



**Chambre régionale des comptes  
du Centre**

Le président

Orléans, le 22 novembre 2011

à

Monsieur Raoul PIGNARD  
Directeur du centre hospitalier Jacques Cœur  
145 avenue François Mitterrand

18016 BOURGES Cedex

Objet : Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes sur la gestion du centre hospitalier de Bourges (article L. 243-5, alinéa 5 du code des juridictions financières).

Monsieur le directeur,

En application de l'article L. 211-8 modifié du code des juridictions financières, la chambre régionale des comptes du Centre a examiné la gestion du centre hospitalier de Bourges que vous dirigez. L'entretien préalable avec le magistrat rapporteur a eu lieu le 26 mai 2010.

Dans sa séance du 21 septembre 2010, la chambre a retenu des observations provisoires auxquelles vous avez apporté réponse le 15 février 2011.

La chambre, dans sa séance du 13 septembre 2011, a arrêté des observations définitives qui vous ont été adressées le 13 octobre 2011, que vous avez reçues le 14 octobre 2011 et auxquelles vous avez apporté réponse le 10 novembre 2011.

En conséquence, conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport d'observations définitives auquel a été jointe votre réponse.

Ce rapport devra être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion. Il devra faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à débat.

Par ailleurs, en application de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, les observations définitives de la chambre régionale des comptes sont communicables aux tiers dès qu'a eu lieu la première réunion du conseil de surveillance suivant leur réception par l'hôpital.

Afin de permettre à la chambre de répondre aux demandes éventuelles de communication des observations définitives, je vous prie de bien vouloir informer le greffe de la chambre de la date de la prochaine réunion du conseil de surveillance.

Enfin, je vous informe qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code précité, les observations définitives arrêtées par la chambre sont communiquées au directeur de l'agence régionale de santé, au représentant de l'Etat et à la directrice départementale des finances publiques.

Veillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Pour le président et par délégation,  
le président de section

Dominique GILLIER

# **RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES**

**(art. L.243-5, alinéa 5 du code des juridictions financières)**

**arrêtées par la chambre régionale des comptes du Centre**

**dans sa séance du 13 septembre 2011**

**sur la gestion**

**du centre hospitalier de Bourges**

## SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>PRESENTATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES .....</b>	<b>4</b>
1.1	LE PAYSAGE SANITAIRE LOCAL.....	4
1.2	LE CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR DE BOURGES .....	5
<b>2</b>	<b>L'ATTRACTIVITE ET L'ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES .....</b>	<b>6</b>
2.1	L'ATTRACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES .....	6
2.2	L'ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES .....	7
<b>3</b>	<b>L'ACTIVITE LIBERALE.....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>LES ACTIONS DE COOPERATION.....</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>LE DIAGNOSTIC COMPTABLE ET FINANCIER .....</b>	<b>13</b>
5.1	LA FIABILITE DES COMPTES.....	13
5.2	L'ANALYSE FINANCIERE .....	17
<b>6</b>	<b>L'HOPITAL TAILLEGRAIN - CENTRE DE GERONTOLOGIE DES PRES FICHAUX .....</b>	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>LES RECOMMANDATIONS DE LA CHAMBRE.....</b>	<b>22</b>

## SYNTHESE

Au 31 décembre 2008, la capacité d'accueil du centre hospitalier de Bourges est de 866 lits et places, 556 pour l'activité médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), 192 pour l'hébergement des personnes âgées. En 2006, 71 % des patients étaient originaires du bassin de Bourges, 21 % des autres villes du Cher.

Entre 2004 et 2008, l'activité médicale augmente dans presque toutes les disciplines. Les objectifs quantifiés d'activité fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en médecine et en chirurgie sont atteints, voire dépassés. En 2008, en hospitalisation complète MCO, l'indice de la durée moyenne de séjour (DMS) classe l'établissement parmi les moins performants des établissements de sa catégorie, tandis que le taux de chirurgie ambulatoire y est plus important. Le taux d'occupation de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) approche les 100 %. En 2007, le fort taux d'hospitalisation à partir des urgences (38 %) rend plus complexe la gestion des lits du fait de la part très importante que représente l'activité non programmée et place l'hôpital dans la fourchette haute des établissements de sa catégorie. En 2008, la DMS aux urgences et dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée, qui devrait être contenue à 24 heures maximum, s'établit à 2,59 jours caractérisant un manque de places dans les services d'aval. Globalement, l'activité des services médico-techniques augmente aussi, sauf pour l'imagerie médicale (- 5 %). L'activité de long séjour présente un taux d'occupation maximal malgré une baisse significative du nombre des entrées (- 29 %) ; l'activité de long séjour temporaire (durée de séjour limitée à deux mois) quant à elle se dégrade.

La commission de l'activité libérale exerce son contrôle de façon différenciée : active pour veiller à ce que deux pédiatres rééquilibrent leur activité en faveur du secteur public, tolérante au bénéfice des gynécologues obstétriciens dont l'activité de consultation en secteur libéral dépasse régulièrement l'activité de consultation en secteur public. Elle effectue pour ces derniers, une pondération entre les consultations et actes des secteurs public et libéral, sachant que les actes opératoires lourds sont pratiqués exclusivement dans le secteur public.

Sa situation d'hôpital de référence du département du Cher explique, pour une part, que le centre hospitalier de Bourges participe à de nombreuses actions de coopération, bien qu'il rencontre des difficultés à mettre en œuvre les coopérations prévues dans son CPOM et impliquant les établissements hospitaliers du territoire de santé.

L'analyse de la fiabilité des comptes met en lumière deux éléments principaux : premièrement, le budget général supporte un certain nombre de coûts qui relèvent normalement des budgets annexes ; deuxièmement, les provisions sont souvent surévaluées, déconnectées de la réalité du risque qu'elles sont sensées couvrir, et déterminées dans une optique de prudence pour mettre en réserve d'éventuels excédents.

La situation financière de l'hôpital de Bourges, qui n'appelle pas d'observation, à l'exception des reports d'investissements, traduit une gestion prudente en matière d'amortissements et de provisions y compris pour des risques non réglementés. Si l'hôpital a pu, sans difficulté jusqu'à maintenant, limiter les investissements, il ne pourra pas poursuivre dans cette voie sans risquer de remettre en cause son attractivité et la qualité de ses soins. Sa capacité d'autofinancement et son faible niveau d'endettement lui permettent d'envisager la phase d'agrandissement et de restructuration qui s'inscrit dans le plan « Hôpital 2012 ».

-----

L'article L. 211-8 du code des juridictions financières définit les modalités selon lesquelles la chambre régionale des comptes examine la gestion des établissements dont la vérification lui est confiée par arrêté du premier président de la Cour des comptes. Il dispose que cet examen porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations.

Le contrôle du centre hospitalier de Bourges s'inscrit dans un programme national d'enquête sur la coopération inter hospitalière et avec la médecine de ville mené de façon conjointe par la 6<sup>ème</sup> chambre de la Cour des comptes et treize chambres régionales et territoriales des comptes. La chambre régionale des comptes a procédé à l'examen de la gestion du centre hospitalier de Bourges sur les exercices 2004 et suivants, jusqu'à la période la plus contemporaine. Ce contrôle a porté, notamment, sur l'activité et l'attractivité de l'établissement public de santé, l'exercice de l'activité libérale par des praticiens hospitaliers, la situation financière et la tenue des comptes, ainsi que sur le centre de gérontologie des Prés Fichaux dit « hôpital Taillegrain », et, dans le cadre de l'enquête précitée, deux points ont été examinés plus particulièrement : les actions de coopération mises en œuvre autour de la réorganisation de la plate-forme SAMU-SDIS (service d'aide médicale urgente - service départemental d'incendie et de secours), d'une part, l'action de coopération de l'hôpital de Bourges avec le groupement d'intérêt public (GIP) « blanchisserie inter hospitalière CH Bourges-CH Vierzon », d'autre part.

Le directeur du centre hospitalier de Bourges, M. Raoul Pignard, a été informé de l'ouverture du contrôle par lettre du 18 mars 2009 ainsi que ses prédécesseurs, M. Alain Meunier, directeur du 3 janvier 2001 au 8 septembre 2008, et M. Guy Mathiaux, directeur par intérim du 9 septembre 2008 au 5 janvier 2009. L'entretien préalable prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 26 mai 2010 avec M. Raoul Pignard et le 18 août 2010 avec MM. Alain Meunier et Guy Mathiaux.

