



**Chambre régionale des comptes  
d'Aquitaine**

Bordeaux, le 06 avril 2010

Le Président

Références à rappeler : Ph. L/CB/047023950/ROD II

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 23 mars 2009, vous avez été informé que la Chambre régionale des comptes d'Aquitaine allait procéder à l'examen des comptes de 2005 à 2007 et de la gestion jusqu'à la période la plus récente du Centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins. A la suite de ce contrôle, l'entretien préalable avec le conseiller-rapporteur prévu par les articles L. 243-1 et R.241-8 du code des juridictions financières a eu lieu le 17 septembre 2009.

Je vous ai fait connaître par lettre du 30 octobre 2009, les observations retenues à titre provisoire par la chambre lors de sa séance du 8 octobre 2009, en vous priant d'y répondre dans le délai de deux mois. Vous avez répondu par courrier du 30 décembre 2009.

Après avoir examiné le contenu de votre réponse, la chambre a arrêté au cours de sa séance du 11 février 2010 les observations définitives qui vous ont été notifiées le 17 février 2010.

Le délai légal d'un mois, imparti aux destinataires des observations définitives pour adresser leur éventuelle réponse à la chambre régionale des comptes étant expiré, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après, le rapport d'observations définitives de la chambre.

**I - ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT**

Le Centre hospitalier intercommunal (CHIC) de Marmande-Tonneins résulte de la fusion en 1995 des deux centres hospitaliers, auparavant autonomes, de Marmande et de Tonneins. Les deux sites ont été maintenus depuis la fusion. Celle-ci a surtout un caractère juridique et de complémentarité dans l'organisation des soins et de l'hébergement. Les deux bâtiments se trouvent néanmoins assez proches l'un de l'autre, la distance étant inférieure à 20 kms. L'effectif du personnel non médical (pour la totalité de l'établissement) est à fin 2008 de 702, 10 équivalents temps plein (ETP). L'effectif du personnel médical est à la même date de 60 personnes (dont 12 attachés et 5 assistants et hors internes de médecine générale résidents momentanément). L'activité financière réalisée, pour l'exercice 2008, est la suivante, pour l'ensemble du CHIC : les produits d'exploitation s'élèvent à 51 735 223 € et les emplois du tableau de financement à 9 113 842 €

Monsieur Philippe SEROR  
Directeur du Centre hospitalier intercommunal  
Marmande-Tonneins  
76, rue du Docteur COURRET  
BP 311  
47207 – MARMANDE Cedex

3, place des Grands-Hommes – CS 30059 – 33064 Bordeaux Cedex – Tél. : 05 56 56 47 00 – Fax : 05 56 56 47 77

L'établissement dispose à fin 2008 de 465 lits et places autorisés, mais de 418 effectivement installés. Quatre services, qui sont les principaux en nombre de lits, sont caractérisés par un nombre de lits installés nettement inférieur à celui des lits autorisés : la médecine, 39 lits installés pour 51 autorisés ; la chirurgie orthopédique, 18 pour 30 ; la chirurgie viscérale, 18 pour 30 ; la maternité, 15 pour 25. Le décalage croît sur la période contrôlée pour la médecine.

Vous avez précisé, d'une part, qu'à la suite de travaux de restructuration entre le site hospitalier principal « Yves Grassot » et la maison de retraite, la nouvelle installation des lits de médecine logés initialement dans celle-ci, s'est accompagnée d'une diminution de capacité de 5 lits, et, d'autre part, que les lits de médecine gériatrique de Tonneins seront transférés sur le site de Marmande.

L'annexe au Schéma régional d'organisation sanitaire de 2006 (SROS III) pour le territoire de recours de Lot-et-Garonne détaille les activités, les équipements et matériels lourds prévus pour le CH de Marmande-Tonneins. L'offre de soins prévue reprend l'existant et le développe. Si la plus grande part des dispositions du SROS concerne des activités du CHIC déjà existantes, des activités et équipements nouveaux sont prévus, mais restent encore dans plusieurs cas à implanter. Ainsi, en matière d'équipements lourds, l'IRM devrait être implantée à la fin des travaux des locaux de radiologie. En matière d'activités directes de soins, l'équipe mobile pour personnes âgées, l'équipe mobile de soins palliatifs, les consultations pluridisciplinaires pour le traitement de la douleur, le centre de stimulation cardiaque, ne sont pas encore créés. La chimiothérapie du cancer est pratiquée, les équipements étant installés, mais il semble que l'effectif restreint de médecins ne permette pas de beaucoup développer cette part de l'activité des équipes médicales. L'activité de court séjour gériatrique est encore à l'heure actuelle située à Tonneins, mais il est prévu que cette activité soit délocalisée à Marmande, dans le cadre d'une spécialisation des deux sites. Dans la même optique, il est prévu que l'ensemble de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) soit situé à Tonneins. La chambre recommande donc la poursuite de l'étude de la mise en œuvre des recommandations du SROS.

