

5

Les hôpitaux d’Ajaccio et de Bastia : une situation financière compromise par une augmentation des charges de personnel sans lien avec l’activité

PRÉSENTATION

Pour une population permanente de 320 000 habitants, les dépenses de santé en Corse se sont élevées en 2014 à 1,16 Md€ dont 386,5 M€ au titre des établissements de santé publics et privés³¹⁵.

Les sept hôpitaux publics de la région affichent une capacité de 547 lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) dont 205 lits pour l’hôpital d’Ajaccio et 280 pour celui de Bastia.

Tous connaissent une situation financière préoccupante, mais ceux d’Ajaccio et Bastia se distinguent par des déficits considérables, malgré le versement périodique d’aides exceptionnelles importantes (I), en raison de l’absence d’efforts dans la maîtrise de leurs dépenses de fonctionnement (II).

Face à cette situation qui se dégrade, la Cour appelle à des mesures de redressement énergiques.

³¹⁵ Cf. rapport d’activité 2015 de l’agence régionale de santé (ARS) de Corse, disponible sur www.ars.corse.sante.fr.

I - Des situations financières dégradées en dépit de plusieurs plans de redressement

A - Des comptes qui ne cessent de se détériorer

Dans son rapport d'observations définitives de juillet 2007 sur la gestion du centre hospitalier d'Ajaccio³¹⁶, la chambre régionale des comptes de Corse relevait un résultat net consolidé déficitaire de façon continue de 2001 à 2005 (- 12 M€ en 2003, - 4,5 M€ en 2004 et - 5,2 M€ en 2005) et qualifiait cette situation de très préoccupante.

Celle-ci n'a cessé de se détériorer au point que l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) de Corse a saisi, sur le fondement de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, la chambre régionale des comptes en mai 2008 en raison d'un déficit de 11 M€ en 2006 (soit 12,7 % des produits) et d'un déficit attendu pour 2007 de 12,9 M€ (soit 15,6 % des produits).

Dans son avis du 18 juillet 2008³¹⁷, la chambre régionale des comptes a constaté que le déficit structurel du centre hospitalier d'Ajaccio s'élevait au 31 décembre 2007 en réalité à 20 M€ et le déficit cumulé approchait les 55 M€.

Le cadre juridique de la saisine budgétaire

Aux termes des dispositions combinées des articles L. 6143-3 et D. 6145-63 du code de la santé publique en vigueur jusqu'en juillet 2009, dès lors que le déficit du résultat d'un établissement public de santé était supérieur à 2,5 % du total des produits de l'exercice, le directeur de l'ARH saisissait la chambre régionale des comptes qui, dans le délai de deux mois suivant la saisine, évaluait la situation financière de l'établissement et proposait, le cas échéant, des mesures de redressement. Le directeur de l'ARH mettait alors l'établissement en demeure de prendre les mesures de redressement appropriées.

³¹⁶ Chambre régionale des comptes de Corse, *Rapport d'observations définitives : La gestion du centre hospitalier d'Ajaccio*, juillet 2007, 23 p., disponible sur www.ccomptes.fr

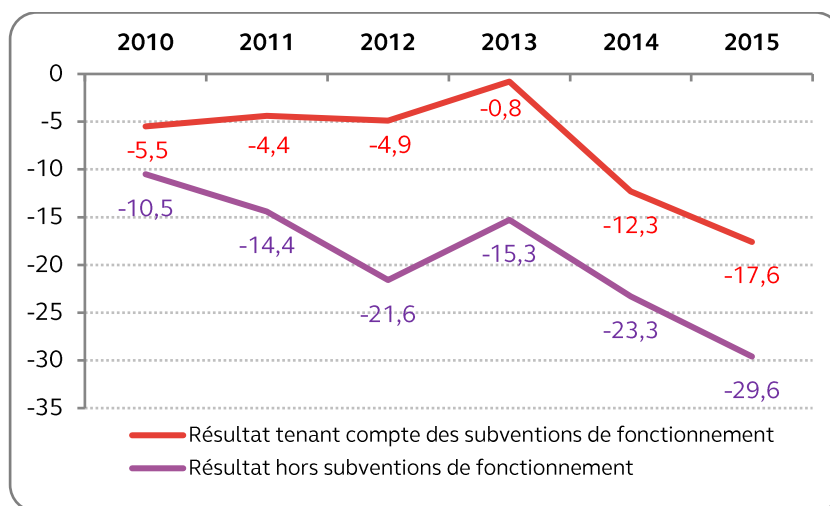
³¹⁷ Chambre régionale des comptes de Corse, *Avis n° 2008-04 : Centre hospitalier d'Ajaccio*, juillet 2008, 91 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Depuis la loi du 21 juillet 2009, lorsqu'un hôpital présente un déséquilibre financier, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), qui a succédé à l'ARH, dispose, dans le cadre de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, en préalable à la décision de placement de l'établissement sous administration provisoire, de la faculté de saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur sa situation financière. L'ARS de Corse n'a à ce jour pas saisi la chambre régionale des comptes en application de ces nouvelles dispositions.

Malgré les préconisations de la chambre en vue du redressement financier de l'hôpital, le déficit comptable est passé de 5,5 M€ en 2010 à 17,6 M€ en 2015 (cf. graphique n° 1). Au 31 décembre 2015, le déficit cumulé s'élevait à 109,5 M€ et les dettes fournisseurs à 75,6 M€ soit respectivement 86 % et 59,5 % des produits (127,1 M€).

Or, au cours de cette période, le centre hospitalier d'Ajaccio a bénéficié de subventions de fonctionnement de 69,2 M€. Sans ces aides exceptionnelles, le résultat déficitaire serait passé de 10,5 M€ en 2010 à 29,6 M€ en 2015 (cf. graphique n° 1).

Graphique n° 1 : évolution du résultat du centre hospitalier d'Ajaccio (en M€)



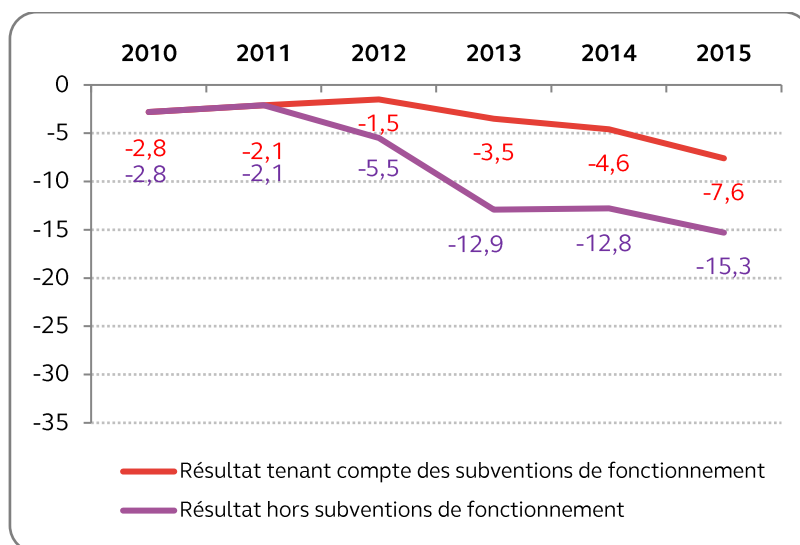
Source : Cour des comptes

La situation financière de l'hôpital de Bastia connaît une évolution similaire à celle du centre hospitalier d'Ajaccio.

