



Chambre régionale des comptes
de Poitou-Charentes

Le président

Poitiers, le 13 novembre 2009

REF. : N° 855

ROD2

RECOMMANDE AVEC A.R.

Monsieur le Directeur,

Le rapport d'observations sur la gestion des hôpitaux Sud-Charente, arrêté par la chambre régionale des comptes le 17 septembre 2009, vous a été notifié le 8 octobre 2009.

En application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, vous pouviez y apporter une réponse écrite dans le délai d'un mois suivant sa réception.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint un exemplaire du rapport d'observations auquel est jointe la réponse que vous avez adressée au greffe de la chambre le 2 novembre 2009.

Un exemplaire de cette version définitive est par ailleurs adressé au préfet, au trésorier-payeur général, ainsi qu'au président du conseil d'administration de l'établissement. Celui-ci devra en assurer la communication à l'assemblée délibérante, conformément à l'article L. 243-5 du code des juridictions financières.

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

P.J. : 1 rapport

Gérald MEUNIER

Monsieur le directeur
Hôpitaux Sud Charente
Route de Saint Bonnet - BP 31
16300 BARBEZIEUX-SAINT-HILAIRE

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

GESTION DES HÔPITAUX DU SUD-CHARENTE

SEANCE DU 17 SEPTEMBRE 2009

La chambre régionale des comptes de Poitou-Charentes a examiné la gestion des hôpitaux du Sud-Charente à compter de 2003. Le contrôle, centré sur les activités de court séjour, a porté sur les orientations stratégiques de l'établissement, sur la gouvernance hospitalière, sur la coopération inter hospitalière et sur la situation comptable et financière.

Le rappel de la procédure suivie en application du code des juridictions financières figure en annexe.

SOMMAIRE

1	Présentation de l'établissement	2
2	L'activité de court séjour	2
2.1	La zone d'attractivité et les parts de marché en médecine et chirurgie	2
2.2	Les indicateurs d'activité	3
3	Les orientations stratégiques	3
4	La coopération inter hospitalière	4
5	La gouvernance hospitalière	5
6	La situation comptable et financière	6
6.1	La qualité des comptes	6
6.2	Le fonctionnement	6
6.3	Le compte de résultat principal (CRP)	6
6.3.1	L'évolution des produits et des charges	6
6.3.1.1	Les produits d'exploitation	6
6.3.1.2	Les charges d'exploitation	7
6.3.2	Les résultats comptables du CRP compte non tenu des aides exceptionnelles	8
6.4	L'analyse fonctionnelle du bilan	8
6.4.1	Les grands équilibres du bilan	9
6.4.2	Le financement des investissements	9
6.4.2.1	La capacité d'autofinancement de l'établissement	9
6.4.2.2	L'endettement	10
6.4.2.3	Le plan global pluriannuel de financement des investissements	10
6.4.3	Le financement du cycle d'exploitation	10
7	Les aspects financiers de la coopération médicale inter hospitalière	11
8	ANNEXES	13
8.1	Rappel de la procédure	13
8.2	Tableaux annexés	14

1 Présentation de l'établissement

Les hôpitaux du Sud-Charente sont nés de la fusion du centre hospitalier de Barbezieux et du centre médical du Château Saint-Bernard à Touverac, en janvier 1997. Les deux sites sont distants de 15 kilomètres.

Le centre hospitalier de Barbezieux est un site de proximité qui accueille les services d'urgence et de court séjour (médecine, chirurgie ambulatoire, centre périnatal, consultations externes), le secteur pour personnes âgées (maison de retraite Boris Bordes) et les unités médico-techniques (bloc opératoire, pharmacie centrale, imagerie médicale). Le centre médical du Château Saint-Bernard propose des services de rééducation, réadaptation, de soins de suite, et de soins de longue durée.

La capacité des hôpitaux du Sud-Charente est de 358 lits et places en 2007, dont 67 lits et places de médecine et de chirurgie et 291 lits de moyen et long séjour. Les lits d'hébergement constituent près de la moitié de la capacité.

Au 31 décembre 2007, l'effectif budgétaire en équivalence temps plein était de 421,6 agents non médicaux, dont 327 relevant de la partie sanitaire (court séjour et soins de suite et de rééducation) L'effectif médical était de 28 praticiens à temps plein et de 5 médecins à temps partiel.

2 L'activité de court séjour

2.1 La zone d'attractivité et les parts de marché en médecine et chirurgie

La zone d'attractivité ou de référence des hôpitaux Sud-Charente concerne environ 40 000 habitants. En 2006, l'établissement accueillait environ 25% des hospitalisations de sa zone de référence, dont 17% de la chirurgie et près de 33% des malades nécessitant une hospitalisation en médecine.

La zone où la présence de l'établissement est la plus importante regroupe trois cantons qui représentent 16 800 habitants. Dans cette zone, la part de marché de l'hôpital était de 43% en 2005 et celle d'Angoulême de 29%.

Le score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales¹ place les hôpitaux du Sud-Charente en classe C en 2007. Les efforts apportés à la qualité et à la sécurité des soins ont permis, selon l'établissement, une progression de l'indice agrégé pour 2008 en B avec des scores meilleurs sur les indices ICTAB et ACSHA.

¹ Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales. Le tableau repose sur quatre indicateurs (ICALIN, ICSHA, SURVISO et ICATB) explorant des domaines complémentaires de la lutte contre les infections nosocomiales. Le poids relatif de chaque indicateur dans ce score agrégé est fixé ainsi : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10. Le score agrégé offre par catégorie d'établissements un affichage simplifié des quatre indicateurs sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100, ce qui permet à l'établissement de se positionner à l'intérieur d'une classe (de A à E) comparativement aux établissements de sa catégorie.

