



**Chambre régionale des comptes
d'Aquitaine**

Le Président,
Références à rappeler : Ph. L/JPR/047010999/ROD II

Bordeaux, le 27 mai 2010

Monsieur le Directeur délégué,

Par lettre du 23 mars 2009, le Directeur en fonction de l'établissement a été informé que la Chambre régionale des comptes d'Aquitaine allait procéder à l'examen des comptes de 2004 à 2007 et de la gestion jusqu'à la période la plus récente du Centre hospitalier de Nérac. 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 6 novembre 2009.

J'ai fait connaître au Directeur en fonction, par lettre du 7 décembre 2009, les observations retenues à titre provisoire par la chambre lors de sa séance du 2 décembre 2009, en vous priant d'y répondre dans le délai de deux mois. Vous avez répondu par courrier du 16 février 2010.

Après avoir examiné le contenu de votre réponse, la chambre a arrêté au cours de sa séance du 1^{er} avril 2010 les observations définitives qui vous ont été notifiées le 12 avril 2010.

Vous avez répondu le 3 mai 2010. Cette réponse qui n'engage que votre responsabilité est jointe au présent rapport. En conséquence, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après, le rapport d'observations définitives de la chambre.

I - ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

L'effectif du personnel non médical, pour la totalité de l'établissement, est à fin 2008 de 177,05 équivalents temps plein (ETP). L'effectif du personnel médical est à la même date de 6 personnes dont 3 praticiens hospitaliers à temps plein et 3 attachés (représentant moins d'un ETP par mois).

L'activité financière réalisée, pour l'exercice 2008, est la suivante, pour l'ensemble de l'établissement : produits d'exploitation : 13 298 935 €; emplois du tableau de financement : 5 803 681 €

Monsieur Philippe CASTANDET
Directeur délégué du Centre hospitalier de Nérac
80 allées d'Albret
47600 – NERAC

Le CH n'est pas concurrencé par un établissement de soins privé sur son territoire. Cependant, Agen, où se trouvent le CH d'Agen et plusieurs cliniques privées, est assez proche géographiquement. S'il semble que le nombre modeste de lits de médecine et de soins de suite et de réadaptation (SSR), et leurs taux d'occupation élevés par la population résidant dans le territoire, rendent faible le risque de concurrence, le phénomène de fuite de patients hors du territoire de proximité de Nérac n'a, toutefois, plus fait l'objet d'analyses depuis le début de la présente décennie. La connaissance de ce phénomène est pourtant utile. Elle s'inscrit dans les préoccupations du schéma régional d'organisation des soins (SROS) en faveur de soins en réseau et en complémentarité.

Le nombre de lits installés est à fin 2008 de 212, soit 20 lits de médecine, 20 lits de SSR et 172 lits pour l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le nombre de lits, autorisés et installés, n'a quasiment pas varié au cours des cinq dernières années. Si celui des lits installés est équivalent à celui des lits autorisés pour le court et le moyen séjours, en long séjour (devenu EHPAD) 12 lits n'ont pas été installés sur toute la période. Cette situation s'explique par le fait que l'établissement n'a pas disposé des locaux nécessaires pour installer 12 lits supplémentaires. Toutefois, dans la nouvelle structure de l'EHPAD, 13 lits supplémentaires ont pu être prévus (185 au total). Mais l'unité d'Alzheimer n'étant pas encore créée, le nombre effectif actuel de lits est de 166.

En médecine, le nombre de journées réalisées croît régulièrement sur la période et le taux d'occupation tend à la saturation du service, bien que sur la base d'un nombre d'entrées variant sensiblement, dont les effets sont compensés par des modulations de la durée moyenne de séjours (DMS). En moyen séjour, l'activité est relativement stable en nombre de journées réalisées. Le service est également assez proche de la saturation. Son activité est modulée en partie par la variation de la DMS, en fonction de la demande exercée sur le service. L'activité de l'EHPAD est stable et à niveau élevé.

