 342	63 %	337 %
<i>Provisions pour risques et charges (6815)</i>	0	1 189	1 835	1 140		
<i>Dotations dépréciation créances (68174)</i>	85	243	500	150	21 %	76 %
sous total	3 015	4 165	5 270	14 122	67 %	368 %
<i>Provisions réglementées pour renouv. immo (68742)</i>	9 195	10 832	9 024	2 000	-40 %	-78 %
<i>Provisions réglementées CET (68743)</i>	1 380	2 908	757	1 007	-10 %	-27 %
sous total	10 575	13 740	9 781	3 007	-34 %	-72 %
TOTAL	13 590	17 905	15 051	17 129	8 %	26 %

Source : comptes financiers

Une structure d'exploitation qui tend à se dégrader et des résultats la plupart du temps déficitaires

La valeur ajoutée, qui traduit la richesse créée par l'hôpital au cours du processus de production, augmente de 19 % sur la période pour atteindre 97,28 M€ en 2012. La forte progression des charges de personnel entre 2009 et 2012 (+13,4 M€) est « absorbée » par la progression des produits bruts d'exploitation et le relatif maintien des charges liées à l'activité (hors personnel).

L'excédent brut d'exploitation (EBE) exprime la capacité de l'établissement à dégager les moyens de son activité courante ; il passe de 6 M€ en 2008 à 16,1 M€ en 2012, soit une augmentation de 39 %.

Tableau 26 : Évolution des soldes intermédiaires de gestion (budget H)

Budget général (en K€)	rappel 2008	2009	2010	2011	2012	2012/ 2009
Produits bruts d'exploitation	100 049	109 324	119 257	123 460	134 850	23 %
- Consommations intermédiaires	25 753	27 560	30 726	32 861	37 563	36%
= Valeur ajoutée	74 296	81 764	88 531	90 599	97 287	19%
+ subventions d'exploitation	1 191	477	603	1 259	2 853	498%
- impôts et taxes	4	5	4	5	1	-80%
- charges de personnel (hors 621)	69 433	70 584	71 760	76 388	83 987	19%
= Excédent brut d'exploitation	6 050	11 652	17 370	15 465	16 152	39%
+ autres produits de gestion courante	1 229	1 605	1 529	1 555	2 690	68%
- autres charges de gestion courante	252	117	215	186	952	714%
= Marge brute	7 027	13 140	18 684	16 834	17 890	36%
+ reprises / amorts. et prov.	0	1	85	1 433	1 258	
- dotation aux amortissements	3 235	2 930	2 734	2 935	12 832	338%
- dotation prov. risques et charges		0	1 189	1 835	1 140	
- dotation aux provisions et dép.		85	243	500	150	76%
Résultat d'exploitation	3 792	10 126	14 603	12 997	5 026	-50%
+ produits financiers	9	7	5	8	103	1371%
- charges financières	1 615	1 422	2 394	3 320	8 071	468%
Résultat courant	2 186	8 711	12 214	9 685	-2 942	-134%
+ produits exceptionnels	511	349	996	13 641	8 307	2280%
- charges exceptionnelles	7 189	11 097	14 186	24 328	5 063	-54%
Résultat exceptionnel	-6 678	-10 748	-13 190	-10 687	3 244	
+ résultat courant	2 186	8 711	12 214	9 685	-2 942	
Résultat net comptable	-4 492	-2 037	-976	-1 002	302	

La marge brute augmente de manière très sensible en 2010, exercice pour lequel elle dépasse 18 M€. En 2012, la marge brute se situe à un peu moins de 18 M€, ce qui permet de couvrir les charges d'amortissements et de provisions.

Le taux de marge brute, qui mesure la marge dégagée par l'exploitation « courante » de l'établissement pour financer ses charges d'amortissements et ses frais financiers, a doublé entre 2008 et 2012 passant de 7 % à 13 %. Bien que demeurant très favorable, il affiche cependant une diminution entre 2011 et 2012.

La chambre observe néanmoins que les principales charges du titre 4 (charges financières, dotations aux amortissements) absorbent une part croissante de la marge brute ; ainsi, en 2009, elles représentaient 34 % de la marge brute ; ce chiffre passe à 51 % pour l'exercice 2011. En 2012, la marge brute ne couvre plus les charges financières et les charges d'amortissement et de provision.

Tableau 27 : Évolution du taux de marge brute (budget principal)

Budget général	2008	2009	2010	2011	2012
Marge brute en milliers €	7 027	13 140	18 684	16 834	17 890
Taux de marge brute	6,86%	11,79%	15,39%	13,33%	12,74%
Crédit au compte 28 en milliers €	3 465	3 182	2 977	3 164	22 265
Poids des amortissements (c/28) / marge brute	49,31 %	24,22%	15,94%	18,80%	124,46 %
Poids des frais financiers (66 + 686) / marge brute	21,90 %	10,82%	12,82%	19,72%	45,11%

Si le poids des amortissements rapportés à la marge brute diminue très sensiblement entre 2008 et 2011, passant de 49 % à 19 %, il remonte en revanche très fortement en 2012, pour atteindre 124 %. Le poids des frais financiers rapportés à la marge brute augmente également significativement, passant de 11 % en 2009 à plus de 45 % en 2012. Ces deux ratios additionnés dévoilent une situation qui, si elle perdurait, traduirait une évolution financière structurelle du centre hospitalier inquiétante.

De 2008 à 2010, le résultat d'exploitation progresse, passant de 3,79 M€ à 14,6 M€ conséquence de l'augmentation des produits et du maintien relatif des charges. Dès 2011, l'impact des investissements se fait ressentir et le résultat d'exploitation chute pour à peine dépasser 5 M€ en 2012.

Tableau 28 : Évolution du résultat de compte principal (budget H)

budget principal (en K€)	2008	2009	2010	2011	2012
Résultat d'exploitation	3 792	10 126	14 603	12 997	5 026
Résultat courant	2 186	8 711	12 214	9 685	-2 942
Résultat exceptionnel	-6 678	-10 748	-13 190	-10 687	3 244
Résultat net comptable	-4 492	-2 037	-976	-1 002	302

Le résultat courant, en forte progression jusqu'en 2010, subit le contrecoup de la hausse de la dette et des frais financiers et devient négatif à hauteur de 2,94 M€ en 2012. Ce solde intègre au résultat d'exploitation l'incidence financière des charges d'emprunt et correspond au résultat « structurel » du centre hospitalier avant prise en compte des produits et charges exceptionnels.

Le résultat exceptionnel est déficitaire jusqu'en 2011 (6,7 M€ en 2008, 10,7 M€ en 2011). Ce solde enregistre principalement les cessions d'actifs et les dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (68742) et celles liées aux comptes épargne temps (68743). Son impact est important sur le résultat net comptable, le rendant déficitaire sur toute la période, hormis en 2012, exercice pour lequel l'établissement a notamment effectué des reprises sur les provisions réglementées (7,2 M€ renouvellement des immo et 0,4 M€ CET). Le résultat courant présente un déficit de 2,9 M€ mais est « couvert » par le résultat exceptionnel, affichant de ce fait un excédent de 0,3 M€ en 2012.

De 2008 à 2011, le résultat d'exploitation, tous budgets confondus, apparaît comme étant toujours déficitaire, le déficit constaté ayant atteint, à son plus fort en 2008, 4 % des produits d'exploitation. Il y a en outre lieu de tenir compte des éléments qui ressortent de l'examen de la fiabilité des comptes qui conduisent à corriger les résultats du budget H pour les exercices 2010 à 2012 et à prendre en compte le défaut de provisionnement de l'ordre de 1,5 M€ au titre des comptes épargne temps. La chambre observe que, une fois ces ajustements opérés, les résultats globaux, tous budgets confondus, sont déficitaires pour tous les exercices à l'exception de 2010.

Tableau 29 : Évolution du résultat net comptable (tous budgets)

En K€	2008	2009	2010	2011	2012
Budget principal H	-4 493	-2 037	-975	-1 003	302
<i>Correction au titre des provisions réglementées (CET)</i>				-1 460	0
<i>Correction au titre des provisions pour risques et charges</i>			1100	-285	-757
Budget H corrigé des défauts de provisions	-4 493	-2 037	125	-2 748	-455
Budget annexe E - EHPAD	-266	92	63	-340	-706
Budget C - Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI)	-15	19	154	134	-60
Budget A - DNA	231	11	33	6	5
TOUS BUDGETS	-4 543	-1 915	-725	-1 203	-459
TOUS BUDGETS corrigés	-4 543	-1 915	375	-2 948	-1 216

Le centre hospitalier ne peut pas compter sur la couverture du « report à nouveau » celui-ci étant largement déficitaire sur toute la période 2008 à 2012 ; le déficit cumulé varie en effet dans une fourchette comprise entre 12,5 M€ à 15,5 M€

Une capacité d'autofinancement globale qui ne couvre plus les annuités d'emprunts

La capacité d'autofinancement brute demeure à un niveau relativement conséquent jusqu'en 2011, malgré les résultats déficitaires, avant de chuter en 2012. Elle représente entre 11 % (2009 et 2011) et 14 % (2010) des produits d'exploitation. Elle passe à 5 % en 2012.

Tableau 30 : Évolution de la capacité d'autofinancement (tous budgets)

Capacité brute d'autofinancement en K€	2009	2010	2011	2012
Résultat comptable de l'exercice	-1 914	-725	-1 203	-459
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés (c/675)	48	24	11 357	880
+ Dotations aux amortissements et aux provisions (c/68)	13 962	18 384	17 497	17 613
- Produits des cessions d'éléments d'actif (c/775)	16	16	12 014	9
- Quote-part des subventions d'investissement virées au compte de résultat (c/777)	29	57	53	146
- Reprises sur amortissements et provisions (c/78)	114	135	1 447	11 110
Capacité brute d'autofinancement	11 937	17 475	14 137	6 769
Remboursement des dettes financières (hors CLTR et cautionnement)	1 718	1 573	1 471	8 533
CAF nette ou excédent (+) ou besoin de financement (-) des frais financiers	10 219	15 902	12 666	-1 764

Le taux de CAF, calculé par le ratio de la capacité d'autofinancement rapportée aux produits réels d'exploitation, après avoir fortement progressé jusqu'en 2010, diminue très sensiblement entre 2011 et 2012.

Tableau 31 : Évolution du taux de CAF

Taux de CAF	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CAF/produits d'exploitation	4,7 %	9,9 %	13,3 %	10,13 %	4,4 %	10,1 %

Jusqu'en 2011, la capacité brute d'autofinancement de l'établissement a couvert le remboursement de la dette et lui a permis d'autofinancer une part de ses dépenses d'investissement. Ce n'est plus le cas en 2012 et cela entraîne un besoin de financement à hauteur de 1,76 M€ La CAF nette devient alors négative en 2012. En 2013, la CAF brute s'établit à 11,64 M€ et devient à nouveau suffisante pour couvrir le remboursement en capital des annuités d'emprunt qui se montent à 9,67 M€

Une situation financière alarmante des deux EHPAD

Jusqu'en 2010, les résultats du centre hospitalier n'ont été que faiblement impactés par l'intégration des budgets annexes ; en revanche, à compter de 2011, le déficit conséquent du budget annexe des EHPAD vient creuser le déficit global. Pour l'exercice 2012, le résultat du budget E est déficitaire de 706 000 €

Tableau 32 : Évolution du résultat du budget des EHPAD

	2009	2010	2011	2012
Résultat budget E	92	63	-340	-706

L'exercice 2012 demeure difficile à analyser du fait du transfert à l'automne du centre gérontologique vers les deux nouveaux EHPAD. Il n'en demeure pas moins que l'évolution financière du budget E peut s'avérer préoccupante. Ainsi, entre 2010 et 2012, les charges du budget E progressent de 58 % alors que l'augmentation des produits se limite à 49 %.

La progression des charges de personnel demeure toutefois contenue : elle est de 11 % entre 2010 et 2012, alors que pour l'ensemble du centre hospitalier elle s'est montée à 18 % sur cette même période. Toutefois, il est à craindre que cette évolution plutôt contenue des charges de personnels ne dure pas : les effectifs globaux des EHPAD, du fait de leur rénovation, sont passés de 159 ETP en 2011 à 166 ETP en 2012 ; les états prévisionnels prévoient 198 ETP pour l'année 2013, soit une progression de 19 %. En deux années, les effectifs présents auront augmenté de pratiquement 25 %.

Plusieurs éléments expliquent cette dégradation sensible du résultat des EHPAD : la progression des charges financières, d'une part, qui passent de 15 000 € en 2010 à 240 000 € en 2012 ; d'autre part, le crédit-bail immobilier lié à la construction des deux nouveaux EHPAD et au partenariat public privé pèse désormais très lourdement sur les finances du budget annexe E : 1,9 M€ en 2012.

Enfin, les charges exceptionnelles sur exercice antérieur se sont élevées à 342 000 € en 2012 et représentent à elles seules 48 % du déficit constaté.

En revanche, les produits de l'activité ne progressent que de 14 % entre 2010 et 2012.

Le centre hospitalier a tenu à préciser que la dégradation de la situation financière provient également de la baisse du montant de la dotation de soins qui a diminué de 14 % entre 2009 et 2012.

Tableau 33 : Évolution de la dotation de soins par place pour les EHPAD

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
En euros par place	21 368	21 582	21 690	21 257	21 257	18 740

Le conseil de surveillance du 24 mai 2012, faisant état d'un déficit de recettes de 300 000 € à 400 000 € du fait de la baisse du financement de la CNSA, a décidé un transfert financier du budget H vers le budget E afin de couvrir le manque à gagner correspondant. En réponse à une question de la chambre sur ces dépenses, le centre hospitalier a produit une liste de charges de fonctionnement d'un montant total de 325 882 € qu'il a imputées sur le budget H au lieu de les affecter sur le budget E comme l'imposent les règles comptables.

Dans son précédent rapport d'observations, la chambre avait relevé la prise en charge par le budget principal de l'hôpital (budget H) de dépenses qui, jusqu'à fin 2004, auraient normalement dû être imputées en totalité aux budgets annexes de l'unité de soins de longue durée (budget B) et de la maison de retraite (budget J), puis, à compter du 1er janvier 2005, au budget de l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), regroupant ces anciens budgets annexes. Si la chambre a pu observer que de telles pratiques n'avaient pas complètement disparu durant la période en examen, le centre hospitalier, dans la réponse qu'il a adressée à la chambre suite à ses observations provisoires, a indiqué que, depuis la clôture de l'exercice 2012, les prestations d'imagerie et de biologie pour le compte des résidents des EHPAD sont refacturées au budget de ces établissements. Il précise en outre que, depuis 2013, les effectifs médicotechniques mis à disposition par l'hôpital pour le compte des EHPAD sont également imputés au budget annexe correspondant.

Le centre hospitalier souligne par ailleurs que, du fait du report du renouvellement de la convention tripartite, l'évolution autorisée pour les tarifs hébergement et dépendance n'a été que de 0,5% depuis 2005. Cette augmentation est éloignée de la seule évolution de la masse salariale, alors que le GIR moyen pondéré (GMP) a également progressé entre 2005 et 2010 et que les résidents accueillis demandent une prise en charge plus importante.

Si l'établissement arrivait à limiter l'inflation constatée de certaines charges, notamment les charges exceptionnelles, les tendances observées entre 2010 et 2012 sont de nature à générer une inquiétude certaine sur la situation financière à venir des deux établissements pour personnes âgées.

C. LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET SON FINANCEMENT

La politique d'investissement de l'établissement a été marquée, pour la période 2008 à 2012, par deux événements majeurs qui sont venus peser de manière très conséquente sur les finances de centre hospitalier : la construction du nouvel hôpital et l'ouverture des deux nouveaux EHPAD. Au total, le coût du nouvel hôpital s'élève à 240 M€ et celui des EHPAD à 32,5 M€

Bien que, sur la période 2008-2012, l'établissement ait augmenté ses fonds propres de 17,7 M€, le tableau de financement confirme la nécessité d'un prélèvement sur le fonds de roulement qui apparaît en 2012. Pour 2013 cependant, l'établissement clôture l'exercice avec un apport au fonds de roulement de 823 000 €

Tableau 34 : Financement des emplois d'investissement entre 2008 et 2012

Tableau de financement (en K€)	2008	2009	2010	2011	2012
CAF brute	5 234	11 937	17 475	14 137	6 769
Titre 1 : emprunts	127 469	110 420	103 279	144 690	108 714
Titre 2 : dotations et subventions	391	150	978	254	9 233
Titre 3 : autres ressources	221	17	16	12 083	100
Total ressources (A)	133 315	122 524	121 748	171 164	124 816
Titre 1 : remboursement dettes financières	83 011	56 679	48 556	90 068	87 703
Titre 2 : immobilisations	53 121	63 383	67 292	61 510	44 529
Titre 3 : autres emplois	5	1	0	2	0
Total emplois (B)	136 137	120 063	115 848	151 580	132 232
Prélèvement fonds de roulement (si A-B négatif)	-2 822	2 461	5 900	19 584	-7 416
Apport fonds de roulement (si A-B positif)					

Le taux de vétusté du centre hospitalier, du fait de la construction du nouvel hôpital et des deux EHPAD, diminue très sensiblement, passant de 77 % en 2010 à 33 % en 2012.

La part des frais liés aux investissements (intérêts et dotations aux amortissements) rapportés aux recettes versées par l'assurance maladie représente moins de 6 % sur la période 2008 à 2011. En 2012, ce ratio passe à 17%, traduisant ainsi la répercussion de la charge globale du nouvel hôpital.

Tableau 35 : Intérêts et dotations rapportés aux ressources de l'assurance maladie

	2008	2009	2010	2011	2012
Intérêts (6611 +6615) (A)	611	1 347	2 230	3 231	5 948
Dotation aux amortissements (6811) (B)	3 236	2 930	2 733	2 935	12 832
Recettes titre 1 (C)	85 107	91 855	100 560	102 893	110 898
% = (A+B)/C	4,52%	4,66%	4,94%	5,99%	16,93%

Le ratio d'indépendance financière³¹ augmente pour atteindre près de 75 % en 2012, sachant qu'au-delà de 50 % l'établissement devient fortement dépendant des prêteurs. La valeur moyenne nationale se situait en 2010 à 49 %.

Tableau 36 : Évolution du ratio d'indépendance financière

	2009 (1)	2010 (1)	valeur moy régionale 2010 (1)	valeur moy nationale 2010 (1)	2011 (2)	2012 (2)
Indépendance financière (dettes SC (16 -1688) / SC (10 +13 +142 +143+15+16 -1688)	68%	72%	61%	49%	73%	74%

Source : (1) FHF
(2) comptes financiers

D. UNE EVOLUTION TRES CONSEQUENTE DE L'ENDETTEMENT

Un encours de dette qui a été multiplié par plus de quatre depuis 2008

Avant que l'établissement ne se lance dans le financement de son nouvel hôpital, le stock de dettes anciennes se situait à un niveau relativement faible avec 12 M€ de capital restant dû en 2007. Ce stock ancien, ramené à 5 M€ début 2011, doit s'éteindre en 2017.