## **1 PRESENTATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES**

### **1.1 Le paysage sanitaire local**

Le centre hospitalier Jacques Cœur est situé sur la commune de Bourges, chef-lieu du département du Cher, troisième plus grande ville de la région Centre et pôle économique principal du département du Cher. L'autoroute A71 (Orléans-Clermont-Ferrand) permet de relier Bourges à Orléans en une heure et, via l'A85 à Vierzon, Tours en 1h30.

Avec une population estimée à 315 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2006, le département du Cher est, devant le département de l'Indre (232 000 habitants), en avant dernière position des départements les moins peuplés de la région Centre. Les projections d'évolution entre 2005 et 2010 laissent apparaître une diminution de la population totale de 0,97 % et une augmentation de la population des personnes âgées de 75 ans et plus de 11,2 %, proportion la plus élevée de la région.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la densité médicale du département du Cher (206,8 médecins en activité régulière/100 000 habitants) est inférieure à celle de la région Centre (de 15,5 %) et à celle de la métropole (de 28,8 %).

## **1.2 Le centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges**

Le centre hospitalier de Bourges déploie ses activités sur deux sites : le centre hospitalier Jacques Cœur à la sortie est de la ville, où sont regroupés les services de court séjour, d'accueil des urgences et de moyen séjour, le plateau technique, les services médico-techniques, les consultations externes, le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le SAMU-Centre 15, l'Établissement français du Sang-Centre Atlantique, et l'hôpital Taillegrain -centre de gérontologie des Prés Fichaux- situé en centre ville où sont regroupés les services de long séjour, un service moyen séjour, la blanchisserie centrale, ainsi que l'institut de formation en soins infirmiers et l'école d'aides-soignants.

Le centre hospitalier de Bourges est par ailleurs propriétaire du parc des Gadeaux, adjacent à la parcelle de terrain de l'hôpital Jacques Cœur, comprenant un parcours de marche utilisé par le service de cardiologie et plusieurs constructions : le château « La folie Bâton » (1880), ancien sanatorium partiellement transformé en logements de fonction, qui accueille l'hôpital de jour gériatrique, le SSIAD, les réseaux et l'hospitalisation à domicile (HAD), l'internat, un bâtiment technique, une ancienne longère, une maison individuelle occupée jusqu'à fin 2008 par la trésorerie principale de l'hôpital, les archives centrales et une maison individuelle/logement de fonction.

Dans le cadre du plan « Hôpital 2012 », le centre hospitalier de Bourges est engagé dans une restructuration interne importante destinée à améliorer l'offre de soins en cardiologie et en ophtalmologie et à développer les capacités de médecine gériatrique. D'un coût global estimé à 15,8 millions d'euros, ce projet consiste en la construction d'un bâtiment destiné à accroître la capacité en soins de suite et de réadaptation et en places de rééducation cardiologique, la restructuration et l'extension d'une unité de soins intensifs cardiologiques et d'une unité de surveillance continue et la construction d'un bâtiment destiné aux consultations d'ophtalmologie. Une réorganisation d'autres activités de l'établissement sera mise en œuvre dans un second temps. La réalisation de ces projets concernant des activités de recours permettra de conforter le centre hospitalier de Bourges dans ses fonctions d'établissement de recours de la population du Cher.

Au 31 décembre 2008, la capacité d'accueil du centre hospitalier de Bourges est de 866 lits et places : 367 en médecine, 126 en chirurgie, 63 en gynécologie obstétrique, 118 en soins de suite et de réadaptation (SSR) et 192 pour l'hébergement des personnes âgées. En 2006, 71 % des patients sont originaires du bassin de Bourges et 21 % des autres villes du Cher.

L'hôpital de Bourges s'est engagé dans la procédure de certification en septembre 2006. Le centre hospitalier a indiqué vouloir inclure dans le prochain projet d'établissement (2010-2014) un volet spécifique « qualité et prévention des risques » ; c'est dans cette perspective qu'il a adopté le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en décembre 2006. En juin 2008, la haute autorité de santé (HAS) a prononcé la certification et invité l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité.

Les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales sont en nette amélioration entre 2006 et 2008. Le centre hospitalier de Bourges paraît s'être organisé pour répondre aux objectifs fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), en matière de gestion des risques d'infections nosocomiales liées aux soins, dont l'un d'eux est de se maintenir dans la classe A de l'indice ICALIN (indice composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales). En définitive, le score agrégé place le centre hospitalier de Bourges dans la moyenne des établissements de sa catégorie en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) a conduit le centre hospitalier de Bourges à mener une réflexion pour améliorer ses outils de pilotage (en termes de contenu, de formalisation, de diffusion et d'exploitation). Un volet « perfectionner les outils de pilotage » a été inscrit dans le projet de gestion de son projet d'établissement pour la période 2004-2009. Le centre hospitalier de Bourges a mis en place des outils de pilotage accessibles à tous les chefs de service et de pôles (tableaux de bord mensuels de l'activité) et, depuis 2007, les comptes de résultat d'exploitation analytiques (CRÉA) sont produits annuellement.

## **2 L'ATTRACTIVITE ET L'ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES**

### **2.1 L'attractivité du centre hospitalier de Bourges**

L'attractivité d'un établissement de santé s'appréhende à travers deux paramètres : la part de marché de l'hôpital, qui mesure sa part d'activité dans sa zone d'attractivité, et le taux de fuite qui est le rapport entre le nombre de séjours de patients de la zone géographique sélectionnée, pris en charge en dehors de cette zone, et le nombre total de séjours de patients issus de la zone géographique sélectionnée.

La zone d'attractivité du centre hospitalier de Bourges retenue par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est composée de communes du département du Cher dont certains habitants ont été hospitalisés (19 communes en 2005, 20 communes en 2006 et en 2007).

Au cours de la période 2005 à 2008, le centre hospitalier de Bourges gagne des parts de marché dans toutes les activités MCO (médecine : + 6,75 %, chirurgie : + 8,85 %, obstétrique : + 4,78 %). Par ailleurs, l'indicateur « part de marché chirurgie sur la zone d'attractivité » du « Diagnostic Flash<sup>1</sup> » classe, en 2007 et en 2008, le centre hospitalier dans la fourchette des 80 à 90 % des établissements les plus performants de sa catégorie.

Le taux de fuite est calculé, d'une part à l'échelle départementale, en prenant en compte les patients domiciliés dans le département et qui se sont fait soigner au centre hospitalier de Bourges, d'autre part, pour le centre hospitalier de Bourges, en prenant en compte les patients domiciliés dans l'agglomération de Bourges qui se sont fait soigner ailleurs qu'au centre hospitalier de Bourges.

---

<sup>1</sup> Diagnostic Flash : outil d'analyse de la performance d'un établissement de santé développé par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Au cours de la période 2005 à 2008, le taux de fuite du centre hospitalier de Bourges, apprécié tant sur la zone de l'agglomération de Bourges que sur le département du Cher, tous pôles d'activité confondus, diminue d'environ 16 %.

## **2.2 L'activité du centre hospitalier de Bourges**

Au cours de la période 2004 à 2008, si le nombre de lits MCO en hospitalisation complète est resté quasi stable, le nombre d'admissions directes augmente de 10 % et à partir de 2007, le centre hospitalier procède à des transferts vers d'autres établissements faute de places ; quant au nombre de journées, il augmente de 3,2 % avec un pic en 2006.

L'activité de médecine augmente de 2004 à 2008 puis connaît une quasi stagnation en 2009. L'indice de performance de la durée moyenne de séjours (DMS) se dégrade, en 2008 l'établissement fait partie des 10 % à 20 % des établissements les moins performants. L'indice du taux d'occupation évolue irrégulièrement, en 2008 l'établissement est classé juste au-dessus de la moyenne.

En chirurgie, le nombre des entrées connaît une quasi stagnation de 2004 à 2008 (-0,4 %) alors que le nombre de journées baisse de 5,8 % ; la tendance se confirme en 2009. L'indice de performance de la DMS s'améliore, et en 2008 l'établissement est dans la fourchette des 30 à 40 % des établissements les moins performants. L'indice du taux d'occupation évolue irrégulièrement de 2005 à 2007 puis se dégrade en 2008 plaçant l'établissement juste au-dessus de la médiane.