L'examen de l'évolution de l'activité de l'établissement sur la période appelle plusieurs observations. Sur le site de Marmande, le service de médecine, mesuré par le taux d'occupation des lits (paramètre en vigueur pendant la plus grande part de la période) révèle une situation proche de la saturation. De même, le service de cardiologie présente une situation de surcapacité, avec un taux d'occupation toujours supérieur à 110 %. Cette situation doit toutefois tenir compte du fait que des lits de pneumologie, souvent inoccupés, sont utilisés par le service de cardiologie. La comptabilisation des taux d'occupation de la cardiologie et de la pneumologie groupées, révèle quand même une occupation proche de 100 %. Le pôle cardiologie-pneumologie, créé en 2006, aboutit à regrouper les deux activités dans une gestion commune des lits. Le tableau d'hébergement devrait être rectifié en conséquence.

La petite unité d'hospitalisation de courte durée a une activité en forte croissance qui aboutit à des taux d'occupation inadaptés aux besoins (entre 130 % et 213 %). Cette situation reflète une codification inadaptée de certains actes effectués lors de séjours de plus d'un jour, alors qu'ils auraient dû être en consultations externes, donc sans nuitée. Le contrôle effectué par la CPAM en août 2008 a révélé la pratique et une régularisation a été opérée.

Les deux services de chirurgie connaissent une évolution assez comparable. Sur la période, le nombre de lits installés dans chaque service est passé de 20 à 18, ce qui a diminué le nombre d'entrées et de journées, la DMS étant stable pour l'orthopédie, mais en légère croissance (3,7 et 4,3 entre 2007 et 2008) pour la chirurgie viscérale, ce qui a provoqué une hausse en 2008. Si le taux d'occupation dans le premier service est toujours supérieur à 90 %, il n'est pas supérieur à 75 % pour le second (avec une hausse en 2008 de 64 % à 75 %). Cette situation doit prendre en compte la création en 2008 de 5 lits de chirurgie ambulatoire.

Les services de gynécologie-obstétrique sont en croissance pour la maternité, avec un nombre de lits inchangé sur la période, et en situation de stabilité pour la gynécologie. En 2008, les taux d'occupation sont respectivement de 73,7 % et de 67,5 %, ce qui montre que les services n'occupent pas pleinement leurs lits. Cette situation est, cependant, considérée comme optimale par l'établissement, dans l'état actuel de l'organisation de ces services. Une incertitude demeure donc sur un développement éventuel de cette activité, compte tenu des taux d'occupation. Toutefois, le nombre d'accouchements est voisin à l'heure actuelle de 900, ce qui constitue un résultat d'activité très favorable pour cet établissement de taille moyenne.

Le site de Tonneins, surtout consacré au moyen et au long séjour (103 lits installés), a une activité stable ou en légère croissance, y compris pour le service de médecine (20 lits), avec des taux d'occupation satisfaisants. Seul le petit service (3 lits) d'accueil temporaire pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer présente des caractéristiques défavorables, puisque son activité faiblit fortement en fin de période.

Bien que les deux sites ne soient pas géographiquement très éloignés, la fusion des deux établissements en 1995 a maintenu physiquement les deux bâtiments, avec une spécialisation partielle de chacun d'eux quant à l'activité, et un service de médecine et un service de long séjour dans chacun des deux. La comparaison de l'offre de soins entre les deux sites pour ces deux services appelle l'observation suivante.

L'offre de soins en médecine à Tonneins concerne des soins de proximité et des lits pour le court séjour gériatrique. Le nombre de lits n'est pas négligeable, 20 lits. Les soins sont de même type que ceux dispensés à Marmande. On peut donc s'interroger sur le maintien de ce service, alors qu'à peu de distance, le site de Marmande présente la même offre de soins avec un plateau technique beaucoup plus développé. Mais cette situation évolue favorablement dans le sens d'une spécialisation du site de Tonneins sur le moyen séjour et les unités d'Alzheimer, et d'une spécialisation du site de Marmande sur l'activité M.C.O. y compris le court séjour gériatrique, autour d'un plateau technique rénové.

Mesurée globalement, pour l'ensemble du CHIC, par la valorisation à 100 % de T2A (recettes liées à l'activité), l'activité se révèle à peu près stable, avec une très légère baisse entre 2006 et 2008, de 2,4 % (31 142 142 € en 2006 ; 30 398 873 € en 2008), peu significative dans la mesure où elle intègre certains facteurs exogènes, comme l'évolution défavorable de la tarification nationale des GHS, ou des modifications nationales de classification d'activités qui se sont accompagnées de tarifications moins élevées. En définitive, l'activité globale peut être regardée comme stable, compte tenu des différents facteurs explicatifs. Il n'en reste pas moins que l'introduction de la T2A n'a pas encore constitué un surcroît de marge de manœuvre financière pour l'établissement.

## **II STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT**

L'examen de la stratégie de l'établissement a principalement été mené à partir du projet d'établissement, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), et de la démarche d'accréditation.

Le projet d'établissement actuel couvre la période 2006-2011. Les axes stratégiques et la logique du projet médical peuvent être regardés comme suffisamment établis et cohérents. Le projet est bien détaillé et suffisamment sélectif, bien que concernant l'ensemble des activités cliniques et médico-techniques. Le projet correspond aux missions de service public d'un établissement public de niveau 1, au sens du SROS. Il intègre une des dispositions de ce dernier en faveur de la complémentarité de l'activité de l'établissement avec les partenaires de santé du territoire de santé.