Les annuités restant à couvrir entre 2012 et 2017 contribuent néanmoins à alourdir la charge de la dette ; le montant de l'annuité d'emprunt de 2012 due à ce stock de dettes représente ainsi la moitié de l'insuffisance de financement dégagé par la CAF pour couvrir les emprunts, cette insuffisance de financement ayant cependant un impact limité dans le temps.

L'encours de la dette globale de l'établissement passe de 10 M€ en 2007 à 241 M€ en 2012.

³¹ Données FHF oct 2013 – ratio 3.1

Tableau 37 : Évolution de l'endettement (en k€)

Dette contractée par exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Emprunts (1641)	0	20 000	0	30 000	55 000	105 547
Prêt conditions particulières (PPP) (1675)						24 999
Autres prêts à conditions particulières (1678)						70
Solde opérations sur OCLT ³² (1644)	900	26 171	55 460	26 379	1 090	-101 167
TOTAL	900	46 171	55 460	56 379	56 090	29 450

Capital remboursé par exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Emprunts (1641)	1 606	1 632	1 641	1 578	1 390	8 011
Emprunts en devises (1643)	85	4	72	-12	74	468
Prêt des caisses d'AM (1677)	11	11	7	7	7	0
Prêt conditions particulières (PPP) (1675)						54
TOTAL	1 702	1 647	1 720	1 573	1 471	8 533

Encours de dette au 31/12	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Emprunts (1641)	10 537	28 906	27 265	55 687	109 297	206 834
Emprunts en devises (1643)	605	602	529	541	468	0
Prêt des caisses d'AM (1677)	32	21	14	7	0	
Prêt conditions particulières (PPP) (1675)						24 944
Autres prêts à conditions particulières (1678)						70
Emprunts assortis option de tirage (1644)	900	27 071	82 531	108 910	110 000	8 833
Encours total de dette	12 075	56 600	110 340	165 146	219 765	240 682

Source : comptes financiers 2008-2011, compte de gestion provisoire 2012

Les emprunts contractés pour la construction du nouvel hôpital entre 2008 et 2011 (consolidés pour la dernière tranche de 105 M€ en 2012) se sont élevés au total à 210 M€. La plupart de ces emprunts ont été mobilisés progressivement, avec un différé d'amortissement jusqu'à 2012 voire 2013.

Le profil prévisionnel d'extinction de la dette fait apparaître une baisse possible des charges d'intérêt pour 2015-2016 du fait du passage de deux emprunts d'un taux fixe à un taux Euribor 3 mois³³ compte tenu des hypothèses actuelles basses. Deux emprunts de 10 M€ ont une durée limitée à 10 ans. La situation de l'hôpital au regard de ses annuités d'emprunt s'avère donc tendue pendant la décennie à venir.

Par ailleurs, une dette de près de 25 M€ (14,5 M€ pour l'EHPAD de Saint Rémy et 10,5 M€ pour l'EHPAD de Chalon-sur-Saône) a été inscrite en 2012, afin de rendre compte, conformément aux nouvelles dispositions comptables, de l'endettement indirect contracté pour la construction des deux nouveaux établissements d'accueil de personnes âgées par le biais de partenariats public-privé (PPP).

Les charges d'intérêts sont passées de 0,56 M€ en 2007 à 8,24 M€ en 2012. Leur quasi doublement entre 2011 et 2012 (hors versement d'indemnités conjoncturelles) est dû au passage, en ce qui concerne certaines ouvertures de crédit à long terme (OCLT) et pour un volume de dette important, de taux de court terme à des taux de long terme.

³² Emprunts à ouverture de crédit à long terme

³³ Le taux Euribor à 3 mois est le taux d'intérêts auquel une sélection de banques européennes s'accordent mutuellement des prêts en euros, les prêts ayant alors une durée de 3 mois.

La chambre observe que l'usage des tirages progressifs des emprunts et des options sur les OCLT, en permettant de bénéficier de taux de court terme sans marge, a permis de limiter la charge des intérêts pendant la période de construction de l'hôpital. Le compte 6615 enregistre les intérêts dus au titre de l'ouverture de lignes de crédit et son montant, élevé en 2008 et 2011, traduit le niveau d'utilisation des crédits de trésorerie.

Tableau 38 : Évolution des intérêts payés

		En k€					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Budget H	Intérêts emprunts (6611)	463	611	1 036	1 837	1 896	5 754
	Intérêts comptes courant créditeurs (6615)	58	914	311	393	1 335	194
	Indemnité de perte de change (666)	0	0	1	7	16	98
	Indemnité de renégociation de dettes (668)	0	0	0	0	0	1 958
	<i>Total intérêts et charges assimilées (66)</i>	<i>521</i>	<i>1 524</i>	<i>1 347</i>	<i>2 237</i>	<i>3 247</i>	<i>8 004</i>
Budget E	Intérêts emprunts (6611)	37	31	23	15	10	5
	Intérêts des autres dettes (6618)						235
	<i>Total intérêts et charges assimilées (66)</i>	<i>37</i>	<i>31</i>	<i>23</i>	<i>15</i>	<i>10</i>	<i>240</i>
Total consolidé intérêts et charges assimilées (66)		558	1 556	1 370	2 252	3 257	8 243

Source : comptes financiers 2008-2011, compte financier provisoire 2012

Alors que le niveau des intérêts d'emprunt *sensu stricto* de l'exercice 2012 représente un taux moyen de 2,7 %, modéré au regard de la durée et du volume de l'endettement, l'impact des contrats de swap (cf. *infra*) rehausse ce taux moyen à 3,6 %.

Le poids des intérêts financiers rapportés aux dépenses d'exploitation évolue fortement pour atteindre pratiquement 5 %, soit près de quatre fois son niveau de 2009.

La durée apparente de la dette, en années d'autofinancement nécessaires pour éteindre l'encours, augmente considérablement, passant de 9,24 années en 2009 à 15 années en 2011 puis 35 années en 2012.

Tableau 39 : Évolution de la durée apparente de la dette

	2009 (1)	2010 (1)	valeur moy régionale 2010 (1)	valeur moy nationale 2010 (1)	2011 (2)	2012 (2)
Intérêts dans dépenses d'exploitation	1,12 %	1,7 %	1,35 %	1,20 %	2,92 %	4,79 %
Capacité de remboursement de la dette	10,75 %	10,49 %	17,61 %	16,89 %	6,43 %	2,81 %
Durée apparente de la dette en années	9,3 (2)	9,5 (2)	-	-	15,5	35,6

Source : (1) FHF (2) comptes financiers

Une structure de la dette qui comporte peu de produits à risques

Si la dette du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône est composée à 78 % de produits bancaires se classant en catégorie A selon la classification de la charte Gissler, la chambre observe néanmoins qu'un encours non négligeable, qui représente 19,33 M€ est classé en catégorie E.

Tableau 40 : Classification des emprunts selon la charte Gissler

Structures		(1) Indices en euros
(A) Taux fixe simple. Taux variable simple. Échange de taux fixe contre taux variable ou inversement. Échange de taux structuré contre taux variable ou taux fixe (sens unique). Taux variable simple plafonné (cap) ou encadré (tunnel)	Indices sous-jacents	
	Nombre de produits	35
	% de l'encours	77,95%
(B) Barrière simple. Pas d'effet de levier	Montant en euros en M€	172,67 M€
	Nombre de produits	4
	% de l'encours	13,32%
(E) Multiplicateur jusqu'à 5	Montant en euros	29,50 M€
	Nombre de produits	1
	% de l'encours	8,73%
	Montant en euros	19,33 M€

Source : données Finance active (au 18/04/2013)

Le stock d'emprunts antérieurs au projet de nouvel hôpital comportait un emprunt libellé en devise helvétique (CHF), qui a entraîné, sur l'exercice 2011, une perte de change de 16 162 €(C/666), et dont le capital restant dû, en début 2012, s'élevait à 467 752 €. Celui-ci a été transformé en emprunt classique en 2012 (opération non budgétaire entre les C/1643 et 1641). La chambre observe que ce mouvement a donné lieu à une perte de change de 97 569 € (enregistrée au C/666) en 2012, couverte par reprise de la provision pour pertes de change à hauteur de 94 704 €

Un emprunt de 20 M€ contracté pour le nouvel hôpital sur une durée de 30 ans comporte, après une période de taux fixe de 3,64 % pendant la période d'amortissement différé (jusqu'à 01/01/12), une formule à barrière avec coefficient multiplicateur cinq si l'Euribor 12 mois³⁴ dépasse 6 %. Depuis 1999, l'Euribor 12 mois a dépassé 5 % au cours de deux périodes (2000 et 2008), sans atteindre 6 % ; le risque présenté par l'application du coefficient multiplicateur à l'écart entre le taux Euribor 12 mois et la barre des 6 %, dont le résultat d'ajouterait au taux de 3,64 %, reste sérieux.

En-dehors de ces deux emprunts, l'ensemble de la dette du centre hospitalier, dans son état actualisé en 2013, ne présente pas de risque particulier, étant répartie entre taux fixes et taux variables indexés sur des indicateurs de zone euro (Euribor 3 mois et TAG 3 mois³⁵).

Le centre hospitalier détient de plus des instruments de couverture des risques de taux (contrats de swap) sur l'essentiel de ses emprunts à taux variable (hors emprunts variables après phase fixe), pour un montant résiduel de 80,6 M€. Ces instruments ont représenté, en 2012, une charge supplémentaire de près de 2 M€(C/668).

³⁴ Le taux Euribor à 12 mois est le taux d'intérêts auquel une sélection de banques européennes s'accordent mutuellement des prêts en euros, les prêts ayant alors une durée de 12 mois.

³⁵ Le TAG 3 mois est calculé par capitalisation des taux moyen mensuels du marché monétaire, qui correspondent à la moyenne arithmétique des EONIA publiés au cours d'un mois, des trois derniers mois écoulés. Il résulte d'un taux de marché régulé par la Banque centrale européenne. Par exemple, le TAG 3 mois de novembre correspondant au rendement d'un placement à intérêts capitalisés, effectué sur les mois de septembre, octobre et novembre. Le TAG 3 mois est une référence post-fixée. Il reflète l'évolution du taux au jour le jour des 3 derniers mois écoulés. Il intègre avec retard les évolutions du marché et son évolution est lissée.

La prise en compte des swaps (inclus dans le tableau ci-dessus) renforce la part des emprunts classés 1B (par des structures de taux fixes mais à barrière) par rapport aux emprunts couverts (emprunts à taux variables simples classés 1A). En revanche, la diminution de l'exposition au risque de la dette par les swaps a eu pour conséquence de dégrader le taux d'intérêt moyen qui passe de 3 % à 3,6 %.

Tableau 41 : Dette par type de risque (avec dérivés)

Type	Encours	% d'exposition	Taux moyen (ExEx, Annuel)
Fixe	134,88 M€	62%	3,9%
<i>dont fixe par swap</i>	62,29 M€	29%	3,5%
Fixe à phase	20,00 M€	9%	3,4%
Variable	15,63 M€	7%	2,0%
Barrière	28,37 M€	13%	2,7%
<i>dont fixe à barrière par swap</i>	18,33 M€	8%	2,4%
Barrière avec multiplicateur	19,00 M€	9%	3,7%
Ensemble des risques	217, 87 M €		3,6%

Source : données Finance active au 18/04/2013

E. UN BILAN FORTEMENT IMPACTE PAR L'INTEGRATION DU NOUVEL HOPITAL

1°) - Des biens stables en forte progression, largement financés par l'emprunt mais aussi par les provisions réglementées

Le nouvel hôpital, qui a été comptablement intégré pour une valeur de 233 M€ impacte logiquement le montant global du bilan qui passe de à 235 M€ en 2009 et à 369 M€ en 2012.

À l'actif du haut du bilan, les immobilisations incorporelles progressent pour atteindre 2,10 M€ en 2012 suite à l'acquisition de logiciels (c/205 concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés). Les immobilisations corporelles évoluent fortement de 199 M€ en 2009 à 315 M€ en 2012 soit 116 M€ d'augmentation du fait de la construction des nouveaux bâtiments.

Les biens stables atteignent 318 M€ en 2012 contre 200 M€ en 2008.

Le passif du haut du bilan (dont emprunts et dettes), passe de 179,4 M€ en 2009 à 296 M€, inférieurs aux emplois sur toute la période et l'établissement affiche, de ce fait, un fonds de roulement d'investissement négatif qui varie entre 21 M€ (2009) et 29 M€ (2010). Il est de 21,3 M€ en 2012³⁶.

Les biens stables ne sont pas entièrement couverts par des ressources stables, même si l'on note une nette hausse du stock d'emprunts qui atteint près de 241 M€ en 2012 contre 110 M€ en 2009 (57 M€ en 2008).

Les provisions réglementées représentent 89 % des financements stables d'exploitation. Elles sont en augmentation très sensible et passent de 28 M€ en 2009 à 52 M€ en 2011 pour baisser au niveau de 47 M€ en 2012. Une part très importante de ces provisions pour renouvellement des immobilisations est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires.

³⁶ Voir tableau annexe n° 3

L'autre part des provisions réglementées provient des provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET).

Le fonds de roulement d'exploitation demeure toujours positif entre 2009 et 2012 et en constante augmentation jusqu'en 2011 où il atteint 43,3 M€ Il baisse en 2012 à 36 M€ en raison d'un début de reprise sur les provisions réglementées.

Le fonds de roulement net global négatif en 2009 devient positif dès 2010 et se monte à 14,8 M€ en 2012.

2°) - Le cycle d'exploitation et la trésorerie

L'exécution du cycle d'exploitation, à l'exception de l'exercice 2009, génère un besoin de financement en forte augmentation qui passe de 3,03 M€ en 2010 à 22,34 M€ en 2011 pour se situer à 15,51 M€ en 2012.

Tableau 42 : Évolution de besoin en fonds de roulement et de la trésorerie

<i>Montants exprimés en K€</i>	2009	2010	2011	2012
Fonds de roulement net global	761	992	1 726	2 099
Besoin en fonds de roulement	-3 023	3034	22 343	15 510
Trésorerie	-170	-327	-51	-634

Les indicateurs d'équilibre fondamentaux, au 31 décembre 2012, font état d'une structure financière fragile, le fonds de roulement net global n'étant pas suffisant pour couvrir le besoin de fonds de roulement ; il en ressort alors une trésorerie négative³⁷. Pour 2012, le fonds de roulement net global, exprimé en nombre de jours de charges courantes, s'établit à 38 jours alors que la médiane pour des établissements comparables se situe à 44 jours.

À l'actif du bilan, les créances de la caisse pivot augmentent fortement de 2009 à 2010 et demeurent à un niveau élevé jusqu'en 2012 (15 M€). Cependant, leur part diminue, rapportée au total des biens passant de 56 % en 2009, 64 % en 2010 à 45% pour les deux derniers exercices.

L'ensemble des créances passe de 18,3 M€ en 2009 à 42 M€ en 2011 et à 31 M€ en 2012.

La chambre invite l'établissement à veiller à améliorer son cycle d'exploitation en ajustant le paiement de ses dettes et le recouvrement de ses créances.

³⁷ Voir également tableau annexe 4

PARTIE V : LA MAITRISE DES EFFECTIFS ET LE PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES

I. LES CHARGES DE PERSONNEL

A. UNE PROGRESSION ASSEZ SENSIBLE DES DEPENSES DE REMUNERATION DES PERSONNELS

Les dépenses de personnel progressent de 27 % entre 2007 et 2012, soit une variation moyenne annuelle de 4,6 % ; cette progression s'avère particulièrement prononcée en 2012 (+ 10 %), première véritable année de fonctionnement au sein du nouvel hôpital.

Tableau 43 : Évolution des charges de personnel

<i>Charges de rémunérations en K€</i>	2007	2008	2009	2010	2011	2012	VMA 2007- 2012	2012/ 2007
Personnel non médical (641)	33 996	34 980	35 150	36 131	38 315	42 550	4,59%	25,16%
<i>% charges personnel non médical/ charges personnel</i>	77,7%	76,9%	76%	76,7%	76%	76,6%		
Personnel médical (642)	9 756	10 533	11 123	10 977	12 072	13 036	5,97%	33,62%
Total	43 752	45 513	46 273	47 108	50 387	55 586	4,90%	27,05%
Variation / N-1		4 %	1,7%	1,8%	7%	10,3%		

Source : comptes financiers

**Tableau 44 : Évolution de la part des dépenses de personnel
par rapport aux recettes du Titre 1**

	2008	2009	2010	2011	2012
Rémunérations du personnel (hors charges) / recettes Titre 1	53,67%	50,60%	47,14%	49,24%	50,29%
Charges de personnel / recettes Titre 1	82,93%	77,82%	72,44%	74,63%	75,97%

Source : comptes financiers

Sur la période, la rémunération du personnel non médical représente entre 78 % (2007) et 76 % (2012) du montant total des rémunérations.

Tableau 45 : Détail des rémunérations du personnel non médical et médical

Rémunérations en milliers €	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007 / 2012
PERSONNEL NON MÉDICAL							
Personnel titulaire et stagiaire (6411)	30 348	30 952	31 272	32 177	33 266	36 067	19 %
Personnel sous contrat CDI (6413)	2 049	2 306	1 693	1 182	1 292	3 038	48 %
Personnel sous contrat CDD (6415)	1 571	1 726	2 241	2 784	3 775	3 540	125 %
Contrats soumis à dispositions particulières (6416)	327	161	104	199	126	0	-100 %
<i>Sous-total personnel sous contrat</i>	<i>3 947</i>	<i>4 193</i>	<i>4 038</i>	<i>4 165</i>	<i>5 193</i>	<i>6 578</i>	<i>67 %</i>
Sous-total personnel non médical	34 295	35 145	35 310	36 342	38 459	42 645	24 %
PERSONNEL MÉDICAL							
PH temps plein et partiel (6421)	6 393	7 273	7 456	7 653	7 853	8 556	34 %
PH contractuels renouvelés de droit (6422)	296	319	224	181	172	180	-39 %
PH contractuels sans renouvel. de droits (6423)	997	711	846	760	1 161	1 328	33 %
<i>Sous-total PH contractuel</i>	<i>1 293</i>	<i>1 030</i>	<i>1 070</i>	<i>941</i>	<i>1 333</i>	<i>1 508</i>	<i>17 %</i>
Internes et étudiants (6424)	438	470	744	851	936	1 032	135 %
Permanence des soins (6425)	1 627	1 759	1 873	1 446	1 764	1 692	4 %
Temps de travail additionnel de jour (6426)	6	0	23	172	315	342	5600 %
Sous-total personnel médical	9 757	10 532	11 166	11 063	12 201	13 130	35 %
Total rémunérations personnel	44 052	45 677	46 476	47 405	50 660	55 775	27 %

Source : comptes financiers

L'effort de recrutement de médecins durant cette période, marquée par la préparation à l'installation dans le nouvel hôpital, impacte les charges de rémunération du personnel médical qui progressent sur la période de pratiquement 35 %, passant de 9,76 M€ en 2007 à 13,13 M€ en 2012. Les rémunérations des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel qui constituent le plus gros des rémunérations du personnel médical progressent de 34 % sur la période. Les rémunérations de praticiens hospitaliers contractuels passent de 1,29 M€ en 2007 à 1,50 M€ en 2012, soit une augmentation de 17 %. Enfin, les rémunérations des internes et étudiants, du fait de l'augmentation très sensible de leur nombre, passent de 0,43 M€ en 2007 à 1,03 M€

L'augmentation des charges de rémunération du personnel non médical de 34,29 M€ en 2007 à 42,64 M€, soit 24 %, s'explique également par l'ouverture du nouvel hôpital mais aussi par le développement d'activités nouvelles et l'apparition de « nouveaux métiers ». Les rémunérations des personnels sous contrat progressent de manière sensiblement plus prononcée (+ 66 %) que celle des agents titulaires (+ 19 %).