Face aux situations proches de la saturation, le nombre de médecins est restreint : six pour l'ensemble de l'établissement (hors la participation de médecins extérieurs, surtout pour le service des urgences et pour les consultations externes avancées), dont trois praticiens hospitaliers à temps plein, comme on l'a vu. La chambre s'interroge sur ce rapport de situations.

II - STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT

La période contrôlée est couverte par deux projets d'établissement. Le premier a été approuvé en 2002 et couvre la période 2002-2007. Le second n'a été approuvé par le Conseil d'administration (C.A.) que le 21 octobre 2009. Il est prévu, pourtant, qu'il couvre la période 2007-2011.

Le premier projet est très partiel, puisqu'il ne s'agit que d'un projet médical, sans les autres volets réglementaires d'un projet d'établissement. Cette situation n'est donc pas satisfaisante. L'examen du projet médical permet, toutefois, de conclure à une cohérence et une bonne priorisation des axes stratégiques retenus. Pour l'essentiel, l'établissement a fait le choix de développer une filière gériatrique, d'organiser des consultations avancées dans plusieurs spécialités, et de développer son activité en liaison avec le CH d'Agen.

La réalisation de ce premier projet n'a pas donné lieu de la part de l'établissement à la rédaction d'un bilan, ce qui est critiquable. Il apparaît, cependant, que le plus grand nombre des actions retenues dans le projet a été réalisé. Par contre, plusieurs restent en suspens ou paraissent abandonnées. Il en est ainsi surtout des SSR en gériatrie, dont l'autorisation d'ouverture de 15 lits n'a pas été obtenue ; de l'unité Alzheimer, qui reste partiellement encore en négociation ; des places d'hébergement temporaire en gériatrie, qui n'ont pas été créées ; du CANTOU (Centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles) et du CLIC (Centre local d'information et de coordination) qui n'ont pas été créés.

Le projet d'établissement 2007-2011 ne comporte pas les mêmes lacunes que le précédent quant à sa composition. Les volets de soins infirmiers, du système d'information, de gestion des ressources humaines, du management, de la gestion des risques et de la qualité, des coopérations et partenariats, sont cette fois abordés. Mais, mis à part le projet de soins infirmiers, les autres volets sont particulièrement succincts. Le plus souvent, il ne s'agit que d'une liste d'actions à mettre en œuvre, présentées sans précision, rendant très difficile la perception de leurs justifications, comme de la cohérence entre elles. Il est vrai que certaines actions projetées révèlent que l'établissement n'en est qu'au début d'une réflexion. Il en est ainsi du système d'information, ou du management de l'établissement, notamment pour la gestion du personnel par pôle ou pour la mise en place de tableaux de bord de pilotage de l'établissement.

Par ailleurs, le fait que ce second projet d'établissement n'a été approuvé que le 21 octobre 2009, bien qu'une maquette de projet existe depuis 2007, entraîne une situation peu satisfaisante, puisque l'établissement est resté sans nouveau projet pendant plusieurs années. Malgré l'absence de projet d'établissement validé, le CH a quand même conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH). Le contrat socle a été signé par l'ARH et l'établissement en mars 2007. Les annexes relatives aux actions et aux objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) ont été signées plus tardivement, en septembre 2008. Le CPOM doit couvrir les années 2007-2011. La date relativement récente de la signature du CPOM et la validation très récente du projet d'établissement, ne permettent pas l'examen de la réalisation à ce jour du CPOM, ni celui du lien existant entre ce dernier et le projet d'établissement. Par ailleurs, l'établissement n'a pas rédigé de bilan annuel du CPOM. Cette situation d'ensemble est donc peu satisfaisante.

Néanmoins, le positionnement de cet établissement dans son territoire peut être regardé comme justifié, essentiellement axé sur la filière gériatrique, les urgences et les consultations médicales avancées. La chambre s'est interrogée sur l'opportunité d'une réflexion locale sur une évolution éventuelle de l'établissement vers la constitution d'une communauté hospitalière de territoire au sens de la loi « H.P.S.T. » du 21 juillet 2009, d'autant que l'évolution du CH va dans ce sens (direction commune et coopération développée avec le CH d'Agen).

