



Dijon, le 12 juillet 2019

Le président

Réf. : 19-ROD2-GC-16

Objet : notification du rapport d'observations définitives et de ses réponses.

P.J. : 1 rapport

Lettre recommandée avec avis de réception

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier "Louis Pasteur" de Dole concernant les exercices 2012 et suivants ainsi que les réponses qui y ont été apportées.

Parmi ces réponses figure celle, cosignée par M. Emmanuel Luigi et Mme Alexandrine Kientzy-Laluc, anciens ordonnateurs de l'établissement que vous dirigez aujourd'hui. Dans leur correspondance, ceux-ci estiment que, compte tenu des améliorations récentes observées dans la gestion, « la synthèse du rapport pourrait être tempérée ». Eu égard à cette remarque et afin de prévenir toute ambiguïté, je crois utile de préciser que la chambre n'a pas le pouvoir de modifier la rédaction de son rapport à ce stade de la procédure, sauf pour corriger une erreur ou une omission matérielle. Comme le prévoient les articles L.243-5 et R.243-13 du code des juridictions financières, elle ne peut qu'y adjoindre les réponses reçues dans le délai d'un mois et procéder à la notification de l'ensemble des pièces à l'ordonnateur en fonctions, ce qui est l'objet de la présente correspondance.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil de surveillance. Il conviendra de l'inscrire à l'ordre du jour de sa plus proche réunion, au cours de laquelle il donnera lieu à débat. Dans cette perspective, le rapport et les réponses seront joints à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Dès la tenue de cette réunion, ce document pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

En application de l'article R. 243-14 du code des juridictions financières, je vous demande d'informer le greffe de la date de la plus proche réunion de votre assemblée délibérante et de lui communiquer en temps utile copie de son ordre du jour.

Monsieur Gilles CHAFFANGE

Directeur du centre hospitalier "Louis Pasteur" à Dole

*Avenue Léon Jouhaux
CS 20 079*

39108 DOLE Cedex

Par ailleurs, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code précité, le rapport d'observations et les réponses jointes sont transmis à M. le Préfet du Jura, à M. le Directeur départemental des finances publiques du Jura, à M. le Président du conseil de surveillance du centre hospitalier "Louis Pasteur" de Dole et à M. le Directeur de l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pierre VAN HERZELE



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR DE DOLE

(Département du Jura)

Exercices 2012 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre les 17 et 18 avril 2019.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS.....	6
INTRODUCTION ET PROCEDURE.....	7

1 LE POSITIONNEMENT ET LE PILOTAGE EXTERNE DE L'ETABLISSEMENTS

1.1 Le positionnement et le pilotage externe de l'établissement	8
1.1.1 Le centre hospitalier Louis Pasteur dans son environnement.....	8
1.1.2 La stratégie de l'Agence Régionale de Santé pour le territoire et pour l'établissement	10
1.2 Les principales coopérations menées par l'établissement	12
1.2.1 La coopération avec la Polyclinique du Parc.....	12
1.2.2 Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).....	13
1.3 L'évolution de l'activité de l'établissement.....	15
1.3.1 Une activité MCO en hausse sur la période contrôlée, mais qui tend à baisser depuis 2015.....	15
1.3.2 Le possible transfert de l'activité d'EHPAD	17
1.3.3 Un taux d'occupation assez bas, malgré une réduction capacitaire importante.....	17
1.3.4 Une Durée Moyenne de Séjour (DMS) optimisable.....	20
1.3.5 Une productivité améliorable dans plusieurs secteurs.....	20
1.3.6 Le Contrat de Performance et d'Organisation 2018-2022.....	21

2 ENQUETE SUR LES ACTES ET LES CONSULTATIONS EXTERNES (ACE) 22

2.1 Le décompte de l'activité ACE de l'établissement.....	22
2.1.1 L'évolution de l'activité ACE sur la période étudiée	22
2.1.2 L'évolution des recettes liées aux ACE sur la période étudiée.....	23
2.2 La stratégie de l'établissement en matière d'ACE.....	24
2.2.1 Les objectifs stratégiques de l'établissement en matière d'ACE.....	24
2.2.2 La visibilité et la reconnaissance des ACE de l'établissement	25
2.3 L'offre d'ACE proposée par l'établissement	26
2.3.1 Les consultations offertes par l'établissement.....	26
2.3.2 La couverture des besoins sur le territoire	26
2.3.3 La patientèle des consultations externes	27
2.4 L'organisation mise en œuvre par l'établissement	28
2.4.1 L'organisation spatiale et fonctionnelle.....	28
2.4.2 La prise de rendez-vous	28
2.4.3 L'admission du patient en consultation	28
2.4.4 Le codage des actes	29
2.4.5 La facturation à l'assurance maladie et la mise en œuvre du projet Facturation Individuelle des Établissements de Santé (FIDES)	30
2.4.6 La facturation au patient, aux mutuelles et le recouvrement des recettes.....	31
2.4.7 Les évaluations et audits réalisés sur les ACE sur la période étudiée.....	31

2.5	Les moyens affectés et le résultat financier	32
2.6	L'organisation et le suivi de l'activité libérale des praticiens de l'établissement.....	33
2.6.1	Analyse des contrats des praticiens concernés.....	33
2.6.2	Comparaison de l'activité publique et privée de chacun des praticiens concernés	34
2.6.3	Comparaison de l'activité privée déclarée par les praticiens et des relevés Système National d'Informations Inter-Régime (SNIIR)	36
2.6.4	Le paiement de la redevance par les praticiens concernés.....	36
2.6.5	Le fonctionnement de la Commission d'Activité Libérale (CAL)	37
3	LA GOUVERNANCE INTERNE DE L'ETABLISSEMENT.....	38
3.1	L'organisation en pôles de l'établissement.....	38
3.1.1	Les six pôles de l'établissement et leur gouvernance	38
3.1.2	Les relations entre la direction et les pôles	38
3.2	Le fonctionnement des principales instances de l'établissement.....	39
3.2.1	Le Conseil de surveillance.....	39
3.2.2	Le Directoire.....	40
3.2.3	La Commission Médicale d'Établissement (CME).....	41
3.3	Les outils de pilotage de l'établissement	42
3.3.1	Les outils du pilotage stratégique de l'établissement	42
3.3.2	Les outils du pilotage financier de l'établissement.....	42
4	LA FIABILITE DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT.....	43
4.1	La fiabilité des comptes	43
4.1.1	Les immobilisations et la comptabilisation des stocks	43
4.1.2	Les provisions pour risques et charges	44
4.1.3	L'évaluation des restes à recouvrer et des créances irrécouvrables.....	44
4.1.4	Le rattachement des charges et produits au bon exercice	45
4.2	La sincérité des prévisions budgétaires et la qualité de l'information donnée aux instances.....	48
4.3	La dégradation de la situation financière	49
4.3.1	Une dégradation progressive du résultat budgétaire et un creusement du déficit structurel	49
4.3.2	Un endettement très important qui pèse lourdement sur les finances de l'établissement	54
4.3.3	Des tensions de trésorerie récurrentes	58
4.3.4	Une politique de désendettement qui pèse sur les projets d'investissement de l'établissement	59
4.3.5	La contractualisation en cours avec l'ARS pour un retour à l'équilibre financier.....	62

5 LES RESSOURCES HUMAINES	63
5.1 L'évolution globale des effectifs et de la masse salariale	63
5.1.1 Des effectifs en diminution sur la période	64
5.1.2 Une masse salariale en progression sur la période.....	65
5.2 Le régime indemnitaire	67
5.2.1 Le régime indemnitaire du personnel non médical.....	67
5.2.2 Le régime indemnitaire du personnel médical.....	70
5.3 La politique d'avancement du personnel titulaire.....	74
5.4 Le recours aux contractuels et à l'intérim	74
5.4.1 Le recours aux contractuels et à l'intérim pour le personnel non médical	74
5.4.2 Le recours aux contractuels et à l'intérim pour le personnel médical	76
5.5 Le temps de travail, le temps additionnel et la gestion des Comptes Epargne Temps (CET)	83
5.5.1 Le temps de travail, les heures supplémentaires et les CET du personnel non médical.....	83
5.5.2 La permanence des soins, le temps de travail additionnel (TTA) et la gestion des CET du personnel médical.....	87
5.6 Le remboursement des frais de déplacement	97
5.7 Les conventions d'activité d'intérêt général	98
5.8 La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et la formation continue....	99
5.8.1 La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC).....	99
5.8.2 La politique de formation continue.....	99
ANNEXES.....	100

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Dole est situé au cœur d'une zone d'attractivité d'environ 100 000 habitants, à équidistance (environ 50 kilomètres) des deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Dijon et de Besançon, et des cliniques de ces deux villes. Un établissement privé à but non lucratif, la Polyclinique du Parc, est également implanté sur le territoire dolois. Cette situation géographique est à l'origine d'une fuite relativement importante de patients. L'établissement répond essentiellement à des besoins locaux, la très grande majorité de sa patientèle étant originaire du département du Jura.

En 2017, l'établissement dispose de 360 lits, chiffre en diminution de 12 % sur la période contrôlée (2012-2017) et qui devrait être encore orienté à la baisse, compte tenu des récents engagements pris vis-à-vis de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ses taux d'occupation et durées moyennes de séjour restent perfectibles, malgré une amélioration sur la période.

Confronté à une baisse de son activité et de ses parts de marché (principalement en chirurgie) au sein de sa zone d'attractivité, l'établissement a dans un premier temps cherché à se rapprocher de la Polyclinique du Parc, mais devant l'échec de ce projet de coopération, il est désormais engagé dans un partenariat avec le CHU de Besançon, les deux établissements étant membres du même Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

Dans le cadre d'une enquête commune aux juridictions financières, la chambre s'est penchée sur les actes et consultations externes (ACE) de l'établissement. Si le volume total des ACE semble en hausse dans l'établissement, le nombre de consultations est en baisse importante, ce qui est principalement dû à une pénurie de médecins dans des secteurs traditionnellement pourvoyeurs de ce type d'activité (chirurgie, cardiologie, gastro-entérologie...).

L'établissement pilote difficilement son activité d'ACE, qu'il n'a pas réussi à centraliser et qui reste donc dispersée sur la quasi-totalité des services. Il n'est notamment pas en mesure de distinguer, via des outils de comptabilité analytique appropriés, les charges liées à ses ACE, afin de les comparer aux recettes correspondantes.

Cette enquête a également permis de déceler plusieurs irrégularités dans le domaine de l'activité libérale des praticiens. Suite aux observations provisoires de la chambre, les contrats d'activité libérale des praticiens ont été mis en conformité avec les textes en vigueur. Par ailleurs, plusieurs praticiens font régulièrement davantage de consultations et/ou d'actes dans le secteur privé que dans le secteur public et ont des délais de rendez-vous sensiblement différents dans les deux secteurs. La Commission d'Activité Libérale (CAL), irrégulièrement présidée par un praticien exerçant une activité libérale, a peu joué son rôle sur la période contrôlée. Suite aux observations provisoires de la chambre, un nouveau président a été élu et l'établissement affiche une volonté d'exercer un meilleur contrôle sur l'activité libérale de ses praticiens.

La chambre s'est penchée sur la fiabilité des comptes de l'établissement, non soumis à obligation de certification dans ce domaine, et a décelé plusieurs pratiques susceptibles de compromettre leur sincérité, notamment en termes de respect du principe de l'annualité budgétaire (non inscription de produits à recevoir, ni de produits et charges constatés d'avance).

La situation financière de l'établissement s'est fortement dégradée sur la période. Proche de l'équilibre budgétaire - voire légèrement excédentaire - jusqu'en 2014, il a terminé les exercices 2015 à 2017 en déficit, malgré des aides importantes versées par l'ARS.

Ses charges ont évolué de façon modérée sur la période mais celles de personnel semblent particulièrement élevées, ce qui est à mettre en relation avec l'importance des pratiques irrégulières

constatées dans la gestion des ressources humaines. Parallèlement, l'établissement a été confronté à une baisse des produits de son activité, liée à la fois à la diminution de son activité, à la baisse des tarifs et à une organisation du codage non optimisée. Sous l'effet des déficits budgétaires successifs, la Capacité d'Autofinancement (CAF) a diminué très fortement sur la période.

Malgré une politique importante de désendettement (l'encours de la dette a diminué de plus de 12 M€ sur la période), l'établissement reste très endetté et ne peut plus contracter de nouvel emprunt sans solliciter l'accord de l'ARS. Cette situation pèse lourdement sur ses projets d'investissement et certains, pourtant jugés prioritaires en termes de mise aux normes (sécurité incendie, désamiantage) ont dû être repoussés.

Du fait de sa situation financière, l'établissement connaît des tensions de trésorerie récurrentes : son fonds de roulement est négatif et sa trésorerie n'est redevenue positive en 2017 que grâce à une aide de l'ARS. En conséquence, les dettes d'exploitation de l'établissement augmentent de façon très importante sur la période (les dettes fiscales et sociales notamment dépassent 10 M€ au 31 décembre 2017).

La chambre a relevé de très nombreuses irrégularités dans la gestion des ressources humaines de l'établissement. Parmi le personnel non médical, un grand nombre d'agents contractuels, dont les trois principaux cadres administratifs de l'établissement, perçoivent ou ont perçu des primes expressément réservées au personnel titulaire et stagiaire, ce qui a engendré un surcoût de plusieurs centaines de milliers d'euros pour l'établissement sur la période. De même, plusieurs agents administratifs de la direction des ressources humaines ou de la direction générale ont perçu des heures supplémentaires forfaitaires et/ou au-delà des plafonds prévus par la réglementation et ce, pendant une grande partie de la période contrôlée.

Les irrégularités concernant la gestion du personnel médical sont encore plus nombreuses et graves :

- plusieurs indemnités ont été versées à tort à des praticiens qui ne remplissaient pas les conditions réglementaires pour les percevoir ;

- l'établissement ne respecte pas son schéma d'organisation de la permanence des soins et rémunère régulièrement des praticiens en garde sur place alors qu'ils sont, ou devraient être, en astreinte à domicile ;

- l'établissement rémunère ses praticiens contractuels bien au-delà de ce que prévoit la réglementation (surcoût annuel estimé à environ un million d'euros) et n'est pas toujours vigilant sur les conditions réglementaires de recrutement de ces derniers (autorisation d'exercice en France, limite d'âge, respect du repos de sécurité et non-cumul d'emplois), ce qui ne lui permet pas d'assurer la sécurité des soins ;

- il a également mis en place un système assurant un cumul de rémunération irrégulier à plusieurs praticiens du service de néphrologie.

Si l'établissement a mis fin à certaines de ces pratiques, d'autres perdurent et doivent cesser dans les meilleurs délais.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1 : Systématiser le codage informatique de l'activité par les professionnels qui l'ont effectuée, tout en maintenant une expertise centralisée au niveau du DIM.

Recommandation n°2 : Développer la possibilité de paiement en régie et mettre en œuvre la télétransmission des données aux mutuelles afin d'optimiser le recouvrement des recettes.

Recommandation n°3 : Conditionner la poursuite de l'activité libérale des praticiens concernés par un examen régulier du strict respect des textes qui devront leur être régulièrement rappelés.

Recommandation n°4 : Poursuivre la normalisation du fonctionnement de la CAL et veiller à l'élaboration annuelle d'un programme de contrôle précis et d'un rapport d'activité qui devront être présentés aux instances concernées de l'établissement.

Recommandation n°5 : Respecter la réglementation relative au non-cumul des fonctions de président de la CME et de chef de pôle.

Recommandation n°6 : Appliquer la réglementation relative au rattachement des charges et des produits aux exercices afin de respecter le principe d'indépendance des exercices comptables.

Recommandation n°7 : Mettre dès à présent un terme à l'attribution à des agents contractuels de primes et indemnités expressément réservées au personnel titulaire et stagiaire.

Recommandation n°8 : Respecter la réglementation sur la rémunération des praticiens contractuels.

Recommandation n°9 : S'assurer du respect de la régularité des recrutements de praticiens contractuels afin d'assurer la sécurité des soins.

Recommandation n°10 : Mettre fin au système irrégulier de rémunération de gardes à certains praticiens de néphrologie.

Recommandation n°11 : Poursuivre la mise en place d'une réelle contractualisation sur le temps de travail additionnel pour l'ensemble des praticiens, via les contrats individuels et les contrats de pôle, afin d'en limiter le coût.

Recommandation n°12 : Mettre fin à la possibilité laissée à certains praticiens de néphrologie de cumuler la récupération et l'indemnisation du temps de travail additionnel effectué et en cas d'indemnisation, ne plus verser ce TTA tous les mois mais par quadrimestre, conformément à la réglementation.

INTRODUCTION ET PROCEDURE

La Chambre Régionale des Comptes Bourgogne-Franche-Comté a ouvert le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Louis Pasteur de Dole par courrier du 8 février 2018 adressé à l'ordonnateur en fonction, M. Emmanuel LUIGI.

Dans ses séances des 12 et 13 novembre 2018, la chambre a formulé des observations provisoires sur la gestion de l'établissement depuis l'exercice 2012. Ces observations concernent le positionnement stratégique de l'établissement et l'évolution de son activité, sa gouvernance, sa situation financière et la gestion des ressources humaines. Le contrôle s'est également inscrit dans le cadre d'une enquête menée par les juridictions financières sur les actes et consultations externes. La partie du rapport consacrée à cette thématique a donc été transmise au président de la Formation Inter-Juridictions (FIJ) concernée.

Les observations de la chambre ont été transmises le 16 janvier 2019 sous la forme d'un rapport d'observations provisoires à Emmanuel LUIGI, devenu Directeur Général adjoint du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, et à Alexandrine KIENTZY-LAUC, ordonnateur par intérim.

Des extraits de ce rapport ont également été transmis aux anciens ordonnateurs de l'établissement, en poste durant la période contrôlée, et à de nombreux tiers mis en cause.

Une communication administrative de ce document a été effectuée à Jean-Baptiste GAGNOUX, maire de Dole et président du conseil de surveillance de l'établissement, et à Pierre PRIBILE, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté.

Dans ses séances des 17 et 18 avril 2019, après avoir analysé l'ensemble des réponses reçues, la chambre a formulé ses observations définitives, reprises dans le présent rapport.

1 LE POSITIONNEMENT ET LE PILOTAGE EXTERNE DE L'ETABLISSEMENT

1.1 Le positionnement et le pilotage externe de l'établissement

1.1.1 Le centre hospitalier Louis Pasteur dans son environnement

Le centre hospitalier Louis Pasteur est autorisé à dispenser des soins en médecine, en chirurgie et en obstétrique (niveau 2A). Ces soins peuvent être délivrés en hospitalisation complète comme en ambulatoire. L'établissement dispose également d'un service d'accueil des urgences et d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), d'une unité de soins continue, d'un secteur de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'une unité de soins de longue durée (USLD) et d'un Établissement d'Hébergement de Personnes âgées Dépendantes (EHPAD). Afin de réaliser l'ensemble de ces soins, il dispose d'un plateau de radiologie, de biologie, d'une pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et d'une stérilisation interne.

La zone d'attractivité du centre hospitalier est essentiellement le département du Jura, il répond donc avant tout à des besoins très locaux.

Tableau n° 1 : Nombre de séjours Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) selon le département d'origine des patients en 2015, 2016 et 2017

	2015		2016		2017	
<i>Jura</i>	23 095	88,65%	23 006	88,45%	22 438	87,74%
<i>Côte d'Or</i>	1 333	5,12%	1 255	4,82%	1 451	5,6%
<i>Haute-Saône</i>	781	3,00%	743	2,86%	1 683	6,66%
<i>Saône et Loire</i>	437	1,68%	627	2,41%		
<i>Doubs</i>	157	0,60%	128	0,49%		
<i>Autres</i>	250	0,96%	252	0,97%		
Total	26 053	100,00%	26 011	100,00%	25 572	100,00%

Source : Rapports d'activité 2015 et 2016 de l'établissement

L'implantation géographique de l'établissement, à équidistance (une cinquantaine de kilomètres) des deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Dijon et de Besançon, est source de fuites importantes des patients de la zone d'attractivité vers ces établissements. L'implantation d'une clinique privée, la Polyclinique du Parc, sur la commune de Dole, est également à l'origine de la fuite de patients, notamment en chirurgie.

Sur la période étudiée, l'établissement perd constamment des parts de marché en médecine, principalement au profit des deux CHU.

En chirurgie, ses parts de marché sont faibles et en diminution entre 2013 et 2016, avant d'augmenter en 2017 pour retrouver un niveau proche de celui de 2013. En chirurgie ambulatoire, les parts de marché de l'établissement restent inférieures à celles de la Polyclinique du Parc, même si l'écart tend à se resserrer.

En obstétrique, les parts de marché de l'établissement sont élevées, avec une tendance à la hausse. Les parts de marché des deux CHU, notamment liées au fait que ces deux établissements sont dotés d'une maternité de niveau 3 alors que celle du centre hospitalier de Dole n'est que de niveau 2A, semblent incompressibles.

Tableau n° 2 : Parts de marché des principaux établissements sur la zone d'attractivité (en %)

<i>MEDECINE</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>CH PASTEUR (DOLE)</i>	55,2	54,9	53,9	52,7	51,4	51,1
<i>CHU (BESANCON)</i>	18,9	18,2	19,1	21,6	21,8	22,1
<i>POLYCLINIQUE DU PARC (DOLE)</i>	9,0	10,1	10,2	10,4	10,6	7,3
<i>CHU (DIJON)</i>	2,9	3,1	3,4	3,7	4,5	5,2
<i>AUTRES</i>	14,0	13,7	13,4	11,6	11,7	14,3

<i>CHIRURGIE</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>CH PASTEUR (DOLE)</i>	33,1	33,8	33,6	31,8	31,6	33,9
<i>POLYCLINIQUE DU PARC (DOLE)</i>	23,0	22,7	19,9	22,1	20,9	16,0
<i>CHU (BESANCON)</i>	14,2	13,5	15	16,8	16,7	17,5
<i>CHU (DIJON)</i>	6,8	5,8	8,5	6,3	8,0	7,9
<i>AUTRES</i>	22,9	24,2	23,0	23,0	22,8	24,7

<i>CHIRURGIE AMBULATOIRE</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>CH PASTEUR (DOLE)</i>	29,0	26,8	30,5	25,8	22,7	26,1
<i>POLYCLINIQUE DU PARC (DOLE)</i>	41,8	44,3	38,5	40,2	41,4	33,7
<i>CHU (BESANCON)</i>	5,5	5,0	4,4	6,6	7,0	7,0
<i>CHU (DIJON)</i>	2,9	3,2	4,2	4,0	4,2	4,8
<i>AUTRES</i>	20,8	20,7	22,4	23,4	24,7	28,4

<i>OBSTETRIQUE</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>CH PASTEUR (DOLE)</i>	71,4	72,3	73,0	73,1	72,1	73,7
<i>CHU (BESANCON)</i>	5,0	5,5	5,4	7,6	9,1	8,2
<i>CHU (DIJON)</i>	7,2	7,1	7,0	8,2	7,2	7,1
<i>AUTRES</i>	21,4	15,1	14,6	11,1	11,6	11,0

Source : Hospidiag

1.1.2 La stratégie de l'Agence Régionale de Santé pour le territoire et pour l'établissement

1.1.2.1 Le Projet Régional de Santé (PRS)

Le Projet Régional de Santé 2012-2016 arrêté le 28 février 2012 inclut notamment un Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) dont la partie hospitalière est opposable. Ce SROS prend en compte des objectifs d'accessibilité, de sécurité et de qualité des soins mais aussi d'efficience. Il insiste particulièrement sur la nécessité de faire évoluer les modes de prise en charge (hospitalisation à domicile, télémédecine, chirurgie ambulatoire...) et de développer des coopérations entre les établissements de santé et avec la médecine de ville, dans un contexte de gradation des plateaux techniques.

Ce SROS conforte le positionnement du centre hospitalier de Dole comme un établissement « de recours infrarégional » en médecine¹, et comme un établissement « de proximité » en chirurgie². Les principales évolutions propres à l'établissement sur la période (fermeture de la réanimation, suppression d'une ligne de SMUR, projet de coopération avec la Polyclinique du Parc...) ne sont pas évoquées dans le document.

¹ Cela nécessite un service d'urgence, une obligation de permanence des soins pour l'ensemble des activités MCO avec accès aux plateaux techniques de biologie et d'imagerie.

² Cela doit permettre une prise en charge permanente de la chirurgie viscérale et de l'orthopédie-traumatologie.

Le Projet Régional de Santé 2018-2028, arrêté le 2 juillet 2018 comprend quatre volets :

1°) un cadre d'orientation stratégique, d'une durée de 10 ans, qui présente les grandes orientations de la politique régionale en matière de santé :

- améliorer l'état de santé des habitants de la région en agissant sur les déterminants de la santé ;
- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- garantir la qualité du système de santé ainsi que la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population ;
- innover au service de la santé et de l'autonomie de demain ;

2°) un schéma régional de santé d'une durée de 5 ans, qui présente les objectifs et résultats attendus dans chacune de ces orientations ;

3°) un programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies, d'une durée de 5 ans ;

4°) un volet spécifique relatif à la coopération franco-suisse en matière de santé.

Dans ce PRS, les hôpitaux de proximité, interfaces entre les soins de ville et les soins hospitaliers de recours, constituent le pivot de l'offre de soins et ont vocation à jouer un rôle majeur en contribuant à l'offre de premier recours tout en assurant le rôle de passerelle vers le deuxième recours. Enfin, outre les défis à relever que l'on retrouve sur l'ensemble du territoire (vieillesse, maladies chroniques, santé mentale...), ce PRS insiste sur la nécessité de relever celui de la démographie déficitaire des professionnels de santé (moins de 150 médecins spécialistes pour 100 000 habitants dans la région, quand la moyenne nationale est aux alentours de 185).

1.1.2.2 Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

Le 28 février 2013, le centre hospitalier Louis Pasteur a conclu un CPOM avec l'ARS Franche-Comté pour cinq ans. Ce CPOM a été prolongé par un avenant du 10 janvier 2018 « *jusqu'à la signature du nouveau CPOM, qui devra intervenir au plus tard 18 mois après la parution du nouveau SROS* ». Il est structuré autour de cinq orientations stratégiques :

- insérer durablement le centre hospitalier dans son environnement, en organisant les filières de prise en charge, avec tous les acteurs de santé publique ;
- établir l'équilibre financier structurel pour retrouver la confiance, garantir la pérennité de l'institution et générer des marges de manœuvre en matière d'investissement dans l'avenir ;
- favoriser la santé et le bien-être au travail ;
- développer des coopérations dans le souci de maintenir sur le bassin de vie dolois une offre de santé complète et attractive, notamment à travers la mise en œuvre du projet de coopération avec la Polyclinique du Parc. Cette orientation a fait l'objet d'un avenant spécifique au CPOM signé le 8 décembre 2014, ainsi que d'un accord-cadre entre les deux établissements signé le même jour.
- définir l'identité du centre hospitalier fondée sur des objectifs et valeurs partagés inscrits dans le projet d'établissement, celui-ci étant mis en œuvre dans le cadre d'un management par les pôles.

Ce CPOM fait l'objet d'un suivi annuel en interne, notamment lors des « dialogues de gestion » avec les pôles. En revanche, selon l'établissement, le suivi de ce contrat avec l'ARS a été irrégulier et n'a fait l'objet que de peu de réunions formalisées, ce qui est en partie dû à un renouvellement important des équipes dirigeantes de l'ARS.

1.2 Les principales coopérations menées par l'établissement

1.2.1 La coopération avec la Polyclinique du Parc

Le centre hospitalier de Dole a conclu un accord-cadre avec la Polyclinique du Parc le 8 décembre 2014, sous l'égide de l'ARS.

Cet accord, fruit de la réflexion menée par plusieurs groupes de travail depuis 2012, définit les modalités de la coopération entre les deux établissements, notamment afin de rapprocher leurs activités de chirurgie pour permettre le maintien d'une offre chirurgicale de qualité sur le bassin dolois. Il prévoit un site chirurgical unique sur le territoire dolois, composé de sept salles de blocs opératoires, une salle d'endoscopie, deux unités d'hospitalisation d'une trentaine de lits (une publique et une privée) et une unité de chirurgie ambulatoire commune de 25 places. L'accord envisage une coordination du fonctionnement de ces unités par la Polyclinique du Parc qui doit garantir un accès équitable au plateau aux équipes des deux établissements. Il est présenté en deux étapes :

- un transfert de l'ensemble de l'activité chirurgicale publique sur le site de la clinique avec travaux de mise aux normes du plateau technique de l'établissement pendant la période d'inactivité ;
- une fois le plateau technique rénové, un transfert de l'ensemble de l'activité publique et privée sur le site du centre hospitalier.

Des doutes ayant émergé sur la faisabilité de la deuxième phase, une opposition au projet s'est fait clairement sentir en interne dans l'établissement, de même que l'évocation de cette deuxième phase a généré l'opposition des acteurs de la clinique.

Si l'essentiel de l'accord cadre concernait l'activité de chirurgie, d'autres projets avaient été envisagés : ainsi, l'activité de biologie de la clinique, alors confiée au laboratoire privé Médilys, devait être reprise par le centre hospitalier.

En mars 2016, après de nombreuses réunions des différents groupes de travail et comités de pilotage, le scénario initial a été modifié et la première phase (regroupement de la chirurgie sur le site de la clinique) annulée afin de maintenir l'activité publique d'obstétrique à proximité d'un bloc opératoire pour la sécuriser.

Le centre hospitalier de Dole a alors lancé, pour le compte des deux établissements, une consultation pour la réalisation du schéma directeur immobilier de ce regroupement des deux sites (montant des investissements nécessaires, cadre juridique...). La chambre note que ce schéma directeur a coûté à l'établissement plus de 160 000 €, somme totalement compensée par une dotation de l'ARS à ce titre dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Le schéma directeur immobilier réalisé dans le cadre de ce marché en décembre 2016 estime le coût total de l'opération à 71 M€ TTC, dont près de 50 M€ pour l'établissement, investissement qu'il n'est pas en mesure de réaliser sans aide extérieure au vu de sa situation financière (*cf. infra*). Parallèlement, les médecins de la Polyclinique du Parc se sont progressivement désengagés du projet, qui s'est retrouvé bloqué de fait.

L'accord ayant été conclu pour une durée de trois ans, en l'absence de toute avancée en décembre 2017, et au vu du montant des investissements nécessaires, les deux établissements et l'ARS ont acté l'arrêt de ce projet de coopération. Le centre hospitalier de Dole s'est alors lancé dans un nouveau projet de coopération pour son activité chirurgicale, en partenariat avec le CHU de Besançon, dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire auquel les deux établissements appartiennent.

De ce fait, l'ARS a décidé de reprendre des crédits versés à la Polyclinique du Parc au titre de ce projet (2,8 M€), déduction faite des dépenses déjà engagées par cette dernière (0,6 M€), soit environ 2,2 M€ qui seront reversés au centre hospitalier de Dole afin de financer partiellement la rénovation de son bloc opératoire dans le cadre du projet de performance de l'établissement et de son nouveau projet de coopération avec le CHU de Besançon.

La chambre constate le coût important généré par le projet de coopération avec la Polyclinique du Parc, finalement abandonné. Au coût direct, il convient d'ajouter un coût « hommes » indirect, qui semble conséquent mais difficilement chiffrable, au vu des nombreux groupes de travail, réunions, présentations et débats dans diverses instances.

1.2.2 Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

La loi de modernisation de notre système de santé du 25 janvier 2016 prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, les "Groupements hospitaliers de territoires" (GHT).

Le centre hospitalier de Dole est membre du GHT Centre Franche-Comté, dont l'établissement support est le CHU de Besançon et dont la convention cadre a été signée le 1^{er} juillet 2016.

Carte n° 1 : Les Groupements Hospitaliers de Territoire en Bourgogne Franche-Comté



Source : ARS Bourgogne Franche-Comté

Les principaux objectifs des GHT sont de garantir aux usagers un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre établissements publics autour d'un projet médical partagé (PMP), tout en rationalisant les modes de gestion (mise en commun de fonctions, transferts d'activités entre établissements...). Le PMP du GHT Centre Franche-Comté a été approuvé le 1^{er} janvier 2018 par le Directeur Général de l'ARS.

Ce projet établit pour chacune des filières identifiées un état des lieux et un plan d'actions. La principale implication pour le centre hospitalier de Dole concerne la coopération avec le CHU de Besançon dans la filière « Chirurgie / Anesthésie ». Le PMP prévoit en effet le développement d'une offre de chirurgie ambulatoire à Dole, réalisée par des chirurgiens et des anesthésistes du CHU de Besançon sur un plateau technique modernisé, actant ainsi avant son officialisation l'échec du projet de coopération entre les deux établissements dolois.

Fin 2017, l'ARS a fourni une première aide à l'établissement pour ce projet, à hauteur de 300 000 €. Dans ce contexte, le CHU de Besançon a mandaté le cabinet ANTARES sur la rédaction d'un nouveau projet de coopération en matière de chirurgie. La dernière note produite par ce cabinet résume l'état d'avancement du projet, qui va plus loin que le PMP.

En effet, le projet prévoit désormais la reprise de l'activité de chirurgie ambulatoire de Dole (essentiellement orthopédique, viscérale et gynécologique) sur site par les praticiens du CHU de Besançon et la mise en place d'une offre nouvelle sur des activités peu ou pas existantes à Dole en ambulatoire (urologie, ORL, ophtalmologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique...).

Le CHU devrait déployer à court terme (début 2019) des consultations avancées sur le site de Dole dans certains secteurs ciblés, afin de concurrencer l'activité de la Polyclinique mais aussi celles des opérateurs privés de Dijon et de Besançon.

Les praticiens bisontins conditionnent cependant la reprise de l'activité de chirurgie sur le site dolois à la construction d'un nouveau bloc opératoire, l'actuel étant vétuste et peu optimisé pour le circuit patient avec une salle de réveil étroite, une seule zone pré-anesthésique, une dimension des salles inférieure à la moyenne nationale et une salle d'endoscopie extérieure au bloc. Ces travaux sont estimés à environ 7 M€ et devraient durer deux ans et demi. Cela nécessite donc que le centre hospitalier de Dole, compte tenu de sa situation financière, trouve les moyens de financer un tel investissement.

Par communiqué du 29 juin 2018, l'ARS a annoncé que dans le cadre du nouveau plan de performance de l'établissement en cours de finalisation et du projet de partenariat avec le CHU de Besançon, elle allait octroyer une aide de 3,3 M€ (environ 2,3 M€ pour l'établissement et 1 M€ pour le CHU). Cette somme, qui servira à la rénovation du bloc opératoire de l'établissement, dont les travaux doivent commencer début 2019 pour une mise en service courant 2021, est attribuée en contrepartie d'efforts importants de réorganisation de l'établissement (*cf. ci-dessous*).

1.3 L'évolution de l'activité de l'établissement

1.3.1 Une activité MCO en hausse sur la période contrôlée, mais qui tend à baisser depuis 2015

Le nombre de séjours dans l'établissement progresse sur la totalité de la période contrôlée, mais après un pic en 2015, il est en baisse, atteignant en 2017 un niveau inférieur à celui de 2014.

Tableau n° 3 : Évolution du nombre de séjours MCO dans l'établissement

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Médecine</i>	18 119	17 968	19 628	20 601	20 665	20 092	2,17%
<i>Chirurgie</i>	4 285	4 321	4 550	3 956	3 935	4 096	- 0,88%
<i>Obstétrique</i>	1 459	1 522	1 642	1 496	1 411	1 384	- 1,02%
TOTAL	23 863	23 811	25 820	26 053	26 011	25 572	1,43%

Source : Rapports d'activité de l'établissement

En médecine, l'évolution du nombre de séjours est restée positive jusqu'en 2016 mais a baissé en 2017. Cette évolution globale masque des chutes très importantes, voire des disparitions de certaines activités.