La chambre relevait dans son rapport d'observations définitives de 2010, portant sur les exercices 2001 à 2008³¹⁸, un montant de déficit pour l'hôpital de Bastia de 4,9 M€ en 2006, 3,1 M€ en 2007 et 6,7 M€ en 2008. Depuis lors, cette situation s'est aggravée avec un déficit comptable qui est passé de 2,8 M€ en 2010 à 7,6 M€ au 31 décembre 2015 (graphique n° 2). À cette date, le déficit cumulé s'élevait à 34,6 M€ et les dettes fournisseurs à 23,4 M€, soit respectivement 25 % et 17 % des produits (136,5 M€).

De la même manière, le centre hospitalier de Bastia a reçu 25,3 M€ de subventions de fonctionnement. Sans ces dernières, le résultat déficitaire serait passé de 2,8 M€ en 2010 à 15,3 M€ en 2015 (cf. graphique n° 2).

Graphique n° 2 : évolution du résultat du centre hospitalier de Bastia (en M€)



Source : Cour des comptes

³¹⁸ Chambre régionale des comptes de Corse, *Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Bastia*, octobre 2010, 72 p., disponible sur www.ccomptes.fr

B - Des « plans de redressement » sans effet

Entre 2005 et 2015, l'hôpital d'Ajaccio a bénéficié de trois plans de redressement qui lui ont permis d'obtenir 119,3 M€ de subventions de fonctionnement et de dotations exceptionnelles.

Le premier contrat de retour à l'équilibre, conclu entre l'ARH et le centre hospitalier le 23 décembre 2005 et couvrant les exercices 2005 à 2008, prévoyait notamment le versement de dotations exceptionnelles de 36,5 M€ afin de résorber le déficit. À l'issue de ce plan, et alors que l'établissement se voyait accorder une aide complémentaire de 13,6 M€ en 2009, le déficit s'aggravait encore.

Un deuxième contrat de retour à l'équilibre financier, signé le 7 mai 2009, s'appuyant sur l'avis de la chambre régionale des comptes, prévoyait que l'établissement bénéficierait de crédits exceptionnels complémentaires, dès lors qu'il respecterait ses engagements en matière de développement de l'activité et d'économies afin d'atteindre un retour à l'équilibre en 2010.

Comme précédemment, non seulement l'équilibre financier n'était pas atteint malgré des aides d'un montant total de 31,7 M€ entre 2010 et 2012, mais l'hôpital présentait un déficit de 4,9 M€ au 31 décembre 2012, déficit qui aurait été de 21,6 M€ sans la subvention de 16,7 M€ attribuée cette année-là.

Enfin, un plan de modernisation et de progrès portant sur la période 2013-2017, validé le 10 décembre 2013, devrait permettre à l'hôpital de bénéficier d'aides annuelles dégressives entre 2014 et 2017 à hauteur de 26 M€. Ce montant est d'ores et déjà manifestement sous-évalué puisque, fin 2015, 37,5 M€ d'aides ont déjà été versées (cf. tableau n° 1).

**Tableau n° 1 : déficit de l'hôpital d'Ajaccio
 au cours de la période 2010-2015**

(en M€)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Total des produits</i>	105,1	119,8	123,2	125,1	126,9	127,1
<i>Résultat hors aides exceptionnelles en fonctionnement</i>	- 10,5	- 14,4	- 21,6	- 15,3	- 23,3	- 29,6
<i>Aides exceptionnelles en fonctionnement</i>	5	10	16,7	14,5	11	12
<i>Résultat</i>	- 5,5	- 4,4	- 4,9	- 0,8	- 12,3	- 17,6
<i>Déficits/total des produits</i>	5 %	4 %	4 %	1 %	10 %	14 %

Source : Cour des comptes

Enfin, l'État participe à hauteur de 130 M€ au financement de la construction du nouvel hôpital d'Ajaccio pour un coût estimé en 2013 de 138,7 M€, dont 15 M€ d'équipements.

À l'instar de celui d'Ajaccio, l'hôpital de Bastia a bénéficié d'un contrat de retour à l'équilibre financier puis d'un plan de modernisation et de progrès, qui lui ont permis d'obtenir au final 34,4 M€ de subventions exceptionnelles pour la période allant de 2009 à 2015.

D'une durée d'exécution de cinq ans, le contrat de retour à l'équilibre financier, signé le 8 janvier 2010, prévoyait un volume de produits supplémentaires ainsi qu'une réduction structurelle des dépenses en contrepartie de 10,8 M€ d'aides exceptionnelles. Dans les faits, l'hôpital a reçu 13,4 M€ (5,1 M€ en 2009, 4 M€ en 2012 et 9,4 M€ en 2013) soit 25 % de plus que ce qui était planifié.

Alors que la situation financière de l'hôpital de Bastia s'est écartée de manière importante, dès 2011, de la trajectoire de retour à l'équilibre financier prévue par le contrat signé en 2010, le centre hospitalier a élaboré un plan de modernisation et de progrès, portant sur la période 2013-2018, qui devait permettre une diminution de 3,5 M€ du déficit structurel avec un retour à l'équilibre financier à l'horizon 2018. En 2015, cet objectif est loin d'être atteint puisque, malgré des aides exceptionnelles en fonctionnement de 8,2 M€ en 2014 et 7,7 M€ en 2015, le résultat net comptable demeure non seulement négatif mais ne cesse de s'aggraver (cf. tableau n° 2).

**Tableau n° 2 : déficit de l'hôpital de Bastia
au cours de la période 2010-2015**

<i>(en M€)</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Total des produits</i>	114,4	117,4	124,4	125,4	136,1	136,5
<i>Résultat hors aides exceptionnelles en fonctionnement</i>	- 2,8	- 2,1	- 5,5	- 12,9	- 12,8	- 15,3
<i>Aides exceptionnelles en fonctionnement</i>	0	0	4	9,4	8,2	7,7
<i>Résultat</i>	- 2,8	- 2,1	- 1,5	- 3,5	- 4,6	- 7,6
<i>Déficits/total des produits</i>	2%	2%	1%	3%	3%	6%

Source : Cour des comptes

De plus, l'hôpital de Bastia a reçu des aides à l'investissement de 14,2 M€ entre 2010 et 2013 et devrait bénéficier de 23,1 M€ d'aides de l'État pour financer un programme de modernisation des blocs opératoires, de développement de l'activité en cancérologie et de mise en conformité incendie, électrique, technique et fonctionnelle sur le site de l'hôpital (24,4 M€).