L'activité de gynécologie-obstétrique baisse de 2004 à 2008, avec un pic en 2006 ; la tendance se confirme en 2009. En 2008, l'indicateur de la DMS de l'activité obstétrique classe l'établissement parmi les établissements les moins performants de sa catégorie, et l'indicateur du taux d'occupation classe l'établissement dans la fourchette des 60 à 70 % des établissements les plus performants de 2005 à 2007 puis, juste au-dessus de la médiane, en 2008.

Le nombre de places (46) de l'hôpital de jour est constant sur l'ensemble de la période 2004 à 2008 ; l'activité ambulatoire augmente en médecine (9,3 %) et en chirurgie (15 %), elle diminue pour l'obstétrique (- 8 %). En 2009 l'activité augmente pour toutes les disciplines.

La chirurgie ambulatoire, qui permet au patient de regagner son domicile le jour même de l'intervention, constitue une des alternatives à l'hospitalisation avec hébergement, elle est par ailleurs considérée comme une source potentielle d'économies pour le système de santé dans son ensemble. En 2007, le taux de chirurgie ambulatoire du centre hospitalier de Bourges pour les neuf interventions retenues dans la comparaison avec les établissements de sa strate est, pour sept d'entre elles, supérieur au taux moyen, et particulièrement performant pour la chirurgie de la cataracte (87,2 % contre 48,9 %).

La valorisation de l'activité MCO s'opère à partir de deux paramètres principaux, les tarifs des GHS (groupes homogènes de séjours) et la DMS. Les tarifs des GHS, élaborés annuellement à partir d'une échelle de coûts, augmentent ou diminuent en fonction des politiques nationales développées.

Entre 2006 et 2008, les séjours « extrême bas » (DMS inférieure à la borne basse réglementaire générant un acte facturé sur la base de 50 % de son tarif) et les séjours « extrême haut » (DMS supérieure à la borne haute générant un supplément dénommé « extrême haut » facturé pour chaque journée d'hospitalisation au-delà de cette borne) ont diminué respectivement de 4 % et de 19,8 %, ce qui, en terme de financement, constitue une diminution de recettes, mais peut aussi exprimer, pour les séjours « extrême haut », une baisse de la DMS, donc une baisse des coûts.

En 2008, l'âge moyen des patients traités au centre hospitalier de Bourges est plus élevé que celui des patients traités dans les hôpitaux de la strate de référence (hôpitaux avec plus de 16 001 séjours), et, corrélativement, la DMS (+ 2,85 %) et le pourcentage de décès (+ 18,75 %).

Les SSR sont dispensés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion. En 2008, l'activité SSR du centre hospitalier de Bourges est dispensée au sein de trois pôles : le pôle neurologie/soins de suite et unité de soins de longue durée Taillegrain (55 lits), le pôle gériatrie Jacques Cœur (44 lits) et la rééducation cardiaque du pôle médecine A (14 lits), dont une partie est dispensée en hôpital de jour (5 places).

Au cours de la période 2004 à 2008, la capacité d'accueil de l'activité SSR en hospitalisation complète a augmenté de 53 %. L'activité a augmenté, quant à elle, de près de 58 % essentiellement soutenue par l'activité du moyen séjour gériatrique qui a presque sextuplé. Le taux d'occupation augmente globalement (96,2 % en 2008) ; à partir de 2005 il franchit les 100 % en moyen séjour Jacques Cœur. La DMS baisse en moyen séjour Jacques Cœur après un pic en 2005 ; en 2007, elle augmente de façon significative en rééducation cardiaque (+ 14,8 jours) et en moyen séjour gériatrique (+ 3,6 jours) par rapport à 2006.

L'activité de la rééducation cardiaque en hôpital de jour, dont la capacité d'accueil est restée inchangée au cours de la période examinée, connaît son pic d'activité avec un taux d'occupation de 88 %.

L'activité des urgences augmente de 19 % au cours de la période 2004 à 2008 et le taux d'hospitalisation à partir des urgences de près de 2 %. En 2007 l'indicateur « taux d'hospitalisation des passages aux urgences » s'établit à 38 %, classant l'établissement entre la fourchette haute des établissements de sa catégorie (33,8 %) et le maximum (39,3 %). Cette situation contraint l'établissement à conserver une marge de manœuvre pour l'hospitalisation non programmée.

Le nombre de sorties SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) augmente de 2 % et celui des sorties primaires de près de 5 %.

La capacité d'accueil de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD), conçue pour accueillir les patients nécessitant une période d'observation de moins de 24 heures avant retour à domicile ou orientation sur un service spécialisé, a quasi triplé en 2007 (17 lits). Sur la période 2004-2008, l'activité augmente de 56 %, le taux d'occupation diminue en 2007 avec l'augmentation du nombre de lits, en 2008 il s'établit à 139,6 %. La DMS, connue à partir de 2006, augmente chaque année pour s'établir en 2008 à son niveau le plus élevé (2,59 jours), soit une durée supérieure à la durée de 24 heures admise, et malgré une baisse du nombre des entrées, ce qui reflète clairement le manque de places dans les services d'aval.

Pour ce qui concerne l'imagerie médicale, au 31 décembre 2008, le centre hospitalier de Bourges dispose d'un échographe Doppler, d'un scanner et d'un IRM<sup>2</sup> 1.5 tesla (propriété du GIP d'imagerie médicale du Berry aujourd'hui dissous). Au cours de la période 2004 à 2008, l'augmentation de l'activité de l'IRM (+ 6,4 %) ne permet pas de maintenir l'activité globale de l'imagerie médicale (près de - 5 %)

En 2008, le centre hospitalier de Bourges dispose d'un bloc opératoire comprenant neuf salles et un bloc obstétrical de quatre salles de travail et d'une salle de césarienne. Au cours de la période 2004 à 2008, l'augmentation de l'activité des blocs opératoires et sites anesthésiques est essentiellement soutenue par l'augmentation de l'activité en salle de coronographie et angioplastie (+ 20 %).

L'activité externe représente l'ensemble des actes réalisés sans hospitalisation dans toutes les disciplines et spécialités ; elle concerne les consultations (médecine, chirurgie, anesthésie, gynécologie-obstétrique,...), les actes classés (biologie, anatomie-cytologie pathologiques, orthoptie,...), les actes CCAM<sup>3</sup>, les forfaits techniques (IRM, scanner). Ces prestations peuvent compenser l'absence d'offre libérale – cas de consultations avancées de spécialistes dans certains territoires de santé ou cas spécifiques de consultations d'addictologie – ou la concurrencer.

Au cours de la période 2004 à 2008, le nombre des consultations augmente de 6,6 % malgré une baisse en 2005 (- 3,2 %). Le nombre d'actes augmente de près de 41 % ; toutefois, une modification de nomenclature à compter du 17 octobre 2005, appelle à une certaine prudence d'analyse.

A partir de 2006, le nombre de consultants externes augmente chaque année (199 502 en 2008) ; la part des consultants externes issus des urgences diminue chaque année tandis que la part des consultants non issus des urgences augmente de 21 %, ce qui semble traduire une carence de l'offre de la médecine de ville.

Pour ce qui concerne l'activité des soins de longue durée, la capacité d'accueil est, au 31 décembre 2008, de 192 lits dont 6 lits de long séjour temporaire (dont la durée du séjour est limitée à deux mois, soit un mois renouvelable une fois). Depuis le 14 décembre 2005, les 28 lits de la maison de retraite ont été transformés en lits de SSR. Au cours de la période 2004-2008, l'activité des soins de longue durée est soutenue par un taux d'occupation qui affiche son maximum en 2008 (100,9 %), tandis que le nombre des entrées a diminué de 29 %. Dans le même temps, l'activité du long séjour temporaire s'est dégradée, et, en 2008, le taux d'occupation n'est que de 23 %.

---

<sup>2</sup> Appareil d'imagerie par résonance magnétique.

<sup>3</sup> La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) est la liste des actes médicaux techniques, codée, commune aux secteurs privé et public, qui permet la description de l'activité médicale. (source : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr))

L'activité du SSIAD augmente (+ 4,85 %) sur la période examinée, de même que son taux d'occupation qui, en 2008, s'établit à 94 %, et cela bien que le nombre de places (20) reste stable.