Ainsi, le départ successif en 2016 des deux praticiens de gastro-entérologie de l'établissement a conduit, en l'absence de remplacement immédiat possible, à mettre temporairement cette activité en suspens au sein de l'unité de médecine polyvalente. Depuis le 1^{er} novembre 2017, le recrutement d'un assistant spécialiste partagé (0,4 ETP sur l'établissement) a permis de relancer l'activité de consultations et d'endoscopies. Un deuxième praticien, également assistant spécialiste à temps partiel, partagé avec le CHU de Besançon dans le cadre du projet global de coopération entre les deux établissements, est arrivé à l'automne 2018.

De même, en cardiologie, des départs successifs de praticiens ont conduit à une chute importante de l'activité, qui devrait reprendre avec le recrutement d'un praticien, assistant spécialiste à temps partagé, à compter de novembre 2018, dans le cadre du projet de coopération globale avec le CHU de Besançon.

Tableau n° 4 : Activité de cardiologie entre 2015 et 2017 dans l'établissement

	2015	2016	2017	% 2015-2017
<i>Nombre de séjours</i>	1 190	894	729	- 38,74%
<i>Nombre de consultations</i>	6 509	5 877	5 589	- 14,13%

Source : CH de Dole

L'établissement a également annoncé le 18 mai 2018 la fermeture temporaire de son unité de soins intensifs de cardiologie, faute de praticien pour la prendre en charge. À ce jour, l'activité n'a pas repris et l'établissement estime que cela entraînera une perte d'environ 640 000 € sur les recettes d'assurance maladie en 2018. Dans le contrat de performance en cours de signature avec l'ARS, l'établissement envisage désormais une fermeture définitive de cette unité, les patients nécessitant une prise en charge dans ce secteur pouvant être accueillis au sein d'une nouvelle unité de surveillance continue mutualisée.

Par ailleurs, la baisse constatée de l'activité dans certains secteurs a conduit l'établissement à arrêter ou réduire d'autres activités. Ainsi, après avoir constaté une activité particulièrement basse en réanimation, l'établissement a fermé cette unité de 8 lits le 1^{er} avril 2014 et l'a remplacée par une unité de surveillance continue de 4 lits (avec des ratios de personnel moins importants).

De même, alors qu'il disposait jusque-là de deux lignes de SMUR jour et nuit, confronté à une activité et un financement insuffisants, l'établissement a supprimé la deuxième ligne la nuit à compter du 1^{er} juin 2017.

En chirurgie, l'activité (en nombre de séjours) augmente entre 2016 et 2017 mais est en baisse de 4,41 % sur la période.

Cette baisse est en partie due à l'arrêt total de l'activité d'ophtalmologie suite au départ d'un chirurgien, qui devrait reprendre avec le recrutement d'un nouveau praticien à compter du 1^{er} novembre 2018. Globalement, l'établissement a eu des difficultés à recruter des chirurgiens et des anesthésistes dont la présence conditionne le maintien de l'activité. Il a cependant constaté assez peu de déprogrammations, au prix d'un surcoût très important lié à des recrutements d'anesthésistes et de chirurgiens au fil de l'eau (*cf. ci-dessous*).

L'établissement a également souffert des difficultés à faire aboutir le projet de coopération avec la Polyclinique du Parc, désormais définitivement abandonné par l'ARS. Ce projet a parfois été perçu à tort, en interne comme en externe, comme un transfert de la totalité de l'activité chirurgicale sur la Polyclinique. Dans son rapport de certification sur l'établissement de mars 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) indique d'ailleurs : « *Le projet médical 2014-2018 ne précise pas les contours ni les modalités de transfert de l'activité chirurgicale de l'établissement vers la clinique. Cette incertitude interroge les acteurs paramédicaux et médicaux du bloc et ne leur permet pas de se projeter dans les schémas d'une future organisation. Cet état de fait ne facilite pas le recrutement de praticiens pour l'activité chirurgicale.* »

Enfin, en août 2017, un audit sur le bloc opératoire a été mené en interne sur la base des critères établis par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements publics de santé (ANAP). La conclusion de cet audit fait état, au-delà de la baisse constante du nombre d'interventions depuis 2014, d'une organisation non optimisée avec un taux d'occupation moyen de 72 % (valeur cible ANAP = 85 %), un taux de performance moyen de 70 % (valeur cible ANAP = 85 %) et un taux de débordement moyen de 7,4 % (valeur cible ANAP = maximum 5 %).

La chambre invite donc l'établissement à travailler sur l'optimisation du fonctionnement de son bloc opératoire, notamment en réfléchissant sur le nombre de salles, sur une centralisation de la programmation des vacances et sur la synchronisation des temps de travail médicaux et paramédicaux. Elle note que ce travail est actuellement en cours, dans le cadre du projet de coopération avec le CHU de Besançon autour de la chirurgie et en collaboration étroite avec l'ARS et un cabinet de conseil. L'établissement a par ailleurs récemment participé à un parangonnage régional sur le sujet.

Tableau n° 5 : Activité au bloc opératoire de l'établissement

	2014	2015	2016	2017	% 2014-2017
<i>Nombre d'interventions</i>	5 647	4 911	4 832	4 721	- 16,39%
<i>Taux d'occupation</i>	74%	65%	68%	81%	
<i>Taux de débordement</i>	8,5%	6%	8%	9%	

Source : CH de Dole

L'aboutissement de cette coopération avec le CHU de Besançon en matière de chirurgie semble en effet être indispensable au maintien d'une offre de qualité au sein de l'établissement. Il passe cependant par une rénovation du bloc et une optimisation indispensable de son fonctionnement, en adoptant une organisation plus rationnelle.

En obstétrique, l'activité est en légère baisse, corrélée à la baisse de la natalité dans la zone d'attractivité. Les parts de marché de l'établissement sur ce secteur sont cependant à la hausse, comme indiqué ci-dessus.

1.3.2 Le possible transfert de l'activité d'EHPAD

En ce qui concerne l'activité de l'établissement en dehors du champs MCO, l'établissement a indiqué que l'ARS et le Conseil Départemental envisageaient de transférer les 28 places d'EHPAD de l'établissement au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Saint-Ylie voisin, qui dispose déjà de plusieurs EHPAD pour un total de 135 places.

Le budget E de l'établissement, qui retrace les produits et les charges de l'EHPAD de l'établissement étant déficitaire (de 33 879 € en 2016, puis de 157 684 € en 2017), ce transfert pourrait permettre de ne plus faire peser ce déficit sur le budget global de l'établissement. Il nécessiterait cependant une réflexion sur l'organisation globale de la filière gériatrique afin d'éviter que les personnes âgées hospitalisées dans l'établissement n'aient plus de places d'aval à leur sortie d'hospitalisation.

1.3.3 Un taux d'occupation assez bas, malgré une réduction capacitaire importante

Le taux d'occupation global de l'établissement a augmenté sur la période étudiée, malgré une diminution entre 2016 et 2017. Il reste cependant assez bas, et inférieur aux valeurs cibles fixées par le Ministère de la Santé, notamment pour l'obtention de financements nationaux pour des projets d'investissement, via le Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'offre de soins (COPERMO), de 95 % en médecine et chirurgie et de 85 % en obstétrique.

Tableau n° 6 : Évolution du taux d'occupation de l'établissement (hors ambulatoire)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>TO global</i>	83,96	86,36	86,85	87,16	87,77	86,94
<i>Dont TO pôle médecine</i>	89,35	90,19	86,88	85,00	81,45	84,00
<i>Dont TO chirurgie (hors ambulatoire)</i>	82,76	77,74	81,77	72,22	81,85	71,42
<i>Dont TO obstétrique</i>	52,97	62,91	71,86	73,30	60,44	57,38

Source : CH de Dole

Cette augmentation du taux d'occupation est le fruit d'une politique de réduction capacitaire importante : sur la période, 48 lits ont été supprimés, dont 19 en chirurgie. Sur ces 19 lits, 6 ont été fermés le 1^{er} décembre 2017, ce qui fait que le taux d'occupation actuel en chirurgie est très supérieur au taux indiqué ci-dessus, aux alentours de 90 %. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué que le taux d'occupation global était de 89,5% en 2018.

Tableau n° 7 : Évolution du nombre de lits dans l'établissement sur la période (au 31/12)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var.	% 2012-2017
<i>Nombre de lits total</i>	408	392	391	377	354	360	- 48	- 11,76%
<i>Dont médecine</i>	198	191	189	187	162	174	-24	- 12,12%
<i>Dont chirurgie</i>	45	41	41	30	32	26	-19	- 42,22%
<i>Dont obstétrique</i>	25	20	20	20	20	20	-5	- 20,00%
<i>Dont gériatrie / SSR</i>	140	140	140	140	140	140	0	00,00%

Source : CH de Dole

La chambre constate enfin que cet effort en termes de réduction capacitaire a été poursuivi par l'établissement avec la fermeture de 6 lits du service de pneumologie/oncologie pour six mois à compter de mai 2018. En effet, ce service, doté de 25 lits, connaît un faible taux d'occupation moyen sur ces dernières années, qui masque une forte saisonnalité de son activité (taux d'occupation de l'ordre de 74 % au printemps/été et de 93 % en automne/hiver).

Tableau n° 8 : Taux d'occupation du service de pneumologie / oncologie

	2015	2016	2017
<i>Nombre de lits ouverts</i>	25	25	25
<i>Nombre de lits occupés en moyenne</i>	21	20	21
<i>Taux d'occupation moyen</i>	84%	80%	84%

Source : CH de Dole

Le pôle Femme Mère Enfant de l'établissement connaît des taux d'occupation particulièrement bas. La chambre constate qu'en 2012, l'établissement a supprimé 5 lits d'obstétrique et 4 lits de gynécologie, ce qui a conduit à une amélioration - relative en obstétrique - des taux d'occupation. Aucun autre ajustement capacitaire n'a été effectué jusqu'à fin 2018, malgré des taux d'occupation médiocres. Le compte-rendu du « dialogue de gestion 2017_» du pôle indique que, compte tenu de l'activité observée, les besoins ne sont que de 13 lits pour la pédiatrie/unité adolescents (soit - 3), et 13 lits en obstétrique (soit - 7).

Au-delà des fermetures de lits, et comme cela est également indiqué dans le compte-rendu, des regroupements d'unités pourraient être envisagés pour fermer des secteurs et économiser sur les frais de structure.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué que fin 2018, dans le cadre de son contrat de performance avec l'ARS, la fermeture de 6 lits de pédiatrie et de 3 lits d'obstétrique avait été actée.

Tableau n° 9 : Taux d'occupation des services du pôle Femme Mère Enfant (en%)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
<i>Pédiatrie (12 lits)</i>	64,14	62,40	65,01	70,27	76,54	55,73	65,68
<i>Unité adolescents (4 lits)</i>	48,43	44,86	55,55	47,26	37,16	56,92	48,36
<i>Néonatalogie (6 lits)</i>	43,99	41,32	51,83	61,46	61,43	46,12	51,02
<i>Obstétrique (20 lits)</i>	52,97	62,91	71,86	73,30	60,44	57,38	63,14
<i>Gynécologie (4 lits)</i>	75,57	113,06	112,55	95,56	99,11	93,59	98,24

Source : CH de Dole

1.3.4 Une Durée Moyenne de Séjour (DMS) optimisable

La DMS observée pour une spécialité peut être comparée à celle prise pour référence au niveau national lors de l'élaboration des tarifs des séjours dans le cadre de la Tarification à l'Activité (T2A), ce qui donne l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS), indicateur qui permet de synthétiser la performance de l'établissement en terme d'organisation des soins.

Si une activité avec un IP-DMS de 1 est considérée comme équilibrée économiquement, le Ministère de la Santé a fixé comme valeur cible un IP-DMS de 0,94 notamment pour l'obtention de financements nationaux pour des projets d'investissement via le COPERMO. Dans l'établissement, l'IP-DMS, en baisse en médecine et en hausse en chirurgie et en obstétrique, reste très au-delà de cette valeur cible.

Tableau n° 10 : Évolution de l'IP-DMS de l'établissement

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>IP-DMS Médecine</i>	1.106	1.037	1.066	1.065	1.052	0,993
<i>IP-DMS Chirurgie</i>	1.086	1.080	1.064	1.148	1.103	1,026
<i>IP-DMS Obstétrique</i>	0.98	1.016	1.018	1.024	1.035	1,008

Source : Hospidiag

1.3.5 Une productivité améliorable dans plusieurs secteurs

Une analyse du retraitement comptable 2015 (outil de comptabilité analytique) de l'établissement a été menée en lien avec l'ARS à l'été 2017. Cette analyse a permis d'identifier les secteurs générant un surcoût par rapport à un panel d'une vingtaine d'établissements comparables.

Les principaux éléments qui ressortent de cette analyse sont les suivants :

- l'activité d'anesthésie génère un surcoût d'environ 830 000 € annuels ;
- l'activité de chirurgie génère un surcoût d'environ 610 000 € annuels ;
- l'activité du laboratoire génère un surcoût d'environ 460 000 € annuels.

En ce qui concerne les surcoûts générés par les activités de chirurgie et d'anesthésie, comme cela a déjà été évoqué ci-dessus, la chambre estime que le projet de coopération avec le CHU de Besançon doit aboutir dans les meilleurs délais. En parallèle, l'établissement devra travailler sur la diminution du coût de son personnel médical (*cf. infra*).

Pour l'activité de biologie, l'établissement produit son B (valeur unitaire des actes de biologie) à 0,28 €, quand les établissements comparables le produisent à 0,25 € et quand la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) le rémunère à hauteur de 0,25 €³.

Par ailleurs, le volume d'activité du laboratoire est insuffisant pour assurer sa rentabilité. L'établissement a donc prévu de travailler sur une diminution des coûts de personnel (baisse de l'absentéisme, du taux de remplacement...) et sur une augmentation de l'activité (il a notamment ouvert en octobre 2017 un centre de prélèvements dans le hall central de l'établissement, afin que les patients qui sortent de consultations puissent se faire prélever sur place, patientèle qui était auparavant généralement perdue pour l'établissement). Le projet de reprendre l'activité de biologie de la Polyclinique du Parc, qui figurait dans le projet médical de l'établissement, est en revanche définitivement abandonné.

1.3.6 Le Contrat de Performance et d'Organisation 2018-2022

Comme évoqué ci-dessus, l'ARS s'est récemment engagée sur une aide de 3,3 M€ au projet de coopération avec le CHU de Besançon, dont 2,3 M€ pour la reconstruction du bloc opératoire de l'établissement. Cette aide est conditionnée à la réalisation d'efforts complémentaires par ce dernier en termes d'optimisation capacitaire, de réorganisation et d'amélioration de la productivité, ce qui se traduit notamment par l'engagement de :

- ramener la capacité du service de chirurgie de 26 à 18 lits (- 8 lits) ;
- diminuer la capacité des services de diabétologie-endocrinologie et de rhumatologie, ramenée de 51 lits au total à 36 en les regroupant en un seul service (- 15) ;
- ramener la capacité du service de pédiatrie-néonatalogie de 22 à 16 lits (- 6) ;
- maintenir les 6 lits d'USIC fermés (- 6).

Ces efforts se traduisent par des diminutions d'effectifs et des prévisions de baisses de charges qui seront détaillées ci-dessous dans la partie relative à l'analyse financière de l'établissement.

En conclusion, la chambre constate que l'établissement semble avoir pris conscience tardivement de l'ensemble des difficultés évoquées ci-dessus, alors qu'elles étaient anciennes et que des marges de manœuvre existaient. Cependant, depuis 2016, de réels efforts ont été faits, qui sont à encourager et doivent être poursuivis.

³ Dans ce secteur, les surcoûts semblent essentiellement liés au personnel non médical.

2 ENQUETE SUR LES ACTES ET LES CONSULTATIONS EXTERNES (ACE)

Conformément à l'arrêté du 23 juin 2017 relatif à la programmation des travaux communs à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes pour les années 2018-2020, une enquête sur les « actes et consultations externes dans les hôpitaux » est réalisée dans le cadre d'une formation interjuridictionnelle. Cette enquête vise à examiner la manière dont les hôpitaux connaissent, suivent, valorisent, et cherchent à optimiser cette activité en agissant sur des leviers organisationnels, financiers et de coopération. L'enquête porte sur les exercices 2013 à 2017.

2.1 Le décompte de l'activité ACE de l'établissement

2.1.1 L'évolution de l'activité ACE sur la période étudiée

La chambre relève une diminution conséquente du nombre de consultations effectuées, ce que l'établissement explique par la pénurie de praticiens à laquelle il est confronté sur la période dans plusieurs disciplines traditionnellement pourvoyeuses d'un nombre important de consultations : cardiologie, gastro-entérologie, anesthésie... Ce contexte peut également expliquer la baisse du nombre d'actes d'imagerie et de forfaits techniques radiologie.

La chambre note par ailleurs une diminution de la part des consultations de médecins spécialistes sur la période, alors que les consultations externes hospitalières sont réputées être des consultations spécialisées.

Les autres catégories d'actes sont en augmentation sur la période, ainsi que les forfaits Accueil et Traitement des Urgences (ATU) et de sécurité environnement hospitalier. Le nombre élevé, et en augmentation, de consultations généralistes et de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (correspondant aux forfaits ATU) est notamment dû à l'absence de dispositif de permanence des soins en libéral de type maison médicale. L'établissement indique avoir milité auprès de la médecine libérale pour la mise en place d'un tel dispositif à proximité des urgences, sans succès à ce jour.

Du fait essentiellement de la baisse globale de l'activité d'hospitalisation de l'établissement, le ratio ACE/journées d'hospitalisation est en augmentation de plus de 7 % par an sur la période. L'évolution de ce ratio est toutefois à relativiser compte tenu de la part en valeur absolue de l'activité de biologie incluse dans les ACE.

Tableau n° 11 : Évolution de l'activité ACE sur la période (hors activité libérale)

	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Consultations médecins spécialistes</i>	63 629	70 909	58 451	48 987	50 233	- 5,26%
<i>Consultations médecins généralistes</i>	27 208	30 776	35 373	24 886	24 468	- 2,52%
Total consultations	90 837	101 685	93 824	73 873	74 701	-4,4%
<i>Part des consultations spécialistes</i>	70,05%	69,73%	62,30%	66,31%	67,25%	
<i>Actes de biologie (nombre de B)</i>	2 162 243	2 123 244	2 410 548	2 419 369	2 421 851	3%
<i>Actes infirmiers</i>	18 482	30 137	28 529	19 521	21 955	4,70%
<i>Autres actes (sages-femmes, orthopédie ...)</i>	37 971	41 139	37 599	32 949	39 789	1,20%
<i>Actes d'imagerie</i>	24 210	23 621	23 355	22 100	22 975	-1,28%
<i>Actes techniques médicaux</i>	15 839	19 950	18 116	14 935	20 355	7,13%
<i>Actes d'échographie</i>	8 128	9 283	9 231	8 965	10 232	6,47%
<i>Actes de chirurgie</i>	1 761	2 156	2 267	2 208	2 514	10,69%
<i>Autres actes (anesthésie, soins dentaires ...)</i>	71	21	17	14	14	-20,27%
<i>Forfaits techniques radiologie</i>	6 924	5 534	4 371	4 442	6 332	-2,14%
<i>Forfaits Accueil et Traitement des Urgences</i>	18 355	18 760	19 552	19 332	20 493	2,91%
<i>Forfait de sécurité environnement</i>	1 592	1 566	1 460	1 729	1 861	4,22%
Total ACE	2 386 413	2 377 096	2 648 869	2 619 437	2 643 072	2,69%
<i>Nombre de journées hospitalisations MCO</i>	75 514	74 383	72 614	69 140	64 706	-3,58%
Nombre ACE / 100 journées	3 160	3 196	3 648	3 789	4 085	7,31%

Source : tableaux OVALIDE (PMSI), retraitement CRC

2.1.2 L'évolution des recettes liées aux ACE sur la période étudiée

Sur la période, les recettes de l'établissement liées aux ACE sont en augmentation, en particulier la part imputable aux patients et aux mutuelles qui augmente davantage que celle imputable à l'assurance maladie. Globalement, les recettes liées aux ACE croissent plus vite que le total des produits de l'activité hospitalière. Elles représentent en moyenne 9,8 % de ces produits.

Le montant de la recette perçue pour 100 consultations croît de 4,13 % par an en moyenne sur la période pour atteindre 5 716 euros en 2017 (en baisse par rapport à 2016).

Tableau n° 12 : Évolution des recettes de l'activité ACE sur la période (hors activité libérale)

	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Actes et consultations externes</i>	3 415 960	3 794 197	3 881 284	3 492 077	3 251 960	-1,20%
<i>Forfaits ATU</i>	435 567	444 940	470 257	415 869	422 423	-0,75%
<i>Autres forfaits liés aux ACE</i>	707 989	553 409	557 247	621 545	1 002 306	9,10%
Total à la charge de l'assurance maladie	4 559 516	4 792 546	4 908 788	4 529 491	4 676 689	0,60%
<i>Autres recettes (mutuelles et patients)</i>	1 474 018	1 662 771	1 645 242	1 428 064	1 527 504	1,80%
Total des recettes liées aux ACE	6 033 534	6 455 317	6 554 030	5 957 555	6 204 193	0,71%
Total des produits de l'activité hospitalière	63 416 021	64 316 197	64 279 383	63 309 637	64 005 349	0,23%
Part des recettes de l'activité liées aux ACE	9,51%	10,04%	10,20%	9,41%	9,69%	
<i>Nombre total de consultations</i>	90 837	101 685	93 824	73 873	74 701	-4,4%
<i>Total des recettes liées aux consultations</i>	4 456 220	4 957 940	5 031 841	4 454 114	4 270 099	-1,04%
Montant de la recette / 100 consultations	4 906	4 876	5 363	6 029	5 716	4,13%

Source : ANAFI + CH de Dole, retraitement CRC

2.2 La stratégie de l'établissement en matière d'ACE

2.2.1 Les objectifs stratégiques de l'établissement en matière d'ACE

Le PRS, arrêté le 2 juillet 2018, comporte plusieurs éléments susceptibles d'impacter l'activité d'ACE sur le territoire.

En effet, la structuration des différentes filières et des parcours de santé doit aboutir à l'amélioration de l'accès aux soins pour tous, via notamment le développement de consultations avancées ou encore de consultations via la télémedecine. La volonté de réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences, dans un double objectif de qualité de la prise en charge et de réduction des coûts, va également dans le sens d'une augmentation de l'activité d'ACE.

Au-delà de ces objectifs généraux, le centre hospitalier de Dole est particulièrement concerné par le projet de réorganisation de la filière chirurgie sur son bassin de population. Ce projet, également au cœur du projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté, consiste en la mise en place de consultations avancées de chirurgie sur le site de Dole par les praticiens du CHU de Besançon, dans l'optique d'une reprise ultérieure, et d'un développement, de l'ensemble de la chirurgie ambulatoire doloise par les chirurgiens bisontins.

Dans son projet d'établissement, antérieur au PRS et au projet médical partagé du GHT, le centre hospitalier de Dole évoque également son souhait de développer ses propres consultations avancées dans des hôpitaux périphériques (Gray, Auxonne...) en vue de faciliter le recrutement de patients.

Dans la plupart des axes de son projet médical, il se fixe également l'objectif d'augmenter le nombre de consultations pour récupérer des parts de marché sur le secteur libéral et de développer de nouveaux types de consultation (consultation mémoire ou consultation d'annonce par exemple).

Dans les contrats que l'établissement a passé avec ses pôles, ces objectifs ne sont cependant pas repris. L'établissement n'ayant pas mis en place de projet de pôle, la chambre n'a pas pu les étudier.

La chambre constate également que l'établissement n'a pas créé d'instance spécifique de pilotage de l'activité d'ACE.

2.2.2 La visibilité et la reconnaissance des ACE de l'établissement

L'établissement s'est inscrit dans une démarche Ville-Hôpital dès 2012. Il a élaboré une stratégie de communication globale qui s'est traduite notamment par la mise en place de lignes directes permettant aux praticiens de ville de joindre directement par téléphone une permanence par spécialité, par la diffusion d'un annuaire spécifiquement conçu pour les libéraux, ainsi que par la mise en place à leur intention d'un site dédié. Des rencontres sont par ailleurs régulièrement organisées par spécialités médicales, autour d'Enseignements Post-Universitaires (EPU) et de programmes de Formation Médicale Continue (FMC).

Il a également inscrit dans le projet de Contrat de Performance et d'Organisation en cours de signature avec l'ARS la nécessité de « Cultiver le lien ville-hôpital », avec pour objectif d'améliorer ses relations avec la médecine libérale, notamment par l'envoi au médecin traitant d'une « lettre de liaison » par voie électronique dans des délais rapides après la sortie du patient. Cet envoi systématisé par messagerie sécurisée plutôt que par papier devrait par ailleurs engendrer des économies pour l'établissement, qu'il a chiffrées à 3 500 € pour 2018.

L'établissement a indiqué ne plus suivre le délai moyen d'envoi du compte-rendu et se fier désormais à un nouveau critère : la remise de la lettre de liaison qui doit avoir lieu le jour de la sortie du patient et contenir un certain nombre d'éléments en application du décret n° 2016 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, repris par la HAS. Si la remise de la lettre de liaison a bien lieu le jour de la sortie du patient dans 95 % des cas, selon une étude interne portant sur 64 dossiers tirés au sort, l'établissement requête également mensuellement et par unité dans les dossiers des patients pour établir des pourcentages de conformité de cette lettre de liaison aux exigences réglementaires. En 2017, seules 28 % des lettres étaient conformes. De ce fait, l'établissement n'a pas obtenu de dotation IFAQ (incitation financière à l'amélioration de la qualité) et des professionnels libéraux n'ont pas trouvé dans le document l'ensemble des documents dont ils avaient besoin.

La chambre invite l'établissement ainsi que ses professionnels à poursuivre la démarche d'amélioration du contenu de cette lettre de liaison.

En 2017, lors de leur admission pour un ACE, 60,2 % des patients indiquent venir de façon spontanée, 22 % indiquent avoir été adressés par un médecin extérieur et 16,2 % sont adressés par le service des urgences.

Interrogé sur le nombre de patients vus pour la première fois en consultation dans l'établissement, l'établissement a fourni les données ci-dessous. La baisse constatée du nombre d'identités créées informatiquement est à relativiser, car l'établissement indique avoir mené sur la période un travail important de lutte contre les doublons. L'augmentation de la proportion de premières consultations « réelles » est donc sans doute plus importante.

Tableau n° 13 : Nombre de patients vus pour la première fois dans l'établissement en ACE

	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Nombre total de consultations</i>	90 837	101 685	93 824	73 873	74 701	-4,4%
<i>Nombre de 1^{ère} consultation (=identité créée informatiquement)</i>	6 808	6 632	6 466	6 091	6 102	-2,59%
<i>Taux de 1^{ère} consultation</i>	7,49%	6,52%	6,89%	8,25%	8,17%	

Source : CH de Dole

L'établissement ne suit pas spécifiquement le taux de satisfaction des patients, ni celui des médecins traitants par rapport à son activité d'ACE.

2.3 L'offre d'ACE proposée par l'établissement

2.3.1 Les consultations offertes par l'établissement

L'établissement propose une offre diversifiée de consultations⁴. Cette pluralité est à la fois un atout en termes d'attractivité et une contrainte en termes d'organisation et de seuil d'activité. À ces consultations, il faut rajouter toutes les consultations effectuées en urgence, aux urgences ou dans les services, en dehors des créneaux prévus.

La chambre constate que dans plusieurs disciplines, les délais pour obtenir un rendez-vous sont importants. Elle note une différence non négligeable pour l'obtention d'un rendez-vous en gynécologie-obstétrique, selon que ce rendez-vous est demandé en secteur public ou en secteur privé.

Cette situation n'est pas conforme à la réglementation et la chambre demande à l'établissement d'y remédier.

Elle l'invite également à mesurer et suivre les délais de rendez-vous pour l'ensemble des spécialités pour lesquelles il existe une offre au titre de l'activité libérale, notamment les consultations de chirurgie orthopédique et viscérale, de cardiologie et de pneumologie, afin de pouvoir établir cette comparaison des délais de rendez-vous entre secteur public et secteur privé.

2.3.2 La couverture des besoins sur le territoire

Dans plusieurs disciplines comme la gynécologie obstétrique, l'endocrinologie-diabétologie, la néphrologie et certaines spécialisations pédiatriques, l'établissement est le seul recours de proximité sur le bassin dolois. Dans d'autres disciplines comme la gastro-entérologie et la pneumologie, l'offre de l'établissement s'ajoute à une offre libérale limitée mais l'offre totale demeure insuffisante et les délais de consultation sont élevés.

⁴ Cf. Annexe n° 3.

Certaines disciplines sont absentes de l'établissement comme l'urologie, l'ORL et la chirurgie maxillo-faciale, uniquement prises en charge en libéral et en particulier à la Polyclinique du Parc.

L'établissement a mis en place une consultation avancée en diabétologie sur le centre hospitalier d'Auxonne à hauteur de deux demi-journées par mois. Ces consultations sont facturées et perçues par le centre hospitalier de Dole.

Comme évoqué ci-dessus, des chirurgiens du CHU de Besançon vont venir sur place dans l'établissement afin de réaliser des consultations avancées dans de nombreuses disciplines chirurgicales. Cette offre est susceptible de venir directement concurrencer l'activité développée au sein de la Polyclinique du Parc.

L'établissement a également recours à la télémedecine dans le cadre de son activité d'ACE :

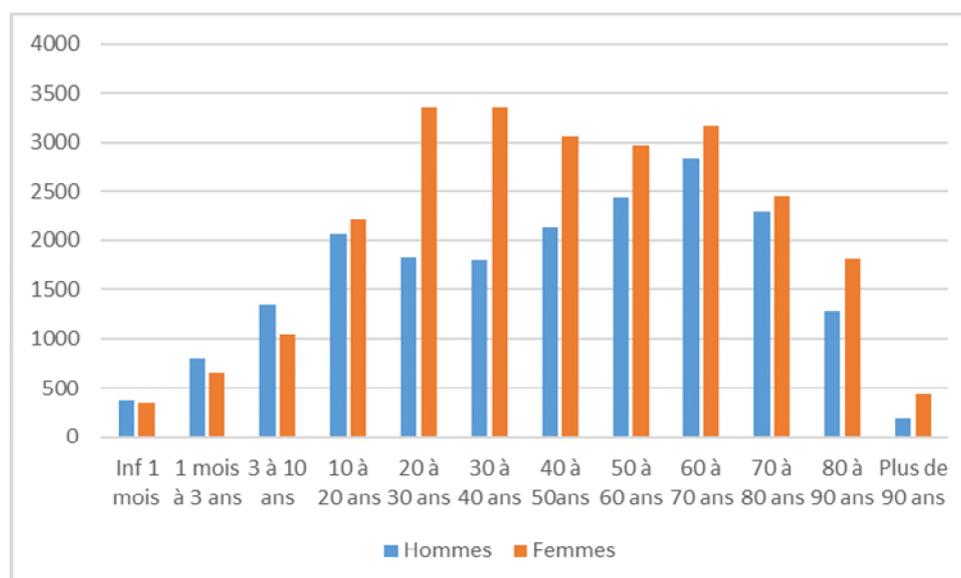
- les patients pris en charge aux urgences et pour lesquels les praticiens soupçonnent un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) peuvent être pris en charge par les praticiens du CHU de Besançon via un système de web conférence ;

- une partie de l'imagerie est réalisée sur place par des manipulateurs en radiologie, et interprétée à distance par un radiologue appartenant à un cabinet extérieur, la Compagnie Générale de Télé-Radiologie (CGTR).

2.3.3 La patientèle des consultations externes

En 2017, la patientèle des consultations externes est à 55,5 % féminine. Son âge moyen est de 50 ans et son âge médian de 46,9 ans. Cette situation est notamment due à la part importante des consultations de gynécologie-obstétrique dans l'établissement et à l'absence de consultations d'urologie.

Graphique n° 1 : Age et sexe de la patientèle ACE en 2017



Source : CH de Dole

2.4 L'organisation mise en œuvre par l'établissement

2.4.1 L'organisation spatiale et fonctionnelle

Si en arrivant dans le hall d'accueil central de l'établissement, une signalétique indique « Consultations externes », le lieu en question ne regroupe que quelques consultations d'anesthésie, de chirurgie (uniquement les consultations publiques, les consultations privées ayant toutes lieu dans les services concernés) et le laboratoire. Tous les autres actes et consultations externes de l'établissement sont effectués dans les services des praticiens, soit une vingtaine de lieux répartis dans les six étages du bâtiment principal, ainsi que dans d'autres locaux (maternité et urgences se trouvant sur des sites distincts).

La direction a indiqué souhaiter regrouper l'ensemble de ses actes et consultations externes afin d'optimiser leur organisation, mais être à court et moyen terme dans l'incapacité de financer les travaux nécessaires compte tenu de sa situation financière, et se heurter à une forte résistance de ses praticiens qui ne souhaitent pas s'éloigner physiquement de leurs services pour exercer cette activité. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué que plusieurs projets étaient en cours pour poursuivre la concentration des consultations dans le hall central.

Sans méconnaître la réalité de ces contraintes, la chambre invite l'établissement à intensifier sa réflexion dans ce domaine afin d'optimiser le circuit du patient et de générer des gains en efficacité sur cette activité.

2.4.2 La prise de rendez-vous

Les consultations n'étant pas centralisées, il n'existe pas de numéro unique pour la prise de rendez-vous, ni de planning informatisé regroupant l'ensemble des plages disponibles et accessible au secrétariat. L'établissement ne suit pas d'indicateurs sur son accueil téléphonique ; il a cependant indiqué qu'il venait d'installer un serveur vocal interactif qui permettra à terme de produire des statistiques et de les diffuser. Il n'y a actuellement pas de possibilité de prendre rendez-vous sur Internet (mais une réflexion est en cours sur ce sujet), ni de technique de rappel des rendez-vous par envoi de SMS pour les ACE (alors que cette possibilité existe pour l'hospitalisation).

2.4.3 L'admission du patient en consultation

L'établissement n'a pas mis en place de système de préadmission (possibilité de constituer son dossier administratif en amont de la consultation). Les patients venant pour un ACE passent donc nécessairement par le bureau des entrées pour effectuer ces démarches. Les agents en charge de ces tâches sont formés à leurs postes et disposent des informations nécessaires pour effectuer un travail de qualité (liste des pièces à demander au patient, consultations des droits en ligne, consignes d'identitovigilance et de traitement des doublons).

L'établissement dispose d'un dossier patient informatisé global qui est créé lors de l'admission. La maternité constitue un cas à part, car elle n'utilise pas ce logiciel et ne fonctionne qu'avec un dossier papier.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué avoir notifié un marché pour l'informatisation du dossier patient de la maternité le 1^{er} mars 2019. Le planning de déploiement du dossier patient informatisé prévoit de démarrer en production les consultations et l'hospitalisation en juin 2019, puis de poursuivre avec les salles de naissance et la néonatalogie.

2.4.4 Le codage des actes

Le codage des actes et des consultations externes est effectué presque exclusivement sous format papier dans les services où ils sont réalisés, à l'exception de la chirurgie, de l'anesthésie et de la radiologie, pour lesquelles il est effectué informatiquement et directement dans le logiciel de gestion administrative du patient.

Selon les cas, ce codage est effectué soit par le consultant lui-même, soit par une secrétaire médicale. Les documents papier sont ensuite transmis aux agents du bureau des entrées pour qu'ils saisissent les données dans le système informatique de l'établissement.