B. DES OUTILS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES QUI PERMETTENT A L'ETABLISSEMENT UNE PREVISION ASSEZ FIABLE DE SES CHARGES DE PERSONNEL MAIS A LA PORTEE NEANMOINS LIMITEE

Tableau 46 : Écarts prévisions/réalisations en ce qui concerne les charges de personnel

		2009	2010	2011	2012
Prévisions Titre 1 en K€		70 908	72 188	76 573	84 311
Réalisation Titre 1 en K€		73 231	73 231	77 150	84 497
Écart réalisations - prévisions	en K€	2 323	1 043	577	186
	en %	3%	1%	1%	0%

Source : EPRD + comptes financiers

Les prévisions de charges de personnel qui ressortent des tableaux prévisionnels des effectifs rémunérés (TPER) joints à chaque état prévisionnel des recettes et des dépenses apparaissent fiables³⁸. Ainsi, en ce qui concerne le personnel médical, sur les trois derniers EPRD, la différence des réalisations par rapport aux prévisions ne dépasse pas 3 % en ce qui concerne les projections d'effectifs ou le montant des rémunérations versées. Les différences constatées sur les coûts unitaires par agent se montrent un peu plus importantes mais demeurent raisonnables. Ces prévisions ne tiennent cependant pas compte de l'indemnisation de la permanence de soins alors que celle-ci participe aux rémunérations des praticiens à hauteur de 13 % en moyenne. En ce qui concerne le personnel non médical, les écarts restent également réduits.

Ces éléments montrent que, globalement, l'établissement dispose des outils lui permettant d'établir des prévisions financières relatives à ses dépenses de personnel fiables. Cette considération doit cependant d'être modulée par le calendrier d'élaboration des EPRD qui, fréquemment, sont finalisés à l'été de l'exercice auquel ils se rapportent, ce qui en limite sensiblement le caractère prospectif et rend le pilotage budgétaire des établissements de santé souvent artificiel. Ainsi, pour le centre hospitalier William Morey, l'EPRD de l'exercice 2010 a été présenté au conseil de surveillance du 26 juin 2010, celui de l'exercice 2011, au conseil de surveillance du 12 mai 2011 et celui de l'exercice 2012, au conseil de surveillance du 24 mai 2012.

C. DES CHARGES DE PERSONNEL EXTERIEUR PLUTOT CONTENUES

Les charges de personnel extérieur concernent le recours à du personnel médical intérimaire et les conventions passées avec d'autres établissements. Ce poste de dépense (compte 621) est en nette diminution depuis 2011 après s'être situé entre 0,9 M€ et 1,08 M€ de 2007 à 2010.

Tableau 47 : Évolution des dépenses de personnel extérieur à l'établissement

<i>En milliers €</i>	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2007	VMA
Personnel extérieur à l'établissement (621)	860	1089	894	1086	426	261	-70%	-21%
% / total charges de personnel	1,28%	1,54%	1,25%	1,49%	0,55%	0,31%		

Source : comptes financiers

Le nombre de journées d'interventions de personnels extérieurs à l'établissement affiche plutôt une tendance à la baisse : 263 jours en 2009, 329 en 2010, 242 en 2011 et 132 en 2012.

Il n'en demeure pas moins que les coûts à la journée demeurent relativement élevés. Ainsi, en 2009, l'établissement a fait appel aux services d'une société pour l'intervention d'un chirurgien orthopédique pour un total de huit journées et un coût de 10 981 € soit 1 373 € par journée.

L'établissement a également recouru aux services d'une autre société d'intérim, dont le coût est calculé sur la base de forfaits journaliers et de frais de déplacements. En 2012, quatre disciplines sont concernées : l'anesthésiologie, l'imagerie, la maternité et la réanimation pour un total de 132 journées de praticiens. Le coût moyen d'intervention par journée s'élève à 1 977 €

³⁸ Voir tableau annexe n° 6

Par ailleurs, en 2012, neuf médecins extérieurs interviennent au centre hospitalier "William Morey" dans le cadre de mises à disposition, ce qui représente au total 2,35 ETP.

D. UN DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION HOSPITALIERE

Dans le cadre de la coopération entre établissements, le centre hospitalier a mis à disposition entre 3,41 et 4,97 ETP de son personnel médical auprès de treize établissements ou entités différentes en 2011 et 2012. Le montant des remboursements perçus annuellement en compensation des mises à disposition totalise 1,26 M€ sur les trois années 2010 à 2012. Cela représente entre 2,8 % et 3,1 % des effectifs du personnel médical et 2,6 % et 3,1 % des charges de personnel médical.

II. DES EFFECTIFS CONSEQUENTS ET EN AUGMENTATION SENSIBLE

Après une certaine stabilité entre 2009 et 2010, les effectifs, tant médicaux que non médicaux, exprimés en ETP, ont augmenté de 7 % entre 2010 et 2011 et de 9 % entre 2011 et 2012. Globalement, de 2007 à 2012, le personnel médical, y compris les internes, progresse de 41 %. Le personnel non médical augmente quant à lui de 29 % sur cette même période et l'établissement a enregistré une progression de 30 % de l'ensemble de son personnel³⁹. En 10 ans, les effectifs ont progressé de 56 %, passant de 1 238 ETP à 1 930 ETP ce qui représente une augmentation globale de 692 ETP.

La progression des effectifs médicaux entre 2007 et 2012 (+ 41 %) est plus élevée que la progression des rémunérations de ces mêmes personnels (+ 34 %) ; le coût unitaire du personnel médical montre globalement une tendance à la diminution sur le période considérée.

Tableau 48 : Évolution des effectifs du centre hospitalier y compris les EHPAD

<i>En ETP</i>	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/ 2007
Personnel médicaux et internes	138	147	151	159	169	194	+ 41 %
Personnels non médicaux	1 348	1 344	1 482	1 487	1 601	1 736	+ 29 %
Total	1 486	1 491	1 633	1 646	1 770	1 930	+ 30 %

Source : SAE et CH pour 2012

La direction de l'établissement, interrogée sur sa perception de la progression constatée des effectifs, indique qu'il est nécessaire de distinguer deux périodes :

- la période 2007-2009 correspond à la mise en place du plan de retour à l'équilibre au cours de laquelle, après l'augmentation importante de 2007 (+ 30,60 postes au 31 décembre 2007), l'effectif croît de manière faible, voire se stabilise (année 2009). Il s'agissait alors de mettre fin à une augmentation sensible des effectifs sans que la capacité de l'établissement et son activité n'aient augmenté de manière significative.

³⁹ Voir données complètes en annexe n° 7

- la période 2010-2012, quant à elle, est marquée par la perspective de l'ouverture du nouvel hôpital qui s'est traduite par une redéfinition des effectifs en lien avec l'augmentation prévue de capacité. Sur cette dernière période, l'augmentation des effectifs connaît trois séquences : 2010 avec un renfort des équipes, notamment logistiques, pour préparer le déménagement, 2011 avec une anticipation des recrutements tout au long de l'année et 2012 qui correspond à un ajustement compte tenu des dysfonctionnements constatés dans les organisations.

Le centre hospitalier fait en outre remarquer que, sur les deux périodes, des activités nouvelles ont également contribué à faire évoluer les effectifs ; il en est ainsi de la création de l'hospitalisation à domicile, du rattachement du réseau de soins palliatifs ou des urgences au centre hospitalier ainsi que de l'activité de santé publique.

L'établissement précise, par ailleurs, qu'une partie de ces recrutements supplémentaires ont fait l'objet de financements par remboursement de dépenses ou par des dotations spécifiques. L'augmentation importante des effectifs constatée en 2007 est liée, principalement, à la mise aux normes des effectifs de la réanimation et à l'effet "année pleine" de la constitution de l'équipe de sécurité incendie. Elle prend en compte également une couverture de l'absentéisme plus importante. En 2009, on constate une stabilisation des effectifs de l'établissement et 2010 se situe également dans une évolution modérée avec une progression de 15 ETP en moyenne annuelle, en concordance avec le plan de retour à l'équilibre et malgré la création de la cellule « nouvel hôpital » destinée à la préparation du déménagement.

Le centre hospitalier reconnaît la progression sensible des effectifs pour l'année 2011, en indiquant cependant que, si l'on s'en tient aux seuls ETP rémunérés, la différence n'est que 54 ETP. La direction de l'hôpital admet également que la croissance des effectifs reste importante pour 2012 et explique cette évolution par les effets des ajustements sur les organisations initialement prévues et une augmentation significative du nombre de congés maternité, particulièrement du personnel soignant qui a conduit à dépasser très largement les prévisions de personnel de remplacement.

Cette inadéquation du niveau des effectifs avait d'ailleurs été déjà soulevée dans le rapport d'observations précédent de la chambre.

Interrogée sur le travail effectué pour connaître les effectifs « cibles » nécessaires à son fonctionnement, la direction de l'établissement a précisé qu'aucune démarche prévisionnelle n'a encore été engagée, celle-ci devant être menée conjointement avec l'élaboration du futur projet d'établissement.

Recommandation n° 4 : La chambre, constatant la progression sensible du personnel médical et non médical durant la période en examen, invite le centre hospitalier à fixer, dans les meilleurs délais, des effectifs cibles conformes aux prévisions d'activité de l'établissement afin de limiter une tendance au sureffectif déjà signalée lors d'un précédent contrôle.

III. LE PERSONNEL MEDICAL

A. UN EFFECTIF COMPOSE POUR UN QUART DE MEDECINS NON TITULAIRES

De 2007 à 2012, le personnel médical a progressé de 32 % (+ 42 postes) et, si l'on ajoute les internes (56 postes), de 41 %. Le nombre d'internes passe en effet de 19 en 2007 à 37 en 2012.

Tableau 49 : Évolution des personnels médicaux et internes en ETP

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2007
Temps plein	85	89	94	95	100	107	26%
Assistants	9	10	8	6	7	14	50%
Temps partiels	8	9	9	9	9	11	28%
Attachés	8	10	10	8	8	7	-17%
Contractuels	8	6	6	11	16	19	134%
Internes	19	23	27	28	32	37	95%
TOTAL	138	146	153	158	171	194	41%

Source : rapport d'activité 2012

Au 31 décembre 2012, globalement, les effectif médicaux réels ne dépassent pas ceux autorisés ; ils sont néanmoins supérieurs aux autorisations en ce qui concerne les assistants (+ 4 ETP), les attachés (2 ETP) et les contractuels (+ 13,6 ETP).

Tableau 50 : Écart entre effectif réel et effectif autorisé au 31/12/2012

	PH temps pleins	PH temps partiels	Assistants	Attachés	Contractuels	Internes	Total
ETP autorisés	122,8	14,1	9,8	4,92	5,6	38	195,22
ETP réels	106,5	10,5	13,8	7	19,2	37	194
Écart ETP réel/ETP autorisés	- 16,30	- 3,60	+ 4,00	+ 2,08	+13,60	- 1,00	-1,22

Source CH Chalon-sur-Saône

Les praticiens à temps partiel (autorisés à réaliser une activité libérale en dehors du CH) ne sont pas à l'effectif maximum (10,5 pour 14,5 autorisés).

Les attachés sont actuellement au nombre de 24 (dont deux attachés associés) ce qui représente sept ETP. Seuls les deux praticiens associés sont à temps plein (10 demi-journées) alors que les autres attachés sont embauchés sur des périodes allant de une à six demi-journées.

En 2012, le nombre total de médecins non titulaires, exprimé en ETP, représente plus de 25 % de l'effectif total hors internes (entre 20 et 22% de 2007 à 2011) et 35 % de l'effectif réel. Les internes représentent 24 % des ETP. Cette proportion importante de personnel médical non titulaire, à défaut de constituer une option de management du centre hospitalier, contribue de manière évidente à la maîtrise de la masse salariale.

Les praticiens à « temps non complet », qu'ils soient titulaires ou non titulaires, représentent un tiers de l'effectif total (54 en 2007 et 68 en 2012).

L'importante évolution que connaît le centre hospitalier depuis quelques années a fortement impacté son management et l'a obligé à réévaluer le niveau de ses effectifs. Cependant, le « poids » des effectifs médicaux semblait déjà important avant cette mutation. L'établissement avait conscience de cette problématique puisqu'il a fait figurer l'adéquation des ressources humaines aux besoins de l'activité dans les priorités d'action inscrites au projet de performance signé avec l'ANAP.

Plusieurs indicateurs nationaux viennent confirmer le poids plus élevé des effectifs du personnel médical du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône comparé aux établissements régionaux de même catégorie (au nombre de cinq) ou à l'ensemble des établissements de même catégorie au plan national (au nombre de 121). Interrogée sur sa perception de la densité du personnel médical, la direction de l'établissement a tenu à rappeler le contexte local en indiquant que Chalon-sur-Saône n'est pas une ville de préfecture et doit gérer un SAMU qui nécessite 13 postes. Elle souligne en outre que des praticiens sont mis à disposition d'autres établissements, que l'établissement possède plusieurs services « hyperspécialisés » (neuro, onco-hémato) et un service départemental de santé publique qui occupe 1,3 ETP de praticiens sur des projets portés par l'ARS, que certains praticiens interviennent sur des missions d'intérêt général, que l'activité est en augmentation ainsi que le nombre de consultations externes et que l'établissement doit faire face à un indice de sévérité des pathologies élevé.

La direction de l'hôpital reconnaît néanmoins que la « *base médicale* » est actuellement suffisante pour absorber une croissance de l'activité (hausse de 12 % en 2012, de 4,4 % au premier trimestre 2013).

Le centre hospitalier admet également que le manque de « maquettage général » de l'ensemble des organisations de l'établissement et des effectifs requis ne lui permet pas d'établir des prévisions, avec une modélisation des périodes de haute activité et de basse d'activité ; cet outil est actuellement en cours de développement interne et en expérimentation en pédiatrie. L'établissement tient compte cependant des fluctuations d'activités telles la période des congés estivaux et, de ce fait, des fermetures d'unités sont programmées en juillet et août et une saisonnalisation en trois périodes est mise en œuvre en pédiatrie.

Les rémunérations des praticiens titulaires

Les praticiens hospitaliers à temps plein

En 2012, le traitement de base annuel brut, correspondant au traitement indiciaire, des 109 praticiens hospitaliers s'échelonne entre 17 787 € et 88 981 €. La rémunération totale annuelle brute qui, outre le traitement indiciaire intègre les primes et indemnités ainsi que la rémunération du temps additionnel, varie entre 18 958 € et 137 387 €. 77 % de ces praticiens perçoivent une rémunération annuelle située entre 70 000 € et plus de 100 000 €, 50 % percevant entre 70 000 € et 99 000 € et 27 % plus de 100 000 €⁴⁰.

La moyenne des rémunérations totales brutes des praticiens hospitaliers à temps plein est de 86 827 € en 2012 et la part des indemnités représente 18 103 € en moyenne par praticien. La part moyenne de la rémunération relevant de la permanence de soin est de 13 703 €.

Les primes et indemnités représentent plus de 40 % du traitement de base pour 28 praticiens et plus de 50 % pour 10 d'entre eux. La rémunération totale de 18 praticiens est composée pour le tiers, ou plus, des primes et indemnités (entre 31 % et 48 %).

L'indemnité « d'engagement de service public exclusif » est versée à 87 praticiens en 2012, soit 80 % de l'effectif total.

13 praticiens exercent une activité libérale au sein de l'établissement.

⁴⁰ Pour aider à resituer ces chiffres, l'IGAS indiquait que pour 2007, 14 % des PH percevaient plus de 100 000 € de rémunération totale brute

Les praticiens hospitaliers à temps partiel

Les praticiens à temps partiel sont au nombre de 16 en 2012, avec un temps de travail de 60 % pour 12 d'entre eux. Leurs rémunérations totales annuelles brutes représentent une moyenne de 49 926 € et leurs indemnités s'élèvent à 9 588 € en moyenne.

Les rémunérations des praticiens non titulaires

On compte 5 assistants en 2011 et 13 en 2012, dont deux assistants associés ; cette augmentation peut s'expliquer par un surplus d'attractivité lié au nouvel équipement. Les rémunérations totales brutes versées représentent une moyenne de 34 024 € en 2011 et 26 566 € en 2012.

Les praticiens attachés qui bénéficient de contrats en demi-journées sont au nombre de 29 en 2011 et 31 en 2012 pour un traitement de base moyen respectivement de 8 629 € et 8 821 €. Ces praticiens participent peu à la permanence des soins mais pour les huit attachés concernés, les indemnités versées à ce titre constituent une part conséquente de leur traitement de base annuel, entre 40 % et 91 % en 2012.

Quatre attachés associés sont présents pour une rémunération moyenne annuelle totale brute de 12 968 € en 2012 ; un seul attaché intervient de façon importante dans la permanence des soins et perçoit à ce titre 12 702 € d'indemnités de gardes.

Le centre hospitalier compte, en 2011 et 2012, entre 44 et 47 contractuels avec des rémunérations totales brutes qui se situent en moyenne à 26 669 € en 2011 et 34 820 € en 2012 pour les 25 contrats les plus importants. La participation à la permanence des soins représente, pour une part importante d'entre eux, un montant bien supérieur au traitement de base annuel. Trois praticiens contractuels ont été recrutés exclusivement pour assurer les permanences et perçoivent des indemnités de temps additionnel qui s'élèvent entre 10 900 € et 28 900 €.

Enfin, le centre hospitalier a recruté par contrat deux cliniciens au sein du service réanimation sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus et dont la rémunération comprend une part fixe et une part variable en fonction d'objectifs, la part variable ayant représenté 25 % de la rémunération totale.

B. L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DU TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL**L'indemnisation des obligations liées à la permanence des soins**

En 2012, 161 praticiens, dont sept assistants et six attachés, ont participé à la permanence des soins pour un montant d'indemnités d'environ 1,9 M€ soit une moyenne de près de 12 000 € par praticien.

Le coût d'indemnisation de la permanence des soins demeure relativement stable de 2007 à 2012 et le pourcentage concerné du montant des rémunérations versées au personnel médical diminue au fil du temps pour atteindre 13 % en 2012. En revanche, les subventions versées au titre des missions d'intérêt général (MIG) pour couvrir la permanence des soins ont fortement progressé entre 2010 et 2011.

Tableau 51 : Évolution de la part de la PDS dans la rémunération du personnel médical

En milliers €	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Permanence des soins (6425)	1 627	1 759	1 873	1 446	1 764	1 692
Sous-total personnel médical	9 757	10 532	11 166	11 063	12 201	13 130
% permanence de soins/rémunérations personnel médical	17%	17%	17%	13%	14%	13%
Montant des MIG versées pour la permanence des soins	NC	NC	NC	1 358	1 696	1 630

Source : comptes financiers

La part indemnitaire de la permanence des soins était en 2008 de 20 % de la masse salariale des personnels médicaux en moyenne pour les centres hospitaliers⁴¹; le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône se situe donc plutôt en dessous des moyennes nationales.