L'établissement s'est également engagé dans la procédure de certification, bien qu'assez tardivement, en octobre 2005. Une autoévaluation a été réalisée, suivi d'une visite des experts de la Haute autorité en santé (HAS) en avril 2006. Le rapport définitif de certification date de septembre 2006. La HAS a décidé que l'établissement a satisfait à la procédure de certification. Le rapport ne comporte pas de réserve, mais une recommandation : « sécuriser le circuit du médicament ». Le CPOM a inscrit cette recommandation dans son programme d'actions, avec deux objectifs : « sécuriser l'accès à la pharmacie » et « informatiser la prescription ».

La seconde phase de la certification doit donner lieu à une visite sur place de la HAS, prévue pour janvier de l'année prochaine. Le suivi de la recommandation a consisté pour le moment, d'une part, à mettre en place une procédure d'accès à la pharmacie, d'autre part, à améliorer différents éléments du circuit du médicament, de la prescription à l'administration, qui ont été travaillés lors des réunions du comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Un document a été élaboré et délivré aux membres du comité.

La chambre recommande la poursuite du suivi dans ce domaine, en vue de la seconde phase de la procédure de certification.

III - NOUVELLE GOUVERNANCE

Si le conseil exécutif a bien été mis en place, courant 2007, cependant la fréquence de ses réunions est assez faible. Le conseil exécutif se réunit jusqu'à présent pour préparer les réunions du conseil d'administration, ce qui est en décalage par rapport aux orientations de la nouvelle gouvernance.

En moyenne, le nombre de réunions du conseil exécutif est de trois par an. Bien qu'il soit prévu que cette instance puisse se réunir indépendamment de la préparation des réunions du C.A., cette possibilité n'a pas encore été utilisée.

L'établissement a, en outre, arrêté le périmètre des pôles d'activité en décembre 2006. Selon la délibération du C.A. du 13 décembre 2006, la structuration de l'activité se décompose en quatre pôles : pôle soins (médecine, SSR, consultations externes) ; pôle médico-social (EHPAD) ; pôle médico-technique (pharmacie et radiologie) ; pôle administration et logistique. Toutefois, en juin 2007, le conseil exécutif a ramené la structuration à trois pôles, le médico-technique étant inclus dans le pôle sanitaire. Par rapport à cette nouvelle définition, le C.A. n'a pris aucune délibération, ce qui est irrégulier, le conseil exécutif ne pouvant se substituer au C.A.

Malgré leur définition, les pôles n'ont aucune effectivité depuis leur création. Aucun conseil de pôle n'a été institué. Les élections des membres des conseils n'ont pas été organisées. De ce fait, les projets médicaux de pôle, les contrats de pôle et la politique d'intéressement, n'existent pas. Aucune charte de la nouvelle gouvernance n'a été élaborée. Cette situation est doublement critiquable, alors même que l'établissement est de taille réduite et qu'il emploie peu de praticiens hospitaliers : d'une part, l'établissement a décidé la création de pôles d'activité ; d'autre part, conformément aux dispositions légales, un CH doit organiser sa structuration interne en vue de développer des coopérations fonctionnelles, et par là de renforcer son attractivité.

L'établissement devra, bien sûr, se conformer au nouveau dispositif de gouvernance issu de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009, qui, notamment, réaffirme le rôle des pôles de santé.

IV - COOPERATION AVEC D'AUTRES ETABLISSEMENTS

Au cours de la présente décennie, le CH de Nérac a conclu plusieurs conventions de coopération avec d'autres établissements et a adhéré à plusieurs réseaux de santé. Cette coopération est surtout organisée avec le CH d'Agen. Le projet d'établissement, comme le CPOM, ont favorisé cette coopération. Deux conventions appellent des observations.