La chambre estime que cette pratique de codage sur papier, puis de transmission des informations au bureau des entrées qui procède au codage informatique, est source potentielle de pertes d'information et d'erreurs, en plus d'être particulièrement chronophage et peu intéressante pour les agents du bureau des entrées, dont la plus-value pourrait se recentrer sur des fonctions de contrôle plutôt que sur des missions de recopie.

La chambre rappelle au demeurant qu'en vertu des dispositions des articles L. 6113-7 et R. 6113-4 du CSP, il appartient aux praticiens, et non aux personnels non-médicaux, de coder les actes et de transmettre au DIM les données nominatives nécessaires à la facturation de l'activité, mais aussi d'en garantir la qualité et l'exhaustivité.

En réponse aux observations initiales de la chambre, l'établissement a indiqué partager le constat de la chambre et étudier une saisie à la source du codage des ACE, sous le contrôle du médecin du département d'information médicale (DIM) et d'éventuels techniciens d'information médicale (TIM).

Recommandation n°1 : Systématiser le codage informatique de l'activité⁵ par les professionnels qui l'ont effectuée, tout en maintenant une expertise centralisée au niveau du DIM.

Sur la période étudiée, plusieurs audits ont été réalisés par la société Leyton et associés CTR afin d'améliorer de façon rétroactive le codage des ACE dans le cadre de la procédure LAMDA⁶.

Les contrats passés avec Leyton et associés CTR prévoient une rémunération de la société à hauteur de 15 puis 5,5 % hors taxes du montant de la régularisation effectuée, auxquels il convient donc d'ajouter la TVA.

⁵ Cette recommandation ne concerne pas uniquement les ACE mais également le codage des séjours.

⁶ Création du logiciel LAMDA par l'ATIH en 2006 pour permettre aux EPS de transmettre en n+1 sur la plateforme *e-pmsi* les données d'activité de l'année n non valorisées ou de les modifier ou de prendre en compte des éléments nouveaux qui sont intervenus. Ces demandes doivent être motivées et répondre à des situations exceptionnelles.

Tableau n° 14 : Bilan des audits CTR pour l'optimisation du codage des ACE

<i>Exercice concerné</i>	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<i>Année régularisation</i>	2013	2013	2014	2015	2016	
<i>Montant régularisation</i>	145 768	138 311	57 439	37 825	102 577	481 920
<i>Honoraires CTR</i>	21 865 (15%)	20 747 (15%)	8 616 (15%)	2 080 (5,5%)	5 642 (5,5%)	58 950
<i>TVA</i>	4 286 (19,6%)	4 066 (19,6%)	1 723 (20%)	416 (20%)	1 128 (20%)	11 619
<i>Somme réellement récupérée</i>	119 617	113 498	47 100	35 329	95 807	411 351

Source : Liasses + retraitement CRC

Au-delà des sommes récupérées par l'établissement, ces audits ont également permis de détecter des mauvaises pratiques et/ou des problèmes de paramétrage du logiciel de facturation, comme la sous-facturation des consultations de spécialistes et des majorations de nuit par exemple.

La chambre invite l'établissement à poursuivre l'utilisation régulière de la procédure Lamda pour améliorer l'exhaustivité de son codage, en privilégiant des contrôles qualité internes plutôt que le recours à des sociétés externes.

2.4.5 La facturation à l'assurance maladie et la mise en œuvre du projet Facturation Individuelle des Établissements de Santé (FIDES)

L'établissement a basculé en FIDES au 1^{er} octobre 2016 pour les ACE après avoir mené plusieurs tests et connu un certain nombre de difficultés techniques (paramétrage et interfaçage du logiciel) et managériales (augmentation de la charge de travail, nouvelles missions...).

Si le logiciel nécessaire a été acquis pour un coût bas (2 920 €), cette somme semble marginale par rapport au temps homme passé à faire fonctionner correctement les interfaces, coût que l'établissement n'a pas chiffré.

Le passage en FIDES n'a pas entraîné de création de postes. L'établissement a indiqué avoir mis en place des formations à destination des agents concernés par ces nouvelles missions. Cependant, leurs fiches de poste n'ont pas été modifiées.

L'établissement a mis en place des procédures de contrôle qualité de la facturation à l'assurance maladie, mais la chambre observe que ces procédures n'ont pas été étendues à la facturation au patient.

Suite à un audit du Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP), l'établissement a fait le choix de ne pas créer de service facturation distinct et de préserver la polyvalence totale des agents du service d'admission/facturation, ce qui selon lui contribue à la professionnalisation des agents en question et permet de leur confier un travail plus riche et plus responsabilisant.

Le taux de rejet des titres émis à l'encontre de la CPAM est relativement faible, de l'ordre de 2,5 % au premier trimestre 2017. En cas de rejet, l'établissement doit manuellement procéder à une correction du titre concerné, puis procéder à une nouvelle facturation. Il a indiqué souhaiter passer à une version supérieure du logiciel de facturation CPAGE-i, qui facilitera le traitement des rejets.

2.4.6 La facturation au patient, aux mutuelles et le recouvrement des recettes

L'établissement dispose d'une régie permettant d'encaisser directement les paiements des patients à l'entrée du service de chirurgie traumatologique. Cette régie sert exclusivement à ce service. L'établissement n'a pas de régie pouvant effectuer des encaissements à la sortie du patient. De ce fait, les recettes de la régie sont très limitées (789 € en 2017, correspondant à 45 dossiers, soit environ 17,5 € par dossier).

L'essentiel du recouvrement se fait donc par le biais de la trésorerie, avec notamment une possibilité de paiement en ligne des factures sur le site internet de l'établissement. Sur la période, le taux de recouvrement des recettes liées aux ACE se situe aux alentours de 92 %.

L'activité d'ACE étant génératrice d'un grand nombre de titres pour des sommes très faibles, le comptable a peu de moyens pour améliorer ce taux de recouvrement. Il est à noter que l'établissement n'a pas été en mesure d'isoler les cotes inférieures à 10 € au sein des restes à recouvrer.

Tableau n° 15 : Évolution du taux de recouvrement des recettes de l'activité ACE

	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
<i>Total des recettes liées aux ACE (compte financier)</i>	6 033 534	6 455 317	6 554 030	5 957 555	6 204 194	6 240 926
<i>Total recouvré</i>	5 599 558	5 956 112	6 058 962	5 493 792	5 494 050	5 720 795
<i>Part des recettes recouvrées</i>	92,81%	92,27%	92,45%	92,22%	88,55%	91,66%
<i>Réémission + produits ex antérieurs hors hospitalisation</i>	65 373	98 794	194 488	124 680	164 057	129 478
<i>Titres annulés hors hospitalisation sur ex antérieurs</i>	558 986	46 495	89 827	2 071	111 903	161 856
<i>Créances irrécouvrables sur ACE</i>	11 473	30 949	21 272	24 686	21 594	21 995

Source : CH de Dole

En ce qui concerne le recouvrement des recettes auprès des mutuelles, l'établissement a indiqué qu'il n'était pas en mesure de leur télétransmettre les données. L'ensemble de la facturation à ces organismes se fait donc par papier, ce qui est chronophage et source potentielle de pertes d'informations.

Recommandation n°2 : Développer la possibilité de paiement en régie et mettre en œuvre la télétransmission des données aux mutuelles afin d'optimiser le recouvrement des recettes.

2.4.7 Les évaluations et audits réalisés sur les ACE sur la période étudiée

En plus des audits confiés à la société Leyton et associés (CTR) évoqués ci-dessus, l'établissement a eu recours à plusieurs cabinets de conseil sur son activité d'ACE.

En juillet 2013, il a confié à la société KPMG un audit « visant à optimiser le circuit de la facturation des actes et consultations externes ainsi qu'aux urgences », pour un coût total de 45 382 €. L'audit s'est conclu par la proposition de trois scénarii d'évolution, par ordre d'ambition décroissant :

- centraliser les consultations sur un plateau, lieu des consultations externes et de recueil unique de l'information administrative et médicale ;
- simplifier le recueil des informations et des actes par informatique avec une saisie du codage informatiquement au plus près des patients ;
- simplifier le recueil des informations sur papier : une seule fiche de circulation par patient et par passage (en lieu et place de la fiche annuelle préexistante).

Les contraintes architecturales et budgétaires de l'établissement, ainsi qu'une forte opposition médicale, n'ont pas permis de mettre en œuvre les scénarii les plus ambitieux. Cet audit a donc conduit à la mise en œuvre du troisième scénario, au demeurant imposé par la mise en œuvre du projet FIDES. La chambre estime que cet audit, dont le coût a été important pour l'établissement, a eu un retour sur investissement relativement limité.

En avril 2015, l'établissement a confié à la société Iris Conseil Santé un audit « sur l'amélioration organisationnelle des consultations du pôle FME » pour un montant total de 16 500 € TTC. En effet, les consultations de ce pôle, situées pour la plupart dans un autre bâtiment que le principal dans lequel se trouve le bureau des admissions étaient confrontées à une problématique accrue de patients arrivant en consultation sans être passés par ledit bureau et donc à une impossibilité de facturation. La restitution de cet audit a conduit à un transfert des missions d'admission administrative aux secrétaires médicales des services, après une période de formation. Les patients n'ont donc plus à passer par le bureau des entrées et le recueil des informations nécessaires à la facturation est assuré.

L'établissement a également fait intervenir le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) (mission n'ayant pas engendré de coût pour l'établissement) pour travailler sur l'amélioration générale du management au sein du bureau des admissions. Le principal acquis de ce dispositif est la mise en place d'une démarche de *lean management*, auquel l'encadrement a été formé.

2.5 Les moyens affectés et le résultat financier

Sollicité à plusieurs reprises, l'établissement n'a pas été en mesure de fournir à la chambre les éléments demandés dans le cadre de l'enquête interjuridictionnelle. Les outils de comptabilité analytique dont il dispose, ainsi que la dispersion des activités relevant du champ ACE dans l'ensemble des pôles, ne lui permettent pas d'affecter à l'activité ACE les dépenses qui s'y rattachent, notamment en termes de dépenses de personnel.

La chambre invite l'établissement à affiner sa comptabilité analytique afin de pouvoir mieux piloter chacune de ses activités, et en particulier les ACE.

2.6 L'organisation et le suivi de l'activité libérale des praticiens de l'établissement

2.6.1 Analyse des contrats des praticiens concernés

Depuis la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, l'article L. 6154-2 du code de la santé publique (CSP) dispose que les contrats d'activité libérale des praticiens doivent prévoir une clause de non-concurrence en cas de départ de l'établissement et le paiement d'une indemnité compensatrice en cas de non-respect de cette clause. Un contrat-type prévoyant cette clause (article 10) figure en annexe 61-2 du code de la santé publique.

Dans son rapport d'observations provisoires, la chambre observait que plus de deux ans après la parution de ce texte, les nouveaux contrats conclus par l'établissement avec ses praticiens ne comportaient aucune clause de ce type. L'établissement a toutefois fourni à la chambre les avenants à chacun des contrats, en date du 14 mars 2019, qu'il avait fait parvenir aux praticiens concernés afin de se conformer à la réglementation.

Par ailleurs, le décret du 11 avril 2017 modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé a introduit l'obligation pour les chefs d'établissements concernés d'arrêter une charte de l'activité libérale, après concertation du directoire et avis de la commission des usagers, de la commission médicale d'établissement et du conseil de surveillance.

Sollicité à ce sujet, l'établissement a indiqué que la charte était en cours de validation par les instances concernées. Il a communiqué à la chambre un projet de charte particulièrement succinct, qui ne mentionne ni les textes relatifs à l'activité libérale, ni certains principes essentiels comme la garantie de l'égal accès aux soins avec des délais de rendez-vous similaires entre les secteurs public et privé ou le fait que cette activité doit être tracée dans les tableaux de service.

La chambre invite le centre hospitalier de Dole à compléter cette charte et à l'annexer à l'ensemble des contrats d'activité libérale des praticiens concernés, conformément à l'article R. 6154-4 du code de la santé publique. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a communiqué une nouvelle charte, validée par les instances de mars 2019, qui reprend l'essentiel des éléments nécessaires au bon fonctionnement de l'activité libérale au sein d'un établissement public de santé.

Enfin, le décret du 11 avril 2017 modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé impose de nouvelles obligations aux praticiens :

- s'identifier dans le système d'informations comme réalisateur des actes et consultations, en précisant que ces derniers sont réalisés au titre de son activité publique personnelle ;
- fournir trimestriellement au directeur de l'établissement et au président de la commission de l'activité libérale le tableau de service réalisé, ainsi qu'un état récapitulatif de l'exercice de l'activité libérale précisant le nombre et la nature des actes et des consultations effectuées au titre de chacune d'elles ;

- respecter les principes énoncés dans la charte de l'activité libérale intra-hospitalière de l'établissement ;

- ne débiter son activité libérale qu'après l'approbation de son contrat par le directeur général de l'ARS ;

Ces éléments pourraient également utilement figurer dans les contrats d'activité libérale des praticiens.

2.6.2 Comparaison de l'activité publique et privée de chacun des praticiens concernés

L'article L. 6154-2 du CSP dispose que les praticiens ne peuvent exercer une activité libérale qu'à la triple condition :

- qu'ils exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public,

- que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle ils sont astreints,

- que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et actes effectués au titre de l'activité publique.

Au regard de l'ambiguïté sur l'interprétation de cette dernière condition, pouvant induire en erreur sur la manière de décompter les actes et les consultations des secteurs publics et privés, il convient de préciser que l'instruction n° 01-118-M21 du 11 décembre 2001 du Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie précise à cet effet qu'il « *convient de tenir compte de l'ensemble des éléments de comparaison et notamment :*

- *pour les consultations : comparer le nombre de consultations effectuées au titre de l'activité libérale par rapport au nombre de consultations externes publiques effectuées pour une même période.*

- *pour les actes : comparer le nombre et le volume des actes effectués au titre de l'activité libérale au nombre et au volume des actes effectués auprès des patients hospitalisés en public. (...)* »

En 2017, neuf praticiens exercent une activité libérale au sein de l'établissement, soit 15 % du personnel médical statutairement autorisé à en faire. Sur ces neuf praticiens, on décompte cinq gynécologues obstétriciens, deux chirurgiens, un cardiologue et un pneumologue. Les cinq gynécologues exercent en secteur 2 et les quatre autres praticiens en secteur 1. L'établissement a indiqué que sans cette possibilité d'exercice d'une activité libérale, il n'aurait probablement pas réussi à retenir les gynécologues obstétriciens et le cardiologue.

Parmi eux, quatre ont débuté leur activité courant 2017 et la chambre ne dispose pas d'assez d'éléments pour analyser leur situation. La chambre a donc étudié la situation des cinq autres praticiens, trois gynécologues obstétriciens, un chirurgien orthopédiste et un chirurgien viscéral. Si l'analyse de la situation de deux d'entre eux n'a pas permis de détecter d'anomalie, ce n'est pas le cas pour les trois autres praticiens.

Tableau n° 16 : Comparaison de l'activité publique et privée du Dr 1 (gynécologue)

	Consultations (C, CS, C2)		Actes techniques médicaux (ATM) et actes de chirurgie (ADC)	
	Public	Privé	Public	Privé
2012	1 621 (1 621 CS)	1 238 (1 238 CS)	71 ATM / 37 ADC	45 ATM / 1 ADC
2013	2 251 (2 249 CS + 2 C)	1 781 (1 781 CS)	153 ATM	17 ATM
2014	2 190 (2 190 CS)	1 876 (1 876 CS)	121 ATM / 59 ADC	-
2015	1 849 (1 848 CS + 1 C)	2 071 (2 071 CS)	164 ATM / 69 ADC	-
2016	1 459 (1 455 CS + 4 C)	2 204 (2 204 CS)	152 ATM / 53 ADC	-
2017	1 397 (1391 CS + 6 C)	2 289 (2 289 CS)	614 ATM / 79 ADC	

Source : CH de Dole

La chambre constate que depuis l'exercice 2015, le Dr 1 effectue davantage de consultations dans le secteur privé que dans le secteur public, et que cet écart a même tendance à se creuser, situation qui n'est pas conforme à la réglementation, même si sur les exercices concernés, il effectue davantage d'actes dans le secteur public.

Tableau n° 17 : Comparaison de l'activité publique et privée du Dr 2 (gynécologue)

	Consultations (C, CS, C2)		Actes techniques médicaux (ATM) et actes de chirurgie (ADC)	
	Public	Privé	Public	Privé
2012	1 292 (1 288 CS + 2 C)	2 754 (2 687 CS + 67 C)	33 ATM	169 ATM
2013	1 509 (1 495 CS + 14 C)	2 933 (2 856 CS + 77 C2)	42 ATM	200 ATM
2014	1 516 (1 536 CS + 10 C)	2 905 (2 833 CS + 72 C2)	54 ATM / 18 ADC	156 ATM / 21 ADC
2015	1 414 (1 398 CS + 16 C)	2 527 (2 495 C + 32 C2)	59 ATM / 13 ADC	160 ATM / 5 ADC
2016	1 143 (1 141 CS + 2 C)	2 545 (2545 CS)	117 ATM / 15 ADC	151 ATM / 0 ADC
2017	1 262 (1258 CS + 4C)	2 569 (2 569 CS)	460 ATM	147 ATM

Source : CH de Dole

La chambre constate que globalement, le Dr 2 effectue davantage de consultations (environ le double) et d'actes techniques médicaux en privé qu'en public, et ce sur tous les exercices, à l'exception du nombre d'actes en 2017.

Par ailleurs, alors que son contrat prévoit que son activité privée a lieu les lundi et jeudi après-midi, la chambre s'étonne qu'il puisse effectuer jusqu'à 2 933 consultations par an sur deux demi-journées par semaine (*2 705 en moyenne annuelle*). En estimant qu'un praticien consulte 45 semaines par an, cela revient à une moyenne de 65 consultations par semaine (*56 en moyenne annuelle*) et de 32,5 consultations par demi-journée (*28 en moyenne annuelle*).

Ce chiffre paraît excessif à la chambre, qui conclut donc à un détournement de la réglementation, soit par des plages de consultations privées excessivement longues, soit par la prise de consultations en dehors des créneaux ouverts prévus.

Tableau n° 18 : Comparaison de l'activité publique et privée du Dr 3 (chirurgien)

	Consultations (C, CS, C2)		Actes techniques médicaux (ATM) et actes de chirurgie (ADC)	
	Public	Privé	Public	Privé
2012	517 (375 CS + 142 C)	1 148 (374 CS + 774 C)	426 ADC	368 ADC
2013	438 (314 CS + 124 C)	990 (315 CS + 675 C)	385 ADC	327 ADC
2014	746 (562 CS + 184 C)	1 409 (457 CS + 952 C)	436 ADC	422 ADC
2015	734 (582 CS + 152 C)	1 304 (874 CS + 430 C)	456 ADC	402 ADC
2016	608 (458 CS + 140 C)	1 364 (442 CS + 920 C)	113 ADC	-
2017	642 (499 CS + 143 C)	1 290 (418 CS + 872 C)	121 ADC	-

Source : CH de Dole

La chambre constate que sur chacun des exercices, le Dr 3 effectue davantage de consultations dans le secteur privé que dans le secteur public, situation qui n'est pas conforme à la réglementation, même si sur les exercices concernés, il effectue davantage d'actes dans le secteur public.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué avoir récemment rappelé la réglementation en vigueur à l'ensemble des praticiens exerçant une activité libérale en son sein, par courrier individuel et lors de différentes instances.

Recommandation n°3 : Conditionner la poursuite de l'activité libérale des praticiens concernés par un examen régulier du strict respect des textes qui devront leur être régulièrement rappelés.

2.6.3 Comparaison de l'activité privée déclarée par les praticiens et des relevés Système National d'Informations Inter-Régime (SNIIR)

Pour ces mêmes praticiens, la chambre a comparé le volume d'activité privée déclaré à l'établissement à celui contenu dans les relevés SNIIR. Considérant qu'une marge de différence de 10 % est considérée comme tolérable, la chambre n'a pas relevé d'anomalie significative.

2.6.4 Le paiement de la redevance par les praticiens concernés

L'article R. 6154-3 du code de la santé publique dispose que « la redevance fait l'objet d'un paiement trimestriel ». Les titres de recettes concernant les redevances des praticiens concernés ont été régulièrement émis et recouverts pour les exercices 2012 à 2016. En revanche, pour la redevance 2017, la chambre constate que le centre hospitalier de Dole a émis les titres de recettes tardivement : le premier trimestre a été facturé le 5 octobre 2017, les deuxième et troisième trimestres ont été facturés le 10 octobre 2017 et le quatrième trimestre a été facturé le 23 janvier 2018.

La chambre invite donc le centre hospitalier de Dole à émettre les titres de recettes correspondant à la redevance de l'activité libérale des praticiens au fil de l'eau.

2.6.5 Le fonctionnement de la Commission d'Activité Libérale (CAL)

La chambre constate que la CAL s'est réunie une fois par an sur la période concernée, à l'exception de l'année 2014.

Jusqu'en mars 2019, elle était présidée par un praticien exerçant une activité libérale dans l'établissement, ce qui n'était pas conforme à l'article R. 6154-12 du code de la santé publique qui dispose que « *les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'établissement ne peuvent être élus président de la commission.* »

Ce n'est qu'après réception des observations provisoires de la chambre que cette situation a été régularisée et qu'un nouveau président a été élu le 4 mars 2019.

De même, alors que l'article R. 6154-11 du code de la santé publique dispose que la CAL « *définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement* » et qu'elle « *établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein d'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées* », la chambre constate que jusqu'en 2019, aucun programme annuel de contrôle n'a été établi et qu'en guise de rapport annuel, la CAL n'a établi que des comptes rendus particulièrement succincts de ses réunions, qui ne permettent pas de s'assurer de la réalité du contrôle exercé.

La chambre note que suite à ses observations provisoires, un premier programme de contrôle a été élaboré par la CAL en 2019 ; elle estime que pour les exercices à venir, ces programmes devront être plus précis sur les modalités des contrôles envisagés.

La principale thématique qui semble être abordée est la comparaison de l'activité publique et de l'activité privée de chaque praticien et les comptes rendus de la CAL transmis par l'établissement font état d'un non-respect manifeste de la réglementation en vigueur sur ce sujet.

La chambre constate que d'autres éléments ne sont pas mentionnés dans les comptes rendus des CAL qui lui ont été communiqués, comme le contrôle des délais de rendez-vous ou de l'affichage des tarifs. Elle a donc demandé des précisions à l'établissement. Ce dernier a indiqué que lors de la prise de rendez-vous, les secrétariats laissaient systématiquement le choix aux patients entre une consultation publique et une consultation privée. Les délais de rendez-vous fournis par l'établissement, qui diffèrent sensiblement selon le caractère de la consultation, peuvent cependant inciter le patient à choisir le secteur libéral. Les tarifs des consultations privées sont bien affichés dans les salles d'attente.

<p>Recommandation n°4 : Poursuivre la normalisation du fonctionnement de la CAL et veiller à l'élaboration annuelle d'un programme de contrôle précis et d'un rapport d'activité qui devront être présentés aux instances concernées de l'établissement.</p>

3 LA GOUVERNANCE INTERNE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'organisation en pôles de l'établissement

3.1.1 Les six pôles de l'établissement et leur gouvernance

Conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, le centre hospitalier de Dole s'est structuré en six pôles d'activité :

- **Le pôle Médecine** regroupe la majorité des spécialités médicales de l'établissement : diabétologie/endocrinologie, médecine polyvalente à orientation neurologique, néphrologie, rhumatologie, cardiologie, soins intensifs de cardiologie, hémodialyse, pneumologie/oncologie, chimiothérapies, unité douleur, équipe mobile de soins palliatifs et unité transversale d'éducation thérapeutique du patient.

- **Le pôle Femme, Mère Enfant, Maison des Adolescents** regroupe les activités de gynécologie obstétrique, d'orthogénie, de néonatalogie, de pédiatrie et la Maison des Adolescents.

- **Le pôle Gériatrie** regroupe les activités de médecine gériatrique, de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique, de psychogériatrie, de réadaptation gériatrique, l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

- **Le pôle Bloc Anesthésie, Soins Continus, Chirurgie, Médecine Physique et Réadaptation (BASCC-MPR)** regroupe l'ensemble de l'activité chirurgicale de l'établissement, ainsi que le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), l'unité de surveillance continue, l'unité de prélèvements d'organes et de tissus, la stomathérapie, la médecine physique et de réadaptation, ainsi que le plateau technique de rééducation.

- **Le pôle Urgences** regroupe le service d'accueil des urgences, le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD), le Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgences (CESU), l'activité de dépôt de sang, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ainsi que l'unité de brancardage.

- **Le pôle Prestataires médicotextiques** regroupe les activités d'imagerie et de biologie, la pharmacie, la stérilisation, l'équipe d'hygiène hospitalière et le service de diététique.

Chacun de ces pôles est piloté par un « quatuor dirigeant », composé d'un chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé, d'un cadre administratif et d'un directeur référent, ce qui pourrait permettre un pilotage effectif et fin de l'activité de chacun de ces pôles.

3.1.2 Les relations entre la direction et les pôles

3.1.2.1 Les contrats de pôle

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) a introduit la notion de contrat de pôle dans l'article L. 6146-1 du CSP : « *Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles d'activité clinique et médicotextique, le président de la commission médicale d'établissement contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement.* »

L'article R. 6146-8 du CSP dispose que ce contrat doit définir les objectifs assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués et fixer les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. Il prévoit également une délégation de signature étendue au chef de pôle, lui permettant d'engager des dépenses dans de nombreux domaines, ainsi qu'un rôle très important en matière d'affectation des ressources humaines médicales et non médicales au sein de son pôle. Il évoque enfin la possibilité de mise en œuvre de modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

La chambre constate que ces dispositions ne sont pas respectées.

La chambre observe que les contrats de pôle ont été mis en place tardivement, en 2015 et 2016, au sein de l'établissement, qu'ils fixent un certain nombre d'objectifs et définissent quelques indicateurs à suivre sans indiquer de valeur cible, ce qui rend difficile l'évaluation de la réalisation des objectifs en question. Ils ne prévoient pas de délégation de gestion au chef de pôle, ni d'intéressement.

La chambre invite l'établissement à profiter de l'expiration prochaine des premiers contrats de pôle (2019) pour les développer et définir des valeurs cibles pour les objectifs fixés.

3.1.2.2 Le dialogue de gestion annuel

Chaque année, un « dialogue de gestion » est organisé en présence du chef d'établissement afin de suivre l'évolution de l'activité et les projets du pôle. Des comptes de résultats analytiques sont élaborés à cette occasion, ainsi que des tableaux de bord qui permettent de suivre l'évolution des indicateurs fixés dans le contrat de pôle, sans toutefois que des valeurs cibles soient évoquées.

3.1.2.3 L'absence de projets de pôle

Contrairement aux dispositions de l'article R. 6146-9 du code de la santé publique, les chefs de pôle n'ont pas élaboré de projet de pôle. La chambre invite donc l'établissement à profiter du renouvellement prochain des mandats des chefs de pôle, des contrats de pôle et de l'écriture d'un nouveau projet d'établissement pour demander aux chefs de pôle de rédiger un projet de pôle en cohérence avec ledit projet d'établissement.

3.2 Le fonctionnement des principales instances de l'établissement

3.2.1 Le Conseil de surveillance

L'article L. 6143-1 du code de la santé publique précise que le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et qu'il exerce un contrôle permanent de la gestion de l'établissement ; il énumère les domaines dans lesquels cette instance doit délibérer, émettre un avis ou être informée.

Après analyse de l'ensemble des comptes-rendus des conseils de surveillance qui se sont tenus entre 2012 et 2017, la chambre estime que l'information budgétaire et financière donnée aux membres du conseil de surveillance est satisfaisante. En effet, les EPRD et leurs décisions modificatives, les comptes financiers et les décisions d'affectation des résultats font très régulièrement l'objet de présentations et de débats.

De même, les différents projets de coopération, et en particulier ceux avec la Polyclinique du Parc et le CHU de Besançon, sont très régulièrement débattus, et le conseil de surveillance est informé des évolutions de ces dossiers.

Enfin, la chambre estime également que l'information donnée sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers est satisfaisante.

En revanche, la chambre constate qu'il n'y a pas eu de présentation du projet d'établissement en tant que tel ; toutefois le projet médical 2014-2018 a été présenté au conseil de surveillance le 12 février 2014, le projet de soins infirmiers 2015-2019 le 16 avril 2015 et le projet social 2015-2019 le 16 février 2017.

La chambre considère donc que le conseil de surveillance a été correctement informé sur les orientations stratégiques de l'établissement, mais que la présentation de projets distincts sur des périodes ne se recoupant pas totalement n'est pas totalement conforme à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique qui dispose que « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. (...) Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers (...) et un projet social.* »

La chambre constate également que le règlement intérieur de l'établissement, qui doit réglementairement être soumis à l'avis du conseil de surveillance, date de 1975 et qu'il est donc totalement désuet. Elle invite donc le centre hospitalier de Dole à présenter un règlement intérieur actualisé au conseil de surveillance.

Enfin, la chambre considère que l'information donnée à cette instance par l'établissement sur sa situation patrimoniale est insuffisante. Si des projets de cession sont régulièrement entérinés par le conseil de surveillance, **ce dernier devrait**, conformément au décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010, **être informé chaque année de l'état du patrimoine de l'établissement, de l'attribution de concessions de logement et du bilan des dépenses d'investissement et de gros entretien effectuées dans ces logements**, ce qui n'est pas le cas. Elle invite donc l'établissement à le faire.

3.2.2 Le Directoire

L'article L. 6143-7 du code de la santé publique précise que le directeur ne peut prendre un certain nombre de décisions qu'après concertation avec le directoire.

Après analyse de l'ensemble des comptes-rendus des directoires disponibles, la chambre estime que l'essentiel des sujets stratégiques sont bien abordés et débattus au sein du directoire.

Si le directoire semble se réunir « au moins huit fois par an », conformément à l'article D. 6143-7 du code de la santé publique, la chambre a constaté que les réunions de cette instance ne faisaient pas toujours l'objet d'un compte-rendu. Elle invite donc l'établissement à rédiger des comptes-rendus de façon systématique et dans des délais raisonnables.

3.2.3 La Commission Médicale d'Établissement (CME)

Conformément à la réglementation, la CME est composée d'un collège des chefs de pôle (6 membres de droit), d'un collège des responsables de structures internes (10 membres élus), d'un collège des représentants des praticiens titulaires (6 membres élus), d'un représentant des praticiens non titulaires (élu), d'un représentant des sages-femmes (élu) et de représentants des internes qui changent tous les six mois en fonction de leurs affectations.

Les membres de la CME ont élu pour un nouveau mandat le Dr X ... président de la CME et le Dr Y ... vice-présidente de la CME le 18 janvier 2016.

L'article R. 6144-5-1 du code de la santé publique précise que dans un centre hospitalier, les fonctions de chef de pôle et de président de la CME sont incompatibles, « *sauf si l'effectif médical de l'établissement le justifie* » et que « *le règlement intérieur le prévoit* ».

Or, le Dr X ... cumule ces deux fonctions puisqu'il est à la fois le chef du pôle Urgences (depuis le 8 septembre 2011) et le président de la CME (depuis le 18 novembre 2013).

La chambre constate que le règlement intérieur de l'établissement ne prévoit pas la possibilité d'un tel cumul. Le règlement intérieur de la CME, sans prévoir explicitement cette possibilité ni la justifier, reprend sur ce point les dispositions réglementaires. Elle remarque également qu'à l'occasion de la première élection du Dr X ... comme président de la CME lors de la séance du 18 novembre 2013, le fait qu'il soit chef de pôle et qu'il y ait donc potentiellement une incompatibilité, n'a même pas été évoqué.

Quant à savoir si l'effectif médical de l'établissement justifie ou non une telle situation, le Ministère de la Santé dans le cadre d'une « Foire Aux Questions » à destination des établissements publics de santé précise que cette possibilité n'est offerte « *que dans le cas (...) où l'effectif médical est insuffisant pour avoir un candidat autre qu'un chef de pôle* ». La chambre estime que l'effectif médical de l'établissement, aux alentours de 80 ETP sur la période et la composition de la CME, dont seize membres sont des praticiens titulaires non chefs de pôle qui pourraient réglementairement être élus président de la CME, ne justifient pas ce cumul.

Au demeurant, au vu du rôle prépondérant du président de la CME dans un établissement public de santé, tant sur le plan stratégique que sur le plan individuel pour les praticiens, la chambre considère que cette situation fait courir un risque juridique important à l'établissement.

Recommandation n°5 : Respecter la réglementation relative au non-cumul des fonctions de président de la CME et de chef de pôle.
--

La chambre constate également que si la CME semble se réunir « *au moins quatre fois par an* », conformément à l'article R. 6144-6 du code de la santé publique, les réunions de cette instance ne font pas toujours l'objet d'un compte-rendu. Elle invite donc l'établissement à rédiger des comptes-rendus de façon systématique et dans des délais raisonnables.

3.3 Les outils de pilotage de l'établissement

3.3.1 Les outils du pilotage stratégique de l'établissement

Le projet médical 2014-2018, pivot du projet d'établissement, est structuré autour de cinq orientations stratégiques :

- développer la qualité, la sécurité et l'évaluation des pratiques professionnelles,
- optimiser le parcours du patient en interne et en externe,
- maîtriser les durées de séjour,
- développer les complémentarités, partenariats et réseaux,
- créer des ensembles fonctionnels : efficacité et cohérence de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace et des moyens, gestion réactive.

Chacune de ces orientations stratégiques est ensuite déclinée par pôle en objectifs à poursuivre.

Lors de l'élaboration du projet médical, étaient prévus un suivi régulier de ce projet en directoire et au sein des pôles ainsi qu'une évaluation annuelle des objectifs au regard d'indicateurs, devant conduire à des arbitrages, ajustements, réorientations, éventuellement modifications par voie d'avenant.

La chambre constate que la plupart des éléments du projet médical sont régulièrement abordés en directoire et lors des « dialogues de gestion » avec les chefs et cadres de pôles, qui semblent s'être appropriés les principaux enjeux. Une communication interne et externe est également régulièrement réalisée via les rapports d'activité, intranet ou le journal interne. Il est cependant difficile d'évaluer le niveau d'appropriation de ces enjeux par l'ensemble du personnel.

Les différents comptes-rendus des dialogues de gestion ainsi que les rapports d'activité attestent que beaucoup des projets médicaux ont été effectivement mis en œuvre ou sont en cours de mise en œuvre.

La chambre constate l'échec de certains projets impliquant de multiples partenaires, autour notamment de la coopération avec la Polyclinique du Parc. Elle constate également que certains projets stratégiques institutionnels, comme la diminution de la DMS ou de l'absentéisme par exemple, n'ont pas abouti non plus, malgré les efforts de l'établissement.

3.3.2 Les outils du pilotage financier de l'établissement

Comme cela est mentionné ci-dessus, la chambre constate que les outils de pilotage financier de l'établissement sont perfectibles.

En effet, d'une part, l'instruction menée dans le cadre de l'enquête sur les ACE a montré que la comptabilité analytique de l'établissement était perfectible, l'établissement n'étant pas en mesure d'isoler les dépenses et les recettes liées aux ACE.

D'autre part, les quatuors dirigeants des pôles se voient remettre chaque année des tableaux d'indicateurs à suivre, mais sans qu'aucune « valeur cible » ne soit indiquée.

