



Chambre régionale des comptes
des Pays de la Loire

La Présidente

Nantes, le 25 novembre 2011

Référence à rappeler : 2011-236

Monsieur le Directeur,

Je vous ai adressé par lettre du 13 octobre 2011 le rapport d'observations définitives concernant la gestion de votre établissement pour les années 2006 et suivantes, que la chambre a arrêté après contradiction dans sa séance du 22 septembre 2011.

Ce rapport a également été adressé à vos prédécesseurs, MM. Bruno FAULCONNIER et Yannick LE GARGASSON, pour ce qui les concerne.

Le délai d'un mois imparti par la loi pour répondre aux observations de la chambre étant expiré, la procédure est désormais close et vous trouverez ci-joint le rapport, complété de votre réponse. Ce rapport est également transmis au président du conseil de surveillance de votre établissement.

Ainsi que je l'indique à ce dernier, ce rapport, complété de la réponse reçue, doit être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières. Il doit être inscrit à son ordre du jour, être annexé à la convocation adressée à chacun des membres du conseil et donner lieu à un débat.

A compter de la date de cette réunion, que je demande au président du conseil de surveillance de me faire connaître, la communication du rapport accompagné de la réponse à toute personne en faisant la demande est de droit. J'en transmets par ailleurs une copie à la Directrice Générale de l'Agence régionale de Santé, au représentant de l'Etat dans le département et au Directeur départemental des finances publiques.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Catherine de KERSAUSON

Monsieur Philippe GUINARD
Directeur du centre hospitalier du Haut Anjou
1, quai Georges Lefèvre
53204 CHATEAU GONTIER Cedex



Chambre régionale des comptes
des Pays de la Loire

Nantes, le 13 octobre 2011

GREFFE N° 2011-133
L1132/CG

Observations définitives concernant la gestion du centre hospitalier du Haut Anjou

Années 2006 et suivantes

Résumé des observations

Le centre hospitalier du Haut Anjou (CHHA) a vécu une profonde restructuration qui lui a permis de s'engager dans un cercle vertueux où l'accroissement de l'activité a conforté les améliorations réalisées en termes d'organisation et de plateau technique.

La réforme de la gouvernance du CHHA introduite en 2005 et confortée par la loi HPST (hôpital patients santé territoire) de 2009 n'a été mise en œuvre que partiellement quant à la gestion par pôles d'activité qui doit encore être renforcée.

Sa situation financière s'est améliorée et les craintes de déficit n'ont pas été confirmées, même si le haut niveau d'endettement nécessaire au financement des travaux d'extension et restructuration, incite à la vigilance. Toutefois, les provisions constituées par l'établissement et justifiées pour partie par l'anticipation des investissements, ne facilitent pas la lecture des résultats d'exploitation.

La permanence des soins est assurée par un recours important à l'intérim qui représente un coût élevé pour l'hôpital au bénéfice de certains médecins qui interviennent comme intérimaires depuis de nombreuses années. La gestion de l'activité de médecine libérale au sein de l'établissement doit être mieux suivie, pour garantir le respect des obligations réglementaires.

Le centre hospitalier du Haut Anjou a été créé en 1993, suite à la fusion des centres hospitaliers de Château Gontier et de Segré. L'établissement a, depuis, bénéficié d'une profonde restructuration de l'activité et repris les activités de la clinique de l'Espérance. Il dispose actuellement de 556 lits et places et propose une offre de soins pluridisciplinaire.

Les services de médecine-chirurgie-obstétrique, les urgences, le plateau technique et les consultations externes du Centre sont installés dans de nouveaux bâtiments depuis juin 2008. Les travaux de rénovation qui se poursuivent pour accueillir la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation et l'administration, devraient s'achever en mars 2012.

L'établissement dispose également d'activités spécifiques comme une consultation de prise en charge de la douleur chronique, une équipe mobile de soins palliatifs, un institut de formation d'aides soignants, et un comité local d'information et de coordination (CLIC).

Les recettes de fonctionnement annuelles représentent près de 62 M€ en 2010, dont 79,8 % au titre du budget principal et le solde au titre des budgets annexes : 5 % pour l'unité de soins de longue durée (USLD), 15 % pour l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et marginalement 0,2 % au titre des budgets annexes de l'institut de formation et du comité local d'information et de coordination (CLIC).

Le contrôle mené par la chambre a porté sur l'activité de l'établissement, la fiabilité budgétaire comptable et la situation financière.