Ce dernier aspect, important pour l'établissement, s'est traduit progressivement, à partir surtout de 2006, par la création d'un pôle de santé entre le CHIC et deux cliniques de Marmande, de manière à consolider l'offre de soins en médecine et en chirurgie sur le Marmandais.

Avec une première clinique, un accord a été conclu qui prévoit : le regroupement des deux établissements sur le site unique de l'hôpital, et l'utilisation du plateau technique et médico-technique de l'hôpital par les deux établissements ; le maintien des activités médicales de chacun des établissements ; la répartition de leurs activités et le maintien de l'identité juridique propre des deux établissements. La clinique a déménagé ses locaux, après la réalisation des travaux par l'hôpital en vue de son accueil. Les travaux ont été réalisés en 2006, pour un coût de 836 000 € toutes dépenses comprises. L'accord prévoit l'hébergement de la clinique à hauteur de 5 lits et 10 places en ambulatoire, ce qui a été respecté.

Les deux établissements ont convenu que l'opération de rapprochement doit être financièrement neutre pour le CHIC. Dans ce but, la clinique paye une redevance qui couvre le coût de la réhabilitation du bâtiment, une redevance de co-utilisation du bloc, et les charges locatives. Une convention d'occupation temporaire de locaux du CHIC par la clinique a été signée en ce sens en décembre 2006, pour une durée de 20 ans. Cette convention prévoit que les dix premières années, le montant de la redevance globale pour les locaux d'hébergement et le bloc opératoire est de 90 000 € actualisés chaque année sur l'indice du coût de la construction, et qu'à partir de la onzième année, cette redevance est indexée sur l'évolution positive du chiffre d'affaires à hauteur de 6 %, avec pour plancher la redevance de 90 000 € actualisés annuellement. L'application financière de ces clauses, au demeurant satisfaisantes dans leurs principes, est régulière, pour les deux premiers exercices d'application, en terme de montants payés par la clinique. Toutefois, l'attention de l'établissement est appelée sur le suivi rigoureux des échéances de paiement de la redevance.

Avec la seconde clinique, l'accord a été donné par l'établissement en juin 2008, pour l'accueil de 15 lits d'hospitalisation complète de la clinique. Les travaux d'aménagement sont en cours de réalisation. Le montant prévisionnel des travaux, avancé par l'établissement, est pour l'hébergement des 15 lits de 1 287 000 € toutes dépenses comprises, et celui des travaux 2009 au bloc opératoire de 1 596 480 €. La convention d'occupation des locaux n'est pas encore établie.

Un accord-cadre a pu alors être signé, en novembre 2008, entre le CHIC et les deux cliniques, la seconde clinique s'associant aux principes définis avec la première clinique, en particulier : le regroupement des plateaux techniques chirurgicaux des trois établissements sur le site unique de l'hôpital ; le regroupement de la pharmacie et la stérilisation dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) ; le maintien des activités chirurgicales de chacun des établissements, avec une organisation coordonnée des activités de soins et de garde entre les trois établissements et le maintien de l'identité juridique propre des trois établissements.

Le pôle de santé concerne donc l'activité M.C.O, l'activité de SSR étant hors pôle. Le rapprochement est surtout centré sur la mise en œuvre d'un plateau-technique commun public-privé (bloc, salles d'opérations et salles de surveillance post-interventionnelle, pharmacie, stérilisation, IRM, scanner).

Il est prévu que les établissements signent les conventions nécessaires, ou créent un G.C.S., qui auront pour objet la gestion du plateau technique, et d'autres missions dans les domaines médicaux, administratif et logistique, et le cas échéant la réalisation des constructions nécessaires (plateau technique, locaux d'hébergement). L'accord cadre passé entre le CHIC et la première clinique n'est pas annulé.

En définitive, à l'heure actuelle, la répartition de l'activité entre le public et le privé est bien maîtrisée dans l'ensemble, sous réserve d'accords restant encore à obtenir au profit de la seconde clinique, et qui figurent dans l'accord-cadre, en matière d'autorisation d'extension d'activité de SSR dans ses locaux propres, et en matière de rapprochement juridique avec la première clinique. L'accord cadre mentionné de novembre 2008 prévoit que les deux cliniques devront « entreprendre les démarches nécessaires...pour aboutir à une seule société d'exploitation privée sur les disciplines médico-chirurgicales (hors SSR) ». Par ailleurs, la faisabilité de ce groupement nécessite des adaptations organisationnelles sur le site de l'hôpital qui restent à mettre en œuvre, notamment pour la co-utilisation du bloc opératoire, pour laquelle le CHIC a demandé un audit à la Mission ministérielle d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH). Un suivi de la coopération, d'ailleurs prévu par l'accord cadre entre les trois établissements, devra être mis en place et être doté d'outils de mesure de l'activité et de l'efficacité, suffisamment précis.