La chambre observe enfin que le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) n'exerce ses fonctions qu'à mi-temps au sein du centre hospitalier de Dole, alors même que la situation de l'établissement nécessiterait un suivi particulièrement rigoureux et objectif de son activité. Dans ce contexte, le DIM ne transmet plus de tableaux de bord sur l'activité de l'établissement (valorisation de l'activité effectuée, nombre de séjours valorisés, évolution des recettes ...) à son directeur. Interrogé sur ce point, il a toutefois indiqué que « des tableaux de bord personnalisés étaient en cours d'élaboration. »

4 LA FIABILITE DES COMPTES ET LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement dispose de quatre budgets sur la totalité de la période contrôlée.

Tableau n° 19 : Les différents budgets de l'établissement par exercice

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Budget H (budget principal)</i>	x	x	x	x	x	x
<i>Budget B (USLD)</i>	x	x	x	x	x	x
<i>Budget C (IFSI)</i>	x	x	x	x	x	x
<i>Budget E (EHPAD)</i>	x	x	x	x	x	x

Source : comptes financiers

4.1 La fiabilité des comptes

L'instruction budgétaire et comptable M21, applicable aux établissements publics de santé, énonce que « pour donner une image fidèle de l'entité et garantir la qualité et la compréhension de l'information, la comptabilité implique le respect de principes ». Au nom de ces principes figurent la sincérité, la régularité, la prudence dans la tenue des comptes, ainsi que l'indépendance des exercices.

L'établissement n'est pas soumis à l'obligation de certification de ses comptes car ses produits sont inférieurs à 100 M€ sur les trois derniers exercices. À ce jour, les procédures de contrôle interne ne sont pas formalisées, mais l'ordonnateur a indiqué que le processus de formalisation était en cours. La chambre a donc examiné attentivement plusieurs éléments afin de pouvoir se prononcer sur la fiabilité des comptes produits par l'établissement.

4.1.1 Les immobilisations et la comptabilisation des stocks

La fiabilité du cycle des immobilisations peut être appréciée notamment au regard de la procédure interne de réception des commandes, de constatation du service fait et de mise en service. L'examen du fichier d'inventaire des immobilisations et l'analyse des modalités de rapprochement de ce dernier avec l'état de l'actif tenu par le comptable, notamment en ce qui concerne la mise en service des immobilisations, doit permettre de vérifier la sécurisation des procédures.

La chambre a pu constater lors de son entretien avec le comptable public qu'il ne tenait pas d'état de l'actif pour l'établissement. L'ordonnateur tient de son côté un fichier d'inventaire des immobilisations qui n'est pas exhaustif (absence des articles mobiliers acquis depuis plus de dix ans par exemple) ni sécurisé (absence de procédure écrite d'inventaire, notamment pour le stock du magasin).

En l'absence d'état de l'actif, les modalités de rapprochement sont opérées par comparaison des valorisations des grandes masses, puis en cas d'erreur par comparaison ligne à ligne, entre une requête du logiciel CPAGE et la balance du comptable. L'établissement précise également que cette requête permet de vérifier la cohérence avec les comptes d'immobilisation et d'amortissement ainsi que leur dotation ou reprise. Le solde des immobilisations corporelles en cours (compte 23) présente un solde nul en 2017. L'établissement a également précisé dans une note à l'attention de la chambre les modalités de gestion des différents stocks, qui est globalement satisfaisante.

La chambre invite l'établissement à réaliser un inventaire physique exhaustif sur l'ensemble des secteurs de l'établissement afin de permettre un ajustement avec l'état de l'actif du comptable, qui devra également être tenu à jour, et d'assurer ainsi la sincérité du bilan.

4.1.2 Les provisions pour risques et charges

La chambre constate que les provisions de l'établissement sont globalement justifiées et suffisantes pour couvrir les risques pour lesquelles elles ont été constituées et que cela contribue à la transparence et à la sincérité des comptes.

Tableau n° 20 : Évolution des comptes de provisions de l'établissement sur la période (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Provisions CET</i>	1 329 924	1 482 312	1 567 066	1 690 762	1 847 454	1 785 667
<i>Provisions litiges</i>	234 675	57 320	46 309	35 320	6 475	7 000
<i>Provisions autres risques</i>	372 675	372 675	372 675	208 880	208 880	208 880
<i>Provisions emprunt</i>	0	393 992	963 969	863 858	768 973	678 453
<i>Provisions gros entretien / réparations</i>	150 000	370 811	262 298	348 009	248 140	399 921
<i>Autres provisions</i>	100 000	100 000	0	0	0	0

Source : comptes financiers

4.1.3 L'évaluation des restes à recouvrer et des créances irrécouvrables

L'inscription des restes à recouvrer du compte « redevables amiables » atteint 9,5 M€ en 2017. Il s'agit essentiellement de créances générées en fin d'exercice, n'ayant pas encore pu faire l'objet d'un recouvrement.

Le compte « redevables contentieux », sur lequel sont inscrites les créances pour lesquelles il existe un risque réel de non-recouvrement, s'élève pour sa part à 0,3 M€ au 31 décembre 2017, ce qui représente 0,49 % des produits de l'activité de l'exercice. Ce taux est en diminution sur la période⁷. Au 31 décembre 2017, la totalité des créances contentieuses sont des créances sur les hospitalisés et consultants. Elles représentent 36 % du total de ces créances (et 3 602 titres sur 11 238).

Afin de prévenir le risque de non-recouvrement de ces recettes, et en particulier des créances contentieuses, l'établissement prévoit une dotation aux dépréciations de comptes de tiers, dont le solde est de 226 937 € au 31 décembre 2017. La chambre estime que le montant de la provision constituée est satisfaisant. L'établissement n'effectue pas de reprise par rapport à des situations réelles mais ajuste chaque année le solde de son compte 49 au vu de l'évolution du risque « statistique » de dépréciation, ce qui est rendu possible par le cadre comptable de la nomenclature M21⁸. Pour être totalement conforme à l'esprit du texte, il serait cependant nécessaire chaque année de reprendre intégralement la provision, puis de la redoter sur la base du nouveau calcul du risque établi.

4.1.4 Le rattachement des charges et produits au bon exercice

4.1.4.1 Le rattachement et le report des charges

L'établissement doit en principe inscrire au compte 408 les crédits correspondant au montant des factures non encore parvenues mais correspondant à des dépenses engagées et pour lesquelles le service a été fait. Le taux de rattachement de charges à l'exercice a progressé pour atteindre 1,20 % en 2016 avant de chuter à 0,46 % en 2017, ce qui est faible et loin du taux cible fixé en général à 5 %.

Tableau n° 21 : Taux de rattachement de charges à l'exercice

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Fournisseurs, factures non parvenues (cpte 408)</i>	12 308	21 101	95 138	127 943	241 495	92 021
<i>Comptes de charges d'exploitation (ptes 60,61,62)</i>	17 493 770	17 496 225	18 211 228	18 643 045	20 202 921	19 995 926
<i>Taux de rattachement des charges à l'exercice</i>	0,07%	0,12%	0,52%	0,69%	1,20%	0,46%

Source : comptes financiers de l'établissement

⁷ Cf. Annexe n° 4.

⁸ La méthode statistique utilisée par l'établissement pour l'évaluation de la dépréciation est la suivante :

- Créances basculées au contentieux (somme des comptes 416 et 46726) : taux de 30 %
- Créances amiables en fonction de leur ancienneté au 31/12/N-1 : moins de 4 ans : 5 % / entre 4 ans et 8 ans : 10 % / plus de 8 ans : 50 %

Au montant calculé s'ajoute celui de la liste en attente d'admission en non-valeur et celle des débiteurs publics de N-2.

Toute dépense de l'exercice qui n'a pu faire l'objet de rattachement peut être inscrite lors d'un exercice ultérieur au compte 672 « charges sur exercices antérieurs ». Cependant, la nomenclature M21 n'autorise qu'à titre dérogatoire et exceptionnel l'utilisation du compte 672, qui doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné.

Les charges sur exercices antérieurs ont évolué significativement sur la période, même si la chambre constate une diminution sur l'exercice 2017. Le taux de charges reportées est plutôt à la hausse sur la période et s'élève en 2017 à 0,28 % et donc légèrement supérieur au taux cible qui devrait être inférieur à 0,2 % selon le guide de présentation du Tableau de Bord des Indicateurs Financiers des Établissements Publics de Santé (TBFEPS) établi par le Ministère de la Santé (il s'agit ici de l'indicateur 45).

La chambre constate également que certains de ces reports de charges ne concernent pas des charges imputables sur des comptes à crédits limitatifs. Dans une note produite à la chambre sur le sujet, l'établissement a indiqué que ces reports de charges concernaient notamment des dépenses de titre 2 et 3 (informatique médicale, loyers, factures de chauffage...).

Tableau n° 22 : Évolution du taux de charges reportées sur la période

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Charges sur exercices antérieurs</i>	87 097	120 883	177 263	273 014	267 483	215 572
<i>Charges totales</i>	70 859 640	71 990 470	72 758 835	73 790 939	75 672 001	76 090 361
<i>Taux de charges reportées</i>	0,12%	0,17%	0,24%	0,37%	0,35%	0,28%

Source : ANAFI

4.1.4.2 Les produits à recevoir

L'établissement doit en principe inscrire les crédits liés aux produits de son activité de fin d'année en « produits à recevoir ». Cela doit *a minima* concerner les séjours dits « à cheval » (commencés en N et terminés en N+1) et dans les faits, cela inclut souvent une partie importante de l'activité du mois de décembre (séjours pour lesquels le codage et/ou la facturation n'ont pas pu être terminés à l'issue de la journée complémentaire). La fiche élaborée par la DGOS et la DGFIP pour donner aux établissements des éléments de méthodologie pour la comptabilisation et la valorisation des séjours à cheval précise clairement que « *la part du séjour qui se rapporte à N doit être rattachée sur cet exercice au moyen de la technique comptable des produits à recevoir* ». Il est donc anormal de ne pas inscrire de crédits en produits à recevoir en ce qui concerne les produits liés à l'activité, comme c'est le cas de l'établissement.

Tableau n° 23 : Évolution des produits à recevoir

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Redevables, produits à recevoir</i>	125 274	6 750	0	4 133 435	0	0
<i>Produits courants de fonctionnement</i>	76 031 999	76 078 210	77 386 065	76 623 644	76 003 451	78 111 618
<i>Taux de rattachement des produits à l'exercice</i>	0,16%	0,01%	0 %	5,39%	0%	0%

Source : ANAFI

L'établissement a confirmé à la chambre que jusqu'en 2019, l'ensemble des recettes liées à de tels séjours étaient imputées sur l'exercice N+1, ce qui ne permet pas à l'établissement de respecter le principe d'indépendance des exercices comptables et constituerait une réserve importante à la certification de ses comptes. Considérant les 260 lits de l'établissement en secteur MCO, et le taux d'occupation moyen de l'établissement aux alentours de 87 %, on peut estimer que chaque année, 220 à 230 séjours sont concernés.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, il a toutefois indiqué que lors de la clôture de l'exercice 2018, les produits à recevoir liés aux « séjours à cheval » avaient bien été imputés aux exercices auxquels ils étaient rattachés.

4.1.4.3 Les produits et charges constatés d'avance

Parallèlement au rattachement des charges et des produits tel qu'il vient d'être décrit, doivent être exclus du résultat annuel les charges et les produits constatés d'avance, qui ont donné lieu à émission d'un mandat de paiement ou d'un titre de recettes mais qui se rapportent partiellement ou totalement à l'exercice suivant. À titre d'exemple, les primes d'assurance doivent généralement être inscrites en charges constatées d'avance et les subventions d'exploitation courant sur plusieurs exercices doivent généralement être inscrites en produits constatés d'avance.

La chambre constate que les crédits inscrits sur ces comptes sont limités et probablement inférieurs à la réalité.

Tableau n° 24 : Évolution des soldes des comptes des charges et produits constatés d'avance

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Charges constatées d'avance (cpt 486)</i>	0	0	0	12 090	18 119	22 596
<i>Produits constatés d'avance (cpt 487)</i>	0	0	44 768	107 420	270 243	0

Source : ANAFI

Recommandation n°6 : Appliquer la réglementation relative au rattachement des charges et des produits aux exercices afin de respecter le principe d'indépendance des exercices comptables.

4.1.2 Les charges indirectes supportées par le budget H

Le contrôleur de gestion de l'établissement a mis en évidence que le budget principal de l'établissement sous-facturait à ses budgets annexes les charges générées par les fonctions support, d'entretien et de restauration imputables. Cette sous-facturation annuelle était de l'ordre de 230 000 € pour le budget B, de 220 000 € pour le budget E, et de 23 000 € pour le budget C. Elle reste à ce jour de l'ordre de 150 000 € pour le budget B, de 130 000 € pour le budget E et de 23 000 € pour le budget C.

Dans le cadre de son contrat de performance et d'organisation, l'établissement s'est engagé à réaliser une opération de sincérité des comptes et à réajuster les charges qu'il imputera aux budgets annexes. Au-delà de cette opération de sincérité des comptes, cela pourrait contribuer à une amélioration du résultat budgétaire global de l'établissement puisque ces charges, une fois inscrites aux budgets annexes, devraient logiquement être imputées en partie aux principaux financeurs extérieurs de ces budgets que sont le conseil départemental (budgets B et E de l'USLD et de l'EHPAD) et le conseil régional (budget C de l'IFSI).

La chambre constate enfin que l'établissement procède à une clôture très tardive de ses comptes : ainsi, le 1^{er} mars 2017 pour les comptes 2016 et le 30 mai 2018 pour les comptes 2017. Elle invite donc l'établissement à respecter les dispositions de l'article R. 6145-37 du code de la santé publique qui dispose « *qu'au début de chaque année, l'ordonnateur dispose d'un délai d'un mois pour achever, d'une part, pour ce qui concerne les opérations d'exploitation, l'émission des titres de recettes et des mandats correspondant aux droits acquis et aux services faits au cours de l'année précédente et, d'autre part, les opérations d'ordre.* »

4.2 La sincérité des prévisions budgétaires et la qualité de l'information donnée aux instances

La chambre a comparé, pour chacun des exercices et pour chacun des budgets les prévisions de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et le compte financier⁹.

Elle estime que les prévisions budgétaires de l'établissement sont globalement sincères.

Cependant, l'exercice 2017 est celui pour lequel le résultat constaté au compte financier est le plus éloigné de celui prévu à l'EPRD : alors que le résultat prévisionnel affiché à l'EPRD était un déficit de près de 4,1 M€, le déficit ressortant du compte financier n'est que de de 1,5 M€, soit une différence de 2,6 M€. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a précisé qu'il avait reçu en fin d'exercice des aides conséquentes et non anticipables de l'ARS sur les budgets H et B, ce qui explique des produits très supérieurs aux prévisions initiales.

⁹ Cf. Annexe 5.

Tableau n° 25 : Comparaison du résultat global de l'établissement prévu à l'EPRD et de celui du compte financier

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Résultat global prévisionnel EPRD</i>	- 941 202	- 1 446 958	- 119 116	- 2 145 046	- 2 460 131	- 4 082 398
<i>Résultat compte financier</i>	- 476 116	40 131	54 858	- 730 676	- 3 150 248	- 1 534 379
<i>Différence</i>	465 086	1 487 089	173 974	1 414 370	690 117	2 548 019
<i>% du total des produits</i>	0,61%	1,90%	0,22%	1,81%	0,89%	3,21%

Source : EPRD et comptes financiers

La chambre constate que l'ensemble des instances de l'établissement sont informées correctement de la situation financière de l'établissement lors des présentations des différents documents budgétaires : EPRD, Décisions Modificatives, Comptes financiers.

Par ailleurs, des points sur la situation budgétaire de l'établissement par rapport aux prévisions de l'EPRD sont régulièrement organisés en dehors de la présentation de ces documents officiels.

4.3 La dégradation de la situation financière

4.3.1 Une dégradation progressive du résultat budgétaire et un creusement du déficit structurel

4.3.1.1 L'évolution du résultat budgétaire de l'établissement

Sur la période étudiée, le résultat budgétaire du centre hospitalier de Dole s'est dégradé. Proche de l'équilibre, voire légèrement excédentaire jusqu'en 2014, l'établissement a terminé l'exercice 2015 avec un déficit à hauteur de 0,94 % de ses produits, puis l'exercice 2016 avec un déficit de 4,07 %. L'exercice 2017 laisse entrevoir une amélioration avec un déficit à hauteur de 1,93 %, inférieur au seuil de 3 % défini par le Ministère de la Santé pour la détection des établissements en difficulté financière par la circulaire du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé. Cependant, sur cet exercice, l'établissement a bénéficié d'aides très importantes de l'ARS (*cf. infra*).

Sur la totalité de la période, les charges ont évolué de 4,64 % tandis que les produits n'ont augmenté que de 3,29 %, ce qui a mécaniquement creusé le déficit budgétaire de l'établissement.

Tableau n° 26 : Évolution du résultat budgétaire consolidé de l'établissement (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012-2017	VMA
<i>TOTAL DES CHARGES</i>	77 303 263	78 073 394	78 692 374	78 830 863	80 527 595	80 887 248	4,64%	0,93%
<i>TOTAL DES PRODUITS</i>	76 827 147	78 113 525	78 747 232	78 100 187	77 377 347	79 352 869	3,29%	0,66%
RESULTAT GLOBAL	- 476 116	40 131	54 858	- 730 676	- 3 150 248	- 1 534 379		
<i>(en % des produits)</i>	-0,62%	0,05%	0,07%	-0,94%	-4,07%	-1,93%		

Source : Comptes financiers de l'établissement

Compte tenu de son poids dans le budget global de l'établissement¹⁰ (94,8 % des charges et 94,6 % des produits de l'exercice 2017), cette dégradation est essentiellement due au creusement du déficit du budget H qui a connu sur la période une hausse de ses charges de 4,35 % et une hausse de seulement 2,65 % de ses produits.

4.3.1.2 Cette dégradation est le fruit d'une évolution modérée des charges et d'une baisse des produits liés à l'activité.

L'analyse ci-dessous se concentrera sur les résultats du budget principal de l'établissement (H).

- Sur les charges

Les dépenses du titre 1 (charges de personnel) évoluent de façon modérée, de 1,3 % par an en moyenne sur la période. L'analyse de cette évolution sera développée dans le cadre de la partie relative aux ressources humaines. Cette dernière fait notamment apparaître un poids excessif de ces dépenses qui représentent près de 70 % des charges en 2017, lié à de nombreuses irrégularités.

Les dépenses du titre 2 (dépenses de médicaments et dispositifs médicaux) évoluent de façon très significative, de 4,72 % par an en moyenne sur la période. Cependant, cette hausse doit être retraitée de la progression des recettes de rétrocession et de la liste en sus¹¹. Une fois ce retraitement effectué, les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux évoluent moins rapidement, de 0,86 % par an en moyenne, ce qui peut toutefois sembler important compte tenu de la baisse constatée de l'activité.

Tableau n° 27 : Évolution des dépenses de titre 2 du budget H (en €)

<i>Titre 2 Budget H</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Charges à caractère médical</i>	9 608 145	9 621 767	10 122 376	10 505 869	11 565 326	11 876 125	4,72%
<i>Rétrocession de médicaments</i>	1 147 249	1 065 126	1 328 108	1 349 395	1 630 655	2 571 756	17,5%
<i>Facturation liste en sus</i>	1 783 735	1 939 136	2 152 245	2 413 863	2 450 113	2 331 894	5,6%
Dépenses nettes	6 677 161	6 617 505	6 642 023	6 742 611	7 484 558	6 972 475	0,86%

Source : comptes financiers

¹⁰ Cf. Annexe 5.

¹¹ Médicaments remboursés à l'établissement en plus des séjours.

Les dépenses de titre 3 (charges à caractère hôtelier et général) sont stabilisées sur la période.

Tableau n° 28 : Évolution des dépenses de titre 3 du budget H (en €)

<i>Titre 3 Budget H</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Charges à caractère hôtelier et général</i>	6 046 052	6 495 866	5 961 650	5 909 401	6 291 170	6 013 609	-0,11%

Source : comptes financiers

Les dépenses de titre 4 (charges financières et exceptionnelles) diminuent très sensiblement sur la période, de 5,11 % en moyenne par an, compte tenu notamment d'une importante politique de désendettement de l'établissement. Par ailleurs, les investissements étant relativement faibles sur la période étudiée, les nouveaux amortissements ne compensent pas les baisses mécaniques liées aux sorties de tableaux. (Cf. ci-dessous partie sur l'endettement et l'investissement).

Tableau n° 29 : Évolution des dépenses de titre 4 du budget H (en €)

<i>Titre 4 Budget H</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Charges financières et exceptionnelles</i>	7 806 670	7 338 505	7 032 781	6 247 869	6 050 645	5 809 929	-5,11%

Source : comptes financiers

- Sur les produits

Parallèlement à cette maîtrise relative des charges, l'établissement a subi une baisse des produits de son activité hospitalière, de l'ordre de 0,45 % par an en moyenne sur la période, et de 2,25 % sur la totalité de la période.

Les produits des séjours T2A sont en diminution continue depuis 2013, de l'ordre de 4,5 % sur la totalité de période.

L'évolution importante des MIGAC en 2017 est liée à une aide exceptionnelle de 1,61 M€ versée par l'ARS.

Tableau n° 30 : Évolution des produits de l'activité hospitalière sur la période (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA	2012-2017
Produits de la T2A	39 997 887	40 885 718	40 671 444	39 822 297	39 419 987	38 876 953	-0,6%	-3,0%
<i>Dont T2A séjours</i>	38 214 153	38 946 582	38 519 199	37 408 434	36 969 874	36 545 058	-0,9%	-4,5%
<i>Dont produits facturés en sus</i>	1 783 735	1 939 136	2 152 245	2 413 863	2 450 113	2 331 894	5,5%	27,5%
Produits forfaitaires	15 212 694	11 762 585	12 221 970	12 488 631	12 586 940	13 004 311	-3,1%	-15,5%
<i>Dont urgences, prélèvements, transplantations</i>	1 503 721	1 491 201	1 503 721	1 503 721	1 505 605	1 544 234	0,5%	2,5%
<i>Dont MIGAC</i>	6 906 490	2 565 987	2 800 767	3 053 668	3 017 606	4 314 768	- 9%	-45,0%
<i>Dont DAF</i>	6 802 483	7 705 397	7 917 482	7 931 242	8 063 719	7 145 309	1,0 %	5,0%
Produits tarification spécifique	4 216 974	4 559 516	4 792 546	4 908 788	4 529 491	4 676 689	2,1%	10,5%
<i>Dont consultations externes</i>	3 723 058	3 415 960	3 794 197	3 881 284	3 149 077	3 251 960	-2,7%	-13,5%
<i>Dont ATU</i>	415 103	435 567	444 940	470 257	415 869	422 423	0,4%	2,0%
<i>Dont autres forfaits (SEH+techniques+autres)</i>	78 813	707 989	553 409	557 247	621 545	1 002 306	66,3%	331,5%
<i>Financement SSR (à compter de 2017)</i>						786 721		
TOTAL PRODUITS DE L'ACTIVITE à la charge de l'Assurance Maladie¹²	59 427 555	57 207 820	57 685 961	57 219 716	56 536 418	57 344 674	- 0,88 %	-4,4%
<i>Produits patients fr. et complémentaires santé</i>	5 513 563	5 950 527	6 390 076	6 671 846	6 404 834	6 399 436	3,0%	15,0%
<i>Produits patients étr. et autres établissements</i>	234 658	257 674	240 160	387 820	368 385	261 239	2,2%	11,0%
TOTAL PRODUITS DE L'ACTIVITE non pris en charge par l'Assurance Maladie	5 748 221	6 208 201	6 630 236	7 059 666	6 773 219	6 660 676	3,0%	15,0%
TOTAL PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE	65 175 776	63 416 021	64 316 197	64 279 383	63 309 637	64 005 349	-0,45%	-2,25%

Source : ANAFI / retraitement avec les comptes financiers de l'établissement

Cette chute des produits de l'activité hospitalière semble due à la conjonction de quatre facteurs :

- la baisse de l'activité déjà constatée ci-dessus ;
- la baisse des tarifs au niveau national ;
- un *case-mix* défavorable de l'établissement ;
- une problématique de codage au niveau de l'établissement, notamment liée à l'absence de médecin DIM en 2017 et à l'absence de mise en place d'une organisation au sein de chaque pôle permettant de veiller à l'exactitude du codage, nécessitant de former le personnel médical à cette problématique. L'établissement a cependant à plusieurs reprises pu obtenir un rattrapage du codage de l'activité externe (procédure lamda) et à ce titre récupérer plus de 380 000 €. Des contrôles qualité interne du codage ont également permis à l'établissement de récupérer 17 004 € en 2016 (données de 2015), 53 457 € en 2017 (données de 2016) et 312 506 € en 2018 (données de 2017). La pratique du codage de l'activité sur papier puis de retranscription informatique par le personnel du bureau des admissions, déjà dénoncée ci-dessus, est probablement également à l'origine d'un sous-codage ou d'un codage de moindre qualité.

¹² Total devant se distinguer du Titre 1 « Produits versés par l'Assurance Maladie » qui inclut le FIR et les produits sur exercices antérieurs.

- Sur la capacité d'autofinancement

Sous l'effet des déficits budgétaires successifs, **la capacité d'autofinancement (CAF) brute de l'établissement a diminué très fortement jusqu'en 2016**. Elle n'a augmenté en 2017 que sous l'effet des aides importantes versées par l'ARS sur cet exercice et reste toutefois à un niveau très inférieur à celui des exercices 2012 à 2014. Elle s'élève à 2,14 M€, ce qui représente 2,72 % des produits d'exploitation, bien en-deçà de l'objectif cible d'un minimum de 5 % et ce, malgré les aides obtenues.

Tableau n° 31 : Évolution de la CAF brute de l'établissement sur la période

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>CAF brute</i>	5 010 348	3 935 378	4 586 569	2 968 444	426 008	2 136 432
<i>% des produits d'exploitation</i>	6,81%	5,11%	5,87%	3,85%	0,55%	2,72%

Source : comptes financiers de l'établissement

4.3.1.3 Un établissement en déficit structurel sur la totalité de la période contrôlée

L'évolution du résultat budgétaire de l'établissement doit être retraitée des « aides exceptionnelles » qui lui ont été versées par l'ARS sur la période à divers titres. Sollicitée par l'équipe de contrôle, l'ARS a fourni un récapitulatif des aides versées à ce titre entre 2012 et 2017, soit près de 10 M€ sur la période, en augmentation constante depuis l'exercice 2014.

La chambre observe, qu'en retraitant le résultat budgétaire des aides versées en 2017, l'établissement enregistre un déficit de 5,2 M€, soit 6,6 % de ses produits.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a toutefois indiqué qu'en appliquant les préconisations de la circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé¹³ pour calculer le résultat structurel d'un établissement, la situation est légèrement différente et plus favorable à l'établissement, tout en restant supérieur depuis 2016 au seuil de 3 % fixé par le Ministère de la Santé pour la détection des établissements en difficulté financière.

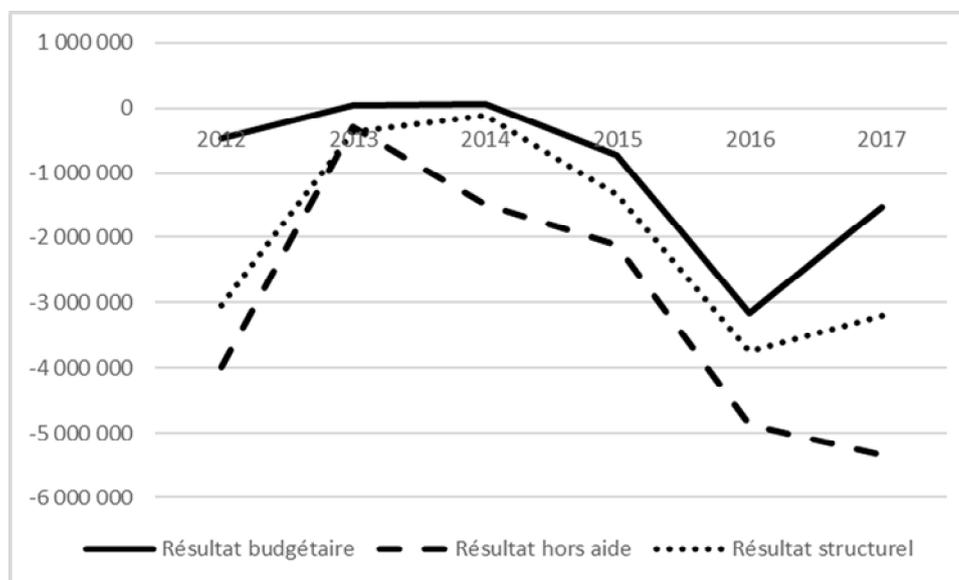
¹³ Cette circulaire préconise de déduire du résultat comptable toute aide allouée ne correspondant pas à la mise en œuvre d'une prestation identifiée et de retraiter en cas de besoin le résultat obtenu des montants figurant sur les comptes de charges ou de produits exceptionnels, des dotations ou reprises de provisions et dépréciations et des pertes sur créances irrécouvrables.

Tableau n° 32 : Évolution des résultats budgétaires et hors aides de l'établissement (budget consolidé) sur la période (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
RESULTAT BUDGETAIRE	- 476 116	40 131	54 858	- 730 676	- 3 150 248	- 1 534 379
AIDES ARS	2 570 000	0	956 576	1 099 619	1 619 355	3 699 619
RESULTAT HORS AIDES	- 3 985 957	-293 357	- 1 490 547	- 2 125 247	- 4 868 949	- 5 328 344
(en % des produits)	déficit 5,19%	déficit 0,38%	déficit 1,89%	déficit 2,72%	déficit 6,29%	déficit 6,71%
PRODUITS EXCEPTIONNELS	2 570 000	404 727	167 480	603 126	303 805	1 667 434
RESULTAT STRUCTUREL	- 3 046 116	-364 596	- 112 622	-1 333 802	-3 754 053	-3 201 816
(en % des produits)	déficit 3,96%	déficit 0,47%	déficit 0,14%	déficit 1,71%	déficit 4,46%	déficit 4,03%

Source : comptes financiers de l'établissement + ARS

Graphique n° 2 : Évolution des résultats budgétaires, « hors aides » et structurels de l'établissement



Source : CRC sur la base des données fournies par l'établissement et par l'ARS

4.3.2 Un endettement très important qui pèse lourdement sur les finances de l'établissement

4.3.2.1 L'établissement mène une politique importante de désendettement tout en continuant à emprunter.

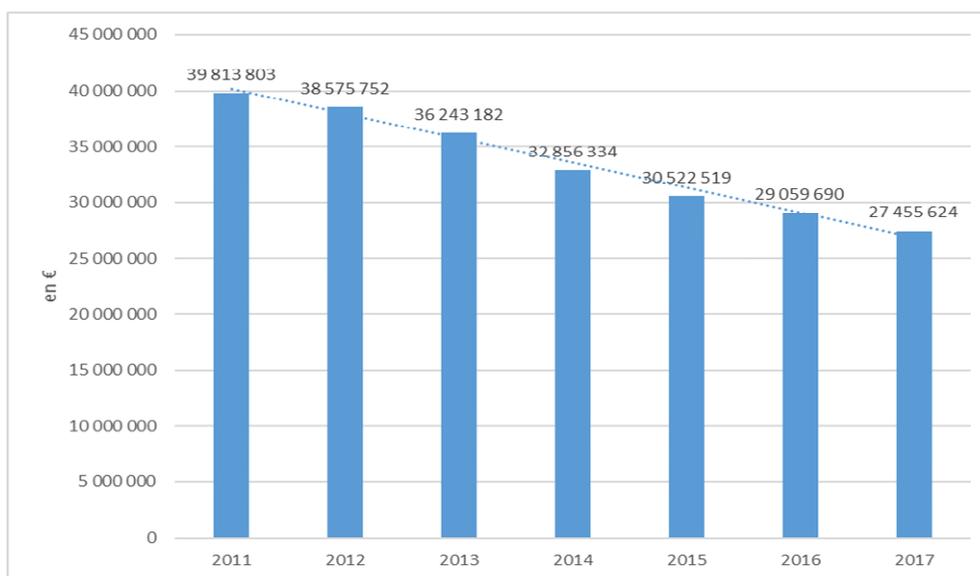
Au 1^{er} janvier 2012, point de départ de ce contrôle, l'encours de la dette était de près de 40 M€. Au 31 décembre 2017, l'encours de la dette de l'établissement s'élevait à 27,5 M€. S'il reste très important, sa baisse est le fruit d'une réelle politique de désendettement affichée par l'établissement, qui a néanmoins contracté 7 nouveaux emprunts sur la période étudiée, pour un montant total de 7 M€.

Tableau n° 33 : Liste des emprunts souscrits par l'établissement sur la période

	Montant	Taux	Durée	Gissler	Date de début	Date de fin
<i>Dexia</i>	600 000 €	4,68%	15 ans	1A	01/01/2012	01/12/2026
<i>Caisse des dépôts</i>	2 000 000 €	4,42%	15 ans	1A	16/10/2012	01/11/2027
<i>Caisse d'Épargne</i>	1 000 000 €	4,54%	20 ans	1A	25/12/2013	25/12/2033
<i>La Banque Postale</i>	900 000 €	2,13%	20 ans	1A	08/12/2015	01/01/2036
<i>Caisse d'Épargne</i>	600 000 €	1,27%	15 ans	1A	19/10/2016	01/11/2031
<i>La Banque Postale</i>	900 000 €	1,12%	15 ans	1A	09/11/2016	01/12/2031
<i>Caisse d'Épargne</i>	1 000 000 €	1,36%	15 ans	1A	17/08/2017	01/09/2032

Source : CH Louis Pasteur

Graphique n° 3 : Évolution de l'encours de la dette au 31 décembre (2011-2017)



Source : ANAFI

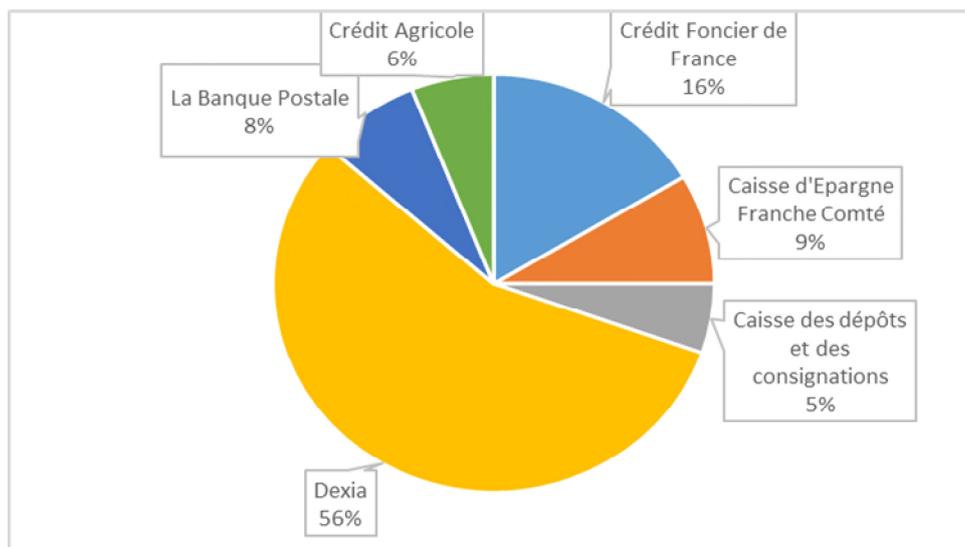
4.3.2.2 Le profil de la dette de l'établissement

La grande majorité des 24 emprunts en cours (85 %) est classée 1A par la charte de Gissler.