2.2 Les indicateurs d'activité

Le nombre d'admissions et de journées d'hospitalisation complète diminue sur la période 2005-2007 essentiellement par l'effet de la fermeture de la chirurgie en 2007. La médecine générale et la médecine gériatrique connaissent une augmentation du nombre d'admissions, tandis que la réduction de la durée moyenne de séjour de ces deux spécialités entraîne une diminution du nombre de journées, ce qui est plutôt favorable dans le cadre d'une tarification à l'activité.

Les pathologies prises en charge en médecine et en soins de suites et de réadaptation (SSR) confirment la vocation gériatrique de cet hôpital de proximité. L'établissement dispose de l'ensemble des prises en charge de la filière de soins : médecine gériatrique, soins de suites, soins de longue durée (USLD), hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), équipe mobile de soins palliatifs et consultations mémoire.

3 Les orientations stratégiques

Les hôpitaux du Sud-Charente n'ont pas établi de projet d'établissement depuis la fusion du centre hospitalier de Barbezieux et du centre médical du Château Saint-Bernard, en janvier 1997, alors même que l'établissement a connu des évolutions notables de son activité médicale (*fermeture de la maternité en 2000, recomposition de l'offre chirurgicale en 2007*) et de sa politique immobilière depuis lors (*construction d'un EHPAD en 2008 ; orientations prises pour le regroupement des deux sites sur Barbezieux*). L'ordonnateur a indiqué que le projet devrait cependant être terminé fin 2009.

Le projet d'établissement² constitue une synthèse des orientations stratégiques d'un établissement public de santé, établi pour cinq ans, qui est défini en cohérence avec le schéma régional de l'organisation des soins sur la base du projet médical. De constitution obligatoire aux termes des articles L. 6143-1 et suivants du code de la santé publique, il est le premier domaine visé par le code de la santé publique sur lequel le conseil d'administration d'un établissement public de santé doit délibérer.

Le projet médical de l'établissement a été validé par le conseil exécutif du 9 mars 2007 et adopté par le conseil d'administration du 13 mars de la même année. Le projet de soins et le projet social seraient en cours d'élaboration. L'établissement devrait pouvoir disposer d'un projet d'établissement en 2009. L'élaboration de ce document constitue d'ailleurs la première des recommandations émises par la Haute Autorité de Santé dans son rapport de certification d'avril 2007.

Le projet médical est en cohérence avec les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 (SROS III) et celles du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2007-2011 adoptées par le conseil d'administration le 13 mars 2007. Il vise à conforter le rôle d'hôpital de proximité à partir de l'offre médicale existante, axé sur la consolidation de la médecine, à orientation gériatrique, sur les soins de suites et de réadaptation, sur son rôle pivot au sein de la filière gériatrique du Sud-Charente ainsi que sur l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer. Des consultations avancées de chirurgie et de spécialités chirurgicales, une activité ambulatoire et une activité d'anesthésiologie demeurent assurées par des praticiens du

² Le projet d'établissement comporte un projet de soins infirmiers, un projet social et un projet des systèmes d'information. Il comprend également le programme d'investissement et le plan global de financement pluriannuel.

centre hospitalier d'Angoulême, dans le cadre d'une coopération étroite entre les deux établissements.

L'offre médicale s'organise autour de cinq pôles d'activité médicale et médico-technique et, à terme, sur un seul site. Après l'achèvement de la reconstruction de l'EHPAD et de l'USLD à la fin de 2008 pour la 1^{ère} tranche et courant 2009 pour la tranche suivante, seules les activités de médecine physique et de réadaptation et de soins de suite (SSR) demeureront sur le site du château Saint-Bernard. Le regroupement de la totalité de l'offre de soins sur le site de Barbezieux est prévu à échéance 2012, la construction de 120 lits et places devant s'inscrire dans le cadre du plan « hôpital 2012 ».

Ce regroupement permettra de rationaliser l'organisation des soins et engendrera des économies de fonctionnement³ ; il contribuera aussi à mettre fin à l'hébergement des patients ressortissant des activités de SSR et d'USLD dans les locaux du site de Touverac dont la Haute Autorité de Santé relevait la vétusté, dans son rapport de certification d'avril 2007, et estimait qu'ils « *ne permettaient pas de préserver le respect de l'intimité et de la dignité du patient tout au long de sa prise en charge.* »

4 La coopération inter hospitalière

Les conventions de partenariat constituent l'essentiel des formes de coopération des hôpitaux du Sud-Charente. Vingt-trois conventions de coopération, dont une convention-cadre établie dès 1991, ont été conclues avec le centre hospitalier d'Angoulême. Une nouvelle convention-cadre entre les hôpitaux du Sud-Charente et le centre hospitalier d'Angoulême a été adoptée par le conseil d'administration le 29 octobre 2008 avec effet du 1^{er} janvier 2008. Elle définit :

- l'organisation du réseau des urgences ;
- les conditions dans lesquelles les médecins et les personnels non médicaux (sages-femmes) peuvent dispenser des soins à Barbezieux ;
- les conditions dans lesquelles les médecins spécialistes des Hôpitaux du Sud-Charente peuvent dispenser des soins au centre hospitalier d'Angoulême ;
- les conditions dans lesquelles les patients du centre hospitalier d'Angoulême peuvent être pris en charge par les Hôpitaux du Sud-Charente à l'issue de leur hospitalisation au centre hospitalier d'Angoulême ;
- le principe général des conditions financières de partage des compétences.

