



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES

Les observations définitives présentées dans ce rapport ont été arrêtées par la
Chambre régionale des comptes d'Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine,
devenue au 1^{er} janvier 2017 Chambre régionale des comptes Grand Est,
lors de sa séance du 30 novembre 2016.

Sommaire

SYNTHESE	3
1. LA PROCEDURE	5
1.1 Les conditions du contrôle	5
1.2 La direction du centre hospitalier de Langres.....	5
2. PRESENTATION GENERALE	5
2.1 Le centre hospitalier de Langres et son environnement	5
2.2 Les caractéristiques du territoire	6
2.3 Les orientations stratégiques du CH de Langres.....	7
3. L'ACTIVITE.....	8
3.1 Analyse des sources du département d'information médicale (DIM)	8
3.2 La valorisation de l'activité	12
4. LA FIABILITE DES COMPTES	13
4.1 Les provisions.....	13
4.1.1 Les provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisations	13
4.1.2 Les provisions relatives au compte épargne- temps.....	14
4.1.3 Les provisions pour gros entretien ou grandes révisions (compte 1572)	16
4.1.4 Les autres provisions pour charges (compte 158)	16
4.1.5 Les provisions liées aux créances irrécouvrables.....	17
4.2 L'inventaire des immobilisations et les amortissements	17
4.3 Le rattachement des charges et des produits à l'exercice	18
4.3.1 Le rattachement des charges	18
4.3.2 Le rattachement des produits	18
4.4 Les reports de charges	19
4.5 Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser	19
5. L'ANALYSE FINANCIERE	20
5.1 Evolution des recettes et des dépenses d'exploitation du budget principal	21
5.1.1 Les produits.....	21
5.1.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)	21
5.1.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)	22
5.1.1.3 Les autres produits	22
5.1.2 Les dépenses.....	23
5.1.2.1 Les dépenses de personnel (titre 1).....	23
5.1.2.2 Les dépenses à caractère médical et pharmaceutiques (titre 2)	24
5.1.2.3 Les dépenses à caractère hôtelier	25
5.1.2.4 Les dépenses d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4).....	25
5.2 Les soldes intermédiaires de gestion	25
5.3 La capacité d'autofinancement	26
5.4 Le financement des investissements	27
5.5 L'analyse bilancielle	28
6. LE PERSONNEL	28
6.1 Le personnel médical.....	28
6.2 L'organisation du temps de travail médical	29
6.2.1 La commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS)	29
6.2.2 Le tableau général annuel de service	30
6.2.3 Les tableaux de service nominatifs mensuels.....	30
6.2.4 La permanence des soins	31
6.2.5 Le coût des médecins remplaçants	32

6.3	Le personnel non médical.....	33
6.4	L'absentéisme.....	33
7.	LE PARTENARIAT ENTRE LE CH LANGRES ET LA CLINIQUE DE LA COMPASSION	34
7.1	Les objectifs du partenariat et l'historique du groupement d'intérêt économique (GIE)	34
7.2	La gouvernance du GIE	35
7.3	Les modalités de la répartition des charges entre les partenaires	35
8.	L'EHPAD.....	37
8.1	L'état des lieux avant la nouvelle construction	37
8.2	Le nouveau projet	37
8.3	Le financement du projet	37
	RAPPELS DU DROIT	39
	RECOMMANDATIONS.....	39
	ANNEXE 1 : Effectifs en ETPR	40

CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES
EXAMEN DE LA GESTION
(à compter de l'exercice 2009)

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

SYNTHESE

Le centre hospitalier (CH) de Langres a une zone d'attractivité de 12 000 habitants environ et dispose de 252 lits et 73 places. Ses activités, pour la partie sanitaire, sont la médecine, les urgences, les soins continus, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et les soins de suite et de réadaptation. Le centre hospitalier de Langres gère, sous forme de budgets annexes, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) entièrement neuf et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Le budget principal est d'environ 25 M€ et l'établissement connaît depuis 2009 une situation déficitaire qui s'est aggravée en 2013 et 2014 de l'ordre d'un million d'euros, les charges croissant plus vite que les recettes. Si l'effectif médical et non médical n'a que très peu progressé sur la période 2009-2014, la croissance des charges de personnel est importante, en particulier pour les médecins. En effet, les rémunérations des médecins augmentent de 34 % et les dépenses liées à la permanence des soins de 44 %, même si l'agence régionale de santé (ARS) de Champagne-Ardenne, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé en 2012 avec l'établissement, a prévu dans une annexe n° 2 de financer la permanence des soins liée à la bonne exécution du service public.

Le centre hospitalier, situé dans le sud de la Haute-Marne, se situe dans un environnement marqué par un vieillissement progressif de la population. Le directeur du CH de Langres dirige également les centres hospitaliers de Chaumont et de Bourbonne-les-Bains. Une coopération entre ces trois établissements est indispensable. Le directeur a pour mission de mettre en œuvre un projet médical de territoire favorisant la complémentarité entre les établissements et également de mutualiser les fonctions support pour rechercher des économies d'échelle et développer leur efficacité. La chambre estime que cette recherche de complémentarité devrait concerner la fonction « DIM » (Département d'Information Médicale) et également la fonction gestion des ressources humaines afin de fiabiliser les données et sécuriser les procédures.

Le centre hospitalier connaît une stagnation de son activité et une baisse de la valorisation de son activité. Il devra dans les mois qui viennent redéfinir sa stratégie et se restructurer. Des réflexions devront être conduites sur la baisse des capacités de lits de médecine et la mutualisation des compétences, la création de lits identifiés en court séjour gériatrique, l'avenir de la maternité et de la pédiatrie, compte tenu de la faible activité et du déficit constatés. Le nombre d'accouchements est tout juste de 300 par an, seuil à partir duquel la question du maintien de l'activité se pose. Ces deux disciplines connaissent par ailleurs une fragilité de leur démographie médicale conduisant l'établissement à faire appel à des médecins contractuels temporaires dont le coût est élevé avec des modalités de rémunération non conformes aux dispositions réglementaires.

Le centre hospitalier devra améliorer la fiabilité de ses comptes, notamment la gestion des provisions, l'inventaire de son patrimoine, le rattachement des charges et des produits aux exercices concernés.

Depuis 1997, le centre hospitalier a développé un partenariat avec la clinique la Compassion et a créé un groupement d'intérêt économique (GIE) pour mettre en commun la gestion des blocs opératoires, la stérilisation centrale, la pharmacie, le but étant de sécuriser les activités chirurgicales et l'obstétrique. La convention constitutive et les avenants successifs ont défini les modalités de la gouvernance du GIE. Il en est de même des clés de répartition des charges entre les établissements et avec le GIE. La gestion s'est écartée des stipulations prévues dans les clauses contractuelles et ce, tant en matière de gouvernance que de répartition des charges. Sont ainsi facturés à l'hôpital

les frais de gestion du GIE et la participation à hauteur de 50 % aux charges de personnel de la clinique. Ceci conduit à une surfacturation au détriment du CH de Langres de l'ordre de 400 000 € par an. Le directeur du CH de Langres affirme que la clinique de la Compassion et l'hôpital souhaitent rénover le cadre juridique de leur coopération.

Enfin, un nouvel EHPAD de 133 lits a été construit. Malgré des aléas de chantier, le coût de la construction a été maîtrisé et le prix de journée est passé progressivement de 43,03 € en 2007 à 60 € en 2015.

L'EHPAD constitue sans doute pour le CH de Langres un atout qui devrait lui permettre de développer une filière complète en gériatrie en intégrant également la création de lits identifiés de court séjour gériatrique au sein des unités d'hospitalisation de l'hôpital.

1. LA PROCEDURE

1.1 Les conditions du contrôle

La chambre régionale des comptes de Champagne-Ardenne, Lorraine a examiné la gestion du centre hospitalier de Langres depuis 2009 jusqu'à la période la plus récente.

La lettre d'ouverture de contrôle a été adressée le 6 mai 2015 aux cinq ordonnateurs successifs.

Lors de sa séance du 3 février 2016, la chambre a arrêté ses observations provisoires.

Le rapport d'observations provisoires a été adressé le 1^{er} août 2016 au directeur en fonctions et à l'agence régionale de santé d'Alsace (ARS), Champagne-Ardenne, Lorraine. Des extraits de ce rapport ont été adressés aux ordonnateurs précédents pour les périodes qui les concernent et des extraits ont également été transmis aux tiers mis en cause.

L'ordonnateur en fonctions est le seul à avoir fait part de ses observations par courrier en date du 28 septembre 2016, enregistré au greffe le 29 septembre 2016.

1.2 La direction du centre hospitalier de Langres

Le centre hospitalier de Langres a connu sur la période considérée du présent examen de gestion cinq directeurs successifs, dont quatre en qualité de directeur par intérim.

A chaque fois, le directeur par intérim a été le directeur du centre hospitalier de Chaumont ou un membre de l'équipe de direction du centre hospitalier de Chaumont.

La désignation des directeurs chargés de l'intérim de direction du CH de Langres, issus du CH de Chaumont s'inscrit dans l'hypothèse du rapprochement de ces deux hôpitaux.

Le directeur actuel du centre hospitalier de Chaumont, directeur par intérim du CH de Langres et de celui de Bourbonne-les-Bains a notamment pour objectif la mise en œuvre du projet médical du territoire de santé « sud » selon le découpage effectué par l'ARS de Champagne-Ardenne¹.

Ce territoire englobe les départements de l'Aube et de la Haute Marne.

2. PRESENTATION GENERALE

2.1 Le centre hospitalier de Langres et son environnement

Le centre hospitalier de Langres appartient au Territoire de Santé « SUD ».

Le centre hospitalier de Langres, installé dans la commune de Langres qui comptabilise un peu plus de 9 000 habitants, comporte deux sites : l'un pour le centre hospitalier, l'autre pour l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

¹ La loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 (HPST) dispose que l'Agence régionale de santé définit des territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé...

Tableau 1 : Capacité d'accueil du centre hospitalier

UNITES DE SOINS	CAPACITE/LITS	CAPACITE/PLACES
MEDECINE HOSPITALISATION COMPLETE :		
- Médecine A ; pneumo, médecine polyvalente	24	
- Médecine B ; gastro-entéro, neuro	20	
- Médecine C ; cardiologie	20	
- Médecine D ; ambulatoire (prélevés gynéco)	(3)	
- Pédiatrie	8	
Surveillance continue	6	
Médecine hospitalisation de jour		4
Sous Total Médecine	78	4
Unité d'hospitalisation temporaire	4	
Gynécologie-obstétrique :	16	
- Obstétrique	13	
- gynécologie	3	
TOTAL MCO	98	4
Soins de suite et réadaptation	21	
SSR hospitalisation à temps partiel spécialité « affections cardio-vasculaires »		4
SSR hospitalisation à temps partiel spécialité « affections respiratoires »		2
TOTAL SSR	21	6
TOTAL SANITAIRE	119	10
EHPAD	133	24
- Hébergement permanent	130	
- Hébergement temporaire	3	
- Accueil de jour		10
- PASA (inclus dans les 130 lits)		14
SSIAD		34
ESAD (arrêté 21/11/2011, équipe spécialisée Alzheimer à domicile)		5
TOTAL SSIAD/ESAD		39
TOTAL MEDICO SOCIAL	133	63
TOTAL ETABLISSEMENT	252	73

Source : centre hospitalier.

Selon les chiffres communiqués par le centre hospitalier de Langres, les effectifs étaient en 2014, en ETPR (effectif temps plein rémunéré) de 33,29 pour le personnel médical et de 344,20 pour le personnel non médical. En 2009, le nombre d'ETPR était de 29,67 pour le personnel médical et de 340,62 pour le personnel non médical.

2.2 Les caractéristiques du territoire

Le rapport mission d'appui rédigé à l'issue d'un audit mené en juin 2014 par l'ARS de Champagne-Ardenne avec les acteurs des centres hospitaliers de Chaumont, Langres et Bourbonne-les-Bains, mentionne que le CH de Langres dessert une population d'environ 45 000 habitants, en baisse depuis 1982 (environ 50 000 habitants à cette époque).

En 1990, la population de 0 à 59 ans représentait 75 % contre 71 % en 2011. A l'inverse, en 1990, la population de 60 ans et plus était de 25 % en 1990 contre 29 % en 2011. Cette évolution, dans le long terme, conduit à une réflexion sur l'offre de soins du centre hospitalier.

2.3 Les orientations stratégiques du CH de Langres

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM, partie 1) a été signé par le directeur général de l'agence régionale de santé le 11 décembre 2012 avec le directeur du CH de Langres de l'époque.