SOMMAIRE

1 Les orientations stratégiques et la gouvernance.....	3
1.1 Les orientations stratégiques.....	3
1.2 La gouvernance.....	4
2 Coopération et partenariat.....	4
3 L'activité.....	5
3.1 Une activité en hausse.....	5
3.2 Les disparités entre les deux sites.....	5
4 La gestion du personnel médical.....	6
4.1 L'exercice de la médecine libérale doit être mieux encadré.....	6
4.1.1 L'exercice libéral des praticiens hospitaliers.....	6
4.1.2 La « clinique ouverte ».....	7
4.2 La permanence des soins.....	7
4.2.1 L'intérim.....	7
4.2.2 La permanence des soins.....	8
5 Fiabilité des comptes et situation financière.....	9

5.1 La fiabilité.....	9
5.2 Les provisions.....	10
5.3 Situation financière.....	12

1 Les orientations stratégiques et la gouvernance

1.1 Les orientations stratégiques

En lien avec le schéma régional d'organisation des soins (SROS) 2006-2010, qui attribue au CHHA un rôle de « pôle de proximité », des orientations stratégiques ont été fixées par l'établissement dans le cadre d'un « plan d'action intermédiaire », suite à l'évaluation du projet d'établissement 2000-2005 réalisée en 2006.

Ce plan d'action intermédiaire 2010-2011 confirme le double rattachement de l'établissement aux territoires de recours que sont le centre hospitalier (CH) de Laval et le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers.

Il retient également les axes prioritaires à poursuivre :

- Construire le plateau technique unique (suite à l'installation du nouveau plateau médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en 2008 : il s'agit de poursuivre la mise à niveau du site de Segré et l'installation dans des locaux rénovés de la psychiatrie et du service de soins et de réadaptation (SSR) ;
- Améliorer la qualité ;
- Développer le travail en réseau ;
- Favoriser la mobilisation des équipes ;
- Informer la population et mieux l'associer aux modes de prises en charge.

L'établissement envisage de produire un nouveau projet d'établissement à la suite du 3^{ème} cycle de certification par la Haute Autorité en Santé (HAS) et de prendre en compte le nouveau projet régional de santé et ses schémas qui seront achevés fin 2011. Dans l'attente, il s'appuie sur les éléments de contractualisation avec l'Agence régionale de santé¹ (ARS) que sont le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre l'ARS et le CHHA le 31 mars 2007, ainsi que les avenants et la revue annuelle du contrat visée par l'ARS en 2010.

Les nouvelles perspectives concernent principalement l'augmentation de l'activité en ambulatoire, la création d'un service de court séjour en gériatrie, et l'extension des SSR.

Dans ce cadre contractuel, l'ARS constate en outre que les missions d'intérêt général représentent une part importante de l'activité, qu'elles se sont nettement développées sur la période et doivent continuer leur développement. Même si l'établissement doit réaliser des progrès sur la réalisation des objectifs cibles assignés aux « gestes marqueurs² », il atteint généralement les objectifs fixés dans le CPOM, voire les dépasse dans certains domaines.

¹ Avant 2010 : Agence régionale d'hospitalisation (ARH).

² Chirurgie hernies inguinales et chirurgie utérus.

L'établissement entretient une dynamique de progrès qui se traduit par une amélioration de son taux d'attractivité sur le territoire qui augmente de 33 à 35 % sur quatre ans en médecine chirurgie et obstétrique (MCO), en particulier dans le domaine de l'obstétrique.

Compte tenu de la profonde restructuration de l'établissement, il est nécessaire qu'il dispose à brève échéance d'un projet d'établissement qui acte des objectifs de moyen terme, et offre un cadre actualisé à la gestion par pôles.

1.2 La gouvernance

La réforme de la gouvernance, introduite en 2005 et confortée par la loi HPST (hôpital patients santé territoire) de 2009 a été mise en œuvre partiellement dans l'établissement ; le conseil exécutif a fonctionné à partir de février 2007, et le directoire est installé depuis le 7 juin 2010.

Le CHHA recense actuellement les différents éléments de règlement intérieur délibérés et les points qui devront faire l'objet d'un complément. Il est donc nécessaire que cette démarche aboutisse à la finalisation du règlement intérieur et sa formalisation dans un document unique.

A ce jour, l'établissement n'a pas intégré dans les contrats de pôle, les nouvelles prérogatives créées par la loi HPST et le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatifs aux pôles d'activités cliniques ou médico-techniques.

En 2006, 8 pôles d'activités médicales et un pôle administratif et logistique ont été mis en place à partir du périmètre classique des grands secteurs d'activité. Six contrats de pôle ont été signés en mai 2008 pour une durée de quatre ans.