Des règlements particuliers annexés à la convention-cadre régissent l'organisation de la coopération pour la chirurgie viscérale, urologique et orthopédique, l'anesthésie, et les spécialités médicales telles la gastro-entérologie, l'endoscopie et l'odontologie, la néphrologie, la neurologie et le fonctionnement du centre de périnatalité. Au total, seize praticiens et une sage-femme employés par le centre hospitalier d'Angoulême exercent une partie de leur activité à Barbezieux.

D'autres règlements prenant la forme de protocoles détaillés organisent les relations entre les deux établissements pour le prélèvement d'organes et de tissus, le SMUR, la surveillance médicale et la réanimation.

³ Le surcoût d'exploitation induit par l'existence de deux sites est estimé à 250 000 € par l'hôpital.

Le renforcement de la coopération avec le site de recours du territoire de santé de la Charente s'inscrit dans le cadre du maintien d'une offre de soins de proximité en court séjour à Barbezieux, en parfaite cohérence avec le SROS III..

Des actions de coopération existent également avec deux autres centres hospitaliers voisins. Cinq conventions ont été conclues avec le centre hospitalier de Jonzac pour l'utilisation en commun d'un scanner mobile, l'exercice partagé de l'activité des deux radiologues de Barbezieux à raison de deux demi-journées de leur temps de travail à Jonzac, et la mise en commun de leurs moyens pour l'organisation des gardes de week-end du service de radiologie et du laboratoire de biologie. La coopération avec le centre hospitalier de Cognac consiste en la mise à disposition des hôpitaux du Sud-Charente d'un anesthésiste cognçais à raison de deux demi-journées par semaine.

5 La gouvernance hospitalière

Le conseil exécutif a été institué le 11 septembre 2006. Il satisfait aux obligations réglementaires en ce qui concerne le nombre et la composition de cette instance et se réunit avant chaque conseil d'administration. Le conseil d'administration, dont le rôle a été recentré sur les orientations stratégiques, conserve une place affirmée au cours de l'année 2007, étant remarqué par ailleurs qu'il était particulièrement concerné par la signature du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) et la fermeture du service de chirurgie.

Après avoir étudié le découpage de l'établissement en quatre pôles d'activité médico-techniques, le conseil exécutif a retenu, à l'unanimité, une solution avec 5 pôles adoptée par le conseil d'administration des hôpitaux du Sud-Charente le 24 janvier 2007. Il s'agit des pôles suivants : pôle urgences, pôle médico-chirurgical, pôle soins de suite et réadaptation, pôle gériatrie et pôle médico-technique.

Ce sont surtout les bureaux de pôles, élargis à tous les médecins du pôle, et peu les conseils de pôles, qui se réunissent. Si le découpage en pôles a été réalisé en cohérence avec le projet médical adopté peu de temps après, il n'en demeure pas moins qu'il n'a pas été élaboré de projets de pôles, qui doivent, ainsi que le précise l'article L. 6146-6, alinéa 2, du code de la santé publique, prévoir l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation de soins.

Les contrats de pôle, dont il convient de souligner la qualité nonobstant l'absence de projets de pôles ci-dessus relevée, ont été validés par le conseil d'administration le 3 juillet 2008. Ils constituent l'outil opérationnel définissant les modalités de fonctionnement des pôles qui, outre l'évocation de l'organisation interne et du rôle des acteurs (responsable médical, cadre référent, cadre de santé, assistant de gestion) analysent les points forts et les points faibles de chacun des pôles autour de quatre domaines que sont l'activité, les ressources, l'organisation et la qualité des soins.

Ils fixent des axes d'amélioration dans les quatre domaines précités, assortis d'indicateurs de résultat, sur lesquels portent les engagements du pôle. Les engagements de l'établissement consistent en la communication d'une information budgétaire et d'outils de pilotage médico-économique, la désignation d'un directeur référent et d'un assistant de gestion pour l'accompagnement du responsable de pôle et la délégation de gestion. Les domaines de délégation de gestion qui sont actuellement restreints aux crédits de formation continue du personnel non

médical et aux crédits correspondant aux mensualités de remplacement d'été, devraient évoluer parallèlement, selon l'ordonnateur, à l'effort de diffusion de la comptabilité analytique auprès des personnels. Enfin, le contrat prévoit un intéressement collectif en fonction des résultats du pôle. Les décisions de délégation de gestion du directeur aux responsables de pôle ont été signées le 3 juillet 2008.

Une mise à jour du règlement de l'établissement adopté en décembre 2005 et intégrant les modifications introduites par l'ordonnance du 2 mai 2005 est envisagée.

6 La situation comptable et financière

6.1 La qualité des comptes

Les vérifications ont porté sur les procédures comptables et le respect des trois principes d'indépendance des exercices, de prudence et d'image fidèle.

La procédure de rattachement des charges est globalement respectée, hormis en 2005 où les reports de charges se sont élevés à 466 326 €, dont 314 000 € relatifs au solde de la prime de service. Le report de charges constaté en 2005 a été apuré en 2006 par l'octroi d'un crédit exceptionnel de l'ARH dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier. La prime de service des exercices 2006 et 2007 est comptabilisée sur l'exercice concerné.

La mise en œuvre des dispositions de l'article 5 du décret de 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, a été l'occasion de mettre en évidence que la créance détenue par les hôpitaux du Sud-Charente à l'égard de la caisse pivot (*mutualité sociale agricole*), inscrite au compte de tiers 4122-1 pour un montant 1 305 376,53 €, ne correspond pas à la créance de 1 284 128,22 € qui a fait l'objet d'une reconnaissance réciproque entre cette caisse pivot et l'établissement. L'écart de 21 248,31 € qui devra donner lieu *in fine* à une prise en charge budgétaire, n'est cependant pas de nature à fausser l'appréciation de la situation financière de l'établissement.