Les orientations stratégiques retenues sont :

- orientation n° 1 sur la situation financière : assurer la pérennité de l'établissement par le retour à l'équilibre ;
- orientation n° 2 sur les filières de soins et le parcours du patient : piloter ou participer à la coordination des filières de soins, des coopérations et de la communauté hospitalière de territoire ;
- orientation n° 3 sur la place de l'établissement dans la gradation des soins : participer aux coopérations avec les centres hospitaliers de Chaumont et de Bourbonne-les-Bains, en lien avec leurs orientations stratégiques.

Ces orientations stratégiques ont été complétées et précisées dans une deuxième partie du CPOM avec toute une série d'actions concrètes à mener pour atteindre les objectifs assignés à l'établissement.

A titre d'illustration, l'objectif n° 1 se décline en deux sous-objectifs : l'un concernant la poursuite de l'amélioration de la situation financière, l'autre le renforcement de l'offre de la médecine spécialisée selon le positionnement reconnu du CH de Langres dans le sud de la Haute Marne.

Pour le premier de ces deux sous objectifs, l'établissement avait pour obligation :

- de présenter un plan de retour à l'équilibre ;
- de produire un plan global pluriannuel de financement (PGFP) et un plan de trésorerie ;
- de développer son activité, dans la recherche de l'excellence, avec des activités rémunératrices ;
- de maîtriser ses coûts en réalisant des économies d'échelle par le développement de la coopération dans le territoire « sud » de la Haute Marne, et en optimisant la gestion des emplois et de la politique d'achat.

L'ordonnateur en fonctions a précisé que le centre hospitalier de Langres doit produire un plan de trésorerie soumis à une discussion mensuelle avec l'ARS et le trésorier de l'établissement dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

En ce qui concerne l'EPRD, les propositions de l'établissement ont fait, en 2013, l'objet de réserves de la part de l'ARS puis d'un refus en 2014 compte tenu de sa situation financière amenant l'ARS à arrêter l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) pour l'année 2014. L'ARS a également rappelé l'impérieuse nécessité de produire un plan de retour à l'équilibre.

Le 23 février 2015, l'ARS a rejeté le plan de retour à l'équilibre proposé par le centre hospitalier, à la fois en raison d'un déficit affiché persistant, mais également du déficit d'informations rendant peu crédibles les mesures envisagées par le centre hospitalier. L'ARS enjoignait au centre hospitalier de présenter, avec l'EPRD 2015, un nouveau plan de retour à l'équilibre en intégrant en particulier les préconisations suivantes :

- mutualisation des fonctions supports avec les établissements de santé avoisinants, notamment pour l'imagerie médicale, la biologie, les achats, les fonctions de direction, la stérilisation ;

- évaluation des modalités de conversion vers des prises en charge ambulatoires après une analyse des pans d'activité sur lesquels l'établissement est le plus en difficulté en matière de médicalisation et de continuité des soins ;
- adaptation des capacités d'hospitalisation par conversion des lits d'hospitalisation complète en places ambulatoires afin d'optimiser les charges de fonctionnement de l'établissement.

Le CH de Langres a noué de nombreux partenariats formalisés par des conventions tant avec d'autres établissements de santé publics, que des établissements relevant du champ médico-social. La direction a surtout développé un partenariat avec la clinique la Compassion. Cette coopération a donné lieu en 1997 à la création d'un groupement d'intérêt économique.

3. L'ACTIVITE

3.1 Analyse des sources du département d'information médicale (DIM)

Les statistiques d'activité ont été fournies par le médecin DIM du CH de Langres et servent de référence aux analyses développées dans le présent rapport.

Toutefois, on relève dans ces données des montants différents d'une année à l'autre pour la même période. Les données de la valorisation de l'activité soumise à la T2A pour le mois de décembre (M12) 2013 diffèrent selon qu'elles sont comparées à celles de M12 de 2012 ou à celles de M12 de 2014. Le tableau comporte d'autres erreurs.

Ces écarts de report d'une année à l'autre ne changent certes pas des tendances très marquées, mais posent la question de la fiabilité des données et donc des enseignements susceptibles d'être tirés de ces données médico-économiques pour conduire une stratégie d'établissement. De plus, le rapport annuel du médecin DIM, même s'il est très documenté statistiquement, ne présente aucune analyse médico-économique. Dans le contexte financier délicat dans lequel se trouve le CH de Langres, il pourrait être pertinent, dans le cadre de la direction actuelle commune aux CH de Chaumont et de Bourbonne-les-Bains, d'envisager une mutualisation de la fonction DIM entre les trois établissements. Cette mutualisation permettrait de fiabiliser les données et de créer une structure de pilotage médico-économique commune à ces trois établissements hospitaliers.

La chambre invite la direction du CH de Langres à fiabiliser les données statistiques de l'activité médicale et à envisager une mutualisation de la fonction DIM dans le cadre de la direction commune aux trois établissements.

A partir des données de décembre de chaque année (M12), il est possible d'établir des comparaisons de 2010 à 2104 sur un certain nombre d'indicateurs appliqués à l'ensemble des activités (hors EHPAD) du CH de Langres.

Tableau 2 : Indicateurs d'activité

SERVICES	ENTREES					TAUX OCCUPATION					VALORISATION ACTIVITE EN EUROS					DMS (EN JOURS)				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
HOSP DE JOUR	719	962	1061	944	942	49%	66%	72%	65%	65%	306197	407972	446242	402588	406988					
U.H.T.	692	673	642	636	783	47%	45%	46%	48%	55%	457591	410617	409762	401169	466636	0,70	0,70	0,79	0,86	0,82
MEDECINE A	1159	1272	1314	1044	956	93%	92%	94%	96%	94%	3130680	3570333	3415943	3194034	3137298	6,80	6,22	6,07	7,88	8,54
MEDECINE B	806	890	801	757	846	87%	87%	92%	93%	94%	2334805	2545190	2244312	2209591	2403564	7,90	7,12	7,88	8,56	8,01
MEDECINE C	1014	1020	1051	1035	935	89%	85%	88%	89%	91%	2547850	2592994	2552108	2566825	2385328	6,32	5,93	6,11	6,15	6,76
MEDECINE D			10	148	257				74%	90%			7081	104336	192641				0,03	0,17
U.S.C.	483	661	710	718	663	88%	83%	88%	92%	99%	896072	1254384	1635068	1465740	1592489	2,57	2,40	2,60	2,67	3,19
PEDIATRIE	324	354	370	346	349	30%	31%	36%	31%	32%	484832	476732	531009	492870	486560	2,66	2,52	2,75	2,58	2,60
GYNECO CHIR	91	126	160	138	100	42%	61%	85%	64%	56%	94085	147456	205743	159346	125504	1,18	1,31	1,45	1,04	1,47
GYNECO MED	60	77	100	92	114	16%	17%	27%	21%	31%	59465	70509	95938	82064	110147	1,83	1,42	1,64	1,78	1,88
OBSTETRIQUE	525	444	421	411	441	46%	40%	41%	36%	41%	1363082	1225451	1157931	1131033	1227587	4,33	4,40	4,40	4,20	4,13

Source : DIM

La valorisation de l'activité marque le pas, avec même des baisses successives à partir de 2012 pour bon nombre de disciplines telles que les secteurs de médecine. Le service de médecine B à orientation gastro-entérologie et neurologie connaît pour 2014 une amélioration de la valorisation de son activité. L'obstétrique maintient sa valorisation d'activité autour de 1,2 M€, sur l'ensemble des années considérées après avoir connu une forte baisse en 2011 par rapport à 2010.

Les taux d'occupation sont particulièrement faibles en pédiatrie, autour de 30 % sur l'ensemble des années observées, mais également en obstétrique avec un taux d'occupation autour de 40 %. Cette faiblesse pose la question de l'avenir de ces activités dans un environnement où la population vieillit et où le taux de fuite est important. Selon les sources Hospidiag,² (ANAP³) sur une zone d'attractivité de 12 000 habitants environ, l'obstétrique a une attractivité faible de l'ordre de 60 %. Selon les sources DIM, le nombre d'accouchements se situe juste au seuil des 300 naissances, ce qui amène à s'interroger sur la pérennité de cette activité d'autant plus qu'à une distance de 35 kilomètres le CH de Chaumont dispose d'une maternité et d'un service de pédiatrie et de néonatalogie.

Enfin, les services de médecine connaissent des taux d'occupation élevés, autour de 90 %, voire plus, mais avec des durées moyennes de séjour⁴ comprises entre 6 et 8 jours.

L'indice de performance – durée moyenne de séjour (IP-DMS), selon la définition donnée par Hospidiag, permet d'appréhender l'efficacité des établissements de santé en comparant leurs durées moyennes de séjours. Il traduit les dysfonctionnements organisationnels : poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des admissions et des sorties, délai de remise en état d'un lit après une sortie, organisation bloc-service, etc.

L'IP-DMS relatif à la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (IP-DMS MCO) rapporte le nombre de journées de court séjour (M, C et O) réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques pour des prises en charge de pathologies identiques. Le nombre de

² Outil d'aide à la décision, porté par l'ANAP, permettant de comparer les performances des établissements MCO.

³ Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, créée en 2009.

⁴ La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de journées réalisées par le nombre d'entrées.

jours théoriques correspond au case-mix⁵ (nombre de groupes homogènes de malades (GHM) produits) de l'établissement, multiplié par la DMS nationale de chacun des groupes homogènes de malades (GHM)⁶.

Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux (source le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014).

Ainsi, selon les sources Hospidiag, les données du CH de Langres pour les années 2010 à 2014 sont les suivantes :

Tableau 3 : pour les secteurs de médecine

IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)

	Etabl.	Région		Catégorie		Typologie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2010</u>	1.076	0.783	1.066	0.94	1.151	0.835	1.069
<u>2011</u>	0.963	0.795	1.05	0.945	1.146	0.837	1.064
<u>2012</u>	1.023	0.825	1.052	0.947	1.135	0.841	1.072
<u>2013</u>	1.12	0.832	1.084	0.936	1.131	0.84	1.075
<u>2014</u>	1.115	0.876	1.115	0.944	1.126	0.852	1.075

Source : Hospidiag

Tableau 4 : pour l'obstétrique

IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)

	Etabl.	Région		Catégorie		Typologie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2010</u>	1.055	0.908	1.055	0.919	1.062	0.938	1.059
<u>2011</u>	1.037	0.894	1.044	0.923	1.056	0.945	1.054
<u>2012</u>	1.043	0.9	1.043	0.925	1.054	0.938	1.05
<u>2013</u>	1.039	0.945	1.039	0.931	1.05	0.936	1.045
<u>2014</u>	1.039	0.897	1.029	0.927	1.047	0.936	1.041

Source : Hospidiag

Le centre hospitalier se situe dans les 20 % les moins performants par rapport à la région, mais surtout par rapport aux autres établissements de même typologie sur le territoire national, secteurs public et privé confondus.

Dans le cadre du plan d'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) (2015-2017), les objectifs régionaux de la Champagne-Ardenne sont les suivants :

- IP-DMS 0.934 pour la médecine (indice des 20 % des établissements les plus performants) ;
- IP-DMS 0.932 en obstétrique (pour le même objectif).

⁵ Le case-mix désigne l'éventail des cas pris en charge et les niveaux de gravité associés.

⁶ Le Groupe Homogène de Malades (GHM) indique les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients.

Les tableaux ci-dessous, élaborés par l'ARS de Champagne-Ardenne, permettent de voir les conséquences sur le programme capacitaire du CH de Langres selon deux hypothèses :

- 1^{ère} hypothèse : si l'établissement parvenait à avoir une IP-DMS = 1 ;
- 2^{ème} hypothèse : si l'établissement parvenait à obtenir une IP-DMS égale à la cible régionale déjà évoquée dans le cadre du plan ONDAM, inférieure à 1.

Tableau 5 : IP-DMS 1 (standard = moyen) : 1^{ère} hypothèse

nombre de journées en moins		2 532 (médecine)	67 (obstétrique)
nombre de lits en moins	TO 100 %	6,94	0,18
	TO 90 %	7,71	0,2

Source : ARS de Champagne-Ardenne

Tableau 6 : IP-DMS plan ONDAM et objectifs régionaux :
2^{ème} hypothèse (IP-DMS < 1)

nb de journées en moins		3 925 (médecine)	184 (obstétrique)
nb de lits en moins	TO 100 %	10,75	0,50
	TO 90 %	11,95	0,56

Source : ARS de Champagne-Ardenne

Pour réduire son IP-DMS, l'établissement doit diminuer ses capacités.