Par ailleurs, en décembre 2007, une convention de groupement de coopération sanitaire a été signée entre le CHIC et la première clinique, pour la gestion de la pharmacie à usage intérieur. Ce GCS a commencé à fonctionner en avril 2008. Il concerne la totalité de la gestion du service, hors réalisation de travaux. L'accord cadre de novembre 2008 conclu entre les trois établissements fait mention du GCS. La direction du CHIC a souligné certaines difficultés dans le début du fonctionnement de ce groupement. Sur le plan informatique et comptable, la mise en place du groupement a nécessité, notamment, l'installation d'une application informatique complémentaire capable de communiquer avec le maintien des systèmes propres à chacun des deux établissements, ainsi que l'élaboration de nouvelles procédures, en particulier avec les groupements d'achats, les laboratoires pharmaceutiques et la Caisse régionale d'assurance maladie. Des difficultés sont également rencontrées dans l'informatisation du circuit du médicament. Par ailleurs, le coût de gestion de la pharmacie s'avère bien supérieur à ce qu'il était lorsque chaque établissement gère sa propre activité pharmaceutique.

Parmi les autres axes de développement contenus dans le projet d'établissement, la mise en place d'un système d'information hospitalier (SIH) revêt une importance particulière, au point d'avoir été inscrit dans le Plan « Hôpital 2007 ». Or, cette mise en place s'est heurtée et se heurte encore à plusieurs difficultés, notamment pour l'informatisation du circuit du médicament et pour le dossier informatisé du patient, qui ne permet pas encore, en particulier, l'interfaçage complet des informations médicales entre les applications de spécialités. La réalisation du SIH subit un retard de réalisation, qui, s'il paraît s'expliquer en partie par des causes exogènes liées à la fourniture de matériels, suscite néanmoins la question de l'opportunité d'une assistance au pilotage du SIH, en raison de la complexité de sa mise en place.

Le second document stratégique de l'établissement est le CPOM. Le « contrat socle » du CPOM a été signé en juillet 2008 par l'Agence régionale d'hospitalisation (A.R.H.), bien que le projet de CPOM ait été élaboré par l'établissement en 2007. L'annexe à ce contrat, qui concerne les axes stratégiques, assortis des actions retenues n'a été signée par l'ARH qu'en août 2008. Les OQOS (objectifs quantifiés d'offre de soins) ont été modifiés ou complétés au cours de cette période, et ont été signés par l'ARH en juillet et août 2008, puis en avril 2009. Il s'est donc écoulé environ deux ans entre l'approbation du projet d'établissement et la signature complète du CPOM. Le CPOM doit pourtant couvrir la période 2007-2012. L'essentiel du volet médical du projet d'établissement a été repris au CPOM. Cette cohérence entre les deux documents atténue la critique relative aux délais entre l'approbation du projet et la signature complète du CPOM. L'échéancier de réalisation effective du projet devrait se caler sur celui du CPOM, avec un achèvement au plus tard fin 2012.

La troisième démarche qui oriente le développement de l'établissement est l'accréditation. L'établissement s'est engagé dans la procédure assez tardivement, en octobre 2005. Suivant la procédure de la HAS (Haute autorité en santé), il a réalisé un travail collectif d'auto-évaluation, qui a été suivi d'une visite des experts de la HAS en septembre 2006. Au terme de la phase contradictoire, la HAS a décidé en janvier 2007 que l'établissement avait satisfait à la procédure de certification.

La certification n'est assortie d'aucune réserve, mais seulement de deux recommandations : « formaliser l'ensemble des procédures relatives aux vigilances sanitaires et évaluer leur mise en œuvre » ; « renforcer le système d'assurance qualité en lingerie ».

L'établissement doit mettre en œuvre les actions correctives correspondant aux deux recommandations, et en assurer le suivi dans la perspective, de la prochaine procédure de certification, pour laquelle la HAS a prévu une visite en juin 2010 (après une nouvelle autoévaluation qui devrait avoir lieu entre septembre 2009 et mars 2010). L'établissement s'est employé à organiser le suivi des recommandations. La chambre recommande la poursuite de ce suivi en vue de la seconde phase de certification.

### **III NOUVELLE GOUVERNANCE**

Par une délibération du conseil d'administration du 23 octobre 2006, l'établissement s'est conformé aux dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005, portant simplification du régime juridique des établissements de santé, en créant des pôles d'activité internes. La structuration de l'activité comprend dorénavant dix pôles ; huit pôles cliniques, un pôle médico-technique, et un pôle de gestion.

La délimitation des périmètres des pôles est surtout basée sur des objectifs de cohérence et de complémentarité dans l'organisation des soins, pour les pôles cliniques, combinés avec l'exigence de la taille significative des pôles. Le résultat obtenu suscite quelques interrogations.

La première concerne la constitution de pôles sur deux sites géographiques. La division géographique empêche la recherche de mutualisation de moyens. Toutefois, l'évolution vers la spécialisation des deux sites pourrait amener l'établissement à reconsidérer le périmètre de certains pôles. Par ailleurs, le périmètre parfois retenu se révèle très restreint. Le pôle cardiologie-pneumologie ne regroupe véritablement qu'un seul service. Le pôle de santé publique ne constitue pas non plus un pôle de taille critique, n'ayant qu'un effectif médical et non médical très restreint. La séparation des services de chirurgie et du bloc anesthésie-réanimation en deux pôles suscite également l'interrogation. Alors même que dans un établissement de taille moyenne, les pôles peuvent ne pas toujours disposer d'un périmètre étendu, ces situations suscitent l'interrogation sur la nouveauté de la structuration interne des services. Vous avez fait savoir que l'établissement a entamé une réflexion pour réviser le découpage des pôles, afin d'en limiter le nombre.