Pour 74 praticiens, cette part représente plus de 20 % de leur rémunération totale avec des quotités dépassant la moitié de la rémunération totale pour 25 d'entre eux.

Le poids de l'indemnisation de la permanence des soins dans la rémunération des praticiens varie selon qu'ils sont à temps plein, à temps partiel ou contractuels. 94 % des praticiens à temps plein participent à la permanence des soins. La moyenne des indemnités perçues au titre de la permanence des soins avoisine 13 000 € et, pour neuf praticiens, elle dépasse 30 000 €

Parmi les 13 praticiens exerçant une activité libérale, trois bénéficient d'une part indemnitaire liée à la permanence des soins supérieure à 20 % de leur rémunération et pouvant atteindre 31 %.

Le montant total des indemnités versées au titre de la permanence des soins à l'ensemble des praticiens hospitaliers à temps plein s'élève à 1,4 M€ en 2012.

- 81 % des praticiens à temps partiel participent à la permanence des soins. La moyenne des indemnités versées est de 9 500 € par praticien avec un maximum de 25 000 €. Neuf praticiens participant à la permanence des soins exercent également une activité libérale en ville et pour six d'entre eux, la part des indemnités de permanence des soins rapportée au traitement de base en service public dépasse 25 %.

Le montant total des indemnités de permanence des soins versé à l'ensemble des praticiens à temps partiel s'élève à 152 000 € en 2012.

⁴¹ IGAS - enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers - janvier 2009 – p 43

- 79 % des praticiens contractuels participent à la permanence des soins, cinq praticiens contractuels et six praticiens extérieurs assurant uniquement les permanences. La moyenne des indemnités versées à ce titre est de 8 484 € par praticiens et l'indemnité maximum pour un praticien est de 45 024 €. Neuf praticiens se voient verser une indemnité représentant plus du double de leur traitement de base.

Le montant des indemnités versées au titre de la permanence des soins aux praticiens contractuels s'élève à 297 000 € en 2012.

Le temps de travail additionnel

Le temps additionnel des praticiens de l'établissement n'est utilisé que de façon modique et les périodes de temps additionnel ne représentent qu'une faible part du nombre de journées travaillées par l'ensemble du personnel médical (5%)⁴².

Le nombre de périodes de temps additionnel augmente de manière très sensible entre 2010 et 2012. En 2012, sur les 1 696 périodes de temps additionnel cumulées par les neuf pôles, 646 ont été placées sur les comptes épargne temps des intéressés et 1 050 (62 %) ont été rémunérées.

Tableau 52 : Évolution du temps additionnel sur 2010-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2010
Temps additionnel en périodes	997	909	941	938,5	1 017	1 696	+ 81 %
Coût d'indemnisation du temps additionnel en K€compte 646	6	0	23	172	315	342	+ 99 %

En 2012, 32 % de périodes additionnelles sont effectuées par du personnel extérieur dont le contrat ne prévoit que la participation à des permanences. Ainsi, le nombre de périodes de temps additionnel par praticien (hors extérieurs) peut être évalué, globalement, à cinq.

L'indemnisation du temps additionnel représente moins de 3 % des rémunérations du personnel médical en 2012 ; elle progresse cependant très sensiblement entre 2010 et 2012, de manière plus importante que l'augmentation du nombre des périodes, ce qui tendrait à montrer que les praticiens concernés ou la direction de l'établissement privilégient l'indemnisation au détriment du versement sur le compte épargne temps.

C. UN RECOURS MODERE A DES MEDECINS ETRANGERS

Le centre hospitalier estime que les difficultés qu'il a rencontrées dans le recrutement de médecins se sont estompées avec la perspective de la construction du nouvel hôpital qui, de fait, a rendu l'établissement plus attractif. Il demeure cependant confronté à un déficit de radiologues et d'anesthésistes-réanimateurs.

Depuis la fin de l'année 2008, et à la date de fin septembre 2013, le centre hospitalier a fait appel à 25 médecins étrangers soumis à autorisation de travail, se répartissant en 17 praticiens attachés associés, deux assistants associés et six praticiens contractuels, pour une durée moyenne de huit mois ; en septembre 2013, six médecins étrangers hors Union européenne exercent au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône.

⁴² Base 207 journées X 157 ETP = 32 500 journées ; 1696 journées / 32500 = 5%

L'établissement a eu recours à deux cabinets conseil en ressources humaines pour le recrutement de médecins étrangers entre 2008 et 2009 :

- L'établissement a confié à une première société, par convention conclue le 20 octobre 2008, la mission de rechercher un praticien clinicien en onco-hématologie. La chambre observe que le montant des honoraires de cette mission a été très conséquent, s'élevant à 65 780 € TTC sans que la prestation du consultant débouche sur un résultat tangible. La chambre constate également que cette convention a été conclue sans publicité ni mise en concurrence alors que, compte tenu de son montant et de son objet, elle entrait dans le champ du code des marchés publics, soumise aux dispositions des articles 28 et 30 de ce code dans sa version alors en vigueur. Dès lors, l'établissement public devait recourir à une procédure adaptée de publicité et de mise en concurrence qui n'a, de toute évidence, pas été mise en œuvre.

- Un second contrat a été signé avec une autre société pour la recherche d'un médecin le 15 juin 2009, qui a coûté à l'établissement 5 980 € TTC sans résultat une fois encore.

L'ordonnateur a indiqué que, depuis lors, il avait cessé de recourir à ce type de prestataires.

D. LA GESTION DES COMPTES EPARGNE TEMPS DES PRATICIENS HOSPITALIERS

L'ensemble des praticiens de l'établissement ont été informés, en mars 2013, des nouvelles dispositions régissant le CET par un courrier individuel⁴³.

Les soldes de situation des CET des 32 services de centre hospitalier, arrêtés au 31 décembre 2011, au 31 décembre 2012 et au 8 juillet 2013, augmentent globalement de 42 % passant de 8 293 journées à 11 740 journées. La moyenne des CET par service se monte à 367 journées ce qui équivaut à près d'une année et demie d'absence d'un praticien si ces journées sont appelées à être récupérées. Au 8 juillet 2013, 162 comptes ont été ouverts, concernant l'ensemble des praticiens de l'établissement.

Au plan national, une enquête de la fédération hospitalière de France de 2011 indique que 56 % des médecins disposent d'un CET et que le volume moyen des CET est de 42 jours. Avec un stock moyen de 84,4 jours⁴⁴ par CET et par ETP médical rémunéré, le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône se situe donc très au-dessus de cette moyenne.

Au 1er juin 2013, 27 praticiens avaient sollicité la rémunération maximale de 80 jours. Deux praticiens dépassaient encore 300 jours et un praticien disposant de 391 jours n'avait pas opté pour l'indemnisation. Ainsi, pour les quatre années à venir, l'établissement pourrait être amené à verser annuellement plus de 386 000 € aux praticiens ayant opté pour la rémunération de leur CET « historique » et également à tenir compte des demandes de rémunération des jours du CET « pérenne ».

À la clôture de l'exercice 2013, l'établissement estime à 10 389 le nombre de jours stockés sur les CET du personnel médical.

⁴³ Alors que jusqu'au 31 décembre 2012, les CET étaient ouverts pour 10 ans, depuis la parution du décret 2012-1481 du 27 décembre 2012, ce délai unique est remplacé par des dispositions un peu plus diversifiées. Le texte distingue ainsi le CET « pérenne », c'est-à-dire le compte dont l'alimentation commence avec les jours épargnés au titre de l'année 2013, du stock ou CET « historique » qui correspond aux jours épargnés jusqu'au 31 décembre 2012.

⁴⁴ Total des stocks en journées du PM / total des ETP rémunérés année N-1 du PM

E. LES JOURNEES D'INTERET GENERAL

Les praticiens hospitaliers peuvent, après accord de la direction, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général, en application de l'article R 6152-30 du code de la santé publique modifié. Il est précisé que ces journées peuvent donner lieu à rémunération fixée par convention.

L'établissement a produit un tableau récapitulatif des conventions d'activité d'intérêt général conclues pour les huit médecins actuellement concernés, entre le centre hospitalier et les organismes bénéficiaires. Ceux-ci sont : AIDER Bourgogne, association ayant pour objet l'organisation de la dialyse (quatre conventions), le réseau et la maison des adolescents de Saône-et-Loire, l'association des paralysés de France, le SIH de Montceau-les-Mines pour des actions en neurologie et le centre de médecine physique et de réadaptation de Mardor à Couches.

Le temps consacré est en majorité de deux demi-journées hebdomadaires soit le maximum autorisé.

L'article précité du code de la santé publique prévoit « *qu'une convention entre l'établissement de santé et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé* ». Les praticiens du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône perçoivent une rémunération supplémentaire versée par l'organisme bénéficiaire, sans pouvoir prétendre aux remboursements de leurs frais de déplacement.

La chambre observe que ces journées d'activité ne produisent aucune recette pour l'hôpital de Chalon-sur-Saône et qu'il n'est pas prévu de remboursement par les établissements bénéficiaires. Le temps de travail consacré aux activités d'intérêt général peut être évalué à 25 jours par mois pour l'ensemble des praticiens concernés, soit un manque à gagner pour l'établissement employeur estimé à 144 000 € par an.

IV. LE PERSONNEL NON MEDICAL

A. DES EFFECTIFS DE PERSONNEL NON MEDICAL EN PROGRESSION TRES SENSIBLE

L'effectif du personnel non médical progresse de près de 27 % en cinq ans et atteint 1 833 salariés en 2012 contre 1 447 en 2007. Entre 2010 et 2012, l'effectif a augmenté de 259 agents. Les ETP progressent quant à eux de 29 % et passent de 1 343 en 2007 à 1 736 en 2012. De 2010 à 2012, l'établissement enregistre une augmentation de 249 ETP, dont 200 ETP de personnels de soins.

La chambre observe que le nombre des personnels sous contrat augmente de 33 % entre 2010 et 2012, soit presque 82 ETP, alors que le personnel titulaire ne progresse que de 13 %. Cette évolution s'est pourtant accompagnée de la transformation de près d'une centaine de contrats à durée déterminée (CDD) en contrats à durée indéterminée (CDI) entre 2011 et 2012. Les personnels sous contrat représentent, en 2012, près de 19 % de l'effectif du personnel non médical et passent de 140 en 2007 à 326 en 2012.

En 2012, le personnel à temps partiel représente 24 % de l'effectif total, soit 434 agents ; l'essentiel des temps partiels concerne 80 % du temps plein.

Le personnel féminin représente 87 % de l'effectif en 2007 et 83 % en 2012.

Au 31 décembre 2012, les agents de catégorie C constituent 50 % de l'effectif du personnel non médical et c'est dans cette catégorie que les agents sous contrat sont les plus nombreux.

Tableau 53 : Répartition des effectifs selon les catégories

		Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Total
Titulaires, stagiaires et CDI	ETP	406	363	732	1501
	en % de la catégorie	90%	94%	87%	89%
Agents en CDD	ETP	47	24	111	183
	en % de la catégorie	10%	6%	13%	11%
Agents en contrats aidés	ETP			2	2
Total	ETP	453	387	845	1686
	en % du nombre total ETP	27%	23%	50%	100%

En trois années, l'établissement a créé 153 postes, soit 121 postes entre 2010 et 2011 et 32 entre 2011 et 2012.

La direction de l'établissement a indiqué, que le centre hospitalier a profité de l'aménagement dans de nouveaux locaux pour reconfigurer les services en unités de 21 ou 22 lits. Le niveau d'effectif des services "classiques" tels que ceux de médecine ou de chirurgie a été déterminé à partir de l'effectif de jour sur la base d'une infirmière et une aide-soignante pour 10 ou 11 lits, et d'un effectif de nuit sur la base d'une infirmière et une aide-soignante pour 21 ou 22 lits.

Pour les services autres que ceux de soins, le principe retenu a été le maintien des effectifs, sans changement. Toutefois, des ajustements ont été opérés, notamment au niveau du laboratoire et de certains services supports, biomédical et informatique en particulier.

La chambre relève que le pôle qui a créé le plus de postes n'est pas un pôle médical mais le pôle de gestion (+ 48 ETP) ; il est suivi par celui de médecine-hémodialyse (+ 36 ETP), d'anesthésie-réanimation (+ 36 ETP) et par le pôle gériatrie (+ 26 ETP).

B. UNE DENSITE DES EFFECTIFS NON MEDICAUX QUI N'EST PAS CORRELEE A LA PROGRESSION DE L'ACTIVITE

Les densités de personnel non médical, telles qu'elles ressortent des ratios extraits du module ressources humaines de la Fédération hospitalière de France (FHF), apparaissent toujours supérieures aux moyennes régionales et moyennes nationales. Cette constatation est vérifiée pour toutes les catégories de personnel, hormis les infirmiers spécialisés. En outre, l'écart a plutôt tendance à se creuser au fil du temps.

Tableau 54 : Densité du personnel non médical en 2011 pour 1 000 journées réalisées et venues

Année	Établissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie	Écart CH/moyenne nationale
Densité des personnels d'encadrement	0,121	0,114	0,115	5%
Densité d'infirmiers non spécialisés	2,164	1,751	1,883	15%
Densité d'infirmiers spécialisés	0,164	0,156	0,184	-11%
Densité d'aides-soignants	2,039	1,613	1,803	13%
Densité d'agents de service qualifiés hospitaliers et autres personnels	0,6751	0,4594	0,3814	77%
Densité de sages-femmes	0,340	0,243	0,212	60%
Densité de personnels de soins	5,534	4,272	4,598	20%

Source : FHF

La différence de densité s'avère particulièrement sensible pour les agents de service qualifiés (+ 77 % par rapport à la moyenne nationale), pour les sages-femmes (+ 60 %) et pour les personnels de soins (+ 20 %).

Si la densité d'agents de service qualifiés a diminué entre 2009 et 2011, passant de 0,683 à 0,675, tous les autres ratios ont augmenté : ainsi, la densité de sages-femmes a augmenté de 20 %, celle des infirmiers non spécialisés de 9 %, des personnels de soins et des aides-soignants de 8 %.

Non seulement la densité de personnel non médical est plus élevée au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône, mais le poids des personnels soignants par rapport l'ensemble du personnel non médical, calculé par le rapport entre les ETP du personnel de soins et les ETP du personnel non médical, est supérieur aux moyennes régionales et nationales des établissements de même catégorie.

Tableau 55 : Poids des personnels soignants rapportés à l'ensemble du personnel non médical

Année	Établissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2011	0,724	0,702	0,687
2010	0,724	0,718	0,703
2009	0,720	0,716	0,704

Source : FHF

Le poids du personnel administratif par rapport à l'ensemble du personnel non médical, apprécié par le ratio ETP du personnel administratif / ETP du personnel non médical, se montre également sensiblement supérieur aux moyennes nationales ; l'écart entre la situation relevée à Chalon-sur-Saône et la moyenne régionale semblerait en revanche se réduire avec le temps.

Tableau 56 : Poids du personnel administratif par rapport à l'ensemble du personnel non médical

Année	Établissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2011	0,131	0,131	0,127
2010	0,135	0,123	0,120
2009	0,139	0,125	0,120

Source : FHF

Interrogée sur sa perception de l'adéquation des effectifs à l'activité, la direction n'estime pas que son établissement soit au-dessus des ratios, remarquant que cette question n'a pas fait l'objet de remarque de la part de l'ANAP dans le cadre du contrat de performance. La chambre observe cependant que le contrat de performance fixe comme une piste « d'optimiser l'adéquation des ressources humaines aux besoins de l'activité » avec pour objectifs de diminuer l'absentéisme et d'accroître la flexibilité.

C. UN ABSENTEISME DU PERSONNEL NON MEDICAL QUE L'ETABLISSEMENT CHERCHE A MAITRISER

Un absentéisme qui, bien qu'affichant une tendance à la baisse, demeure élevé

Les journées d'absence du personnel non médical, tous motifs confondus, progressent de 10 % entre 2009 et 2012 alors que, sur cette même période, les effectifs augmentent de 17 % ; de ce fait, le nombre des journées d'arrêt par agent baisse. Les arrêts pour accidents du travail progressent très sensiblement pour atteindre 3 994 jours en 2012 contre 1 646 jours en 2009 ; il en est de même pour ceux liés à la maladie professionnelle, qui passent de 732 jours en 2009 à 1 749 jours en 2011 et 1 282 jours en 2012⁴⁵.

Tableau 57 : Évolution du nombre de journées d'absences par agents

		2009	2010	2011	2012	2012/2009
Effectif PNM		1 566	1 574	1 712	1 833	17%
Tous motifs médicaux	Nb total jours	40 048	37 314	38 311	43 960	10%
	Nb jours/agent	25,57	23,71	22,38	23,98	-6%
Pour maladie	Nb total jours	20 283	19 655	19 858	20 294	0%
	Nb jours/agent	12,95	12,49	11,60	11,07	-15%

Source : chambre à partir données centre hospitalier

Sur la période 2009 à 2012, le taux d'absentéisme diminue de 6 % passant de 7,65 % en 2009 à 7,2 % en 2012. L'absentéisme pour raisons médicales diminue également de manière significative alors que, en revanche, celui lié aux congés maternité progresse. Par catégorie, le taux d'absentéisme le plus élevé revient à la catégorie C (8,12%), puis la catégorie A (7,41%) et la catégorie B (5,04%).

Tableau 58 : Évolution du taux d'absentéisme

	2009	2010	2011	2012
Tous motifs	7,64%	7,03%	7,03%	7,20%
Pour raison médicale	5,86%	5,44%	5,60%	5,19%
Pour maternité	1,62%	1,44%	1,26%	1,98%

Source : chambre à partir données centre hospitalier

La chambre constate qu'il ressort de l'approche préalable à la mise en œuvre du projet de performance⁴⁶ conduite par l'ANAP que l'absentéisme du personnel non médical est l'un des plus élevés d'un panel d'établissements comparables. Selon l'ANAP, l'établissement ne se situait pas, en 2009, dans la norme nationale.

⁴⁵ Voir annexe n° 5

⁴⁶ Voir compte rendu du comité de pilotage du 3 février 2011

Les indicateurs nationaux, notamment ceux de la FHF, corrigés de certaines inexactitudes liées au mode de calcul pratiqué par l'établissement⁴⁷, confirment le positionnement relativement défavorable du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône en ce qui concerne le nombre de jours d'arrêt par agent, plutôt au-dessus des chiffres relevés au plan régional et national pour des établissements de même catégorie.

**Tableau 59 : Absences du personnel non médical en nombre de jours d'arrêt par agent
Comparaison avec des établissements de même catégorie**

Année	Établissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
Absence des personnels non médicaux pour toutes causes médicales			
2011	22,38	NS	21,812
2010	24,15	NS	19,680
2009	25,57	NS	18,775
Absence des personnels non médicaux pour cause de maladie ordinaire			
2011	11,60	8,754	9,871
2010	12,49	7,764	9,081
2009	12,95	8,156	8,828

Source : FHF

Ainsi, les journées d'absence par agent, toutes causes confondues, se situent, en 2011, 3 % au-dessus de la moyenne nationale et le nombre de journées d'absence pour maladie ordinaire, 17 % au-dessus de la moyenne nationale.