Ainsi la marge de manœuvre la plus importante pour l'établissement est relative à l'activité de médecine. Pour atteindre une IP-DMS égale à 1, une réduction de 7 à 8 lits est nécessaire, et de 3 à 4 lits supplémentaires pour atteindre les objectifs du plan ONDAM (IP-DMS = 0.934 en médecine) et figurer parmi les 20 % des établissements les plus efficaces.

Jusqu'en 2014, cet indicateur IP-DMS n'était pas calculé par le CH de Langres. Il apparaît pour la première fois en 2015, et s'établit en mai 2015 comme indiqué ci-dessous :

Tableau 7 : IP-DMS CH Langres

SERVICES	INDICE PERFORMANCE DMS MAI 2015
U.H.T.	1,01
MEDECINE A	1,14
MEDECINE B	1,22
MEDECINE C	1,00
MEDECINE D	1,06
U.S.C.	1,16
PEDIATRIE	0,94
GYNECO CHIR	1,23
GYNECO MED	0,83
OBSTETRIQUE	1,06

Source : DIM

Le CH de Langres est toujours au-dessus des valeurs cibles (= 1) sur les activités de médecine et d'obstétrique. La réflexion sur l'organisation médicale et le programme capacitaire reste à mener afin que l'établissement puisse améliorer son efficacité sur les durées moyennes de séjour. La réduction des lits de médecine doit être accompagnée d'une réflexion sur l'amélioration de l'organisation médicale et paramédicale afin d'éviter des séjours trop longs, générateurs de coûts et consommateurs de moyens.

Dans cette perspective l'ordonnateur, dans sa réponse, évoque l'accompagnement par l'ANAP dans le cadre du CREF pour améliorer « la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux ».

3.2 La valorisation de l'activité

Tableau 8 : Variation des recettes T2A en euros

SERVICES	2010	2011	2012	2013	2014	VAR 2011/2010	VAR 2012/2011	VAR 2013/2012	VAR 2014/2013
HOSP DE JOUR	306 197	407 972	446 242	402 588	406 988	101 775	38 270	-43 654	4 400
U.H.T.	457 591	410 617	409 762	401 169	466 636	-46 974	-855	-8 593	65 467
MEDECINE A	3 130 680	3 570 333	3 415 943	3 194 034	3 137 298	1 422 648	-154 390	-221 909	-56 736
MEDECINE B	2 334 805	2 545 190	2 244 312	2 209 591	2 403 564	210 385	-300 878	-34 721	193 973
MEDECINE C	2 547 850	2 592 994	2 552 108	2 566 825	2 385 328	531 009	-40 886	14 717	-181 497
MEDECINE D			7 081	104 336	192 641	0	7 081	97 255	88 305
U.S.C.	896 072	1 254 384	1 635 068	1 465 740	1 592 489	358 312	380 684	-169 328	126 749
PEDIATRIE	484 832	476 732	531 009	492 870	486 560	-8 100	54 277	-38 139	-6 310
GYNECO CHIR	94 085	147 456	205 743	159 346	125 504	53 371	58 287	-46 397	-33 842
GYNECO MED	59465	70509	95 938	82 064,00	110 147,00	0	25 429	-13 874,00	28 083
OBSTETRIQUE	1 363 082	1 225 451	1 157 931	1 131 033	1 227 587	-137 631	-67 520	-26 898	96 554

Source : DIM et chambre régionale des comptes

L'évolution de la valorisation de l'activité montre une situation contrastée selon les disciplines.

Les recettes d'activité tirées de la T2A sont en baisse pour de nombreuses activités et, pour bon nombre d'entre elles, le niveau 2014 est inférieur à celui de 2010. L'évolution la plus favorable est celle du service « B » (service à orientation gastro-entérologie, neurologie) et l'évolution la plus défavorable est celle du service « C » (à orientation cardiologie). Cette situation confirme la nécessité pour le CH de Langres de revoir le nombre de lits de médecine.

C'est d'ailleurs la préconisation de l'ARS de Champagne-Ardenne, dans le cadre de la 1^{ère} partie du CPOM signé le 11 décembre 2012, et de l'étude spécifique menée par la mission d'appui pour les hôpitaux de Chaumont, Langres et Bourbonne-les-Bains, mentionnée ci-dessus, avec la création de lits identifiés de court séjour gériatrique.

Pour les activités de pédiatrie et d'obstétrique, les taux d'occupation sont faibles, les niveaux d'activité atteints en 2014 sont inférieurs à 2010 et la valorisation de l'activité est à la baisse. La chambre a tenté de rapprocher les coûts de personnel, des recettes de la T2A pour ces deux activités. Le centre hospitalier ne dispose ni d'une comptabilité analytique, n'étant pas organisé en pôles cliniques, ni de comptes de résultats et d'exploitation analytique (CREA). Le calcul des charges de personnel a été réalisé à partir des fiches de paie des personnels, hors charges patronales.

En pédiatrie, les recettes T2A ne suffisent pas à couvrir les charges de personnel et en maternité-gynécologie (chirurgicale et médicale), les charges de personnel représentent 76 % des recettes T2A.

A ces charges de personnel devraient être ajoutées d'autres dépenses directes comme les médicaments, les charges hôtelières ainsi que des charges indirectes comme l'énergie, les amortissements. En l'absence de comptabilité analytique, il n'est pas possible d'évaluer toutes ces charges.

Tableau 9 : Comparaison charges de personnel aux recettes d'activité en euros

	2010		2011		2012		2013		2014	
	charges de personnel	CA T2A								
maternité - gynéco	923 572	1 516 632	938 282	1 446 416	987 618	1 468 950	1 045 066	1 372 443	1 043 477	1 372 443
pédiatrie	646 879	484 832	539 321	476 732	558 092	531 009	589 385	492 870	571 556	486 560

Source : Xémélios- rémunérations brutes

Cette analyse confirme qu'une évolution de l'offre de soins doit être envisagée dans le cadre d'un partenariat préconisé depuis de nombreuses années avec le centre hospitalier de Chaumont.

A ce propos, l'ordonnateur, dans sa réponse, précise qu'un projet médical de territoire est en cours d'élaboration avec les centres hospitaliers de Chaumont et de Bourbonne-les-Bains.

Pour l'obstétrique, des taux de fuite de plus de 20 % sont constatés en raison de l'attractivité des hôpitaux de Neufchâteau et de Dijon. Le nombre d'accouchements pour le CH de Langres baisse de 14 % entre 2009 et 2013, très proche du seuil des 300 accouchements par an en deçà duquel l'activité n'est plus considérée comme sécurisée. A l'inverse, sur la même période, le CH de Chaumont connaît une progression de cette activité de + 14 %. Dans le cadre d'une coopération territoriale, sous une direction commune, à 35 kilomètres de distance, se pose clairement la question du maintien de la maternité du CH de Langres, voire du service de pédiatrie. Une reconversion de l'activité actuelle en centre périnatal de proximité peut être une alternative pertinente en laissant au CH de Chaumont la responsabilité de la gynécologie-obstétrique en lien avec le CH de Langres.

4. LA FIABILITE DES COMPTES

Le centre hospitalier de Langres comprend un compte principal et trois comptes annexes : la dotation non affectée (DNA), l'EHPAD et le SSIAD.

4.1 Les provisions

4.1.1 Les provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisations

Le solde du compte 142 « provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations » est de 2 M€ fin 2014.

Ces provisions sont destinées à couvrir une partie des surcoûts d'exploitation induits par les nouveaux investissements. Elles permettent, lorsque les dotations budgétaires sont attribuées suffisamment en amont du programme d'investissement, d'optimiser le tableau de financement et de limiter le recours à l'emprunt.

Ces subventions doivent être provisionnées au compte 142, puis en cours d'exécution de l'opération d'investissement. Dès que les crédits budgétaires ne suffisent plus à faire face aux surcoûts de charges financières et d'amortissement, l'établissement doit procéder à une reprise de ces provisions afin de couvrir ces surcoûts.

Tableau 10 : Les provisions pour renouvellement d'immobilisations

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
solde du c/ 142 au 31/12	200 000	225 000	1 486 155	2 006 155	2 006 155	2 006 155
dotations au c/ 142 de l'année						
reprise sur provision		25 000	1 261 155	520 000		

Source : comptes financiers

Les crédits affectés à cette fin sont clairement identifiés par l'ARS.

La provision n'est justifiée que par une convention avec l'ARS datant de décembre 2011, relative à l'attribution de 857 155 € pour couvrir les frais financiers générés par la construction du nouvel EHPAD. Le centre hospitalier n'a pu, ni expliquer, ni justifier le solde de 1 149 000 €.

Dès lors, ces montants ne peuvent figurer au crédit du compte 142 « provisions pour renouvellement d'immobilisations ». Leur comptabilisation minore le résultat global et ils constituent une réserve qui n'a pas lieu d'être.

Par ailleurs, la convention prévoit un montant annuel de 140 000 € attribué pendant cinq ans, de 2012 à 2016, pour la construction du nouvel EHPAD, en compensation des frais financiers. Ces montants n'ont jamais été imputés au compte 142.

L'ordonnateur prend acte des observations et dans sa réponse s'engage, en lien avec le comptable public, à se mettre en conformité avec les dispositions prévues par le paragraphe 1.5 du chapitre 2 du tome 1 de l'instruction comptable M21 et à régulariser les sommes inscrites au compte 142 sans justification.

4.1.2 Les provisions relatives au compte épargne- temps

Conformément aux dispositions de l'article 11-1 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne temps dans la fonction hospitalière, les établissements ont l'obligation de constituer une provision pour les jours épargnés par le personnel (300 € brut par jour pour le personnel médical, 80 € pour les agents de catégorie B et 65 € pour les agents de catégorie C).

Tableau 11 : Nombre de jours inscrits en CET

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personnel non médical : nombre de jours épargnés = (a)	151	230	443	345	194	196
dont catégorie A	39	147	159	162	109	71
dont catégorie B	69	28	160	65	31	66
dont catégorie C	43	55	124	118	54	59
Personnel médical : nombre de jours épargnés = (b)	296	320	287	231	272	272
Nombre total de jours épargnés = (a) + (b)	447	550	730	576	466	468
valorisation financière y compris charges sociales	152 985	180 285	190 252	153 630	151 822	149 380

Source : centre hospitalier

Au 31 décembre 2014, le nombre de jours stockés sur les CET est de 1 767 jours pour le personnel non médical et de 2 134 jours pour le personnel médical, ce qui correspond à une valorisation de 811 645 € hors charges sociales.

Tableau 12 : Provisions pour CET

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
solde du c/ 143 au 31/12	248 665	237 665	496 916	1 273 528	1 150 065	1 394 670
dotation au c/ 143 de l'année			309 051	776 612	113 000	313 500
reprise sur provision	20 000	11 000	49 800		236 463	68 895

Source : comptes financiers

Depuis 2013, le service des finances reprend les provisions pour CET en fonction des jours indemnisés, qu'elle extrait du fichier paie, sans se préoccuper des jours récupérés. Les dotations ont été effectuées sans corrélation avec le nombre de jours stockés.

L'ordonnateur affirme avoir initié une démarche en lien avec le comptable public pour qu'à l'avenir les provisions soient en cohérence avec le nombre de jours stockés sur les CET de l'ensemble des personnels.

Par ailleurs, le volume des heures supplémentaires est important, environ 10 ETP par an, mais n'est pas valorisé. Aucune provision n'a donc été faite à ce titre.

Tableau 13 : Stocks d'heures supplémentaires dues

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre d'heures	21 885	21 235	23 500	23 940	16 982	16 502

Source : centre hospitalier

En l'absence de provision, le centre hospitalier ne peut couvrir le risque que présenterait une demande des agents aux fins d'indemnisation de ces heures supplémentaires.

L'ordonnateur, s'engage toutefois, dans le délai d'un an, à constituer les provisions nécessaires pour couvrir ce risque.

4.1.3 Les provisions pour gros entretien ou grandes révisions (compte 1572)

Le solde du compte 1572 « provisions pour gros entretien ou grandes révisions », 50 000 €, est resté inchangé depuis 2009.

La provision sur le compte 1572 est destinée à couvrir des charges d'exploitation importantes destinées à vérifier le bon état de fonctionnement des installations et à les entretenir sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement.

Ces provisions doivent être justifiées par un plan d'entretien.

Aucun justificatif n'a pu être produit.

L'ordonnateur dans sa réponse indique reprendre cette provision afin de l'affecter au litige du SMUR avec le CH de Chaumont.