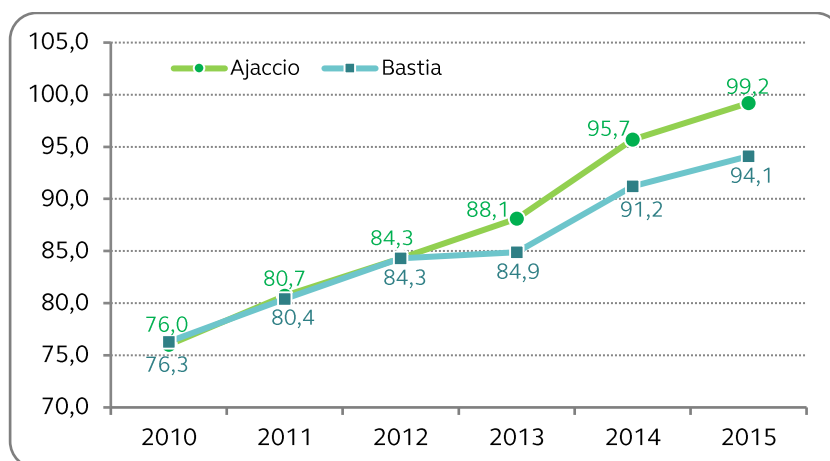
Ainsi, non seulement l'État continue à attribuer des aides exceptionnelles de fonctionnement d'un montant nettement supérieur à celui prévu dans les différents plans de redressement, mais il ne tient pas compte, pour l'octroi d'aides nouvelles, du non-respect par les établissements de leurs engagements, notamment ceux tenant à la maîtrise des dépenses.

II - L'augmentation des dépenses de personnel au cœur du problème

A - Des charges de personnel en augmentation significative

Nonobstant des mesures, jamais mises en œuvre, destinées à améliorer la facturation et le recouvrement des actes médicaux, chacun des contrats de retour à l'équilibre financier et des plans de modernisation et de progrès prévoyait, en contrepartie d'aides en fonctionnement et en investissement, un volet lié à la maîtrise des dépenses, en particulier les charges de personnel. Or, au cours de la période 2010 à 2015, ces dernières ont augmenté de 23,2 M€ pour l'hôpital d'Ajaccio et de 17,8 M€ pour celui de Bastia (cf. graphique n° 3), sans corrélation avec l'augmentation de leur activité.

Graphique n° 3 : évolution des charges de personnel des hôpitaux de Bastia et d'Ajaccio (en M€)



Source : Cour des comptes

En effet, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de l'hôpital d'Ajaccio, mesurée à travers le nombre de résumés de sortie anonymes, s'accroît de 2 % entre 2011 et 2015 pour l'hospitalisation complète et de 5 % pour l'ambulatoire. Sauf pour l'obstétrique, où l'hôpital jouit d'un quasi-monopole, l'hôpital perd des parts de marché sur sa zone d'attractivité.

Sur la même période, l'hôpital de Bastia, quant à lui, subit une baisse de 1 % de son activité MCO en hospitalisation complète et connaît une augmentation de 28 % de l'activité ambulatoire. Ses parts de marché sur sa zone d'attractivité diminuent légèrement en médecine et chirurgie.

En 2015, les dépenses de personnel représentent 69 % du total des charges de l'hôpital d'Ajaccio ; et 65 % de celles de l'hôpital de Bastia (pour une moyenne nationale comprise entre 60 et 85 %). L'augmentation des charges de personnel est due notamment à l'accroissement des effectifs de personnel non médical qui comptent pour près de 89 % du total de l'effectif, leur rémunération représentant en moyenne 74 % du total des charges liées aux salaires.

**Tableau n° 3 : évolution des effectifs du personnel non médical
 des hôpitaux d'Ajaccio et de Bastia**

<i>Effectifs (en ETP)</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution 2010-2015	
<i>Hôpital d'Ajaccio</i>	1 373	1 410	1 366	1 483	1 526	1 590	+ 217	15,8 %
<i>Hôpital de Bastia</i>	1 313	1 392	1 460	1 425	1 494	1 512	+ 199	15,2 %

Source : Cour des comptes

Au sein de l'hôpital d'Ajaccio, les effectifs des personnels non médicaux s'accroissent ainsi de 15,8 % entre 2010 et 2015, passant de 1 373 équivalents temps plein (ETP) à 1 590 ETP, toutes filières confondues (cf. tableau n° 3), alors même que la chambre régionale des comptes avait préconisé, en 2008, une réduction progressive afin de revenir à un niveau comparable à celui de décembre 2003, soit 1 300 ETP (contre 1 332 en 2007 et 1 590 en 2015). Ainsi, dans cet intervalle, l'effectif de l'hôpital d'Ajaccio a augmenté de 217 ETP dont 64 ETP pour la seule année 2015. Entre 2010 et 2014, la moitié de l'augmentation de l'effectif concerne du personnel non soignant (cf. tableau n° 4).

**Tableau n° 4 : évolution des effectifs du personnel non médical
 de l'hôpital d'Ajaccio présentée par filière**

<i>Effectifs (en ETP)</i>	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution 2010-2014	
<i>Administratifs</i>	191,65	172,2	193,27	240	237,68	46,03	24 %
<i>Techniques</i>	169,8	157	185,8	190	200,7	30,9	18 %
<i>Soignants et éducatifs</i>	927,03	978,45	916,08	981	1004,4	77,42	8 %
<i>Médico- techniques</i>	84,15	102,12	70,88	72	83,44	- 0,71	- 1 %
<i>Total</i>	1372,6	1409,7	1366,0	1483	1526,2	153,64	11 %

Source : Cour des comptes

De même, pour l'hôpital de Bastia, l'augmentation des effectifs de personnel non médical a été de 15,2 % (1 512 ETP en 2015 contre 1 313 en 2010) alors même qu'en 2013, la transformation de l'antenne médicale d'urgence de Calvi en centre hospitalier aurait dû entraîner une baisse de

75 ETP du personnel non médical. Sans aucune justification, l'hôpital a compensé partiellement ces départs à hauteur de 40 ETP en 2013. Ainsi, au cours de la période 2010 à 2015, les effectifs de l'hôpital de Bastia ont crû de 199 ETP (cf. tableau n° 3). Entre 2010 et 2014, 88 % de l'augmentation des effectifs concerne des personnels soignants (cf. tableau n° 5).

Tableau n° 5 : évolution des effectifs du personnel non médical de l'hôpital de Bastia présentée par filière

<i>Effectifs (en ETP)</i>	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution 2010- 2014	
<i>Administratifs</i>	173,1	179,2	187,6	175,1	178,8	5,7	3 %
<i>Techniques</i>	171,5	171,8	170,8	178,1	181,35	9,85	6 %
<i>Soignants et éducatifs</i>	892,75	967,5	1022,14	994,3	1051,5	158,75	18 %
<i>Médico- techniques</i>	75,9	73,5	79,9	77,6	82,4	6,5	9 %
<i>Total</i>	1313,25	1392	1460,44	1425,1	1494,05	180,8	14 %

Source : Cour des comptes

Ces recrutements massifs résultent de deux phénomènes principaux : un fort taux d'absentéisme et une titularisation quasi automatique des contractuels non médicaux. Les deux hôpitaux connaissent une évolution significative de l'absentéisme (hors congés maternité, paternité, adoption) qui est passé, entre 2010 et 2015, de 33 882 jours à 43 229 jours pour l'hôpital d' Ajaccio, soit 210 ETP³¹⁹, et de 20 625 jours à 41 352 jours pour l'hôpital de Bastia, soit 201 ETP³¹⁹.