Un objectif affiché de diminution de l'absentéisme dont il est encore prématuré d'apprécier les effets

L'établissement a mis en place des tableaux de bord de suivi de l'absentéisme qui retracent mensuellement le nombre de jours et les différents types d'absence. Pour chaque service et grade, ces tableaux font l'objet d'une analyse par la direction des ressources humaines (DRH) et d'un dialogue avec les cadres supérieurs de pôles. De manière ponctuelle, le centre hospitalier demande à des médecins agréés de faire des contrôles des absences pour maladie, sur sollicitation de l'encadrement. En revanche, l'établissement ne dispose pas d'une approche financière des conséquences de l'absentéisme et ne peut donc en évaluer le coût de manière fiable. La chambre invite l'établissement à se doter d'un tel outil.

⁴⁷ Le centre hospitalier, lorsqu'il a transmis ses données relatives à l'absence de ses personnels au plan national, a divisé systématiquement le nombre de jours d'absences par 1,4 afin de tenir compte des modes de décompte pratiqués dans le bilan social et de rapporter ces chiffres à une semaine travaillée de cinq jours sur sept. Si l'application de ce ratio semble pouvoir se justifier dans le cadre du calcul d'un taux d'absentéisme, il ne peut être retenu pour connaître le nombre de jours d'absences par agent. D'ailleurs, la FHF explicite clairement le mode de calcul de cet indicateur dans ses statistiques nationales en indiquant par exemple que le ratio des absences des personnels non médicaux toutes catégories pour toutes causes médicales, exprimés en jours est calculé par le nombre de jours d'arrêts du personnel non médical (toutes causes) divisé par l'effectif du personnel non médical.

L'abattement de la prime de service (arrêté du 24/03/1967) induit par les journées d'absence est régi par une note de service du 18 février 2013.

Le projet de performance, mis en œuvre depuis 2011, a inscrit, dans la déclinaison de ses pistes de travail, une priorité d'action n° 5 intitulée : « Optimiser l'adéquation des ressources humaines aux besoins de l'activité » avec l'objectif de « diminuer l'absentéisme et son coût sur les pôles présentant les taux les plus importants » et atteindre la valeur cible en 2012 comprise entre 4,8 % et 3,8 % pour maladie ordinaire pour un niveau initial de 4,8 %. L'ANAP indiquait une valeur à fin décembre 2012 de 4,72%⁴⁸, soit un niveau encore assez éloigné de l'objectif cible.

L'établissement a par ailleurs présenté, le 9 mai 2011, un projet concernant les modalités de compensation de l'absentéisme dans le nouvel hôpital. Ce projet propose la mise en place de deux organisations spécifiques : une gestion centralisée pour la compensation de l'absentéisme lié aux congés maternités et aux congés de longue durée au niveau de la DRH qui gère des mensualités de remplacement dimensionnées à hauteur de 3 % des personnels affectés par catégorie professionnelle et une gestion polaire, avec la mise en place d'un pool de suppléance jour, correspondant à 4 % des personnels affectés à chaque pôle. Les agents de ce « pool de remplacement » sont volontaires et recrutés par mutation interne ou recrutement externe avec un engagement d'un an minimum, à l'issue duquel ils seront prioritaires pour une affectation sur un poste vacant.

La chambre observe que les chiffres communiqués par l'établissement pour les neuf premiers mois de l'année 2013 ne témoignent pas d'une amélioration de la situation de l'absentéisme. Pour cette période, le taux global d'absentéisme du personnel non médical de l'hôpital se situerait, selon l'établissement, à 7,55 % contre 7,37 % pour la totalité de l'année 2012 et le taux d'absentéisme pour maladie ordinaire alors qu'il est de 3,46 % en 2012 remonterait à 3,89 % pour 2013. Une tendance équivalente peut être relevée pour les agents des EHPAD, avec un taux d'absentéisme global de 7,85 % pour les neuf premiers mois de 2013 contre 6,41 % pour 2012.

D. UNE ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL QUI A EVOLUE AVEC L'OUVERTURE DU NOUVEL HOPITAL

Une note de service, datée du 31 janvier 2011, signée du directeur de l'établissement, a mis en place une organisation horaire journalière passant de huit heures à sept heures et 36 minutes, permettant de préserver le nombre de journées de RTT mais remettant en cause les récupérations annuelles.

Dans ce document, la direction de l'hôpital précisait que cette organisation permettrait de créer une centaine de postes d'agents hospitaliers, principalement des infirmières et des aides-soignantes ; néanmoins, dans un premier temps, seule la création d'une quarantaine de postes semblait envisagée. Cette réforme du temps de la durée journalière de travail permettrait également de préserver le ratio des agents par lit, voire de l'améliorer.

La réforme s'est également accompagnée d'une révision du système de rotations des équipes travaillant 12 heures en continu, se traduisant par la réduction des temps de transmission pour les services de réanimation, de soins continus, pour l'unité de soins intensifs cardiologiques et l'unité de soins intensifs neuro-vasculaires.

⁴⁸ Source : comité de pilotage de clôture du contrat de performance – mars 2013

Ces aménagements ont généré une tension sociale tout au long de l'année 2012 ; la direction de l'établissement a donc engagé, avec les représentants du personnel, des discussions, dans le cadre des ajustements post-déménagement, qui ont débouché sur la prise en compte des temps d'habillage et de déshabillage soit une augmentation de 10 minutes de la durée journalière de travail ; ce dispositif, est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

La chambre observe que l'accord signé en 2002, relatif à la réduction et à l'aménagement du temps de travail, a prévu une durée annuelle du travail de 1568 heures pour les agents bénéficiant de repos fixes et de 1546 heures pour ceux sous régime de repos variables, soit des durées inférieures à la durée annuelle légale qui était alors de 1600 heures. Les aménagements ultérieurs apportés à cet accord n'ont pas contribué à modifier cette durée annuelle du travail, qui contrevient à la réglementation.

E. DES HEURES SUPPLEMENTAIRES REMUNEREES EN TRES FORTE AUGMENTATION

Pour 2012, le nombre d'heures supplémentaires s'est élevé à 76 620 heures dont 27 705 rémunérées. Ce chiffre est en augmentation très sensible par rapport à celui de l'année précédente qui s'élevait à 48 270 heures (+ 59 %), dont 23 020 rémunérées (+ 20 %). Le volume des heures supplémentaires par agent qui avait diminué entre 2010 et 2011, passant de 41 heures par agent à 27 heures progresse de nouveau pour atteindre 40 heures par agent.

Tableau 60 : Évolution des heures supplémentaires

	2009	2010	2011	2012	Au 31/08/2013
Nombre global d'heures supplémentaires	61 115	65 532	48 270	76 620	67 328
Nombres d'heures supplémentaires rémunérées			23 020	27 705	20 794
Nombre d'agents concernés			840	744	278
Nombre d'heures supplémentaire par agent concernés		41	27	40	74
Montant des rémunérations des heures supplémentaires en €			361 424	364 001	

Source : centre hospitalier

La direction de l'établissement a indiqué que cette progression très sensible des heures supplémentaires entre 2011 et 2012 concerne, pour l'essentiel, des pôles qui ont vu une augmentation de leurs capacités d'accueil. Elle précise en outre que l'année 2011 a été particulière dans la mesure où des pré-recrutements ont été réalisés, tout au long de l'année, dans la perspective du déménagement. Elle souligne enfin le caractère « particulier » de cette année marquée par l'entrée dans le nouvel hôpital. Il n'en demeure pas moins, à ses yeux, que la progression de l'année 2012 mérite « attention et vigilance ».

Les chiffres disponibles pour 2013 ne semblent pas présager d'une diminution des heures supplémentaires ; au 31 août, le volume des heures enregistrées se monte 67 328 ce qui, en prolongeant la tendance de manière linéaire, conduirait à une progression des heures supplémentaires de pratiquement 30 % pour 2013.

PARTIE VI : LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL DE CHALON-SUR-SAONE

I. UN PROJET DE GRANDE ENVERGURE CONDUIT SUR UNE DUREE DE PLUS DE 10 ANS

Les bâtiments du nouvel hôpital de Chalon-sur-Saône ont été inaugurés le 7 octobre 2011.

Lancé au moment de l'arrivée du nouveau directeur en 1999, le projet de nouvel hôpital a vu son futur site déterminé en 2001. Selon une note du centre hospitalier du 17 mars 2005, le programme technique détaillé (PTD) a été présenté en conseil d'administration en octobre 2002 et validé par l'ARH sur le principe, mais pas sur son coût, en février 2003. Les études de conception auront duré trois ans, de janvier 2004 à décembre 2006. Le premier avant-projet sommaire a été présenté par l'établissement en avril 2005 et l'avant-projet détaillé a été approuvé en juin 2006.

La procédure d'appel d'offres a été engagée en mars 2007 et le premier ordre de service de démarrage des travaux est intervenu en décembre 2007. Le bâtiment a été définitivement réceptionné en septembre 2011, soit une durée totale des travaux de trois ans et dix mois. La stratégie de transfert et de déménagement a été arrêtée au cours du premier trimestre 2011 et le transfert a commencé le 10 octobre pour se terminer le 3 novembre 2011, soit une durée de moins d'un mois.

Le programme technique détaillé adopté en 2002 reposait sur un projet de 538 lits et places, dont 18 de réanimation et d'hôpital de jour en pédopsychiatrie, dans 47 348 m² de surface utile (SU). Le choix du lauréat du concours d'architecte a eu lieu en décembre 2003 et s'est porté sur le cabinet Brunet Saunier.

Par rapport à l'ancien hôpital situé sur l'île Saint-Laurent, le projet représentait plus de 10 000 m² supplémentaires, soit une augmentation de 27 % de la surface utile. Les données SAE 2004 indiquent un nombre de lits et places total de 441 (391 lits MCO + 10 places en hospitalisation partielle + 40 places SSR / hors les 181 places ULSD et EHPAD), ce qui signifie que le projet prévoyait une augmentation capacitaire de près de 100 places (soit + 22 % de capacité). Selon la note de l'ARH de mars 2006, le programme capacitaire inclut des seconds lits supplémentaires optionnels, permettant de passer 54 chambres de un à deux lits : la capacité revue est de 479 lits + 54 en variable d'ajustement.

L'ancien hôpital comptait alors cinq salles d'intervention chirurgicales ; leur nombre a augmenté progressivement à six puis sept dans l'ancien hôpital, avant de passer à huit dans le nouveau.

La question du calibrage du nouvel équipement s'est posée alors que le projet était déjà relativement avancé. Ainsi, le député maire de Chalon-sur-Saône, président du conseil de surveillance de l'établissement, a interpellé le ministre de la santé et des sports à l'occasion d'une question orale en juillet 2009, sur les difficultés de financement de l'équipement et son dimensionnement. Dans la réponse apportée, le gouvernement a confirmé le financement par des aides à la contractualisation à hauteur de 12,5 M€ annuels mais a également indiqué que l'examen du dossier technique avait mis en évidence un dimensionnement trop important de la nouvelle construction au regard des besoins de la population locale et des prévisions d'activités, notamment en chirurgie, et qu'il attendait de nouvelles propositions de la part de l'établissement.

Le nouvel hôpital a finalement été livré avec une capacité de 544 lits dont 24 de réanimation, soit une évolution de six lits supplémentaires afin de répondre aux directives du SROS. La superficie totale du bâtiment se monte à 48 349 m² en intégrant l'Établissement français du sang pour une surface utile de 733 m².

La surface utile par lit et place est de 97 m² et la surface dans œuvre (SDO) de 147 m² par lit et place. L'observatoire des coûts de la construction hospitalière de l'ANAP fait ressortir, pour un ensemble de 39 hôpitaux généraux de santé, en ce qui concerne l'activité MCO, une SU/lit de 74 m² et SDO/lit de 120 m² ; sur un échantillon de 20 hôpitaux généraux, pour ce qui concerne le pôle mère-enfant, ce même observatoire indique une SU/lit de 94 m² et une SDO/lit de 158 m². Étant donné que, pour le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône, les lits de médecine représentent 60 % de la capacité de l'établissement (hors EHPAD), la chambre observe que les surfaces par lit du centre hospitalier sont globalement supérieures à celle relevées, à une période proche, au plan national.

L'analyse de la situation financière de l'établissement a permis de mettre en évidence que les marges de manœuvre financières du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône demeurent assez restreintes. Dans ce contexte, la stratégie qui a sous-tendu la construction du nouvel hôpital a reposé essentiellement sur une hypothèse de développement de l'activité ; ainsi, le dimensionnement de l'hôpital, notamment le nombre de blocs opératoires passant de cinq à huit, a entraîné un besoin de recrutement très sensible dès 2012, tandis que les perspectives pluriannuelles paraient sur une croissance soutenue des recettes d'activité. Or aucune orientation du SROS ne laisse envisager une recomposition notable de l'offre hospitalière qui pourrait se traduire par ce développement attendu de l'activité. Il semble dès lors que le projet d'hôpital se situe dans une stratégie de gain de parts de marché face à la concurrence privée.

L'établissement a mené, parallèlement à la construction du nouvel hôpital, le projet de reconstruction du centre gérontologique du chalonnais (cf. *infra*), mais a laissé de côté l'institut de formation de soins infirmiers (IFSI). En effet, la région Bourgogne, n'a pas retenu l'hypothèse d'une nouvelle construction sur le site du nouvel hôpital et le projet envisagé en 2007 de réaménager une partie du lycée automobile situé à proximité du nouveau site n'a pas abouti. Pour le moment, l'IFSI reste détaché du reste du centre hospitalier, dans des locaux désormais propriété de la commune, qui devront être libérés à terme.

II. UN PROJET DONT LE COUT GLOBAL EST PLUTOT ELEVE

L'avenant n° 3 au contrat d'objectifs et de moyens signé en mai 2004 avec l'ARH prévoyait un coût final de construction du nouvel hôpital de 158 M€ toutes taxes comprises (TTC), en valeur 2010, et de 34 M€ TTC pour les équipements, soit 192 M€. La construction des bâtiments du nouvel hôpital, y compris les frais liés aux réseaux et voiries, les frais

juridiques, les assurances et tous les frais annexes, a coûté un peu plus de 240 M€ TTC soit un dépassement de 82 M€ représentant 52 % du coût initial programmé de construction des bâtiments. Si cette évolution s'explique par l'évolution capacitaire, de 538 à 544 lits, et par l'augmentation de la surface utile de 1 000 m² liée à l'intégration de l'Établissement français du sang, la chambre observe néanmoins que le dépassement par rapport au projet initial s'avère conséquent.

En revanche, les dépenses relatives aux équipements se sont limitées à 26 M€ soit une somme inférieure de 7,58 M€ à celle prévue en 2003. Au total, le coût global du nouvel équipement, bâtiments et équipements compris, s'élève à 266 M€, soit un dépassement de 74 M€ représentant 39 % du coût prévisionnel global.

Le montant total des marchés signés pour la construction des bâtiments, hors frais d'annonce, frais juridiques, assurances, enfouissement des lignes et autres frais divers, s'est élevé à 196 M€. Les réactualisations ont entraîné une augmentation de 7,6 % de ce coût initial et les avenants, un dépassement du 6,2 %.

L'observatoire des coûts de la construction hospitalière de l'ANAP fournit des indicateurs de coûts, à la date de juin 2011, pour des établissements publics de santé s'étant livrés à des opérations de construction neuves de type hôpital général selon une procédure classique de recours à des marchés publics.

Tableau 61 : Indicateurs de coûts à la construction - ANAP

	10 %	20 %	Médiane	80 %	90 %	Ch W. Morey
€HT/m ² SDO	1 452	1 661	2 030	2 298	2 350	2 551
€HT /m ² SU	2 026	2 475	3 257	3 714	4 039	3 851
€HT/m ² SHON	1 345	1 661	1 877	2 262	2 389	-

Source : ANAP

Avec des ratios de 2 551 €HT par m² de SDO et 3 851 €HT par m² de SU⁴⁹, le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône se situe très nettement au-dessus des médianes ; pour le coût par m² de SDO, le centre hospitalier se place même dans le dernier décile.

La chambre observe que le coût de construction du nouvel hôpital de Chalon-sur-Saône s'est montré sensiblement supérieur à ce qui peut être observé pour ce type de projet ; cela ne peut être sans conséquence sur la situation financière de l'établissement.

III. LE FINANCEMENT DU NOUVEL HOPITAL PESE LOURDEMENT SUR LA CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Le coût total d'investissement du nouvel hôpital (études, travaux et nouveaux équipements) s'est élevé 266,28 M€. Ce montant représente plus de deux années de la moyenne annuelle des produits d'exploitation de l'établissement sur la période 2009 à 2012.

⁴⁹ Le coût de construction s'est élevé à 223 623 006 € TTC selon les données du tableau 75, soit 18 6975 757 €HT. La SDO se monte à 73 300 m² et la SU à 48 550 m².

Pour financer ce nouvel équipement, le centre hospitalier a bénéficié d'aides de l'ARS, notamment à la contractualisation, pour un montant total de 116 M€, ce qui correspond à 49 % du coût du nouveau bâtiment, hors équipements, et couvre à peine les frais financiers engendrés par les prêts contractés. Ces aides versées depuis 2003 devraient se prolonger jusqu'en 2031. Alors que le CPOM prévoyait des aides annuelles de 12,5 M€ susceptibles de compenser la partie de l'annuité de la dette générée par la construction du nouveau bâtiment, en réalité leur montant n'a pas dépassé 11,8 M€

Pour compléter le financement du projet, le centre hospitalier a souscrit 11 emprunts pour un montant total de 205 M€. Tous ces prêts ont une durée de 30 années ; huit d'entre eux sont à taux fixes, trois à taux variables et deux prennent la forme de produits structurés. Le taux moyen des prêts peut être évalué à 3,9 %. Le montant total des frais financiers générés par l'ensemble de ces emprunts demeure cependant élevé : il est estimé, par le centre hospitalier lui-même, à 130 M€ ce qui représente 55 % du coût des travaux du nouvel hôpital.

Le financement du nouvel hôpital a également bénéficié, indirectement, du produit de cession de l'ancien hôpital à la commune de Chalon-sur-Saône, enregistré fin 2011 à hauteur de 12 M€. Les paiements sont prévus dans l'acte de vente selon trois échéances : au 31 décembre 2011, au 31 janvier 2012 et 31 janvier 2013. Après déduction des amortissements, pour un montant de 20 590 746 € la valeur nette comptable de l'ensemble cédé s'élève à 11 356 912 €. La plus-value enregistrée est par conséquent de 643 088 €

En l'état actuel de l'activité de l'hôpital, de ses coûts et de son financement, le maintien des dotations de financement au niveau prévu par le contrat d'objectifs et de moyens pour la réalisation de l'opération de construction du nouvel hôpital (avenant n° 3) apparaît indispensable au maintien de l'équilibre financier de l'établissement. Seule une amélioration durable de la marge brute de l'hôpital permettrait, à moyen terme, une révision du financement de l'opération immobilière sans obérer sa capacité à effectuer les indispensables investissements courants.