Un seul emprunt est un emprunt structuré. Il s'agit d'un emprunt de 6,46 M€, classé 3E sur l'échelle de Gissler, contracté auprès de Dexia en 2008 pour une durée de 28 ans, et pour lequel une provision pour risques de 0,77 M€ a été constituée fin 2016.

L'encours de l'emprunt a majoritairement été constitué auprès de Dexia.

Graphique n° 4 : Répartition de l'encours de l'emprunt par prêteur

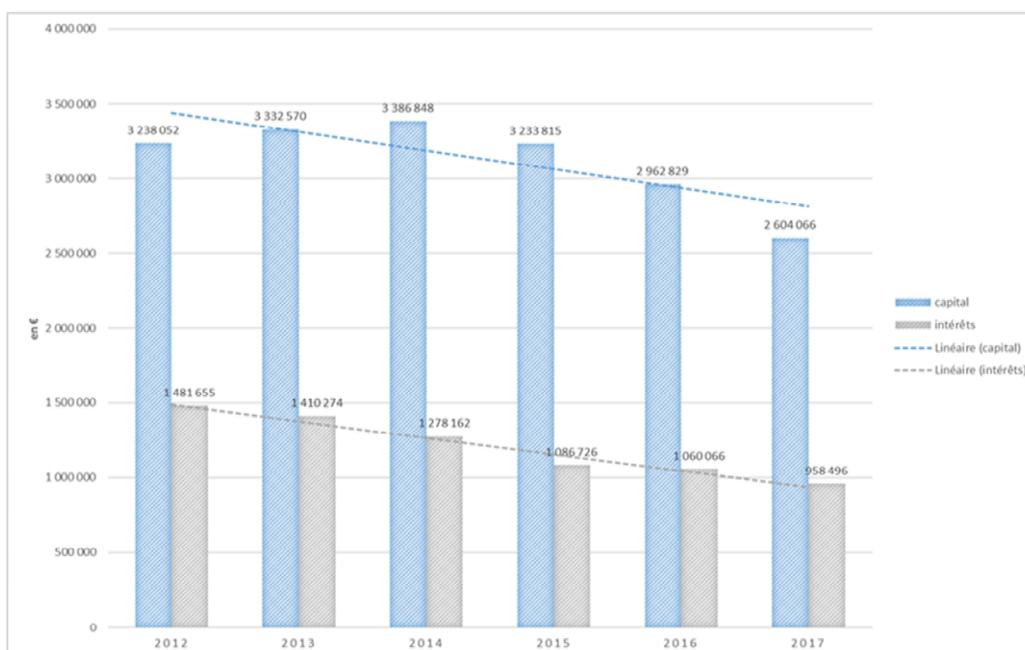


Source : compte financier 2017

4.3.2.3 Le poids de l'annuité de la dette

Compte tenu de la politique de désendettement menée par l'établissement, l'annuité de la dette diminue sur la période mais demeure importante.

Graphique n° 5 : Évolution de l'annuité de la dette de l'établissement



Source : CRC

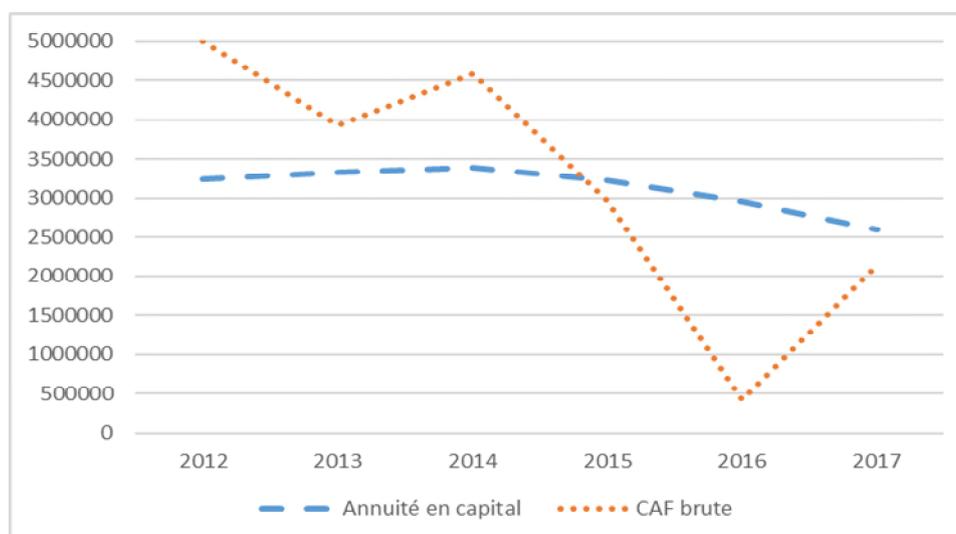
La CAF brute n'étant plus en mesure de couvrir le remboursement de l'annuité en capital de la dette, la CAF nette devient négative à compter de l'exercice 2015. L'amélioration de la CAF brute constatée en 2017 (due en grande partie aux aides versées par l'ARS) n'a pas permis un retournement de cette situation.

Tableau n° 34 : Évolution des CAF brute et nette de l'établissement (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CAF brute	5 010 348	3 935 378	4 586 569	2 968 444	426 008	2 136 432
<i>Annuité en capital de la dette</i>	3 238 052	3 332 570	3 386 848	3 233 815	2 962 829	2 604 066
CAF Nette	1 772 296	602 809	1 199 721	- 265 371	- 2 536 820	- 467 634

Source : comptes financiers de l'établissement

Graphique n° 6 : Évolution de la CAF brute et de l'annuité en capital de la dette de l'établissement



Source : comptes financiers de l'établissement

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, sur la totalité de la période étudiée, l'établissement remplit les critères du surendettement, définis par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique. Il ne peut donc plus emprunter sans demander l'accord préalable de l'ARS.

La réduction significative de la durée apparente de la dette entre 2016 et 2017 est due à l'amélioration de la CAF sur cet exercice, elle-même due aux aides exceptionnelles versées par l'ARS.

Tableau n° 35 : Situation de l'établissement par rapport aux critères du surendettement financier

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Critère
<i>Ratio d'indépendance financière</i>	79,39 %	77,38 %	73,66 %	70,00 %	69,10 %	72%	Doit être < 50%
<i>Durée apparente de la dette (en années)</i>	7,23	8,35	6,65	10,28	68,22	12,85	Doit être < 10
<i>Dette financière / Total des produits</i>	51,13 %	47,20 %	42,45 %	39,77 %	38,26 %	35,23 %	Doit être < 30%

Source : ANAFI / Rapports financiers

Par ailleurs, la chambre constate que **la diminution de la dette financière s'est faite en partie au détriment de celle d'exploitation qui a augmenté de façon très significative en 2017**, après être restée relativement stable entre 2012 et 2016.

Tableau n° 36 : Évolution des dettes d'exploitation de l'établissement

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Avances reçues</i>	4 753	5 491	2 067	14 908	204 699	235 513
<i>Dettes fournisseurs</i>	2 427 402	2 297 866	2 592 897	2 890 591	3 136 606	2 913 271
<i>Dettes fiscales et sociales</i>	6 744 667	6 723 352	6 400 044	6 131 494	5 070 345	10 010 701
<i>Total dettes d'exploitation</i>	9 176 822	9 026 709	8 995 008	9 036 993	8 411 650	13 159 485

Source : comptes financiers

Au 31 décembre 2017, le stock de dette d'exploitation s'établit à 13,16 M€. **Il est constitué pour plus de 10 M€ d'impayés de cotisations sociales et fiscales.**

Les dettes fournisseurs augmentent également sur la période et l'établissement indique dans son rapport financier que son délai global de paiement moyen est passé de 48,65 jours en 2016 à 52,93 jours en 2017, soit légèrement au-delà de la limite de 50 jours fixée par le décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique.

4.3.3 Des tensions de trésorerie récurrentes

La situation de l'établissement génère des tensions de trésorerie récurrentes, **le fonds de roulement ayant baissé de manière très significative sur la période, et étant négatif depuis 2016**. Le besoin en fonds de roulement devient également négatif, notamment sous l'effet de l'accumulation des impayés de dettes sociales et fiscales. En conséquence, la trésorerie redevient positive en 2017, à un niveau comparable à celui de 2012, mais cela n'est dû qu'à l'aide importante en trésorerie (1,61 M€) de l'ARS reçue en 2017 et à l'accumulation des dettes d'exploitation.

Dans ce contexte, en 2017, l'établissement a été inscrit à l'ordre du jour du Comité Régional de Veille Active sur la situation de Trésorerie (COREVAT), instance locale mise en place par la circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2012/350 du 14 septembre 2012, qui associe l'ARS et la Direction Régionale des Finances Publiques (DRFIP).

Tableau n° 37 : Évolution des ratios bilanciaux de l'établissement (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Ressources stables</i>	102 073 621	103 123 249	102 812 310	103 361 948	101 458 346	102 847 291
<i>Emplois stables</i>	97 387 944	99 432 216	99 345 750	100 233 463	101 485 166	103 282 909
<i>Fonds de roulement</i>	4 685 677	3 691 033	3 466 560	3 128 185	- 26 820	- 435 618
<i>Stocks et créances d'exploitation</i>	12 583 708	12 504 911	11 985 496	12 229 900	11 204 735	11 613 955
<i>Dettes d'exploitation + diverses</i>	9 614 343	9 225 159	9 971 191	10 208 063	9 500 130	13 817 150
<i>Besoin en fonds de roulement</i>	2 969 365	3 279 752	2 014 305	2 021 837	1 704 605	- 2 203 195
<i>Trésorerie nette</i>	1 716 312	411 281	1 452 255	1 106 348	- 1 731 425	1 767 577

Source : comptes financiers et tableaux IDAHO 2017

En 2016, l'établissement a donc dû mobiliser une ligne de trésorerie à hauteur de 1,654 M€. Compte tenu de l'aide en trésorerie reçue en 2017 d'un montant quasiment équivalent (1,61 M€), il n'a pas eu à le refaire.

4.3.4 Une politique de désendettement qui pèse sur les projets d'investissement de l'établissement

Dans son précédent rapport, la chambre avait noté l'absence de Projet Pluriannuel d'Investissements (PPI) dans l'établissement et l'avait invité à en élaborer un dans les meilleurs délais. L'établissement a communiqué à l'équipe de contrôle son PPI 2012-2017, élaboré en 2012 dans le cadre du Plan de Retour à l'Équilibre 2013-2014. La chambre constate que l'établissement s'est éloigné des prévisions de ce PPI, sans toutefois le réactualiser.

Depuis, l'établissement n'a pas produit de nouveau PPI global mais en revanche plusieurs plans d'investissement distincts (pour l'informatique, les travaux, le biomédical, etc.) ont été fournis à la chambre. Le CH a indiqué avoir prévu de formaliser à nouveau un PPI global à compter de l'exercice 2018, démarche que la chambre l'invite à poursuivre. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué qu'un bilan des investissements 2018, ainsi que des perspectives d'investissement pour 2019 ont été présentés aux instances de décembre 2018, sans toutefois que ces documents ne puissent être considérés comme constitutifs d'un PPI.

Au vu de l'état détaillé des investissements réalisés durant la période contrôlée produit en cours d'instruction, la chambre note que ces dépenses d'investissement concernent essentiellement des travaux de sécurité incendie pour environ 5 M€. En effet, en juillet 2012, la Commission de sécurité a émis un avis défavorable à l'exploitation du bâtiment (absence de détection incendie et de système de désenfumage dans une partie importante des locaux). Cela a entraîné un plan d'action pluriannuel (2013-2016) d'amélioration de la sécurité incendie qui justifie la somme totale consacrée à la sécurité incendie (l'ARS ayant subventionné ces travaux à hauteur de 1,1 M€). L'autorisation d'exploitation normale (sans réserve) n'a été donnée à nouveau à l'établissement qu'en juillet 2017.

Le solde concerne quelques opérations de travaux réalisées dans le cadre des restructurations menées par l'établissement, et de l'investissement biomédical, notamment un équipement d'imagerie.

Tableau n° 38 : Montant des investissements de l'établissement sur la période

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Total des investissements</i>	1 912 720	2 975 345	2 103 527	2 698 245	3 110 841	2 156 457
<i>Total des produits</i>	76 827 147	78 113 525	78 747 232	78 100 187	77 377 347	79 352 869
<i>Investissements/produits</i>	2,49 %	3,81 %	2,67 %	3,45 %	4,02 %	2,72 %

Source : CH de Dole

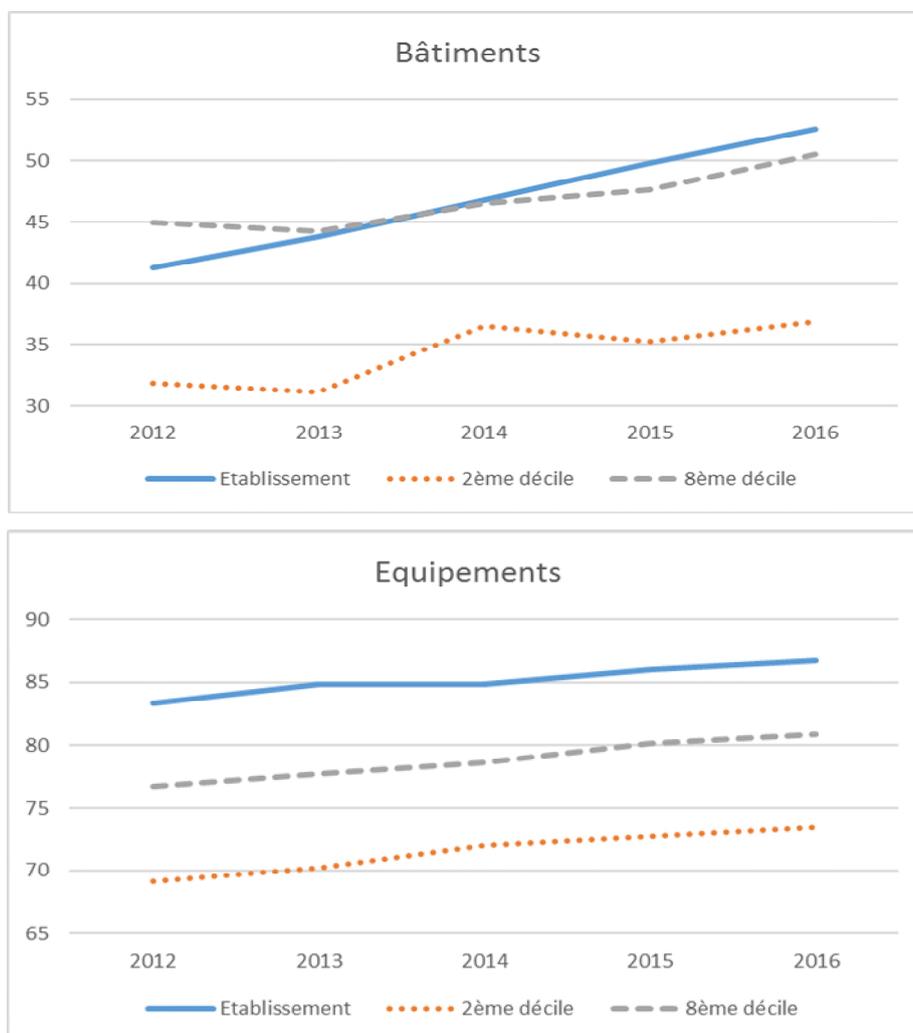
Du fait de cette politique d'investissement contrainte, les taux de vétusté des bâtiments et des équipements sont en augmentation sur la période.

Tableau n° 39 : Taux de vétusté des bâtiments et des équipements de l'établissement

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Taux de vétusté bâtiments</i>	41,3%	43,8%	46,8%	49,8%	52,6%	ND
<i>Taux de vétusté équipements</i>	83,3%	84,8%	84,8%	86,0%	86,7%	ND

Source : Hospidiag

Graphique n° 7 : Taux de vétusté des bâtiments et des équipements établissements de même typologie



Source : Hospidiag

L'établissement a cependant quelques projets d'investissements majeurs, voire indispensables, qui devront être menés à court ou à moyen terme, et pour lesquels il cherche des subventions d'investissement :

- Le bâtiment principal de l'établissement a été construit dans les années 1970 et n'a pas connu depuis d'investissement majeur, à l'exception de travaux de sécurité incendie. L'état actuel des locaux nécessite une remise à niveau technique sur plusieurs thématiques. Ainsi, une étude menée en 2009 par le cabinet Archimen sur les réseaux d'électricité et de plomberie de l'établissement a conclu à un risque de panne important et à un besoin d'investissement prioritaire de 3 M€.

- La rénovation des façades de l'établissement semble également prioritaire. Elle inclut des travaux obligatoires de désamiantage mais aussi des travaux d'isolation qui pourraient permettre des gains en termes de dépenses énergétiques et une amélioration du confort des patients et des conditions de travail des agents. Selon l'établissement, ces travaux ont été estimés à 17 M€.

- Les travaux de mise en conformité incendie doivent également se poursuivre et sont estimés par l'établissement à un peu plus d'1 M€.

- De même, le plan de sécurisation de l'établissement a établi diverses actions prioritaires (vidéosurveillance, gestion des flux...) pour un coût estimé de 1,4 M€.

- Enfin, comme évoqué ci-dessus, la construction d'un nouveau bloc opératoire semble indispensable au maintien d'une offre chirurgicale publique sur le territoire. Les travaux ont été estimés à environ 7 M€ et seront en partie financés par une aide de l'ARS à hauteur de 2,3 M€.

Au total, l'établissement a donc des projets d'investissement, qui semblent pour la plupart indispensables, pour près de 30 M€, effort qu'il n'est pas en mesure de soutenir dans sa situation financière actuelle.

4.3.5 La contractualisation en cours avec l'ARS pour un retour à l'équilibre financier

Comme évoqué ci-dessus, l'ARS s'est récemment engagée sur une aide de 2,3 M€ pour la reconstruction du bloc opératoire de l'établissement. Cette aide est conditionnée à la réalisation d'efforts complémentaires par ce dernier en termes d'optimisation capacitaire, de réduction d'effectifs et de réorganisations.

En plus des mesures d'optimisation capacitaire déjà évoquées, l'établissement prévoit en effet de se lancer dans plusieurs projets pouvant générer des économies substantielles : l'acquisition de nouveaux outils numériques (dictée numérique, messagerie sécurisée...), la réorganisation des secrétariats, une meilleure maîtrise des achats et notamment des dépenses de médicaments, un plan de lutte contre l'absentéisme, une réduction du coût de la couverture en soins statutaires...

Les projections transmises à la chambre semblent particulièrement ambitieuses en termes de réduction d'effectifs. Ainsi, l'établissement prévoit de supprimer environ 70 ETP, soit 7,5 % du personnel non médical, notamment du fait du non remplacement de départs et du non renouvellement de CDD, à échéance 2021 pour un gain escompté d'environ 3 M€.

Au total, l'établissement prévoit un retour à une situation d'excédent budgétaire à horizon 2019, de l'ordre de 2 à 3 M€ jusqu'en 2026.

Ce contrat de performance et d'organisation repose notamment sur les hypothèses suivantes :

- démarrage des consultations avancées de chirurgie sur le site de Dole début 2019 ;
- démarrage de l'activité de chirurgie ambulatoire sur le site de Dole début 2021 ;
- potentiel d'activité à reprendre estimé à 50 % pour la Polyclinique et à 30 % pour le taux de fuite ;
- réductions capacitaires : suppression de 8 lits de chirurgie, fusion des services d'endocrinologie et de rhumatologie permettant la suppression de 15 lits, suppression de 6 lits en pédiatrie, maintien de la fermeture des 6 lits de l'USIC.

La chambre estime que ce contrat de performance et d'organisation est particulièrement ambitieux et qu'il sera difficile à respecter pour l'établissement. Elle l'encourage cependant à mettre en œuvre toutes les mesures de réorganisation contractualisées avec l'ARS et les réductions d'effectifs correspondantes. Elle insiste sur la nécessité de veiller en outre à une amélioration du codage et du recouvrement des recettes, ainsi qu'à une gestion des ressources humaines plus rigoureuse, et conforme à la réglementation.

5 LES RESSOURCES HUMAINES

5.1 L'évolution globale des effectifs et de la masse salariale

Afin d'étudier l'évolution des effectifs et de la masse salariale de l'établissement sur la période, la chambre a demandé à l'établissement ses bilans sociaux. La chambre a pu constater qu'alors que le décret du 7 octobre 1988 relatif au bilan social des établissements publics de santé prévoit que le bilan social doit être arrêté par le directeur, après avis des instances consultatives, avant le 30 avril de l'année n+1, l'établissement avait souvent du retard pour la production de ce document :

- le bilan social 2012 a été présenté aux instances de septembre 2013 ;
- le bilan social 2013 a été présenté aux instances de novembre 2014 ;
- le bilan social 2014 a été présenté aux instances de février 2016 ;
- le bilan social 2015 a été présenté aux instances de novembre 2016 ;
- le bilan social 2016 a été présenté aux instances de juin 2017 ;
- le bilan social 2017 a été présenté aux instances de juin 2018.

Par ailleurs, la chambre a relevé des erreurs ou incohérences dans les bilans sociaux qui lui ont été communiqués. Ainsi, le bilan social 2015 précise par exemple que « *l'extraction des données pour le bilan social 2014 s'est mal effectuée générant des statistiques erronées au niveau des effectifs et des éléments de rémunération* ». Souvent, les chiffres varient d'une année sur l'autre, au niveau des ETPR ou de l'absentéisme par exemple.

La chambre invite donc le centre hospitalier de Dole à présenter aux instances puis arrêter ses bilans sociaux dans les délais impartis, ainsi qu'à fiabiliser davantage les données qu'ils contiennent.

5.1.1 Des effectifs en diminution sur la période

Tableau n° 40 : Évolution des effectifs rémunérés du personnel non médical (en ETPR)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012-2017
<i>Personnels de direction et administratifs</i>	111,83	110,93	114,47	119,85	120,78	118,89	6,31%
<i>Personnels éducatifs et sociaux</i>	5,32	4,70	4,63	4,41	4,96	5,58	4,89%
<i>Personnels médico-techniques</i>	47,11	48,25	49,08	48,08	47,98	49,22	4,48%
<i>Personnels soignants</i>	682,36	677,80	684,04	676,70	671,37	667,83	- 2,13%
<i>Personnels techniques et ouvriers</i>	91,85	89,53	91,97	91,78	89,81	84,67	- 7,82%
TOTAL	938,47	931,21	944,19	940,82	934,90	926,19	- 1,31%

Source : Tableaux RH de l'établissement et bilans sociaux

Alors que sur la totalité de la période, les effectifs du personnel non médical ont diminué de 1,31 %, la chambre constate que les effectifs administratifs et de direction ont augmenté de 6,31 %. Au sein de cette catégorie, le nombre de postes affectés à l'équipe de direction est resté stable.

Si une tendance à la baisse peut être constatée entre 2016 et 2017, le bilan social 2017 indique le recrutement (sur postes vacants) de deux directeurs adjoints et d'un attaché d'administration hospitalière début 2018.

Tableau n° 41 : Évolution des effectifs rémunérés du personnel médical (en ETPR)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012-2017
<i>Praticiens hospitaliers temps plein</i>	46,20	48,65	47,97	48,73	55,01	55,33	19,76%
<i>Praticiens hospitaliers temps partiel</i>	7,25	6,04	5,17	2,95	2,57	1,58	-78,21%
<i>Praticiens contractuels</i>	12,82	14,90	18,01	18,93	14,67	17,31	35,02%
<i>Praticiens attachés</i>	14,50	10,75	7,16	5,22	4,80	4,92	-66,07%
TOTAL	81,27	80,34	78,31	75,83	77,05	79,14	-2,62%

Source : Tableaux RH de l'établissement et bilans sociaux

Sur la totalité de la période, les effectifs du personnel médical ont diminué de 2,62 %, malgré une forte progression des effectifs de praticiens hospitaliers temps plein et de praticiens contractuels.

Tableau n° 42 : Évolution des effectifs totaux de l'établissement (en ETPR)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012-2017
<i>Personnel non médical</i>	938,47	931,21	944,19	940,82	934,90	926,19	- 1,31%
<i>Personnel médical</i>	81,27	80,34	78,31	75,83	77,05	79,14	-2,62%
TOTAL	1 019,74	1 011,55	1 022,50	1 016,65	1 011,95	1 005,33	-1,41%

Source : Tableaux RH de l'établissement et bilans sociaux

5.1.2 Une masse salariale en progression sur la période

Tableau n° 43 : Évolution des charges de personnel sur la période (par compte)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Rémunération du personnel</i>	34 566 740	34 828 187	34 980 460	35 301 538	35 436 042	35 971 059	0,8%
<i>Charges sociales sur personnel</i>	12 613 980	13 134 787	13 370 451	13 533 040	13 713 763	14 069 778	2,2%
<i>Honoraires libéraux / indemnités d'enseignement</i>	20 686	31 168	38 132	40 072	46 207	38 940	13,5%
<i>Autres charges de personnel</i>	330 857	312 974	324 702	392 092	367 789	404 221	4,1%
<i>Charges portabilité CET</i>	0	- 14 393	- 16 206	0	13 772	0	
<i>Impôts et taxes liés au personnel</i>	4 610 208	4 658 257	4 754 547	4 776 878	4 830 420	4 856 288	1,0%
Charges de personnel interne	52 142 471	52 950 980	53 452 086	54 043 620	54 407 992	55 340 295	1,2%
<i>Charges de personnel externe</i>	373 116	355 377	697 868	767 630	911 026	682 928	12,9%
Charges de personnel totales consolidées	52 515 587	53 306 357	54 149 954	54 811 250	55 319 018	56 023 224	1,3%

Source : ANAFI

Malgré cette diminution des effectifs, les charges de personnel progressent de 1,3 % en moyenne par an, progression liée selon l'établissement à l'impact des mesures nationales (protocole sur la modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations (PPCR), augmentation du point d'indice de 1,2 % en 2016/2017, augmentation des cotisations retraite et IRCANTEC...) qui ne permettent pas leur diminution, ni même leur stabilisation. La chambre relève cependant que les augmentations les plus importantes concernent les agents contractuels (personnel médical et non médical), catégories moins impactées par les mesures énoncées ci-dessus.

Tableau n° 44 : Évolution des rémunérations du personnel (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Personnel titulaire et stagiaire</i>	23 680 386	23 657 565	23 968 650	24 217 617	24 125 541	24 276 967	0,5%
<i>Personnel CDI</i>	629 526	894 823	853 467	721 423	732 641	905 644	7,5%
<i>Personnel CDD</i>	1 911 395	1 902 710	2 230 337	2 215 065	2 286 084	2 406 115	4,7%
<i>Contrats aidés et apprentis</i>	299 323	274 469	249 160	268 634	272 353	256 899	-3%
<i>Atténuations de charges</i>	- 296 934	- 260 761	- 267 285	- 272 582	- 238 174	- 213 889	-6,4%
Rémunérations du Personnel Non Médical	26 223 696	26 468 807	27 034 329	27 150 157	27 177 905	27 631 735	1,1%
<i>Praticiens Hospitaliers</i>	4 888 634	4 639 187	3 971 126	4 000 103	4 409 649	4 218 336	-2,9%
<i>Praticiens contractuels</i>	1 447 129	1 794 807	2 183 383	2 121 776	2 390 024	2 254 946	9,3%
<i>Internes et étudiants</i>	938 419	811 605	860 559	843 476	862 383	642 941	-7,3%
<i>Autres rémunérations (perm des soins, TTA)</i>	1 122 509	1 197 659	1 019 403	1 240 093	804 246	1 305 369	3,1%
<i>Atténuations de charges</i>	- 53 647	- 83 880	- 88 339	- 54 067	- 208 166	- 82 537	9%
Rémunérations du Personnel Médical	8 343 043	8 359 380	7 946 131	8 151 381	8 258 136	8 339 224	0%
Rémunérations du personnel	34 566 740	34 828 187	34 980 460	35 301 538	35 436 042	35 971 059	0,8%

Source : ANAFI

Par ailleurs, la chambre observe que si le coût moyen du personnel non médical (44 470 € en 2015) est très proche de la moyenne observée au niveau national (44 900 € en 2015), celui du personnel médical (155 300 € en 2015) est très supérieur (de 35%) à la moyenne nationale (115 300 € en 2015)¹⁴.

Tableau n° 45 : Évolution du coût moyen du personnel

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Rémunérations PM</i>	8 343 043	8 359 380	7 946 131	8 151 381	8 258 136	8 339 324	0,0%
<i>Charges sociales PM</i>	2 587 052	2 790 930	2 515 730	2 575 688	2 727 233	2 770 222	1,4%
<i>Impôts et taxe PM</i>	1 068 021	1 082 940	1 034 536	1 049 295	1 079 637	1 078 135	0,2%
Total	11 998 116	12 233 250	11 496 397	11 776 364	12 065 006	12 187 581	0,3%
<i>ETP PM</i>	81,27	80,34	78,31	75,83	77,05	79,14	-2,6%
Coût moyen	147 633	152 268	146 806	155 300	156 587	154 000	0,86 %
<i>Rémunérations PNM</i>	26 223 696	26 468 807	27 034 329	27 150 157	27 177 905	27 631 735	1,1%
<i>Charges sociales PNM</i>	10 026 928	10 343 857	10 854 720	10 957 352	10 986 530	11 299 555	2,4%
<i>Impôts et taxes PNM</i>	3 542 187	3 575 317	3 720 011	3 727 583	3 750 783	3 778 153	1,3%
Total	39 792 811	40 387 981	41 339 060	41 835 092	41 915 238	42 709 443	1,5%
<i>ETP PNM</i>	938,47	931,21	944,19	940,82	934,90	926,19	-
Coût moyen	42 396	43 344	43 782	44 470	44 868	46 113	1,75%

Source : ANAFI + retraitement CRC

¹⁴ Cf. [synthèse](#) des bilans sociaux de 339 établissements de santé établie par l'ATIH, 2015 étant la dernière année disponible.

L'établissement a indiqué suivre régulièrement l'évolution de sa masse salariale et de ses effectifs, sur la base de tableaux de bord qu'il a fournis à la chambre, en interne, et en externe, avec l'ARS.

5.2 Le régime indemnitaire

5.2.1 Le régime indemnitaire du personnel non médical

5.2.1.1 La Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI)

De nombreux textes régissent l'attribution de la NBI aux agents hospitaliers, en fonction de leurs grades ou de leurs fonctions. Lors de son contrôle, la chambre a vérifié d'une part que les agents contractuels n'en bénéficiaient pas et d'autre part que les agents qui la touchaient la touchaient bien au taux correspondant à leur grade ou à leur fonction. Sur la base de l'échantillon retenu, elle n'a constaté aucune irrégularité sur ce point.

5.2.1.2 La prime de service

L'établissement a fourni à la chambre une note définissant les modalités générales de calcul de la prime de service, qui sont conformes à la réglementation : enveloppe de 7,5 % du montant total des rémunérations indiciaires hors primes, indemnités et NBI, application de l'abattement de 1/140^e par jour d'absence. En revanche, en vertu de l'arrêté du 24 mars 1967, seuls les agents titulaires et stagiaires peuvent prétendre au versement de la prime de service, ainsi que les Agents des Services Hospitaliers (ASH) contractuels.

Si la très grande majorité des agents contractuels ne perçoit pas la prime de service au centre hospitalier de Dole, la chambre a constaté dans le cadre de son contrôle des payes qu'un certain nombre en avaient bénéficié, notamment les trois principaux cadres administratifs de l'établissement.

- Le premier, AAH contractuel affecté à la direction des ressources humaines en tant que responsable du personnel, l'a perçue au titre de 2012 à 2015. Devenu AAH stagiaire en décembre 2015, il peut désormais légitimement la percevoir.

- Le second, AAH principal contractuel, affecté à la direction des services économiques en tant que responsable des achats, la perçoit depuis 2012.

- Enfin, le troisième, AAH principal contractuel, affecté à la direction des services financiers en tant que responsable budgétaire et financier, l'a également perçue au titre de 2012 à 2016. Il a quitté l'établissement en mars 2017.

La chambre s'est procuré les contrats de ces trois personnes et a pu constater que le versement de cette prime y était prévu « à titre exceptionnel ».

5.2.1.3 L'Indemnité Forfaitaire pour Travaux Supplémentaires (IFTS)

Le décret n° 1990-841 du 21 septembre 1990 instaure l'IFTS pour certains personnels de la fonction publique hospitalière, titulaires et stagiaires.

La chambre a pu constater que les trois mêmes agents contractuels l'avaient touchée à tort jusqu'en novembre 2013 pour un montant total allant de 2 044,93 € à 3 023,05 €.

Contrairement à ce qui a été indiqué pour la prime de service, le versement de l'IFTS n'est pas prévu dans le contrat des intéressés.

5.2.1.4 L'indemnité compensatrice de logement

Le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 prévoit que certains fonctionnaires peuvent bénéficier d'un logement par nécessité absolue de service en raison de leur statut fonctionnel ou des journées de garde à assurer dans leur service. À défaut de pouvoir octroyer un logement, les établissements peuvent verser une indemnité compensatrice de logement.

Les fonctionnaires concernés sont de droit et sans condition « *ceux qui occupent les emplois des corps et des statuts fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins* » ainsi que ceux appartenant à certains corps (ingénieurs hospitaliers, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière...) à condition qu'ils assurent « *un nombre annuel minimum de journées de garde fixé [à 40] par un arrêté* ». Plusieurs attachés d'administration hospitalière titulaires percevant une indemnité compensatrice de logement, la chambre a vérifié qu'ils effectuaient bien un minimum de 40 journées de garde par an, ce qui est le cas.

En revanche, les agents contractuels ne sont pas éligibles à cette indemnité et ne doivent pas effectuer de gardes de direction.

Or, la chambre a constaté lors de son contrôle que les trois mêmes agents contractuels l'avaient perçue sur une grande partie de la période contrôlée, sur décisions du directeur :

- Le premier l'a perçue irrégulièrement avant sa stagiairisation, soit pour la période contrôlée de janvier 2012 à novembre 2015.
- Le second l'a perçue du mois de septembre 2012 au mois de décembre 2017.
- Le troisième l'a perçue jusqu'à son départ, de janvier 2012 à mars 2017.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué qu'il allait mettre un terme à cette situation à compter du mois de mai 2019 pour le seul agent encore concerné par la perception irrégulière de cette indemnité.

L'intéressé a fait parvenir à la chambre un argumentaire de son avocat selon lequel :

- les contractuels peuvent bénéficier de l'indemnité compensatrice de logement en application des dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 24 avril 2002 fixant la liste des corps, grades et emplois autorisés à réaliser des astreintes dans les établissements publics de santé. Cet arrêté étant pris en application du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé dont l'article 20 dispose qu'il n'est pas applicable aux astreintes de direction, la chambre estime que cet argument n'est pas recevable.

- en application de la jurisprudence Ternon du Conseil d'État (CE, 26 octobre 2001, Ternon), l'administration n'est pas fondée à retirer une décision créatrice de droit au-delà d'un délai de quatre mois. En l'espèce, la décision le concernant n'ayant pas été retirée mais abrogée, la jurisprudence Ternon n'est pas applicable. À l'inverse, en application d'une autre jurisprudence constante du Conseil d'État, l'administration peut, sans condition de délai, abroger un acte conférant à son titulaire un avantage dont le maintien est subordonné à une condition, dès lors que celle-ci n'est plus remplie (CE, 6 novembre 2002, Mme Soulier).

La chambre estime donc que la décision de la direction de l'établissement de retirer l'intéressé du tableau de garde administrative et de ne plus lui verser l'indemnité compensatrice de logement est donc tout à fait régulière.