Les objectifs particuliers de chacun sont formulés dans un style peu contraignant, « *...dans la mesure du possible* », « *...s'engage à rendre sa pratique conforme aux référentiels de la HAS* ». Les indicateurs sont suggérés, et aucune valeur cible n'est donnée.

L'établissement qualifie sa démarche de pragmatique et progressive. Les chefs de pôles ont été associés au conseil exécutif puis au directoire, mais la dynamique contractuelle a été réduite du fait des grands chantiers de l'établissement. Cependant, pour la première fois, les activités ont été présentées par pôle à l'occasion de l'examen du compte financier 2009.

Pour organiser les délégations de gestion prévues par les textes qui rendent contraignante la gestion par pôle d'activité, il est nécessaire que le CHHA redynamise cette gestion, en lien avec le nouveau projet médical et le projet d'établissement.

2 Coopération et partenariat

Le CHHA a engagé de nombreux partenariats et mis en œuvre des coopérations dans l'ensemble de ses secteurs d'activité.

Il participe à 11 réseaux ou filières, certains thèmes concernant un réseau de Mayenne et un réseau du Maine et Loire. Il a signé cinq conventions de coopération avec le secteur médico-social et/ou d'autres acteurs santé/social. D'autres conventions de coopérations encadrent des partenariats spécifiques aux urgences, le recours aux plateaux techniques et/ou aux conditions d'adressage des patients.

En outre, ses liens privilégiés avec le CHU d'Angers contribuent à l'attractivité de l'établissement pour les professionnels ; ainsi, plusieurs conventions concernent la mutualisation de personnel avec le CHU d'Angers.

3 L'activité

3.1 Une activité en hausse

Les capacités de l'établissement ont augmenté de 20 lits et places en 2008, à l'occasion de l'ouverture du nouveau plateau technique, avec un accent particulier sur les alternatives à l'hospitalisation complète (neuf places de chirurgie ambulatoire et quatre places d'hôpital de jour), à l'occasion de l'ouverture du nouveau plateau technique. Il dispose de 180 lits/places en MCO, 31 lits en service de suite et rééducation, 40 lits en psychiatrie, 56 lits en USLD et 249 lits en EHPAD.

Sur la décennie 1999-2009, la croissance d'activité a été particulièrement soutenue avec 17 % pour les séjours, 49 % pour les urgences, et 14 % pour les naissances.

Sur la période de contrôle, le dynamisme de l'activité est confirmé, malgré une quasi stagnation de l'activité en MCO sur 2010, compte tenu d'un ralentissement en médecine et chirurgie et d'une progression confirmée en obstétrique.

L'établissement doit cependant être attentif à la durée moyenne des séjours (DMS) dont l'allongement depuis 2006 est préoccupant.

durée moyenne de séjour (DMS)						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MCO	4,30	4,30	4,39	4,38	4,55	4,86
SSR	29,60	29,50	29,30	28,83	28,00	31,7

Données CHHA

La direction de l'hôpital explique cette hausse, notamment en 2009 et 2010, par des difficultés en aval de l'hospitalisation (retour à domicile ou soins de suite) et par des prises en charge plus lourdes (en chirurgie notamment). Elle souligne également la baisse de la DMS au 1^{er} quadrimestre 2011 (4,35 jours).

L'établissement doit cependant suivre cet indicateur avec vigilance car il est essentiel dans le cadre de la tarification à l'activité.

3.2 Les disparités entre les deux sites

Les deux pôles hospitaliers de Château-Gontier et Segré ne présentent pas le même niveau d'activité, et leurs résultats notamment au regard du taux d'occupation ne

sont pas du même ordre, le pôle de Segré se situant très en dessous de celui de Château-Gontier. Pour l'hôpital, cette différence s'explique notamment par la forte composante gériatrique du service de médecine de Segré.

taux d'occupation	2005	2006	2007	2008	2009
Médecine					
Château-Gontier	85,57%	86,41%	87,11%	92,74%	100,42%
Segré	71,97%	69,29%	77,28%	78,55%	79,30%
SSR					
Château-Gontier	91,01%	92,55%	88,36%	91,86%	94,49%
Segré	77,61%	84,26%	85,40%	87,18%	81,10%

L'accueil de premiers soins de Segré doit être restructuré pour réduire le recours systématique à l'intérim pour les postes médicaux. Des actions ont été entreprises, notamment par la mise en place d'une offre de consultations spécialisées comme la cardiologie, mais l'impact sur l'attractivité du site n'est pas encore perceptible.

4 La gestion du personnel médical

4.1 L'exercice de la médecine libérale doit être mieux encadré

L'activité libérale au sein de l'établissement concerne d'une part l'exercice libéral des praticiens de l'hôpital, et d'autre part la clinique ouverte héritée de la reprise des activités de la clinique de l'Espérance.