IV. LES MARCHES PUBLICS : UN NOMBRE RESTREINT DE SOUMISSIONNAIRES POUR DEUX DES PRINCIPAUX LOTS

La construction du nouvel hôpital a fait l'objet d'appels publics à concurrence en mars 2007 sous la procédure de macro-lots. 11 macro-lots ont été définis (voir tableau ci-après). Le lot numéro un, relatif aux travaux préliminaires a été dévolu à un groupement d'entreprises pour un montant de 2,33 M€. Les lots numéro deux à cinq ont concerné la construction proprement dite des nouveaux bâtiments pour un montant qui devait représenter 93 % du coût total du projet.

Tableau 62 : Organisation du marché de construction du nouvel hôpital en macro-lots

N° lots	Nature	Estimation MOE en €	Offre finale		Montant payé avec avenants et réfections hors réactualisation	
			Montant en €	Écart/estimation	Montant en €	Écart/estimation
1	Travaux préliminaires (marché notifié)	2 325 271 €			2 781 024 €	19,60%
2	Structure - Clos couvert -Charpente Métallique – second œuvre - Finitions	105 066 288 €	114 576 800 €	9,11%	120 130 576 €	14,43 %
3	Réseaux humides	39 897 412 €	38 870 000 €	-2,58%	41 045 418 €	2,87 %
4	Réseaux secs	18 944 927 €	16 983 200 €	-10,35%	18 525 941 €	-2,21 %
5	Appareils élévateurs	1 460 000 €	1 393 000 €	-4,59%	1 653 287 €	13,24%
6	Équipements médicaux <i>suspendus</i>	959 000 €			993 746 €	3,62%
7	Signalétique	237 000 €			230 734 €	-2,64%
8	VDI	1 202 000 €			2 853 864 €	137,43%
10	Extincteurs	90 000 €			45 168 €	-49,81%

(1) Données juillet 2007

(2) Marché final

La commission d'appel d'offres (CAO) s'est réunie le 20 juin 2007 pour procéder à la sélection des candidats et à l'ouverture des offres de prix. Sur les quatre lots concernés, sept offres avaient été remises : les lots deux et trois ne comportaient qu'une seule offre, le lot quatre deux offres et le lot cinq trois offres.

Le lot n° 2 :

Le rapport préliminaire des appels d'offres constate, pour le lot n° 2, une seule offre, supérieure de 20 % à l'estimation en macro-lots (88 M€ HT) et supérieure de 38 % à l'estimation en corps d'état séparés. Le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône a renoncé à relancer un appel d'offres en raison du coût d'actualisation, n'ayant aucune garantie d'amélioration de la concurrence. Le directeur des services techniques a ainsi pris contact avec les deux majors qui n'avaient pas soumissionné. Les deux groupes ont visiblement envisagé d'étudier le dossier, avant de se raviser et de ne pas se positionner. Le centre hospitalier a alors privilégié la solution de la négociation pour l'attribution de ce lot n° 2.

Dans une note de synthèse du 28 septembre 2008, le centre hospitalier dresse le bilan des négociations menées qui ont principalement porté sur la diminution des risques pris par les entreprises, sur les avances, et sur les choix de matériaux. L'offre du lot n° 2 est diminuée de près de 10 % et ramenée à 96 M€ réduisant de moitié l'écart avec l'estimation initiale. La note conclut que « des économies supplémentaires ne peuvent être recherchées sans remise en cause très forte soit du programme soit du choix architectural ». Estimant que, sur l'ensemble des lots, l'enveloppe estimée est respectée, la note souligne qu'une relance de l'appel d'offres conduirait à différer le projet de façon considérable et « ne garantit en aucune façon de meilleurs résultats compte tenu du contexte économique actuel dans le bâtiment ».

La difficulté rencontrée par le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône lors de l'attribution du gros œuvre s'inscrit dans un contexte de déficit de concurrence particulièrement sensible pour les opérations d'envergure des plans hôpital 2007 et 2012. Seules les trois majors de la profession ou leurs filiales régionales sont présentes sur ces marchés de travaux supérieurs à 50 M€ obtenant ainsi des prix de marché très favorables malgré les efforts des maîtres d'ouvrage pour faire diminuer les prix par des relances de consultation ou des négociations.

Le lot n° 3 :

Le lot n° 3 du marché de construction du nouvel hôpital, portant sur les réseaux humides, a fait l'objet d'un examen par la chambre. Il constitue le second lot en volume du marché, pour un montant HT notifié de 32 954 013 €

Comme pour le lot n° 2, et malgré neuf retraits de dossier par des entreprises, l'appel d'offres n'a été suivi, pour ce lot n° 3, que d'une seule candidature.

Le déroulement de la procédure atteste qu'elle a eu pour objectif de compenser le surcoût supporté sur le lot n° 2. En effet, alors que la proposition initiale émanant de l'entreprise soumissionnaire était proche de l'estimation de la maîtrise d'œuvre, la commission d'appel d'offres du 2 juillet 2007 a néanmoins déclaré le lot infructueux et ouvert la négociation avec le groupement candidat. Les négociations engagées ont permis de faire descendre l'offre à 32,5 M€HT, soit une baisse de 0,86 M€HT, ce qui s'avère, en réalité, bien éloigné du dépassement constaté sur le lot n° 2 qui est de 7,95 M€HT.

La chambre relève également que l'entreprise retenue pour le lot n° 3 est une filiale du groupe de rattachement de l'entreprise bénéficiaire du lot n° 2. Ainsi, les lots numéros deux et trois, qui ont représenté un montant total de 161 M€ soit 67 % du coût total de construction du nouvel hôpital, sont attribués au même groupe en l'absence de pluralité de propositions.

Le marché a fait l'objet de trois avenants d'un montant total de 2 175 418 €TTC. Tous les avenants s'appuient sur des fiches techniques attestant de modification du programme. Le coût final à régler par l'établissement, hors réactualisation, correspond à un dépassement de 6 % du montant du marché initial.

Le lot n° 4 :

Le lot n° 4 réseaux secs, dont le montant avait été estimé de 16 M€HT et dont le montant final a été de 20 M€ TTC, a fait l'objet de deux offres ; l'une émanait d'une entreprise également filiale du groupe de rattachement de l'entreprise bénéficiaire du lot n° 2 ; son montant, supérieur à l'estimation, a été concurrencé par la seconde offre qui a finalement été retenue.

Conclusion :

Si l'ordonnateur a reconnu qu'il avait pris conscience, lors du déroulement de la procédure, des problèmes que posait le nombre très restreint des soumissionnaires, la chambre observe toutefois que le pouvoir adjudicateur, lors de l'examen de l'offre unique du lot n° 2, a préféré engager une phase de négociation plutôt que de relancer une consultation après avoir déclaré infructueux l'appel d'offres comme l'aurait permis l'article 59 – III du code des marchés publics, même au prix d'un retard dans le déroulement du projet.

PARTIE VII : LA CONSTRUCTION DE DEUX NOUVEAUX EHPAD FINANCES EN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE

I. LA PROCEDURE DU BAIL EMPHYTEOTIQUE HOSPITALIER

Le projet décrit par le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône pour le lancement de la procédure de partenariat public-privé (PPP), sous la forme d'un bail emphytéotique hospitalier (BEH), a consisté à substituer au centre de gérontologie qui existait antérieurement

deux bâtiments nouveaux afin d'augmenter la capacité d'accueil, en la portant de 180 à 270 places, et offrir un hébergement et un lieu de vie de qualité aux personnes âgées dépendantes et de bonnes conditions de travail au personnel. Le BEH a comporté, dans le cadre d'une procédure unique, une tranche ferme concernant le site le plus important de Saint-Rémy, (capacité de 180 lits) et une tranche conditionnelle concernant le second site de Chalon-sur-Saône (capacité de 90 lits).

II. LE CHOIX DU RECOURS AU BEH

Le choix du recours au BEH est justifié, selon l'établissement, par le souhait d'éviter une augmentation faciale de l'endettement, au moment où le centre hospitalier mobilisait des ressources financières élevées pour la construction du nouvel hôpital, ainsi que par la volonté de réaliser le nouvel équipement dans un délai rapide, simultanément au projet hospitalier. L'ordonnateur mentionne également la contrainte de la limite de 60 €⁵⁰ fixée par le département pour le tarif hébergement des EHPAD.

A. SUR LA PROCEDURE DE CHOIX

L'article L6143-1 du code de la santé publique, alors en vigueur en 2005, précisait : *« Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, sur :..... 11° Les baux emphytéotiques mentionnés à l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat conclus en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ».*

Le conseil d'administration a délibéré, lors de sa séance du 25 octobre 2007, sur le recours au BEH pour les EHPAD. La commission médicale d'établissement (CME) a été consultée le 24 octobre 2007, après rappel de l'avis favorable qu'elle avait émis au choix de BEH comme montage juridique pour la construction d'un EHPAD dès le 15 novembre 2005, sachant que l'évaluation préalable au projet date du 25 octobre 2005.

Lors de sa réunion du 19 octobre 2007, le comité technique d'établissement (CTE) avait refusé d'émettre un avis sur le recours au BEH en raison de la remise sur table des documents. Le directeur de centre hospitalier avait alors conclu au report de ce point à la réunion de décembre, après avoir souligné le risque de report de l'appel d'offres de deux mois. Le procès-verbal du CTE du 11 décembre 2007 ne mentionne pas ce point à l'ordre du jour mais une proposition de réunion du CTE en janvier pour débattre de la restructuration du centre gériatrique de Chalon-sur-Saône. Or le procès-verbal de la réunion suivante du 24 avril 2008 ne comporte qu'un point d'évolution du dossier, en questions diverses à la demande d'un syndicat.

⁵⁰ Le tarif journalier pour l'hébergement était précédemment de 45 €

La chambre observe que l'avis du CTE n'a pas été formellement obtenu sur le recours à la procédure, en violation des dispositions précitées.

B. SUR LE FONDEMENT DU RECOURS AU BEH

Selon l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat (dans sa version modifiée par la loi n°2008-735 du 28 juillet 2008 – date antérieure à l'envoi à la publication de l'avis d'appel public à la concurrence), « *les contrats de partenariat donnent lieu à une évaluation préalable (...) faisant apparaître les motifs de caractère économique, financier, juridique et administratif qui conduisent la personne publique à engager la procédure de passation d'un tel contrat. (...) Cette évaluation comporte une analyse comparative de différentes options, notamment en termes de coût global hors taxes, de partage des risques et de performance, ainsi qu'au regard des préoccupations de développement durable (...)* ».

Le II du même article précise que « *les contrats de partenariat ne peuvent être conclus que si, au regard de l'évaluation, il s'avère que, compte tenu de la complexité du projet, la personne publique n'est pas objectivement en mesure de définir seule et à l'avance les moyens techniques répondant à ses besoins, que le projet présente un caractère d'urgence, lorsqu'il s'agit de rattraper un retard préjudiciable à l'intérêt général affectant la réalisation d'équipements collectifs ou bien encore que, compte tenu soit des caractéristiques du projet, soit des exigences du service public dont la personne publique est chargée, soit des insuffisances et difficultés observées dans la réalisation de projets comparables, le recours à un tel contrat présente un bilan entre les avantages et les inconvénients plus favorable que ceux d'autres contrats de la commande publique* ».

Le compte-rendu de la CME du 24 octobre 2007 note que l'avantage majeur du BEH est qu'il n'impactera pas la section d'investissement de l'établissement qui est, parallèlement à cette opération, engagé sur une opération de très grande ampleur que constitue la construction du nouvel hôpital. De plus, il souligne que la charge annuelle de la redevance BEH ne sera due qu'à compter de la date de mise à disposition du bien, c'est-à-dire 2012 pour le centre gérontologique du Chalonnais et 2015 pour l'EHPAD. Par courrier du 7 mars 2008⁵¹, le directeur de l'ARH reconnaît le bien-fondé de ces arguments.

La chambre observe que la justification du recours au BEH pour éviter l'endettement facial est contraire au cadre posé par l'ordonnance du 17 juin 2004 (article 2), même dans sa rédaction antérieure au 30 juillet 2008, pour le recours aux contrats de partenariat. Elle souligne également que l'ARH ne disposait d'aucun élément juridique ou réglementaire lui permettant d'inciter le centre hospitalier à avoir recours au BEH pour ce motif.

⁵¹ Cité également dans le courrier du 16 août 2010 de la directrice de l'ARS portant avis sur le projet de BEH.

Le rapport d'évaluation du 25 octobre 2007 met en avant la complexité du projet, pour justifier le recours au BEH. La difficulté résiderait dans le fait de confier la réalisation des deux EHPAD, avec un décalage dans le temps⁵², à un seul prestataire. Le rapport énonce que cela impose au centre hospitalier de disposer, en interne, d'une organisation efficace pour mener à bien une double analyse, d'une programmation unique cohérente pour assurer un suivi rigoureux des délais.

Si le fait de mener de front le double projet d'EHPAD et la construction du nouvel hôpital peut effectivement présenter une difficulté due à l'accumulation de la charge de travail, il paraît cependant beaucoup plus délicat de considérer que cela puisse en soit constituer une complexité supplémentaire. L'argument de la complexité issue du dédoublement du projet peut en outre être renversé dans la mesure où, dès lors que le centre hospitalier souhaite deux constructions relativement identiques, l'ensemble des marchés qui auraient été nécessaires en solution maîtrise d'ouvrage publique (MOP) aurait pu être globalisé pour les deux EHPAD sur le principe d'une tranche ferme et d'une tranche conditionnelle comme le BEH le propose lui-même. La complexité du projet se trouve en réalité beaucoup plus fréquemment liée à la taille du chantier, et donc à son volume financier ; or, dans le cas présent, le coût global de construction des deux EHPAD est nettement inférieur à celui de l'hôpital dont le projet a été mené selon la procédure des marchés publics.

Le motif d'urgence n'est pas directement retenu par le rapport d'évaluation. Celui-ci constate cependant que les conditions de travail des personnels et d'hébergement des résidents (chambres à 3 lits,...) ne sont pas satisfaisantes. Il apparaît ainsi une sorte d'urgence « sociale », qui ne justifie nullement, sur le plan juridique, le recours à un BEH même si elle a visiblement influencé le choix retenu notamment au regard des délais de réalisation de l'opération.

En ce qui concerne le troisième motif autorisant, juridiquement et réglementairement, le recours au BEH, le rapport d'évaluation souligne que seules la solution MOP (contrats séparés soumis au code des marchés publics et à la loi MOP) et la solution BEH semblent devoir être envisagées dans le cas d'espèce, dès lors que la délégation de service public doit être exclue au motif de l'interdiction de déléguer le service public hospitalier, que le bail emphytéotique administratif comporte des risques de requalification (marché public ou contrat de partenariat) importants car il est obligatoirement assorti d'une convention non détachable d'exploitation et que le recours aux marchés de conception-réalisation et de conception-réalisation-maintenance n'est pas recommandé en raison de la procédure d'appel d'offres qu'il induit, non adaptée à ce type d'opération⁵³. Le rapport s'est donc livré à une analyse comparative détaillée entre ces deux solutions.

L'analyse comparative des délais entre les deux procédures montre un écart de l'ordre de 10 mois que le rapport d'évaluation prend soin toutefois de pondérer. Il souligne en effet que, dans le cadre de la procédure MOP, en règle générale, le délai réel dépasse les prévisions initiales car différentes incertitudes viennent troubler le bon déroulement du projet dues

⁵² Initialement, l'extension sur le site de Chalon, incertaine au moment du lancement de la procédure, devait être réalisée avec un décalage de deux ans et demi par rapport à la reconstruction sur le site de Saint-Rémy.

⁵³ Page 17 du rapport d'évaluation

notamment à la succession de différentes étapes réglementaires, à la consultation des entreprises ou aux incertitudes liées à la réalisation des travaux. Il indique que la procédure BEH paraît, sur certains de ces aspects, plus sûre dès lors que la personne publique se montre rigoureuse dans la gestion de projet et notamment que le BEH est signé sur la base d'un niveau d'études suffisant.

En ce qui concerne les coûts de construction, l'écart entre les deux solutions s'avère minime, voire peu significatif. Le rapport avance en effet que l'écart entre les coûts d'investissement valeur novembre 2007 des deux solutions est d'environ 3 % en faveur de la solution MOP, mais l'écart entre les coûts d'investissement en valeur « date d'entrée dans les lieux » est de 1 % en faveur de la solution BEH.

Le rapport d'évaluation a, faute de données prévisionnelles fiables, retenu l'hypothèse que les coûts d'exploitation sont les mêmes dans les deux solutions. Seuls les risques associés diffèrent. Il considère également que les frais de gestion annuels de maintenance doivent être équivalents dans les deux solutions.

Le rapport d'évaluation s'est livré à une quantification des risques propres aux deux solutions en distinguant deux catégories de risques : ceux de conception/réalisation et ceux de gestion de la maintenance et de l'exploitation de l'ouvrage.

Dans le cadre d'une opération « MOP », le centre hospitalier conserve la maîtrise d'ouvrage et les risques liés à cette mission ne sont en général jamais appréciés. Dans le cadre d'un BEH, l'opérateur retenu devient le maître d'ouvrage. La personne publique lui transfère donc, de fait, les risques liés à cette mission. L'opérateur valorisera ces risques et les répercutera sur son offre.

En ce qui concerne la phase conception réalisation, le rapport a identifié des risques de surdimensionnement, des risques liés au changement de programme, des risques d'appel d'offres infructueux et de dépassement des coûts d'objectifs, des risques de défaillances d'entreprises et des risques liés aux avenants et aux transactions et actions contentieuses.

Ainsi, le rapport a considéré que les données statistiques récentes comparant les surfaces des hôpitaux privés et publics ont révélé que le rapport SDO/SU était supérieur d'environ 10 % dans les hôpitaux publics. Pour intégrer ce moins bon rendement de plan, il devient nécessaire de retenir un risque de surdimensionnement pour la solution MOP qui a été évalué à 6 % du coût de conception construction.

Il a aussi estimé que les risques de changements de programme, suite à de nouvelles demandes, sont supérieurs lors de la procédure publique en contrats séparés du stade de la conception jusqu'à la phase avant-projet détaillé (APD) et projet, du fait du délai qui sépare la première phase de consultation du début du chantier statistiquement plus long dans une procédure en contrats séparés. L'impact du changement de programme sur le coût du projet a été estimé à 5 % du coût.

Le risque de défaillance d'entreprise pour une opération lancée en lots séparés a été estimé à 3 % environ.

Les risques concernant la maintenance et l'exploitation, pour chacune des deux procédures, sont fonction de la répartition des responsabilités entre le centre hospitalier et les titulaires du contrat ; ils peuvent être liés à une maintenance insuffisante tournée essentiellement vers le curatif, entraînant un risque de contentieux et à une absence de calcul et de raisonnement en coût global pour les choix des options d'exploitation-maintenance.