La chambre constate donc que ces trois cadres administratifs de l'établissement ont cumulé plusieurs primes et indemnités versées de façon irrégulière.

Tableau n° 46 : Montant brut des primes et indemnités perçues à tort par trois cadres administratifs contractuels (en €)

	Prime de service ¹⁵	IFTS	Indemnité compensatrice de logement	Total
AAH ppale contractuel Responsable des achats	2012 : 2 567 € 2013 : 2 810 € 2014 : 2 862 € 2015 : 3 081 € 2016 : 3 174 € 2017 : 3 261 € Total : 17 755 €	2012 : 1 066,92 € (12 * 88,91 €) 2013 : 978,01 € (11* 88,91€) <i>IFTS supprimée à compter de la paye de décembre 2013</i> Total : 2 044,93 €	2012 : 4 568 € (4*1 142) 2013 : 15 084 € (12*1 257) ¹⁶ 2014 : 15 084 € 2015 : 15 084 € 2016 : 15 084 € 2017 : 15 084 € Total : 79 988 €	99 787,93 €
AAH contractuel→12/15 AAH stagiaire au 01/12/2015 AAH titulaire au 01/03/2017 Responsable du personnel	2012 : 1 879 € 2013 : 2 039 € 2014 : 2 203 € 2015 : 2 317 € 2016 ¹⁷ : 1 966,25 € Total : 10 404,25 €	2012 : 1 066,92 € 2013 : 1 956,13 € (11 * 177,83 €) <i>IFTS supprimée à compter de la paye de décembre 2013</i> Total : 3 023,05 €	2012 : 13 704 € (12 * 1 142) 2013 : 15 084 € 2014 : 15 084 € 2015 : 13 827 € ¹⁸ Total : 57 699 €	71 126,30 €
AAH contractuel Responsable budgétaire et financier	2012 : 1 706 € 2013 : 1 996 € 2014 : 2 087 € 2015 : 2 310 € 2016 : 2 360 € 2017 : 2 570 € Total : 13 029 €	2012 : 1 066,92 € 2013 : 978,01 € <i>IFTS supprimée à compter de la paye de décembre 2013</i> Total : 2 044,93 €	2012 : 13 704 € 2013 : 15 084 € 2014 : 15 084 € 2015 : 15 084 € 2016 : 15 084 € 2017 : 3 771 € (3* 1 257) Total : 77 811 €	92 884,93 €

Source : Xemelios

¹⁵ Versée en janvier N+1 au titre de N.

¹⁶ 12*1 257 € (si les bulletins de salaire de janvier 2013 à avril 2017 indiquent une indemnité de logement de 1 142 €, les intéressées ont perçu une régularisation rétroactive en mai 2017 (exemple) car Dole est passée en zone B2 au 1^{er} janvier 2013).

¹⁷ Sur les 2 145 € perçus, 11/12^{ème} sont versés irrégulièrement, le mois de décembre étant perçu de façon régulière puisqu'elle était stagiaire.

¹⁸ Sur les 15 084 € perçus en 2015, le mois de décembre a été perçu régulièrement car elle était stagiaire.

5.2.1.5 Les primes spécifiques du personnel technique

Le décret n° 91-870 du 5 septembre 1991 instaure une prime de technicité pour les ingénieurs hospitaliers titulaires ou stagiaires, non applicable aux agents contractuels. Le montant mensuel de cette prime de technicité est fixé par le directeur de l'établissement, en fonction de la valeur professionnelle du bénéficiaire, dans la limite de 45 % du traitement mensuel brut indiciaire du bénéficiaire.

Le décret n° 91-871 du 5 septembre 1991¹⁹ instaure une indemnité forfaitaire technique des agents du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers, qui n'est pas attribuable non plus aux agents contractuels.

Lors de son contrôle, la chambre a pu constater que parmi les agents titulaires ou stagiaires éligibles à ces primes, aucun n'avait une prime supérieure au taux maximal prévu par les textes.

Elle a en revanche constaté que la totalité des ingénieurs et des techniciens contractuels avaient perçu ces primes, pour des montants individuels allant sur la période de 5 000 à plus de 87 000 €. Au total sur la période, l'établissement a versé environ 250 000 € à tort à ce titre à l'ensemble de son personnel technique contractuel.

Recommandation n°7 : Mettre dès à présent un terme à l'attribution à des agents contractuels de primes et indemnités expressément réservées au personnel titulaire et stagiaire.

5.2.2 Le régime indemnitaire du personnel médical

5.2.2.1 L'indemnité de service public exclusif (ISPE)

L'arrêté du 8 juin 2000 prévoit le versement d'une indemnité de service public exclusif aux praticiens hospitaliers (PH) nommés à titre permanent, qui s'engagent par contrat passé avec le directeur de l'établissement dans lequel ils sont nommés à ne pas exercer d'activité libérale dans l'établissement.

Conformément à la réglementation, au centre hospitalier de Dole, les praticiens contractuels et les praticiens hospitaliers en période probatoire ne touchent pas cette indemnité.

Les praticiens hospitaliers qui la perçoivent ont tous signé un contrat et aucun n'exerce d'activité libérale.

L'arrêté précise que : « Cette indemnité est accordée aux praticiens hospitaliers nommés à titre permanent (...) qui s'engagent, par contrat passé avec le directeur de l'établissement dans lequel ils sont nommés, à ne pas exercer l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-1 du code de la santé publique pendant une durée de trois ans. » Ainsi, l'indemnité n'est due que si le praticien a conclu un contrat d'engagement de service public exclusif. Dès lors, le praticien qui n'a pas conclu ce contrat ne peut pas prétendre au versement de cette indemnité. Il ne pourra en bénéficier qu'à compter de la conclusion du contrat et aucun paiement rétroactif n'est possible en l'absence de ce contrat.

La chambre a étudié la situation de l'ensemble des praticiens touchant l'ISPE. Elle a constaté que deux praticiens avaient perçu irrégulièrement cette indemnité à titre rétroactif et qu'un troisième avait continué à la percevoir au-delà de trois mois d'arrêt maladie, ce qui est contraire aux dispositions du décret n° 2013-138 du 14 février 2013.

¹⁹ Modifié par le décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013.

5.2.2.2 L'indemnité multi-établissements ²⁰ et l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison

➤ Sur l'indemnité multi-établissements

L'arrêté du 17 octobre 2001 prévoit le versement d'une indemnité pour exercice dans plusieurs établissements afin notamment de soutenir le développement d'activité en réseau dans le cadre des SROS.

Le versement de cette indemnité est conditionné à la signature d'une convention entre les établissements en question, au fait que l'activité concernée représente au moins deux demi-journées par semaine et à l'accord du directeur général de l'ARS. Elle est allouée pour une durée d'un an renouvelable par reconduction expresse.

Sur la période contrôlée, quatre praticiens ont perçu cette prime et un seul l'a touchée sur l'ensemble de la période. Il s'agit d'un PH temps plein dans l'établissement mais qui effectue 50 % de son temps de travail au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Saint-Ylie, dans le cadre d'une convention de mise à disposition en date du 7 juillet 2004.

Il a reçu en janvier 2012 le versement rétroactif de cette indemnité sur les exercices 2007, 2008, 2009 et 2010, ce qui est contraire à la prescription quadriennale pour l'exercice 2007. Le logiciel de paye étant d'ailleurs paramétré pour bloquer tout paiement au-delà de cette prescription, le bulletin de paye indique une double rémunération au titre de l'exercice 2008. Il a également reçu en juillet 2012 le versement rétroactif de cette indemnité sur l'exercice 2006, ce qui est aussi contraire à la prescription quadriennale. Le bulletin de paye indique une nouvelle rémunération au titre de l'exercice 2008.

Interrogé sur ce point, l'établissement a confirmé ce qui avait été détecté par l'équipe de contrôle sur les bulletins de salaire en fournissant un état récapitulatif du versement rétroactif de cette indemnité. Il n'a pas été en mesure de donner les éléments de contexte l'ayant conduit à ne pas respecter la prescription quadriennale.

Au-delà du non-respect de la prescription quadriennale pour la rémunération des exercices 2006 et 2007, la chambre estime que le paiement rétroactif des exercices 2008 à 2010 n'est pas régulier non plus, en l'absence d'accord formalisé du Directeur Général de l'ARS (fourni à la chambre uniquement pour les exercices 2011²¹ à 2016), ni conforme au principe d'une indemnité accordée pour un an et devant être reconduite par décision expresse.

²⁰ Cette indemnité a été supprimée le 1^{er} juillet 2017 pour être remplacée par une prime d'exercice territorial, mais correspond à la réglementation en vigueur pendant la majeure partie de la période contrôlée.

²¹ Les courriers de l'ARS indiquent d'ailleurs une « attribution » pour 2011 et un « renouvellement » pour les exercices suivants. La DRH a indiqué ne pas disposer des accords de l'ARS pour les exercices antérieurs (2006 à 2010).

Tableau n° 47 : Synthèse du versement rétroactif de la prime multi-établissements au praticien

Bulletin de paye	Païement rétroactif de l'indemnité	Commentaires
Janvier 2012	Exercice 2007 : 4 886,76 € Exercice 2008 : 4 910,85 € Exercice 2009 : 4 942,02 € Exercice 2010 : 4 977,90 €	Payé à tort (prescription quadriennale) Payé à tort (pas d'accord du DG de l'ARS) Payé à tort (pas d'accord du DG de l'ARS) Payé à tort (pas d'accord du DG de l'ARS)
Juillet 2012	Exercice 2006 : 4 835,94 €	Payé à tort (prescription quadriennale)
TOTAL	24 553,47 €	

Source : CRC

➤ **Sur l'Indemnité d'Activité Sectorielle de Liaison (IASL)**

L'arrêté du 26 juin 2009 relatif à l'Indemnité d'Activité Sectorielle de Liaison (IASL) prévoit le versement d'une indemnité aux psychiatres qui effectuent dans le cadre de leur activité principale, au moins trois demi-journées par semaine dans deux activités spécifiques (liste détaillée dans l'arrêté) ou au moins quatre demi-journées dans une seule de ces activités. Cette activité peut s'exercer dans des structures dépendant ou non de l'entité juridique d'affectation.

Sur l'ensemble de la période contrôlée, le seul praticien à avoir perçu cette indemnité est celui mentionné ci-dessus au sujet de l'indemnité multi-établissements. Il a perçu en janvier 2012 le versement rétroactif de cette indemnité pour la totalité de l'exercice 2011 et en avril 2012 le versement rétroactif de l'indemnité pour la totalité des exercices 2008 à 2010, ainsi que pour les trois premiers mois de 2012. Il a par la suite perçu en juillet 2012 le versement cette indemnité pour les exercices 2006 et 2007, ce qui est contraire à la prescription quadriennale. Là encore, le logiciel de paye étant paramétré pour bloquer tout paiement au-delà de la prescription quadriennale, le bulletin de paye indique une rémunération au titre de l'exercice 2008, correspondant en réalité à deux exercices au vu du montant.

Interrogé sur ce point, l'établissement a confirmé ce qui avait été détecté par l'équipe de contrôle sur les bulletins de salaire en fournissant un état récapitulatif du versement rétroactif de cette indemnité.

Tableau n° 48 : IASL versée au praticien en dépit de la prescription quadriennale

	Exercice 2006	Exercice 2007	Total
Paye de juillet 2012	4 835,94 €	4 883,52 €	9 719,46 €

Source : Xemelios

Par ailleurs, l'article 2 de l'arrêté du 26 juin 2009 mentionné ci-dessus précise clairement que ni les activités donnant lieu au versement de l'indemnité multi-établissements, ni l'Activité d'Intérêt Général (AIG), ne peuvent être prises en compte pour le versement de l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison.

Le praticien exerçant d'une part une AIG à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) à hauteur d'une journée par semaine (*cf. infra*), et percevant d'autre part une indemnité multi-établissements pour son activité à mi-temps au CHS Saint-Ylie, la chambre a cherché à savoir s'il était réellement éligible à l'IASL au titre du reste de son activité. La réponse de l'établissement a été la suivante : « l'IASL a été versée au praticien car il effectuait dans le cadre de son activité sectorielle et de liaison et en dehors de son activité principale (au CHLP), au moins trois demi-journées par semaine dans trois activités figurant en annexe de l'arrêté du 26 juin 2009 (centre médico-psychologique, ateliers thérapeutiques et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) au CHS St Ylie ».

La chambre considère donc que, contrairement à la réglementation, c'est pour une même activité qu'il a cumulé l'IASL et l'indemnité multi-établissements, et que c'est donc à tort qu'il a perçu l'IASL de 2011 à 2016. Le CHS Saint-Ylie ayant dénoncé cette convention de mise à disposition, il ne touche désormais plus aucune des deux primes.

Tableau n° 49 : IASL versée à tort au praticien : cumul avec l'indemnité multi-établissement pour une même activité (en €)

	2011 (paye de janvier 2012)	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Montant annuel IASL	4 990,32	4 990,32	4 990,32	4 990,32	4 990,32	5 005,32	29 966,62
Retenue maladie	0	284,17	13,86	103,96	20,79	0	432,48
Total versé	4 990,32	4 706,15	4 976,46	4 886,36	4 969,53	5 005,32	29 534,14

Source : *Xemelios*

5.2.2.3 L'indemnité différentielle

Le code de la santé publique prévoit dans son article R. 6152-611 que dans certains cas, les praticiens attachés peuvent bénéficier d'une indemnité différentielle lorsque leur recrutement au premier échelon de leur grille salariale entraîne une diminution des revenus antérieurement perçus, dans la limite d'une rémunération totale correspondant au onzième échelon de la grille des praticiens attachés²². Le principe de cette indemnité différentielle est qu'elle est dégressive et qu'elle diminue au fur et à mesure de la progression de l'intéressé dans la grille de rémunération. Aucun autre cas de versement de cette indemnité n'est prévu par les textes en vigueur.

Le centre hospitalier de Dole l'a pourtant versée à plusieurs assistants spécialistes, praticiens contractuels ou praticiens hospitaliers. Parmi eux, la chambre a isolé les six situations représentant les sommes indument versées les plus importantes.

- Ainsi, un assistant spécialiste en soins de suite et de réadaptation a perçu à ce titre chaque mois 1 860 € bruts du 16 février 2012 à fin octobre 2013, soit un total de 38 130 € bruts perçus à tort sur la période.
- Deux assistants spécialistes en gynécologie ont perçu chacun à ce titre chaque mois 2 157 € bruts de janvier 2012 à novembre 2013, soit un total de 49 611 € bruts chacun, perçus à tort sur la période.

²² 4 358,65 € bruts mensuels.

- Un praticien contractuel en rhumatologie a perçu à ce titre 423,66 € de janvier à juin 2012, 1 396 € bruts en juillet (+ versements rétroactifs depuis avril 2012, soit un total de 3 603,60 € bruts), puis 1 942,68 € bruts d'août 2012²³ à octobre 2013, puis 1 618,90 € bruts en novembre 2013, 1 295,12 € bruts en décembre 2013, 971,34 € bruts en janvier 2014, 647,56 € bruts en février 2014 et enfin 323,78 € bruts en mars 2014. Il a donc perçu à tort 40 140,46 € bruts au total sur la période.

- Un assistant spécialiste en anesthésie a perçu à ce titre chaque mois 4 980 € bruts de janvier 2012 à juillet 2013, puis 2 766,67 € en août et septembre 2013 (régularisation d'une partie de l'indemnité d'août en septembre), soit un total de 100 153,34 € bruts perçus à tort sur la période.

- Un assistant spécialiste en soins de suite et de réadaptation, a perçu à ce titre 1 860 € bruts de janvier 2012 à octobre 2013, soit un total de 40 920 € bruts perçus à tort sur la période.

Aucun des contrats de ces praticiens ne prévoit explicitement l'attribution de cette indemnité. La chambre constate que dans le compte-rendu du directoire d'avril 2014, il est indiqué que l'établissement a décidé de mettre fin à cette pratique.

5.3 La politique d'avancement du personnel titulaire

Jusqu'à la fin de l'année 2013, l'établissement pratiquait de façon irrégulière un avancement « à la durée intermédiaire », qui permettait à ses agents ne pouvant faire l'objet d'une promotion au minimum d'ancienneté, de pouvoir obtenir un avancement d'échelon pour une durée comprise entre la durée minimum et la durée moyenne. L'établissement a mis fin à cette pratique et a appliqué la réglementation, soit une politique d'avancement à la durée moyenne, à compter de la Commission Administrative Paritaire Locale (CAPL) du 26 novembre 2013.

L'avancement à la durée minimale étant désormais supprimé en application de l'article 148 de la loi du 29 décembre 2015 et du protocole PPCR, l'établissement accorde désormais de plein droit à tous les agents un avancement d'échelon en fonction de leur ancienneté, à la durée moyenne.

5.4 Le recours aux contractuels et à l'intérim

5.4.1 Le recours aux contractuels et à l'intérim pour le personnel non médical

5.4.1.1 Le recours aux contractuels

Le recours aux personnels contractuels est strictement encadré par les articles 9 et 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui disposent que les emplois permanents ne peuvent être occupés par des agents contractuels que :

- si la nature des fonctions ou des besoins le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées ;

²³ Les bulletins de salaire d'août, septembre et octobre 2012 affichent une indemnité de 2 108,95 € bruts, qui a fait l'objet d'une régularisation à 1 942,68 € bruts sur la paye de novembre 2012.

- si l'emploi est à temps non complet, inférieur à 50 % ;
- pour assurer le remplacement momentané d'un fonctionnaire ou pour faire face à une vacance temporaire d'emploi dans l'attente du recrutement du fonctionnaire ;
- pour faire face à un accroissement temporaire d'activité.

La chambre a examiné la situation de l'ensemble des agents contractuels ayant eu un bulletin de salaire en décembre 2017, hors emplois aidés, soit un total de 184 agents.

Elle a constaté que la très grande majorité des postes pourvus par ces agents (agents administratifs, agents de bio-nettoyage, aides-soignants, assistantes sociales, brancardiers, infirmiers, ingénieurs, sages-femmes...) auraient pu l'être par des titulaires et qu'il existe des corps de fonctionnaires hospitaliers pour chacun d'entre eux.

Si quelques contrats sont établis pour de très courtes durées, parfois seulement quelques jours, de nombreux agents sont sur un statut de contractuel depuis plusieurs années, voire sur l'ensemble de la période contrôlée. Cela concerne tant des agents peu qualifiés que des agents très qualifiés.

Tableau n° 50 : Répartition par statut du personnel non médical

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>CDD et autres</i>	124,15	104,18	116,82	116,93	118,79	120,61
<i>Titulaire, stagiaire, CDI</i>	812,40	827,03	827,22	824,02	816,11	805,58
<i>Total</i>	936,58	931,21	944,04	940,95	934,90	926,19
<i>% de CDD</i>	13,26%	11,18%	12,37%	12,42%	12,70%	13,02%

Source : Tableaux RH de l'établissement

5.4.1.2 La politique « d'avancement » du personnel contractuel

L'article 1-2 du décret du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements publics de santé dispose que « *la rémunération des agents contractuels fait l'objet d'une réévaluation au minimum tous les trois ans, notamment au vu des résultats de [leur] entretien professionnel ou de l'évolution de [leurs] fonctions* ». L'établissement a indiqué qu'en son sein, les contractuels étaient revalorisés, à leur demande et sous réserve d'une évaluation de leur supérieur hiérarchique qui le justifie, à la durée moyenne des grilles indiciaires augmentée de six mois. Cette pratique semble globalement conforme à la réglementation.

5.4.1.3 Le recours à l'intérim

La chambre constate que le recours à l'intérim pour le personnel non médical est très faible, l'établissement privilégiant le recrutement de contractuels pour de courtes durées.

Tableau n° 51 : Évolution des dépenses d'intérim pour le personnel non médical (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Montant total TTC	0	0	8 956,31	6 774,95	0	1 734,28

Source : Bilans sociaux de l'établissement

5.4.2 Le recours aux contractuels et à l'intérim pour le personnel médical

5.4.2.1 Les praticiens attachés et attachés associés

Même si le centre hospitalier de Dole a peu recours au recrutement de médecins sur les statuts, peu attractifs, de praticien attaché et de praticien attaché associé, la chambre a examiné la façon dont ces recrutements étaient effectués.

L'article R. 6152-611 du code de la santé publique dispose que, pour tout premier recrutement, ces praticiens sont classés au 1^{er} échelon, puis qu'ils bénéficient d'un avancement selon des durées spécifiées dans l'article.

La chambre remarque qu'en 2012, trois praticiens ont été recrutés sur ce statut à des échelons supérieurs (deuxième, voire troisième) et qu'ils ont bénéficié d'avancements très rapides passant pour l'un du deuxième au septième échelon au bout de cinq mois, pour un autre du deuxième au neuvième échelon au bout de deux mois, et pour le dernier du troisième au douzième échelon au bout de trois mois.

La chambre a également étudié les contrats d'un praticien recruté à plusieurs reprises par l'établissement de façon temporaire sur un statut de praticien attaché associé pour effectuer des gardes de 24 heures (journée + garde de nuit) aux urgences.

Ces contrats prévoient une rémunération de 1 853 € par période de 24 heures de travail, frais de transport inclus. La chambre constate que cette rémunération dépasse très largement la rémunération prévue par la grille indiciaire des praticiens attachés et attachés associés.

Tableau n° 52 : Rémunération de 24h de travail en 2017 selon la grille des praticiens attachés

Rémunération réglementaire pour 24h d'un praticien attaché au 1 ^{er} échelon	117,11 € par journée de travail et 267,82 € par garde de nuit, soit un total de 384,93 €
Rémunération réglementaire pour 24h d'un praticien attaché au dernier échelon	208,81 € par journée de travail et 267,82 € par garde de nuit, soit un total de 476,63 €

Source : Grille des praticiens attachés

Sans méconnaître les difficultés de recrutement de praticiens, notamment de radiologues et d'urgentistes, la chambre invite le centre hospitalier de Dole à respecter les règles de rémunération des praticiens attachés.

5.4.2.2 Les praticiens contractuels

➤ Des rémunérations dont le montant dépasse les plafonds fixés par la réglementation

Des difficultés de recrutement ont conduit l'établissement à rémunérer chaque mois une vingtaine de praticiens contractuels dans des conditions tarifaires extra réglementaires, l'article R. 6152-416 du code de la santé publique plafonnant le salaire des praticiens contractuels au 4^{ème} échelon de la grille de PH, majoré de 10 % (soit 223,96 € bruts par jour pour le praticien).

Jusqu'en décembre 2017, dans la grande majorité des cas, l'établissement fixe leur rémunération de façon forfaitaire à 783 € bruts par jour ou par nuit, soit 1 566 € bruts par 24 heures. Parfois, la rémunération proposée est encore plus importante : ainsi, un praticien a été rémunéré à hauteur de 1 929 € bruts pour une garde de 24 heures le 3 août 2017 et un autre a été rémunéré à hauteur de 2 395 € bruts pour une garde de 24 heures le 15 août 2017.

De même, pour effectuer une garde de 12 heures le 20 juillet 2015, un praticien a exigé que la garde en question lui soit payée « double », la garde « simple » étant déjà payée dans des conditions extraréglementaires, soit dans ce cas 1 566 € uniquement pour la garde et non pour 24h. Un échange de courriels entre l'intéressé et la direction, conservé dans son dossier administratif, atteste que certains praticiens sont particulièrement pressants quant à leurs conditions de rémunération.

Tableau n° 53 : Rémunération brute des praticiens contractuels en 2017 (pour 24h de travail)

<i>Rémunération maximale réglementaire (4^{ème} échelon + 10% de la grille de PH) pour un recrutement par l'établissement</i>	223,96 € par journée de travail + 267,82 € par garde de nuit, soit un total de 491,78 €
<i>Rémunération maximale réglementaire via le recours à une société d'intérim prestataire</i>	1 405,05 €
<i>Rémunération pratiquée par le CH de Dole</i>	Pouvant aller jusqu'à 2 395 €, le montant le plus souvent constaté en 2017 est de 1 566 € Plafonnée à 1 405,05 € depuis janvier 2018

Source : Grille des praticiens hospitaliers + textes relatifs à l'intérim médical (cf. ci-dessous)

Depuis le mois d'avril 2017, le comptable public a d'ailleurs signifié plusieurs fois à l'ordonnateur sa décision de suspendre ces paiements et a été systématiquement réquisitionné par le directeur de l'établissement.

La chambre note que depuis janvier 2018, le centre hospitalier de Dole a plafonné cette rémunération à 1 405,05 € bruts pour 24 heures. L'établissement s'appuie sur les textes récents²⁴ qui plafonnent les dépenses d'intérim à 1 170,04 € bruts pour 24 h de travail effectif, montant majoré de 20 % (=1 405,05 € bruts) en 2018, puis de 10 % (= 1 287,04 € bruts) en 2019. Ces textes ne sont cependant pas applicables en cas de recrutement direct par un établissement mais uniquement en cas de recours à un prestataire d'intérim.

²⁴ Le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements de santé et l'arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

Sans méconnaître la nécessité d'assurer la continuité des soins et des difficultés de recrutement dans certaines spécialités, la chambre recommande à l'établissement de respecter la réglementation relative à la rémunération des praticiens contractuels.

Ces pratiques conduisent la chambre à inciter le centre hospitalier à une réflexion, en lien avec l'ARS, sur l'organisation de la permanence des soins et le maintien de certaines activités au sein de l'établissement et plus largement, sur le territoire de santé.

Recommandation n°8 : Respecter la réglementation sur la rémunération des praticiens contractuels.

Par ailleurs, alors que tous ces contrats sont établis en référence au deuxième alinéa de l'article R. 6152-402 du code de la santé publique, « 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 », la chambre s'étonne du nombre très important de contrats établis avec certains praticiens, qui pourrait permettre de les considérer comme des salariés permanents de l'établissement.

Tableau n° 54 : Nombre de bulletins de salaire par praticien sur contrats « de remplacement »

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dr 1	8	11	10	12	12	clinicien
Dr 2	7	12	11	12	12	12
Dr 3	10	11	12	12	12	12
Dr 4	10	12	12	12	12	clinicien
Dr 5	10	9	5	7	10	11
Dr 6	12	12	11	9	8	3
Dr 7	12	10	9	12	11	12

Source : Xemelios

Sur certaines années, la rémunération brute perçue par ces praticiens égale voire dépasse celle de Praticiens Hospitaliers Temps Plein en fin de carrière²⁵. Les trois praticiens dont la rémunération est la plus élevée sur ce statut sont les suivants :

- Le Dr 1 a perçu une rémunération brute annuelle de 119 742 € en 2016 pour 145 jours de travail et de 108 292 € en 2015 pour 134 jours de travail.
- Le Dr 4 a perçu en 2014 une rémunération brute annuelle de 95 459 € pour 47 jours de travail et 39 contrats de 24h (jour + garde).
- Un autre, le Dr 8 a perçu en 2014 une rémunération brute annuelle de 109 175 € (pour 104 jours de travail annuels).

La chambre observe en outre que jusqu'en 2015, l'établissement n'était pas en mesure de suivre l'évolution des dépenses correspondant à ces contrats « locaux » et de les distinguer des rémunérations des praticiens contractuels classiques dans les comptes de l'établissement.

²⁵ Un PH au dernier échelon touche en 2018 une rémunération brute annuelle de 90 009,84 €

Tableau n° 55 : Total des dépenses pour des recrutements de praticiens sur contrat « local » (coût total, incluant rémunérations brutes versées aux praticiens et charges patronales)

	2015	2016	2017
Total dépenses (en €)	1 467 276	2 378 939	1 349 168

Source : Centre Hospitalier de Dole

La diminution constatée en 2017 est due au recrutement récent de dix praticiens cliniciens, notamment en anesthésie.

La chambre a voulu calculer quel était le surcoût total annuel de ces praticiens par rapport à une situation réglementaire (rémunération maximale autorisée), exercice qui s'est révélé fastidieux car il nécessite d'avoir l'ensemble des contrats passés (qui ne précisent pas toujours si l'intéressé est recruté pour une journée, pour une garde, ou pour les deux), des tableaux de service (pas toujours disponibles) et des bulletins de salaire (imprécis car les dates indiquées correspondent aux premier et dernier jour rémunéré sur le mois sans que l'on sache combien de jours sont en réalité concernés).

L'analyse a été menée sur les rémunérations brutes des praticiens pour l'exercice 2016 et a conclu aux résultats suivants : 103 praticiens au total ont été recrutés sur ce type de contrat (la plupart à de nombreuses reprises) pour 1 875 journées²⁶ de travail. Leur rémunération brute totale s'élève à 1,737 M€, à laquelle il convient d'ajouter 36 421 € de frais de déplacements et 32 936 € de frais d'agence d'intérim.

Sur la base de cette analyse, la chambre estime que le surcoût total de cette pratique pour l'établissement est de l'ordre d'1 M€ pour le seul exercice 2016²⁷. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a répondu que son analyse du surcoût annuel lié aux recrutements de praticiens contractuels convergeait avec celle de la chambre, et qu'il avait à plusieurs reprises alerté l'ARS à ce sujet.

²⁶ Selon les cas, une journée peut correspondre à une journée classique de semaine, à une journée correspondant à un jour férié ou à un dimanche, à une journée de 24 heures ou à un samedi après-midi pour lesquelles les rémunérations réglementaires varient.

²⁷ La chambre a utilisé deux méthodes pour calculer le surcoût par rapport à une situation réglementaire (rémunération maximale prévue par les textes).

- Par la première méthode (qui minimise le nombre de gardes effectuées par les praticiens et donc qui a tendance à augmenter le surcoût), le différentiel est de l'ordre de 1,2 M€.
- Par la deuxième méthode (qui à l'inverse maximise le nombre de gardes effectuées par les médecins et donc qui a tendance à minimiser le surcoût), le différentiel est de l'ordre de 0,95 M€.
- Ce calcul peut être vérifié par une troisième méthode (plus grossière) :
 - o la rémunération brute de 1 875 journées sans garde au tarif maximal réglementaire (222,62 €) aurait coûté à l'établissement 418 000 € ;
 - o la rémunération brute de 1 875 journées avec garde au tarif maximal réglementaire (490,44 €) aurait coûté à l'établissement 920 000 €.

L'établissement ayant dépensé 1,737 M€ pour ces journées, le surcoût est selon cette méthode compris entre 0,8 M€ et 1,3 M€ (hors charges patronales).

Lors de l'entretien de fin de contrôle, l'ordonnateur a indiqué que les calculs effectués par ses équipes l'amenaient à estimer le surcoût à 0,9 M€ en moyenne par année, l'année 2016 étant celle pour laquelle le surcoût est le plus élevé compte tenu du volume total de la dépense.

➤ **Des praticiens salariés à temps plein d'autres établissements**

La chambre a cherché à savoir si certains de ces praticiens n'étaient pas par ailleurs salariés à temps plein d'autres établissements, ce qui rendrait impossible leur recrutement par le centre hospitalier de Dole, en application des dispositions de l'article R. 6152-24 du CSP.

Elle a ainsi constaté qu'un d'entre eux était PH temps plein au CHU de Dijon jusqu'en juin 2013 et qu'un autre était PH à temps plein au CHU de Dijon de décembre 2012 à août 2016 puis nommé PU-PH au 1^{er} septembre 2016, statut qui ne peut être qu'à temps plein, partagé entre le CHU et la Faculté de Médecine de Dijon.

➤ **Des recrutements pouvant contrevenir à l'impératif de sécurité des malades**

Au-delà de cette impossibilité statutaire de cumuler ces emplois, la chambre s'interroge sur le nécessaire repos de sécurité. Elle invite donc le centre hospitalier de Dole à s'assurer que les praticiens ont bien respecté ce repos avant de prendre leur poste dans l'établissement, afin de préserver la sécurité des soins aux patients et la santé de ses employés. À cet effet, elle remarque que depuis janvier 2018, les praticiens produisent une attestation sur l'honneur selon laquelle ils ont bénéficié des repos suffisants.

Enfin, alors que l'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe à 72 ans la limite d'âge au-delà de laquelle les praticiens ne peuvent plus être recrutés par un établissement public de santé, la chambre a constaté qu'un anesthésiste né le 1^{er} août 1944 avait été recruté en octobre 2017, décembre 2017 et janvier 2018. La chambre a également constaté que depuis janvier 2018, le centre hospitalier exigeait un certificat d'aptitude à exercer les fonctions de praticien, mais que ce praticien avait produit un certificat qu'il avait lui-même signé.

Sans méconnaître les difficultés de recrutement de praticiens, notamment en anesthésie, la chambre insiste sur la gravité de ces irrégularités et invite le centre hospitalier de Dole à la plus grande vigilance sur le respect des conditions de recrutement des praticiens, afin d'assurer la sécurité des soins.

Recommandation n°9 : S'assurer du respect de la régularité des recrutements de praticiens contractuels afin d'assurer la sécurité des soins

5.4.2.3 Les contrats de cliniciens

Conformément aux dispositions des articles L. 6152-1 et L. 6152-3 du code de la santé publique, les établissements peuvent recruter « *des médecins (...) par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. (...) Les médecins bénéficiant [de ces] contrats sont dénommés cliniciens hospitaliers* ».

Si le centre hospitalier de Dole a, sur le début de la période, eu peu recours à ce type de contrats, la chambre a noté une recrudescence des recrutements sur ce statut depuis janvier 2017. Elle constate que le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois pouvant être pourvus par des cliniciens ne sont pas fixés par le CPOM ni dans un de ses avenants, contrairement aux dispositions de l'article L. 6152-3 du code de la santé publique.

L'établissement a transmis à la chambre les 10 contrats de cliniciens en cours, qui concernent sept anesthésistes, un néphrologue, un cardiologue et un ophtalmologue.

Aux termes de l'article L. 6152-3 du code de la santé publique « *la rémunération contractuelle des praticiens bénéficiant d'un contrat [de clinicien] comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à la déontologie de leur profession.* »

La chambre observe que les contrats des sept anesthésistes prévoient tous la rémunération maximale prévue par l'article R. 6152-709 du code de la santé publique sous ce statut, soit celle du 13^{ème} échelon de la grille de PH majorée de 65 %²⁸, dont une part variable (10 %) pouvant être révisée selon le degré d'atteinte d'objectifs fixés.

En contrepartie de cette rémunération maximale, leur obligation de présence hebdomadaire est soit d'une journée de 24 heures (lorsqu'ils sont à mi-temps), soit de deux journées de 24 heures (lorsqu'ils sont à temps plein), chacun de leur contrat précisant que la durée maximale de travail est de 48 heures. Un des contrats fait exception et prévoit un temps de travail mensuel de 14 à 15 journées par mois, dont 1 à 2 journées « administratives ».

La chambre observe par ailleurs que jusqu'à fin 2018, les objectifs fixés à ces praticiens étaient très généraux (élaboration de procédures, de tableaux de bord...), que la très grande majorité d'entre eux étaient des objectifs « qualitatifs », et que très peu pouvaient être considérés comme des objectifs « quantitatifs », alors même que la situation de l'établissement aurait justifié la plus grande vigilance sur ce point. De surcroît, la chambre remarque qu'ils étaient les mêmes pour tous les praticiens. Suite à la réception des observations provisoires de la chambre, cette partie du contrat a été modifiée et les objectifs fixés aux praticiens cliniciens sont désormais plus conformes à ce qu'impose la réglementation.