4.1.4 Les autres provisions pour charges (compte 158)

Le compte 158 « autres provisions pour charges » enregistre un solde de 445 231 € en 2014.

Sur la période, il a ainsi évolué :

Tableau 14 : Évolution du compte 158 « autres provisions pour charges »

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
solde du c/ 158 au 31/12	473 175	508 704	715 201	294 633	488 454	445 231
dotation au c/ 158 de l'année	225 135	82 885	656 497	211 000	193 821	57 722
reprise sur provision	127 652	47 357	450 000	631 568		100 945

Source : comptes financiers

Une partie du solde de ce compte s'explique par :

- 90 673 € de provisions pour litige avec le CHU de Dijon pour des prestations de transports SMUR ;
- 81 333 € de provisions pour litige avec le CHU de Chaumont pour des prestations de transports SMUR, alors que d'après un tableau produit par le centre hospitalier, le litige s'élève à 1,6 M€⁷ ;
- 20 870 € de provision en cas de pannes de l'inverseur de source ;
- 54 224 € de provision suite contrôle T2A ;
- 3 498 € relatifs à une facture contestée.

Il reste sur ce compte un montant de 194 633 € qui n'a pu être expliqué.

Dans sa réponse, l'ordonnateur indique que les sommes de 54 224 € et de 3 498 €, ont été reprises au cours de l'exercice 2016 et que, d'une manière générale, les provisions qui ne sont plus identifiables seront affectées au litige avec le SMUR du CH de Chaumont.

⁷ Ce litige avec le centre hospitalier de Chaumont concerne des transports par le SMUR de Chaumont de patients du centre hospitalier de Langres vers un autre établissement. Le CH de Chaumont facture ces transports au centre hospitalier de Langres. Or celui-ci considère ces transports comme des transports secondaires définitifs (le patient n'est pas revenu à Langres ou a séjourné plus de 48 h dans l'autre établissement) et de ce fait les facturent comme des transports primaires. Les transports primaires sont financés dans le cadre des MIGAC.

4.1.5 Les provisions liées aux créances irrécouvrables

Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une provision pour dépréciation, au compte 49. Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la dépréciation constituée est reprise parallèlement à la constatation de la charge au compte 654 résultant de l'admission en non-valeur (compte 415).

Au centre hospitalier de Langres, les pertes sur créances irrécouvrables (compte 654) n'avaient jamais été provisionnées jusqu'en 2014.

Tableau 15 : Créances irrécouvrables et admission en non-valeur

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
créances irrécouvrables admises en non-valeur c/ 4152		48 007	25 977	32 511	65 587	71 699
redevables contentieux c/ 416	200 807	219 307	149 327	120 529	113 386	117 038
pertes sur créances irrécouvrables c/ 654	21 066	48 147	27 846	32 511	65 587	61 677
dépréciation des comptes de redevables c/ 491	0	0	0	0	0	45 377

Source : comptes financiers

La chambre invite l'ordonnateur à fiabiliser la constitution des provisions par l'inscription des sommes nécessaires pour couvrir des risques identifiés et à régulariser les sommes non justifiées en lien avec le comptable public.

4.2 L'inventaire des immobilisations et les amortissements

L'établissement a produit un tableau des amortissements, seul document d'inventaire dont dispose le centre hospitalier.

Ce tableau liste par compte d'immobilisation les biens amortissables de l'établissement.

Toutefois, les montants figurant sur ce tableau ne correspondaient pas à ceux portés au compte de gestion 2014.

Tableau 16 : Écarts constatés (en €)

Comptes	Compte de gestion	Tableau de l'établissement	Écart
2031 frais d'études	134 021	135 561	-1 540
2032 frais de recherche	0	12 964	-12 964
21122 terrains aménagés	38 153	0	38 153
21151 terrains affect activité hospitalière	53 188	0	53 188
21154 terrains affectés USLD	10 005	0	10 005
213518 autres IGAAC	5 962 719	5 962 899	-180
21354 IGAAC des bâtiments des USLD	410 262	409 378	884
21541 mat et outil établissement principal	5 279 599	5 279 910	-311
218314 matériel de bureau EHPAD et SSIAD	6 228	5 683	545
2186 collections et œuvre d'art	762	708	54
total			102 284

Source : chambre régionale des comptes

Le centre hospitalier ne tient aucun suivi physique.

Aussi, le centre hospitalier n'a pas une connaissance exacte de son patrimoine. La méthode utilisée pour le calcul des amortissements est annexée au compte financier. Toutefois, pour des biens de même catégorie, des durées d'amortissement différentes sont appliquées. A titre d'exemple, des chauffe-eaux ont des durées d'amortissement de 5 ou 10 ans, des chaises de 5 ou 7 ans, des antennes de 5 ans, 7 ans ou 10 ans.

L'ordonnateur précise dans sa réponse que les biens de l'EHPAD sont identifiés et répertoriés et que pour le patrimoine du centre hospitalier, l'établissement s'est engagé dans le programme « OPHELIE » qui accompagne les établissements dans la connaissance exacte de leur patrimoine.

La chambre note l'engagement de l'ordonnateur mais invite ce dernier, en lien avec le comptable public, à établir, conformément au chapitre 2 du tome 2 de l'instruction comptable M21, l'inventaire exhaustif de son patrimoine et à garantir une cohérence de la durée d'amortissement pour les biens de même nature.

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

4.3.1 Le rattachement des charges

Tableau 17 : Rattachement des charges à payer (en €)

COMPTES	2009	2010	2011	2012	2013	2014
fournisseurs factures non parvenues c/ 408	88 389	73 995	100 032	24 599	65 241	209 864
prime de service à payer c/ 4281	309 511	305 245	322 910	324 957	370 057	427 791
personnel autres charges à payer c/ 4286	4 432					
organismes sociaux autres charges à payer c/ 4386	54 235	52 501	4 844	14 074	95 503	94 175
état autres charges à payer c/ 4486			50 697	40 769		

Source : comptes financiers

Le taux de rattachement des charges rapporte le solde créditeur du compte 408 « fournisseurs-factures non-parvenues » au total des soldes débiteurs des comptes de charges 60, 61 et 62 (achats, services extérieurs, autres services extérieurs).

Bien qu'en amélioration en 2014, par rapport aux années précédentes, ce taux qui se situe aux alentours de 2,4 %, reste faible. L'amélioration constatée doit être poursuivie.

4.3.2 Le rattachement des produits

Tableau 18 : Evolution des produits à recevoir

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
produits à recevoir caisse pivot c/4182	1 146 225	1 198 507	1 167 639	1 204 655	1 142 277	1 126 411
produits à recevoir autres c/4188						67 808

Source : comptes financiers

Jusqu'en 2014, le compte 418 n'a été utilisé que pour le montant des produits de la

T2A de décembre qui n'ont pu faire l'objet d'un titre sur l'année N-1.

Le compte 487 « produits constatés d'avance », a été mouvementé pour la première fois en 2014 (567 005 €), alors qu'il doit normalement être crédité en fin d'exercice par le débit des comptes budgétaires de produits.

La chambre invite l'ordonnateur à rattacher les charges et les produits à l'exercice auxquels ils se rapportent.

4.4 Les reports de charges

L'instruction comptable M21 dispose que le compte 672 « charges sur exercices antérieurs » enregistre à son débit :

- les charges sur exercices antérieurs qui n'auraient pas pu faire l'objet d'un rattachement à l'exercice qu'elles concernent ;
- les réémissions de mandats annulés sur exercice clos.

Répondant à un double objectif de sincérité budgétaire et de qualité comptable, son utilisation doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné. Ce compte doit être utilisé à titre exceptionnel.

Tableau 19 : Les charges reportées

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
charges de personnel c/67218	41 223	64 258	46 922	52 595	66 081	171 967
charges à caractère médical c/67228	49	2 732	1 583	9 162	6 942	24 167
charges à caractère hôtelier et général c/67238	8 688	12 908	38 122	5 259	10 684	10 154
autres charges c/6728			19 774			
Total des charges reportées c/672	49 960	79 898	106 401	67 016	83 707	215 632
charges courantes (titre 1 à 3)	21 954 533	21 776 023	22 375 481	22 370 332	23 542 770	24 131 942
% par rapport aux charges courantes	0,2 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %	0,4 %	0,9 %

Source : comptes financiers

La chambre relève que le rapport entre les charges reportées et les charges courantes est élevé.

4.5 Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser

L'instruction comptable M21 précise en son tome 1 que sont inscrites au compte 471 « Les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif.

Les comptes 471 « recettes à classer ou à régulariser » et 472 « dépenses à classer ou à régulariser » enregistrent des opérations en attente qui n'ont pas été imputées directement aux comptes de charges ou de produits concernés. Ils doivent être apurés le plus rapidement possible.

L'utilisation, quasi systématique, de ces comptes, fausse en fin d'année la sincérité du résultat. En conséquence, ils doivent être soldés régulièrement et rapidement en émettant les titres et les mandats correspondants.

Tableau 20 : Evolution des recettes et des dépenses à classer

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
recettes à classer ou à régulariser c/ 471	105 840	990 269	105 110	539 963	2 556 361	6 112 778
dépenses à classer ou à régulariser c/ 472	3 477	2 457	1 209	531	32	2 626

Source : comptes financiers

Le compte 471 « recettes à classer ou à régulariser » enregistre en 2014 un montant important.

Selon le comptable, en 2014 lors de la journée complémentaire : « le CH a souhaité rectifier, en fonction d'arrêtés modificatifs produits par l'ARS, le montant de certains titres relatifs aux dotations 2014 et plutôt que d'émettre des titres complémentaires, ils ont annulé les titres originaux et réémis des titres pour le nouveau montant, certains titres originaux ayant été soldés par les dotations versées, ils se sont retrouvés basculer au compte 4714111 (excédents de versement) ».

Cette situation a contribué à augmenter le solde du compte au Trésor de l'établissement, d'où une trésorerie importante, fin 2014. Une telle situation ne saurait perdurer.

5. L'ANALYSE FINANCIERE

Compte tenu des remarques formulées ci-dessus, la présente analyse financière a été réalisée en neutralisant l'anomalie constatée au compte 471 en 2014.

Si les résultats globaux (toutes activités confondues) s'améliorent jusqu'en 2013, ils se dégradent cependant en 2014. Le budget principal a toujours été déficitaire et le déficit s'accroît depuis 2013.

Face à cette situation, l'EPRD 2014 a été arrêté par l'ARS avec des obligations imposées au CH de Langres, dont la transmission pour fin 2014 d'un plan de retour à l'équilibre.

Tableau 21 : Résultat comptable du budget principal et des budgets annexes

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
résultat budget principal	-794 088	-832 559	-289 679	-20 263	-1 058 193	-1 102 464
résultat budget : dotation non affectée	5 769	5 967	5 821	6 016	6 207	6 402
résultat budget EHPAD	124 217	219 169	239 703	7 138	1 047 673	848 031
résultat budget SSIAD	17 611	24 815	112	124	84 443	62 451
résultat général	-646 491	-582 608	-44 043	-6 985	80 130	- 185 580

Source : comptes financiers

En 2013, l'excédent de l'EHPAD s'explique essentiellement par une reprise sur amortissements de 350 695 €.

Cette reprise a été demandée par le comptable de façon à annuler les amortissements qui avaient été pratiqués depuis 2010 sur les études et le début des travaux de l'EHPAD. Une première phase de travaux avait eu lieu jusqu'en 2009.

En 2010, l'ordonnateur, présentant l'arrêt des travaux, a demandé que ceux déjà réalisés (2,4 M€) soient amortis sur 20 ans. A la reprise des travaux en 2013, tous les travaux effectués ont été remis en travaux en cours et, en conséquence, l'amortissement a été repris, l'opération globale étant amortie à l'achèvement des travaux.

La construction du nouvel EHPAD s'est terminée en 2014. Les charges d'amortissement ainsi que les frais financiers des emprunts souscrits n'ont pas encore été imputés sur les exercices 2013 et 2014.

Le budget principal représentant plus de 80 % des dépenses et des recettes de l'établissement, l'analyse financière porte uniquement sur celui-ci.

5.1 Evolution des recettes et des dépenses d'exploitation du budget principal

5.1.1 Les produits

Les recettes totales d'exploitation du budget principal ont augmenté 9 % de 2009 à 2014 passant de 22,8 M€ à 24,8 M€.