Cette interrogation se trouve accentuée au vu du fonctionnement institutionnel des pôles. Si les conseils de pôles ont bien été juridiquement mis en place, après les élections de leurs membres en novembre 2007, le nombre annuel de leurs séances est variable, mais en général assez faible. En 2008, un conseil ne s'est pas réuni ; quatre, une seule fois ; un, deux fois ; deux, trois fois. En 2009, un conseil ne s'est pas encore réuni ; tous les autres ne se sont réunis qu'une seule fois. Des bureaux de pôle, pourtant prévus par le dispositif interne de gouvernance, n'ont pas été créés. On peut donc considérer qu'à l'heure actuelle le fonctionnement institutionnel des pôles reste peu effectif.

Les autres éléments de la démarche – pôle sont également encore très peu mis en place. Si une charte de fonctionnement des pôles a été approuvée en mai 2008, elle est toutefois particulièrement succincte. Elle se contente, en effet, d'une part, de rappeler les modalités de nomination et les missions des principaux acteurs des pôles et, d'autre part, de rappeler les rubriques – types que doivent comporter les projets de pôle et les contrats de pôle. Elle ne précise, pas, notamment, l'étendue des responsabilités déléguées aux pôles, la charte ne comportant aucun principe, aucune orientation, dans ce domaine pourtant essentiel.

L'état actuel de la contractualisation interne est le suivant, pour les projets de pôles et les contrats de pôles. Aucun projet de pôle ne fait à l'heure actuelle l'objet d'une finalisation. De ce fait, aucun contrat de pôle n'est en préparation. Les délégations de gestion ne sont donc pas encore formalisées. S'agissant des effets de la démarche – pôles sur des réorganisations de moyens entre services composant les pôles, très peu de novations ont été mises en place à l'heure actuelle. Si la nouvelle gouvernance a pu faciliter des coopérations, surtout informelles, entre équipes de soins, la nouvelle structuration reste donc très peu développée. Or, même dans un établissement de taille moyenne, la nouvelle gouvernance s'applique, et doit normalement permettre un développement de l'attractivité de l'hôpital.

#### **IV – FIABILITE DES COMPTES ET ANALYSE FINANCIERE**

L'examen de la fiabilité des comptes révèle que les éléments suivants doivent être améliorés.

Le total des amortissements comptabilisés à la trésorerie (4 717 065,66 €) est inférieur au total des amortissements comptabilisés chez l'ordonnateur (4780 712,85 €). Les discordances, soit un total de 63 647,19 €, constatées entre les documents de suivi des immobilisations de l'ordonnateur et ceux du comptable, sont issues de la fusion des hôpitaux de Marmande et de Tonneins. Elles n'ont pu être identifiées malgré les recherches effectuées par le comptable et par l'ordonnateur. Au vu de leur persistance, ces différences doivent faire l'objet d'une régularisation budgétaire. La chambre prend acte de votre volonté d'opérer cette régularisation.

Les provisions constituées par l'établissement ne répondent pas totalement aux dispositions de l'instruction comptable M 21 et doivent faire l'objet d'une régularisation comptable par reprise. Ainsi, les provisions constituées au titre du compte 1518 «Autres provisions pour risques» ne couvrent pas un «risque individualisé» au sens de l'instruction comptable. On peut citer l'exemple de la provision de 531 786 € créée dans le cadre du clapet anti retour des budgets «EHPAD» et «unité de soins de longue durée», qui devrait être imputée au compte 158 «autres provisions pour charges». De même, la provision de 39 000 € constituée en 2003 en vue de faire face aux incertitudes de fonctionnement de l'activité Alzheimer, ne paraît pas non plus correctement fondée, d'autant que la survenue du risque au bout de sept ans est peu probable. Le compte 157 «Provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices», présente un solde inchangé depuis 2002. Les charges afférentes n'ont été détaillées ni dans leur nature ni dans leur montant, et ne présentent pas un caractère pluriannuel formalisé dans un plan pluriannuel d'entretien spécifique. Enfin, la provision imputée au compte 158 «autres provisions pour charges» en 2006 (52 000 €), a été constituée pour financer un projet de travaux qui n'a pas été en réalité réalisé.

Vous avez fait savoir que toutes les sommes provisionnées qui ne paraissent plus fondées feront l'objet de reprises ou de réaffectation au cours de l'exercice 2010, et qu'en ce qui concerne l'erreur d'imputation comptable du clapet anti-retour, une régularisation sera réalisée pour faire en sorte que ces sommes concernant les budgets annexes soient imputées sur le compte 158 «autres provisions pour charges».

La situation financière de l'établissement est plutôt satisfaisante, mais elle présente des fragilités. Il convient de préciser ici que la pratique du rattachement des charges et des produits et la nette limitation des reports de charges (taux de report de 0,12 % en 2008) par l'établissement, contribuent à améliorer la sincérité des comptes et à faire ressortir une image réelle de la situation financière, sous réserve des éléments mentionnés ci-dessus.