L'établissement a signé en 2001 avec le C.H. d'Agen une convention de chefferie et de direction commune, modifiée par avenant du 30 avril 2008. Si cette convention constitue une convention « cadre », assurant une souplesse de gestion, certains éléments essentiels ne sont pas précisés. Elle n'établit pas les caractéristiques de l'équipe commune de direction, notamment le nombre, le nom, et les fonctions de ses membres. La nomination des membres du personnel de direction est prononcée « dans le cadre de l'équipe commune », ce qui est également imprécis.

La convention modifiée paraît confier une délégation générale de compétences au directeur adjoint. Mais le terme qu'elle utilise de participation à la gestion générale est de ce point de vue ambigu. En outre, son application n'est pas systématiquement conforme au texte. Le directeur adjoint est affecté, selon la convention modifiée, à temps plein sur le site de Nérac, mais cette clause ne paraît pas appliquée quant à la durée effective du travail sur le site. Il est prévu également que les rémunérations des membres de l'équipe de direction soient prises en charge par le budget de l'établissement et remboursées au prorata du temps de présence. Dans les faits, les membres de l'équipe sont directement rémunérés par le centre hospitalier d'Agen. L'ensemble de ces éléments doit être clarifié. Par ailleurs, afin de respecter la convention, une répartition rigoureuse de la charge financière entre les deux hôpitaux doit être opérée en fonction du temps de travail effectif du directeur et de l'équipe de direction. Enfin, les décisions du directeur de l'établissement sur les délégations de signature accordées aux membres de l'équipe de direction, actualisées chaque année, doivent être signées par l'ensemble des membres de l'équipe de direction pour assurer leur validité juridique.

L'établissement a, en outre, conclu une convention avec le CH d'Agen pour la prise en charge de l'activité d'accueil des soins non programmés et pour l'activité de l'antenne du SMUR d'Agen à Nérac. La convention place cette double activité sous la responsabilité du directeur du CH d'Agen. Le dispositif financier n'est pas le même dans les deux cas.

Tous les urgentistes du CH d'Agen, selon un planning tournant validé par le directeur adjoint du CH de Nérac, sont présents dans le CH de Nérac pour assurer le fonctionnement de l'antenne du SMUR. Le véhicule du SMUR appartient au CH d'Agen. L'équipement et le mobilier de l'antenne appartiennent au CH de Nérac. Les recettes et les charges de cette activité relèvent du CH d'Agen. L'enregistrement de l'activité de sortie du SMUR est effectué par les urgentistes. Le CH de Nérac a connaissance des prises en charge avant la transmission au CH d'Agen. Lorsque le véhicule du SMUR revient avec un malade ou un blessé, le CH de Nérac enregistre une activité de consultation de soins inopinés et fait sa déclaration de prise en charge, la recette correspondante lui revenant. La convention cependant ne dit rien sur ce partage, qui pourtant devrait être formalisé pour éviter les erreurs.

Pour l'activité d'accueil des soins non programmés, la convention prévoit, sans plus de précision, sauf l'indication d'une déduction forfaitaire correspondant aux prestations médico-techniques assurées par le C.H. de Nérac, un reversement au CH d'Agen, d'où les urgentistes proviennent, des recettes d'abord perçues par le C.H. de Nérac. Or, celui-ci ne respecte pas cette clause, que les deux établissements ont remplacée dans les faits par un aménagement non écrit. Selon la convention, l'acquisition et la maintenance de tout équipement supplémentaire à ceux installés au moment de la signature de la convention, sont à la charge du CH d'Agen. Cette clause n'est pas non plus respectée. Les établissements se sont accordés pour que le C.H. de Nérac assume la charge de ces équipements nouveaux, et qu'en contre-partie il ne reverse pas au C.H. d'Agen les recettes de l'activité. Cet accord informel, outre qu'il n'est pas conforme à la convention, a l'inconvénient de séparer artificiellement le producteur de la charge et le bénéficiaire de la recette, et par là d'entraîner une distorsion dans le mécanisme de financement des établissements. Un dispositif plus rigoureux devrait faire l'objet d'une réflexion.