6.2 Le fonctionnement

L'établissement comporte un budget principal (compte de résultat de l'activité principale) et quatre comptes de résultats des activités annexes (unité de soins de longue durée, USLD de Touverac, maison de retraite Boris Borde et dotation non affectée). Les budgets annexes représentent environ 20% du volume financier de l'établissement et ils dégagent des résultats excédentaires sur l'ensemble de la période, contrairement au budget principal qui présente des résultats déficitaires en 2004 et 2007 (Cf. tableaux annexés n° 1 et 2). L'analyse de la chambre a porté sur le budget principal.

6.3 Le compte de résultat principal (CRP)

6.3.1 L'évolution des produits et des charges

Au cours de la période 2003-2007, la progression des charges de l'établissement (+ 15,04%) est supérieure à celle de ses produits (+ 12,79%) [Cf. tableau annexé n° 3].

6.3.1.1 Les produits d'exploitation

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE POITOU-CHARENTES**

Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) croissent de 8% (+ 1 353 193 €), mais leur part dans le total des produits du titre 1 passe de 77,49% en 2003 à 74,26% en 2007, soit une baisse de 3,23 points.

Les produits des titres 2 et 3 connaissent une progression très importante de 1 411 381 € (soit + 41,33% pour le titre 2 et + 23,43% pour le titre 3). L'augmentation des produits du forfait journalier MC et SSR explique pour partie la hausse des recettes du titre 2 (848 000 € en 2007 contre 572 000 € en 2003, soit + 48,25%). Le titre 3, outre le remboursement des frais par les budgets annexes, enregistre le produit des prestations délivrées aux accompagnants. Le montant des recettes du compte 7082 « prestations délivrées aux accompagnants » est passé de 60 000 € en 2003 à 723 000 € en 2006 sous l'effet de l'instauration d'une majoration pour chambre particulière.

6.3.1.2 Les charges d'exploitation

La croissance des charges d'exploitation résulte essentiellement de la progression des « charges de personnel » de plus de 20% sur la période. L'évolution de ces dépenses de personnel [rémunération des personnels non médicaux et des personnels médicaux, charges sociales, hormis les impôts et taxes (*taxe sur les salaires*)], résulte elle-même principalement de l'augmentation des charges sociales et de la rémunération du personnel médical (Cf. tableau annexé n° 4).

La hausse de plus de 35% du compte 642 « rémunérations du personnel médical » s'explique par la progression des crédits liés à l'indemnisation de permanence des soins (693 521/391 340 = + 77%). Celle des rémunérations des praticiens hospitaliers temps plein est de 20,4% (1 560 062/1 296 040) sur la période.

Les rémunérations du personnel non médical augmentent de 14,12%, soit 9,36% pour le personnel titulaire (7 610 256 / 6 958 669), 26% pour le personnel non titulaire sur emplois permanents (669 878/531 397) et 175% pour le personnel de remplacement (808 204 / 223 034).

La croissance des effectifs budgétaires, de 31 unités en équivalent temps plein entre 2003 à 2007 confirme que la progression provient essentiellement du recrutement de personnels contractuels, tandis que le nombre de titulaires et de stagiaires baisse depuis 2005. Les contrats à durée indéterminée sont essentiellement occupés par des personnels non médicaux sortant des écoles de formation, qui deviendront « stagiaires » dès la vacance d'un poste permanent puis seront titularisés. Il est également recouru de façon de plus en plus importante à des personnels sous contrat à durée déterminée, vraisemblablement aux fins d'adapter les moyens à l'activité (Cf. tableau annexé n° 5).

La part des charges de personnel dans le compte de résultat principal est supérieure aux moyennes régionale et nationale des établissements relevant de sa catégorie. Les ratios de production des services établis dans le cadre du diagnostic flash de 2005 indiquent que les hôpitaux du Sud-Charente font partie des 20 à 30% d'établissements les moins performants en terme de productivité des services (Cf. tableau annexé n° 6).

L'absentéisme, en hausse entre 2003 et 2007, mais qui se serait stabilisé durant cette dernière année pour se situer dans la moyenne régionale, peut être l'une des causes d'une activité moindre. Selon le directeur de l'établissement, diverses démarches ont été conduites afin d'en diminuer le niveau.

L'évolution des dépenses du titre 3 est maîtrisée (+ 2,10%). Dans le cadre de la politique d'achats hospitaliers développée sous l'impulsion de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), les hôpitaux du Sud-Charente adhèrent progressivement à différents groupements d'achats régionaux ou départementaux dans les domaines suivants : produits radiologiques, produits d'entretien, articles à usage unique, produits diététiques, produits alimentaires, pharmacie et dispositifs médicaux.

La vétusté des équipements (le taux de vétusté ⁴ de 78,91% en 2007 est supérieur à la médiane de 75,54%) amoindrit le poids des amortissements imputés au titre 4.

6.3.2 Les résultats comptables du CRP compte non tenu des aides exceptionnelles

Un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a été conclu entre l'établissement et l'ARH. En contrepartie des engagements de l'établissement sur une nouvelle organisation de l'activité chirurgicale à Barbezieux et de la réalisation de 227 000 € d'économies en année pleine, répartie sur deux ans (129 450 € en 2007 et 98 450 € en 2008), l'ARH a accordé des moyens substantiels afin de permettre, dans un premier temps, le retour à l'équilibre de l'établissement confronté à un déficit structurel et, par suite, de favoriser le développement d'activités nouvelles ; l'aide se répartit en :

- 300 000 € de crédits reconductibles sur l'enveloppe MIGAC⁵ afin d'aider l'établissement à développer de nouvelles activités (dont 104 000 € pour les consultations mémoire et 155 791 € pour trois lits identifiés de soins palliatifs). Le CREF précise que les crédits seront alloués en 2006 pour contribuer dans un premier temps à résorber le déficit de l'année en cours.
- 500 000 € de crédits non reconductibles, au titre de la dotation annuelle de financement (DAF), pour résorber le déficit des années antérieures, constitué du report de charges cumulé de 2005 sur 2006 s'élevant à 466 506 € et accompagner à terme la mise en place de la filière gériatrique.