4.1.1 L'exercice libéral des praticiens hospitaliers

Cette possibilité est strictement encadrée par le code de la santé publique dans son article L. 6154-2, et l'exercice libéral doit respecter plusieurs critères, notamment de proportionnalité par rapport à l'activité publique.

Or, au motif que cette possibilité ne concernait qu'un petit nombre de praticiens hospitaliers (PH), l'établissement ne s'était doté ni de la commission d'activité libérale, ni des outils de gestion permettant d'évaluer la part de cette activité pour chacun des médecins concernés.

En 2010, une délibération a été prise par la commission médicale d'établissement et par le nouveau conseil de surveillance pour proposer les nominations à la commission d'activité libérale.

Actuellement quatre médecins sont concernés et l'établissement réfléchit aux adaptations nécessaires de son système d'information. L'Agence régionale de santé ayant pris l'arrêté de composition de cette commission le 31 mai 2011, l'établissement devrait être en mesure de veiller au respect de la réglementation dans ce domaine.

4.1.2 La « clinique ouverte »

L'établissement a accueilli l'exercice de médecins libéraux en son sein pour les activités d'ophtalmologie, ORL et stomatologie, au moment de la reprise de la clinique de l'Espérance.

Quatre médecins exercent dans un cadre contractuel établi fin 1997. Les contrats ont été signés pour une durée indéterminée et visés par l'ARS ; l'autorisation de l'ARS a été renouvelée en 2008. Les spécialités sont celles historiquement assurées par les médecins de la clinique qui ont continué à exercer au sein du CHHA qui ne proposait pas ce type de spécialité.

La loi HPST offre un nouveau cadre législatif et réglementaire³ à l'exercice des praticiens libéraux, auquel l'établissement devra rapidement se conformer, notamment en rattachant l'activité libérale aux pôles de référence, et en limitant à cinq ans la durée du cadre contractuel. Le CHHA envisage préalablement de demander une expertise juridique sur ce dossier.

4.2 La permanence des soins

4.2.1 L'intérim

Même si la coopération, et notamment le partenariat avec le CHU d'Angers, limite les carences, le CHHA connaît des difficultés de recrutement pour certains postes médicaux, en particulier l'obstétrique et la médecine d'urgence, ce qui le contraint à faire appel à l'intérim de manière significative.

En 2009, l'établissement a fait appel à plus de 60 médecins intérimaires pour assurer la permanence des soins, majoritairement pour deux spécialités, les urgences et la maternité. Ces médecins sont recrutés via une société d'intérim qui facture sa prestation entre 60 et 90 € HT par jour travaillé.

Le coût moyen de la rémunération brute des médecins PH intérimaires recrutés pour faire face aux besoins occasionnels est de l'ordre de 900 € par jour. Ces dispositions financières sont avantageuses pour les intéressés, et conduisent certains à privilégier leur statut d'intérimaire. Bien que les engagements contractuels qui les lient à l'agence d'intérim soient au maximum de deux ans, certains médecins travaillent comme intérimaires depuis au moins 2005.

	médecins	périodes 24 h	Montant (€)	Montant € / 24 h
Smur /urgence / 1 ^{er} accueil Segré	40	159	162 801	1 024
Maternité	4	117	117 106	1 001
Cardiologie	3	31	17 760	573
médecine A	4	29,5	18 411	624
médecine B	2	18	10 916	606

³ Décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé.

Gériatrie	3	16,5	10 393	630
Chirurgie	3	13,5	10 151	752
Médecine C	2	9	6 785	754
Radiologie	1	3	2 500	833
Total	62	396,5	356 822	900

Source : XMELIOS (émoluments versés par le CH à partir de XMELIOS/ nombre de jours travaillés par médecin portés sur les factures établies par l'agence d'intérim)

Afin de réduire les coûts liés à l'intérim, l'établissement a fait appel à un praticien pour des remplacements réguliers, en 2009, en accueil et premiers soins sur le site de Segré. Il a formalisé ce recrutement par un contrat à l'occasion du présent contrôle.

La chambre engage le CHHA à poursuivre les actions permettant de réduire le recours très coûteux à l'intérim pour les remplacements des médecins.

4.2.2 La permanence des soins

Les PH sollicités pour assurer la permanence des soins sont rémunérés généralement en astreintes opérationnelles. Dans ce cas, le praticien perçoit une indemnité forfaitaire à laquelle s'ajoute, le cas échéant, une prise en charge du (ou des) déplacement(s), dont le montant est fixé en fonction de la durée (plus ou moins de 3 heures). L'établissement a instauré un plafonnement qui limite la rémunération au montant de la permanence des soins assurée sur place (gardes) si plusieurs déplacements sont comptabilisés.