B - Un temps de travail largement minoré

Le temps de travail du personnel non médical souffre de nombreuses dérogations.

En dehors de toute réglementation, des jours de congé additionnels sont octroyés aux personnels : six à Bastia et cinq à Ajaccio.

³¹⁹ Sur la base de 206 jours travaillés.

Dans les deux établissements, le décompte des temps de pause, de restauration, d'habillage et de déshabillage est irrégulier. Rien que pour les personnels non soignants du centre hospitalier d'Ajaccio, l'avantage du temps de repas considéré comme temps de travail en journée continue a été estimé à 32 ETP en 2014. Au sein de l'hôpital de Bastia, l'application de l'accord local se traduit par un déficit annuel de temps de travail évalué par la direction, au minimum, à 91 990 heures de travail soit 58,4 ETP.

De surcroît, entre 2009 et 2014, le paramétrage du logiciel de gestion des plannings et du temps de travail des agents a permis aux personnels de l'hôpital d'Ajaccio de bénéficier, chaque année, de 6,42 jours supplémentaires indus de réduction de temps de travail (RTT). Ce dysfonctionnement a entraîné l'attribution irrégulière de 54 825 jours de RTT supplémentaires au cours de la période, ce qui représente l'équivalent de 44 ETP par an. Le logiciel défectueux a été remplacé le 1^{er} janvier 2015.

Ces avantages sont particulièrement coûteux.

Ainsi, pour l'hôpital d'Ajaccio, le coût financier des cinq jours de congé supplémentaires (trois au titre de la vétusté de l'hôpital, un pour une fête locale et le lundi de Pentecôte) est estimé à 7,8 M€³²⁰ sur la période 2009 à 2014. La pratique tolérée par l'hôpital de récupération, pour l'ensemble du personnel, du temps d'habillage et de déshabillage, considéré comme du temps de travail effectif, est estimée à 8,36 M€³²⁰ sur cette même période. Enfin, le coût du dysfonctionnement du logiciel de gestion des plannings est estimé à 10 M€³²⁰ pour les années 2009 à 2014. Les dérogations à la réglementation représentent en moyenne 115 ETP par an soit un coût annuel de 4 M€³²⁰ pour l'hôpital d'Ajaccio.

L'avantage des six jours supplémentaires attribués à Bastia représentait 8 967 jours de travail en 2014, soit 44,4 ETP ou 1,7 M€³²⁰. Quant aux autres libéralités en matière de temps de travail dont bénéficie le personnel non médical, elles représentent, d'après la direction, un coût annuel de près de 2,7 M€.

D'une façon générale, le contrôle du temps de travail est inexistant. La procédure manuelle mise en œuvre au sein de l'hôpital de Bastia pour la saisie des congés, des astreintes ou des heures supplémentaires ne fait l'objet que d'un contrôle très aléatoire de la direction des ressources humaines. Concernant les heures supplémentaires, aucun des deux hôpitaux, contrairement aux dispositions du 2^o de l'article 2 du décret du 25 avril 2002 modifié relatif aux indemnités horaires pour travaux

³²⁰ Sur la base d'un coût moyen annuel par agent, hors charges patronales, de 38 000 €, ce qui représente une hypothèse très basse.

supplémentaires, n'a mis en place un moyen de contrôle automatisé apte à les comptabiliser de façon exacte.

C - La gouvernance chaotique de l'hôpital d'Ajaccio

Depuis 2009, l'hôpital d'Ajaccio a vu se succéder cinq directeurs, dont un intérimaire, et deux administrations provisoires imposées par la situation financière précédemment décrite.

Malgré ces deux administrations provisoires³²¹, le redressement attendu des comptes ne s'est jamais produit.

Les quatre directeurs qui se sont succédé depuis le 1^{er} août 2014, avec des durées de présence de 13 mois, 6 mois et 2 mois pour l'intérim avant l'arrivée du dernier directeur en mai 2016, ont été confrontés à des relations sociales tendues, exacerbées par des conditions de travail liées notamment à la vétusté de l'hôpital. L'ampleur du phénomène syndical ne doit pas être négligée. La pression qu'il exerce sur les dirigeants aboutit à tempérer les velléités de réforme. L'instabilité générale des équipes de direction n'est pas de nature à favoriser la mise en œuvre de plans d'actions à long terme ni la recherche d'un équilibre financier qui ne peut plus être obtenu désormais par le biais de versement de subventions exceptionnelles.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Malgré les propositions formulées par la chambre régionale des comptes de Corse, les hôpitaux d'Ajaccio et de Bastia ont vu leur situation financière se dégrader alors que l'État persistait à leur attribuer des subventions exceptionnelles de fonctionnement.

Alors même que l'État signait des contrats de retour à l'équilibre financier qui prévoyaient des efforts de gestion, il n'a pas su ou voulu faire appliquer les mesures nécessaires à la réduction des charges de personnel qui représentent entre 65 et 70 % des charges d'exploitation.

La situation financière de ces hôpitaux impose à tout le moins la maîtrise des effectifs et l'abandon des avantages indus octroyés au personnel.

³²¹ La première du 6 octobre 2008 au 31 janvier 2010, la seconde du 30 juillet 2012 au 31 juillet 2014.

La Cour formule les recommandations suivantes :

Aux hôpitaux d'Ajaccio et de Bastia :

- 1. mettre fin aux jours de congé supplémentaires qui ne reposent sur aucune base réglementaire ;*
- 2. mettre en place rapidement un outil automatique de suivi du temps de travail.*

À l'État :

- 3. conditionner l'attribution des aides exceptionnelles de fonctionnement au respect par les hôpitaux des dispositions réglementaires en matière de gestion du personnel, à l'abandon des pratiques irrégulières d'octroi d'avantages indus et à la réduction des effectifs du personnel non médical.*
-

Réponses

Réponse commune du ministre de l'économie et des finances et du secrétaire d'État chargé du budget.....	494
Réponse de la ministre des affaires sociales et de la santé	494
Réponse du directeur général du centre hospitalier d'Ajaccio.....	499
Réponse du directeur général du centre hospitalier de Bastia.....	500

Destinataires n'ayant pas répondu

Député-maire d'Ajaccio, président du conseil de surveillance du centre hospitalier d'Ajaccio
Maire de Bastia, président du conseil de surveillance du centre hospitalier de Bastia

RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉ DU BUDGET

Nous partageons l'ensemble des analyses et propositions faites par la Cour visant à contribuer au redressement de la situation financière, actuellement particulièrement dégradée de ces établissements, notamment :

- *la nécessité de mettre fin aux jours chômés supplémentaires qui ne reposent sur aucune base réglementaire et représentent un coût annuel de 1,3 M€ par an pour l'hôpital d'Ajaccio et de 1,4 M€ par an pour l'hôpital de Bastia ;*
- *le conditionnement de toute future aide exceptionnelle au fonctionnement au respect des dispositions réglementaires en matière de gestion du personnel, à l'abandon des pratiques irrégulières d'octroi d'avantages indus et à la réduction des effectifs non médicaux.*

Ces établissements font l'objet d'un suivi interministériel dans le cadre du Comité pour la performance et la modernisation de l'offre de soins hospitaliers. Dans ce cadre, nous nous assurerons donc de la mise en œuvre des recommandations de la Cour.