Enfin, alors que l'article R. 6152-711 du CSP exige que la réalisation des objectifs fixés doit être évaluée lors d'un entretien d'évaluation qui doit faire l'objet d'un compte-rendu, aucun entretien n'a été réalisé avant 2019 et la part forfaitaire était attribuée de façon systématique à son taux maximal, principe qui, selon l'établissement, faisait partie de la négociation contractuelle lors du recrutement. La chambre constate que suite à la réception de ses observations provisoires, des entretiens d'évaluation ont été menés pour la première fois en 2019 et que des comptes rendus de ces entretiens ont été rédigés.

La chambre remarque enfin qu'alors que les cliniciens hospitaliers n'ont statutairement²⁹ pas droit aux jours de repos au titre de la Réduction du Temps de Travail (RTT), l'établissement en a accordé à certains jusqu'en 2017. Il a alors mis fin à cette situation tout en s'assurant de la « compenser » pour les intéressés en augmentant leur échelon, lorsque cela était possible, la plupart étant déjà rémunérés au dernier échelon envisageable sous ce statut.

5.4.2.4 Le recours à l'intérim et aux cabinets spécialisés pour la recherche de praticiens

Parallèlement, le centre hospitalier de Dole continue d'avoir ponctuellement recours à des prestations d'intérim pour le personnel médical, ainsi qu'à des cabinets spécialisés pour le recrutement de praticiens. Aucun marché global n'a été passé et l'établissement a pris l'habitude de solliciter systématiquement l'ensemble des sociétés qu'il connaît pour chaque demande.

La chambre constate que cette dépense est en nette diminution en 2017 du fait du recrutement de sept praticiens cliniciens.

²⁸ Soit 147 630,48 € bruts annuels pour un temps plein.

²⁹ L'article R. 6152-712 du code de la santé publique liste les congés auxquels ils ont droit et ne mentionne pas les RTT. De même, l'article R. 6152-801 du même code précise les praticiens ayant droit aux RTT et ne mentionne pas les cliniciens.

Tableau n° 56 : Évolution des dépenses d'intérim et de recherche de praticiens par des cabinets

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Montant total TTC</i>	35 326	52 169	269 719	289 599	208 535	24 154

Source : Bilans sociaux de l'établissement

5.4.2.5 L'indemnisation d'un ancien praticien au chômage

Les employeurs publics ne sont pas soumis à l'obligation de s'affilier au régime d'assurance chômage mais ils doivent assurer leurs salariés contre le risque chômage. Dans le cadre de l'auto-assurance choisie par le centre hospitalier de Dole, l'employeur public prend donc à sa charge l'indemnisation de ses anciens agents au titre du chômage.

La chambre a étudié le cas d'un praticien qui a perçu en deux versements environ 130 000 € bruts d'Allocation de Retour à l'Emploi (ARE), soit 117 777 € en juin 2013, puis 12 378 € en juillet 2013, correspondant à une indemnisation de 578 jours de chômage sur les années 2011 et 2012.

Ce praticien a fait l'objet de deux recrutements sur un statut de praticien contractuel, du 28 avril au 29 août 2008, puis du 6 octobre 2008 au 8 octobre 2010. L'établissement n'a pas souhaité lui proposer de nouveau contrat par la suite. L'intéressé s'est inscrit à Pôle Emploi le 28 janvier 2011 et a été éligible à l'ARE à l'expiration du délai d'attente, soit à compter du 4 février 2011 et y est resté inscrit jusqu'en juillet 2012.

Si la charge du versement de l'ARE incombe à l'établissement, le contrôle de la recherche effective d'un emploi et la décision de maintenir ou de radier les personnes de la liste des demandeurs d'emploi sont effectués par Pôle Emploi (cf. la circulaire n° 2012-01 du 3 janvier 2012 relative à l'indemnisation du chômage des agents du secteur public). Le praticien a été maintenu sur la liste des demandeurs d'emploi et l'établissement a payé cette ARE, soit environ 130 000 € bruts, après avoir essayé de ne pas la payer puis considéré qu'il n'avait pas le choix. Un recours contentieux sur ce sujet a été envisagé puis abandonné. En réponse aux observations provisoires de la chambre, le praticien a confirmé qu'il avait reçu - et refusé - des propositions d'emploi pendant la période concernée.

La chambre constate cependant que le montant très élevé de l'ARE versée est lié au fait que pendant toute la durée de son recrutement, le praticien a bénéficié de rémunérations irrégulières, très au-delà du maximum prévu par la réglementation et que c'est sur cette base qu'a été calculé le montant de l'allocation. En effet, dans un échange de courriels entre l'établissement et son conseil juridique figurant dans le dossier de l'intéressé, il est indiqué qu'il « percevait une rémunération à hauteur de 530 € nets par jour travaillé, soit en moyenne 11 000 € nets par mois », la rémunération maximale des praticiens contractuels étant fixée à 4 852 € bruts.

5.5 Le temps de travail, le temps additionnel et la gestion des Comptes Epargne Temps (CET)

5.5.1 Le temps de travail, les heures supplémentaires et les CET du personnel non médical

5.5.1.1 Le temps de travail

Le précédent rapport de la chambre avait souligné le non-respect par l'établissement de la durée réglementaire de travail, compte tenu notamment de l'intégration de la pause prandiale dans le temps de travail effectif. L'établissement a depuis élaboré un nouveau Guide de Gestion du Temps de Travail et de nouvelles règles applicables aux agents. La règle commune est désormais que pour les agents de jour, le temps de repas (30 minutes) est décompté de la durée journalière du travail, qui est par ailleurs passée de 7h30 à 7h25, ce qui a eu pour effet de passer de 14 à 11,5 jours de RTT.

La chambre prend acte de l'effort fait par l'établissement dans ce domaine pour revenir à une situation réglementaire.

Elle constate cependant que quelques exceptions subsistent : les agents qui partent en formation (3 640 journées de formation ont été décomptées en 2017) ainsi que les agents en décharge totale d'activité affectés dans les syndicats (7 ETP) font des journées de 7h30, temps de repas inclus. Même si l'enjeu financier est faible, la chambre invite l'établissement à régulariser cette situation et à décompter des journées de 7h25, n'incluant pas le temps de repas, à l'ensemble de ses agents, y compris lorsqu'ils partent en formation.

5.5.1.2 Les heures supplémentaires

Le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 plafonne à 15 par mois le nombre d'heures supplémentaires (HS) pouvant être indemnisées, plafond porté à 18 par mois pour les catégories de personnel suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvriers, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Le Conseil d'État a confirmé dans un arrêt du 18 janvier 2011 que les heures effectuées au-delà de ce plafond ne pouvaient donner lieu ni à indemnisation, ni à récupération (CE, 18 janvier 2011, *Madame A*).

La chambre a donc analysé les feuilles de paye présentant un nombre d'heures supplémentaires supérieur aux plafonds réglementaires. La plupart du temps, la situation s'explique par une régularisation sur plusieurs mois du paiement des heures supplémentaires effectuées.

D'autres situations apparaissent irrégulières et concernent essentiellement la direction des ressources humaines.

Certains agents ont reçu de façon très ponctuelle un nombre important d'heures supplémentaires. Ainsi un agent gestionnaire administratif au bureau des entrées a été indemnisé en octobre 2016 à hauteur de 180 HS (environ 3 000 € bruts), soit exactement le montant du plafond annuel autorisé.

De même, deux agents de la DRH dépassent régulièrement le plafond mensuel, plafond également dépassé si on lisse les heures effectuées sur une année (plafond de 180 HS par an).

Le premier a perçu en tout 253 HS en 2012, 388,5 HS en 2013, 330 HS en 2014, 180 HS en 2015, 221 HS en 2016 et 120 HS sur les huit premiers mois de 2017. En juillet 2013 et janvier 2014, il a perçu respectivement 164,5 HS et 165 HS (environ 2 000 € bruts) tout en percevant 15 HS (200 € bruts) chaque mois sur l'ensemble des mois de 2013 et de 2014, y compris pendant ses congés, ce qui laisse penser à la chambre que ces 15 HS étaient en réalité un complément de rémunération forfaitaire, qui a perduré jusqu'en août 2017. Nommé adjoint des cadres hospitaliers (catégorie B) au 1^{er} juillet 2017, il peut désormais prétendre au versement d'une IFTS, qui lui est d'ailleurs versée en lieu et place de ces HS à compter de septembre 2017.

Le second a perçu 291 HS en 2014, 211,5 HS en 2015 et 258 HS en 2016. En 2014, il a touché 70 HS (un peu plus de 800 € bruts) en janvier, 77 HS en juin (un peu plus de 900 € bruts) et 84 HS (un peu plus de 1 000 € bruts) en décembre, ainsi que 10 HS (125 € bruts) sur les mois de mai, juillet, août, septembre, octobre et novembre. En mai 2015, mars 2016 et juin 2016, il a perçu respectivement 101,5 HS (1 300 € bruts), 79 HS et 79 HS (environ 950 € bruts), tout en percevant 10 HS chaque mois sur l'ensemble des mois de 2015 et de 2016, y compris pendant ses congés. En 2017, 10 HS lui ont été versées chaque mois entre janvier et juin, mais elles lui ont été décomptées sur ses payes de juillet et août. Il en a à nouveau touché 85 (un peu plus de 1 000 € bruts) sur sa paye de novembre 2017.

Enfin, la chambre a pu constater lors de son contrôle que plusieurs agents administratifs percevaient très régulièrement des heures supplémentaires.

Un agent a perçu 10 HS (127 € bruts) par mois de janvier 2012 à décembre 2017, y compris pendant ses congés, plus quelques heures complémentaires sur les mois de février 2012 (20 HS en tout) et d'août 2012 (30 HS en tout). Il s'agit donc d'un complément de rémunération forfaitaire et irrégulier. Par ailleurs, il a touché au total 190 HS sur l'exercice 2012, ce qui est supérieur au plafond autorisé. Cette situation a été régularisée en février 2018.

Un autre agent a également perçu 10 HS par mois de juin 2012 à décembre 2017, y compris pendant ses congés, plus quelques heures complémentaires sur les mois de février 2012 (20 HS en tout), de mars 2012 (30 HS en tout), d'août 2012 (30 HS en tout) et de juin 2014 (66 HS en tout). Cette situation a été régularisée en mars 2018.

Enfin, un troisième agent a perçu tous les mois 11,31 heures supplémentaires (soit 135,95 € brut) entre juin 2012 et août 2017, y compris pendant ses congés. À trois reprises, il a également perçu des heures complémentaires à ces 10 heures. Il s'agit donc en réalité d'un complément de rémunération forfaitaire, ce qui est d'ailleurs confirmé par un courriel figurant dans son dossier dans lequel il est indiqué qu'il s'agit d'un « *équivalent IFTS, à distinguer des heures qu'il pourrait faire et qu'il souhaiterait éventuellement récupérer ou se faire rémunérer* ». Au total, il a perçu une rémunération forfaitaire supplémentaire de 135,95 € par mois pendant 63 mois, soit un total de 8 564,85 € perçus à tort. Ces HS ont été remplacée par une IFTS à compter de la paye de septembre 2017 puisque, devenu Adjoint des Cadres Hospitaliers, il pouvait désormais régulièrement prétendre à l'IFTS.

Dans ces trois situations, la rémunération d'heures supplémentaires forfaitaires attribuée aux agents l'a été dans un contexte d'augmentation de leur charge de travail suite au départ non remplacé de certains de leurs collègues. Si la chambre ne conteste pas la réalité de cette augmentation, elle rappelle que cela ne saurait justifier un versement forfaitaire d'heures supplémentaires. Elle prend acte de ce que l'ensemble de ces situations ont été régularisées.

5.5.1.3 L'absentéisme

La chambre constate que l'absentéisme du personnel non médical est en augmentation sur la période, et qu'il est supérieur à la moyenne constatée au niveau national qui était de 8,1 % en 2015, et de 7,8 % dans les établissements de taille comparable à celle de l'établissement³⁰. En moyenne sur l'année 2017, 90 ETP sont absents chaque jour.

Tableau n° 57 : Évolution de l'absentéisme du personnel non médical dans l'établissement

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux d'absentéisme PNM	8,29	7,07	8,93	9,11	9,24	10,05

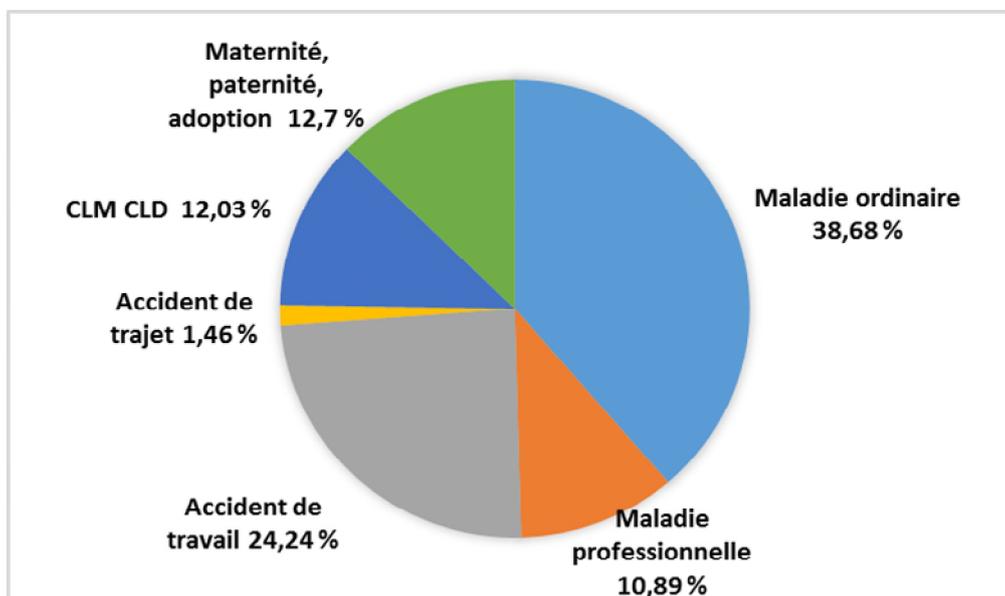
Source : bilans sociaux de l'établissement

Selon les bilans sociaux de l'établissement, les arrêts de travail concernent de plus en plus d'agents, sont de plus en plus nombreux et leur durée est de plus en plus longue.

L'absentéisme est le plus élevé chez les personnels soignants, les personnels de catégorie C et les personnels âgés de plus de 55 ans. Le nombre moyen de jours d'absence par agent est de 33,40 jours en 2017.

En 2017, la structure de l'absentéisme est la suivante :

Graphique n° 8 : Structure de l'absentéisme au CH de Dole en 2017



³⁰ Bilan social 2015, ATIH, synthétisant les bilans sociaux de 284 établissements (pas de mise à jour plus récente).

La chambre constate un taux élevé d'absentéisme pour accident du travail. En 2017, les agents de l'établissement ont déclaré 106 accidents du travail ayant entraîné un arrêt.

L'établissement a pourtant élaboré un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP), qu'il met régulièrement à jour, la dernière version datant de décembre 2017.

Interrogé sur sa politique de prévention de l'absentéisme, l'établissement a indiqué mener une politique de lutte contre l'absentéisme en plusieurs axes :

- Améliorer la gestion, le suivi et l'analyse de l'absentéisme : élaboration d'un tableau de bord reprenant l'ensemble des arrêts et de leurs causes lorsqu'elles sont connues (déclarations d'accident du travail, fiches d'évènements indésirables, bilans du CHSCT, rapports de la médecine du travail...).

- Réduire et prévenir l'absentéisme au travail : sur la base de ce tableau de bord, l'établissement a mis en place un plan d'actions qui comprend tant l'acquisition d'équipements (lits à hauteur variable, lève-malades, etc.) que des actions de formation (à la manutention notamment).

- Améliorer et optimiser la prévention et la gestion des situations de restriction ou d'inaptitude au poste de travail : à titre d'exemple, l'établissement a déclaré que six agents en arrêt de longue durée suite à un accident du travail avaient pu reprendre leurs fonctions en 2018 grâce à un aménagement de poste.

- Mieux contrôler le respect de la réglementation et lutter contre les absences injustifiées.

L'objectif affiché de l'établissement dans son contrat d'amélioration de la performance est une baisse de 0,5 point du taux d'absentéisme en 2018 et un retour au taux moyen d'absentéisme des établissements de taille comparable (7,8 %) en 2019.

5.5.1.4 La gestion des CET

Le nombre de CET ouverts par le personnel non médical de l'établissement augmente de 7,1 % par an en moyenne pour atteindre 281 au 31 décembre 2017. Le nombre de jours stockés augmente quant à lui de 8,8 % par an en moyenne pour atteindre 4 891 au 31 décembre 2017. Le nombre de jours moyen par CET est relativement stable sur la période, et oscille entre 16,28 et 17,40. Conformément à la réglementation, l'établissement a progressivement constitué une provision pour couvrir la charge liée à ces CET. Cette provision couvre désormais la totalité de la charge potentielle.

Tableau n° 58 : Les CET du personnel non médical

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>Nombre de CET ouverts</i>	207	239	272	261	258	281	7,10 %
<i>Nombre de jours stockés</i>	3 390	3 891	4 200	4 418	4 557	4 891	8,85%
<i>Nombre de jours moyen / CET</i>	16,38	16,28	15,44	16,93	17,66	17,40	1,24%
<i>Valorisation des jours stockés</i>	N.D	599 341	646 436	686 184	704 638	722 479	5,10%
<i>Montant de la provision constituée</i>	461 278	515 962	559 763	607 904	661 786	722 479	11,30%
<i>Taux de provisionnement</i>	N.D	86 %	87 %	89 %	94 %	100 %	4,06%
<i>Montant des jours monétisés sur l'année</i>	N.D	29 845	12 673	10 090	27 124	20 915	-5,98%

Source : bilan sociaux de l'établissement

5.5.2 La permanence des soins, le temps de travail additionnel (TTA) et la gestion des CET du personnel médical

5.5.2.1 Le contrôle du temps de travail des médecins

En l'absence de logiciel permettant de gérer le temps de travail des médecins, le contrôle du respect de leurs obligations de service est fait à la main par un agent de la direction des ressources humaines. Il s'agit d'un travail chronophage et source d'erreurs potentielles, pouvant avoir un impact financier important lors du paiement du temps de travail additionnel (TTA) chaque quadrimestre.

La chambre invite l'établissement à réfléchir à l'informatisation de la gestion du temps de travail des médecins, le coût d'acquisition du logiciel pouvant être compensé par les économies générées. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué en avoir le projet, malgré des résistances internes et une absence de financement disponible à court terme.

Par ailleurs, les tableaux de service ayant été mis en place en 2016 dans l'établissement, la chambre n'a pas pu procéder au contrôle du temps de travail des praticiens pour les exercices 2012 à 2015. Elle s'est donc limitée au contrôle des exercices 2016 et 2017.

La chambre constate que plusieurs praticiens, bien que rémunérés chaque mois par le centre hospitalier de Dole, ne figurent pas sur les tableaux de service, ce qui rend impossible le contrôle du respect de leurs obligations de service. Dans d'autres situations, la chambre constate un décalage entre le temps de travail indiqué sur le bulletin de salaire et celui indiqué sur le tableau de service. Dans chacune de ces situations, rien ne permet donc d'établir la réalité du service fait ni si elle correspond à la quotité de temps prévue par le contrat de travail et rémunérée à ce titre.

La chambre rappelle au demeurant qu'il appartient aux chefs de pôle de valider les tableaux de service afin d'attester de la réalité du service fait, et elle déplore que l'organisation du contrôle du temps de travail soit aussi lacunaire.

La chambre invite donc le centre hospitalier de Dole à faire figurer l'ensemble de ses praticiens sur les tableaux de service, y compris les praticiens attachés, et à y indiquer clairement leurs jours de présence.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué qu'il avait récemment rappelé ces obligations aux chefs de pôle.

5.5.2.2 L'organisation de la permanence des soins dans l'établissement

L'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé liste les attributions de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS). Elle doit notamment définir annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins dans l'établissement.

La chambre constate que la COPS ne s'est pas réunie dans l'établissement avant 2015 mais que ce sujet a été régulièrement abordé.

La COPS a récemment proposé la suppression de trois lignes d'astreintes en médecine polyvalente, gériatrie et pneumologie, peu mobilisées et non financées par l'ARS, solution retenue par le directeur qui va engendrer une économie pour l'établissement de l'ordre de 35 000 € par an.

Il y a donc désormais deux lignes de garde et neuf lignes d'astreinte dans l'établissement.

Tableau n° 59 : Schéma d'organisation de la permanence des soins au CHLP

<i>Spécialité</i>	Type de permanence déclarée
<i>Anesthésie / USC</i>	1 garde sur place
<i>Biologie</i>	1 astreinte
<i>Cardiologie et médecine vasculaire</i>	1 astreinte
<i>Chirurgie orthopédique et traumatologie</i>	1 astreinte
<i>Chirurgie viscérale et digestive</i>	1 astreinte
<i>Gynécologie obstétrique</i>	1 astreinte
<i>Pédiatrie</i>	1 astreinte
<i>Imagerie</i>	1 astreinte
<i>Néphrologie</i>	1 astreinte
<i>Pharmacie</i>	1 astreinte
<i>Urgences</i>	1 garde sur place

Source : CH de Dole

En revanche, la chambre constate que la COPS ne remplit pas la totalité de ses missions réglementaires. Elle doit notamment donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels de service et s'assurer d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens, avoir transmission des tableaux de suivi quadrimestriel du TTA, donner son avis sur les conventions de coopération ou encore établir un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins, ce qu'elle ne fait jamais.

La chambre invite le centre hospitalier de Dole à renforcer le rôle de sa COPS et à lui communiquer de façon régulière les éléments nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

5.5.2.3 La rémunération des gardes et astreintes

a) Les astreintes de chirurgie :

➤ La réglementation

En ce qui concerne la rémunération des astreintes des praticiens, l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé laisse plusieurs possibilités aux établissements (article 14).

- Soit le praticien perçoit une indemnité de base par astreinte³¹ et chaque déplacement est décompté en heures, en fonction des déclarations des médecins.

Chaque déplacement d'une durée supérieure à 3 heures est rémunéré à hauteur d'une demi-période de temps additionnel³². Les déplacements d'une durée inférieure à 3 heures sont cumulés et chaque plage de 5 heures cumulées est convertie en une demi-période de temps additionnel.

- Soit le praticien perçoit une indemnité forfaitaire par astreinte.

Cette indemnité est égale au maximum au montant d'une demi-indemnité de sujétion augmentée de l'indemnité de base par astreinte³³. Le montant de l'astreinte forfaitisée peut donc être établi librement par l'établissement sous réserve du respect de ce plafond. En accord avec la CME, il peut être fixé légèrement au-dessus³⁴ pour les activités liées aux blocs opératoires. Le temps de déplacement est alors décompté pour être intégré dans les obligations de service du praticien, mais ne peut faire l'objet d'aucune forme d'indemnisation. Le raisonnement est le même pour la rémunération des demi-astreintes (demi-nuit ou samedi après-midi).

➤ **Au CH Louis Pasteur**

La première solution, qui est celle retenue par l'établissement pour ses astreintes, a l'inconvénient de reposer sur les déclarations des praticiens et d'être donc potentiellement inflationniste, même si des mécanismes de contrôle existent et sont régulièrement utilisés par la direction des ressources humaines.

À titre d'exemple, la chambre a choisi d'étudier les rémunérations des astreintes de quatre praticiens participant aux deux astreintes de chirurgie, effectuant à eux quatre 70 % des astreintes, sur les exercices 2016 et 2017. Il est à noter que les astreintes étant payées avec deux à trois mois de décalage et les périodes de temps additionnel étant payées par quadrimestre, la paye de janvier 2016 comprend la rémunération d'astreintes effectuées en 2015, et la paye de février 2016 comprend la rémunération de temps additionnel effectué en 2015. À l'inverse, les astreintes et le temps additionnel effectués fin 2017 ne sont pas pris en compte dans le calcul puisqu'ils ont été rémunérés en 2018.

Suite à cette analyse, la chambre constate que les praticiens ont perçu au total 297 962 €. Si les astreintes avaient été forfaitisées, ils n'auraient perçu au maximum que 235 265 €, trois d'entre eux seraient perdants et un serait gagnant.

Compte tenu du coût important des astreintes de chirurgie pour l'établissement et du travail conséquent que le décompte des déplacements engendre pour la direction des ressources humaines, la chambre invite le centre hospitalier de Dole à réfléchir, en lien avec la COPS et la CME, à une forfaitisation des astreintes de chirurgie.

b) La rémunération d'astreintes pour le samedi matin :

La chambre constate qu'alors que l'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 dispose bien qu'une période de permanence des soins ne peut avoir lieu que la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou lors d'un jour férié, l'établissement considère ses praticiens de néphrologie en astreinte le samedi matin. La chambre relève que sur leurs relevés de déplacements en astreinte, les praticiens indiquent pour chaque samedi matin un déplacement de 8h30 à 12h.

³¹Montant sur la période : 42,13 € - 42,38 € - 42,64 € pour 1 astreinte / 21,05 € - 21,18 € - 21,30 € pour une ½ astreinte.

³²Montant sur la période: 236,98 € - 238,40 € - 239,83 €.

³³Montant sur la période: 174,44 € (132,31+42,13) - 175,48 € (133,10+42,38) - 176,54 € (133,90+42,64)

³⁴Montant sur la période : 187,70 € - 188,83 € - 189,96 €

Dans ses observations provisoires, la chambre invitait donc l'établissement à ne plus considérer ses praticiens de néphrologie en astreinte le samedi matin et à considérer ce temps de travail comme faisant partie des obligations de service hebdomadaires des praticiens (10 demi-journées).

En réponse à ces observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué qu'il s'agissait d'erreurs et que le samedi matin était bien intégré dans les obligations de service des praticiens (soit une onzième demi-journée hebdomadaire) générant ainsi systématiquement le paiement de temps de travail additionnel. Ainsi, même lorsque les praticiens ont choisi de récupérer leur temps de travail additionnel (*cf. infra*), les samedis matin leur sont rémunérés.

La chambre invite donc l'établissement d'une part à modifier ses documents internes (tableaux de service et relevés de déplacement) afin qu'ils puissent être remplis correctement par les praticiens, et d'autre part à ne plus considérer systématiquement ces samedis matin comme une onzième demi-journée devant être rémunérée mais comme du temps pouvant également être récupéré, quand c'est le choix effectué par les praticiens.

c) La rémunération de gardes au lieu d'astreintes à des praticiens de plusieurs secteurs :

Alors que le schéma d'organisation de la permanence des soins dans l'établissement prévoit deux lignes de garde sur place, une aux urgences et une en anesthésie/réanimation, la chambre a cependant constaté qu'un nombre conséquent de praticiens étaient rémunérés pour des gardes sur place dans des secteurs où c'est une astreinte qui est prévue, situation qui génère un surcoût pour l'établissement.

Pour chacune de ces gardes, les praticiens perçoivent en effet une indemnité de sujétion (IS) fixée par un arrêté du 12 juillet 2010, d'un montant de 264,63 € bruts sur la majorité de la période étudiée, revalorisée à 266,22 € bruts au 1^{er} juillet 2016 puis à 267,82 € bruts au 1^{er} février 2017 par un arrêté du 15 juin 2016, au lieu des montants indiqués ci-dessus au titre d'une astreinte.

- En gynécologie-obstétrique :

La chambre s'est intéressée à la permanence des soins du secteur de gynécologie obstétrique. Jusqu'en février 2017, un seul praticien du service était rémunéré pour des astreintes, alors que les quatre autres étaient rémunérés en garde sur place.

L'établissement a indiqué qu'à cette époque, les praticiens pouvaient individuellement choisir d'être de garde sur place ou d'astreinte. En réalité, l'examen des tableaux de service atteste que l'ensemble des praticiens étaient d'astreinte mais quatre d'entre eux (sur cinq) étaient payés en garde sur place, ce qui a entraîné une sur-rémunération conséquente, soit 264,63 € par garde au lieu de 189,96 € maximum par astreinte³⁵ (soit un surcoût minimal de 74,67 € par période).

Chaque année, et sur chacune des lignes de permanence des soins mise en place, l'établissement doit rémunérer 450 périodes de garde ou astreinte (365 nuits, 52 dimanches, 52 samedis après-midi décomptés comme 26 périodes et en moyenne 7 jours fériés). En estimant que ces périodes sont réparties à peu près équitablement entre les cinq praticiens, la chambre considère que 4/5^{ème} de ces 450 périodes ont été sur-rémunérées, soit 360 par an. Ainsi, la chambre estime que ce système a entraîné un surcoût annuel minimal pour l'établissement d'environ 26 900 €.

³⁵ Tarif maximal de l'astreinte forfaitisée (arrêté du 30 avril 2003).

En février 2017, l'établissement a mis fin à cette pratique et cette permanence des soins est désormais uniquement organisée en astreinte. Dans un premier temps, les praticiens pouvaient cependant individuellement choisir de se faire rémunérer par un système d'astreinte forfaitisée ou par un système de décompte des déplacements, situation qui n'est pas réglementaire non plus. En effet, l'arrêté du 30 avril 2003 (article 14, IV) prévoit que la forfaitisation des astreintes ne peut être mise en place que « *pour une structure donnée* », c'est-à-dire pour l'ensemble des praticiens d'un service et non au cas par cas. Cette analyse a été confirmée par le Ministère de la Santé.

La chambre prend acte de ce que le centre hospitalier de Dole a mis fin à cette pratique courant 2018 et que désormais, tous les praticiens du service de gynécologie-obstétrique sont rémunérés en astreinte forfaitisée.

- En imagerie :

Deux praticiens, Faisant Fonction d'Interne (FFI) puis Praticiens Attachés Associés en imagerie, ont également été rémunérés pour des gardes sur place.

L'établissement a justifié cette situation par le fait que les praticiens attachés associés étaient statutairement autorisés à faire des gardes sur place mais pas des astreintes. S'ils ne sont effectivement pas autorisés à faire des astreintes, ils ne le sont pas pour autant automatiquement à prendre des gardes sur place. En effet, l'article R. 6152-632 du code de la santé publique précise qu'« *ils peuvent être appelés à collaborer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique organisée sur place, en appui des personnels médicaux du service, statutairement habilités à participer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique et sous leur responsabilité.* » La chambre estime donc que ces deux praticiens n'étaient pas habilités à prendre des gardes pendant lesquelles ils étaient les seuls praticiens en imagerie et que cette situation, au-delà du surcoût généré, a fait courir un risque juridique à l'établissement.

Par ailleurs, l'arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé prévoit dans son article 10 que les praticiens ne peuvent assurer plus d'une nuit par semaine, ni plus d'un dimanche ou jour férié par mois en garde sur place (soit au maximum 5 à 6 gardes par mois), mais qu'ils peuvent « *à titre volontaire, dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de leur service quotidien* ».

La chambre remarque qu'au total, le premier a perçu 86 137,08 € au titre de 325,5 gardes effectuées, soit une moyenne d'un peu plus de 19 gardes par mois pendant 17 mois. De même, le second a perçu 181 760,08 € au titre de 686,5 gardes sur place effectuées, soit une moyenne d'un peu plus de 16 gardes par mois pendant 43 mois. En l'absence de tout tableau de service, il est impossible de savoir combien de gardes ont été véritablement effectuées, mais ce chiffre semble particulièrement élevé et peu compatible avec le respect de la réglementation, notamment quant au respect du repos de sécurité et des « *limites compatibles avec la bonne exécution du service quotidien* ».

Enfin, la chambre constate que de janvier 2012 à mai 2012³⁶, alors qu'ils étaient FFI, ces deux praticiens ont été rémunérés pour leurs gardes au tarif des praticiens seniors (264,63 € par garde) alors qu'ils auraient dû être rémunérés au tarif des internes, fixé par un arrêté du 12 juillet 2010 à 119,02 € par garde, ce qui aboutit à un trop perçu de 15 507,46 € pour l'un (145,61 * 106,5) et de 10 192,70 € pour l'autre (145,61 * 70)³⁷.

³⁶ Ils sont passés sur un statut de sénior au 4 mai 2012 mais les gardes qui leur ont été rémunérées en mai sont celles du mois d'avril. Elles sont donc incluses dans le décompte des gardes payées à tort au tarif sénior.

³⁷ La chambre a trouvé dans le dossier du Dr BENBORNIYA une note indiquant « *paiement des gardes au 01-11-2010 comme attaché associé. M. Mamie OK* »

Tableau n° 60 : Nombre de gardes rémunérées aux deux praticiens radiologues

(1)	IS brute perçue	= Nb gardes		IS brute perçue	= Nb gardes		IS brute perçue	= Nb gardes		IS brute perçue	= Nb gardes
01-2012	5 821,86	22	06-2012	5 557,23	21	10-2012	5 557,23	21	02-2013	4 366,40	16,5
02-2012	5 689,55	21,5	07-2012	4 498,71	17	11-2012	4 763,34	18	03-2013	4 366,40	16,5
03-2012	6 351,12	24	08-2012	5 557,23	21	12-2012	4 234,08	16	04-2013	5 821,86	22
04-2012	5 027,97	19	09-2012	3 704,82	14	01-2013	5 292,60	20	05-2013	4 234,08	16
05-2012	5 292,60	20									

(2)	IS brute perçue	= Nb gardes		IS brute perçue	= Nb gardes		IS brute perçue	= Nb gardes		IS brute perçue	= Nb gardes
01-2012	3 440,19	13	01-2013	4 498,71	17	01-2014	3 440,19	13	01-2015	7 541,96	28,5
02-2012	4 234,18	16	02-2013	4 234,08	16	02-2014	3 307,88	12,5	02-2015	9 526,69	36
03-2012	3 440,19	13	03-2013	3 307,88	12,5	03-2014	3 969,45	15	03-2015	10 188,26	38,5
04-2012	3 704,82	14	04-2013	2 646,30	10	04-2014	2 249,36	8,5	04-2015	4 498,71	17
05-2012	3 704,82	14	05-2013	3 704,82	14	05-2014	3 043,25	11,5	05-2015	3 851,64	14,5
06-2012	3 704,82	14	06-2013	3 969,45	15	06-2014	3 175,56	12	06-2015	4 250,08	16
07-2012	3 572,50	13,5	07-2013	5 027,97	19	07-2014	3 572,51	13,5	07-2015	8 132,22	30
08-2012	4 498,71	17	08-2013	3 307,88	12,5	08-2014	5 027,97	19			
09-2012	4 366,40	16,5	09-2013	3 837,14	14,5	09-2014	5 027,97	19			
10-2012	1 720,10	6,5	10-2013	5 424,92	20,5	10-2014	6 748,07	25,5			
11-2012	2 646,30	10	11-2013	1 058,52	4	11-2014	3 175,56	12			
12-2012	4 481,88	17	12-2013	2 249,36	9	12-2014	4 234,08	16			

Source : Xemelios

La chambre constate que l'établissement a à nouveau eu recours à ce type de pratique de façon beaucoup plus récente. Ainsi, un troisième praticien a été rémunéré pour des gardes sur place en imagerie au lieu d'astreintes sur l'année 2017, pour un total de 11 500 €.

Tableau n° 61 : Nombre de gardes rémunérées à un praticien radiologue

	IS brute perçue	= Nb gardes		IS brute perçue	= Nb gardes		IS brute perçue	= Nb gardes		IS brute perçue	= Nb gardes
01-2017	798,66	3	04-2017	535,64	2	07-2017	267,82	1	10-2017	1 071,28	4
02-2017			05-2017	1 339,10	5	08-2017	1 874,74	7	11-2017	535,64	2
03-2017	1 863,54	7	06-2017	1 071,28	4	09-2017	1 339,10	5	12-2017	803,46	3

Source : Xemelios

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué qu'il était très difficile de recruter des praticiens radiologues acceptant d'être rémunérés en astreinte et qu'il était régulièrement obligé de faire appel à un prestataire privé de téléradiologie, encore plus coûteux.