En ce qui concerne les objectifs d'activité fixés par le CPOM 2007-2009, pour les années 2007 et 2008, le centre hospitalier de Bourges a dépassé ces objectifs en médecine, chirurgie, SSR hôpital de jour et soins de longue durée. L'activité de soins polyvalents est inférieure aux objectifs minimums pour ce qui concerne le nombre de séjours mais comprise dans la fourchette des objectifs pour le nombre de journées, et les objectifs ne sont pas atteints pour la rééducation cardiaque en hospitalisation complète. Le centre hospitalier paraît disposer de marge de manœuvre en termes de développement d'activité.

### **3 L'ACTIVITE LIBERALE**

Dans le cadre de l'examen de l'activité libérale, les trente trois praticiens exerçant, en 2010, une activité libérale à l'hôpital de Bourges ont conclu un contrat avec l'établissement, approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) du Centre, et conforme à la réglementation. Les contrats d'activité libérale conclus entre les praticiens et l'hôpital prévoient que les médecins percevront leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital qui s'engage à leur reverser mensuellement les honoraires recouverts.

Conformément à l'article R. 6154-11 et suivants et D. 6154-15 et suivants du code de la santé publique (CSP) la commission de l'activité libérale chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale se réunit une fois par an ; elle est réglementairement composée de huit membres et s'assure annuellement du respect par les praticiens de leurs obligations, à savoir « *que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique* » (article L. 6154-2-3° du code de la santé publique), un état présentant le bilan de l'activité libérale des praticiens lui est transmis à cette fin.

L'examen de l'activité des praticiens exerçant une activité libérale a porté sur la période de 2006 à 2008. En 2006 et en 2007, vingt-huit praticiens hospitaliers exerçaient une activité libérale ; ils étaient trente en 2008.

Si l'activité publique des médecins exerçant une activité libérale est globalement conforme aux prescriptions réglementaires, certains déséquilibres ont motivé l'envoi par le directeur adjoint de l'ARH du Centre d'un courrier, le 8 avril 2004, au directeur du centre hospitalier, au président de la commission médicale d'établissement et au président de la commission d'activité libérale, précisant qu'« *il faut nécessairement comparer le volume des consultations réalisées dans le public et le volume des consultations réalisées en secteur privé d'une part et d'autre part le volume des actes selon le même schéma* ». Ce principe n'est pas strictement respecté par certains praticiens hospitaliers du centre hospitalier de Bourges.

En 2006, sept praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale, ont effectué plus de consultations en secteur privé qu'en secteur public, et plus d'actes médicaux ou chirurgicaux en secteur public qu'en secteur privé. En 2007, huit praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale ont effectué plus de consultations en secteur privé qu'en secteur public. La commission d'activité libérale, chargée d'examiner l'activité libérale de l'année 2007, constatant que l'activité de deux pédiatres présentait des dépassements importants de consultations au profit du secteur privé, leur a demandé de suspendre leur activité libérale durant le 3<sup>ème</sup> trimestre 2008, ce qui a permis de rééquilibrer la part d'activité libérale pour l'année 2008. En 2008, six praticiens ont effectué plus de consultations en secteur privé qu'en secteur public et un praticien a pratiqué un nombre supérieur d'actes en secteur privé.

Ces dépassements d'activité particulièrement importants, qui sont réalisés sur seulement deux demi-journées hebdomadaires consacrées à l'activité libérale, posent le problème de l'activité globale de certains praticiens hospitaliers, notamment du temps consacré au secteur public.

S'agissant du service de gynécologie obstétrique, quatre praticiens hospitaliers sont autorisés à exercer une activité libérale. Pour tous ces praticiens, le nombre de consultations effectué en secteur privé est très supérieur à celui du secteur public et, à l'inverse, le nombre d'actes pratiqués en secteur public est supérieur au nombre d'actes pratiqués en secteur libéral. Par une interprétation large de la réglementation, la commission d'activité libérale admet que le nombre de consultations et d'actes effectués en secteur privé puisse être supérieur, globalement, au nombre de consultations et d'actes réalisés en secteur public, ce qui est contraire aux termes de l'article L. 6154-2 du code de santé publique. Cette compensation au profit de l'activité privée des praticiens, illégale, admise par la commission au motif que les actes opératoires sont réalisés uniquement en secteur public, introduit une distorsion de la règle au profit de l'activité privée des médecins gynécologues.

Dans sa réponse aux observations provisoires (ROP) formulées par la chambre, le président de la commission de l'activité libérale motive la décision de ladite commission, de dédier les actes de chirurgie gynécologique en secteur public exclusif, par l'augmentation de la demande en chirurgie gynécologique, notamment carcinologique, pathologie qui exige du temps (d'écoute et d'accompagnement des patientes et de leur famille, de participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire) et dont la prise en charge est jugée plus utile au service public ; il précise que la comparaison ne peut pas être faite avec des actes rapides dont la prise en charge en secteur privé lui paraît logique.

En juin 2004, la commission d'activité libérale, a constaté des déséquilibres dans les volumes d'activités publiques et privées de certains médecins. Elle a adressé des courriers, signés par le directeur du centre hospitalier et par le président de la commission de l'activité libérale, à tous les praticiens, rappelant notamment les dispositions réglementaires concernant les modalités de comparaison de l'activité publique avec l'activité libérale. En janvier 2005, en réaction à ce rappel, un praticien a fait savoir au directeur de l'hôpital qu'il entendait supprimer certaines de ses activités exercées en secteur public (cours à l'institut de formation en soins infirmiers, suppression de plage opératoire) pour rééquilibrer ses consultations. Ainsi, ce praticien ne paraît pas avoir envisagé une réduction de son activité libérale qui aurait pourtant satisfait à l'intérêt du service public hospitalier ; cette réaction, préjudiciable à l'établissement, a conduit la commission d'activité libérale à adopter une attitude tolérante vis-à-vis de ces dépassements qui sont en contradiction avec la réglementation. De surcroît, le praticien précité a continué d'effectuer chaque année plus de consultations en secteur privé qu'en secteur public.

Un second praticien est, parmi les praticiens gynécologues exerçant une activité libérale, celui qui a l'activité, tant publique que privée, la plus importante. Le dépassement du nombre de ses consultations privées par rapport au nombre de ses consultations publiques, qui augmente en moyenne de 10 % entre 2006 et 2008, n'est pas relevé par la commission ad hoc puisqu'elle pratique une pondération sur une base irrégulière.

Même si, dans leurs réponses au ROP, les praticiens gynécologues concernés tiennent à leur interprétation large (comparaison de l'activité publique, actes + consultations, à l'activité libérale réduite aux seules consultations), celle-ci n'est pas régulière. Afin de contribuer à un rééquilibrage de l'activité publique et privée, la chambre recommande aux gynécologues de pratiquer, en secteur public aussi, des actes courts.

#### **4 LES ACTIONS DE COOPERATION.**

Le centre hospitalier de Bourges participe à cent six actions de coopération formalisées au travers de quatre-vingt neuf conventions, quatorze réseaux et trois groupements d'intérêt public. La majorité des conventions (59 %) s'inscrit sur le département du Cher, territoire de santé, dont un quart sont signées avec le secteur libéral et paramédical ; les conventions dépassant le cadre du territoire de santé concernent des établissements des départements limitrophes (17 %) et le centre hospitalier régional et universitaire de Tours (10 %).

Certaines actions de coopération sont inscrites dans le CPOM de l'établissement par la tutelle. De l'évaluation des treize actions de coopération inscrites dans le CPOM 2007-2009, réalisée par la chambre, il ressort qu'en 2010 quatre actions (31 %) étaient effectives, soit seulement une de plus que lors de l'évaluation de 2008 produite par l'établissement ; les autres actions étaient soit en cours (5), soit en échec (1) soit non traitées (3).

Dans le cadre du contrôle, deux conventions ont été plus particulièrement examinées, d'une part, la convention conclue avec le SDIS du Cher pour pallier les carences de la garde ambulancière privée par l'utilisation de véhicule du SDIS, d'autre part, la convention fixant la participation des médecins sapeurs-pompiers à la régulation du centre 15.

S'agissant de la convention conclue avec le SDIS du Cher pour pallier les carences de la garde ambulancière privée par l'utilisation de véhicule du SDIS.