S'agissant du seul budget principal qui obéit à un mode de financement propre, et compte non tenu de l'aide exceptionnelle allouée par l'ARH dans le cadre du CREF, les résultats comptables du CRP sont déficitaires depuis 2004. Toutefois, le déficit représente 1,8% des produits d'exploitation du compte de résultat principal en 2005 et 0,95% en 2007, niveau inférieur au seuil de 3% à partir duquel le directeur de l'ARH peut demander à l'établissement de proposer un plan de redressement⁶ (Cf. tableau annexé n° 7).

6.4 L'analyse fonctionnelle du bilan

⁴ Le ratio de taux de vétusté des équipements rapporte le total des amortissements des comptes d'actifs des équipements aux comptes d'actifs bruts concernés. Il mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet d'en déduire l'âge moyen des équipements.

⁵ Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation

⁶ Le décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 relatif à la définition des critères de déséquilibre financier des établissements de santé fixe trois critères alternatifs : déficit > à 2% ou 3% du total des produits du CRP ; résultat déficitaire et CAF < à 2% du total des produits ; CAF ne couvrant pas le remboursement des emprunts.

6.4.1 Les grands équilibres du bilan

Le fond de roulement d'investissement (FRI) devient négatif surtout à compter de 2006 (Cf. tableaux annexés n°8, 9 et 10). Cette situation typique d'un établissement en phase d'investissement s'explique par le décalage entre l'inscription des charges d'immobilisations en cours, principalement la construction de l'EHPAD sur le site de Barbezieux⁷ et de la chaufferie bois, et la mobilisation des ressources d'emprunts qui est retardée le plus possible par l'établissement pour minimiser les frais financiers.

Le fond de roulement d'exploitation (FRE) progresse sur la période grâce aux dotations aux provisions réglementées constituées à l'aide de crédits de l'ARH, mais il est insuffisant pour couvrir le FRI. De la sorte, le fonds de roulement net global (FRNG), qui en principe devrait être positif⁸, devient négatif pour la première fois en 2007.

Le besoin de financement permanent du cycle d'exploitation⁹, dénommé besoin en fonds de roulement (BFR), est positif de 2003 à 2006. L'augmentation du besoin de financement immédiat, lié à l'accroissement des créances détenues sur la caisse de sécurité sociale depuis 2004 (*passage de 12 k€ en 2004 à 704 k€ en 2005 et à 1 575 k€ en 2007*) parallèlement à l'instauration du système de financement à l'activité, a été compensée financièrement par les avances reçues de la sécurité sociale en 2005 et 2006, d'un montant cumulé de 1 265 k€¹⁰.

Le BFR devient négatif pour la première fois en 2007 ce qui montre que le cycle d'exploitation a dégagé un excédent de financement (EFE) résultant des dettes sur immobilisations et de l'allongement des délais de paiement des dettes fiscales et sociales.

Hormis l'année 2006 au cours de laquelle le besoin en fond de roulement est inférieur au fonds de roulement net global, le FRNG ne permet pas de couvrir le BFR en 2004, 2005 et en 2007, année où pourtant un FRNG coexiste avec un BFR négatif, de sorte que la trésorerie est négative à la fin de ces trois exercices.

L'établissement utilise une ligne de trésorerie pour couvrir les décalages entre le rythme des décaissements, accentués à l'occasion des travaux de l'EPHAD, et celui de l'encaissement des recettes. L'encours de la ligne de trésorerie a été relevé de 800 000 € à 1 M€ en juin 2005, puis à 1,5 M€ en juin 2006 pour atteindre 2 M€ en septembre 2007. Le crédit de trésorerie au 31 décembre 2007 était de 1,13 M€

6.4.2 Le financement des investissements

6.4.2.1 La capacité d'autofinancement de l'établissement

⁷ EHPAD : 100 000 € en 2005, 973 000 € en 2006 et 4 358 500 € en 2007 – chaufferie bois : 92 100 € en 2006 et 863 600 € en 2007.

⁸ Le FRNG représente l'excédent des ressources stables sur les emplois durables.

⁹ Le BFR est la différence entre l'actif circulant et le passif circulant. Il représente le besoin de financement engendré par l'activité de l'établissement.

¹⁰ Le décret du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 5, a prévu une compensation partielle entre la créance article 58 et les avances 2005 et 2006 consenties aux établissements de santé par les organismes maladie lors du passage du budget global à la tarification à l'activité. Le solde à rembourser par l'établissement, d'un montant de 114 767 € interviendra en 2009.

Sur la période, la capacité d'autofinancement (CAF)¹¹ de l'établissement est constituée presque exclusivement des dotations aux amortissements et aux provisions. Le résultat net consolidé de l'entité juridique (CRP et CRPA) ne contribue qu'à hauteur de 21% en 2006 et de 0,85% en 2007 à la formation de la CAF.

La CAF représente 5,96% des ressources d'exploitation de l'entité juridique en 2007, soit un niveau voisin de celui des établissements de sa catégorie et le niveau d'autofinancement¹² situe l'établissement au dessus de la médiane des établissements de sa catégorie. La CAF a toujours été supérieure au remboursement de la dette.