Le rapport d'évaluation a notamment estimé qu'il existait un risque lié à la nécessité d'une réhabilitation lourde résultant d'une gestion publique soumise le plus souvent à des régulations budgétaires qui conduisent à amputer ou à supprimer certains programmes d'entretien et de maintenance des bâtiments ; il a estimé ce risque à 18 % du coût de la construction, ce qui est particulièrement important.

L'estimation des différents coûts des deux solutions (coûts d'investissement, coûts d'exploitation et de maintenance, coût du financement, coûts estimés des différents risques) ne sont pas pourtant directement comparables. Dans la solution MOP, les dépenses d'investissement et les risques liés interviennent en début de période (à l'exception du coût de remise en état), alors qu'avec le BEH, les dépenses d'investissement et les risques transférés au preneur sont étalés dans le temps sous forme de loyers. Pour comparer ces deux solutions dont les coûts et risques chiffrés interviennent sur une longue période à des moments différents, le rapport d'évaluation a procédé à un calcul de valeur actuarielle nette (VAN).

La valeur actuarielle nette de la solution en BEH apparaît plus faible dans deux des scénarii étudiés, ceux qui prennent en compte les coûts de risque ; en revanche, elle apparaît comme plus importante si l'on ne tient pas compte des risques dans le chiffrage. Le rapport d'évaluation en conclut que les surcoûts du financement qu'engendre la solution en BEH sont compensés par une meilleure maîtrise des risques de conception, de construction et de maintenance exploitation de l'EPS. Il estime donc que le transfert de ces différents risques dans le cas présenté et au stade de l'analyse de la VAN, s'avère favorable à la solution en BEH.

Pour l'évaluation du coût de financement des deux équipements, permettant une comparaison globale des deux modes opérationnels, le rapport d'évaluation s'est appuyé sur l'hypothèse de taux d'intérêt à 5 % en ce qui concerne une procédure en maîtrise d'ouvrage directe, ce qui s'avère élevé compte tenu des taux auxquels l'établissement a pu emprunter au cours des dernières années pour la construction de son nouvel hôpital, et à 5,5 % dans le cadre du BEH.

En conclusion, le rapport d'évaluation met en avant, pour justifier le recours à une procédure de partenariat, des délais de construction maîtrisés et plus courts, une valeur actuarielle nette inférieure dans deux des scénarii étudiés selon la nature des risques pris en compte et, compte tenu de la relative faiblesse de la capacité d'autofinancement de l'établissement en raison notamment de la construction du nouvel hôpital et de l'importance persistante des reports de charges empêchant toute marge de manœuvre au niveau du cycle d'exploitation, un montage financier plus opportun.

La chambre observe que l'analyse comparative comporte un biais principal : celui de lier nécessairement la solution d'une maîtrise d'ouvrage publique à la séparation des procédures de programmation, de conception et de travaux pour les deux EHPAD, entraînant un décalage dans le temps. Or le marché de maîtrise d'œuvre peut être unique, avec une tranche optionnelle. Il n'est pas impossible que les marchés de travaux, par lot, le soient également. L'avantage comparatif du BEH est nettement surévalué sur ce point dans le rapport d'évaluation préalable.

La chambre relève également que certaines hypothèses de coût paraissent défavorables par principe à la solution MOP. Un risque de défaillance d'entreprise de 3 % de coût des travaux (valorisé dans les hypothèses du rapport à 0,9 M€) est ainsi porté en grief à la solution MOP, en soulignant que ce risque résulte surtout de marchés conclus en lots séparés, alors-même que la comparaison s'appuie sur des coûts de travaux similaires, ce qui implique que sont pris en considération, en MOP, des macro-lots (des lots séparés permettent des prix inférieurs, qui ne sont pas pris en compte dans l'évaluation).

L'évaluation des coûts de financement a retenu une hypothèse de marge de 0,5 % sur le taux d'intérêt en solution BEH, ce qui est nettement inférieur aux marges réelles qui ont été réellement obtenues suite à l'appel d'offre et qui sont nettement supérieures à 1 % : un écart de marge de taux d'intérêt de 0,7 % de plus que l'hypothèse retenue (correspondant au niveau obtenu dans le BEH) correspond à un surcoût de 3,2 M pour un emprunt de 30 M€ sur 30 ans.

La chambre observe donc que, bien que l'analyse comparative des scénarii de construction des deux EHPAD ait été menée de façon a priori plutôt défavorable à la solution MOP, les arguments qui ressortent du rapport d'évaluation reposent essentiellement sur des considérations qui tiennent plus à la situation financière globale du centre hospitalier qu'aux avantages intrinsèques du recours à un partenariat. Ces arguments ne figurent pas dans la liste de ceux qui peuvent réglementairement justifier une procédure de partenariat public-privé. Il en demeure cependant, comme l'a évoqué le rapport d'évaluation, et comme l'a souligné l'ordonnateur, que, sans le recours au BEH, la construction des deux EHPAD aurait très certainement été différée alors qu'il était nécessaire, pour des raisons matérielles, d'engager rapidement une rénovation des établissements d'accueil des personnes âgées.

C. LA PROCEDURE DE MISE EN CONCURRENCE

L'avis d'appel à la concurrence a été publié le 22 octobre 2008 dans le JOUE et le BOAMP. L'objet du contrat comprend la conception, la construction, l'entretien maintenance et le financement des deux EHPAD. Le centre hospitalier a retenu la procédure de dialogue compétitif, pour laquelle son appréciation a posteriori reste très positive.

Les sous-programmes correspondant à chacun des deux EHPAD sont très similaires et l'organisation des locaux est très proche. Les ratios de taille de salles sont identiques pour les locaux d'hébergement. La chambre relève néanmoins que l'EHPAD de Chalon-sur-Saône comporte deux salles de kinésithérapie pour 90 places alors que celui de Saint-Rémy n'en a qu'une pour 180 places. Le nombre de places réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ASA) est identique dans les deux EHPAD (deux modules de 15 lits). La différence de SU/place entre les deux établissements provient des locaux communs administratifs, techniques et d'accueil, qui ne sont pas proportionnels au nombre de places.

Le centre hospitalier a sélectionné trois candidats avec lesquels il a mené le dialogue compétitif. Celui-ci s'est déroulé entre trois phases successives (PPO principe partenarial et organisationnel, PPS proposition prévisionnelle sommaire, PPD proposition prévisionnelle détaillée), conclues par la phase d'offres finales.

Le centre hospitalier s'est fait accompagner, dans cette démarche de dialogue compétitif, par plusieurs cabinets qui ont apporté des analyses approfondies sur les différents aspects, notamment économiques et juridiques, des offres et négociations. Les différentes phases de procédures ont vu le classement des candidats évoluer. Les offres finales s'avèrent cependant assez proches.

À l'issue de la procédure de dialogue compétitif, le centre hospitalier a retenu la société GENECOMI : société financière spécialisée dans le crédit-bail, filiale de la Société Générale. Les deux autres offres proposaient une structuration contractuelle fondée sur la création d'une société de projet.

Les projets retenus se sont donc concrétisés par la construction de l'EHPAD des Terres de Diane à Saint-Rémy, d'une capacité de 180 lits pour une surface de 9 186 m², et de l'EHPAD Bois de Menuse à Chalon-sur-Saône, d'une capacité de 90 lits pour une surface de 5 136 m².

Tableau 63 : caractéristiques générales des deux EHPAD

	EHPAD Saint-Rémy	EHPAD Chalon-sur-Saône
Taille moyenne	180 lits	90 lits
Surface dans œuvre	9 186 m ²	5 136 m ²
Surface dans œuvre par lit	49,7 m ²	57 m ²
Surface utile hébergement par lit	37,4 m ²	39,1 m ²
Surface utile hors hébergement par lit	12,3 m ²	16,4 m ²

Source : ARS

Le contrat a été signé le 2 février 2011, des actes sous seing privé ayant été établis le 27 septembre 2010. Le BEH a été conclu pour une durée initiale de 31 ans et 8 mois, à compter du 4 octobre 2010, ce qui lie l'établissement jusqu'en 2042.

III. LES ASPECTS ECONOMIQUES DU PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE

A. UNE OPERATION MARQUEE PAR DES COUTS D'INVESTISSEMENT INITIAUX ELEVES

Selon l'annexe 6 du BEH, les coûts d'investissement initiaux (conception-réalisation) se montent à 18 770 590 €HT pour Saint-Rémy et 11 688 918 €HT pour Chalon-sur-Saône. S'y ajoutent des frais de pré-exploitation pour un montant de 305 448 € pour Saint-Rémy et 50 374 € pour Chalon-sur-Saône, ainsi que des frais financiers intercalaires estimés à 728 497 € pour Saint-Rémy et 401 599 € pour Chalon-sur-Saône. Le total des coûts d'investissement initiaux, tel que porté à l'article 24.1.1 du bail, s'élève à 32 027 291 €⁵⁴.

Dans son observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social, publié en 2012, l'ANAP établit un ratio de surface de SDO par lits dont la médiane se situe à 57 m² ; ce ratio s'élève à 51 m² pour le site de Saint-Rémy et à 57 m² pour celui de Chalon-sur-Saône.

Rapporté au lit, le prix de revient de l'EHPAD de Chalon-sur-Saône (130 000 €/lit) s'avère sensiblement plus élevé que celui de Saint-Rémy (104 000 €/lit) ; il est en effet plus gourmand en surface mais aussi plus onéreux au m² comme le notait l'avis de l'ARS sur le projet de BEH du 16 août 2010. La chambre observe en effet que, rapporté à la surface de

⁵⁴ Soit un total supérieur de 81 865 € au total des coûts décomposés en début d'annexe 6.

chaque EHPAD, le coût prévisionnel s'élève à 2 031 €/HT/m² de SDO pour le premier et 2 261 €/HT/m² de SDO pour le second, soit des niveaux nettement plus élevés que ceux relevés par l'observatoire de l'ANAP qui avance un coût médian total (travaux + honoraires+ VRD) de 1 757 €/HT par m² de SDO. La chambre relève également que ce coût se montre légèrement plus important que celui avancé dans l'étude préalable qui l'estimait entre 1 500 € et 1 600 €/m² SDO HT.

B. UN PLAN DE FINANCEMENT QUI A LIMITE LES FRAIS FINANCIERS

Dans son accord préalable à la signature du BEH datant d'août 2010, l'ARS a émis une réserve sur la faisabilité financière, soulignant que la maîtrise de l'impact du loyer sur l'équilibre financier est incertaine, conditionnée à la fois par l'obtention d'une aide de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), par la capacité du centre hospitalier à valoriser la cession de son patrimoine immobilier et par une approche plus précise des dépenses des titres 1 et 3 qui n'avaient été estimées que par extrapolation. L'ARS soulignait que la demande d'aide formulée par l'établissement auprès de la CNSA avait été calculée pour permettre de limiter le prix de journée à 60 €, plafond fixé par le département de Saône-et-Loire.

L'avenant n°1 au BEH a intégré un financement par la CNSA de 1 531 200 € soit 5 % de la dépense subventionnable arrêtée à 28 834 000 €, sur un coût global d'opération de 36 307 561 € toutes dépenses confondues en valeur finale estimée. Cette participation s'est donc avérée inférieure au montant escompté ce qui a eu pour conséquence une modification du programme, en instaurant un pôle d'activité de soins adaptés (PASA) de 12 places sur le site de Saint-Rémy.

Le montant de subvention accordé par le département de Saône-et-Loire s'est élevé au total à 5 922 460 €

La vente du centre gérontologique, estimée à 5 M€ selon l'avis des Domaines, pour laquelle un cabinet a été missionné, n'a pas eu lieu. Cette recette n'est pas incluse dans le plan de financement.

Des concours financiers ont été obtenus en 2012 auprès de caisses de retraite complémentaire contre droit de placement prioritaire dans les EHPAD (avec convention de réservation). Ces concours ont soulevé une problématique de signature des conventions prévoyant une responsabilité solidaire du propriétaire et du gestionnaire en cas d'inexécution de la convention (remboursement du concours financier et pénalités éventuelles). Les caisses de retraite complémentaire ayant refusé tout aménagement de leurs conventions-types, qui aurait permis de prendre en considération le partage des rôles dans le cadre d'un BEH, le risque lié à l'obtention effective de ces aides a été entièrement supporté par l'établissement et les conventions conclues avec les caisses de retraite complémentaire ont été accompagnées de la signature dans l'avenant n° 2 au BEH d'un engagement irrévocable du centre hospitalier à « prendre en charge toutes les conséquences financières, directes ou indirectes, qui pourraient résulter de l'exécution ou de l'inexécution des conventions en question, pendant toute la durée de celles-ci ». 16 lits ont été réservés pour un total de concours de 342 296 €

Le plan initial prévoyait un financement du projet par un prêt locatif social (PLS). Ce financement intégré à l'avenant n°1 au BEH, se monte à 10 356 233 € pour l'EHPAD de Saint-Rémy et à 5 178 116 € pour l'EHPAD de Chalon (soit 57 535 € par place). Il est prépondérant dans le plan de financement, son volume étant supérieur à l'emprunt contracté par GENECOMI en propre.

L'importance des financements externes mobilisés par l'établissement pour la construction des deux nouveaux EHPAD a eu deux conséquences majeures : celle de pouvoir, d'une part, limiter le prix de journée, qui se monte à 59,93 € en 2013, inférieur à la barre des 60 € fixée par le département, et, d'autre part, contenir le montant des loyers du BEH.

Le loyer principal R1 couvre le loyer immobilier c'est-à-dire l'amortissement financier de l'investissement et des charges financières. Une part majeure du capital emprunté (15,5 M€) prend la forme d'un prêt locatif social (PLS), à taux réglementé en référence au livret A, variant, en intégrant la marge de financement, entre 3,62 et 3,12 % tel que cela ressort des tableaux prévisionnels joints au BEH.

Le solde du financement, qualifié d'emprunt « libre » dans le BEH, s'élève à 9,5 M€ (4,1 M€ pour Saint-Rémy et 5,4 M€ pour Chalon). Le taux d'intérêt utilisé en référence n'est pas indiqué. Le contrat prévoyait l'application d'une marge de financement de 1,05 % et d'une marge de swap de 0,13 % lors de la fixation du taux d'intérêt. Les montants d'intérêts « libres » par trimestre rapportés à l'encours « libre », indiqués dans les tableaux prévisionnels, reflètent un taux d'intérêt annuel de l'ordre de 4,3 % pour la part relative à Saint-Rémy et de 4,5 % pour celle relative à Chalon. Le coût des marges de financement et de swap représente ainsi plus de 25 % des intérêts « libres » (1,9 M€ sur 7,1 M€).

À titre de comparaison, il peut être rappelé que le taux moyen des prêts contractés directement par l'établissement pour financer la construction du nouvel hôpital s'est élevé à 3,9 %.

Au final, le montant prévisionnel total des loyers R1, qui correspond à la couverture de l'ensemble du coût des investissements initiaux, y compris les frais financiers, se monte à 42,32 M€ pour la durée du BEH. Cette somme est composée du montant total d'emprunt contracté de façon indirecte auprès de GENECOMI (25 M€, résultant de 32 M€ d'investissements initiaux moins 7 M€) et de 17,32 M€ d'intérêts.

C. LES DIFFERENTES COMPOSANTES DES LOYERS DU BEH

Le contrat de BEH, dans son annexe financière, décompose le loyer dont est redevable le centre hospitalier en cinq parties principales :

- R1 correspond aux annuités des emprunts : R1.1 pour l'annuité en capital (R1.1.a pour l'emprunt Société Générale et R1.1.b pour le PLS) et R1.2 charges d'intérêts (avec une sous-répartition identique) ;
- R2 est le loyer destiné à couvrir les gros entretiens et le renouvellement ;
- R3 correspond au loyer de maintenance ;
- R4 couvre le montant de la prestation nettoyage ;
- R5 comprend une indemnité de gestion et les frais d'assurance.

Outre la construction et son financement, le bail inclut le gros entretien ainsi que le renouvellement et la maintenance des équipements. Il prévoit aussi une prestation de nettoyage pour une durée limitée à trois années à compter de la date effective de prise de possession du second EHPAD »⁵⁵, au terme de laquelle le centre hospitalier pourra, après analyse comparative des coûts par un prestataire externe, mettre fin à cette prestation, la poursuivre ou demander une remise en concurrence.

⁵⁵ ce qui implique donc que la tranche conditionnelle soit affermie

Une évolution maîtrisée des parts principales du « loyer » (R1 et R2)

Au loyer principal R1 s'ajoute un loyer « GER » (gros entretien renouvellement) R2 dont les montants prévisionnels sont définis par tranche de cinq années. En totalisant les deux sites, les montants R2 passent progressivement de 23 000 € par an pendant les 5 premières années à un maximum de 565 000 € par an sur les années 16 à 20, avant de redescendre à 291 000 € puis 202 000 €. L'ajustement des loyers par période de cinq ans permet un lissage des dépenses de GER, avec un compte de trésorerie intégrant sa rémunération financière.

Outre les indexations prévues (indice de construction BT01 pour R1, uniquement au-delà d'une croissance de l'indice supérieure à 3 % l'an ; indice de construction BT50 pour R2), le contrat prévoit une progression de l'annuité R1+R2 de 1,5 % par an.

Cependant, compte-tenu des fortes variations du loyer R2 (taux de croissance moyen annuel de 17 % sur les 20 premières années, puis diminution de moitié – hors indexation sur BT50), le taux de progression de l'annuité R1+R2 permet de lisser l'annuité d'emprunt sur la durée du BEH.

Une offre maintenance, de gros entretien et de renouvellement s'appuyant sur des justifications détaillées

Le loyer « maintenance » R3 présente une base fixe pour toute la durée du contrat (186 000 € par an pour le site de Saint-Rémy, 112 000 € pour le site de Chalon-sur-Saône), avec une indexation sur l'indice du coût horaire du travail secteur industries mécaniques et électriques, en augmentation annuelle de 2,5 % en juillet 2012, et sur l'indice FSD2, agrégat de divers indices INSEE de production⁵⁶.

L'offre de maintenance et gros entretien comporte des tableaux détaillés des prestations et renouvellements d'équipements prévus. Ces tableaux permettent au centre hospitalier de contrôler l'adéquation des montants des loyers aux besoins réels ainsi que l'utilisation conforme des fonds.

Une part maintenance assortie de mécanismes d'incitation aux effets limités

Les mécanismes d'incitation à la performance, visant notamment la consommation énergétique, font l'objet de développements dans les annexes 9 et 20 du BEH.

L'examen des clauses d'intéressement et de pénalités révèle un niveau d'incitation et de risque réel pour le cocontractant trop limité.

L'incitation à la performance énergétique consiste en un système de bonus/malus qui permet de porter à la charge du cocontractant un surplus supérieur à 8 %⁵⁷ des consommations par rapport aux valeurs de références, tandis qu'une économie supérieure à 8 % verrait son bénéfice partagé entre le centre hospitalier et la société GENECOMI. Cependant, la valeur de référence est déterminée par rapport à une simulation thermique sur laquelle s'engage le

⁵⁶ indices EBIQ (énergie, biens intermédiaires, biens d'équipements), TCH (transports, communications et hôtellerie) et ICC (indice du coût de la construction)

⁵⁷ La fourchette d'application diverge entre l'annexe 9 qui pose un principe autour de +/- 10 % et l'annexe 20 qui détaille les mécanismes en référence à un seuil de +/- 8 %.

cocontractant dans son offre uniquement pour la 1^{ère} année. À compter de la deuxième année, cette valeur de référence est ajustée pour tenir compte des consommations effectivement constatées. En conséquence, en-dehors de la 1^{ère} année, la valeur de référence pour le système d'intéressement aux performances énergétiques n'est pas déterminée à partir d'une valeur-cible, qui pourrait constituer une incitation au constructeur à réaliser un bâtiment économe en énergie. Il s'agit donc tout au plus d'un mécanisme permettant de diminuer l'effet d'une forte variation inter-annuelle.