Tableau 22 : Evolution des produits

en €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	16 700 156	16 527 171	18 056 592	17 473 816	16 595 399	17 162 341
titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière	2 700 714	2 721 126	2 949 359	3 025 822	2 893 604	3 016 138
titre 3 : autres produits	3 406 284	3 094 492	3 226 832	3 902 278	4 621 818	4 687 952
total des produits	22 807 154	22 342 789	24 232 783	24 401 916	24 110 821	24 866 431

Source : comptes financiers

5.1.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

Les produits du titre 1 représentent 66 % du total des recettes du centre hospitalier en 2014 et constituent donc sa principale ressource.

Après avoir diminué en 2013, le titre 1 progresse de 566 943 € en 2014.

Tableau 23 : Produits détaillés du titre 1

en €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
tarification des séjours	10 426 662	10 666 808	11 543 017	11 633 946	11 180 321	11 431 609
médicaments facturés en sus des séjours	643 919	492 735	486 977	448 842	463 916	437 974
dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	170 384	140 459	167 153	135 339	218 709	141 905
forfaits annuels	799 940	799 940	799 940	801 220	801 220	801 220
DAF	1 408 581	1 440 918	1 870 374	1 438 443	1 521 966	1 761 945
MIGAC	2 119 831	1 786 213	1 908 760	1 629 867	1 019 051	1 062 387
prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	1 130 839	1 200 098	1 280 371	1 386 159	1 390 216	1 497 217
produits sur exercices antérieurs						28 085
total titre1	16 700 156	16 527 171	18 056 592	17 473 816	16 595 399	17 162 342

Source : comptes financiers

Les recettes liées à la tarification des séjours et aux prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique sont en augmentation, respectivement, de 251 288 € et de 107 000 €.

La hausse de la dotation annuelle de financement s'explique par une attribution

supplémentaire de l'ARS pour financer les nouvelles places en soins de suite et de réadaptation cardio-respiratoire.

La baisse importante des dotations relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) est compensée par le fonds d'intervention régional (FIR).

5.1.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)

Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) ont progressé de 11,6 % sur la période.

Tableau 24 : Produits détaillés du titre 2

en €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
produits activité hospitalière complète	1 295 741	1 265 715	1 345 591	1 436 780	1 304 667	1 391 767
produits activité hospitalière incomplète	3 927	6 611	10 753	7 845	4 833	10 242
produits prestations à tarification spécifique	541 353	561 770	605 472	673 686	692 794	677 935
forfaits journaliers MCO	402 032	463 655	472 083	502 632	495 409	494 287
forfaits journaliers SSR	100 688	120 996	117 018	116 874	122 562	117 108
prestations soins délivrées aux patients étrangers	155 566	112 578	193 389	121 342	126 238	188 775
prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement	201 407	189 672	205 052	166 663	147 101	136 024
produits à la charge de l'Etat, collectivités territoriales et autres organismes publics		129				
total titre 2	2 700 714	2 721 126	2 949 358	3 025 822	2 893 604	3 016 138

Source : comptes financiers

5.1.1.3 Les autres produits

Les autres produits augmentent de 37,6 % sur la période, grâce à la progression des produits de rétrocession de médicaments, des ventes de produits fabriqués et des subventions d'exploitation reçues.

Tableau 25 : Produits détaillés du titre 3

en €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
remboursement de charges de personnel	1 145 310	1 095 484	1 018 919	892 216	901 574	1 101 859
variation des stocks	347 279	327 046	328 019	360 281	305 711	265 932
ventes de produits fabriqués	531 562	529 894	506 792	574 595	657 914	774 851
rétrocession de médicaments	460 716	428 757	508 754	422 502	651 011	736 998
remboursement frais des budgets annexes	223 827	217 190	237 273	227 950	256 592	196 027
production immobilisée	34 541			6 595		25 449
subventions exploitations	894			325 114	1 172 098	1 025 898
autres produits de gestion courante	304 062	314 781	499 442	361 964	344 239	282 270
produits financiers	15					
produits exceptionnels	210 426	122 984	117 673	60 101	103 342	205 168
reprise sur amortissement et provisions	147 652	58 356	9 960	670 960	229 338	68 195
RRRO						5305
total titre 3	3 406 284	3 094 492	3 226 832	3 902 278	4 621 819	4 687 952

Source : comptes financiers

L'augmentation des subventions d'exploitation s'explique par l'attribution, à partir de 2012, de recettes du fonds d'intervention régional⁸. Le centre hospitalier a perçu 1 M€ à ce titre en 2014.

Les remboursements de frais des budgets annexes sont en diminution en 2014, du fait de la prise en charge des consommations pharmaceutiques et des fournitures médicales directement par le budget annexe de l'EHPAD.

5.1.2 Les dépenses

De 2009 à 2014, les dépenses d'exploitation connaissent une progression de 10 %. Sur la même période elles croissent plus vite que les produits d'exploitation.

Tableau 26 : Evolution des dépenses d'exploitation

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
titre 1 : charges de personnel	14 539 531	14 627 166	15 073 471	15 022 089	15 972 013	16 675 247
titre 2 : charges à caractère médical	4 304 364	4 016 009	4 215 108	4 079 487	4 375 275	4 483 894
titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	3 110 638	3 132 849	3 086 901	3 268 757	3 195 483	2 972 801
titre 4 : charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	1 646 709	1 399 324	2 146 982	2 051 847	1 626 243	1 836 954
total des charges	23 601 242	23 175 348	24 522 462	24 422 180	25 169 014	25 968 896

Source : comptes financiers

5.1.2.1 Les dépenses de personnel (titre 1)

En 2014, les charges de personnel représentent 64 % des charges d'exploitation.

Tableau 27 : Evolution des charges de personnel

en €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
charges de personnel	14 539 531	14 627 166	15 073 471	15 022 089	15 972 013	16 675 247
<i>dont rémunération du personnel médical c/ 642</i>	<i>2 472 018</i>	<i>2 594 915</i>	<i>2 821 446</i>	<i>2 766 484</i>	<i>3 071 526</i>	<i>3 312 732</i>
<i>dont rémunération du personnel non médical c/641</i>	<i>7 152 220</i>	<i>7 122 060</i>	<i>7 228 270</i>	<i>7 252 190</i>	<i>7 474 768</i>	<i>7 621 977</i>
<i>dont personnel extérieur à l'établissement</i>	<i>162 855</i>	<i>144 377</i>	<i>67 509</i>	<i>47 259</i>	<i>129 141</i>	<i>192 531</i>

Source : comptes financiers

Les produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité n'augmentent que de 2,7 %. Sur la même période, les charges de personnel ont progressé de 14,7 %. Pour une activité qui est sensiblement la même qu'en 2009, le centre hospitalier a vu ses charges de personnel croître de plus de 2 M€.

⁸ Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

Tableau 28 : Evolution détaillée des rémunérations du personnel médical

en €	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 à 2014
personnel médical							
praticiens temps plein et temps partiel c/6421	1 015 661	1 136 708	1 375 508	1 502 425	1 555 445	1 666 008	64 %
praticiens attachés c/6422	24 267	25 689	58 543	52 444	52 220	97 925	
praticiens contractuels c/6423	616 423	597 530	547 619	409 938	425 982	393 918	
indemnités access internes-étudiants c/6424	15 379	30 786	25385	40293	43212	22 952	
Total PDES et TTA dont :	800 287	804 201	814 390	761 384	994 667	1 131 929	41,4 %
permanence des soins c/6425	764 318	735 415	768 794	715 828	945 276	1 067 248	39,6 %
tta c/6426	35 969	68 786	45 596	45 556	49 391	64 681	79,8 %
Total Général	2 472 017	2 594 914	2 821 445	2 766 484	3 071 526	3 312 732	34 %

Source : comptes financiers

Alors que les dépenses de personnel non médical augmentent de 6,6 %, la masse salariale du personnel médical a progressé de 34 %.

Cette situation est due à une forte progression de la masse salariale des praticiens à temps plein ou à temps partiel (+ 64 %), du fait du recrutement de 3,62 ETPR (équivalent temps plein rémunéré) et de l'intégration dans le statut de praticien hospitalier de médecins contractuels.

Cette évolution est due aussi à la croissance des dépenses liées à la permanence des soins (+ 41,4 %).

Toutefois, l'ARS de Champagne-Ardenne, dans l'annexe n° 2 du CPOM, contribue à financer des gardes au titre de missions du service public, par un financement FIR. Concernant le CH de Langres, les activités prises en compte sont la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie – maternité adulte et la pharmacie. Ce soutien financier représente environ 280 000 € par an. L'ARS prend également en charge, par l'intermédiaire du CH de Langres, le coût de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux pour la chirurgie orthopédique, la chirurgie viscérale et l'imagerie pour environ 170 000 € par an. Le CH de Langres, sur ses moyens propres, assure des astreintes en médecine et en cardiologie.

5.1.2.2 Les dépenses à caractère médical et pharmaceutiques (titre 2)

Les dépenses à caractère médical et pharmaceutiques représentent en 2014, 17,2 % du total de charges d'exploitation. La sous-traitance générale, après avoir diminué en 2012 et 2013, progresse de nouveau en 2014.

Tableau 29 : Evolution des charges du titre 2

en €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
produits pharmaceutiques et produits à usage médical	1 533 684	1 449 405	1 618 624	1 445 490	1 594 164	1 587 970
fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	892 978	880 959	966 802	948 239	1 018 703	946 169
variations des stocks à caractère médical	240 535	246 720	237 530	244 155	261 880	241 307
fournitures médicales	24 078	20 417	32 003	122 992	110 060	89 503
Sous-traitance générale	1 362 751	1 161 713	1 099 059	1 030 771	1 095 031	1 305 605
locations à caractère médical	45 042	49 999	58 137	67 651	89 854	96 006
entretiens et réparations de biens à caractère médical	205 296	206 795	202 953	220 189	205 583	217 334
total titre 2	4 304 364	4 016 008	4 215 108	4 079 487	4 375 275	4 483 894

Source : comptes financiers

5.1.2.3 Les dépenses à caractère hôtelier

Les dépenses à caractère hôtelier baissent en 2014, du fait de la diminution des achats non stockés résultant de la renégociation du marché de l'exploitation de chauffage. Depuis 2014, le centre hospitalier effectue un travail sur une meilleure imputation des factures sur les budgets annexes.

Tableau 30 : Evolution des charges du titre 3

en €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
achats stockés autres approvisionnement	351 719	301 251	353 916	359 524	322 254	297 449
variations des stocks	88 673	100 558	89 516	83 864	98 401	64 404
achats non stockés matière et fournitures	768 711	819 571	850 952	890 139	921 732	806 758
services extérieurs	532 986	540 462	533 203	507 374	499 261	511 896
autres services extérieurs	1 229 263	1 165 716	1 101 779	1 255 677	1 160 764	1 087 839
impôts et taxes	106 964	110 642	113 903	123 874	119 173	120 201
autres charges	32 322	94 648	43 632	48 304	73 898	84 253
total titre 3	3 110 638	3 132 848	3 086 901	3 268 756	3 195 483	2 972 800

Source : comptes financiers

5.1.2.4 Les dépenses d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4)

Tableau 31 : Evolution du titre 4

en €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
charges financières	103 221	67 445	65 021	52 595	42 806	58 004
charges exceptionnelles	101 939	188 636	182 972	162 418	182 159	320 705
dotation aux amortissements, aux provisions	1 441 549	1 143 243	1 898 989	1 836 833	1 401 278	1 458 245
total titre 4	1 646 709	1 399 324	2 146 982	2 051 846	1 626 243	1 836 954

Source : comptes financiers

Les charges financières sont en diminution jusqu'en 2013, puis elles augmentent en 2014, à la suite de la souscription, en 2013, d'un prêt relais de 2,5 M€.

Le montant du titre 4 fluctue en fonction des dotations aux provisions.

5.2 Les soldes intermédiaires de gestion

La valeur ajoutée, différence entre les produits bruts d'exploitation et les consommations intermédiaires, s'établit à 14,9 M€ en 2014. Elle progresse de 1 M€ par rapport à 2013, sous l'effet d'une augmentation des produits bruts et d'une baisse des consommations intermédiaires.

L'excédent brut d'exploitation (EBE) correspond à la valeur ajoutée diminuée des charges de personnel et des impôts et augmentée des subventions d'exploitation. En 2014, il s'établit à 235 026 €. Après avoir connu une forte augmentation en 2011 due à une progression des produits bruts d'exploitation, l'EBE devient négatif en 2013 (- 34 971 €) sous l'effet de l'augmentation des charges de personnel.