Lorsque la régulation médicale du centre 15 constate le défaut de disponibilité des ambulanciers privés pour assurer un transport sanitaire rapide, elle peut faire appel au SDIS du Cher, grâce à une convention signée le 2 juin 2004 qui, notamment, définit la notion de « carence d'ambulance » et arrête les modalités de prise en charge financière des interventions effectuées par le SDIS. L'avenant du 27 février 2007, quant à lui, fixe à 105 euros le montant de l'intervention. Ces transports sont financés par l'établissement, siège du centre 15, qui perçoit en contrepartie une subvention, non reconductible, au titre des aides à la contractualisation estimée, à la fin du contrôle, à environ 30 000 euros par an. Ce relatif équilibre ne doit néanmoins pas masquer le fait que les difficultés rencontrées dans le fonctionnement de la garde ambulancière conduisent l'établissement à recourir à un autre mode de transport d'urgence qui, à l'échelle macro économique, présente un coût plus élevé.

## S'agissant de la convention fixant la participation des médecins sapeurs pompiers à la régulation du centre 15.

Dans le cadre de la permanence des soins, qui a conduit à la création de la plate forme SAMU/SDIS, et du règlement intérieur de celle-ci, une convention prenant effet le 1<sup>er</sup> mars 2007 a été signée le 13 août 2007 entre le centre hospitalier de Bourges et le SDIS du Cher pour l'organisation et le financement des permanences de régulation effectuées par les médecins sapeurs pompiers dans le cadre de la coopération SAMU/SDIS. Les dispositions de la convention permettent au centre hospitalier de Bourges de ne pas porter seul la charge de la permanence 24h/24, un médecin du SDIS intervenant dans ce cadre. En contrepartie des vacations assurées, le centre hospitalier verse au SDIS du Cher une indemnité de « deux vacations officier » calculée en application de l'arrêté fixant le taux de vacation horaire de base des sapeurs pompiers volontaires.

En outre, pour pallier le défaut de médecins régulateurs, l'hôpital fait appel aux praticiens hospitaliers urgentistes, eux-mêmes remplacés dans leur affectation d'origine par des médecins intérimaires, ce qui constitue une ressource coûteuse pour l'établissement.

Malgré le caractère contraint des deux conventions examinées impliquant le centre hospitalier de Bourges et le SDIS du Cher, le centre hospitalier devrait porter une attention particulière à l'évaluation des conditions de fonctionnement de ces actions de coopération et, notamment intégrer systématiquement à toute nouvelle convention une dimension d'évaluation en précisant les indicateurs ou les moyens, tant quantitatifs que qualitatifs, pouvant permettre une réflexion sur l'efficacité de la convention et les moyens de l'optimiser.

## **5 LE DIAGNOSTIC COMPTABLE ET FINANCIER**

Le centre hospitalier de Bourges dispose d'un budget général et de quatre budgets annexes, le budget annexe « dotation non affectée » (DNA), le budget annexe « unité de soins de longue durée » (USLD), le budget annexe des « écoles para médicales » et le budget annexe du « service de soins infirmiers à domicile ». L'examen de la situation financière du centre hospitalier de Bourges a porté sur les exercices dont l'exécution budgétaire était terminée et validée, soit de 2004 à 2008. Néanmoins, certaines parties ont pu être complétées, pour affiner l'analyse, à l'aide de documents provisoires concernant l'exercice 2009, transmis par l'ordonnateur et par le comptable.

### **5.1 La fiabilité des comptes**

#### Concernant l'actif

Le centre hospitalier de Bourges tient l'inventaire comptable des biens, meubles et immeubles, actualisé à partir des fiches d'immobilisation, cependant seul le parc informatique a fait l'objet d'un inventaire physique réalisé en 2008. La présence d'éléments d'actif particulièrement anciens dans l'état de l'inventaire, et des cessions, réalisées en 2005, 2006 et 2008, qui, soit n'ont pas fait l'objet de sortie d'actif, soit ont fait l'objet de sorties réalisées avec retard, devraient conduire l'hôpital à effectuer un inventaire physique de ses actifs, afin d'avoir une image réelle de son patrimoine.

### Sur les cessions

En 2005, la cession d'un camion (4 286 euros) et des terrains de l'ancien site de l'hôpital - boulevard Gambetta (427 700 euros) ne sont pas notifiées dans les tableaux de sortie d'actif et les écritures comptables de sortie d'actif n'ont pu être constatées sur l'exercice ; la cession des terrains ne paraît pas avoir fait l'objet de régularisation sur les années suivantes.

En 2006, la cession de deux véhicules (500 euros), de deux serveurs informatiques (7 176 euros), d'un camion (4 186 euros), de deux enregistreurs (500 euros) et de lits à hauteurs variables (1 700 euros) n'apparaissent pas dans les tableaux fournis l'établissement. Quant à leur comptabilisation, ce n'est qu'en 2008 que des mouvements peuvent laisser supposer que l'actif de l'hôpital a été régularisé.

### Sur la comptabilisation des logiciels et licences

L'examen de l'inventaire pour 2005 montre que la comptabilisation des logiciels et licences n'est pas conforme aux instructions comptables. Plusieurs logiciels et licences ont été comptabilisés au compte 2183 « matériel informatique », et non au compte 205 « concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires », bien qu'ils aient été acquis de manière dissociée du matériel lui-même, affichant un numéro et un prix distinct à l'inventaire. L'utilisation du seul compte 2183, d'une part, fausse la répartition des actifs immobilisés dans le bilan, d'autre part, entraîne un calcul erroné des amortissements.

Le centre hospitalier doit, à l'avenir, veiller à liquider chaque dépense sur l'imputation qui la concerne, conformément aux instructions comptables en vigueur.

### Concernant le rattachement des produits et le rattachement des charges.

L'examen du rattachement des produits n'appelle pas d'observation particulière. S'agissant des charges, la chambre relève que l'établissement, qui tient une comptabilité des dépenses engagées, ne procède pas au rattachement des charges de manière exhaustive. L'hôpital explique le non rattachement à l'exercice 2007 d'un montant de 114 251,94 euros de produits pharmaceutiques par leur comptabilisation dans les stocks sur l'exercice suivant, alors même que le service fait était constaté en 2007.

Le centre hospitalier doit veiller au respect des principes de fiabilité des comptes et d'indépendance des services qui suppose le rattachement des charges à l'exercice, en considérant que la date du service fait correspond à la date à laquelle la livraison a été effectuée, vérifiée et acceptée, celle-ci valant transfert de propriété et de risque.

## Concernant les provisions

### Sur les provisions pour litiges (compte 1511)

Une provision, constituée pour faire suite à deux requêtes déposées devant le tribunal administratif par deux agents du centre hospitalier de Bourges à fin d'annulation de licenciements qu'ils considéraient comme abusifs, n'a pas fait l'objet de reprise alors que les deux jugements ont été prononcés, en 2006 et en 2009, l'établissement motivant le maintien de la totalité de cette provision, par le fait d'une autre requête en cours d'instruction auprès du tribunal administratif et par l'éventualité d'autres recours contentieux dans le futur.

### Sur les provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices (compte 157)

Le centre hospitalier ne formalise pas l'entretien coûteux de ses investissements par l'établissement d'un plan général d'entretien, il procède à une programmation annuelle de travaux d'investissement et d'entretien, mais sans distinguer ce qui relève de l'entretien de ce qui relève de l'investissement. Cette globalisation des dépenses de travaux et d'entretien dans une même enveloppe entraîne une comptabilisation de l'ensemble des dépenses en section d'investissement, ce qui génère une vision erronée de l'actif de l'hôpital et pèse sur ses résultats futurs, par le biais des dotations aux amortissements.

Ainsi, le niveau des provisions pour gros entretien ou grandes révisions (compte 1572) ne reflète pas la réalité de la charge d'entretien et conduit à une sur-dotation notamment par rapport aux réalisations effectuées dans le cadre du programme de travaux. Par ailleurs, le caractère constant, depuis 2004, de la provision pour gros entretien du budget annexe USLD (179 763 euros) renforce la présomption de déconnection entre la provision et la charge réellement supportée.