La convention prévoit également que le personnel paramédical est de quatre infirmiers (ères), recrutés par le CH de Nérac, mais dont la charge est remboursée trimestriellement par le CH d'Agen. Or, l'examen de l'application de cette clause révèle deux décalages. Le remboursement porte sur 4 IDE, une secrétaire médicale et un ASH. La convention ne semble donc plus adaptée à la réalité des effectifs mobilisés. Par ailleurs, seuls deux titres de recettes ont été émis en 2008, le premier date d'octobre pour le premier semestre et le second de décembre pour le second semestre. L'émission se fait donc par semestre et non par trimestre, ce qui rend tardifs les remboursements, d'autant que pour le premier semestre, l'émission est effectuée quatre mois après. Les mêmes retards sont constatés pour le remboursement par Agen des consommations pharmaceutiques assurées d'abord par le C.H. de Nérac pour les deux activités du service.

La convention prévoit aussi pour les prestations hôtelières, générales et d'entretien assurées par le C.H. de Nérac, un remboursement annuel par le C.H. d'Agen. En pratique, ce remboursement n'est pas demandé, le même type d'accord informel que pour l'équipement ayant été décidé.

Enfin, la convention prévoit la rédaction des modalités de coopération entre le personnel de l'antenne SMUR et les services du CH de Nérac, ainsi qu'un dispositif d'évaluation semestrielle de l'activité par les deux établissements. En pratique, aucune de ces deux clauses, évidemment essentielles, n'a été mise en œuvre.

Il en ressort donc une gestion très approximative de cette convention, qui de plus en elle-même comporte des lacunes. L'hôpital devrait reconsidérer cette situation.

V – FIABLITE DES COMPTES ET ANALYSE FINANCIERE

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

L'établissement ne pratique pas le rattachement des charges et des produits à l'exercice, qui consiste à intégrer dans le résultat annuel toutes les charges d'exploitation correspondant à des services faits et tous les produits d'exploitation correspondant à des droits acquis au cours de l'exercice considéré qui n'ont pu être comptabilisés en raison, notamment pour les dépenses, de la non réception par l'ordonnateur de la pièce justificative. Le rattachement des charges et des produits est à la fois une obligation comptable inscrite dans l'instruction comptable M 21 et une condition de la sincérité des comptes en tant qu'elle influe sur le résultat de l'exercice.

La gestion des provisions n'est pas toujours suffisamment rigoureuse au regard des dispositions prévues par l'instruction comptable M 21. L'établissement n'a pas constitué de provision au titre des charges de personnel liées aux comptes épargne temps (compte 143). Cette absence de provision ne lui permet pas d'anticiper les dépenses nées des créances sur les comptes épargne temps ouverts au bénéfice du personnel de l'établissement. Elle paraît induire que les ressources provenant du Fonds pour l'emploi hospitalier sont utilisées pour d'autres dépenses. Or, selon les dispositions de l'instruction comptable M 21, les crédits versés par ce fonds sont exclusivement destinés à financer les droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail, le remplacement des agents faisant valoir leurs droits à congés épargnés et les charges nécessaires au transfert des comptes épargne temps des agents en mutation. Les crédits alloués sont utilisés soit directement pour financer les dépenses visées, soit mis en provision et repris chaque année pour couvrir lesdites dépenses. Il en va de même pour les crédits issus du clapet anti retour, mis en provision, qui doivent être affectés aux opérations afférentes à ce type de crédits.