Les fiches déclaratives d'astreinte des médecins à partir desquelles sont établies les rémunérations, ne sont pas complètement renseignées au regard de la réglementation en vigueur, notamment la durée des déplacements et ne permettent pas un contrôle suffisant.

Si le nom des malades et l'examen réalisé sont renseignés, les indications horaires sont imprécises. Ces imprécisions permettent aux PH d'astreinte de bénéficier d'une indemnité de déplacement pour chaque malade, quand bien même les heures indiquées sur les fiches sont très proches, laissant à penser qu'ils n'ont pas quitté l'hôpital entre deux patients. En outre, un médecin déclare systématiquement quatre patients pour une nuit et sept patients les jours fériés.

Le service des ressources humaines vérifie la cohérence des états déclaratifs par rapport au tableau des astreintes. Il a, par exemple, corrigé une fiche pour une astreinte déclarée par un médecin car cette astreinte avait été réalisée par un autre PH.

Un contrôle encore plus complet sur les horaires des déplacements éviterait une comptabilisation large du nombre de ces déplacements, et permettrait probablement de réduire la charge financière des astreintes.

5 Fiabilité des comptes et situation financière

5.1 La fiabilité

La prévision budgétaire pour le budget principal est généralement fiable, à l'exception des écarts importants constatés sur les prévisions relatives aux provisions du titre 4 du compte financier. En effet, la prévision de charges du titre 4 est fréquemment sous-évaluée.

	Dotations aux provisions				c/20 et 21	
	Prévision	réalisation	Différence	%	prévision	Réalisation
2006	4,34	4,86	0,52	12%	0,65	0,41
2007	3,6	4,13	0,53	15%	3,1	0,6
2008	3,68	3,83	0,15	4%	4,5	3,7
2009	3,43	4,53	1,1	32%	1,91	0,61

En M€

Même si pour l'établissement, cette difficulté est liée à la prévision de provisions réglementées, difficile à évaluer en particulier quand la programmation des travaux est modifiée, le risque de déficit évoqué en 2006 et 2007 et prévu en 2008, est contredit par un résultat excédentaire, excédent il est vrai atténué par l'augmentation des provisions.

Compte de résultat prévisionnel principal (CRPP)

Charges												
Chap.	2006			2007			2008			2009		
	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart
Titre 1	25 995	26 104	0,42%	26 786	26 980	0,72%	27 740	28 276	1,93%	29 452	29 723	0,92%
Titre 2	4 264	4 231	-0,79%	4 372	4 482	2,53%	4 760	5 183	8,88%	5 488	5 589	1,84%
Titre 3	4 380	4 343	-0,85%	4 467	4 335	-2,93%	4 913	5 499	11,92%	5 598	5 691	1,65%
Titre 4	5 142	5 699	10,85%	5 211	5 616	7,78%	5 530	5 924	7,13%	5 248	6 214	18,41%
Excédent	39 781	40 377	1,50%	40 835	41 414	1,42%	42 943	44 881	4,51%	45 786	47 217	3,13%
		37			31			513			403	

Produits												
Chap.	2006			2007			2008			2009		
	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart
Titre 1	32 323	32 575	0,78%	32 967	33 139	0,52%	33 421	35 852	7,27%	36 156	37 190	2,86%
Titre 2	2 418	2 371	-1,95%	2 630	2 746	4,41%	2 905	3 077	5,91%	3 220	3 339	3,70%
Titre 3	5 040	5 468	8,50%	5 238	5 560	6,15%	6 307	6 466	2,52%	6 411	7 092	10,62%
Déficit	39 781	40 414	1,59%	40 835	41 445	1,49%	42 633	45 394	6,48%	45 786	47 621	4,01%
							310					

Source : comptes financiers--- Prévisions : EPRD initiaux En K€

La prévision budgétaire du budget annexe de l'EHPAD est quant à elle plus imprécise.