La marge brute représente les ressources dégagées pour financer les dotations aux amortissements des immobilisations et les intérêts de la dette. Au CH de Langres, la marge brute suit l'évolution de l'EBE. Excepté en 2011 et 2012, elle ne couvre pas la dotation aux amortissements. Cela signifie que l'exploitation courante de l'établissement ne permet pas de faire face aux conséquences des investissements passés et qu'aucune ressource n'est dégagée pour de nouveaux investissements. Pour pouvoir couvrir les obligations actuelles (dotations aux amortissements et frais financiers), l'établissement devrait améliorer sa marge brute d'au-moins 700 000 €.

Tableau 32 : La marge brute

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
dotations aux amortissements	1 016 414	1 035 358	1 026 569	1 060 222	1 097 080	1 079 021
frais financiers	103 221	67 445	65 021	52 595	39 057	58 004
total	1 119 635	1 102 803	1 091 590	1 112 817	1 136 137	1 137 025
marge brute	494 529	385 426	1 729 670	1 300 523	235 370	433 043

Source : comptes financiers

Le résultat d'exploitation correspond à la marge brute majorée des reprises sur amortissements et provisions et diminuée des dotations aux amortissements et provisions. Ce résultat, négatif en 2009 et 2010, devient positif en 2011 et 2012, pour de nouveau se dégrader en 2013 et 2014 (- 957 007 € en 2014).

Le résultat net, différence entre le total des recettes et le total des dépenses d'exploitation, est déficitaire sur toute la période avec une nette dégradation depuis 2013.

Tableau 33 : Le résultat net

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
résultat d'exploitation	- 619 368	- 685 461	513 604	911 261	- 1 075 908	- 957 007
produits financiers	15	0	0	0	0	0
charges financières	103 221	67 445	65 021	52 595	42 806	58 004
résultat courant	- 722 574	- 752 906	448 583	858 666	- 1 118 714	- 1 015 011
produits exceptionnels	230 426	133 984	127 633	60 101	332 680	233 253
charges exceptionnelles	301 939	213 636	865 894	939 030	272 159	320 705
résultat net	- 794 087	- 832 558	-289 678	- 20 264	-1 058 193	- 1 102 463

Source : comptes financiers

5.3 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) résulte de la différence entre les produits de fonctionnement encaissables et les charges de fonctionnement décaissables. Elle permet de financer les investissements et de couvrir le remboursement du capital des emprunts.

Tableau 34 : Capacité d'autofinancement des budgets consolidés

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
capacité d'autofinancement	801 027	798 908	2 886 541	2 085 984	990 664	1 226 692
remboursement en capital de la dette c/d 16	2 960 067	481 485	498 364	483 232	487 021	490 988 ⁹
capacité d'autofinancement nette	- 2 159 040	317 423	2 388 177	1 602 752	503 643	735 704

Source : comptes financiers

⁹ Il n'a pas été tenu compte du remboursement du prêt relais de 2,5 millions d'euros.

Tableau 35 : Capacité d'autofinancement du budget principal

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
capacité d'autofinancement	452 698	298 136	1 576 181	1 141 593	106 026	275 827

Source : comptes financiers

La CAF du budget principal ne représente que 10,7 % de la CAF consolidée pour 2013 et 22,4 % pour 2014.

La capacité d'autofinancement des budgets annexes (notamment de l'EHPAD) a contribué à couvrir les annuités de la dette.

5.4 Le financement des investissements

Le financement des investissements a été analysé pour l'ensemble des budgets.

Sur la période en examen, les immobilisations se sont élevées à 25,6 M€, dont le nouvel EHPAD pour 20,5 M€.

Tableau 36 : Tableau de financement

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
titre 1 : remboursement des dettes financières	2 960 067 ¹⁰	481 485	495 364	483 232	487 021	2 990 988
titre 2 : immobilisations	869 021	3 084 359	1 983 147	2 162 957	10 742 267	6 799 758
titre 3 : autres emplois		420	1 246	235	1 540	
total des emplois	3 829 088	3 566 264	2 479 757	2 646 424	11 230 828	9 790 746
capacité d'autofinancement brute	801 027	798 908	2 886 541	2 085 984	990 664	1 226 692
titre 1 : emprunts	2 500 000				7 500 000	11 976 231
titre 2 : dotations et subventions		36 205	1 054	11 605	420 000	300 000
titre 3 : autres ressources	58 562	2 573 605	127 095	4 544	3 032 877	4 229
total des ressources	3 359 589	3 408 718	3 014 690	2 102 133	11 943 541	13 507 152
apport (+) ou prélèvement (-) au fonds de roulement	-469 499	-157 546	534 933	-544 291	712 713	3 716 406

Source : comptes financiers

En 2009, 2010 et 2012, les ressources d'investissement n'ont pas couvert les emplois, obligeant l'établissement à un prélèvement sur le fonds de roulement en fin d'exercice. L'établissement a eu recours à l'emprunt en 2013 et 2014 pour financer la construction du nouvel EHPAD.

En 2013, un prêt relais de 2,5 M€ a été contracté en attendant la consolidation des emprunts souscrits pour les travaux de l'EHPAD, la trésorerie de l'établissement ne permettant pas d'assurer le paiement des fournisseurs.

¹⁰ Le CH avait souscrit en 2007 un emprunt de 10 500 000 € sur 30 ans dans le but de financer la restructuration de l'EHPAD, à un taux d'intérêt fixe de (4,07 %). La phase de mobilisation s'étalait du 18/06/2007 au 30/01/2009. Une 1^{ère} mobilisation avait été faite en 2007 pour 2 500 000 €. Compte tenu des difficultés du dossier EHPAD, le CH a procédé au remboursement total de cet emprunt en 2009, soit 2 500 000 € et a souscrit un nouvel emprunt d'un montant de 2 500 000 € sur 20 ans, avec un taux d'intérêt indexé (index EURIBOR 1 mois + marge 0,57, soit au 30/12/2009 : 1,04 %).

5.5 L'analyse bilancielle

Le fonds de roulement net global (FRNG) est la somme du fonds de roulement d'investissement (FRI) et du fonds de roulement d'exploitation (FRE). Il correspond à la différence entre les ressources stables et les emplois stables.

Tableau 37 : Analyse du fonds de roulement

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fonds de roulement d'investissement	2 157 649	2 851 662	2 106 118	737 331	2 152 884	5 834 694
Fonds de roulement d'exploitation	1 752 400	900 839	2 181 316	3 005 811	2 302 971	2 337 567
Fonds de roulement net global	3 910 049	3 752 501	4 287 434	3 743 142	4 455 855	8 172 261
BFR	3 456 049	3 095 403	4 268 079	3 578 830	3 469 581	2 020 729
Trésorerie	453 999	657 098	19 355	164 312	986 273	6 151 533

Source : comptes financiers

Le fonds de roulement d'investissement est positif sur toute la période, les ressources stables étant supérieures aux emplois. Avec la construction du nouvel EHPAD, ceux-ci augmentent, mais sont couverts par de nouveaux emprunts.

Le FRE augmente, notamment en 2012, du fait de la constitution de provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisations et pour CET.

En 2014, le FRNG atteint 8,1 M€ soit un apport de plus de 3,7 M€ par rapport à 2013, provenant quasi exclusivement du FRI.

6. LE PERSONNEL

6.1 Le personnel médical

L'évolution des effectifs médicaux

De 2009 à 2014, les effectifs du personnel médical ont augmenté de 3,62 ETPR (équivalents temps plein rémunérés).

Tableau 38 : Personnel médical en ETPR

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
praticiens hospitaliers temps plein	12,47	13,35	15,89	17,30	17,05	18,21
praticiens hospitaliers temps partiel	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	3,88
praticiens contractuels temps plein	7,03	6,84	6,03	4,19	4,59	5,56
praticiens contractuels temps partiel	1,13	1,50	0,32			0,01
faisant fonction d'interne	0,62	1,40	1,26	1,59	2,05	1,3
attachés temps plein					1	1
attachés temps partiel	2,43	2,78	4,23	3,54	1,92	1,66
assistants	2,49	1,62	2,00	2,67	2,66	1
pharmacien		0,50	1,00	1,00	1	
médecin coordonnateur					0,13	0,67
total	29,67	31,99	34,73	34,29	34,40	33,29

Source : centre hospitalier

Sur la période, le nombre des praticiens contractuels, des attachés et des assistants diminue au profit des praticiens hospitaliers (+ 5,74 ETPR).

Cette situation se répercute sur les charges de personnel médical. La rémunération des praticiens contractuels baisse alors que la rémunération principale des praticiens hospitaliers augmente (+ 619 741 €). La direction de l'établissement a la volonté de conforter une démographie médicale fragile et pour cela mène une politique de fidélisation de ses médecins contractuels en facilitant leur intégration dans le statut de praticien hospitalier.

Tableau 39 : Évolution de la rémunération du personnel médical (budgets consolidés)

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
praticiens temps plein et temps partiel	1 055 673	1 178 040	1 426 646	1 502 425	1 564 583	1 675 414
praticiens contractuels renouv de droit	24 267	25 689	58 543	52 444	52 220	97 925
praticiens contractuels sans renouv de droit	616 423	597 530	567 756	438 938	473 313	411 913
rémunérations statut et indem access internes	12 022	27 672	25 385	32 368	40 566	27 365
gardes des internes	3 357	3 114		7 926	2 646	
permanence sur place intégrée aux oblig de serv	297 345	278 647	275 715	275 018	271 977	293 562
permanence sur place temps de travail additionnel	205 040	185 269	196 591	134 618	211 773	216 659
permanences de soins par astreinte	261 933	271 499	296 488	306 192	461 526	557 027
TTA de jour	35 969	68 786	45 596	45 556	49 391	64 681
total	2 512 029	2 636 246	2 892 720	2 795 485	3 127 995	3 344 546

Source : comptes financiers

L'indemnisation de la permanence sur place liée aux obligations de service est restée stable. En revanche, l'indemnisation de la permanence des soins par astreinte qui inclut la rémunération forfaitaire des médecins remplaçants, a plus que doublé.

6.2 L'organisation du temps de travail médical

L'article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 précise que l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique est préparée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS). Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale est arrêtée annuellement par le directeur puis déclinée nominativement tous les mois (article R. 6152-26 du code de la santé publique).

6.2.1 La commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS)

La mise en place d'une COPS est obligatoire et, selon les dispositions des articles 6 à 8 de l'arrêté ci-dessus mentionné, elle est chargée :

- de définir annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins ;
- de proposer un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes ;
- de donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins ;
- de donner un avis sur les conventions de coopération ;
- d'établir un bilan annuel.

Elle est composée de personnels médicaux, dont la commission médicale d'établissement arrête le nombre et les modalités de désignation.

Au centre hospitalier de Langres, la COPS ne s'était plus réunie depuis 2010. Elle a cependant été réactivée avec une première réunion le 2 février 2016.

6.2.2 Le tableau général annuel de service

La circulaire DHOS/M2/2003 n° 219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires précise que les établissements doivent disposer d'un tableau général annuel de service.

Ce tableau, établi par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement (CME), doit définir, pour chaque service, la période de jour et la période de nuit. Il doit également définir l'organisation annuelle prévisionnelle des activités et le besoin de temps de présence médicale par demi-période pour chaque service, en tenant compte des variations de l'activité au cours de l'année.

Sur l'ensemble de la période contrôlée, le centre hospitalier ne dispose pas de tableau général annuel de service. L'ordonnateur, dans sa réponse, précise que la question de l'élaboration de ce tableau annuel général de service sera soulevée lors d'une prochaine réunion de la COPS.

La chambre demande que ce tableau annuel général de service soit établi.

6.2.3 Les tableaux de service nominatifs mensuels

A partir du besoin de temps médical, un tableau de service nominatif prévisionnel est arrêté par le directeur.

L'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique, précise que le tableau de service nominatif mensuel doit comporter l'indication détaillée des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile, en précisant, à chaque fois, le nom et la qualité du praticien qui en est chargé.

A la fin de chaque période mensuelle, le tableau de service prévisionnel est réajusté en fonction de la présence effective des praticiens. Le versement de la rémunération statutaire et des différentes indemnités est conditionné par la constatation du service fait sur la base de ce tableau.

Une analyse des tableaux de service mensuels réalisés pour l'année 2014 a été effectuée. Aucun tableau de service n'est signé par le directeur.

Des tableaux de service (anesthésie, médecine, les urgences, SSR) ne sont jamais signés. Aucune décision administrative du directeur ne désigne de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle, ce qui rend l'organisation médicale peu lisible. L'ordonnateur a initié la procédure de désignation des chefs de service.

En cardiologie, un praticien fait son propre tableau de service et le signe. En médecine, un praticien figure sur les tableaux de service, mais certains mois, rien n'est rempli. Il est donc difficile de déterminer les heures de présence de ce praticien.