### Sur les provisions liées aux créances irrécouvrables (compte 49)

Sur l'ensemble de la période examinée, le centre hospitalier ayant constitué, annuellement et depuis 2003, ses provisions pour dépréciations des comptes de tiers à hauteur de 0,2 % des dépenses d'exploitation, elles représentent trois à quatre fois le flux annuel de créances irrécouvrables. L'établissement précise toutefois que, compte tenu de leur niveau élevé atteint fin 2008 (421 077 euros), la dotation pour l'année 2009 a été ramenée à 32 000 euros.

Concernant les budgets annexes, il apparaît que l'hôpital a constitué des provisions pour faire face à un risque éventuel qui pourrait se concrétiser sur l'un ou l'autre des budgets sans pouvoir préciser le mode d'évaluation et le suivi des risques. Ainsi, certains budgets annexes ont supporté des dotations aux provisions pour dépréciation sans que jamais aucune reprise ne soit effectuée sur ces budgets, mais de façon globale sur le budget général.

Le centre hospitalier devrait demander au comptable une liste des admissions en non valeur pour créances irrécouvrables, individualisée par budget, de façon à pouvoir effectuer les reprises sur provisions et les écritures d'admission en non valeur correspondant au budget concerné.

### Synthèse sur la politique de provisionnement

La politique prudentielle du centre hospitalier de Bourges se concrétise par un niveau élevé de provisions, sans que le risque soit systématiquement individualisé et/ou quantifié de manière sincère, entraînant une sur-dotation.

S'il ne peut être reproché au centre hospitalier d'intégrer dans sa réflexion stratégique d'éventuels aléas liés à la tarification à l'activité ou à des risques de requalification de lits, il convient néanmoins de rappeler que les provisions n'ont pas pour objet de couvrir les aléas de recettes liés aux incertitudes tarifaires ; les provisions, qui ont un caractère provisoire et ne doivent en aucun cas constituer une réserve pérenne, ne peuvent couvrir que des risques probables et identifiés, pour des montants proportionnés ex-ante aux risques encourus, et non déterminés de façon résiduelle en fonction des résultats réalisés. Le centre hospitalier doit veiller au respect de l'application de l'instruction codificatrice n° 07-004-M21 du 16 janvier 2007, tant pour la constitution des provisions que pour leur reprise, et, pour ce qui concerne la reprise sur provisions pour litiges, dès que le jugement est définitif.

### Concernant le remboursement des charges par les budgets annexes

La méthode de refacturation des charges, qui concernent les budgets annexes et qui sont supportées par le budget général, est spécifique à chaque budget en fonction de ses particularités.

- S'agissant du budget annexe de l'institut de formation des aides-soignants (IFAS), les clés de répartition utilisées sont celles définies par le conseil régional dans le cadre de l'instruction des demandes de subvention annuelle. En 2008 un certain nombre de charges ont été refacturées par le budget général alors qu'elles n'avaient pas été listées au moment de la demande de subvention (nettoyage, eau, électricité, téléphone, affranchissement). Ainsi, en ne recensant pas la totalité des charges pesant sur ce budget annexe, l'établissement s'est privé de la possibilité de présenter un dossier intégrant la réalité de ses coûts et donc d'obtenir un subventionnement en conséquence.

- S'agissant du budget annexe du SSIAD, à l'exception des prestations de gestion générale, évaluées sur la base du guide méthodologique régional élaboré par la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) du Centre et l'ARH en 2001, la totalité des autres charges est directement imputée sur le budget annexe, sans procéder à des remboursements au budget général. Aucun mandat, correspondant à la charge « prestations de gestion », n'a été imputé au compte 628 de ce budget annexe et, parallèlement, aucun titre, sur le budget général, ne retrace cette opération.

- S'agissant du budget annexe USLD, le remboursement varie selon la nature de la prestation : les actes d'imagerie médicale et les examens de biologie, inclus dans le forfait soins sur la base du tarif conventionnel ; la restauration sur la base de la consommation réelle de repas ; les frais de gestion générale, administrative et technique selon les principes du guide méthodologique régional de 2001 susmentionné, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD et USLD ; les frais de blanchisserie quant à eux ne paraissent pas faire l'objet d'une clé de répartition définie.

Cependant, le montant du remboursement des frais de gestion générale, administrative et technique de l'année 2008 calculé sur la base du guide méthodologique régional précité s'établit à 280 611 euros (sur les bases de la répartition des charges du compte de résultat 2007) alors que c'est un montant de 66 000 euros seulement qui a été remboursé au budget

général. En outre, le montant remboursé au budget général au titre de la blanchisserie s'est élevé quant à lui à 155 835 euros pour l'année 2008, sans que ce remboursement couvre le coût réel de la dépense qui s'élève à 393 653 euros. Dans ces conditions c'est un montant de 452 429 euros qui aurait dû être pris en charge par le budget annexe USLD et qui a grevé le budget général, du fait de l'absence de maîtrise des tarifs hébergement au regard de la réalité des charges supportées.

Dans un souci de sincérité et de fiabilité des comptes, le centre hospitalier doit retracer la réalité des charges de ses budgets annexes.

#### Concernant les dépenses du GIP « blanchisserie inter hospitalière CH Bourges-CH Vierzon »

Les centres hospitaliers de Bourges et de Vierzon ont décidé, par une convention constitutive du 16 décembre 2005, de mettre en place un groupement d'intérêt public (GIP) pour gérer la prestation « blanchisserie » (traitement du linge, des vêtements professionnels des personnels et les vêtements des résidents et patients). Simultanément, les deux établissements ont signé une convention de mandat qui permet au centre hospitalier de Bourges de mandater les dépenses d'investissement, en lieu et place du GIP ; les dépenses mandatées par le centre hospitalier de Bourges pour le compte du GIP sont comptabilisées au compte 481 « opérations pour le compte de tiers ».

En octobre 2008, le GIP a obtenu un prêt de 9,2 millions d'euros pour financer la construction de la nouvelle blanchisserie. La première tranche de cet emprunt (4,8 millions d'euros) a été débloquée début 2009, la seconde en mars 2010. Alors même que le GIP bénéficiait dès le début de l'exercice 2009 du produit de l'emprunt, le centre hospitalier a continué à financer jusqu'en 2010, sur sa trésorerie propre, les dépenses que le GIP aurait pu directement prendre à sa charge. De plus, certaines dépenses de fonctionnement, non comprises dans le champ de la convention de mandat susmentionnée, ont également été prises en charge, dans un premier temps, par le centre hospitalier, notamment les intérêts intercalaires du prêt consenti au GIP ; deux décisions unilatérales du directeur entérinent cette prise en charge en se fondant sur l'absence de budget d'exploitation du GIP. Si l'ensemble des charges assurées par l'hôpital ont été remboursées par le GIP (le 4 février 2009 et le 17 mars 2010), force est de constater qu'il a fallu attendre plus de trois ans pour que le GIP blanchisserie dispose d'un budget de fonctionnement.

#### Concernant le résultat comptable du budget général

Compte tenu des observations précédentes relatives à la sincérité et fiabilité des comptes, le résultat comptable corrigé du budget général pour 2008 s'établit à 380 505 euros, contre un déficit affiché de 45 304 euros essentiellement dû à la prise en charge de coûts relevant normalement des budgets annexes.

## 5.2 L'analyse financière

### Concernant les prévisions budgétaires

S'agissant du budget général, les écarts de prévisions jouent, selon les exercices, dans un sens ou l'autre. En 2006, la sous-évaluation des recettes et la surévaluation des dépenses expliquent que le déficit d'exploitation a été moindre que celui prévu (-162,5 milliers d'euros au lieu de -1 146,5 milliers d'euros). Par contre, les exercices 2007 et 2008, prévus à l'équilibre, se sont révélés tous deux sous-évalués tant en dépenses qu'en recettes, ce qui a généré un résultat excédentaire en 2007 (47 834 euros), mais un résultat déficitaire en 2008 (- 45 304 euros). En 2009, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), construit à l'équilibre, est réalisé à 99,74 % en dépenses et à 99,80 % en recettes, dégagant in extremis un résultat de près de 83 000 euros, alors que sa situation du second quadrimestre 2009 affichait un déficit prévisionnel de 1 324 milliers d'euros.