Outre la consommation énergétique, l'annexe 20 du BEH détaille plusieurs mécanismes d'incitation à la performance, relatifs à la construction des EHPAD, à la maintenance et à l'usage.

Un mécanisme de pénalisation porte sur la livraison des bâtiments, en cas d'indicateurs de performance non corrigibles (qualité environnementale du bâtiment, acoustique, niveaux d'éclairage, ascenseurs, puissance électrique, rendement des installations de production de chaleur, taux de couverture solaire de la production d'eau chaude sanitaire, surfaces). Chacun des items comporte une formule de pénalisation, sous forme de % forfaitaire du coût des travaux (montant au m² pour le respect des surfaces) ou d'écart de coût prévisionnel réactualisé. L'application de ces formules porte le maximum de pénalités à 6,6 % du coût des travaux HT.

La chambre considère que ces mécanismes d'incitation et de pénalisation sont insuffisants.

Une prestation d'entretien encadrée tardivement et de façon peu contraignante

Un loyer « service » R4 (prestation de nettoyage) a été rajouté à l'avenant n° 2 du 29 octobre 2012 qui est intervenu après la livraison du premier EHPAD, celui de Chalon-sur-Saône, le 17 septembre 2012 et qui détermine les modalités de réalisation des prestations de nettoyage, le niveau de performance attendu (et pénalités afférentes) et le calcul du loyer R4.

Le loyer annuel de nettoyage est arrêté à 385 080 €HT pour Saint-Rémy (64 % du total – 2 140 €par place) et à 214 920 €HT pour Chalon-sur-Saône (36 % du total – 2 390 € par place : + 12 % par rapport à Saint-Rémy), soit un total de 600 000 €HT (50 000 € par mois), en nette diminution par rapport à l'évaluation initiale du BEH. La formule d'actualisation fait intervenir : ICHTrev-TS⁵⁸ (0,8) et FSD3⁵⁹ (0,2) – avec une clause plafonnant la révision à un maximum de 3 % par an. Les annexes explicitent les coûts de prestations justifiant le montant du loyer (fréquences de passage selon les pièces) et détaillent les prestations effectuées lors des passages, ainsi que les zones de criticité et horaires de passage.

Un loyer « autres » R5 est destiné à couvrir les frais de gestion (15 000 € par an, indexé) et primes d'assurance (refacturation à l'euro, sur la base d'un montant initial de 16 000 € par an).

⁵⁸ indice du coût horaire du travail révisé – tous salariés

⁵⁹ indice frais et services divers – module de référence n°3

Au final, un loyer global dont le montant va peser lourdement sur l'équilibre financier du budget annexe des EHPAD

Le loyer total estimé, porté à l'avenant n° 2 du BEH (signé le 29 octobre 2012), se monte à un peu plus de 1,9 M€ pour les deux EHPAD en année pleine (hors part R4 de loyer relative à la prestation d'entretien). Selon l'échéancier actualisé à la livraison des EHPAD, hors indexation, le montant du loyer total annuel varie de façon limitée pour atteindre 2,1 M€ en 2041.

L'échéancier global du contrat a peu changé entre le BEH initial et l'avenant n° 2. Le montant total des emprunts a été réévalué pour tenir compte de financements externes inférieurs aux estimations basses. À l'inverse, le volume de financement sur PLS s'est révélé presque deux fois plus élevé que l'estimation initiale : cela a eu pour effet de diminuer de la charge d'intérêt et de lisser le loyer sur la durée du contrat.

L'équilibre de la charge du loyer global (hors entretien) est cependant nettement défavorable à l'EHPAD de Chalon-sur-Saône qui, avec une capacité deux fois moindre que l'EHPAD de Saint-Rémy, se voit attribuer un loyer dans un rapport de 2/3. Le loyer annuel (hors entretien) pour 2014 revient à 6 355 € par place à Saint-Rémy et à 8 692 € par place à Chalon-sur-Saône.

Compte tenu des nouvelles dispositions comptables applicables à la M21 pour les BEH à partir du 1^{er} janvier 2012⁶⁰, la part de loyer relative à l'annuité d'emprunt (R1.1) doit être imputée à la section d'investissement. Comptablement, le loyer de gros entretien (R2) correspond également à des charges d'investissement, réalisées sous forme d'avances. La charge pesant sur la section de fonctionnement du budget E s'élève ainsi (hors prestation d'entretien R4) à 1,3 M€ au début du contrat puis diminue régulièrement.

La chambre observe que le recours au BEH a sans conteste un impact négatif sur l'équilibre financier du budget annexe des EHPAD, alors même que la situation financière du centre hospitalier est durablement fragilisée par la construction du nouvel hôpital.

⁶⁰ Le plan des comptes des budgets annexes médico-sociaux (dont budget E EHPAD) de la nomenclature M21 fait ainsi apparaître un compte « 61232 Part fonctionnement – baux emphytéotiques », tandis que sur le plan des comptes du budget principal, on relève le C/16752 « Dettes – baux emphytéotiques » et le C/2352 « Part investissement – baux emphytéotiques ».

ANNEXES

Annexe 1 : Évolution des provisions pour risques et charges

<i>Solde des comptes (€)</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1515 Provisions pour pertes de change			15 474	14 098	97 246	94 704	0
6865 Dot prov ch fin (H)			15 474		83 148		
7865 Rep prov risques charges finan (H)				1 376		2 541	94 704
1518 Autres provisions pour risques	77 318	77 318	0	0	1 100 000	0	0
68151 Dotations provisions risques (H)					1 100 000		
78151 Reprise sur provisions risques (H)						1 100 000	
78151 Reprise sur provisions risques (E)			77 318				
1572 Prov gros entret grdes révisions	37 838	19 338	838	10 000	43 897	31 550	231 550
68157 Dotations prov ch rep plus ex (H)							200 000
68157 Dot prov ch à répartir pl ex (E)	37 000						
78157 Rep prov charg répartir pl ex (E)		18 500	18 500	838			
68157 Dot prov ch à répartir pl ex (C)				10 000	33 897		
78157 Rep prov charg répartir pl ex (C)						12 347	
158 Autres provisions pour charges	51 000	51 000	118 650	32 294	123 155	3 957 347	2 017 100
68151 Dotations provisions risques (H)					89 500		
68158 Dotations provisions charges (H)						1 834 941	940 000
78151 Reprise sur provisions risques (H)						89 500	
78158 Rep sur prov autrs charg (H)							757 841
68158 Autres provisions charges (E)			70 000	25 100	33 655	2 067 223	
78158 Rep sur prov autrs charg (E)			2 350	111 456	32 294		2 100 878
68158 Autres provisions charges (C)						21 528	
78158 Rep sur prov autrs charg (C)							21 528

Source : comptes financiers (compte provisoire pour 2012)

Annexe 2 : Évolution des provisions pour risques et charges

	2009	2010	2011	2012	2012/2010
PRODUITS D'EXPLOITATION					
Production vendue	3	5	3	2	-63%
Produits de l'activité	8 165	8 384	8 252	9 544	14%
Subv exploitation et participations	346	854	3 435	2 033	138%
Reprises amort, dépréc et provisions	112	32	0	2 101	NS
Autres produits de gestion courante	128	97	145	100	2%
Total produits d'exploitation (I)	8 754	9 372	11 834	13 779	47%
CHARGES D'EXPLOITATION					
Achats stockés autres approvisionnements	369	346	335	42	-88%
Achats non stockés de mat et fourn	194	165	166	253	53%
Services extérieurs et autres	1 951	2 467	3 044	6 229	152%
Impôts, taxes sur rémunérations	492	554	556	587	6%
Charges de personnel	5 282	5 526	5 727	6 109	11%
Dotations aux amortissements immob.	231	219	198	373	71%
Dot amort, prov, dépr risques et charges	25	34	2 067	0	NS
Autres charges de gestion courante	1	1	1	1	0%
Total charges d'exploitation (II)	8 544	9 311	12 095	13 978	50%
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (III=I-II)	210	60	-260	-199	
CHARGES FINANCIERES					
Intérêts et charges assimilées	23	15	10	240	
Total charges financières	23	15	10	240	
RÉSULTAT FINANCIER (IV)	-23	-15	-10	-240	
RÉSULTAT COURANT (V=III+IV)	188	45	-271	-438	
PRODUITS EXCEPTIONNELS					
Produits except op gestion exerc antér	20	7	21	132	
Produits except : opérations en cours	0	0	0	53	
Reprises sur provisions réglementées	0	18	0	50	180%
Total produits exceptionnels (VI)	20	25	21	234	854%
CHARGES EXCEPTIONNELLES					
Charges except.exercice courant	0	0	0	342	
Charges except. exercices antérieurs	115	6	40	154	
Charges except. sur opérat.en capital	0	1	0	0	
Dotations provisions règlementées	0	0	50	6	
Total charges exceptionnelles (VII)	115	7	90	502	
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL (VIII= VI-VIII)	-95	18	-70	-268	
Total des produits (IX=I+VI)	8 774	9 396	11 855	14 014	49%
Total des charges (X=II+IV+VII)	8 682	9 333	12 195	14 720	58%
EXCÈDENT OU DÉFICIT (IX-X)	92	63	-340	-706	

Annexe 3 : Évolution du haut de bilan entre 2009 et 2012

BIENS				
<i>Montants exprimés en K€</i>	2009	2010	2011	2012
<u>Biens stables</u>				
Immobilisations incorporelles	761	992	1 726	2 099
Immobilisations corporelles	198 794	265 159	293 756	315 159
Immobilisations financières	27	27	29	29
Charges à répartir	511	436	363	296
Total des biens stables (2)	200 093	266 614	295 874	317 583
FDR d'investissement négatif (2 -1)	20 608	29 088	21 082	21 322
Report à nouveau déficitaire	12 534	14 441	15 547	16 744
Ecart conversion actif	14	97	95	0
<i>Résultat comptable (déficit)</i>	1 915	725	1 203	459
Biens stables d'exploitation (4)	14 463	15 263	16 845	17 203
FDR d'exploitation négatif (4- 3)				
FDR net global négatif	3 193			
FINANCEMENTS				
<u>Financements stables</u>				
Apports - dotations (c/102; 229)	12 339	13 293	13 293	13 296
Excédents affectés à l'investissement	7 018	7 028	7 061	7 068
Subventions d'investissement	250	217	417	9 501
Emprunts et dettes assimilées (hors ICNE)	110 340	165 145	219 765	240 681
Amortissements	49 538	51 843	34 256	25 715
Total des financements stables (1)	179 485	237 526	274 792	296 261
Report à nouveau excédentaire	239	124	230	327
Réserve de trésorerie (10685)	3 315	3 315	3 315	3 315
Réserve de compensation	32	130	372	263
Provisions pour risques et charges	56	1 364	4 084	2 249
Provisions règlementées	28 151	41 882	51 718	47 097
Autres dépréciations (hosp consultants)	85	243	500	150
Financements stables d'exploitation (3)	31 878	47 058	60 219	53 401
FDR d'exploitation positif (3-4)	17 415	31 795	43 374	36 198
FDR net global positif		2 707	22 292	14 876

Annexe 4 : Évolution du besoin de fonds de roulement et de la trésorerie

	2009	2010	2011	2012
Stocks	1 030	1 088	1 399	1 450
Hospitalisés et consultants	1 500	1 386	1 843	2 659
Caisse pivot (hors créance article 58)	11 382	16 854	19 611	15 082
Autres créances d'exploitation	1 588	2 532	15 641	7 524
Mutuelles et autres tiers payants	3 849	3 785	4 925	6 355
Créances admises en non-valeur	890	738	738	0
Créances diverses	47	51	162	63
Dépense à classer - prime remboursement obligations	107	5	228	145
Biens d'exploitation (6)	20 393	26 439	44 547	33 278
Besoin en fonds de roulement (6-5)		3 034	22 343	15 510
Disponibilités	302	378	703	863
Montant des liquidités (8)	302	378	703	863
TOTAL ACTIF	235 251	308 694	357 969	368 927
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	4 437	5 318	7 854	6 454
Dettes fiscales et sociales	10 587	11 419	8 645	9 468
Avances reçues	4 808	3 017	885	311
Dettes sur immobilisations	3 252	3 321	3 509	827
Autres dettes diverses	309	300	670	633
Recettes à classer	23	30	641	75
Financements d'exploitation (5)	23 416	23 405	22 204	17 768
Excédent financement d'exploitation (5 - 6)	3 023			
fonds déposés	167	178	149	229
ICNE	305	527	605	1 268
Financement à court terme (7)	472	705	754	1 497
Trésorerie négative (7 - 8)	170	327	51	634
TOTAL PASSIF	235 251	308 694	357 969	368 927

Annexe 5 : Évolution de l'absentéisme

		2009	2010	2011	2012	2012/ 2009
Nombre total de journées d'absence	Jours	40 048	37 314	38 311	43 960	10%
<i>Taux d'absentéisme toutes absences confondues</i>	%	7,64%	7,03%	7,03%	7,20%	-6%
Pour maladie (I)	Jours	20 283	19 655	19 858	20 294	0%
	<i>Taux</i>	3,87%	3,70%	3,64%	3,32%	-14%
Pour longue maladie et congés de longue durée (II)	Jours	8 067	6 317	5 699	6 142	-24%
	<i>Taux</i>	1,54%	1,19%	1,05%	1,01%	-34%
Pour accident du travail (III)	Jours	1 646	2 400	3 241	3 994	143%
	<i>Taux</i>	0,31%	0,45%	0,59%	0,65%	110%
Pour maladie professionnelle (IV)	Jours	732	489	1 749	1 282	75%
	<i>Taux</i>	0,14%	0,09%	0,32%	0,21%	50%
Total raison médicale (I+II+III+IV)	Jours	30 728	28 861	30 547	31 712	3%
	<i>Taux</i>	5,86%	5,44%	5,60%	5,19%	-11%
Pour maternité, adoption	Jours	8 480	7 629	6 845	12 072	42%
	<i>Taux</i>	1,62%	1,44%	1,26%	1,98%	22%
Pour congés paternité	Jours	92	123	216	176	91%
	<i>Taux</i>	0,02%	0,02%	0,04%	0,03%	
Pour congés autorisés (exceptionnels)	Jours	748	701	703	0	
	<i>Taux</i>	0,14%	0,13%	0,13%	0,00%	

Source : centre hospitalier

Ce tableau a été réalisé en retenant la méthode de calcul préconisée par l'instruction DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Le taux d'absentéisme est calculé par le rapport du nombre de jours d'absence du personnel (hors congés, RTT, jours fériés, repos hebdomadaires, et hors absences pour formation et autres autorisations d'absence) au nombre des ETP moyen sur l'année x 365 ; il est exprimé en pourcentage. Le nombre d'ETP moyen de l'année est calculé en additionnant le nombre d'équivalents temps plein à la fin de chaque mois de l'année, le tout divisé par 12. Le nombre d'ETP moyen sur l'année est à multiplier par 365, y compris les années bissextiles.

Ce mode de calcul, appliqué avec effet rétroactif pour chacune des années mentionnées au tableau, diffère sensiblement de celui qui était utilisé antérieurement à l'instruction de 2013, pour lequel le dénominateur du rapport était le nombre d'ETP multiplié par 209 jours travaillés. De ce fait, avec un dénominateur sensiblement plus important, le taux d'absentéisme se trouve automatiquement facialement réduit. Ainsi, dans les documents préparatoires à la mise en œuvre du projet de performance, il est fait état d'un taux d'absentéisme de 4,8 % pour l'année 2012 alors que, calculé selon les directives de l'instruction de 2013, ce taux ne ressort qu'à 3,32 %, comme mentionné dans le tableau précédent.

Annexe 6 : Comparaison entre prévisions à l'ETPR et réalisations

		2010	2011	2012
Personnel médical				
Effectif prévu à l'ETPR en ETP		152,05	161,62	169,78
Effectif réel		148,51	156,48	173,04
Différence réalisé - prévision	en ETP	-3,54	-5,14	3,26
	en %	-2%	-3%	2%
Rémunérations prévues à l'ETPR (hors charges) en K€		9 305	9 964	10 750
Rémunérations versées en K €		9 445	10 122	11 096
Différence réalisé - prévision	en K€	140	158	346
	en %	2%	2%	3%
Coût unitaire / agent prévision ETPR en €		61 197 €	61 651 €	63 317 €
Coût unitaire agent réalisé en €		63 598 €	64 686 €	64 124 €
Différence réalisé - prévision	en €	2 401	3 035	807
	en %	4%	5%	1%
Personnel non médical				
Effectif prévu à l'ETPR en ETP		1 277,50	1 329,80	1 462,40
Effectif réel		1 285,91	1 342,25	1 479,52
Différence réalisé - prévision	en ETP	8,41	12,45	17,12
	en %	1%	1%	1%
Rémunérations prévues à l'ETPR (hors charges) en K€		35 785	38 185	41 389
Rémunérations versées en K €		36 360	38 456	42 645
Différence réalisé - prévision	en K€	575	271	1 256
	en %	2%	1%	3%
Coût unitaire / agent prévision ETPR en €		28 012 €	28 715 €	28 302 €
Coût unitaire agent réalisé en €		28 276 €	28 650 €	28 824 €
Différence réalisé - prévision	en €	264	-64	521
	en %	1%	0%	2%

Source :ETPER et comptes financiers 2010 à 2012 - doc CH 2012 ETP rémunérés

Annexe 7 : Évolution des effectifs du centre hospitalier y compris des EHPAD

CH de Chalonsur Saône (global)	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Variation 2012/2007	
	effectif total	ETP total	effectif total	ETP total										
Personnels médicaux et internes														
personnels médicaux	158	118,87	160	123,55	165	125,48	165	130,68	180	137,03	200	157,13	27%	32%
internes	19	19	23	23	26	26	28	28	32	32	37	37	95%	95%
Total personnels médicaux	177	137,87	183	146,55	191	151,48	193	158,68	212	169,03	237	194,13	34%	41%
Personnels non médicaux salariés														
services de soins	1051	976,3	1047	972,1	1130	1067,8	1139	1076,48	1243	1159,61		1276,14	-100%	31%
hors services de soins	396	372	397	372,5	436	414,4	435	411,01	469	441,16		459,98	-100%	24%
Total personnels non médicaux	1447	1348,3	1444	1344,6	1566	1482,2	1574	1487,49	1712	1600,77	1833	1736,12	27%	29%
TOTAL GENERAL	1 624	1 486,17	1 627	1 491,15	1 757	1 633,68	1 767	1 646,17	1 924	1 769,80	2 070	1 930,25	27%	30%

Source : SAE 2007 à 2011 et CH Chalons pour 2012