Le taux de renouvellement des immobilisations¹³ connaît une évolution étroitement liée aux programmes nouveaux engagés par l'établissement. Le niveau élevé de 2007 intègre les travaux de l'EHPAD amorcés en 2006.

6.4.2.2 L'endettement

La durée apparente de la dette en années, qui rapporte le montant total de l'encours de la dette à la CAF et exprime la capacité de remboursement de l'établissement, passe à 3,3 années en 2007 contre 2,1 en 2006. L'augmentation de l'endettement consécutivement aux travaux d'investissement reste raisonnable.

Le ratio d'indépendance financière¹⁴ se situe autour de 30% sur les trois dernières années, au dessous de la médiane des EPS de même catégorie.

6.4.2.3 Le plan global pluriannuel de financement des investissements.

Le plan global pluriannuel de financement des investissements (PGFP) 2007-2015 a été établi sur la base d'un résultat prévisionnel nul, d'une capacité d'autofinancement cohérente eu égard à la séquence 2003-2007 et de dotations aux amortissements tenant compte des investissements entrepris ou à venir. Il intègre les opérations d'investissement majeures sur 9 ans (dont la réhabilitation et la reconstruction de l'EHPAD de 2007 à 2009 pour 15,9 M€ ainsi que le transfert du SSR de 2010 à 2012 pour un montant de 20,63 M€). Si l'opération de transfert de SSR est retenue dans le cadre du plan « Hôpital 2012 », les investissements devraient être réalisés sans détérioration significative du fonds de roulement à court terme, la reconstitution du fonds de roulement s'opérant à compter de 2013.

6.4.3 Le financement du cycle d'exploitation

Le centre hospitalier a engagé, en collaboration avec la mission nationale d'études et d'audits hospitaliers, une action visant à l'amélioration du cycle d'exploitation qui repose sur la définition

¹¹ CAF = Le résultat des comptes de résultats + les dotations aux amortissements et aux provisions (c 68) – les reprises sur amortissements et provisions (c 78) + la valeur comptable des éléments d'actifs cédés (c 675) – les produits des cessions d'éléments d'actifs (c 775) – quote-part des subventions virées au résultat (c 777).

¹² Estimé par le ratio « taux de CAF »

¹³ Le taux de renouvellement des immobilisations compare le montant des investissements de l'exercice avec le total de l'actif immobilisé.

¹⁴ Ce ratio compare les dettes à long et moyen terme et les capitaux permanents et mesure le poids de l'endettement.

d'une politique de paiement des fournisseurs et de recouvrement des créances, afin que le besoin en fonds de roulement d'exploitation corresponde à «un juste besoin». Le document de synthèse comportant un diagnostic et un plan d'actions a été établi le 1^{er} octobre 2008.

7 Les aspects financiers de la coopération médicale inter hospitalière

Les dispositions de la convention de coopération régissant les conditions financières de mise à disposition des personnels médicaux entre les deux établissements de santé prévoient que les hôpitaux du Sud-Charente remboursent au centre hospitalier d'Angoulême, établissement employeur des praticiens et de la sage-femme :

- Les émoluments des praticiens au prorata de leur temps de présence sur la base de 414 demi-journées de travail effectif pour un temps plein ;
- La rémunération de l'indemnité de service public exclusif au prorata du temps consacré à Barbezieux ;
- La rémunération de l'indemnité multi-sites dans son intégralité, sauf si l'établissement employeur a obtenu son financement dans le cadre des MIGAC ;
- les charges sociales afférentes aux émoluments et indemnités ;
- les frais de déplacement.

Le conseil d'administration des hôpitaux du Sud-Charente a approuvé la nouvelle convention-cadre avec l'hôpital de recours de la Charente, le 29 octobre 2008, en l'assortissant de réserves sur le déséquilibre financier résultant de certaines dispositions et il a chargé le directeur de négocier des aménagements par voie d'avenants aux conventions ou règlements particuliers en ce qui concerne l'indemnité multi-sites, les frais de déplacement et les recettes générées par les consultations avancées à Barbezieux.

D'une façon plus générale se pose la question de l'équilibre financier des activités de consultations externes et de chirurgie ambulatoire réalisées à Barbezieux.

Ainsi que le précise la convention-cadre, les hôpitaux du Sud-Charente perçoivent les tarifs des consultations externes et des groupes homogènes de séjour pour les actes effectués à Barbezieux. Cependant, outre la prise en charge de la rémunération, des indemnités, des charges sociales et des frais de déplacement du personnel médical, les hôpitaux du Sud-Charente assurent la logistique pour l'activité de consultations externes avancées (secrétariat et, le cas échéant, personnel paramédical) et l'activité de chirurgie ambulatoire (personnel paramédical du bloc opératoire).

L'établissement assure un suivi financier des produits et des charges générés par l'activité des 15 praticiens angoumoisins qui assurent une activité médicale à Barbezieux. L'ensemble des activités maintenues ou développées en collaboration avec le centre hospitalier d'Angoulême est déficitaire. Le tableau de suivi des 8 premiers mois de l'année 2008 laisse apparaître un solde négatif de 349 697 €¹⁵, compte non tenu des charges d'administration générale et de structure.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à ce déséquilibre financier, sans prétendre à l'exhaustivité.

¹⁵ Le total des recettes correspond à la valorisation des consultations, des actes techniques médicaux ou chirurgicaux (CCAM) et de la valorisation des éventuels séjours d'hospitalisation. Les dépenses sont regroupées en 3 catégories : le remboursement des salaires du praticien, les dépenses du personnel non médical et les charges du titre 2 et 3 et les dépenses induites du bloc opératoire en fonction de l'activité réalisée. Les charges d'administration générale et de structure ne sont pas prises en compte.