Les provisions constituées au titre du compte 151 doivent permettre à l'établissement de faire face à des risques avérés ou probables susceptibles d'avoir des conséquences financières pour l'établissement. Les provisions ont été constituées à ce titre par l'hôpital pour couvrir, notamment, des charges de personnel et de travaux, pondérer les prix de journée, et anticiper le paiement de créances irrécouvrables. Il ne paraît pas assuré qu'elles constituent des risques au sens de l'instruction comptable M 21. Les bases de calcul de ces provisions n'ont en outre pas été précisées et aucun calendrier prévisionnel de reprise n'a été prévu. Il en va de même pour les provisions afférentes aux gros entretiens ou grandes révisions (compte 157), constituées par l'établissement pour couvrir en particulier les travaux de l'EHPAD qui ne sont pas, dans les faits, des travaux de cette nature, mais des travaux de construction. En outre, l'établissement n'établit pas de plan pluriannuel d'entretien actualisé chaque année. Enfin, le motif de constitution des provisions imputées au compte 158 « autres provisions pour charges », ne peut être « divers » comme l'indique l'établissement. Ce motif n'est en effet pas adapté, les provisions constituées devant nécessairement répondre à une charge dont la nature doit être définie.

L'arrêté du 19 octobre 2006 modifié relatif au compte financier des établissements publics de santé prévoit la production, en annexe du compte financier, d'un état « F2 », détaillant les méthodes de calcul des amortissements pratiqués par l'établissement. Cet état doit être joint obligatoirement au compte financier, ce qui n'est pas le cas.

La situation financière de l'établissement est en voie d'amélioration à fin 2008, mais elle présente des fragilités structurelles. Il convient de préciser ici que la limitation des reports de charges (taux de report de 0,2 % en 2008 contre 1,5 % en 2006) contribue à améliorer la sincérité des comptes, mais les éléments relevés plus haut en limitent la portée.

Après une forte détérioration du fonds de roulement net global (FRNG) entre 2005 et 2007 (411 K€ en 2007 contre 1 625 K€ en 2005), le FRNG se rétablit en 2008 (1 595 K€). Entre 2005 et 2007, la faiblesse du fonds de roulement d'investissement (négatif en 2005 et 2007), s'explique par l'évolution concomitante des immobilisations réalisées (+15,2 %) et des financements stables (+14,1 %). Le niveau modéré des investissements permet à l'établissement sur cette période de reconstituer son autofinancement, en particulier les amortissements (+23,4 %), et d'affecter les excédents 2005 à l'investissement. En 2008, la progression très nette des biens stables (+37,1 %), issue de la réalisation d'une part importante des travaux de construction du nouvel EHPAD, et des financements stables, en particulier des emprunts, et la hausse plus forte de ces derniers (+41,7 %), aboutissent à rétablir le FRI (+271 K€). Les ratios relatifs aux immobilisations et à la dette sont significatifs de cette situation.

Le taux de renouvellement des immobilisations, qui traduit le rythme d'investissement de l'hôpital, égal à 9,4 % en 2007, passe à 27,1 % en 2008. En revanche, le taux de vétusté des équipements se dégrade entre 2006 et 2008 (de 62,2 % à 75,8 %), ce qui montre que l'établissement a concentré ses efforts sur les travaux de bâtiments.

Le niveau d'endettement du CH de Nérac est élevé au vu des ratios d'indépendance financière et de durée apparente de la dette. Le premier, qui rapporte la dette aux ressources stables (49,3 % en 2007, 60,6 % en 2008), situe l'établissement parmi les établissements les plus endettés. 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, n'est pas favorable, mais suit l'amélioration de la capacité d'autofinancement de l'hôpital: 12,2 ans en 2007 et 8 ans en 2008. Le niveau élevé de l'endettement est durable. En effet, la dette de l'établissement se caractérise par la présence d'emprunts de volume important, récents et à échéance lointaine (entre 2027 et 2041).

Cette situation pèse sur les marges de manœuvre dont dispose l'établissement pour assurer, à l'avenir, la rénovation de son patrimoine et asseoir son développement.