RÉPONSE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Je partage le constat fait par la Cour d'une situation financière dégradée des centres hospitaliers de Bastia et d'Ajaccio.

Le rapport de la Cour met en évidence la dégradation quasi continue depuis 2010 du résultat comptable des deux établissements. Cette détérioration est effectivement en grande partie due à une croissance de la masse salariale supérieure à celle des recettes d'activité.

Un certain nombre de facteurs, à la fois structurels et conjoncturels, contribuent à expliquer cette situation difficile des établissements corses.

Je voudrais tout d'abord mettre en avant la gouvernance difficile que connaît le centre hospitalier d'Ajaccio depuis 2009 avec cinq ordonnateurs qui se sont succédés, dont deux administrations provisoires.

Cette instabilité chronique met en difficulté le fonctionnement de l'établissement :

- *difficulté à réunir les instances selon un calendrier stable ;*
- *absence de présentation des documents budgétaires et financiers dans les délais règlementaires ;*
- *absence de projet d'établissement ;*
- *manque d'accompagnement des responsables de pôle et responsables de service.*

Je souhaiterais également évoquer la question des surcoûts engendrés par le caractère insulaire de la Corse. Par courrier du 24 mars 2016, j'ai répondu favorablement à la demande du président du conseil exécutif de la collectivité territoriale de Corse que soient mis à l'étude les surcoûts du système de soins liés à l'insularité. Un groupe de travail régional a été installé en avril 2016 composé des principaux partenaires insulaires concernés (acteurs hospitaliers publics et privés, ARS, DRFIP, CPAM) afin d'expertiser cette question avec l'appui des services du ministère de la santé.

Ces surcoûts pourraient se matérialiser de différentes façons :

- *des surcoûts spécifiques qui relèvent de la continuité territoriale : transport, déchets de soins, évacuations de sanitaires de patients, frais d'envoi, etc. ;*
- *des capacités d'hospitalisation non optimales pour certaines activités jugées nécessaires mais n'atteignant pas le seuil d'efficacité du fait de la démographie corse (néonatalogie, réanimation, neurochirurgie notamment).*

Enfin, d'autres facteurs contribuent également à expliquer cette situation des établissements corses :

- *la forte progression de l'absentéisme depuis 2010, représentant l'équivalent de 60 ETP à Ajaccio et de 101 ETP à Bastia, à mettre en parallèle avec la croissance totale des effectifs sur la période (+ 217 ETP à Ajaccio et + 199 ETP à Bastia) ;*
- *les difficultés de recrutement qui génèrent des vacances de postes médicaux limitant le développement de certaines activités et/ou entraînant des coûts élevés de remplacement.*

De nombreuses actions ont été conduites pour faire face à ces difficultés, et ont permis d'éviter que la situation ne soit encore davantage dégradée.

J'ai conduit plusieurs mesures pour redresser la situation :

- le Centre hospitalier d' Ajaccio a été placé sous administration provisoire ;

- en sus du mentorat réalisé dans le cadre du plan triennal, l' ANAP a été missionnée à trois reprises pour intervenir dans ces deux établissements (sur les thématiques de la gestion des lits sur les deux sites, de reconstruction du CH d' Ajaccio, et de l' aide à l' élaboration d' un plan d' action à Bastia) ;

- les deux établissements ont par ailleurs été placés sur la liste des ES suivis par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l' offre de soins (COPERMO).

L' ARS a également mis en place un suivi précis et renforcé des plans de redressement :

- CH Ajaccio :

L' établissement a été suivi dans le cadre du comité de suivi des risques financiers dès 2010 au niveau central. Au niveau local, des comités de suivi du CREF ont été organisés dès 2010, interrompus en 2011 suite à un conflit social. En 2012, une série de réunions a été organisée dans le cadre de la mission d' appui réalisée par un inspecteur général. Et en 2013, lorsque l' établissement a été mis sous administration provisoire, des réunions ont été organisées dans le cadre de l' élaboration du plan de modernisation et de progrès.

Des comités de suivi COPERMO se sont ensuite réunis régulièrement à partir de l' année 2014. Un comité de suivi a eu lieu en décembre 2016 à la DGOS pour évoquer le plan de redressement 2017-2021 en cours d' élaboration.

Les travaux du nouvel hôpital font également l' objet d' un suivi au sein de l' ARS par la conseillère technique « immobilier », sur les éléments techniques, portant notamment sur les avenants et l' évolution des travaux. Une procédure spécifique à l' initiative de l' ARS a été mise en œuvre pour les décaissements de subventions en lien avec la direction des affaires financières du CH d' Ajaccio, la CDC et la trésorerie publique. Cette procédure, au-delà du volet technique, revêt un caractère exceptionnel dans la mesure où la validation de l' état récapitulatif des factures engagées intervient avant la liquidation par la CDC des subventions compte tenu des difficultés de trésorerie de l' établissement.

- CH Bastia :

Comme pour le CH d' Ajaccio, des comités de suivi du CREF ont été organisés dès 2010 et interrompus en 2011 suite à un conflit social. Des

réunions ont également été organisées à partir de 2013 dans le cadre de l'élaboration du plan de modernisation et de progrès de l'établissement dès 2014 (volet investissement) et en juin 2015 puis en février 2016 (volet performance).

Des comités de suivi COPERMO se sont ensuite réunis régulièrement à partir de l'année 2014. Un comité de suivi a lieu en décembre pour évoquer l'exécution budgétaire 2016, les modalités de mise en œuvre du plan d'actions cette année et les perspectives 2017 (en lien notamment avec le nouveau calendrier budgétaire).

S'agissant de la trésorerie, des comités de suivi sont organisés tous les deux mois, l'un pour les établissements de la Corse-du-Sud et l'autre pour les établissements de Haute-Corse. Ils sont co-présidés par la DRFIP et l'ARS. Ces COPIL comprennent les établissements présentant un risque de rupture de trésorerie et analysent tous les aspects de dépenses et de recettes d'exploitations et d'investissements.

La question des aides allouées à ces établissements est pointée par le rapport. S'il est regrettable que les établissements n'aient pu mettre totalement en œuvre les mesures prévues en contrepartie de ce soutien, on peut néanmoins s'interroger sur les conséquences qu'aurait eu une absence de soutien. En effet, malgré ces aides, la situation de trésorerie de ces deux EPS est particulièrement délicate : les délais de paiement des fournisseurs dépassent les 160 jours (contre un seuil réglementaire de 50 jours) et engendrent donc de fortes tensions avec les entreprises et par conséquent des blocages dans la livraison de produits indispensables au fonctionnement des établissements.

Depuis cinq ans, le CH d'Ajaccio est contraint de ne plus honorer dans leur globalité ou en partie les créances auprès des fournisseurs institutionnels (taxes sur les salaires, CNRACL, URSSAF) afin de pouvoir satisfaire au paiement des salaires et au respect des fournisseurs d'exercice courant. Cette tension s'est traduite en 2016 par 2 alertes ayant conduit à deux avances sur trésorerie. L'établissement est confronté à des blocages fournisseurs récurrents qui l'amènent à revoir sa stratégie dans la gestion de sa trésorerie en priorisant les paiements fournisseurs au détriment des règlements des charges patronales et des moratoires signés en début d'année sur les dettes 2015 notamment avec la CNRACL.