S'agissant de la structure des bilans, le fonds de roulement net global (FRNG), en baisse entre 2006 (4 158 K€) et 2008 (2 616 K€), est marqué par l'effondrement du fonds de roulement d'investissement (FRI), négatif en 2008 (-1 504 K€), et par le renforcement du fonds de roulement d'exploitation (FRE), égal à 4 120 K€ en 2008. Le FRNG représente en 2008, 20 jours d'exploitation. Cette situation résulte de la politique soutenue d'investissement engagée en 2008 par l'établissement pour restructurer et moderniser l'établissement. L'évolution du taux de renouvellement des immobilisations, qui traduit le rythme d'investissement de l'hôpital, est significative de cet effort: 4,39 % en 2006, 5,42 % en 2007 et 11,7 % en 2008. Ceci signifie qu'il renouvelle ses actifs en 8,5 ans en 2008, contre près de 23 ans en 2006.

Le niveau élevé du taux de vétusté des équipements (87,3 % en 2008) par rapport à la médiane (76,6 %), montre que l'hôpital concentre, au moins ponctuellement, son effort d'investissement sur les bâtiments.

Les financements stables se caractérisent par une hausse des amortissements (+12 % entre 2006 et 2008), l'affectation d'une partie des excédents d'exploitation à l'investissement, et l'ajustement de l'emprunt à la réalisation des investissements (entre 2006 et 2007 : -2,7 %, entre 2007 et 2008 : +10,8 %). L'établissement a anticipé le financement des investissements à venir et différé sur 2008, année de démarrage de lourds investissements, la réalisation d'emprunts, limitant ainsi les frais financiers. Toutefois, l'endettement de l'hôpital, issu des investissements importants réalisés depuis l'opération de fusion des deux établissements, est mis en évidence par les ratios d'indépendance financière et de durée apparente de la dette. Le premier, qui rapporte la dette aux ressources stables (55 % en 2006, 52,79 % en 2007, 53,06 % en 2008), est supérieur à la médiane des établissements relevant de la même catégorie (40,28 % en 2008). Ce ratio situe l'hôpital parmi les établissements de sa catégorie les plus endettés. Ceci est d'autant plus préoccupant, qu'au moins en 2006 et 2007, l'établissement n'était pas dans un cycle d'investissement soutenu. Le second, égal à la dette divisée par la capacité d'autofinancement brute multipliée par 365 jours, exprimant ainsi le nombre d'années nécessaires pour rembourser la dette au moyen de la capacité d'autofinancement brute, et en progression entre 2006 (4,9 ans) et 2008 (6 ans), n'est pas favorable par rapport à la médiane (4,76 ans en 2008). Le développement de la politique d'investissement réalisée par l'établissement à partir de 2008 pourrait aggraver ces ratios.

L'accroissement du FRE entre 2006 (3 397 K€) et 2008 (4 120 K€) provient, quant à lui, principalement de l'amélioration des financements stables d'exploitation, en particulier, de la réserve de trésorerie et du niveau élevé et en hausse des provisions constituées par l'établissement.

La suprématie du FRE dans la composition du FRNG a pour effet de faire reposer l'équilibre bilanciel de l'établissement sur les ressources propres d'exploitation de l'hôpital. Il oblige l'établissement à dégager des résultats nets comptables excédentaires, d'autant plus que son niveau d'endettement est assez élevé.

La dégradation du besoin en fonds de roulement (BFR) entre 2007 (1 032 K€) et 2008 (1 562 K€) est liée à la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Les avances reçues de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), soit un total de 7 832 K€ inscrites au passif, et les créances de l'établissement sur la CPAM (4 559 K€ à fin 2008), justifient à elles seules cette évolution. A fin 2008, l'assurance maladie a récupéré un montant d'avances de 4 565 K€. Le solde, soit 3 267 K€, n'est pas récupéré à l'heure actuelle, en l'absence d'arrêté du directeur de l'ARH précisant la fraction exigible de la créance de l'article 58. Ceci permettrait à l'hôpital, en application de l'article 5 du décret n°2007-1931 du 26 décembre 2007, de la compenser avec le montant des avances reçues, et de diminuer en conséquence le montant des avances restant à rembourser. A l'actif, le montant élevé des créances à l'encontre des caisses d'assurance maladie s'explique pour l'essentiel par les recettes constatées à la clôture de l'exercice encaissées dans les premiers mois de l'année suivante. A fin 2008, le BFR (12,1 jours) se situe autour de la médiane des établissements de même taille (13,8 jours).

Sous l'effet conjugué de la baisse du FRNG et de l'augmentation du BFR, la trésorerie se dégrade en 2008 : 1 053 K€ (contre 3 038 K€ en 2007). Cette tendance traduit la volonté de différer au maximum l'encaissement d'emprunt afin de réduire les frais financiers. Le délai de rotation des dettes fournisseurs, qui n'a toutefois qu'une signification limitée en raison des prises en charge de la journée complémentaire, égal 39,4 jours en 2007 (26,5 jours en 2008), exprime un rythme de paiement des fournisseurs satisfaisant. Le niveau suffisant de la trésorerie a permis à l'établissement de ne pas recourir à une ligne de trésorerie. Enfin, le niveau élevé des liquidités provient surtout des avances reçues de la sécurité sociale non encore entièrement restituées. Néanmoins, les remboursements restant dus pèsent potentiellement sur la trésorerie.