- *En ce qui concerne les consultations avancées* : Le coût des moyens mis en œuvre pour assurer les consultations externes avancées est supérieur au tarif payé à l'établissement par les organismes de sécurité sociale. Par ailleurs, les hôpitaux du Sud-Charente ne bénéficient pas des produits de l'activité d'hospitalisation complète liés aux interventions chirurgicales et de spécialités médicales réalisées consécutivement à ces consultations, qui sont effectuées dans la plupart des cas au centre hospitalier d'Angoulême, dans les services des praticiens hospitaliers consultants à Barbezieux.

En ce qui concerne l'activité de chirurgie ambulatoire. L'activité ambulatoire (420 venues en 2005 ; 348 venues en 2006, 235 venues en 2007) et l'activité d'anesthésiologie sont relativement faibles. Même si les hôpitaux du Sud-Charente ont obtenu que le remboursement des salaires se fasse en fonction de l'activité et non du temps passé, pour ce qui concerne les chirurgiens uniquement, l'unité fonctionnelle de chirurgie ambulatoire du pôle médico-chirurgical sera déficitaire en 2008, première année de fonctionnement dans la nouvelle organisation chirurgicale. Le compte de résultat analytique par pôle et par unité fonctionnelle, fait apparaître un résultat 2008 de l'unité fonctionnelle de chirurgie ambulatoire déficitaire de l'ordre de 250 000 €¹⁶.

Conformément aux termes de la convention-cadre entre les deux établissements, les hôpitaux du Sud-Charente remboursent l'intégralité de l'indemnité multi-établissements des praticiens angoumoisins qui réalisent une partie de leur activité sur les deux sites hospitaliers et pour lesquels le centre hospitalier d'Angoulême n'a pas eu le financement de cette indemnité par l'ARH. L'hôpital a ainsi remboursé 34 375 € en 2008 pour 7 médecins du centre hospitalier d'Angoulême et pris en charge les frais de déplacement pour un montant d'environ 14 000 € par an.

Tout comme l'y a invité le conseil d'administration en assortissant l'approbation de la convention-cadre de coopération de réserves en ce qui concerne le remboursement de l'intégralité de l'indemnité multi-sites, l'administration hospitalière pourrait, en lien avec le centre hospitalier d'Angoulême, prendre l'attache de l'ARH afin de s'assurer que les 7 postes médicaux sont éligibles à l'indemnité multi-sites et obtenir ainsi un financement MIGAC, ce qui contribuerait à minorer d'autant les charges hospitalières.

A partir d'une appréciation portant exclusivement sur la situation des hôpitaux du Sud-Charente, c'est-à-dire en dehors de toute prise en considération d'une stratégie de groupe des établissements du territoire de santé de la Charente, les activités médicales dispensées à Barbezieux dans le cadre de la coopération avec le centre hospitalier d'Angoulême sont structurellement déficitaires.

Selon le directeur, une coopération de l'ensemble des établissements hospitaliers du territoire de santé de Charente est en cours de constitution à travers la constitution d'un groupement de coopération sanitaire.

¹⁶ Dépenses : 525 077 €; Recettes : 276 390 € = - 248 687 €

8 ANNEXES

8.1 Rappel de la procédure

Le contrôle a été effectué dans le cadre du programme 2008 de la Chambre. L'ouverture du contrôle a été notifiée à l'actuel ordonnateur par lettre du 18 mars 2008.

L'entretien préalable prévu par les articles L. 243-1 et R. 241-8 du code des juridictions financières a eu lieu le 3 février 2009 avec l'ordonnateur.

Lors de sa séance du 18 février 2009, la Chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées à l'ordonnateur selon courrier du 12 mars 2009.

L'ordonnateur a répondu selon une lettre du 23 avril 2009.

Lors de sa séance du 17 septembre 2009, la Chambre a arrêté les observations définitives qui figurent dans le présent rapport.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE POITOU-CHARENTES**

8.2 Tableaux annexés

Tableau n° 1 Compte de résultat de l'établissement, en euros

Budget de l'entité juridique	2003	2004	2005	2006	2007	% 03-07
Produits bruts d'exploitation	26 656 973	27 722 234	28 621 090	30 306 052	29 765 630	11,66
Charges d'exploitation	25 740 990	27 583 263	28 075 233	29 535 970	29 396 775	14,20
<i>dont Charges de Personnel *</i>	<i>16 531 490</i>	<i>17 539 277</i>	<i>18 143 618</i>	<i>19 000 864</i>	<i>19 125 554</i>	<i>15,69</i>
Résultat exploitation	915 982	138 971	545 857	770 081	368 855	
résultat financier	-343 656	- 298 463	-240 114	-159 384	-201 190	
<i>dont charges Intérêts</i>	<i>344 085</i>	<i>309 432</i>	<i>240 790</i>	<i>219 185</i>	<i>193 194</i>	
résultat courant	572 326	- 159 522	305 742	610 696	167 664	
résultat exceptionnel	-254 683	-55 869	-97 511	-168 467	-153 289	
RESULTAT NET	317 642	-215 391	208 231	442 228	14 375	

Source : comptes de gestion et compte financiers

Tableau 2

en €

	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat du CR de l'établissement	317 642	-215 391	208 231	442 228	14 375
Résultat du CR activité principale	227 186	-304 906	55 660	82 170	- 184 193
Résultat du CR activités annexes	+ 90 456	+ 89 515	+ 152 571	+ 360 058	+ 198 568