Compte de résultat prévisionnel annexe (E EHPAD)

Chap.	Charges											
	2006			2007			2008			2009		
	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart
Titre 1	1 992	2 074	4,11%	2 155	2 178	1,04%	2 752	2 760	0,30%	3 003	2 937	-2,20%
Titre 2	62	65	4,95%	68	63	-7,57%	358	225	-37,07%	358	296	17,17%
Titre 3	1 105	1 152	4,26%	1 186	1 181	-0,44%	1 229	1 327	8,03%	1 287	1 412	9,74%
Titre 4	353	305	-13,48%	313	291	-7,03%	325	527	62,33%	335	510	52,09%
	3 512	3 596	2,41%	3 723	3 713	-0,26%	4 663	4 840	3,79%	4 983	5 156	3,46%
excédent					3						9	

En K€

Source : comptes financiers

Chap.	Produits											
	2006			2007			2008			2009		
	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart	Prév.	Réal.	Ecart
Titre 1	769	771	0,22%	795	865	8,92%	1 588	1 681	5,83%	1 737	1 731	-0,40%
Titre 2	470	476	1,12%	513	501	-2,39%	584	591	1,27%	645	666	3,26%
Titre 3	2 219	2 258	1,73%	2 364	2 264	-4,23%	2 435	2 463	1,16%	2 518	2 657	5,49%
Titre 4	53	73	38,71%	51	86	66,98%	56	93	64,72%	83	112	35,30%
	3 512	3 578	1,87%	3 723	3 716	-0,19%	4 663	4 828	3,53%	4 983	5 165	3,65%
	30						14					
déficit		-19						-12				

En K€ Source : comptes financiers--- Prévisions : EPRD initiaux

Les écarts entre prévision et réalisation sont importants, et là encore la différence est manifeste en matière de provisions : en 2008, une provision de 240 000 € a été constituée pour financer les frais financiers futurs liés à la reconstruction d'une résidence au titre du décret 2007-1554 du 31 octobre 2007 qui autorise une telle provision. Sa constitution s'en est trouvée facilitée par une baisse de charges due au retard de recrutement de personnels soignants. La même situation s'est reproduite en 2009, le CHHA ayant pu provisionner ainsi 120 000 € supplémentaires.

5.2 Les provisions

Le niveau des provisions de l'établissement est très élevé, il représente 14,4 M€ en 2009. La plus grande part a été validée par l'ARS, dans le cadre de l'opération de construction d'un bâtiment neuf avec restructuration de l'existant (plan hôpital 2007), et notamment constituée grâce aux reliquats des aides à la contractualisation (CPOM) versées chaque année. Cette part s'élève à 12,6 M€ en fin 2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
compte de résultat (principal et annexe)					
68158 autres provisions	3 076 109	2 655 515	0	240 000	745 600
68174 prov dépr créances		0	0	0	0
68743 CET		0	0	0	0
68742 dot prov renouv immo		0	2 160 024	1 343 799	567 590
68744 8 Autres		0	0	0	260 000
Total	3 076 109	2 655 515	2 160 024	1 583 799	1 573 190
7815 prov risques / autres	194 290	87 461	81 500	0	0
78174 prov dépr créances		0	0	0	0
78743 CET		0	0	0	0
Total	194 290	87 461	81 500	0	0
BILAN (31/12)					
142 renouvelte immo		8 153 231	10 313 256	11 657 055	12 584 645
143 CET		242 000	242 000	242 000	242 000
1448 Autres		0	0	0	260 000
1518 autres risques	464 301	460 463	378 963	618 963	378 963
1572 gros entretien	188 000	188 000	188 000	188 000	188 000
158 Autres	5 823 339	0	0	0	625 600
293 immo corporelles en cours	152 449	152 449	152 449	152 449	152 449
Total	6 628 089	9 196 143	11 274 668	12 858 467	14 431 657
491 Redevables					0
Différence					
		0	0	0	0

Source : comptes financiers

Bien que les travaux soient engagés depuis plusieurs années, et plusieurs emprunts mobilisés, l'établissement n'a pas encore eu recours à ces provisions ; il envisage de les utiliser à partir de 2012. Selon le plan de financement actualisé, les reprises seront selon lui, massives à partir de 2023 et ce, jusqu'en 2033.

D'autres provisions ont été constituées par le CHHA, notamment la provision pour compte épargne temps (CET) du personnel. Créée en 2004 à hauteur de 242 k€, cette provision était insuffisante et n'a été réévaluée que tardivement à hauteur de 1 M€ en 2010.

En outre, l'établissement n'utilise qu'à la marge la possibilité de reprises, constituant ainsi des réserves qui ne semblent pas toujours justifiées. Ainsi, le CHHA envisageait à l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) 2010, la reprise de 513 211 € de provisions ; or, pour le seul budget principal, seuls 83 300 € ont été effectivement repris. De même, depuis l'exercice 2006, 188 000 € de provisions pour grosse réparation et 33 611 € au titre de la promotion professionnelle sont systématiquement inscrits pour être repris à l'EPRD de l'année suivante, mais jamais exécutés. Toutefois en 2011, le CHHA envisage des reprises de provisions plus significatives, compte tenu de l'engagement des travaux d'entretien et réparations qui avaient pris du retard.