Le CH de Bastia est également régulièrement confronté à des situations de rupture d'approvisionnement de la part de fournisseurs en attente de règlements. En 2015, malgré un délai de paiement très dégradé, le CH a réussi à ne différer aucune charge institutionnelle et à payer de façon courante les charges sociales et fiscales. En 2016, malgré les efforts

engagés pour ralentir la croissance de la masse salariale et maîtriser le déficit, la situation budgétaire et financière de l'établissement conduit à une situation critique de la trésorerie qui génère des tensions importantes dans les services, avec des relances permanentes des fournisseurs médicaux, pharmaceutiques, logistiques et hôteliers et des menaces récurrentes de blocage des livraisons. Cette situation obère aussi de manière très sensible la poursuite des travaux de modernisation qui conditionnent le déploiement du plan d'action performance.

En sus des aides en trésorerie, ces deux établissements bénéficient d'un accompagnement financier au titre de leur projet d'investissement. Ces aides, validées par le COPERMO, doivent permettre la restructuration de ces structures et contribuer ainsi à leur rétablissement financier.

D'autres mesures doivent encore être prises pour redresser la situation financière.

Un effort important doit être entrepris, et l'Etat doit encourager les établissements dans la voie du redressement tout en se montrant attentif quant aux actions à conduire en contrepartie des aides allouées.

Ainsi, le CH d'Ajaccio est en passe de formaliser son plan de redressement et viendra le présenter devant le COPERMO au premier trimestre 2017. Ce plan comprendra trois volets prioritaires : la maîtrise des dépenses, l'organisation d'une meilleure gouvernance administrative et médicale, et l'optimisation des recettes. Il a été présenté au Conseil de Surveillance du CH d'Ajaccio le 3 octobre dernier et vise à une diminution du déficit structurel de -15M€ à horizon 2021. L'ARS a aussi demandé au CH d'Ajaccio de développer les activités ambulatoires et plus globalement de réorganiser les pôles. De plus, des mesures pour lutter contre la démographie médicale déficitaire ont été engagées par l'ARS afin de senioriser l'encadrement médical et dynamiser l'activité du CH d'Ajaccio. Des actions ont d'ores et déjà été engagées sur les recettes par le biais d'un prestataire externe qui travaille actuellement au rattrapage du codage de 2015.

Le suivi des ressources humaines constitue un des axes forts du redressement. Ce suivi comporte un volet sur la justification des postes dont les créations relèvent de la compétence du directeur d'établissement dans le respect de son plan de redressement.

Un audit a été réalisé par l'ARS sur les ressources humaines en 2016 aboutissant à 15 recommandations notamment sur la mise en place d'un plan de réduction de l'absentéisme, la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et la mise en place d'un tableau de bord de gestion des RH.

S'agissant du CH de Bastia, et contrairement au CH d'Ajaccio, la continuité et la solidité de l'équipe de direction a permis d'assurer les actions essentielles à l'amélioration de la stratégie financière. Même si la situation de trésorerie est préoccupante, l'équipe de direction met actuellement en œuvre de nombreux dispositifs pour améliorer la situation :

- *l'intensification du codage ;*
- *l'optimisation de la chaîne de facturation, ce qui a déjà eu des effets sur le taux de facturation et le délai de facturation (en forte diminution) ;*
- *les restes à recouvrer par l'établissement (en forte diminution également) ;*
- *la mise en place de relances officielles aux institutionnels, pour améliorer le taux de recouvrement.*

Un travail a été globalement engagé sur les recrutements médicaux afin de minorer le recours à l'intérim médical en se tournant, avec l'aide de l'ARS Corse, vers les CHU de PACA pour nouer des partenariats (assistants partagés, cliniciens...), ce qui doit permettre aux CH de Bastia et d'Ajaccio de développer leurs activités dans un cadre médical sécurisé et moins coûteux.

Par ailleurs, l'ANAP effectue actuellement une mission de cinq mois au CH de Bastia pour l'aider à mettre en œuvre les mesures nécessaires à son redressement (sur la mise en œuvre du virage ambulatoire en particulier).

En conclusion, l'Etat a fortement soutenu ces deux établissements de santé dans la voie du redressement, et les conditions semblent désormais réunies pour que les mesures nécessaires se mettent en œuvre et que les aides accordées en trésorerie puissent progressivement diminuer.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO

Volet Ressources Humaines :

1 – Le décompte des temps de pause de restauration, d'habillage et de déshabillage des personnels non soignants :

Ces catégories de personnel ne disposent pas de ces temps-là. En ce qui concerne le temps des repas, les textes réglementaires prévoient qu'une

pause de vingt minutes est accordée pour les agents dont le temps de travail est supérieur à 6 heures consécutives, ce qui est le cas. Pour les temps d'habillage et de déshabillage, seuls les agents en 12 heures sont concernés.

2 – Les heures supplémentaires :

Certes il n'existe pas de contrôle automatisé, mais l'octroi du paiement des heures supplémentaires fait l'objet d'une procédure élaborée par un ancien Directeur des Ressources Humaines. Le cadre de santé fait la demande d'heure(s) supplémentaire(s) au cadre de pôle qui recherche une solution de substitution ; en l'absence de solution la demande est faite au Directeur fonctionnel, puis transmise pour validation au DRH.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
DU CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA**

La réponse à l'insertion dans le rapport de la Cour des comptes est présentée par le directeur en fonctions depuis janvier 2015, et apporte des éléments de compréhension sur les exercices antérieurs à 2015 malgré l'absence de réponses des directeurs en poste entre 2009 et 2014 au rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes (CRC) sur la gestion de ces exercices.

1° Une dégradation de la situation financière liée à d'autres facteurs que ceux énoncés par la Cour :

La Cour pointe l'aggravation du déficit comptable du CHB entre 2010 et 2015 et l'importance du déficit hors subventions de fonctionnement.

S'agissant des déficits, le directeur tient à mentionner les travaux régionaux conduits sous l'égide de l'agence régionale de santé de Corse (ARS) en lien avec les services du ministère des affaires sociales et de la santé (DGOS, DREES) et des finances (DRFIP), avec les hôpitaux et cliniques de Corse, sur les surcoûts de l'insularité. Dans ce cadre, trois éléments ont été étudiés en détail : les surcoûts sur l'exploitation et la construction entrant dans le calcul du coefficient géographique, les allocations de crédits pour les missions d'intérêt général (MIG) et les activités de soins dites à effet de seuil.