La chambre invite néanmoins l'établissement à ne plus rémunérer en garde sur place des praticiens qui sont, ou devraient être, en astreinte à domicile. Elle déplore à cet égard que le CH n'attache pas une plus grande importance au respect de son schéma d'organisation de la permanence des soins, situation qui engendre des surcoûts très importants,

d) Un système irrégulier de rémunération via des gardes en néphrologie

La chambre s'est également intéressée au paiement de gardes à des praticiens de néphrologie, alors même que la permanence des soins dans ce secteur n'est pas assurée par une garde mais par une astreinte, pour laquelle les praticiens en question sont d'ailleurs également régulièrement rémunérés.

Ainsi, un praticien contractuel a été rémunéré à hauteur de trois gardes tous les mois de juin 2013 à décembre 2017. La chambre estime donc qu'il s'agit d'un complément de rémunération irrégulier, pour un total de 47 904,37 € sur la période.

Tableau n° 62 : Nombre de gardes rémunérées au praticien par mois

	IS brute perçue	Gardes									
06-2013	4 498,71	17	10-2014	793,89	3	01-2016	793,89	3	02-2017	803,46	3
07-2013	793,89	3	11-2014	793,89	3	02-2016	793,89	3	03-2017	803,46	3
08-2013	793,89	3	12-2014	793,89	3	03-2016	793,89	3	04-2017	803,46	3
09-2013	793,89	3	03-2015	2	3	04-2016	793,89	3	05-2017	803,46	3
10-2013	793,89	3	04-2015	793,89	3	05-2016	793,89	3	06-2017	803,46	3
11-2013	793,89	3	05-2015	793,89	3	06-2016	793,89	3	07-2017	803,46	3
12-2013	793,89	3	06-2015	793,89	3	07-2016	793,89	3	08-2017	803,46	3
03-2014	396,94	1,5	07-2015	793,89	3	08-2016	793,89	3	09-2017	803,46	3
05-2014	3 969,45	15	08-2015	793,89	3	09-2016	793,89	3	10-2017	803,46	3
06-2014	793,89	3	09-2015	793,89	3	10-2016	793,89	3	11-2017	803,46	3
07-2014	793,89	3	10-2015	793,89	3	11-2016	793,89	3	12-2017	803,46	3
08-2014	793,89	3	11-2015	793,89	3	12-2016	793,89	3			
09-2014	793,89	3	12-2015	793,89	3	01-2017	827,28	3			

Source : Xemelios

Le même système a par ailleurs été mis en place plus tardivement pour une autre praticienne contractuelle, qui a également perçu 3 gardes presque tous les mois. La chambre estime qu'il s'agit également d'un complément de rémunération irrégulier, pour un total de 23 760,58 € sur la période.

Tableau n° 63 : Nombre de gardes rémunérées au praticien par mois

	IS brute perçue	Gardes									
01-2016	8 732,79	33	01-2017	817,74	3	05-2017	803,46	3	09-2017	803,46	3
02-2016	793,89	3	02-2017	803,46	3	06-2017	803,46	3	10-2017	803,46	3
03-2016	793,89	3	03-2017	803,46	3	07-2017	803,46	3	11-2017	803,46	3
11-2016	2 381,67	9	04-2017	803,46	3	08-2017	803,46	3	12-2017	803,46	3
12-2016	1 402,54	5,3*									

Source : Xemelios

* L'interruption du dispositif en 2016 est due à un congé maternité de l'intéressée, période pendant laquelle elle n'était plus rémunérée par l'établissement mais percevait les indemnités journalières de la CPAM. À sa reprise, il a été rétabli (rétroactivement sur les payes de novembre et décembre) et a d'ailleurs été proratisé, ce qui confirme qu'il s'agit d'un complément de rémunération irrégulier.

Une troisième praticienne, assistante spécialiste puis praticienne contractuelle, a également perçu des gardes très régulièrement. Dans son cas, le complément irrégulier de rémunération est de 20 420,08 € sur la période.

Tableau n° 64 : Nombre de gardes rémunérées au praticien par mois

	IS brute perçue	Nb gardes									
05-2014	3 281,41	12,4*	10-2014	529,26	2	04-2015	529,29	2	09-2015	529,29	2
06-2014	529,26	2	11-2014	529,26	2	05-2015	529,29	2	10-2015	529,29	2
07-2014	529,26	2	12-2014	529,26	2	06-2015	529,29	2	11-2015	529,29	2
08-2014	529,26	2	01-2015	529,26	2	07-2015	529,29	2	09-2016	1 582,98	6
09-2014	529,26	2	03-2015	1058,58	4	08-2015	529,29	2	08-2017	6 028,68	22

Source : Xemelios

* Paiement équivalent à la rémunération des mois de novembre à mai, mais proratisé pour le mois de novembre, le praticien n'ayant été recruté qu'à compter du 25. Là encore, la proratisation semble confirmer le caractère fictif de ces gardes.

Interrogé sur ce point, l'établissement a répondu par une note que les deux praticiens hospitaliers temps plein de l'équipe de néphrologie bénéficiaient d'une activité d'intérêt général, et donc d'un cumul de rémunérations, à hauteur de deux demi-journées hebdomadaires, pour leur travail au sein de l'unité de dialyse médicalisée ; celle-ci est située dans ses locaux mais gérée par l'association Santelys qui rémunère directement les praticiens. Les praticiens contractuels du service travaillent également deux

demi-journées par semaine pour le compte de Santelys (sur leur temps de travail rémunéré par le centre hospitalier de Dole), activité réelle et que la chambre ne remet pas en cause. Cependant, ils n'ont statutairement pas droit à cette activité d'intérêt général et à ce cumul de rémunérations. Un système irrégulier de gardes a donc été mis en place pour qu'ils puissent également bénéficier d'un cumul de rémunérations.

L'association Santelys a accepté de rembourser l'établissement du montant de ces gardes puisqu'elle ne rémunère pas directement les praticiens concernés (contrairement aux deux praticiens hospitaliers). Cependant, ce remboursement ne rend pas le dispositif mis en place neutre, puisqu'il ne prend pas en compte le fait que ces praticiens restent rémunérés par l'établissement sur ces deux demi-journées, alors qu'ils travaillent pour une autre structure et qu'ils n'ont statutairement pas droit à ce cumul de rémunérations.

La chambre considère que dans ce type de situation, l'établissement devrait continuer à rémunérer à temps plein ses praticiens contractuels, interrompre la rémunération des gardes et facturer à Santélyls la quotité de temps de travail effectuée pour son compte via une convention de mise à disposition. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué avoir pris contact avec l'association Santélyls afin de régulariser cette situation.

La chambre constate enfin que cette activité pour le compte de l'association Santelys, réglementaire via une convention d'activité d'intérêt général pour les praticiens hospitaliers, ne figure sur les tableaux de service pour aucun des praticiens concernés. Elle invite donc l'établissement à régulariser cette situation.

Recommandation n°10 : Mettre fin au système irrégulier de rémunération de gardes à certains praticiens de néphrologie.

5.5.2.4 La rémunération du temps de travail additionnel

L'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé prévoit dans son article 4 que, pour pouvoir se faire indemniser du temps de travail additionnel (TTA), les praticiens doivent s'engager contractuellement et annuellement à effectuer un volume prévisionnel de temps de travail additionnel et à demander soit l'indemnisation soit la récupération de ce temps de travail.

L'instruction DGOS/RH4 2014-101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de cet arrêté précise que la contractualisation doit porter à la fois sur la quantité et le mode de valorisation de ce TTA (indemnisation, récupération ou épargne sur compte épargne temps).

Jusqu'en 2015, le centre hospitalier de Dole n'avait signé aucun contrat de TTA avec ses praticiens mais ils bénéficient désormais tous de contrats individuels, actualisés chaque année. Cependant, la chambre constate que, si ces contrats prévoient bien pour chacun des praticiens l'indemnisation ou la récupération du TTA, aucun n'indique le volume de ce TTA, ce qui vide de son sens la contractualisation.

De même, alors que l'arrêté du 30 avril 2003 prévoit que les besoins prévisionnels de recours à des contrats de TTA doivent être inscrits dans les contrats de pôle, la chambre constate que ce n'est pas le cas au sein de l'établissement.

La chambre observe que la mise en place d'une véritable contractualisation avec l'ensemble des praticiens sur ce sujet permettrait à l'établissement, outre le nécessaire respect de la réglementation, d'en limiter le coût, actuellement de l'ordre d'1 M€ sur chaque exercice.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué que début 2019, il avait fait parvenir aux praticiens urgentistes des contrats de TTA mentionnant un plafond à ne pas dépasser.

Tableau n° 65 : Dépenses annuelles totales de l'établissement au titre du TTA (en €)

	2014	2015	2016	2017
<i>Dépenses totales au titre du TTA</i>	1 012 115	1 133 938	961 462	971 293

Source : bilans sociaux, + vérification Xemelios

Recommandation n°11 : Poursuivre la mise en place d'une réelle contractualisation sur le temps de travail additionnel pour l'ensemble des praticiens, via les contrats individuels et les contrats de pôle, afin d'en limiter le coût.

L'instruction DGOS/RH4 2014-101 du 31 mars 2014 indique également que les indemnités pour temps de travail additionnel doivent être versées au terme de chaque quadrimestre, après avoir effectué un lissage du temps de travail effectué sur les quatre mois concernés.

Or, alors que les contrats prévoient expressément que le décompte, et le paiement, du TTA n'intervient qu'à l'issue de périodes de quatre mois, après que la réalisation de la totalité des obligations de service hebdomadaires effectuées, en moyenne, sur cette même période a été constatée au vu du tableau de service, la chambre constate que les praticiens du service de néphrologie perçoivent leur TTA beaucoup plus régulièrement, tous les mois ou presque.

La chambre constate en outre que les contrats d'un praticien prévoient une récupération de ce temps de travail pour les années 2015 et 2017, alors que l'analyse de ses bulletins de salaire démontre une rémunération du TTA. L'analyse des tableaux de service montre que conformément à ses contrats, le TTA effectué a bien été récupéré. La chambre considère dès lors que les rémunérations perçues au titre du TTA par ce praticien sur les exercices 2015 et 2017, soit 4 440,91 € pour 2015 et 2 567,04 € pour 2017, sont irrégulières.

À l'inverse, alors que son contrat pour 2016 prévoit une rémunération du TTA, qui lui a effectivement été versée, la chambre a constaté qu'il le récupérait également. Les tableaux de service fournis à la chambre indiquent en effet qu'il a récupéré au total 35 demi-journées à ce titre en 2016³⁸.

La même remarque peut être faite pour un autre praticien, dont le contrat 2017 prévoit une récupération du temps additionnel alors qu'elle a perçu 5 220,18 € de TTA en 2017, tout en récupérant ce temps de travail comme le prévoyait son contrat.

Recommandation n°12: Mettre fin à la possibilité laissée à certains praticiens de néphrologie de cumuler la récupération et l'indemnisation du temps de travail additionnel effectué et en cas d'indemnisation, ne plus verser ce TTA tous les mois mais par quadrimestre, conformément à la réglementation.

³⁸ De février à décembre, le tableau du mois de janvier n'ayant pas été fourni à la chambre.

5.5.2.5 La gestion des CET

Le nombre de CET ouverts par le personnel médical de l'établissement augmente de 1,92 % par an en moyenne pour atteindre 57 au 31 décembre 2017. Le nombre de jours stockés augmente quant à lui de 0,63 % par an en moyenne pour atteindre 2 257 au 31 décembre 2017. Le nombre de jours moyen par CET est relativement stable sur la période, et oscille entre 39,59 et 46,15. Conformément à la réglementation, l'établissement a progressivement constitué une provision pour couvrir la charge liée à ces CET. Cette provision couvre désormais la totalité de la charge potentielle.

Tableau n° 66 : Les CET du personnel médical

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012-2017
<i>Nombre de CET ouverts</i>	52	58	56	54	53	57	9,61%
<i>Nombre de jours stockés</i>	2 188	2 297	2 458	2 492	2 265	2 257	3,15%
<i>Nombre de jours moyen / CET</i>	42,08	39,60	43,89	46,15	42,75	39,59	-5,90%
<i>Valorisation des jours stockés</i>	N.D	689 100 ³⁹	1 149 456	1 151 073	1 109 955	1 063 188	54,00%
<i>Montant de la provision constituée</i>	868 646	966 350	1 007 303	1 082 858	1 185 668	1 063 188	22,40%
<i>Taux de provisionnement</i>	N.D	140 %	88 %	94 %	107 %	100 %	
<i>Montant des jours monétisés sur l'année</i>	N.D	26 850	29 250	31 650	54 450	50 625	88,52%

Source : Bilans sociaux de l'établissement

5.6 Le remboursement des frais de déplacement

Une note de service du 17 juillet 2006, modifiée le 23 novembre 2006, précise les modalités de prise en charge des frais d'hébergement et de transport liés aux déplacements à l'extérieur des agents de l'établissement. Ces modalités sont très classiques et conformes au décret n° 92-566 du 25 juin 1992 relatif aux frais de déplacement des fonctionnaires et agents hospitaliers. Elles prévoient notamment que tout déplacement supérieur à 300 kms fait l'objet d'un remboursement sur la base du prix du billet de train SNCF 2^{ème} classe, auquel s'ajoute éventuellement le remboursement des tickets d'autoroute.

Cependant, dans le contexte de pénurie médicale qu'il a connu, le centre hospitalier de Dole a pris l'habitude de payer des frais de déplacement aux médecins intérimaires et contractuels recrutés ainsi qu'à des praticiens venant par convention, selon des modalités qui ne sont pas conformes à ce que prévoit cette note de service.

Ainsi, pour effectuer une garde d'anesthésie en juillet 2015, un praticien a exigé le remboursement « *au tarif fiscal* » de son aller-retour depuis Lorient, soit 640 €, tout en indiquant « *qu'il n'a pas pris l'autoroute* » et qu'il n'a donc pas de justificatif de son déplacement.

³⁹ Valorisation indiquée dans le bilan social mais erronée (ne prend pas en compte le taux de charges patronales mais que les 300 € bruts des praticiens), en réalité de l'ordre de 1 M€, montant proche de la provision constituée.

D'autres situations ont attiré l'attention de la chambre :

- Un praticien a reçu plus de 2 000 € de frais de déplacement pour 3 mois de travail à 60 %, alors qu'il habite à proximité de Dijon.

- Un autre a reçu 940,80 € de frais de déplacement sur la période du 14 au 31 mars 2015 alors qu'il réside à 30 kms de Dole.

Devant ces dérives, l'établissement a plafonné les frais de déplacement à 200 euros par contrat (souvent un contrat par mois, parfois plusieurs) puis, depuis le 1^{er} janvier 2018, les a intégrés dans le plafond fixé pour la rémunération de ses médecins contractuels.

5.7 Les conventions d'activité d'intérêt général

L'article R. 6152-30 du CSP prévoit la possibilité pour les praticiens hospitaliers temps plein de consacrer jusqu'à deux demi-journées par semaine à une activité d'intérêt général (AIG) en dehors de leur établissement d'affectation. Cette activité doit être prévue par une convention entre l'intéressé et les deux établissements concernés. La réglementation prévoit la possibilité pour l'établissement dans lequel l'AIG est effectuée de rémunérer directement le praticien et/ou de rembourser l'établissement d'affectation pour le temps de mise à disposition du praticien.

La chambre a étudié les cinq conventions concernant les praticiens de l'établissement qui exercent actuellement une AIG. Si elles prévoient toutes une rémunération directe du praticien par l'établissement d'accueil, seulement une prévoit le remboursement de la quote-part de son salaire au centre hospitalier de Dole. Compte tenu de la perte d'activité, et donc de recettes, générée par ces mises à disposition, la chambre invite le centre hospitalier de Dole à réclamer un remboursement aux établissements concernés par le biais d'un avenant à ces conventions.

La chambre a étudié la situation d'un praticien. Une convention du 5 janvier 2009 prévoit qu'il exerce une demi-journée par semaine à la Maison des Adolescents de l'hôpital Cochin, demi-journée fixée « le mardi », ce qui apparaît contradictoire. Après étude des tableaux de service de l'établissement, il apparaît que le praticien est effectivement considéré en AIG le mardi toute la journée. La chambre a donc interrogé l'hôpital Cochin qui a confirmé que le praticien ne venait qu'une demi-journée par semaine en son sein et fourni les bulletins de salaire et tableaux de service correspondants.

La chambre observe que le praticien ne remplit pas ses obligations de service et qu'une demi-journée hebdomadaire aurait dû lui être décomptée sur la totalité de la période.

Un avenant a par ailleurs été signé le 11 mai 2012 afin que le centre hospitalier de Dole prenne en charge de façon rétroactive, depuis le 16 septembre 2008, les frais de déplacements de ce médecin entre Dole et Paris, à hauteur d'un déplacement mensuel, dépense que l'on peut estimer à environ 150 € mensuels sur la base du tarif SNCF.

La chambre considère que la prise en charge de ces déplacements n'est pas justifiée et invite le centre hospitalier de Dole à y mettre fin.

5.8 La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et la formation continue

5.8.1 La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC)

La chambre constate que globalement, les besoins en effectifs et en compétences de chaque secteur d'activité sont connus et cohérents avec les orientations stratégiques de l'établissement. Cependant, les tensions importantes sur certains métiers (personnel médical notamment, mais aussi dans une moindre mesure personnel non médical) et un absentéisme croissant n'ont pas permis à l'établissement d'anticiper certains départs et ont particulièrement perturbé le fonctionnement de l'établissement, générant des fermetures de lits, voire d'unités entières.

De même, l'établissement n'est pas toujours en mesure de trouver une affectation à ses agents en situation de retour à l'emploi, compte tenu d'une part du nombre croissant de ces situations, mais aussi des restrictions importantes posées par la médecine du travail.

L'établissement a par ailleurs été confronté à l'émergence ou à la montée en puissance de nouveaux métiers (contrôle de gestion, codage et optimisation de l'activité, fonction achat...) pour lesquels les compétences ont dû être trouvées.

Dans ce contexte, la chambre prend acte de ce que, dans son projet social 2015-2019, l'établissement liste les atouts et les faiblesses de sa politique de GPMC et se fixe des objectifs d'amélioration, mais elle considère que les outils actuels de GPMC de l'établissement, quelques tableaux Excel, doivent être améliorés.

5.8.2 La politique de formation continue

La chambre constate que jusqu'en 2019, les plans de formation continue établis par l'établissement ne sont pas de véritables plans, articulés au projet d'établissement, mais plutôt un listing des actions, individuelles ou collectives, retenues. Ils semblent également peu prendre en compte les besoins de la politique de GPMC décrite ci-dessus (nouvelles compétences, adaptation à l'emploi...). Suite à la réception des observations provisoires de la chambre, le plan de formation 2019 est plus abouti et correspond davantage à ce que requiert la réglementation.

En application du décret du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé, ce plan devra également prendre en compte l'obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) pour les professionnels de santé, médicaux et non médicaux concernés.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire	101
Annexe n° 2. L'offre hebdomadaire d'ACE proposée par l'établissement (hors urgences).....	104
Annexe n° 3. Restes à recouvrer et créances irrécouvrables.....	106
Annexe n° 4. Comparaison EPRD et compte financier par budget et par exercice (en €).....	107
Annexe n° 5. Évolution des comptes de résultat des différents budgets de l'établissement sur la période (en €)	108

Annexe n° 1. Glossaire

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
ACH : Adjoint des Cadres Hospitaliers
ACE : Actes et consultations externes
ADC : Acte De Chirurgie
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARE : Allocation de Retour à l'Emploi
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Agent des Services Hospitaliers
ATM : Acte Technique Médical
ATU : Accueil et Traitement des Urgences
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
C : Consultation
CAF : Capacité d'Autofinancement
CAL : Commission d'Activité Libérale
CAPL : Commission Administrative Paritaire Locale
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CET : Compte Épargne Temps
CF : Compte Financier
CGTR : Compagnie Générale de Télé-Radiologie
CH : Centre Hospitalier
CHLP : Centre Hospitalier Louis Pasteur
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT : Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Établissement
COPS : Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
COPERMO : Comité interministériel de Performance et de la Modernisation
COREVAT : Comité Régional de Veille Active Sur la situation de Trésorerie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CRC : Chambre Régionale des Comptes
CS : Consultation Spécialisée
CSP : Code de la Santé Publique
DGFIP : Direction Générale des Finances Publiques
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département d'Informatique Médicale
DM : Décision Modificative
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPC : Développement Professionnel Continu
DRFIP : Direction Régionale des Finances Publiques
DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPU : Enseignements Post-Universitaires
ETP : Équivalent Temps Plein
ETPR : Équivalent Temps Plein Rémunéré
FFI : Faisant Fonction d'Interne
FICOBA : Fichier National des Comptes Bancaires
FIDES : Facturation Individuelle Des Établissements de Santé
FIR : Fonds d'Intervention Régional
FIJ : Formation Inter-Juridictions
FMC : Formation Médicale Continue
FME : Femme – Mère – Enfant
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
HS : Heure Supplémentaire
IAE : Institut d'Administration des Entreprises
IAF : Insuffisance d'Autofinancement
IASL : Indemnité d'Activité Sectorielle et de Liaison
IFAQ : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité
IFTS : Indemnité Forfaitaire pour Travaux Supplémentaires
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IME : Indemnité Multi-Établissements
IPDMS : Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour

IRCANTEC : Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'État et des Collectivités Publiques

ISPE : Indemnité de Service Public Exclusif

MCO : Médecine / Chirurgie / Obstétrique

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PH : Praticien Hospitalier

PMP : Projet Médical Partagé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PPCR : Protocole sur la modernisation des Parcours professionnels, des Carrières et des Rémunérations

PPI : Plan Pluriannuel d'Investissements

PRE : Plan de Retour à l'Équilibre

PRS : Projet Régional de Santé

PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

RTT : Réduction du Temps de Travail

SGMAP : Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique

SMS : Short Message System

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNIIR : Système National d'Informations Inter-Régime

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TBFEPS : Tableau de Bord Financier des Établissements Publics de Santé

TO : Taux d'Occupation

TTA : Temps de Travail Additionnel

T2A : Tarification À l'Activité

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

**Annexe n° 2.L'offre hebdomadaire d'ACE proposée par l'établissement
(hors urgences)**

<i>Discipline</i>	<i>Offre hebdomadaire</i>	<i>Lieu de réalisation</i>	<i>Délai moyen de RDV</i>
<i>Gynécologie Obstétrique</i>	12h de consultations de médecin en secteur public 17h de consultations de médecin en secteur privé 28h de consultations de sage-femme	Service	14 semaines pour une consultation de médecin en secteur public 5 semaines pour une consultation de médecin en secteur privé 6 semaines pour une consultation de sage-femme
<i>Pédiatrie</i>	32 h de consultations de médecin	Service	11 semaines
<i>Diabétologie</i>	37 h de consultations de médecin 26 h de consultations d'infirmier	Service	34 semaines pour un médecin 2 semaines pour un infirmier
<i>Néphrologie</i>	18h30 de consultations de médecin	Service	13 semaines
<i>Rhumatologie</i>	22h30 de consultations de médecin	Service	13 semaines
<i>Dermatologie</i>	9h30 de consultations de médecin	Service	26 semaines
<i>Anesthésie</i>	24h de consultations de médecin	Service	2 semaines
<i>Unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEPT)</i>	33h de consultations d'infirmier	Service	2 semaines
<i>Diététique</i>	9h de consultations de diététicien	Service	3 semaines
<i>Rhumatologie / Médecine physique et de réadaptation</i>	4 h de consultations de médecin	Service	8 semaines
<i>Gériatrie</i>	12 h de consultations de médecin	Plateau de consultations	10 semaines
<i>Chirurgie orthopédique</i>	20h30 de consultations de médecin en secteur public 9h de consultations de médecin en secteur privé	Service	Non mesuré
<i>Chirurgie viscérale</i>	13h de consultations de médecin en secteur public 5h de consultations de médecin en secteur privé	Service	Non mesuré
<i>Imagerie</i>	9h par semaine pour la radiologie 9h par semaine pour le scanner	Service	1 semaine pour la radio 3 à 8 semaines pour le scanner

ANNEXE N° 19-ROD2-GC-16 EN DATE DU 12 JUILLET 2019
CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR DE DOLE (39)

<i>Discipline</i>	<i>Offre hebdomadaire</i>	<i>Lieu de réalisation</i>	<i>Délai moyen de RDV</i>
<i>Ophthalmologie</i>	8h de consultations de médecin 6h de consultation d'orthoptiste	Service	10 semaines pour un médecin 3 semaines pour un orthoptiste
<i>Cardiologie / neurologie</i>	9h de consultation de médecin		Non mesuré
<i>Pneumologie</i>	7 h de consultation de médecin (dont 3h30 d'allergologie respiratoire)	Service	9 semaines en moyenne 32 semaines pour l'allergologie
<i>Oncologie</i>	8h de consultation de médecin	Service	2 semaines
<i>Activité de dialyse</i>	8h de créneaux pour dialyse	Service	Pas de délai
<i>Gastro-entérologie</i>	16 heures de consultations de médecin	Service	5 semaines
<i>Laboratoire</i>	44 heures de créneaux pour prélèvements		Pas de délai

Source : CH de Dole

Annexe n° 3. Restes à recouvrer et créances irrécouvrables**Évolution des créances « contentieuses » au 31 décembre**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Redevables contentieux</i>	539 310	522 163	532 905	511 275	418 492	332 214
<i>Produits de l'activité</i>	68 364 370	66 656 685	67 576 999	67 594 201	66 682 552	67 288 305
<i>Taux de restes à recouvrer</i>	0,79%	0,78%	0,79%	0,76%	0,63%	0,49%
<i>En nb de jours d'exploitation</i>	3	3	3	3	2	2

Source : ANAFI

Répartition des créances sur redevables au 31 décembre 2017

	Hospitalisés et consultants	Caisses de Sécurité Sociale	Départements	Autres tiers payants	Total
<i>Amiable</i>	595 509	7 123 421	71 385	1 660 963	9 451 278
<i>Contentieux</i>	332 214	0	0	0	332 214
<i>Total</i>	927 723	7 123 421	71 385	1 660 963	9 783 492

Source : compte financier 2017

Évolution du compte 491 (provision pour dépréciation de comptes de tiers)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Solde au 1^{er} janvier</i>	159 591	659 591	202 762	219 133	206 325	162 956
<i>Dotations</i>	500 000	57 456	173 339	166 484	163 539	63 981
<i>Reprises</i>	0	514 285	156 968	179 292	206 908	0
<i>Solde au 31 décembre</i>	659 591	202 762	219 233	206 325	162 956	226 937

Source : ANAFI

Admissions de créances en non-valeur sur la période (compte 4152)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
<i>Créances irrécouvrables admises en non-valeur</i>	103 019	247 973	88 477	121 809	171 855	150 360	883 493

Source : Comptes financiers de l'établissement

Annexe n° 4. Comparaison EPRD et compte financier par budget et par exercice (en €)

<i>Budget H</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Total Charges EPRD</i>	72 202 141	72 085 201	72 599 436	74 910 715	75 566 149	75 919 469
<i>Total Charges compte financier</i>	73 503 853	74 263 524	74 677 751	74 807 751	76 574 047	76 710 376
CF/EPRF	+ 1,80%	+ 3,02%	+2,86%	- 0,14%	+ 1,33%	+ 1,04%
<i>Total Produits EPRD</i>	71 194 000	70 694 006	72 595 723	72 782 842	73 097 407	71 837 071
<i>Total Produits compte financier</i>	73 142 347	74 280 556	74 845 387	74 150 002	73 560 937	75 071 421
CF/EPRD	+ 2,74%	+ 5,07%	+ 3,10%	+ 1,88%	+ 0,63%	+ 4,50%

<i>Budget B</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Total Charges EPRD</i>	1 893 530	1 848 850	1 937 520	2 011 534	1 996 098	1 979 015
<i>Total Charges compte financier</i>	1 951 180	1 868 417	1 981 827	1 999 378	2 096 828	2 190 614
CF/EPRF	+ 3,04%	+ 1,06%	+ 2,29%	- 0,6%	+ 5,05%	+ 10,69%
<i>Total Produits EPRD</i>	1 902 982	1 907 889	1 927 901	1 917 489	1 996 698	1 979 015
<i>Total Produits compte financier</i>	1 900 874	1 868 151	1 863 476	1 929 257	1 974 877	2 440 832
CF/EPRD	- 0,11%	- 2,08%	- 3,34%	+ 0,69%	- 1,09%	+ 23,34%

<i>Budget E</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Total Charges EPRD</i>	1 256 041	1 367 285	1 390 960	1 379 067	1 424 155	1 396 768
<i>Total Charges compte financier</i>	1 370 357	1 385 985	1 420 403	1 373 974	1 438 097	1 445 979
CF/EPRF	+ 9,10%	+ 1,37%	+ 2,12%	- 0,37%	+ 0,98%	+ 3,52%
<i>Total Produits EPRD</i>	1 313 528	1 417 291	1 435 249	1 395 939	1 432 166	1 396 768
<i>Total Produits compte financier</i>	1 372 654	1 396 114	1 417 352	1 400 304	1 404 218	1 288 295
CF/EPRD	+ 4,5%	- 1,49%	- 1,25%	+ 0,31%	- 1,95%	- 7,77%

<i>Budget C</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Total Charges EPRD</i>	1 388 573	1 441 085	1 913 154	1 647 890	1 671 123	1 764 423
<i>Total Charges compte financier</i>	1 392 029	1 481 056	1 675 451	1 668 734	1 646 381	1 777 161
CF/EPRF	+ 0,25%	+ 2,77%	- 12,42%	+ 1,26%	- 1,48%	+ 0,72%
<i>Total Produits EPRD</i>	1 388 573	1 276 277	1 763 091	1 647 890	1 671 123	1 764 423
<i>Total Produits compte financier</i>	1 325 427	1 494 292	1 684 075	1 639 598	1 665 073	1 789 203
CF/EPRD	- 4,55%	+ 17,08%	- 4,48%	- 0,5%	- 0,36%	+ 1,40%

Source : EPRD et comptes financiers de l'établissement

**Annexe n° 5.Évolution des comptes de résultat des différents budgets
de l'établissement sur la période (en €)**

Budget H	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>T1 : Charges de personnel</i>	50 042 986	50 807 386	51 560 944	52 144 612	52 666 906	53 010 712	1,19%
<i>T2 : Charges à caractère médical</i>	9 608 145	9 621 767	10 122 376	10 505 869	11 565 326	11 876 125	4,72%
<i>T3 : Charges à caractère hôtelier et général</i>	6 046 052	6 495 866	5 961 650	5 909 401	6 291 170	6 013 609	-0,11%
<i>T4 : Charges financières et exceptionnelles</i>	7 806 670	7 338 505	7 032 781	6 247 869	6 050 645	5 809 929	-5,12%
Total Charges	73 503 853	74 263 524	74 677 751	74 807 751	76 574 047	76 710 376	0,87%
<i>T1 : Produits versés par l'assurance maladie</i>	59 428 585	57 626 646	57 687 081	59 299 097	58 668 064	59 640 196	0,07%
<i>T2 : Autres produits de l'activité hospitalière</i>	5 748 221	6 208 202	6 630 236	7 059 666	6 773 219	6 660 676	3,17%
<i>T3 : Autres produits</i>	7 965 541	10 445 708	10 528 070	7 791 240	8 119 654	8 770 549	2,02%
Total Produits	73 142 347	74 280 556	74 845 387	74 150 002	73 560 937	75 071 421	0,53%
RESULTAT	- 361 505	17 032	167 636	- 657 749	- 3 013 110	- 1 638 955	

Budget B	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>T1 : Charges de personnel</i>	1 222 847	1 123 352	1 189 014	1 215 268	1 275 508	1 330 104	1,75%
<i>T2 : Charges à caractère médical</i>	91 201	90 743	103 536	53 338	51 158	68 349	-5,01%
<i>T3 : Charges à caractère hôtelier et général</i>	662 177	592 657	611 488	661 993	704 731	700 597	1,16%
<i>T4 : Charges financières et exceptionnelles</i>	74 955	61 665	77 789	68 779	65 431	91 564	4,43%
TOTAL Charges	1 951 180	1 868 417	1 981 827	1 999 378	2 096 828	2 190 614	2,45%
<i>T1 : Produits afférents aux soins</i>	947 574	946 025	943 235	983 366	992 314	1 429 569	10,17%
<i>T2 : Produits afférents à la dépendance</i>	241 856	249 806	254 649	257 941	267 208	267 110	2,09%
<i>T3 : Produits de l'hébergement</i>	649 871	667 555	657 950	674 024	713 560	711 431	1,89%
<i>T4 : Autres produits</i>	61 573	4 765	7 642	13 926	1 795	32 722	-9,37%
TOTAL Produits	1 900 874	1 868 151	1 863 476	1 929 257	1 974 877	2 440 832	5,68%
RESULTAT	- 50 306	- 266	-118 351	- 70 121	- 121 951	250 218	

ANNEXE N° 19-ROD2-GC-16 EN DATE DU 12 JUILLET 2019
CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR DE DOLE (39)

<i>Budget E</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>T1 : Charges de personnel</i>	718 128	776 875	800 074	759 939	796 838	852 824	3,7%
<i>T2 : Charges à caractère médical</i>	48 729	50 257	59 931	30 749	27 854	1 237	-19,49%
<i>T3 : Charges à caractère hôtelier et général</i>	498 670	493 842	505 705	529 735	562 305	541 993	1,74%
<i>T4 : Charges financières et exceptionnelles</i>	104 830	65 011	54 693	53 551	51 100	49 925	-10,47%
Total Charges	1 370 357	1 385 985	1 420 403	1 373 974	1 438 097	1 445 979	1,10%
<i>T1 : Produits afférents aux soins</i>	573 405	608 072	613 772	608 072	586 345	462 271	-3,87%
<i>T2 : Produits afférents à la dépendance</i>	172 696	172 451	175 936	177 185	180 755	180 161	0,86%
<i>T3 : Produits de l'hébergement</i>	603 191	596 656	615 261	614 131	632 731	632 413	0,96%
<i>T4 : Autres produits</i>	23 362	18 935	12 383	815	4 387	13 450	-8,4%
Total Produits	1 372 654	1 396 114	1 417 352	1 400 304	1 404 218	1 288 295	-1,23%
RESULTAT	2 297	10 129	- 3 051	26 330	- 33 879	- 157 684	

<i>Budget C</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VMA
<i>T1 : Charges de personnel</i>	1 014 450	982 255	1 030 887	1 099 051	1 096 108	1 219 793	4,04%
<i>T2 : Autres charges</i>	377 579	498 801	644 564	569 683	550 273	557 368	9,52%
TOTAL Charges	1 392 029	1 481 056	1 675 451	1 668 734	1 646 381	1 777 161	5,53%
<i>T1 : Produits activité d'enseignement</i>	1 196 687	1 361 246	1 379 405	1 379 601	1 446 712	1 472 444	4,61%
<i>T2 : Autres produits</i>	128 740	133 046	304 670	259 997	218 361	316 759	29,21%
TOTAL Produits	1 325 427	1 494 292	1 684 075	1 639 598	1 665 073	1 789 203	6,99%
RESULTAT	- 66 602	13 236	8 624	- 29 136	18 692	12 042	

Source : comptes financiers



Chambre régionale des comptes Bourgogne-Franche-Comté

28-30 rue Pasteur – CS 71199 – 21011 DIJON Cedex

bourgognefranchecomte@crtc.ccomptes.fr

Site Internet : <http://www.ccomptes.fr/fr/crc-bourgogne-franche-comte>