Entre 2005 et 2007, la diminution des financements stables d'exploitation due à l'aggravation du report à nouveau déficitaire, aux résultats comptables négatifs en 2006 et 2007, et à la baisse des provisions pour risques et charges, a pour conséquence d'amoindrir fortement le fonds de roulement d'exploitation (FRE), égal à 705 K€ en 2007, contre 1 756 K€ en 2005. Le niveau de la réserve de trésorerie ne couvre pas la créance dite de l'article 58 à l'encontre de la sécurité sociale, ce qui induit des effets sur le fonds de roulement d'exploitation et la trésorerie. En 2008, l'abondement de la réserve de trésorerie et le résultat comptable excédentaire améliorent nettement le niveau du FRE, impacté toutefois par le niveau du report à nouveau déficitaire (-979 K€). Les provisions pour risques et charges représentent, quant à elles, en 2008, près de 62 % du total des financements stables d'exploitation.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) qui traduit un excédent des créances à court terme sur les dettes à court terme, est en dégradation continue entre 2005 et 2008, en raison principalement de la forte hausse des créances sur les hospitalisés et consultants et des « autres créances ». Il se situe à 29,1 jours de charges courantes en 2007 (37 jours en 2008) contre une valeur médiane de 15 jours. La progression des taux d'occupation des services d'hospitalisation et du nombre de consultations externes et la hausse des tarifs de prestation journalière expliqueraient cette tendance. Des mesures ont toutefois été prises pour améliorer le recouvrement des créances, qui devront être renforcées: la sensibilisation des personnels non médical et médical sur la nécessité d'obtenir les informations et les papiers utiles au recouvrement, et la baisse des seuils de poursuite. La tendance ne devrait pas toutefois s'inverser dans les années à venir en raison de la mise en service du nouvel EHPAD. Les créances des mutuelles et autres tiers payants ont augmenté de 71 % entre 2005 et 2008, mais cette hausse est ponctuelle, consécutive à des difficultés de recouvrement rencontrées à l'égard d'une mutuelle. Les créances de ce débiteur ont été soldées à ce jour.

Les dettes à court terme se composent essentiellement des dettes à l'égard des fournisseurs et des avances de trésorerie accordées par la Sécurité sociale. L'hôpital a connu sur la période 2005-2008 des difficultés de trésorerie, qui ont eu pour effet de reporter le paiement des fournisseurs afin d'affecter des ressources supplémentaires à la couverture de ses créances non encore encaissées. Cette tendance serait en voie de résorption à l'heure actuelle. S'agissant des avances de trésorerie versées par la CPAM liées à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), l'hôpital n'a pas été en mesure de donner les montants des avances reçues et des montants remboursés. L'établissement ne semble pas avoir reçu en outre l'arrêté du directeur de l'ARH précisant la fraction exigible de la créance de l'article 58, ce qui lui permettrait, 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 qui diminuerait en conséquence le montant des avances restant à rembourser. En effet, une discordance entre le montant inscrit dans la comptabilité de la CPAM (469 114 €) et celui de la comptabilité de l'établissement (504 504 €) a été constatée, non résolue à ce jour. En tout état de cause, le remboursement potentiel du solde pèse sur la trésorerie.

Sous l'effet conjugué de la baisse du FRNG et de l'augmentation du BFR, la trésorerie s'est dégradée entre 2005 (1 153 K€) et 2007 (-421 K€). En 2005 et 2006, le paiement des frais d'acquisition de terrains, d'études et d'honoraires d'architectes pour un montant total de 350 K€ en vue de la construction du nouvel EHPAD, a réduit le niveau de la trésorerie et explique pour partie les difficultés rencontrées. Le passage du financement de l'établissement à la tarification à l'activité a également eu des effets sur la trésorerie, les versements issus de l'activité parvenant de façon plus aléatoire et plus irrégulière. En 2007, l'établissement a contracté un emprunt de 5 M€ pour financer le nouvel EHPAD, comprenant une phase de

mobilisation des fonds au niveau demandé par l'établissement et à taux indexé EONIA, puis au terme de cette phase, autrement dit au 31 décembre 2008, le versement automatique des fonds non encore mobilisés avec remboursement selon les conditions suivantes : 33 ans, taux fixe de 4,74 % ; amortissement progressif. L'hôpital a mobilisé en 2007 900 000 € pour faire face aux échéances de paiement, qui ont donc été intégrés à l'emprunt de 5 M€ Fin 2008, la trésorerie redevient positive : elle s'établit à 532 K€