Sur les exercices 2007 et 2008, les dépenses du titre 2 « charges à caractère médical » et du titre 4 « charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles » ont été systématiquement sous-évaluées de façon significative (4,7 % pour les charges du titre 2, pour les deux exercices, 12 % en 2007 et 23,5% en 2008 pour les charges du titre 4). En 2009, l'absence de visibilité sur les dépenses du titre 4 se poursuit et s'amplifie (réalisées à hauteur de 127,8 %). Au sein du titre 4, il apparaît que les dépassements sont réalisés plus particulièrement sur le chapitre 68 « dotations aux amortissements et provisions » dont le taux de dépassement par rapport aux prévisions augmente d'année en année (13,95 % en 2006, 15,92 % en 2007 et 26,89 % en 2008).

Cette pratique de « mise en réserve » d'excédents, en vue de couvrir d'autres types de risques que ceux couverts par les provisions réglementées, si elle répond à un légitime souci de prudence, nuit à la sincérité des prévisions budgétaires et contrevient aux règles de provisionnement.

S'agissant des budgets annexes, les prévisions budgétaires sont d'une moindre qualité. Certains budgets annexes présentent des écarts entre anticipation et réalisation persistants sur la période et qui ne font pas l'objet de corrections (budget annexe DNA), tandis que certains chocs n'ont pas été anticipés (budget annexe « écoles para médicales »).

Ainsi, le budget DNA, qui comprend l'exploitation d'immeubles légués à l'établissement, la concession d'un terrain pour affichage publicitaire et d'un trottoir attenant au site Jacques Cœur, est systématiquement sous-évalué en recettes et surélevé en dépenses. Par suite, le bénéfice prévisionnel affiché est sous-évalué à hauteur de la moitié environ du bénéfice effectivement réalisé chaque année. Même si les montants présentent un faible enjeu pour l'établissement, celui-ci pourrait néanmoins, dans un souci de sincérité budgétaire, porter une attention plus grande à la prévision de ces recettes, exclusivement constituées d'encaissement de loyers dont les règles d'indexation doivent permettre une estimation fiable des recettes futures.

A l'image du constat dressé pour le budget général, les prévisions de charges d'amortissements, provisions, frais financiers et exceptionnels ne reflètent que partiellement les montants nécessaires ou prévisibles compte tenu, par exemple, des risques réels, et intègrent une dimension de variable d'ajustement du budget.

#### Concernant le résultat d'exploitation

Bien que le résultat consolidé du centre hospitalier soit excédentaire sur l'ensemble de la période 2004-2009, la situation financière devient moins confortable à compter de 2006 ; le budget général est déficitaire en 2006 (-162 471 euros) et en 2008 (-45 304 euros), le budget annexe « écoles paramédicales » est déficitaire à partir de 2007. En outre, les résultats excédentaires du budget annexe USLD sur la période sont à nuancer dès lors que le budget général finance une part importante des frais de blanchisserie et de gestion de l'USLD. Cette tension budgétaire est le résultat d'une évolution légèrement plus dynamique des charges (+ 4,17 % en moyenne de 2004 à 2009) par rapport aux produits (+ 4,09 %) et ce pour l'ensemble des budgets de l'établissement.

Sur la période 2006 à 2009, en dépit d'un taux de croissance moyen de 3,21 %, le poids relatif des charges de personnel a tendance à diminuer dans la structure générale des charges, l'ensemble des charges ayant connu une augmentation moyenne annuelle de 3,67 %. Les dépenses de personnel ont mobilisé, de façon stable sur la période, 78 % des recettes de l'assurance maladie.

Les dépenses de personnel non médical sous contrat à durée déterminée ou en intérim sont inférieures aux valeurs médianes des établissements de la strate ; la mise en place d'une unité de remplacement mobile au sein de l'établissement pour pallier les absences des infirmières et aides-soignantes a permis de diminuer le recours aux personnels intérimaires ou sous contrats à durée déterminée. En 2007 et en 2008, l'évolution de l'effectif médical (+ 5,8 % hors internes) est plus dynamique que l'évolution des recettes de tarification (+ 3 %). Sur la période plus récente, la situation est susceptible d'évoluer plus favorablement avec le lissage du coefficient de transition et de l'amélioration de la qualité du codage des actes médicaux.

S'agissant des autres charges, le centre hospitalier de Bourges se caractérise par le poids important de ses dépenses médicales qui traduit la mise en œuvre de pratiques innovantes et la volonté de privilégier confort et technicité élevés. Toutefois, le passage progressif, à compter de 2006, du financement en dotation globale à la tarification à l'activité n'aura pas eu d'incidence sur la structure globale des recettes du centre hospitalier de Bourges.

#### Concernant la politique d'investissement

Sur l'ensemble de la période examinée, l'examen de la sincérité de la prévision budgétaire met en lumière le faible taux de réalisation du programme d'investissement (36 à 61 % selon les exercices). Même si les retards dans la réalisation des opérations d'investissements sont justifiés par l'hôpital, par les difficultés d'exécution des travaux en maintenant le bon fonctionnement du service (désenfumage de la circulation intérieure principale de l'établissement), pour des raisons de coût et d'emplacement (construction d'une nouvelle hélistation), par des divergences sur l'organisation à retenir (aménagement de l'unité cytostatique), ils conduisent à une dégradation des indicateurs, à un faible taux de renouvellement des immobilisations, à un taux de vétusté des équipements ramené désormais dans la moyenne nationale de la strate et à la baisse du poids des charges d'exploitation liées aux investissements. En outre, les retards de réalisation des programmes d'investissement sont de nature à peser, à terme, sur l'attractivité de l'établissement et par voie de conséquence sur son activité et ses recettes futures.

Globalement, les dépenses annuelles d'investissement, qui ont oscillé entre 6 et 7,5 millions d'euros sur la période, ont été quasi entièrement autofinancées. La capacité d'autofinancement (CAF) de l'établissement, essentiellement constituée des dotations aux amortissements et des provisions, a en outre permis d'assurer le remboursement de la dette. Dans le même temps, l'encours de la dette a été réduit de 27 %. En 2008, la durée apparente de la dette est de l'ordre de 3,6 ans et en 2009, le refinancement de la dette a permis de réduire de plus de moitié le ratio de taux d'intérêt moyen de la dette (3,29 %) de la période.

Cette politique d'autofinancement, qui est la conséquence logique de la constitution de provisions et de la persistance des écarts importants entre prévisions et réalisations du titre 4 « charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles » relevés dans les EPRD successifs, confirme la présomption d'utilisation de ces dotations comme variable d'ajustement lors de l'établissement de l'EPRD.

### Concernant la trésorerie

Le niveau élevé de fonds de roulement net global de l'établissement, renforcé en 2008 par l'apurement de la « créance dite de l'article 58 »<sup>4</sup>, a permis de couvrir le besoin en fonds de roulement et de dégager une trésorerie résiduelle importante.

Au 31 décembre 2009, les liquidités provisoires du centre hospitalier s'élevaient à 4,9 millions d'euros, dont 1,86 million en valeurs mobilières de placement, sur les 6,7 millions d'euros de fonds placés, à partir de 2006, qui provenaient, pour partie, d'un excédent de trésorerie lié aux versements d'avances effectuées par l'assurance maladie lors de la mise en place de la tarification à l'activité. Ces recettes n'entrent pas dans le champ des produits pouvant faire l'objet d'un placement ; en outre, si la décision de placer l'excédent de l'établissement a bien fait l'objet d'une information du conseil d'administration en date du 15 décembre 2006, aucun élément n'a, par la suite, été fourni à cette assemblée en dépit des dispositions de l'article L.6145-8-1 du CSP.

### Les tendances pour 2010

La mise en place, au 1<sup>er</sup> janvier 2010, des agences régionales de santé (ARS), en remplacement des ARH, a conduit à retarder l'élaboration de l'EPRD pour 2010. Fin mai 2010, les dotations MIGAC (missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation) n'avaient toujours pas été notifiées à l'établissement et l'EPRD n'était pas finalisé, alors que près de la moitié de l'année s'était déjà écoulée.

En terme d'investissement, des projets d'investissement, pour partie inscrits au plan « hôpital 2012 » (les services de cardiologie, ophtalmologie et moyen séjour gériatrique), devaient débiter en 2010, dont certains faisaient déjà l'objet de nombreux reports à la fin du contrôle.