Les résultats de l'établissement sont excédentaires entre 2006 et 2008. En particulier, les résultats d'exploitation. La marge brute, qui mesure la marge dégagée par l'établissement sur son exploitation pour couvrir les charges financières, d'amortissement et de provision, est de niveau suffisant. Le taux de marge brute, en diminution entre 2006 et 2008 (8,29 % en 2006, 7,62 % en 2007, 7,30 % en 2008), reste néanmoins supérieur à la médiane (6,83 % en 2008), ce qui situe favorablement l'hôpital. Néanmoins, la stabilité globale de l'activité sur cette période limite le développement des recettes (+6,3 % entre 2006 et 2008), principalement celui des dotations et financements versés par l'assurance maladie (+0,88 %) et restreint en conséquence les marges de manœuvre financières de l'hôpital. En outre, l'évolution du ratio charges de personnel / produits d'exploitation (75 % en 2008 contre 72 % en 2006) dénote le poids croissant de ces charges incompressibles dans le budget, dans un contexte de stagnation des principaux produits d'exploitation. De plus, si le niveau de la provision afférente aux comptes épargne temps paraît suffisant pour couvrir les droits ouverts restant à financer pour le personnel non médical, aucune provision n'a été constituée pour les droits ouverts du personnel médical estimés à 998 612 € à fin 2008 (sur un total de 1 201 314 €). Ceci est une charge potentielle supplémentaire, qui pèse sur le budget de l'établissement.

La capacité d'autofinancement correspond aux ressources réelles dégagées par l'activité de l'établissement, c'est-à-dire le surplus monétaire potentiel dégagé au cours de l'exercice lorsque toutes les opérations de fonctionnement encaissables et décaissables sont réalisées en trésorerie. Son montant doit prioritairement couvrir le remboursement en capital des emprunts. A fin 2008, le taux de capacité d'autofinancement, égal à 6,48 %, paraît satisfaisant au vu de la médiane (5,32 %). Toutefois, il est en diminution depuis 2006 et après déduction du remboursement de la dette en capital, le solde disponible est assez peu élevé (en 2007: 112 K€; 1 505 K€ en 2008) au vu des dépenses d'équipement à venir, ce qui oblige le centre hospitalier à recourir à l'emprunt (3 590 K€ en 2008, 10 114 K€ en 2009) en sus des demandes de dotations supplémentaires et de subventions.

A cette analyse financière, peut être rattachée une observation sur un élément de contrôle interne des fonds maniés par l'établissement. L'hôpital, dans son ensemble, a créé dix régies de recettes et d'avances. Or, la direction ne procède pas au contrôle sur place de ses régies, ce qui est contraire aux dispositions de l'instruction codificatrice n°06-031-A-B-M du 21 avril 2006, qui prévoient de tels contrôles. Vous avez fait savoir qu'un contrôle de deux régies venait d'être réalisé, en lien avec le Trésorier de l'établissement.

## **V – PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT**

A fin 2008, le total des effectifs rémunérés non médicaux de l'établissement s'élève à 702,10 ETP dont 558,3 ETP pour l'hôpital (budget H). Les effectifs pris en charge par le compte principal se caractérisent par leur stabilité entre 2006 et 2008 (+2,5 %) et la part prépondérante des agents titulaires, en baisse toutefois (80 % en 2008 contre 83 % en 2006).

Entre 2006 et 2008, les effectifs rémunérés du budget H sont supérieurs à l'effectif non médical budgété dans la mesure où les agents sous contrat à durée déterminée sont inclus. Ceci constate une situation fixée au 31/12/N, qui ne reflète donc pas les variations de l'année. Cependant, constatée sur trois années, principalement pour le personnel soignant, elle est le signe de tensions de gestion.

Ces tensions ont plusieurs causes. Elles résultent de l'accroissement des départs à la retraite (15 en 2006 dont 10 soignants, 13 en 2007 dont 9 soignants, 24 en 2008 dont 16 soignants), non systématiquement compensés par des recrutements : en 2006, sur un total de 83 départs, y compris de contractuels, 69 agents au total ont été recrutés ou réintégrés. En outre, le recrutement des infirmières s'avère plus délicat. Elles proviennent également de la difficulté de fidéliser les contractuels dont les départs à l'expiration des contrats sont assez importants. L'absentéisme génère aussi des difficultés de gestion des remplacements, notamment l'absentéisme de longue durée (en 2008, 69 arrêts de plus de 20 jours ouvrables). Cette situation a pour conséquence un recours accru aux contractuels (60 en 2006, 62 en 2007, 112 en 2008) et à la stagiairisation des agents contractuels, en fonction des capacités financières de l'établissement (16 en 2006 dont 13 infirmiers, 25 en 2007 dont 4 infirmiers et 10 aides soignants, 29 en 2008 dont 7 infirmiers et 14 aides soignants). Les recrutements d'agents sous contrat à durée déterminée sont en outre pour la direction un élément de flexibilité dans la gestion des personnels.