En pédiatrie, d'après les tableaux de service, des praticiens contractuels ne viennent que pour effectuer des astreintes de nuit, si du temps de travail est effectué en journée, il n'apparaît pas.

En médecine, des praticiens remplaçants ne sont pas mentionnés sur les tableaux de

service.

Les praticiens contractuels aux urgences ne sont pas inscrits sur les tableaux de service.

En médecine, les tableaux de service réalisés de janvier à août 2014 sont tous datés du 9 septembre 2014. De septembre à décembre 2014, ils sont datés du 30 juillet 2015. Les tableaux de service 2014 des anesthésistes portent tous la date du 29 juillet 2015, ceux du service ORL, la date du 4 décembre 2014, ce qui démontre que ces tableaux ne sont pas produits mensuellement.

Au vu de ce qui précède, la chambre constate que les tableaux de services ne sont pas rigoureux, ce qui rend impossible la vérification du service fait.

Elle souligne en outre que les tableaux de service annuel et mensuels sont indispensables pour permettre le paiement des indemnités d'astreinte et de temps de travail additionnel.

L'ordonnateur, dans sa réponse, précise que désormais, chaque service établit un tableau prévisionnel de service transmis à la direction dans les délais réglementaires : tableau du mois n+1 transmis pour le 20 du mois.

Ces tableaux intègrent l'ensemble des praticiens, y compris les médecins mis à disposition et les médecins remplaçants. Les positions d'activité de chacun des médecins sont précisées : présence de jour, astreintes, congés annuels, RTT, formation.

Ces tableaux sont signés par la directrice déléguée de l'établissement et une copie est renvoyée aux praticiens des services concernés.

Le tableau prévisionnel est réajusté en fin de période avec les modifications intervenues.

6.2.4 La permanence des soins

L'organisation de la permanence des soins est définie par note de service. Elle s'établit ainsi :

services	type d'astreinte	indemnisation
médecine - cardiologie - anesthésie	astreinte opérationnelle	indemnité d'astreinte + déplacements au réel avec forfait d'une demi-période additionnelle pour une présence supérieure à 3 heures
pédiatrie	astreinte opérationnelle	indemnité forfaitaire
gynécologie	astreinte opérationnelle	indemnité d'astreinte + forfait déplacement avec coefficient de 1,2 déplacements par astreintes
laboratoire	astreinte opérationnelle	indemnité d'astreinte + déplacement au réel
pharmacie	astreinte de sécurité	indemnité d'astreinte + déplacement au réel

		un praticien récupère ses astreintes
--	--	---

Les activités médicales et pharmaceutiques sont organisées en un service quotidien de jour du lundi au samedi matin et un service relatif à la permanence des soins pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

A l'hôpital de Langres, au service de la pharmacie, le samedi matin n'est pas inclus dans le cadre des obligations statutaires des praticiens. Si nécessaire, un pharmacien est appelé. Il est alors rémunéré en temps de travail additionnel (une demi-journée de TTA pour deux déplacements). Or, le temps de travail additionnel est la période assurée au-delà des obligations de service et ne peut donc pas concerner les activités du samedi matin.

La chambre rappelle que le samedi matin est inclus dans le cadre des obligations statutaires des praticiens hospitaliers et qu'en conséquence l'organisation du temps de travail des pharmaciens doit être revue.

Dans le service de pharmacie en 2014, un praticien attaché a été recruté pour huit demi-journées par semaine et mis, pour la totalité de son service, à disposition de l'hôpital de Bourbonne-les-Bains. Toutefois, ce praticien intervenait de manière quasi systématique le mercredi à l'hôpital de Langres et il était alors rémunéré en temps de travail additionnel. La chambre relève que ce praticien intervenait pour la totalité de son temps contractuel dans un autre établissement, alors qu'il avait été recruté par l'hôpital de Langres qui, dès lors, le rémunérait, pendant ses activités, le couvrait en matière de responsabilité civile, d'accident du travail, d'accident de trajet et de maladie professionnelle. De plus, l'intervention récurrente de ce praticien compte tenu des besoins du CH de Langres, employeur principal, aurait dû être couverte par son contrat et non par du temps de travail additionnel.

Cette pratique a cessé après le départ du praticien de l'établissement.

6.2.5 Le coût des médecins remplaçants

La réglementation permet le recrutement de praticiens contractuels en vue d'effectuer des remplacements pour assurer, en cas de nécessité de service, le remplacement de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, lors de leurs absences ou congés statutaires, lorsque le remplacement ne peut être assuré dans les conditions prévues par leurs statuts. Le contrat peut être conclu pour une période maximale de six mois, renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an.

En outre, le décret n° 84-131 du 24 février 1984 prévoit que les praticiens contractuels sont rémunérés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers en début de carrière, dans la limite du traitement des praticiens parvenus au 4^{ème} échelon de la carrière majorée de 10 %. Cela correspond à une rémunération ramenée à la journée de 239,72 € bruts, auxquels s'ajoutent, le cas échéant, des indemnités afférentes à la permanence des soins sur place ou en astreinte.

Pour le recrutement de ses médecins remplaçants, le centre hospitalier fait parfois appel à des sociétés de placement. Le prix de la journée de remplacement médical est en moyenne de 650 € en cardiologie, pneumologie, neurologie et gastro-entérologie, 450 € en médecine polyvalente, 600 € en pédiatrie et 1 000 € aux urgences. En 2014, le centre hospitalier a versé 102 376 € à ces sociétés.

Les frais de transport et d'hébergement sont à la charge du centre hospitalier.

Les sociétés intervenantes reçoivent une commission de 8 % à 10 % du montant de la rémunération nette du médecin. En 2014, ces frais ont représenté 27 131 €.

Un médecin remplaçant peut aussi être recruté directement. Dans ce cas, le centre hospitalier lui verse, en plus de sa rémunération de base, des indemnités de sujétion, du temps de travail additionnel et des indemnités d'astreintes, même si celui-ci n'a pas effectué de service de nuit, de samedi après-midi ou de dimanche.

Par exemple un praticien recruté aux urgences a perçu 1 479 € bruts pour une journée.

En pédiatrie, un praticien remplaçant a été rémunéré 2 375 € bruts pour une période de trois jours.

La rémunération accordée aux médecins assurant des remplacements est calculée sur la base du tarif de la journée de remplacement aux conditions du marché de l'intérim médical. Cette rémunération peut être plus de quatre fois supérieure à ce que permettent les dispositions réglementaires.

L'analyse des contrats montre que les rémunérations sont définies selon les coûts moyens constatés des sociétés d'intérim et forfaitisées selon la prestation réalisée par le praticien. Cette pratique n'est prévue par aucune disposition réglementaire et présente un caractère irrégulier. Le CH de Langres doit rechercher d'autres solutions, en particulier avec le CH de Chaumont, afin de mutualiser les compétences.

Le service de pédiatrie compte un praticien hospitalier à temps plein. Pour remplacer celui-ci, l'hôpital fait appel à des praticiens contractuels. Ceux-ci perçoivent, pour une même période de travail, outre leur rémunération principale, des indemnités d'astreintes, des indemnités de sujétion et de temps de travail additionnel. Pour l'année 2014, d'après les bulletins de salaires, la rémunération brute des praticiens contractuels s'élève au total à 136 839 €. Ces pratiques ne sont pas réglementaires.

La chambre rappelle que les modalités de rémunération des médecins contractuels doivent être conformes aux dispositions réglementaires.

6.3 Le personnel non médical

De 2009 à 2014, le nombre d'équivalents temps plein rémunérés (ETPR) est passé de 340,62 à 344,22 soit une progression de 3,6 (cf. annexe 1).

Tableau 40 : Rémunération du personnel non médical (budgets consolidés)

En €	2009	2010	2011	2012	2013	2014
titulaires et stagiaires	7 817 748	7 709 301	7 878 553	8 095 374	8 105 263	8 001 302
contractuels CDI	677 498	803 078	703 378	517 453	456 818	426 441
contractuels CDD	653 079	559 404	746 697	765 130	960 836	1 144 344
contrats soumis à disposition particulières	55 882	71 439	18 544	20 502	79 172	198 525

Source : comptes financiers

Tous budgets confondus, les dépenses de personnel non médical sont passées de 9,2 M€ en 2009 à 9,7 M€ en 2014, avec une évolution importante des dépenses afférentes aux contractuels en contrat à durée déterminée.

6.4 L'absentéisme

Le CH de Langres est confronté à un absentéisme important puisqu'en 2011, la meilleure année, on comptabilise 2 958 jours d'absence soit près de 13,5 ETP sur la base de 220 jours d'obligation statutaire pour un agent. En 2014, la plus mauvaise année, on constate 3 901 jours d'absence, soit près de 18 ETP par an, soit un peu plus de 5 % de l'effectif non

médical (344 ETPR).

Tableau 41 : Absentéisme (en jours)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
accident du travail	620	657	774	1 119	535	632
accident de trajet	2		28	2	11	2
congés longue durée	365	365	365	700	664	365
congé longue maladie	832	800	837	366	256	961
maladie	3 247	3 162	2 958	3 063	3 198	3 901
maladie professionnelle	484	414	215	3		512
maternité	2 039	2 217	2 227	2 552	2 465	2 491
congé paternité	44	11	11		22	11
congé de présence parental				91	76	
autorisation d'absence	122	166	90	89	85	101
CFP	91	384	244	939	92	70
autres	5		7	35	70	22
total	7 851	8 176	7 756	8 959	7 474	9 068

Source : centre hospitalier

La nouvelle direction a pris conscience de ces difficultés et, dans le cadre de la direction commune, mutualise un certain nombre de fonctions support notamment la gestion des ressources humaines, tant pour le personnel médical que non médical.

D'une manière générale, dans le cadre de la direction commune, un rapprochement avec le centre hospitalier de Chaumont est nécessaire dans une approche globale : projet médical, fonctions support, plateau médico-technique.

7. LE PARTENARIAT ENTRE LE CH LANGRES ET LA CLINIQUE DE LA COMPASSION

7.1 Les objectifs du partenariat et l'historique du groupement d'intérêt économique (GIE)

Le 24 Mars 1997, a été créé un GIE dénommé « PÔLE DE SANTE LANGROIS » scellant une volonté de coopération entre le centre hospitalier de Langres et la clinique la Compassion.

Le contrat constitutif du GIE indique que « Le groupement a pour objet la mise en commun et la gestion pour le compte de ses membres d'un plateau technique (salles d'intervention, de réveil, de stérilisation, lieux de stockage et de circulation), permettant aux parties d'y effectuer toutes explorations fonctionnelles et tous actes techniques nécessitant une anesthésie ou neuranalgésie. ». Il précise que « Le centre hospitalier et la clinique de la Compassion conservent leur mission de soins : ils ne la transfèrent pas. »

Le siège du groupement est fixé dans des locaux appartenant à l'hôpital. L'occupation des locaux par la clinique donne lieu au versement d'un loyer qui, dès l'origine, a fait l'objet de contestations par celle-ci. Pourtant ce loyer est historiquement sous-évalué, ainsi qu'en témoigne l'étude de partage des coûts réalisée en octobre 1997, la clinique connaissant alors des difficultés financières.

La durée du groupement est de 20 ans à compter de la date de son immatriculation au registre du commerce et des sociétés, sauf cas de dissolution anticipée ou de prorogation décidée par l'assemblée générale extraordinaire.

Le contrat constitutif prévoit que : « le financement des charges d'équipement et de fonctionnement du groupement est supporté par ses membres, pour moitié par chacun de ceux-ci pour les coûts fixes (immeubles dont loyer, installations fixes et matériel) et au prorata de l'activité pour les coûts variables (personnel, consommables, charges). »

7.2 La gouvernance du GIE

Le titre 4 du contrat constitutif est consacré à l'administration du groupement.

Il prévoit que le groupement est administré de manière paritaire par six administrateurs, trois désignés par le conseil d'administration du CH de Langres et trois désignés par l'organe qualifié de la clinique.

Le président du groupement est désigné par l'assemblée générale du groupement pour un mandat de trois ans, exercé en alternance par le centre hospitalier et par la clinique. Il apparaît pourtant que le centre hospitalier n'a jamais exercé ce mandat.

Un coordonnateur, chargé de l'organisation du plateau technique, est choisi en dehors des administrateurs, sur proposition du membre du groupement ayant réalisé la plus forte activité au cours de l'exercice précédent l'assemblée. Le mandat est de trois ans et peut être reconduit.