Ces trois éléments (voir ci-dessous) expliquent une large part de la dégradation de la situation financière du CHB, ainsi que la direction

l'avait indiqué dans son rapport de février 2016 à l'adresse du comité interministériel de la performance et de la modernisation des établissements de santé (COPERMO), et qu'elle l'a exposé dans sa réponse au rapport d'observations définitives de la CRC :

- *l'insuffisance du niveau du coefficient géographique : un relèvement du coefficient géographique apparaît légitime suite aux travaux demandés par la Ministre des affaires sociales et de la santé. Les travaux réalisés montrent en effet de nombreux surcoûts sous-évalués dans le relèvement du coefficient en 2012 : coût moyen horaire du personnel hospitalier public 9,5 % supérieur en Corse par rapport à la moyenne France entière (source DREES 2016), coût des médicaments 5,3 % supérieur (source ATIH-DGOS), coût de la maintenance biomédicale 30 % plus cher (étude FHF), coût des gaz médicaux 20 % plus cher (étude FHF), coût de l'alimentation 8,7 % plus cher (source INSEE), coût du traitement des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) 106 % plus onéreux que sur le continent (données PHARE), coût des transports 6,5 % plus cher que sur le continent, coût des déplacements des personnels 88 % plus élevé (source DGOS), surcoût de la construction estimé à 30 % du fait de l'absence des majors du bâtiment et travaux publics sur l'île... L'ensemble de ces données comparatives plaident pour un relèvement du coefficient géographique de 2 à 3 %. Il est à noter qu'un point correspond à 600 K€ pour le CHB.*
- *le sous-financement chronique des MIG : l'analyse des produits pour 2015 (13 470 829 €) et des charges de fonctionnement directes et indirectes (16 808 996 €) montre un manque à gagner de 3 338 167 €. L'étude ciblée sur les MIG SAMU, SMUR et unités de soins en milieu pénitentiaire fait ressortir un écart négatif de 1 732 K€ entre les produits et les charges. L'établissement demande l'ajustement de ses crédits MIG – se trouvant dans l'impossibilité de diminuer les charges de ses missions d'intérêt général (5 antennes SMUR à maintenir en Haute-Corse compte tenu de temps d'accès aux urgences supérieurs à 30 mn, ou soins à garantir aux détenus...) ;*
- *la non-rentabilité de plusieurs activités de soins autorisées pour lesquelles la tarification à l'activité ne peut seule compenser les frais de fonctionnement vu les volumes d'activité limités du fait de la taille du bassin de population de la zone d'attractivité du CHB. En effet, la T2A ne garantit pas la pérennité économique de certaines activités et présente à terme un risque pour la continuité territoriale des soins, en raison de la faible densité des bassins de population corses et de volumes de séjours insuffisants pour assurer l'équilibre médico-*

économique entre les charges d'exploitation et les produits T2A de ces activités. Les travaux conduits ont mis en évidence un déficit structurel de 3,3 M€ sur 5 activités étudiées par le CHB : l'obstétrique et la néonatalogie (impact de la baisse de la natalité), la réanimation et la cardiologie interventionnelle (services recours au niveau départemental pour un bassin de population de 142 000 habitants), la neurochirurgie (service de recours régional pour un bassin de population de 327 000 habitants). Ces activités ne peuvent être arrêtées.

Si l'on estime que le coefficient géographique serait au moins à revaloriser de 2 à 3 % – ce qui représente 1,2 à 1,8 M€ – les trois éléments susvisés représentent jusqu'à 67 % du déficit structurel 2015 (8,4 M€ sur 12,5 M€ au compte financier). Sans traitement de ces sujets structurels, le plan de redressement élaboré pour 2015-2020 ne saurait seul permettre de restaurer la marge brute d'exploitation, et des efforts durables ne pourraient être tenus par les équipes hospitalières.

2° Une augmentation des dépenses de personnel et des effectifs dans le profil national :

La CRC et la Cour soulignent que les charges de personnel de l'établissement de Bastia sont en hausse constante entre 2010 et 2015 (+ 17,8 M€) sans corrélation avec l'activité.

Le taux de progression constaté est certes élevé (23,3 %), mais suit la progression constatée au plan national : entre 2007 et 2012, les dépenses de personnel des hôpitaux ont augmenté de 15,8 % alors que l'activité hospitalière n'a progressé que de 1,6 % par an (source rapport de la Cour de septembre 2014 sur les comptes de la sécurité sociale 2014), et l'augmentation des charges de personnels des hôpitaux entre 2012 et 2015 a été de 7,2 % (source DREES 2016).

Il faut bien évidemment tenir compte aussi de l'évolution du glissement vieillissement technicité (GVT) : la synthèse nationale des bilans sociaux des établissements de santé non CHU ayant un budget supérieur à 70 M€ fait état d'une progression du coût moyen de l'ETPR entre 2013 et 2014 de 1,5 % pour le PNM et 2,1 % pour le PM, soit 1,6 % au total. A cet égard la pyramide des âges du CHB présentant un vieillissement important, l'effet GVT est supérieur à la moyenne nationale.

Par contre en valeur relative, on observe que ce sont les dépenses de personnel médical qui ont le plus augmenté sur la période (+ 8,9 % contre + 6,3 % pour le personnel non médical).

S'agissant des charges de personnel médical, il convient de prendre en compte de l'impact des difficultés de recruter des praticiens hospitaliers et du coût des remplaçants sur l'évolution des dépenses. La CRC a souligné à juste titre la progression des effectifs des médecins contractuels. Il s'agit de médecins remplaçants auxquels le CHB est obligé de recourir pour maintenir ses activités et la permanence des soins (lignes de gardes et astreintes médicales) – du fait d'un taux de vacance de postes médicaux élevé. Cette situation critique est observée dans plusieurs spécialités, notamment : imagerie médicale, anesthésie-réanimation, pédiatrie (jusque fin 2015), gynécologie-obstétrique, néphrologie (centre de dialyse), chirurgie vasculaire, neurochirurgie, psychiatrie...

En 2015 une trentaine de postes médicaux ont été déclarés à la vacance au Journal officiel. En 2016, sur 27 postes médicaux déclarés à la vacance, seules 2 candidatures ont été reçues et retenues.

Cette situation – qui est semblable pour le CH d'Ajaccio – a été soulignée auprès de l'ARS de Corse qui a d'ailleurs organisé avec l'ARS de PACA une réunion le 11 mai 2016 avec les 2 centres hospitaliers et universitaires (Nice, faculté de rattachement du CH de Bastia, et Marseille, faculté de rattachement du CH d'Ajaccio). Cette réunion avait pour objet de développer un projet de coopération entre les 2 CH et les 2 CHU pour promouvoir les internes en inter région, les postes d'assistants partagés, les emplois partagés, les consultations avancées et la télémédecine. A ce jour, la réunion n'a pas débouché sur des résultats probants, l'insularité rendant difficile le partage des temps médicaux avec le continent.

En Corse, la problématique du coût des remplaçants se double de celle de leurs frais de transport et d'hébergement compte tenu de l'insularité. Ces frais représentent un surcoût qui a été étudié dans le cadre des travaux régionaux menés avec l'ARS en 2016 : il était de 695 K€ en 2015 comme cela a été mentionné dans la note de février 2016 pour le COPERMO.