Les effectifs médicaux rémunérés s'élèvent au total à 67, dont 64 pour le budget H. Ils comprennent principalement des praticiens hospitaliers (PH), dont la part progresse entre 2006 et 2008 en raison de la transformation en postes de PH (4) de postes de praticiens contractuels (deux en 2007) ou de postes d'assistants (un en 2006), et des créations de postes (une en 2008). L'évolution des postes médicaux en postes de PH stabilise les équipes médicales et permet à l'établissement de disposer des compétences nécessaires à la poursuite de ses activités. Toutefois, les départs, un peu plus fréquents à l'heure actuelle pour des motifs divers, ne sont pas facilement remplacés.

## **VI – COOPERATION AVEC D'AUTRES ETABLISSEMENTS**

Le CHIC a conclu plusieurs conventions de coopération avec d'autres établissements et a adhéré à plusieurs réseaux de santé.

Avec le CH d'Agen, deux conventions ont été signées : l'une permettant 24h/24 l'admission dans le service de réanimation du CH d'Agen de tout malade du CHIC ; l'autre organisant la coopération entre le SAMU-Centre 15 du CH d'Agen et le SMUR du CHIC.

La première convention est fondée sur les articles R 712-69 et R 712-87 du Code de la santé publique qui disposent qu'un contrat dit « de relais » peut être conclu entre l'établissement siège d'une unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences et tout autre établissement de santé qui dispose des compétences médicales et des moyens humains et technologiques nécessaires à la prise en charge et au traitement sans délai des patients orientés vers lui. Le contrat doit préciser les disciplines et les activités de soins ou les états pathologiques pour lesquels ce dernier établissement s'engage à remplir cette mission, ainsi que les moyens qui y sont affectés.

La convention signée avec le CH d'Agen définit les états pathologiques pouvant donner lieu à prise en charge par le service de réanimation de cet établissement. Elle prévoit que des protocoles, procédures ou recommandations en matière de pratiques professionnelles, seront élaborés en commun, et que sera mis en place un dispositif d'évaluation, au moyen de la mise en place d'un comité de suivi composé au moins du directeur de chaque établissement, des deux présidents de commission médicale d'établissement, et des responsables du service de réanimation du CH d'Agen.

Or, cette convention n'a pas été entièrement respectée, dans la mesure où le comité de suivi n'a jamais été réuni et où aucun dispositif d'évaluation formalisé n'a été mis en place. Même si les équipes médicales des deux établissements travaillent en étroite liaison, cette absence de suivi formalisé est critiquable. Cette lacune est encore amplifiée par l'absence de toute clause financière dans la convention elle-même. Il en résulte une opacité du fonctionnement de cette coopération.

L'établissement n'a pas passé d'autres « contrat-relais », ou d'autres conventions, à l'exception de la coopération en matière d'urgences, avec le CH –pôle du territoire de recours de Lot-et-Garonne, compétent pour certaines prises en charge, au sens du SROS III. Certes, en matière de coopération interhospitalière, le principe est celui de la liberté contractuelle, hormis les cas, prévus par le Code de la santé publique, de coopération obligatoire. Néanmoins, le SROS incite à la coopération volontaire. La coopération peut ne pas être organique, mais simplement fonctionnelle. Votre attention est appelée sur la contribution à la bonne gestion hospitalière de la passation de conventions de coopération interhospitalière, particulièrement lorsque celle-ci nécessite une répartition de la charge financière ou des recettes d'activité. Il en est de même lorsque la coopération exige un suivi de l'activité, surtout dans les cas de partage complexe des responsabilités et de l'organisation des prises en charge.

Par ailleurs, selon une lettre de juin 2007, signée par CHIC et la clinique St Augustin de Bordeaux, l'hôpital doit contracter une convention avec la clinique pour protocoliser la prise en charge des patients nécessitant l'implantation de pacemaker, par la clinique, lorsque le médecin implanteur de l'hôpital est en vacances ou que l'hôpital n'a pas de lit disponible pour accueillir les patients, l'hôpital prenant l'engagement de reprendre ces patients pour les suites des interventions et l'organisation du suivi. Or, aucune convention d'application n'a été produite par l'établissement.

En application des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, le présent rapport d'observations définitives de la chambre doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la plus proche réunion de l'assemblée délibérante. Il doit être joint à la convocation de chacun de ses membres et doit faire l'objet d'un débat.

La chambre vous serait obligée de lui faire connaître dans quelles conditions aura été réalisée cette communication.

En outre, j'appelle votre attention sur le fait que ce rapport deviendra communicable à tout tiers demandeur dès qu'aura eu lieu la réunion précitée.

Je vous informe qu'une copie du présent rapport est transmise au préfet et au trésorier-payeur général du département de Lot-et-Garonne, en application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Une copie de ce rapport a été adressée à Monsieur Jean-Pierre MOGA, président du conseil d'administration du Centre hospitalier intercommunal de Marmande Tonneins.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de ma considération distinguée.

Bernard GIREL  
conseiller maître  
à la Cour des comptes