---

<sup>4</sup> Créance hospitalière née de la mise en place de la dotation globale en 1984 et 1985 pour les établissements exerçant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique, dite « de l'article 58 » en référence à l'article 58 du décret du 11 août 1983 sur ses conditions d'apurement.

A moyen terme, ces investissements devraient permettre à l'hôpital de pouvoir répondre à une demande de soins accrue et d'améliorer la qualité de l'accueil et des soins. L'effritement mécanique de la CAF, compte tenu du remboursement des avances faites par l'assurance maladie, devrait logiquement conduire l'établissement à rechercher davantage de financements extérieurs. Si le supplément d'activité escompté, et donc de recettes générées, est difficile à apprécier, des marges de manœuvre pourront encore être recherchées dans l'approfondissement du codage des comorbidités associées (mais il s'agit là d'un gain marginal décroissant), dans la réduction des durées moyennes de séjour, et plus mécaniquement, jusqu'en 2012, dans le lissage du coefficient de transition.

A l'inverse, bien que rien ne permette de supposer quand il se réalisera, un risque de requalification de lits et de perte des recettes associées pèse de façon récurrente sur le centre hospitalier de Bourges. Par ailleurs, les difficultés de gestion de la filière aval, en pesant sur les durées de séjour des patients, peuvent présenter un risque de tension financière pour l'établissement. Enfin, la rentabilité générale des activités MCO et SSR sera vraisemblablement encore grevée par des charges non assumées par les budgets annexes USLD et EHPAD.

## **6 L'HOPITAL TAILLEGRAIN - CENTRE DE GERONTOLOGIE DES PRES FICHAUX**

Depuis 2004, la structure et l'organisation de l'hôpital Taillegrain ont été fortement modifiées. Cette évolution devait se poursuivre dans le courant de l'année 2010, à la suite de la signature de la nouvelle convention tripartite 2010-2014. Toutefois, la rénovation physique de l'hôpital Taillegrain, comprenant la construction d'un nouveau bâtiment et la restructuration des bâtiments existants, n'avait pas encore été véritablement lancée, à la fin du contrôle, étant tributaires de la démolition de l'actuelle blanchisserie et de la mise en fonctionnement de la nouvelle installation sur le site de l'hôpital Jacques Cœur. Ni le permis de démolir de l'ancienne blanchisserie, ni le permis de construire du nouveau bâtiment n'étaient déposés. Par ailleurs, faute de l'attribution des subventions en temps voulu, le démarrage des travaux pourrait être reporté à 2012.

En 2007, le site comptait 186 lits de long séjour et 6 lits de long séjour temporaire. En 2005, 28 lits ont été transférés en unité de moyen séjour (SSR). L'établissement dispose d'un délai de trois ans pour mettre en place les dispositions de l'arrêté, pris le 27 juillet 2009 par l'ARH dans le cadre du plan « solidarité grand âge », qui fixe à 60 le nombre de lits USLD, requalifiant les 132 lits restants en EHPAD. La nouvelle répartition des lits ne doit pas entraîner de transferts de patients. Afin d'isoler financièrement les deux structures, un budget annexe EHPAD a été créé en janvier 2010. Cette nouvelle organisation est susceptible de ne pas être sans conséquence pour l'établissement puisque la population accueillie restera dans un premier temps essentiellement une population relevant du long séjour, avec un besoin en soins médicaux plus importants qu'une population relevant normalement de l'EHPAD.

La convention tripartite en vue de l'accueil des personnes âgées dépendantes dans l'unité de long séjour du centre hospitalier de Bourges, signée le 11 mars 2005 avec l'ARH du Centre et le conseil général du Cher, pour une durée de cinq ans, porte sur une capacité autorisée de 191 lits d'USLD dont 11 lits d'hébergement temporaire. Elle prévoit l'ouverture d'un accueil de jour dont le nombre de places a été porté de 10 à 20 en 2009. Ce projet ne pourra voir le jour qu'après la restructuration architectural du site. Des différents rapports de suivi de la convention, établis annuellement par l'établissement entre 2005 et 2008, un certain nombres de points restent à améliorer, notamment la qualité de vie au sein de la structure, en termes de restauration et d'animation, les locaux et l'évaluation de la qualité des soins. D'autres engagements non tenus, notamment les engagements relatifs à la qualité de vie des résidents, bien que demandant peu d'investissement, comme l'implication des résidents dans le comité restauration, l'animation, l'affichage des noms sur les portes, illustrent l'absence de contrôle de la structure.

La négociation de la nouvelle convention tripartite présente un enjeu majeur pour l'hôpital qui doit adapter son organisation à la nouvelle partition. Sa date d'application, initialement retardée au 1<sup>er</sup> juillet 2010 (au lieu du 1<sup>er</sup> janvier), était, à la fin du contrôle susceptible d'être encore différée du fait de la mise en place de la nouvelle organisation de la tutelle (création des ARS) et des négociations portant notamment sur le prix de journée.

En 2004, l'USLD a fait l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité des prestations envers les personnes âgées. Néanmoins, en dépit de la mise en place, au printemps 2009, d'actions de sensibilisation des équipes à la bientraitance, au début de l'été 2009 deux signalements d'incidents ont été traités par la direction et les autorités de tutelle. En outre, les préconisations d'un audit de fonctionnement mené en décembre 2009 par un cabinet externe, également relevées à l'issue de l'enquête commune effectuée par l'ARH et la DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) en novembre 2009, visent à l'amélioration de la prise en charge du confort du résident et portent essentiellement sur le renforcement de l'encadrement, la formation et la clarification des fonctions ainsi que sur la valorisation du contrôle de l'institution par les usagers ou leurs représentants.

En terme d'effectif, l'augmentation constatée du nombre de postes ETP (équivalents temps plein) sur les grades d'infirmières, d'aides soignantes, d'agents des services hospitaliers qualifiés et de psychologues, est la conséquence directe de la mise en place de la convention tripartite qui a permis à l'hôpital Taillegrain de les financer (+ 24,75 ETP sur la période 2004-2008). La forte augmentation (17 %) des dépenses de personnel entre les exercices 2005 et 2006 s'explique par l'embauche de personnel qualifié.

Au terme du contrôle, l'hôpital Taillegrain, ne disposait pas d'un encadrement satisfaisant, le poste de directeur adjoint de la structure, limité à un quart de poste ETP, ne paraissait pas suffisant au regard du volume de dossiers à traiter particulièrement importants (restructuration du site, requalification des lits ...). Le conseil d'administration du 23 octobre 2009 s'est prononcé en faveur du recrutement d'un cadre à temps plein sur ce poste.

## **7 LES RECOMMANDATIONS DE LA CHAMBRE**

La chambre recommande au centre hospitalier de Bourges :

1. de porter une attention particulière au fonctionnement des actions de coopération et, notamment, d'intégrer systématiquement à toute nouvelle convention une dimension d'évaluation, avec des indicateurs, quantitatifs et qualitatifs, pouvant permettre une réflexion sur son efficacité et les moyens de l'optimiser ;
2. de veiller à l'avenir à la liquidation des éléments d'actif sur l'imputation correspondante, conformément aux instructions comptables en vigueur ;
3. de respecter les principes de fiabilité des comptes et d'indépendance des exercices qui supposent le rattachement des charges à l'exercice, en considérant que la date du service fait correspond à la date à laquelle la livraison a été effectuée, vérifiée et acceptée, celle-ci valant transfert de propriété et de risque ;
4. de demander au comptable une liste des admissions en non valeur pour créances irrécouvrables, individualisée par budget, de façon à pouvoir effectuer les reprises sur provisions et les écritures d'admission en non valeur sur le budget concerné ;
5. d'appliquer l'instruction codificatrice M22 pour ce qui concerne, notamment, les provisions :
  - en constituant la provision pour litiges, dès que la charge est probable, avec un montant en adéquation avec le risque couru, puis en procédant à sa reprise dès que le jugement est définitif ;
  - en déterminant le montant de la provision pour gros entretien ou grandes réparations en cohérence avec les charges prévisibles recensées dans un plan général d'entretien ;
6. de retracer la réalité des charges de ses budgets annexes, dans un souci de sincérité et de fiabilité des comptes ;
7. de procéder à une évaluation sincère des charges d'amortissements, provisions, frais financiers et exceptionnels, pour chaque budget, afin qu'elles n'en intègrent pas une dimension de variable d'ajustement.