Le contrôle des comptes du groupement est exercé par un commissaire aux comptes, désigné pour six exercices par l'assemblée générale ordinaire. Une comptabilité régulière des opérations du groupement est tenue, selon les lois et usages du commerce. Les décisions relatives à l'approbation des comptes doivent être prises en assemblée générale. L'exercice comptable se déroulant du 1^{er} janvier au 31 décembre, l'assemblée générale doit être réunie dans les six premiers mois de l'exercice suivant pour approuver les comptes. Ce délai, selon les stipulations de la convention, peut, en cas d'empêchement, être porté à huit mois.

La gouvernance du GIE n'a pas fonctionné selon les termes de la convention constitutive du GIE.

Aucune assemblée générale ne s'est tenue entre avril 2012 et octobre 2015.

L'absence de tenue, pendant de longues années, de l'assemblée générale n'a pas permis à la direction du centre hospitalier de Langres d'exercer *a minima* un droit de regard sur l'activité du GIE et sur les comptes.

La directrice de la clinique exerce la fonction de coordonnateur sans avoir de précision sur les modalités de cette désignation, car aucun document concernant la gouvernance du GIE n'a été fourni.

La chambre recommande au directeur du centre hospitalier de Langres de veiller à l'application des modalités de la gouvernance prévues actuellement par les stipulations contractuelles.

7.3 Les modalités de la répartition des charges entre les partenaires

Une convention prenant effet au 1^{er} avril 1997 a prévu une définition des prestations fournies par le centre hospitalier de Langres au GIE « Pôle de Santé Langrois ». Elle a été modifiée à deux reprises, en 1998 et en 2003.

Le principe général est que les charges variables, liées à l'activité de chacune des deux entités membres sont supportées par chacune d'entre elles de manière proportionnelle. Les charges fixes sont supportées, pour certaines d'entre elles, à part égale entre les deux partenaires, pour d'autres, au prorata des surfaces utilisées.

Les règles de facturation en vigueur, depuis 2003, sont les suivantes :

Clés de répartition des charges

PRESTATIONS	GIE	CLINIQUE	CH LANGRES	MODALITES DE FACTURATION
Restauration	En fonction des besoins			Prix repas fixé au conseil d'administration et de surveillance
Chauffage P1 (consommations) et P2 (petit entretien + groupe électrogène) P3 (gros entretien)	5,80 % (P1 et P2)	16,51 % (P1 et P2)	77,69 % P3 en totalité	Mensuel
Eau	22,57 %	64,21 %	13,22 %	Mensuel
Electricité	5,80 %	16,51 %	77,69 %	Mensuel
Standard, téléph	Coût réel selon relevés			Mensuel
Magasins	Coût réel + 5 % frais gestion			Selon les besoins
Ascenseurs	50 %		50 %	Mensuel
Sécurité incendie	1,98 %	4,69 %	93,33 %	Mensuel (selon équipements installés)
Déchets hospitaliers	21,64 %	11,86 %	66,50 %	Mensuel (selon les volumes)
Fluides médicaux	5,08 %	44,28 %	50,64 %	Mensuel (selon les consommations)
Pharmacie			534 euros	Mensuel selon forfait par malade du secteur public

Source : chambre régionale des comptes

Cette mécanique complexe, élaborée pratiquement depuis l'origine, ne soulève pas de problèmes particuliers pour les deux parties.

En revanche, l'analyse des factures fait apparaître un certain nombre de charges non prévues par la convention constitutive et les conventions successives de prestations.

Il en est ainsi de la participation du CH de Langres à la prise en charge de 50 % des frais de personnel de la clinique, des frais variables du GIE et des frais bancaires. Les factures sont transmises chaque mois par le coordonnateur du GIE au CH de Langres, sans que celui-ci puisse en contrôler tous les éléments de la liquidation (par exemple sur les frais de gestion du GIE).

C'est le conseil d'administration du centre hospitalier qui, par délibération du 30 juin 2000, a modifié la répartition à parts égales des charges de personnel. Or, l'activité chirurgicale du CH de Langres, essentiellement l'obstétrique, représente environ 10 % de l'activité totale, pourcentage retenu pour facturer les charges variables. Si les charges de personnel étaient facturées sur la base de 10 % au lieu des 50 % actuels, les économies pour le CH de Langres pourraient être de 400 000 € par an au *minimum*.

La chambre invite l'ordonnateur à revoir les modalités de répartition des charges et à actualiser les termes du partenariat avec la clinique de la Compassion.

L'ordonnateur, dans sa réponse, fait part de la volonté des deux entités de poursuivre leur collaboration dans un cadre juridique rénové et notamment de revoir les clés de répartition.

8. L'EHPAD

8.1 L'état des lieux avant la nouvelle construction

L'EHPAD se situe sur deux sites. Le premier d'une capacité de 65 lits se situe dans les anciens locaux de la clinique de la Compassion. Les chambres (en grande majorité à deux lits) sont réparties sur deux étages.

Le deuxième site, « les Annonciades », a une capacité de 44 lits répartis sur trois étages.

Ces sites sont inadaptés à l'accueil des résidents dépendants et malades et ne répondent pas aux exigences de confort et de sécurité. C'est pourquoi le centre hospitalier de Langres, avec l'accord de l'agence régionale et le conseil général de la Haute Marne, a décidé la construction d'un nouvel établissement.

Les objectifs poursuivis, au-delà de l'accueil en hébergement, sont de pouvoir répondre aux besoins spécifiques de prise en charge de certaines pathologies (maladie d'Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes).

En 2005, un premier projet de construction d'une maison de retraite de 190 lits sur le site de Trincassaye, avait été lancé sous forme d'un marché de conception-réalisation.

Les entreprises intervenant sur les fondations ont rencontré des problèmes de sous-sol et les travaux ont dû s'arrêter en 2007 en raison des désaccords liés aux surcoûts induits.

Le 31 août 2009, le directeur du centre hospitalier a adressé à la société titulaire du marché une décision de résiliation de ce marché.

En 2010, après une nouvelle mission d'expertise, le projet a été relancé sur les bases du marché initial.

8.2 Le nouveau projet

Un protocole d'accord a été signé le 6 octobre 2011 avec l'ancien titulaire du marché pour annuler la décision de résiliation de 2009 et reprendre les relations dans le cadre du marché initial. Les deux parties s'engagent à faire redémarrer l'opération de construction de l'EHPAD.

Toutefois pour respecter le budget initialement prévu, le projet est passé de 190 lits à 143.

Par arrêté du 2 avril 2012, l'ARS de Champagne – Ardenne et le président du conseil général de la Haute Marne ont autorisé une capacité pour le nouvel établissement de 143 lits et places : 130 lits seront réservés à l'hébergement permanent, dont 30 lits en unité Alzheimer, dix lits d'accueil de jour et trois lits d'hébergement temporaire.

8.3 Le financement du projet

Le montant total des travaux est estimé à 20 556 230 € :

Tableau 42 : Répartition des postes de charges

En €	Coût (TTC)
Bâtiments	16 322 305
Assistance à maîtrise d'ouvrage	1 231 745
Bureau de contrôle technique	45 448
Coordonnateur SPS	45 448
SSI	71 760
Equipements	2 480 724
Révision de prix	358 800
total	20 556 230

Source : CH Langres

Pour financer ces travaux, le centre hospitalier a obtenu :

- une subvention CNSA de 1,54 M€ ;
- une subvention CPER de 1 M€ ;
- une avance remboursable sans intérêt du département de la Haute Marne de 5 M€.

Les remboursements de l'avance du département n'ont commencé qu'en septembre 2015.

Pour la construction du nouvel EHPAD, le centre hospitalier a souscrit en 2009 un emprunt de 2,5 M€ et en 2014, deux emprunts respectivement de 8,3 M€ et de 3,6 M€. Ces deux emprunts sont assortis d'un différé d'amortissement de deux ans.

Les charges financières évoluent de la manière suivante :

En €	2014	2015	2016	2017
frais financiers	20 279	20 345	785 525	266 720

Source : CH Langres

Le tarif hébergement comprend les amortissements des biens, les dotations aux provisions et les charges financières et exceptionnelles. Ces postes ont un impact important sur le prix de journée.

L'évolution des prix de journée de l'EHPAD depuis 2007 ont été les suivants :

- en 2007 : 43,03 € ;
- en 2012 : 50,34 € ;
- en 2013 : 50,34 € ;
- en 2014 : 60,00 € ;
- en 2015 : 60,00 € ;
- en 2016 : 60,67 €.

L'évolution progressive des prix de journée depuis l'origine du projet a permis d'éviter une augmentation brutale à la livraison du bâtiment.

Cette opération, historiquement nécessaire en raison de la vétusté des locaux et de l'existence de deux sites géographiques, a atteint les objectifs d'origine.

Les capacités d'accueil ont été augmentées et de nouvelles activités ont été créées. L'occupation de l'EHPAD en moyenne de 95 % montre une certaine attractivité et finalement la réussite de l'opération.

L'EHPAD du CH de Langres peut devenir un atout pour l'évolution de l'offre de soins du centre hospitalier, si celui-ci s'engage à créer au sein de ses unités d'hospitalisation une unité de lits dédiés à une activité de court séjour gériatrique.

RAPPELS DU DROIT

1. Se mettre en conformité avec les dispositions prévues par l'instruction comptable M21, tome 1, chapitre 2, paragraphe 1.5 et prendre l'attache du comptable public afin de régulariser les sommes inscrites au compte 142 sans justification.
2. Etablir en lien avec le comptable public, conformément à l'instruction comptable M21, tome 2, chapitre 2, pour établir l'inventaire exhaustif du patrimoine du centre hospitalier et garantir une cohérence de la durée d'amortissement pour les biens de même nature.
3. Rattacher les charges et les produits à l'exercice auxquels ils se rapportent conformément à l'instruction comptable M21, tome 2, Chapitre 4, paragraphe 1.
4. Mettre en œuvre le tableau annuel général de service conformément à la circulaire DHOS/M2/2003 n° 219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires.
5. Assurer le service du samedi matin en pharmacie par les pharmaciens dans le cadre de leurs obligations statutaires et revoir l'organisation de leur temps de travail conformément à l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
6. Mettre en conformité les modalités de rémunération des médecins remplaçants contractuels telles que prévues par l'article R. 6145-416 du code de la santé publique.

RECOMMANDATIONS

7. Fiabiliser les données statistiques de l'activité médicale et envisager une mutualisation de la fonction DIM dans le cadre de la direction commune aux trois établissements.
8. Revoir les modalités de gouvernance et de répartition des charges et actualiser les termes du partenariat avec la clinique de la Compassion.

ANNEXE 1 : Effectifs en ETPR

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
adjoints administratifs	19,62	20,87	21,06	23,53	23,80	23,63
adjoints des cadres	3,88	3,9	4,03	3,1	3,1	3,94
agents d'entretien	14,76	15,15	17,41	17,09	14,67	12,84
aides-soignants	126,03	123,88	126,53	128,91	130,82	124,63
animateurs	0,9	0,9	0,9	0,16		
ASH	29,51	29,23	28,82	26,41	21,7	17,60
assistants médico-administratifs	1	1,08		12,46	10,90	8,65
assistantes sociales	0,6	0,6	0,6	0,53	0,44	0,4
assistant socio éducatifs					0,06	0,09
attachés administratifs contractuels autres (emplois aidés)	1,95	1,96	0,39	1,42	1,06	1
diététiciens	3,72	6,09	1,52	1,95	4,43	14,95
directeurs				0,08	1	0,87
infirmiers cadres sup	1,51	1	1,27	0,19	0,19	1
infirmiers	8,40	7	6,50	5,75	5,12	6,34
ingénieurs hospitaliers	76,02	75,90	76,03	80,23	81,73	83,23
kinésithérapeutes	0,92	1	1	0,87	1,06	1
maîtres ouvrier	0,49	0,49	0,49	0,49	0,49	1
manipulateurs radio	2,16	3	3	3	3,09	3,16
ouvriers professionnels	2,86	2,86	2,86	2,86	2,86	2,86
préparateurs en pharmacie	8,98	7,75	7,61	7,09	7,99	7,49
psychologues	2,78	3,49	2,99	2,91	2,91	2,91
puéricultrices	1,08	0,85	1,06	0,6	1,43	1,42
sages-femmes	3,44	3,53	2,51	1,92	2,62	2,61
secrétaires médicales	10,22	10,18	10,5	9,63	11,02	11,76
techniciens de laboratoire	10,21	11,02	11,67			
techniciens supérieurs	7,58	7,48	7,89	7,89	9,02	8,84
total	2	2,27	1,98	2	2	2
	340,62	341,48	338,62	341,07	343,51	344,22

Source : centre hospitalier