Compte tenu du montant important et de l'hétérogénéité des provisions, le suivi réalisé par l'établissement doit se renforcer pour satisfaire aux engagements de très long terme et permettre notamment la reprise effective des provisions quand elle est justifiée.

5.3 Situation financière

Le centre hospitalier bénéficie aujourd'hui d'une situation financière saine, sous réserve de l'impact de la dernière étape de restructuration du site de Segré. Il dégager un résultat très légèrement positif depuis 2006, et dispose de provisions confortables. Le risque d'un résultat prévisionnel négatif sur la période, annoncé dans le plan global de financement pluriannuel 2008-2011 adressé en 2008 à l'ARH, ne s'est pas réalisé.

Le compte de résultat prévisionnel principal de l'hôpital représente près de 80 % de ses dépenses et charges. Depuis la transformation en 2010 de places d'USLD en places d'EHPAD, la part respective des budgets annexes de l'USLD et de l'EHPAD est de 5 % et 15 %.

Comme le montre le tableau ci-dessous, la situation financière a évolué favorablement, le résultat ayant toujours été positif depuis 2006.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010 prov
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT						
Budget principal H	39 592 245	40 376 882	41 414 129	44 881 255	47 217 236	48 934 829
Budget annexe A – DNA	13 774	778	569	579	588	586
Budget annexe B – USLD	5 909 357	6 117 574	6 300 560	6 442 205	6 524 062	3 177 388
budget annexe C – IFAS			78 480	200 606	191 060	197 749
Budget annexe E – EHPAD	3 441 154	3 596 412	3 712 870	4 839 785	5 155 566	8 949 883
Budget annexe P – CLIC				53 104	53 566	59 836
TOTAL DES DEPENSES	48 956 531	50 091 645	51 506 608	56 417 533	59 142 078	61 320 272
RECETTES DE FONCTIONNEMENT						
Budget principal H	39 190 478	40 413 528	41 445 403	45 394 252	47 620 525	49 404 889
Budget annexe A – DNA	153 746*	1 827	1 828	1 851	4 978	2 011
Budget annexe B – USLD	5 912 201	6 106 418	6 310 458	6 431 723	6 548 866	3 257 211
budget annexe C – IFAS**			78 486	200 851	231 927	178 016
Budget annexe E – EHPAD	3 445 728	3 577 571	3 715 631	4 827 688	5 164 750	9 009 649
Budget annexe P – CLIC				44 195	53 244	56 938
TOTAL DES RECETTES	48 702 153	50 099 344	51 551 806	56 900 560	59 624 289	61 908 714
RESULTATS CUMULES	-254 378	7 698	45 198	483 027	482 211	588 443

Sources : comptes financiers

* vente d'une ferme**créé le 1^{er} septembre 2007

Les produits

De 2005 à 2009, les produits ont globalement augmenté de 22 %. Cette augmentation provient de la progression des produits d'assurance maladie liée à la progression de l'activité, mais également de l'augmentation de certains tarifs et de la mise en place d'une facturation pour chambre individuelle. Cette mesure prise en 2006 pour prévenir le risque de déficit représente une recette de plus de 500 k€ en 2009.

Chap.	Produits							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010 prov	var 05/09
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	31 904 462	32 574 891	33 139 301	35 852 013	37 189 802	39 027 067	17%
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	2 205 534	2 370 595	2 746 029	3 076 542	3 339 195	3 249 926	51%
Titre 3	Autres produits	5 066 627	5 468 042	5 560 073	6 465 697	7 091 528	7 127 896	40%
hors groupe		13 854						
	TOTAL DES PRODUITS	39 190 478	40 413 528	41 445 403	45 394 252	47 620 525	49 404 889	22%
	TOTAL DU COMPTE DE RESULTAT PRINCIPAL	-401 768						

Source : comptes financiers

Les charges de gestion

Sur la période, les charges ont augmenté de 19 %.