La CRC pointe la progression des effectifs non médicaux entre 2009 et 2014 qu'elle estime sans lien avec l'activité. De fait, l'augmentation des effectifs est liée à deux causes :

- l'augmentation de l'absentéisme qui oblige à recourir aux personnels non titulaires ;*
- des créations de postes pour mise aux normes ou suite à des conflits sociaux suivis par l'ARS largement sollicitée par les syndicats en Corse.*

L'évolution de l'effectif de personnel non médical a été de :

- + 13 entre 2009 et 2010, + 79 entre 2010 et 2011, + 68,44 entre 2011 et 2012 ;
 - diminution de 35,74 en 2013 – année d'autonomisation de Calvi : en réalité compte tenu du transfert de 75 postes sur Calvi, + 39,66 ;
 - + 68,95 entre 2013 et 2014 – étant indiqué qu'ont été créés 39,5 postes :
- filière administrative : + 4 (AMA) ;
 - filière personnels de soins : + 24,5 ;
 - sages-femmes : + 4 (mise en sécurité de la maternité de niveau 2B) ;
 - filière technique : + 5 (personnels de sécurité H24) ;
 - filière médicotechnique : + 1,5 ;
 - filière rééducation : + 0,5.

On observe aussi qu'en 2014, 13 postes ont été créés en sortie de conflit social, 4,5 postes pour la création d'une unité EVC et 12 postes pour des raisons liées à la sécurité.

Contrairement aux années précédentes, il n'y a pas eu de création de postes en 2015 en dépit de pressions syndicales.

S'agissant de l'absentéisme, la CRC a indiqué dans son rapport que l'absentéisme au CHB est deux fois plus élevé que la moyenne nationale. Le CHB conteste totalement cette affirmation basée sur des taux d'absentéisme calculés par la Chambre – non conformes aux modalités de calcul du bilan social.

Les données du bilan social du CHB font apparaître au contraire une nette baisse de l'absentéisme entre 2013 (8,23 %) et 2015 (6,78 %) du fait d'une diminution des congés maternité et des congés maladie précédant le congé maternité, et d'une diminution des accidents du travail. Cette baisse globale est inverse de la tendance nationale constatée dans la synthèse nationale des bilans sociaux qui fait état d'une progression de 0,2 point du taux d'absentéisme entre 2013 et 2014.

Les taux d'absentéisme constatés pour le CHB sont proches des taux moyens constatés dans la remontée nationale des bilans sociaux établis par le ministère de la santé : pour 2014 la synthèse nationale des bilans sociaux fait état d'un taux d'absentéisme pour le PNM de 7,9 % en 2014 (7,71 % pour le CHB), 8 % en 2013 (8,23 % pour le CHB) et 7,39 % en 2012 (7,60 % pour le CHB).

La CRC souligne la forte progression des journées d'absentéisme entre 2009 et 2014 (+ 42 %) et en regard la progression des effectifs (+ 15 %). La hausse de l'absentéisme est liée à la pyramide des âges (taux de 8,96 % chez les plus de 55 ans contre 6,16 % chez les moins de 40 ans en 2015), et est désormais la 1^{ère} cause de progression des effectifs rémunérés – puisqu'il est nécessaire de remplacer les personnels absents pour maintenir les capacités d'hébergement et soutenir le niveau de l'activité.

3° Un temps de travail pas autant minoré que la Cour ne le signale :

La CRC a dénoncé dans son rapport « des libéralités indues accordées au personnel non médical » et visé les 5 jours de congés dits de sujétion spéciale prévus par l'accord local dont les principes ont été posés en 2002. La Cour évoque « un temps de travail largement minoré ».

Une étude réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en octobre 2003, montrait sur un échantillon de centres hospitaliers non CHU et non hôpitaux locaux :

- *une variation sensible des jours travaillés : entre 204 et 209 pour les agents en repos fixe, entre 198 et 207 pour les personnels en repos variable avec 20 dimanches et fériés travaillés au plus, entre 196 et 205 pour les personnels en repos variable avec plus de 20 dimanches et fériés travaillés, entre 150 et 154 pour les personnels de nuit ;*
- *une variation importante des heures travaillées : entre 1 547 et 1 568 pour les personnels en repos fixe, entre 1502 et 1554 pour les personnels en repos variable avec 20 dimanches et fériés travaillés au plus, entre 1 486 et 1 540 pour les personnels en repos variable avec plus de 20 dimanches et fériés travaillés, entre 1 500 et 1 540 pour les personnels de nuit.*

Il ressort clairement de cette étude une hétérogénéité des établissements de l'échantillon.

Pour 2015 les données suivantes du CHB peuvent être mises en regard avec les données de l'étude de la DREES.

On observe qu'en termes de nombre de jours travaillés, le CHB se situe, hors l'effet du lundi de Pentecôte conservé férié dans un territoire marqué par une culture chrétienne forte, par rapport à l'échantillon :

- *avec 204 jours et 1 550 heures travaillés, dans la fourchette basse pour les personnels en repos fixe ;*

- avec 202 jours et 1 535 heures travaillés, dans la fourchette moyenne pour les personnels en repos variable avec 20 dimanches et fériés au plus ;
- avec 200 jours et 1 520 heures travaillés, dans la fourchette moyenne pour les personnels en repos variable avec 20 dimanches et fériés au plus ;
- avec 143 jours et 1 430 heures travaillés, dans une fourchette plus basse que l'échantillon pour les personnels de nuit du fait de 2 jours de repos compensateurs supplémentaires du fait que les équipes de nuit sont conduites à travailler plus de 20 dimanches et fériés par an.

Ces durées de travail intègrent les jours de congés de sujétion spéciale, dont deux peuvent être considérés en lien avec deux fêtes locales : le 8 septembre la fête de la Nativité de la Vierge (pas de journée scolaire), et le 8 décembre Festa di a Nazione (fête de la Nation Corse attribuée dans certains organismes dont la Collectivité territoriale de Corse).

L'accord local concernant la réduction du temps de travail encadre strictement les notions de temps de restauration, d'habillage et de déshabillage contrairement à ce que mentionne la Chambre.

Les termes de l'accord local sur le temps de travail au CHB sont les suivants :

- temps de restauration, page 15-74 du guide relatif à l'accord : « Ce temps est considéré comme temps de travail effectif [...] lorsque l'agent peut intervenir immédiatement et assurer son service » ;
- temps d'habillage et de déshabillage, page 16-74 du guide relatif à l'accord : « Lorsque le port d'une tenue est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du CHSCT, le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme du temps de travail ».

Il est inexact d'affirmer que ces temps sont considérés comme du temps de travail effectif pour toutes les catégories de personnel.

Concernant le contrôle du temps de travail, les plannings médicaux et non médicaux sont désormais informatisés. Les plannings prévisionnels puis réalisés, le temps de travail additionnel médical, les gardes et astreintes et les éléments et variables de paie du PNM sont saisis informatiquement et contrôlés par la direction des affaires médicales pour le personnel médical et par l'encadrement et la direction des ressources humaines pour les personnels non médicaux.

La 2ème recommandation de la Cour est donc d'ores et déjà satisfaite.

S'agissant de la 1ère recommandation de la Cour proposant de mettre fin aux jours chômés supplémentaires, cela implique de renégocier l'accord local sur le temps de travail. Tenant compte du climat social des hôpitaux Corses, un tel dossier devra être abordé au plan régional avec le soutien de l'ARS et en lien avec une réforme du temps de travail dans les hôpitaux publics. La renégociation en tout état de cause ne peut se concevoir sans un traitement équitable des hôpitaux d' Ajaccio et de Bastia, notamment pour ce qui concerne l'aide à l'investissement et les aides en fonctionnement.