N.B. le budget annexe DNA dégage un excédent de 999,05 € en 2007

Tableau n° 3 compte de résultat principal, en euros

compte de résultat principal	2003	2004	2005	2006	2007	03/07 en %
TITRE I - Charges de personnel	14 842 187	15 772 333	16 425 560	17 468 797	17 869 767	20,39
TITRE II - Charges à caractère médical	1 755 713	1 937 264	1 947 519	2 056 779	1 903 678	8,42
TITRE III - Charges à c. hôtelier et général	3 096 922	3 148 089	2 987 330	3 285 786	3 161 978	2,10
TITRE IV – Amortissement et provisions	1 645 535	1 675 314	1 554 704	1 570 944	1 616 510	-1,77
HORS TITRE	56 909	41 063	291 623	-	-	
Total DEPENSES	21 340 359	22 533 002	22 915 115	24 382 308	24 551 935	15,04
TITRE I Produits versés par l'ass. maladie	16 740 582	16 863 598	17 479 672	18 330 968	18 093 775	8,08
TITRE II Autres produits de l'activité hosp.	1 519 230	1 716 895	1 992 213	2 112 593	2 147 175	41,33
TITRE III Autres	3 343 355	3 655 475	3 504 117	4 020 917	4 126 791	23,43
TITRE IV Transferts de charges	-	-	-	-	-	
HORS TITRE	21 287	33 190	286 396	-	-	
Total RECETTES	21 603 167	22 235 968	22 976 003	24 464 479	24 367 741	12,79
Résultat	227 186	-304 906	55 660	82 170	-184 193	

Source : comptes de gestion et compte financiers

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE POITOU-CHARENTES**

Tableau n°4

en €

Compte CRP	2003	2004	2005	2006	2007	Evolution 03-07
641 Personnel non médical	7 963 952	8 367 820	8 547 860	9 186 329	9 088 339	14,12%
642 Personnel médical	1 937 314	170 404	2 249 076	2 502 253	2 630 001	35,75%
C/6451 charges PNM	2 778 916	3 019 968	3 313 121		3 448 937	24,11%
C/6452 charges PM	612 875	686 205	710 102		854 759	39,46%

Tableau n° 5

en €

Effectif non médical	2003	2004	2005	2006	2007	en ETP	en %
ETP budgétaire	390,3	407,1	412,4	414,9	421,6	31,3	8,01%
ETP titulaires et stagiaires	334,4	348,3	346,8	342,5	332,8	- 1,6	- 0,5%
ETP CDI	42,71	48,11	45,21	44,51	60,78	18,07	42,3%
ETP CDD	34,35	37,1	45,8	50,27	47,7	13,35	38,8%

Tableau n° 6

CRP : Charges en %	Valeur établissement		Valeur moyenne régionale		Valeur moyenne nationale	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Titre 1 personnel	73,051	72,268	70,359	69,351	68,937	69,501
Titre 2 à caractère médical	7,948	8,027	11,849	11,767	12,231	12,412
Titre 3 hôtelier et général	13,252	12,714	10,524	10,628	10,091	10,438
Titre 4 amort, provisions...	6,569	6,840	8,400	8,074	9,681	7,454

Source : Banque de données hospitalières de France module finance ratios moyens budgétaires

Catégorie des CH entre 20M€et 70M€de budget ; Effectif régional de la catégorie : 7 ; effectif national : 182

Tableau n° 7 : résultats du CRP corrigés des aides exceptionnelles

en €

En euros	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat apparent	+ 227 186	- 304 906	+ 55 660	+ 82 170	- 184 193
Report de charges			466 506		
Solde apurement report charges				* (-) 33 500	
Aide MIGAC				(-) 300 000	**(-) 40 000
Résultat corrigé	+227 186	- 304 906	- 410 846	- 251 330	- 224 193

* 500 000 €accordés pour un report de charges de 466 506 €

** aide MIGAC 300 000 €moins le coût de la mise en œuvre d'activités nouvelles estimé à 260 000 €en année pleine.

Tableau n° 8 : Tableau de bord des indicateurs financiers des hôpitaux du Sud-Charente

VOLET 1 - FICHE FINANCIERE		2005	2006	2007
1	GRANDEURS BILANTIELLES AU 31.12			
10	FRI (ressources / emplois) (en %)	99.9	98.9	93.9
11	FRE (ressources / emplois) (en %)	168.9	200.9	192.3
12	FRNG (en Keuros)	846	940	- 1 219
13	FRNG (ressources / emplois) (en %)	102.6	102.7	97.0
14	BFR (en Keuros)	953	629	- 781
15	Trésorerie (en Keuros)	- 107	310	- 438

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE POITOU-CHARENTES**

Tableau n° 9 bilan (en K€)

Bilan	2003	2004	2005	2006	2007
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)	41	13	- 39	- 356	- 2 404
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE)	778	571	885	1 295	1 185
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL (FRNG)	820	584	846	940	- 1 219
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	577	796	953	629	- 781
TRESORERIE	243	- 212	- 107	310	- 438

Tableau n°10 : Valeurs bilancielleres en nombre de jours de charges courantes

	2006	médiane	2007	médiane
FRE	16,95	20,77	15,65	18,45
FRNG	12,29	32,43	- 16,10	24,87
BFR	8,23	13,22	- 10,31	11,28
Trésorerie	4,06	15,85	- 5,79	10,82

Sources : TBIF

Réponse du Directeur des Hôpitaux du Sud-Charente (*)

(*) Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du Code des juridictions financières.

En document joint à la réponse, le Plan Local d'Amélioration des Conditions de Travail (PLACT) des Hôpitaux du Sud Charente rédigé par Monsieur Philippe REGNAUD, Conseil en Ergonomie est consultable à la Chambre.