Chap.	Charges							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010 prov	var 05/09
Titre 1	Charges de personnel	25 592 844	26 104 442	26 980 401	28 275 778	29 723 478	30 424 097	16%
Titre 2	Charges à caractère médical	4 261 668	4 230 623	4 482 069	5 182 587	5 588 794	5 891 857	31%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	4 236 761	4 342 510	4 335 471	5 498 819	5 690 523	5 569 612	34%
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	5 469 316	5 699 308	5 616 187	5 924 072	6 214 441	7 049 263	14%
hors groupe		31 656						
	TOTAL DES CHARGES	39 592 245	40 376 882	41 414 129	44 881 255	47 217 236	48 934 829	19%
	TOTAL DU COMPTE DE RESULTAT PRINCIPAL		36 646	31 274	512 998	403 288	470 060	

Source : comptes financiers

Entre 2005 à 2007, l'augmentation des charges est modérée, mais la croissance s'accélère fortement à partir de 2008 compte tenu de la croissance des charges de personnel (près de 40 agents équivalent temps plein (ETP) créés depuis 2006) et des charges à caractère hôtelier qui suivent l'effet cumulé de la croissance de l'activité et de la mise en service du nouveau plateau technique (+ 8 % à nombre de lits constants).

Les soldes intermédiaires de gestion

Les produits évoluant légèrement plus rapidement que les charges, l'excédent brut de fonctionnement (EBE) a progressé. En revanche la forte hausse des charges financières liée aux emprunts contractés pour financer l'extension de l'hôpital, n'a pas permis d'accroître la capacité d'autofinancement (CAF)⁴ qui est restée stable.

⁴ Capacité d'autofinancement : l'excédent des produits réels de fonctionnement de l'exercice sur les charges réelles de fonctionnement de l'exercice.

	2005	2006	2007	2008	2009
produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance maladie (A)	5 406	7 996	11 652	23 319	24 411
DAC (B)	15 766	13 411	9 718	0	0
sous-total MCO (A+B)	21 172	21 407	21 370	23 319	24 411
produits des tarifications à l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (C)	2 233	2 371	2 746	3 077	3 339
sous-total variable selon l'activité (A+C)	7 639	10 367	14 399	26 395	27 750
MIGAC	4 698	4 948	5 131	5 742	5 819
forfaits annuels	626	635	800	800	800
dotation forfaitaire de financement (DAF)	5 409	5 585	5 838	5 992	6 161
produits afférents aux soins (CRA)	3 350	3 498	3 681	4 531	4 614
produits afférents à la dépendance	1 353	1 400	1 440	1 586	1 682
produits de l'hébergement	4 426	4 560	4 613	4 891	5 157
vente de marchandises	157	182	177	168	227
autres produits	338	821	1 028	1 227	1 285
produits bruts d'exploitation	43 762	45 407	46 824	51 333	53 494
consommation en provenance de tiers	4 361	4 547	4 726	5 556	5 740
charges externes	3 854	6 409	6 562	7 810	8 345
remboursements de frais des CRA	-285	2 272	2 279	2 558	2 710
consommations intermédiaires	8 499	8 684	9 009	10 808	11 375
VALEUR AJOUTEE	35 263	36 722	37 815	40 525	42 119
subvention d'exploitation	24	213	310	622	529
impôts et taxes	74	74	43	82	106
charges de personnel	31 057	31 637	32 815	34 827	36 474
EBE	4 155	5 224	5 267	6 238	6 067
autres produits d'exploitation	936	590	697	859	960
autres charges d'exploitation	120	135	126	202	89
produits financiers	3	20	85	50	8
charges financières	330	757	1 139	1 387	1 469
produits exceptionnels	556	472	184	226	481
charges exceptionnelles	142	157	445	182	287
CAF	5 059	5 257	4 523	5 601	5 671

Source : rapport du comptable 2009

De 2005 à 2010, l'établissement a investi 64 M€, dont 45 M€ pour la construction du nouvel hôpital. Il a emprunté 47,65 M€, et sa capacité de désendettement en 2010 est légèrement inférieure à 6 ans⁵, pour une médiane des établissements de même catégorie de 4,84 ans. Le niveau de risque de la dette est peu élevé.

⁵ Ratio de désendettement : dette/CAF brute. Le chiffre est exprimé en nombre d'années.

Recommandations

1. Elaborer un projet d'établissement qui acte des objectifs de moyen terme, et offre un cadre actualisé à la gestion par pôles.
2. Finaliser le règlement intérieur et sa formalisation dans un document unique.
3. Redynamiser la gestion par pôle, en lien avec le nouveau projet médical et le projet d'établissement.
4. Veiller au respect du nouveau cadre législatif et réglementaire relatif à l'exercice des praticiens libéraux.
5. Poursuivre les actions permettant de réduire le recours à l'intérim pour les remplacements des médecins.
6. Renforcer le contrôle interne sur les horaires des déplacements donnant lieu à indemnisation pendant les astreintes des médecins.
7. Renforcer le suivi des provisions pour satisfaire aux engagements de long terme et veiller à la reprise effective de celles ci quand elle est justifiée.