Les résultats nets sont déficitaires en 2006 et 2007, respectivement -16 K€ et -61 K€ En 2006, la diminution du résultat d'exploitation, la faiblesse du résultat courant et le volume des charges exceptionnelles ont impacté les résultats exceptionnel et net. En 2007, la faiblesse du résultat d'exploitation et la hausse des charges financières ont impacté le résultat net. En revanche, en 2008, l'ensemble des résultats s'améliore grâce à plusieurs facteurs : la hausse globale des recettes issue de l'activité (+22 % entre 2005 et 2008); le versement de dotations supplémentaires de l'ARH fin 2008 (100 000 €) ; la progression contenue des charges externes et des charges de personnel (+10,2 % entre 2006 et 2008), tant pour personnel médical (-4,7 %) que non médical (+8,9 %), confirmée en particulier, par une évolution modeste des effectifs des agents titulaires (+3,9 ETP pour le budget H entre 2006 et 2008). Cette évolution globalement modérée masque d'une part, la hausse des dépenses de rémunération des agents titulaires et stagiaires (+16,7 %) liée principalement aux revalorisations réglementaires, aux avancements et aux stagiairisations (10 en 2007, 16 en 2008), et d'autre part, une baisse des rémunérations des agents sous contrat à durée déterminée, des contrats aidés et des contractuels temporaires. Pour ces derniers, si la baisse résulte des mesures prises pour contenir les mensualités de remplacement, le volume des charges de rémunération des contractuels temporaires dans les rémunérations totales du personnel non médical reste élevé (12,77 % en 2008), en raison de l'absentéisme, de la politique de formation et de la hausse des congés de maternité.

Les autres facteurs d'amélioration des résultats en 2008 sont la stabilité, néanmoins ponctuelle, des charges financières et l'amélioration du recouvrement des recettes. En conséquence, la marge brute, qui mesure la marge dégagée par l'établissement sur son exploitation courante pour financer l'ensemble des charges destinées aux investissements, faible et même insuffisante pour couvrir ces charges en 2006 et 2007, est nettement abondée en 2008. Ainsi, le taux de marge brute, égal à 6,03 % en 2007 et inférieur à la valeur médiane (7,2 % en 2007), passe en 2008 à 13,3 %.

La capacité d'autofinancement, qui correspond aux ressources réelles dégagées par l'activité de l'établissement, c'est-à-dire au surplus monétaire potentiel dégagé au cours de l'exercice lorsque toutes les opérations de fonctionnement encaissables et décaissables sont réalisées en trésorerie, bénéficie également des éléments d'amélioration. Au 31 décembre 2008, le taux de capacité d'autofinancement s'établit à 10,5 %, contre 3,76 % en 2007, ce qui situe l'établissement au-dessus de la valeur médiane (5,51 %). La capacité d'autofinancement nette, après déduction du remboursement de la dette en capital, est en progression (181 K€ en 2007, 985 K€ en 2008). La pause dans les investissements prévue pour les prochaines années devrait permettre à l'établissement de maintenir un niveau non négligeable de capacité d'autofinancement nette, atténué néanmoins par le niveau des remboursements d'emprunts.

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 trois 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. En outre, la régie d'avances « argent de poche » a cessé de fonctionner en 2004. En vertu du principe de parallélisme des formes, un arrêté de suppression de la régie doit être pris.

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 de Lot-et-Garonne 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'à la directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine.

Une copie de ce rapport a été adressée à Monsieur Frédéric SANCHEZ, président du conseil d'administration du Centre hospitalier de Nérac.

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

Bernard GIREL
conseiller maître
à la Cour des comptes